

**АО «Медицинский университет Астана»
Кафедра общественного здравоохранения №1
Дисциплина: Международная система управления**



Система здравоохранения в странах СНГ

**Подготовили: 336-ОЗ
Габибова Аминат
Нурахметова Алтынай
Ергалиева Аружан
Ильяс Жанель
Кенбаева Зарина**

Проверил: Буркитбаев Е.У.

Астана 2019г.

План



- Введение
- Система здравоохранения в Узбекистане
- Система здравоохранения в России
- Система здравоохранения в Украине
- Заключение

ВВЕДЕНИЕ



- Под системой здравоохранения понимается единое целое составляющих его элементов в их взаимосвязи и взаимообусловленности. Из этого следует, что каждая страна СНГ обладает своей собственной, индивидуальной системой здравоохранения. Экономическая модель здравоохранения - это общая схема здравоохранения, отражающая заложенные в ней принципы. Принятие эффективных мер, направленных на функционирование системы здравоохранения, основанное на накопленном опыте и примерах успешной работы в странах мира, способствует значительному сокращению заболеваемости и улучшению здоровья населения государств Содружества.

Система здравоохранения Узбекистана



- Президент Узбекистана Шавкат Мирзиёев утвердил организационную структуру системы здравоохранения и Минздрава Республики Узбекистан. Постановление Президента №ПП-3052 от 12 июня 2017 года [опубликовано](#) на официальном сайте президента.
- Согласно новому документу, Минздрав Узбекистана будет вырабатывать конкретные меры по совершенствованию государственной политики в области здравоохранения.

● Министерству поручено ежемесячно рассматривать



1. результативность принятых программ
2. повышать уровень исполнительской дисциплины
3. организацию выездных заседаний коллегии и заслушиваний отчётов руководителей территориальных органов управления здравоохранением.



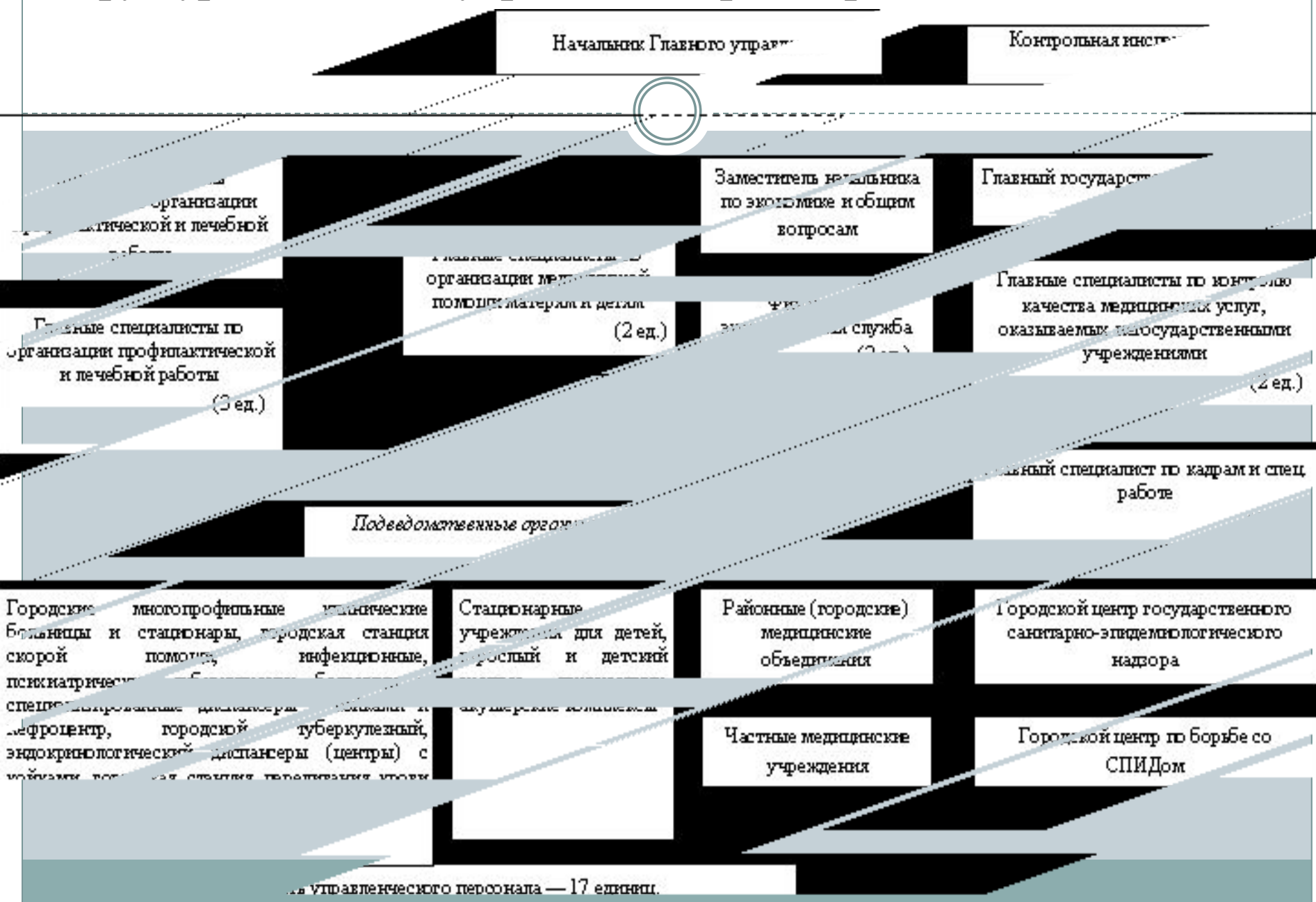
- Постановлением утверждено, что главные врачи территориальных многопрофильных медицинских центров и руководители территориальных центров медицинской диагностики, районных (городских) медицинских объединений назначаются на должность и освобождаются от должности председателем соответствующей области или города Ташкента по согласованию с Минздравом.

Благодаря реформам



- Продолжительность жизни в Узбекистане с 1990 по 2016 годы увеличилась с 67 до 73,1 лет
- Уровень общей смертности снизился с 6,1 до 4,8 на 1 000 человек
- Уменьшился и уровень госпитализации в стационары на 100 человек населения с 24,6 в 1990 году до 15,5 в 2016 году
- уменьшилась средняя длительность пребывания больного в медицинской организации стационарного типа с 14,8 в 1990 году до 7,2 дней в 2016 году.

Структура областного управления здравоохранения



Структура Районного (городского) медицинского объединения

Начальник объединения — Главный врач центра районной (городской) больницы

Главный госпиталь

Центральная районная (городская) больница, с отделением экстренной помощи

Районная (городская) профилированная поликлиника*

Сельские врачебные пункты, семейные поликлиники (в городах) (без учета)

Акушерские комплексы

Частные медицинские учреждения

* — и другие специализированные поликлинические учреждения

Система здравоохранения России



- Верховный Совет Российской Федерации определяет основные направления федеральной государственной политики в области охраны здоровья граждан, принимает закон и утверждает федеральные программы по вопросам охраны здоровья граждан; утверждает республиканский бюджет Российской Федерации, в том числе в части расходов на здравоохранение, и контролирует его исполнение.
- Президент Российской Федерации руководит реализацией федеральной государственной политики в области охраны здоровья граждан, не реже одного раза в год представляет Верховному Совету Российской Федерации доклад о государственной политике в области охраны здоровья граждан и состоянии здоровья населения Российской Федерации.
- Правительство Российской Федерации осуществляет федеральную государственную политику в области охраны здоровья граждан, разрабатывает, утверждает и финансирует федеральные программы по развитию здравоохранения; в пределах, предусмотренных законодательством, координирует в области охраны здоровья граждан деятельность органов государственного управления, а также предприятий, учреждений и организаций независимо от формы собственности.

СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ РОССИЙСКИХ ГРАЖДАН



- Современное состояние российской системы здравоохранения вызывает неоднозначную оценку. Средняя продолжительность ожидаемой жизни при рождении существенно выросла в последнее десятилетие: с 65,4 года в 2005 году до 71,9 года в 2016 году и, по предварительной оценке, достигла 72,6 года в 2017 году. Это выше среднемирового уровня (71,4 года в 2015 г.), но сохраняется значительный разрыв — примерно 8 лет — с европейскими странами (80,6 года в 2015 году).
- Особенно тревожна ситуация со смертностью мужчин в трудоспособном возрасте. По данным Всемирной организации здравоохранения, показатель вероятности умереть для мужчин в возрасте от 15 до 60 лет в России почти в 2 раза превышает среднеевропейский показатель (в 2015 г. — 325 и 168 на 1 000 соответственно).
- Менее половины взрослых российских граждан оценивают состояние своего здоровья как хорошее или очень хорошее (42% в 2017 г.)³, в то время как среди граждан ЕС доля таких оценок превышает две трети (68% в 2016 г.).

Финансирование в здравоохранении



- ❖ Как и в большинстве стран, в России важную роль в здравоохранении играет Министерство финансов, поскольку именно от него зависит финансирование здравоохранения. Тем не менее средства государственного бюджета составляют лишь малую часть общего бюджета здравоохранения. Министерство финансов по-прежнему определяет федеральный бюджет и сообщает местным властям, сколько они должны потратить на здравоохранение.

Источниками финансирования охраны здоровья граждан являются:

- Средства бюджетов всех уровней;
- Средства, направляемые на обязательное и добровольное медицинское страхование в соответствии с Законом Российской Федерации "О медицинском страховании граждан в Российской Федерации";
- Средства целевых фондов, предназначенных для охраны здоровья граждан;
- Средства государственных и муниципальных предприятий, организаций и других хозяйствующих субъектов, общественных объединений;
- Безвозмездные и (или) благотворительные взносы и пожертвования;
- Иные источники, не запрещенные законодательством Российской Федерации.

По ежегодным суммарным государственным и частным расходам на здравоохранение Россия находится на уровне развивающихся государств (в России в последние годы — 5-6% ВВП; в Бразилии — 8-9%, в Китае — 5%, в Индии — 4%), но заметно отстает от уровня развитых (Канада — 10% ВВП, Германия — 11%, Франция — 11%). Пересчитанный по паритету покупательной способности объем ежегодных расходов на здравоохранение в расчете на душу населения (1 414 \$ в 2015 г.) в России немного превышает уровень Бразилии (1 392 \$) и в 1,9 раза — уровень Китая (762 \$), но уступает уровню Великобритании почти втрое (4 145 \$), а Германии — в 4 раза (5 357\$).

Государственные расходы на здравоохранение по функциональным направлениям, % ВВП

	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2024 к 2017
Всего	3,33	3,55	3,65	3,7	3,86	3,91	3,94	3,99	+0,66
Поддержка технологического прорыва и обновление основных средств медицинских учреждений	0,18	0,18	0,2	0,21	0,24	0,24	0,25	0,26	+0,08
Расходы на первичную медико-санитарную помощь	0,24	0,25	0,29	0,3	0,32	0,35	0,35	0,36	+0,12
Формирование здорового образа жизни	–	0,01	0,03	0,04	0,04	0,04	0,04	0,04	+0,04
Обеспечение потребности в высокотехнологичной медицинской помощи	0,21	0,24	0,24	0,25	0,26	0,26	0,27	0,28	+0,07
Расходы на лекарственное обеспечение	0,55	0,56	0,58	0,59	0,68	0,69	0,7	0,7	+0,15
Расходы на обеспечение уровня оплаты труда, предусмотренного Указом Президента РФ №597 от 07.05.2012 ¹⁶	1,77	1,95	1,95	1,95	1,96	1,96	1,96	1,97	+0,2

Прирост государственных расходов на здравоохранение по функциональным направлениям по сравнению с размером государственных расходов в 2017 г., млрд руб. в номинальном выражении

	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Поддержка технологического прорыва	1,1	2,6	4,8	9,9	13,9	18,1	23
Обновление основных средств медицинских учреждений	–	23,1	48	83,2	102,8	119,5	153,3
Формирование здорового образа жизни	9,8	33,2	44,2	47,3	51	54,8	59
Повышение доступности и качества первичной медико-санитарной помощи	39,8	53,4	68,9	98,6	145,4	155,7	181,9
Увеличение объемов высокотехнологичной медицинской помощи	7	12,3	26,2	41,1	49,9	71,9	101,6
Улучшение лекарственного обеспечения	10	31,2	51,1	156,7	186,9	207,2	228,3
Расходы на обеспечение уровня оплаты труда, предусмотренного Указом Президента РФ №597 от 7.05.2012	315,4	443	607,4	784,2	963	1 153,2	1 357,1
Всего	383,1	598,8	850,6	1 221	1 512,9	1 780,4	2 104,2

СТРАТЕГИЧЕСКИЕ ЦЕЛИ И ПРИОРИТЕТЫ РАЗВИТИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ



Увеличение продолжительности жизни и укрепление здоровья российских граждан является главной целью развития здравоохранения.

- Достижение этой цели при тех вызовах, которые стоят перед российским здравоохранением, требует изменения траектории его развития. Из отрасли, ориентация которой ограничена преимущественно выявлением и лечением заболеваний, охрана здоровья должна стать интегрированной межотраслевой системой, которая способна не только более эффективно решать медицинские и социальные задачи, но и быть одним из главных драйверов роста российской экономики. Сохраняя миссию оказания гражданам помощи при заболеваниях, здравоохранение должно в большей мере обеспечивать их предотвращение и сохранять здоровье граждан, тем самым содействуя максимизации отдачи от человеческого капитала и усилению экономического и политического веса нашей страны.

Главные целевые показатели развития здравоохранения в России на период до 2035 г.

	2016	2024	2035
Ожидаемая продолжительность жизни, лет	71,4	76	81
Ожидаемая продолжительность здоровой жизни, лет	63,4*	68	73
Индекс активного долголетия, %	31,8	38,5	48

Цель развития здравоохранения в период 2018–2035 гг. конкретизируется также следующими подцелями:

- ✓ расширение масштабов вовлечения населения в здоровый образ жизни;
- ✓ ускорение развития российской индустрии здоровья, повышение конкурентоспособности на глобальном рынке и вхождение в число лидеров в развитии медицинских и медико-информационных технологий;
- ✓ повышение доступности качественной медицинской помощи для российских граждан.

Рост продолжительности здоровой жизни, включая увеличение продолжительности активной трудовой жизни, уменьшение периодов временной нетрудоспособности и повышение качества жизни граждан всех возрастов за счет уменьшения бремени заболеваний, будет обеспечен технологическим развитием здравоохранения, широким использованием биотехнологий, развитием здорового образа жизни, формированием новой модели организации медицинской помощи и новых профессиональных компетенций медицинских кадров.

Для достижения поставленных целей необходима реализация мер в следующих приоритетных направлениях:

- 1) технологический прорыв в здравоохранении;
- 2) развитие здорового образа жизни;
- 3) обеспечение доступности качественных медицинских услуг, в первую очередь первичной медико-санитарной помощи;
- 4) создание эффективной системы лекарственного обеспечения;
- 5) развитие кадрового потенциала;
- 6) повышение эффективности системы финансирования здравоохранения.

Здравоохранение на Украине



- В существующей в Украине системе здравоохранения, унаследованной от СССР, приоритет принадлежит стационарной медицинской помощи.
- Система здравоохранения в стране находится на старте больших преобразований. Реформу инициировали, чтобы улучшить качество медицинского обслуживания населения.
- Важным аспектом является автономизация медицинских учреждений. Больницы останутся в собственности города, района, но управлять ими будут как некоммерческими предприятиями. Это приблизит врачей и медицинский персонал к достойным зарплатам.



- Закон Украины «Основы законодательства Украины о здравоохранении» предоставил пациенту возможность свободного выбора лечащего врача. Однако если теоретически он имеет право выбора поставщика медицинских услуг, то на практике зачастую сталкивается с преградами на пути реализации права на бесплатную медицинскую помощь, предусмотренного ст. 49 Конституции Украины. Кроме того, больные могут обращаться к специалистам узкого профиля без направления от участкового терапевта и часто такой возможностью пользуются. Эта тенденция широко поддерживается терапевтами, поскольку их услуги оплачиваются согласно фиксированной ставке, независимо от нагрузки и продуктивности труда, что обуславливает отсутствие профессиональной конкуренции среди врачей.

Категории видов медицинской помощи



- Под медицинской первичной помощью подразумевают оказание помощи врачами или иными медработниками, на которых приходится первый контакт с пациентом.
В систему включают:
 - кабинет врача;
 - дома престарелых;
 - больницы;
 - домашние визиты.В 90 процентах случаев при вызове врача пациент нуждается в оказании первичной медицинской помощи.
- Под вторичной медицинской помощью (иногда ее называют специализированной) понимают помощь, которую оказывают медицинские специалисты в клиниках или больницах. Пациентам оказывают специализированные услуги, услуги скорой помощи, интенсивной терапии, физиотерапии, хирургии, родовспоможения, диагностических лабораторий, эндоскопии.
- Третичную медицинскую помощь предоставляют специалисты региональных медицинских центров. Эти центры оснащены диагностическим оборудованием, у них есть специальные возможности по уходу за пациентами (обычно они недоступны в местных больницах). К примеру, центры кожных заболеваний, травматологии, неонатологии, заведения по уходу за пациентами с осложнениями при беременности, радиационная онкология, клиники трансплантации органов.

Стационарная медицинская помощь организована на трех уровнях:



- 1. Больницы, которые обслуживают сельское население (оснащены лишь базовым оборудованием);
- 2. Муниципальные и центральные районные больницы, которым, по данным, полученным в ходе реализации проекта, принадлежит 70% всех стационарных коек. Кроме того, стационарную помощь при терапии отдельных групп заболеваний предоставляют городские специализированные диспансеры. Амбулаторную, акушерскую и гинекологическую помощь оказывают в женских консультациях, являющихся подразделениями родильных домов или поликлиник;
- 3. Государственные, областные и межобластные специализированные клинические и диагностические центры национальных исследовательских институтов (25% стационарных коек).



- Очевидно, что в Украине существует большая сеть лечебных учреждений ВМП (6 на 100 тыс. населения, это в 4 раза больше, чем в европейских странах). Большая часть из них не предоставляет всего спектра услуг ВМП. Поддержка излишнего коечного фонда поглощает ресурсы, необходимые для актуальных потребностей здравоохранения. Разница между высокоспециализированной третичной медицинской помощью (ТМП) и ВМП становится все менее выраженной. С другой стороны, существует проблема укомплектованности больниц персоналом. Сегодня в Украине остаются вакантными 10% врачебных должностей, а 20% работающих врачей — пенсионного возраста.

КАК ИЗМЕНИТСЯ СЕМЕЙНАЯ МЕДИЦИНА В 2018 ГОДУ?

2017 год

Поликлиника,
фельдшерско-
акушерский
пункт, ЦПМСП



Организационная форма

2018 год

+ Частная практика,
физическое лицо-
предприниматель



Койко-места



Финансирование



Медицинские услуги

1500 – 4000 человек



Количество пациентов



2000 – 2500 человек

5207 грн/мес.*
Задолженность 81,7 млн грн**



Средняя зарплата



> 61 600 грн/мес.***
370 грн за человека в год

Бумажные медкарты
Закрепленность за участком
Выезд к пациенту
«Талончики» для записи



Прием



Электронная система e-Health
Декларация об обслуживании
+ Консультации по Интернету
Онлайн-запись

* По данным Госстата за июль 2017 года ** По состоянию на сентябрь 2017 года
*** При наличии 2000 пациентов в год По данным Министерства здравоохранения Украины



- Бюджетные средства являются основным источником финансирования отрасли. Формально населению Украины предоставлены широкие гарантии на получение бесплатной медицинской помощи. В ст. 49 Конституции Украины, принятой в 1996 г., сказано, что: «В государственных и коммунальных учреждениях здравоохранения медицинская помощь предоставляется бесплатно». Однако это государственное обязательство оказалось неподкрепленным достаточным объемом финансирования. Потому в 1996 г. государственным лечебно-профилактическим учреждениям было разрешено предоставление медицинских услуг за плату. Поскольку условия предоставления бесплатных и платных медицинских услуг не имеют четких нормативных отличий, в лечебно-профилактических учреждениях практикуется взимание наличных денег за лечение. Право принятия решения об объемах медицинской помощи, предоставляемой бесплатно и за плату, фактически принадлежит поставщикам медицинских услуг. Это привело к снижению доступности медицинской помощи для населения в целом.
- Вследствие дефицита бюджетного финансирования роль частных источников возросла еще больше. Принимая во внимание неофициальную плату за медицинские услуги, доля прямых расходов населения достигает 50% общих расходов на здравоохранение. Добровольное медицинское страхование составляет всего 1% общих расходов. Внешние источники финансирования, включая помощь международных организаций, не оказывают значительного влияния на финансирование отрасли.

Структура системы здравоохранения Казахстана



- 1. Система здравоохранения состоит из государственного и негосударственного секторов здравоохранения.
- 2. Государственный сектор здравоохранения состоит из государственных органов в области здравоохранения, организаций здравоохранения, основанных на праве государственной собственности.
- 3. Негосударственный сектор здравоохранения состоит из организаций здравоохранения, основанных на праве частной собственности, а также физических лиц, занимающихся частной медицинской практикой и фармацевтической деятельностью.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ



Как известно, государственная система здравоохранения эффективно работает только при условии достаточных ресурсов. Главной целью любой модели системы здравоохранения, как и государства, и общества в целом, является обеспечение доступности и качества медицинской помощи или оказываемых медицинских услуг населению. В развитых странах мира организация системы здравоохранения рассматривается как одно из центральных направлений социальной политики государства, и расходы на здравоохранение в них составляют не менее 8-10% от ВВП.