

НАЦИОНАЛЬНАЯ СИСТЕМА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ



Здравоохранение - система государственных, общественных и медицинских мероприятий, направленных на предупреждение и лечение заболеваний, укрепление здоровья населения.

Здравоохранение – система социально-экономических и медицинских мероприятий, имеющих целью сохранить и повысить уровень здоровья населения, функционирование которой обеспечивается наличием кадров, материально-технической базы, определенной организационной структуры, соответствующих технологий и развитием медицинской науки.

Федеральный закон от 21.11.2011 года №324-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации"

Здравоохранение - это одна из ветвей государственной деятельности, которая призвана обеспечивать доступный медицинский сервис для населения на соответствующем уровне. Это одна из важнейших ветвей деятельности государства, ведь только физически здоровое общество способно созидать прочное государство.

Далее в документе подчеркивается, что отечественное здравоохранение - это совокупность правовых, организационных, финансовых и других мер, которые обеспечивают каждого гражданина необходимыми услугами в медицинской сфере.

Система здравоохранения - это совокупность всех государственных ресурсов, институтов и мероприятий, которые должны совершенствовать уровень медицинских услуг в стране.

СОЦИАЛЬНО-ЭКОНОМИЧЕСКИЕ МОДЕЛИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

(степень участия государства в финансировании здравоохранения, формы собственности производителей медицинских услуг, степень охвата населения программами государственной поддержки, источниками финансирования здравоохранения):

1. Модель здравоохранения без государственного регулирования
 2. МЗ с государственным регулированием программ ОМС для отдельных категорий граждан
 3. МЗ с государственным регулированием программ ОМС для большинства граждан
 4. Монопольная государственная МЗ
 5. МЗ на основе всеобщего государственного страхования
-

Модель здравоохранения без государственного регулирования - основана на простых законах рынка (развивающиеся страны Азии, Южной Америки и Африки)

Характерные признаки:

- основной источник финансирования медицинской помощи – личные средства граждан
- свободные (нерегулируемые) цены на медицинские услуги
- свободный выбор врача
- относительно высокие доходы врача (врач частной практики)
- ограниченная доступность медицинской помощи большинству граждан
- участие государства сводится к обеспечению минимальных санитарных и противо-эпидемических мероприятий; изоляции и лечению больных (инфекционных, психических и т.п.) опасных для общества

ЗДРАВООХРАНЕНИЕ -
НЕ УСЛУГА, А
ОБЯЗАННОСТЬ
ГОСУДАРСТВА !





Осмотр детей при вспышке холеры (Судан, 2014 г.)

МЗ с государственным регулированием программ ОМС для отдельных категорий граждан (создание связано с началом эпохи раннего капитализма)

Связана с развитием медицинских технологий: наркоз, полостная хирургия, рентген и т.п.

Решением проблемы оплаты дорогостоящего лечения населением стало создание «больничных касс», развитие частного медицинского страхования.

Страховые компании использовали принцип общественной солидарности.

Участники процесса: работодатели, страховщики, адвокаты, частные производители медицинских услуг, пациенты (потребители медицинских услуг).

Увеличение роли государства в качестве надзорного органа и создании ОМС для отдельных категорий граждан (Medicaid, Medicare, инвалидов).

Характеризуется:

- основной источник финансирования медицинской помощи являются личные средства граждан и прибыль (доход) юридических лиц
- большой выбор медицинских учреждений, врачей, создающих высокую конкурентную среду на рынке медицинских услуг
- свободное (нерегулируемое) ценообразование на медицинские услуги
- высокие доходы врачей и других медработников
- высокая стоимость медицинских услуг, ограниченная доступность медицинской помощи для широких слоев населения
- недостаточное внимание к помощи на дому и профилактике, приоритет в лечении «легких» заболеваний
- неэффективное использование ресурсов, преобладание затратных хозяйственных механизмов
- гипердиагностика, выполнение значительной доли дорогостоящих процедур и вмешательств без достаточных медицинских показаний
- государственная поддержка отдельных категорий граждан

В настоящее время характерна для США и развитых Арабских и латиноамериканских стран.

- **Страховку имеют 84,7 % американцев. 59,3 % получает страховку от работодателя, 8,9 % приобретают её отдельно, 27,8 % пользуются специальными государственными программами.**



➤ Медикэйд.

- «Медикейд»—программа на уровне штата, покрывающая больничные или медицинские расходы для малоимущих лиц с низким уровнем доходов.
- Каждый штат устанавливает собственные правила о том, кто имеет право на пособие «Медикейд», и какие медицинские расходы оно покрывает. В некоторых штатах называется по-другому.
- Некоторые люди имеют право как на «Медикэр», так и на «Медикейд».
- Существует с 1965 года.
- В 2006 г. программа Medicaid обеспечила оказание медицинской помощи 38,3 млн американцев с низким уровнем доходов.

Программа Медикэр включает в себя 4 части:

- Часть А – страхование на случай госпитализации. Помогает оплачивать пребывание и лечение в больнице.
- Часть В – оплачивает врачебные услуги а также предметы медицинского обихода, не покрываемые страхованием на случай госпитализации.
- Часть С - Люди, имеющие Части А и В программы «Медикэр», могут избрать для себя получение всех видов медицинского обслуживания и лечения через одну из имеющихся медицинских организаций посредством Части С.
- Часть D – страхование оплаты лекарств по рецепту, помогает с оплатой медикаментов, прописанных врачом для лечения.

МЗ с государственным регулированием программ ОМС для большинства граждан (модель Отто фон Бисмарка)

Предложена в 1881 г. в Германии. В своих базовых позициях остаётся неизменной после реформирования, проведенного согласно «Имперскому указу о медицинском страховании» в 1924 г.

Используется в 25 странах (1 млрд человек – 18% населения земного шара).

В Австрии, Бельгии, Франции, Люксембурге финансирование осуществляется через систему социального страхования, которая распространяется на всё население. В Нидерландах им охвачено 70% населения. В Германии 85% населения пользуется обязательным страхованием.

В Бельгии, Италии и Франции размеры страхового взноса зависят от дохода (принцип солидарной справедливости). В большинстве стран этот взнос фиксирован и одинаков для всех граждан. Это создает условия, при которых эта система действует в разных странах по разному.

Характеризуется:

- наличие нескольких основных источников финансирования (средства бюджетов, обязательные платежи по страхованию, осуществляемые как работодателями, так и самими работниками)
 - высокая доля национального дохода, выделяемого на здравоохранения
 - наличие централизованной системы финансирования, основанной на независимых специализированных организациях (фондах, страховых компаниях)
 - большое внимание со стороны финансирующих организаций к контролю качества медицинской помощи и объемами расходов при оказании медицинских услуг
 - регулируемое ценообразование на медицинские услуги, многообразие форм и способов оплаты медицинской помощи
 - обеспечение высокого, гарантированного государством уровня качества оказания медицинской помощи
-



Системы здравоохранения:



1. Государственного или бюджетного финансирования (система Бевериджа)



Уильям Генри Беверидж, 1-ый барон Беверидж
William Henry Beveridge, 1st Baron Beveridge

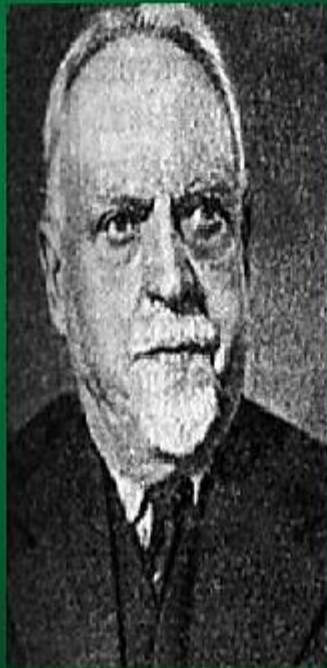
2. Частного финансирования

(платная, рыночная медицина)



3. Социально-страхового финансирования

(система Бисмарка)



Н. А. Семашко
первый нарком
здравоохранения
советской России

ЭТИЧЕСКИЙ НИГИЛИЗМ

В 1925 г. нарком здравоохранения Н. А. Семашко объявил врачебную тайну пережитком старой кастовой врачебной практики и старых глупых предрассудков и подчеркнул, что советское здравоохранение держит «...твердый курс на уничтожение врачебной тайны, пережитка буржуазной медицины...».

Монопольная государственная МЗ

Эта модель ориентирована на высокий уровень централизации управления отраслью.

Организация материально-технического и лекарственного обеспечения производится на основе государственного заказа и фондового снабжения по фиксированным ценам. Формирование и развитие медицинских учреждений производится в соответствии с государственными нормативами по штатам, ресурсам, заработной плате и др.

Преимущества:

- высокая степень социальной защищенности граждан путём установления всеобщих гарантий предоставления бесплатной медицинской помощи
 - строгий государственный контроль за условиями оказания медицинской помощи
 - воздействие на заболеваемость управляемыми инфекциями путём проведения иммунизации населения
 - высокая степень мобилизационной готовности при чрезвычайных ситуациях
-

Недостатки:

- низкоэффективная бюрократическая система управления
- недостаток дополнительных платных и сервисных услуг и отсутствие конкурентной среды
- низкую заработную плату медицинских работников
- отсутствие системы независимого контроля за качеством медицинской помощи
- диспропорция в развитии стационарной и амбулаторно-поликлинической помощи
- низкую эффективность использования ресурсов в здравоохранении

Финансирование медицинской деятельности осуществляется из госбюджета по остаточному принципу. Не предусмотрено использование ОМС и ДМС.

Лорд Вильям Генри Беверидж (1879-1963г.) (Beveridge, William Henry)

- Образование получил в Англии в Оксфордском университете.
- В 1905-1908 - член совета Лондона по безработице, председатель комитета по трудоустройству безработных.
- В 1919-1937 – директор Лондонской школы экономических и политических наук.

