

# ЗДРАВООХРАНЕНИЕ В ЗАРУБЕЖНЫХ СТРАНАХ

# 12 ПРИНЦИПОВ ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В ЛЮБОЙ СИСТЕМЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

*На планете работают различные системы здравоохранения от полностью автономных до исключительно государственных.*

*В одних странах помощь оказывается лишь остро в ней нуждающимся,*

*в других - существует развитая система медицинского страхования,*

*третьи существенно продвинулись в организации комплексной охраны здоровья.*

*Различные степени сочетания частной инициативы и государственной политики в области здравоохранения порождают множество вариантов систем предоставления медицинской помощи.*

Приняты 17ой Всемирной Медицинской Ассамблеей,  
Венеция, Италия, в октябре 1983 года.

*Всемирная Медицинская Ассоциация считает своим долгом встать на защиту основных принципов медицинской практики и свободы медицинской профессии, а потому, не вдаваясь в оценку ни одной из национальных систем здравоохранения, декларирует условия, соблюдение которых необходимо для эффективного сотрудничества медицинского сообщества с государственной системой здравоохранения.*

*В идеале необходимо обеспечить наиболее современный уровень медицинской помощи при полной свободе выбора как для врача, так и для пациента.*

# Принципы:

1. в любой системе здравоохранения условия работы медиков должны определяться с учетом позиции общественных врачебных организаций.
2. Любая система здравоохранения должна обеспечить пациенту право выбора врача, а врачу - право выбора пациента, не ущемляя при этом прав ни врача, ни пациентов. Принцип свободного выбора должен соблюдаться и в тех случаях, когда медицинская помощь оказывается в медицинских центрах. Профессиональная и этическая обязанность врача - оказывать любому человеку неотложную медицинскую помощь без каких-либо исключений.

# 12 принципов

3. Любая система здравоохранения должна быть открыта для всех врачей, имеющих право практики: ни медиков вообще, ни одного врача в частности нельзя принуждать к работе на неприемлемых для них условиях.
4. Врач должен быть свободен в выборе места своей практики и ограничен лишь пределами своей специализации. Медицинское сообщество должно помогать государству, ориентируя молодых врачей на работу в тех регионах, где они наиболее необходимы. Врачам, соглашающимся работать в менее престижных районах, должна быть оказана такая помощь, чтобы оснащение практики и уровень жизни врача соответствовали статусу их профессии.

# Принципы:

5. Медицинское сообщество должно быть адекватно представлено во всех государственных институтах, имеющих отношение к проблемам охраны здоровья.
6. Все, кто принимает участие в лечебном процессе, или контролирует его, должны осознавать, уважать и сохранять конфиденциальность взаимоотношений врача и пациента.
7. Необходимы гарантии моральной, экономической и профессиональной независимости врача.
8. Если размер гонорара за медицинские услуги не определен прямым договором между пациентом и врачом, организации, финансирующие предоставление медицинских услуг, обязаны адекватно компенсировать труд врача.

# Принципы:

9. Объем гонорара врача должен зависеть от характера медицинской услуги. Цена медицинских услуг должна определяться соглашением с участием представителей медицинского сообщества, а не односторонним решением организаций, финансирующих предоставление медицинских услуг, или правительства.
10. Оценку качества и эффективности медицинской помощи, оказываемой врачом, объема, цены и количества предоставляемых им услуг, должны осуществлять только врачи, руководствуясь в большей степени региональными, нежели национальными стандартами.
- 11.

# 12 принципов

11. В интересах больного не может быть никаких ограничений права врача на выписку любых препаратов и назначение любого лечения, адекватного с точки зрения современных стандартов.
12. Врач должен активно стремиться к углублению своих знаний и повышению профессионального статуса.



# Модель - определение

1. Под моделью подразумевается искусственно созданный образ какого-либо объекта, схема его работы.
2. Социально-экономическая модель здравоохранения - это отражение основных черт, главных характеристик, сложившихся в этой отрасли.
3. Наличие в стране той или иной социально-экономической модели здравоохранения определяется в основном следующими обстоятельствами:
  - общим уровнем социально-экономического развития;
  - социальной политикой, проводимой государством в отношении охраны здоровья населения;
  - историческими и национальными традициями.

# Отличие моделей друг от друга

- По степени участия государства
- По форме собственности
- По степени охвата населения программами государственной поддержки
- По источникам финансирования здравоохранения

# Пять устойчиво функционирующих моделей здравоохранения

1. частная модель здравоохранения без государственного регулирования;
2. частная модель здравоохранения с государственным регулированием программ обязательного медицинского страхования для отдельных категорий граждан;
3. частная модель здравоохранения с государственным регулированием программ всеобщего обязательного медицинского страхования;

Частные модели здравоохранения

# Пять устойчиво функционирующих моделей здравоохранения

4. монопольная государственная модель здравоохранения;
5. государственная модель здравоохранения на основе всеобщего государственного медицинского страхования (МС).
6. неустойчивые переходные модели (В странах с неустойчивыми политическими системами и переходной экономикой встречаются промежуточные формы, включающие элементы разных моделей и связанные с быстрой сменой периодов исторического развития. Они относятся к категории неустойчивых переходных моделей)

4. 5 государственные модели  
6 промежуточные формы

# модели здравоохранения

- Основной критерий в определении модели здравоохранения – способ финансирования отрасли

# Частная модель здравоохранения без государственного регулирования

- Частная система здравоохранения основывается на непосредственной оплате медицинской помощи потребителями медицинских услуг. Для нее характерны следующие признаки:
  1. основной источник финансирования медицинской помощи — личные средства граждан;
  2. свободное (нерегулируемое) ценообразование на медицинские услуги;
  3. свободный выбор врача;
  4. высокие доходы врачей.

В настоящее время в "чистом" виде частное здравоохранение не присутствует ни в одной из высокоразвитых стран, однако еще существует в ряде наименее развитых стран Азии, Африки и Латинской Америки.

# Квалификационные признаки модели:

<i>1. Объем государственных гарантий:</i>	<i>отсутствует.</i>
<i>2. Источник финансирования услуг:</i>	<i>из личных средств граждан.</i>
<i>3. Заказчик, его статус:</i>	<i>пациент, частное лицо.</i>
<i>4. Исполнитель, его статус:</i>	<i>частнопрактикующий врач, народный целитель.</i>
<i>5. Характер взаимодействия заказчика и исполнителя:</i>	<i>представление услуг по обращению без юридического оформления;</i>

# Квалификационные признаки модели

<i>6. Регулирование отношений:</i>	<i>рыночная саморегуляция спроса и предложения.</i>
<i>7. Схема управления, роль гос. органов:</i>	<i>отсутствуют.</i>
<i>8. Схема финансирования услуг:</i>	<i>прямоплатная.</i>
<i>9. Структуры, обеспечивающие права пациентов:</i>	<i>отсутствуют.</i>



# Модели массового здравоохранения

Частная модель здравоохранения с государственным регулированием программ обязательного медицинского страхования для отдельных категорий граждан

Основа этой модели здравоохранения — добровольное (частное) медицинское страхование при непосредственной оплате медицинской помощи потребителями (платная медицина).

# признаки:

- основным источником финансирования медицинской помощи являются личные средства граждан и прибыль (доход) юридических лиц;
- преимущественно негосударственный (коммерческий) статус страховых, медицинских и других организаций, аккумулирующих финансовые средства здравоохранения и обеспечивающих оказание медицинской помощи;
- большой выбор медицинских учреждений, врачей, работающих на многоукладной хозяйственной основе;
- свободное (нерегулируемое) ценообразование на медицинские услуги;
- достаточно высокая доля национального дохода, выделяемого на здравоохранение.

# Положительные стороны функционирования этой модели здравоохранения :

- наличие широкого диапазона медицинских учреждений с точки зрения уровня качества и стоимости медицинских услуг;
- отсутствие очереди на медицинское обслуживание;
- особое внимание уделяется качеству медицинской помощи, защите прав потребителей;
- высокие доходы врачей и других медицинских работников.

Однако следует отметить, что в "чистом" виде, даже с элементами государственного регулирования программ ОМС для отдельных категорий граждан, частное здравоохранение присутствует только в США, большинстве арабских, некоторых африканских и ряде латиноамериканских - стран. Это обусловлено существенными проблемами, присущими данной системе

# Отрицательные стороны модели

- Высокая стоимость медицинских услуг, недоступность медицинской помощи для широких слоев населения
- Недостаточное внимание к помощи на дому и профилактике
- Гипердиагностика, выполнение дорогостоящих процедур и вмешательств без достаточных медицинских показаний
- Отсутствие государственного регулирования и контроля за качеством медицинских процедур

# Квалификационные признаки модели

*1. Объем государственных гарантий:*

*ограниченный объем бесплатной помощи для отдельных мало-имущих категорий населения, лицензирование производителей.*

*2. Источник финансирования услуг:*

*средства предприятий и личные средства граждан на оплату программ добровольного мед. страхования (ДМС) и платных услуг; бюджетные фонды по программам ГМС.*

*3. Заказчик, его статус:*

*частные страховые компании по программам ДМС, государство по программам ГМС, гражданин (частное лицо) при получении платных услуг. 22*

# Квалификационные признаки модели

*4. Исполнитель, его статус:*

*частные ЛПУ,  
частнопрактикующие  
врачи.*

*5. Характер  
взаимодействия  
заказчика и ис  
полнителя:*

*долговременный  
контракт или оплата  
по счету;*

<p><i>6. Регулирование отношений:</i></p>	<p><i>рыночное саморегулирование спроса и предложения. Контроль государства по отдельным программам.</i></p>
<p><i>7. Схема госуправления:</i></p>	<p><i>законодательное регулирование отношений, частичное финансирование программ государственной помощи неработающим и инвалидам.</i></p>
<p><i>8. Роль госорганов:</i></p>	<p><i>контроль над исполнением закона.</i></p>



# Квалификационные признаки модели

## 9. Схема финансирования:

Для программ государственной поддержки: бюджет - (Фонд) - уполномоченная страховая компания - ЛПУ.

Для программ коммерческого страхования: работодатель + гражданин (только гражданин) - страховая компания - ЛПУ.

Для платных услуг: гражданин - ЛПУ.

## 10. Структуры, обеспечивающие права пациентов:

страховые компании, адвокатские фирмы.

## 11. Структуры, обеспечивающие права производителей:

медицинские ассоциации.

# Соединенные Штаты Америки

(система добровольного медицинского страхования)

- Конституция Соединенных Штатов не предусматривает государственного обеспечения медицинской помощью всех граждан, за исключением отдельных групп населения.
- Для здравоохранения США характерна частная модель здравоохранения с государственным регулированием программ ОМС (для отдельных категорий населения), т. е. вторая модель здравоохранения

- Американская социально-экономическая модель здравоохранения позволила сконцентрировать в отрасли значительные финансовые ресурсы, что дало возможность создать мощную материально-техническую базу, привлечь высококвалифицированные кадры
- Многосторонняя система контроля за качеством в сочетании с материальной заинтересованностью медицинских работников поддерживает высокую марку здравоохранения и медицины США.

# Структура

- США – децентрализованная система здравоохранения. Каждый уровень власти выполняет определенную роль в осуществлении общенациональных целей
- Система здравоохранения США представлена независимыми службами на трех основных уровнях, это семейная медицина, госпитальная помощь и общественное здравоохранение.
- Управление - Департамент (Министерство) здравоохранения и социальных служб (МЗСС), в его составе: служба общественного здравоохранения

# Основными задачами службы общественного здравоохранения являются:

1. санитарная охрана границ;
  2. гигиена окружающей среды;
  3. санитарная статистика;
  4. руководство национальными институтами здравоохранения;
  5. медицинская служба гражданской обороны;
  6. осуществление внешних медицинских связей.
- Низовыми звеньями службы общественного здравоохранения являются ее организации в городах и округах, которые ведут демографическую статистику, регистрацию и борьбу с инфекционными заболеваниями, туберкулезом, венерическими заболеваниями и малярией.
    - 9 региональных отделений, возглавляемых директорами. В каждый регион входит несколько штатов. В каждом штате имеется собственный департамент здравоохранения - функции которого сводятся в основном к вопросам санитарно-противоэпидемической защиты

# Семейная медицина

- Внебольничная медицинская помощь почти полностью находится в руках врачей частной практики, которые составляют около 70 % от всех врачей. Это, как правило, врачи общей практики, или семейные врачи.
- Семейные врачи работают по контракту с местными органами управления
- В США распространен принцип свободного выбора врачей общей практики, а за дополнительную плату — и "узкого" специалиста

# Стационарная медицинская ПОМОЩЬ

В больничном секторе также действуют договорные отношения

- Стационарную медицинскую помощь население США получает в больницах, которые по принадлежности делятся на две основные группы: федеральные, принадлежащие центральным правительственным или иным федеральным ведомствам, и нефедеральные, принадлежащие администрациям штатов, городским муниципалитетам, благотворительным организациям, церкви, частным владельцам.
- В США действуют около 6700 больниц, среди которых 5480 — общественные, оказывающие срочную медицинскую помощь,
- 880 — специализированные (психиатрические, реабилитационные, долговременной медицинской помощи и т. д.),
- 340 — федеральные, предназначенных исключительно для военных, ветеранов войны и индейцев.
- Из 5480 общественных больниц 59% составляют некоммерческие больницы (бесприбыльные — доход реинвестируется в больницу), 27 % — больницы, находящиеся под ведомством местного правительства - государственные, 14 % — коммерческие клиники.

# Страхование здоровья

- В США единственной из развитых стран отсутствует система государственного страхования здоровья



# страхование здоровья

- В США около 86% граждан имеют медицинскую страховку, 46% из них страховка предоставлена работодателем, 13% – приобрели ее самостоятельно, таким образом 59% имеют частную страховку
- 27% граждан страховка предоставляется в рамках государственных программ в том числе: 13 % — "Медикэр", 10 % — "Медикэйд" и 4 % — из фондов ветеранов армии.
- 14% населения - не имеют никакой страховки. Не имеющие страховки могут получить мед. Помощь в государственных больницах через программы здравоохранения финансирующиеся из средств благотворительности

# Страхование здоровья в США

- Каждый работающий имеет личный страховой медицинский счет плюс полюс – контракт по которому оговаривается объем помощи, условия оказания, количество лиц, пользующихся страховым медицинским счетом

Данная модель малозатратна для бюджета государства, но она не позволяет оказывать помощь всему населению страны  
И проводить про осмотры всему населению

# страховки

- В США существует три основных типа страхования здоровья:
- основная госпитальная страховка,
- основная медицинская
- общая медицинская страховки.
- Основная госпитальная страховка покрывает больничные расходы, причем чаще всего страховая компания устанавливает пределы на продолжительность пребывания в больнице и на общую сумму лечения.
- Основная медицинская страховка служит для возмещения расходов, связанных с услугами врачей, включая визиты к врачам в госпитале.
- Общая медицинская страховка служит для покрытия дополнительных расходов, которые возникают в случае серьезного заболевания и выходят за пределы основных госпитальной и медицинской страховок.

Кроме перечисленных основных типов комплексного медицинского страхования, существует еще несколько возможностей

застраховать свое здоровье

- страхование от несчастного случая
- Страховка от конкретной болезни
- Страхование на случай дополнительной медицинской помощи (квалифицированную медицинскую помощь, осуществляемую дипломированной медсестрой под руководством врача, — это наиболее дорогой вид страховки; помощь, включающую в себя сбор медицинской информации (измерение температуры, давления и т. п.), общий уход, питание, диетический надзор; попечительский уход, т. е. помощь в осуществлении ежедневных бытовых потребностей (прием лекарств, питание, одевание и т. д.);

- В США существует более 1000 частных страховых компаний наиболее крупные «Синий крест» и «Синий щит»

# государственные программы

- Определенные государственные программы позволяют получить медицинскую помощь инвалидам, лицам пожилого возраста, детям, ветеранам, малообеспеченным людям, а также обеспечивают неотложную помощь всем жителям страны независимо от их способности ее оплатить.
- Более 45% расходов страны в системе здравоохранения идет на финансирование подобных государственных программ, таким образом, правительство США является наибольшим страховщиком нации.
- Акт о неотложной помощи и труде – закрепил доступность к неотложной помощи для всего населения независимо от наличия страховки

## Государственные программы

*Правительство США покрывает расходы на здравоохранение посредством двух основных программ – Medicaid и Medicare, которые позволяют получить медицинские услуги бедным и нуждающимся жителям страны бесплатно или по низкой стоимости.*

- Основными государственными программами являются "Медикэр" (Medicare) и "Медикэйд" (Medicaid).
- "Медикэр" — это единая общегосударственная программа помощи для престарелых и потерявших трудоспособность людей. Право на пользование программой "Медикэр" имеют лица, достигшие 65 лет, получающие пособие по социальному обеспечению и, кроме того, имеющие стаж работы от 5 до 10 лет, в зависимости от характера работы. Получать льготы по этой программе могут и лица моложе 65 лет, получавшие не менее 2 лет пособие по нетрудоспособности по программе социального обеспечения, а также люди, проработавшие определенное число лет на правительственной работе

- "Медикэйд" — государственная программа медицинской помощи семьям с низким доходом. Она охватывает 10 % населения и субсидируется федеральным правительством, но регулируется законами штатов.
- Семья имеет право на получение льгот по программе "Медикэйд", если ее доходы ниже определенного уровня, устанавливаемого каждым штатом.
- Право на "Медикэйд" имеют бедные люди, которые одновременно являются либо людьми пожилого возраста, либо слепыми, либо беременными, либо нетрудоспособными, либо имеющими детей.
- Поэтому около 60 % бедняков, живущих ниже официального уровня бедности, не охвачены программой. "Медикэйд"



# недостатки

- проблема доступности медицинской помощи для всего населения. Около 40 млн. американцев не имеет страховых полисов (среди незастрахованных много молодежи)..
- рост расходов на медицинское обслуживание, вызывает увеличение страховых взносов
- относительно невысока эффективность затрат на здравоохранение США занимают первое место в мире по абсолютным затратам и затратам на одного жителя). В то же время по многим важнейшим параметрам общественного здоровья страна далека от лидерства (15-е место в мире по средней продолжительности жизни, 17-е по уровню младенческой смертности и т. д.).
- "центр тяжести" в работе отрасли приходится на лечение, в то время как профилактике не<sup>4</sup><sub>1</sub> уделяется должного внимания

# HALE и система здравоохранения

- С 1999 года Всемирная Организация Здравоохранения стала активно использовать новый индикатор - "продолжительность здоровой жизни" (Healthy life expectancy (HALE)),
- Новый индикатор также учитывает количество времени, которое человек проводит в нездоровом состоянии. Этот критерий более корректно описывает эффективность системы здравоохранения в различных странах. Исследования ВОЗ показывают, что число лет, проведенных человеком в нездоровом состоянии, значительно выше для жителей бедных стран. В среднем, представитель наиболее "здоровой" нации проводит в нездоровом состоянии 9% своей жизни, в то время, как для наименее "здоровых" стран это показатель равен 14%. США занимает 24 место в рейтинге - или в среднем 70 лет здоровой жизни для новорожденных 1999 года.

- Общепризнано, что национальная система здравоохранения в США уже давно находится в хроническом кризисе, который пока не удалось приостановить.
- Существующая система не позволяет миллионам американцев из-за дороговизны пользоваться квалифицированной и специализированной медицинской помощью
- Поэтому единственно правильным выходом является проведение реформы здравоохранения, с помощью которой можно было бы сделать квалифицированное медицинское обслуживание доступным для всего населения. В настоящее время США делают решительный шаг в сторону именно социального, а не частного страхования в медицине, которое в предстоящие годы призвано стать основой всей системы американского здравоохранения.

# Почему же медицинское обслуживание в США стоит так дорого?

- *У Дерика Купера неизлечимое хроническое заболевание. Пока были деньги он платил по всем счетам за свое лечение. Теперь у него нет страховки, и скорее всего скоро не будет дома. "Я один из тех, кто умрет, если мне не помогут. Мое заболевание требует постоянного лечения и дорогостоящих лекарств. Я понимаю, что долго не проживу, но я хочу, чтобы вы поняли, что реформа системы медицинского страхования - это нужно для нас, для простых людей. На самом деле, это вопрос жизни и смерти".*



Майкл МУР и его нашумевший фильм Sicko

- Больницы США используют более дорогое и более современное оборудование
- Дорогие лекарственные препараты
- Доктора предпочитают покупать дорогостоящие страховки что приводит к повышению стоимости медицинских услуг
- Отсутствие электронных систем хранения данных в США и т.д.

# Противники реформы

- В свою очередь, противники перевода системы здравоохранения на государственные рельсы используют следующие аргументы.
- национализированные системы здравоохранения поражены бюрократией, неэффективно тратят средства и плохо управляются.
- Национализация медицины приводит к автоматическому увеличению очередей пациентов в кабинеты врачей.
- Пациенты не имеют возможности выбора врача или выбора времени визита. В Великобритании ежегодно 800 тыс. человек месяцам ждут необходимой им госпитализации. В Канаде срок ожидания между моментом получения направления на консультацию к узкому специалисту (например, эндокринологу или гинекологу) и визитом к этому врачу, в среднем, составляет 17 недель, а в некоторых случаях еще больше (например, посещения офтальмолога приходится ждать 30 недель).

- Бюджетного финансирования недостаточно для оплаты последних новинок в сфере медицины (оборудования, медикаментов последних поколений). К примеру, 60% радиологического оборудования в клиниках Канады было произведено в 1950-е - 1960-е годы. В Великобритании ежегодно проводится 5 томографий на 1 млн. жителей, в среднем по Европе - 8 на 1 млн., в США - 42 на 1 млн. (данные исследовательского Brookings Institution) - то есть, медики лишаются возможности точной постановки диагноза.

- Еще одна проблема - низкие зарплаты медицинских работников. Великобритания вынуждена постоянно привлекать врачей и медсестер, получивших образование в иных странах - например, эмиграция африканских медиков (прежде всего, из бывших британских колоний) на Британские острова приобрела массовые масштабы. С другой стороны, британские дантисты перебираются в иные страны, поскольку их не устраивает уровень предлагаемых доходов и нагрузки (например, британский зубной врач, сотрудничающий с общенациональной страховой системой, вынужден принимать 30-40 пациентов в день, американский - 12). В Канаде с 1991 года наблюдается недостаток врачей. Чтобы обслужить пациентов, среднестатистический канадский терапевт в 1993 году работал 46.9 часов в неделю, в 1998 году - 53.3 часа.



- Во многих странах, где система здравоохранения национализирована, медицинский персонал периодически объявляет забастовки, что негативно отражается на больных.

# ИТОГИ

- Соединенные Штаты Америки – обладатели самой дорогой системы здравоохранения в мире. США тратит на систему охраны здоровья больше, чем любая другая страна, – как в абсолютных цифрах, так и в соотношении с валовым внутренним продуктом (ВВП) на душу населения. Так, только в 2007 г. США потратили на охрану здоровья 2,26 триллиона долларов, что составляет 7439 долларов на одного человека. Согласно последним оценкам в США на медицинскую помощь расходуется около 16% ВВП. Ожидается, что доля ВВП, выделяемого на здравоохранение в США, будет увеличиваться и к 2017 г. составит 19,5%. Однако в течение последних 30 лет увеличение расходов на эту отрасль происходит преимущественно за счет правительственных программ, что может серьезно подорвать финансовую стабильность страны.

# Частная модель здравоохранения с государственным регулированием программ всеобщего ОМС

- В Германии, Франции, Нидерландах, Швейцарии действуют системы, основанные на страховании населения с большим или меньшим участием правительств в формировании страхового фонда.
- В настоящее время эта модель наиболее развита в Германии и Франции. В связи с тем что эта система в той или иной степени управляется государством, она именуется "регулируемой системой страхования здоровья".

# Модель всеобщего ОМС предполагает

- Каждый работающий платит налог и имеет страховой полис (определенный объем медицинской помощи и профилактических мероприятий)
- Работодатели также обязаны отчислить часть доходов на медицинскую страховку
- Контроль за поступлением средств и регулирование производится правительственными учреждениями

Страховая медицина не может охватить 100% граждан страны т.к. она рассчитана на работающее население и содержание необходимого  
Для этого минимума медицинских кадров

# особенности:

- наличие нескольких основных источников финансирования: обязательные платежи по медицинскому страхованию, осуществляемые как работодателями, так и самими работниками, добровольные отчисления на программы ДМС, личные взносы граждан на платные услуги;
- наличие централизованной системы финансирования, основанной на независимых специализированных организациях (фондах, страховых компаниях);
- большое внимание со стороны финансирующих организаций к контролю качества медицинской помощи и объемам расходов при оказании медицинских услуг;
- многообразие форм собственности и хозяйствования медицинских учреждений и частных лиц, оказывающих услуги застрахованным;
- регулируемое ценообразование на медицинские услуги, многообразие форм и способов оплаты медицинской помощи.

# При данной модели

- Государство в производстве мед. Услуг непосредственно не принимает участие
- Обеспечение потребности населения в медицинской помощи посредством законодательного регулирования
- Косвенные регуляторы границ колебаний объема произведенных услуг – обязательное покрытие части расходов на мед. помощь за счет личных средств граждан
- Создание резервных фондов, коррекция страхового платежа в пределах страхового коридора
- Принцип территориального покрытия страхового поля
- Контроль счетов ЛПУ – страховыми фондами (ограничение ассортимента, предельная цена услуг и медикаментов, выведение из системы ОМС дорогих ЛПУ)

Введение одновременно с ОМС системы мер по ограничению объемов Потребления дает возможность баланса объема мед. Деяельности в рамках ОМС объему финансирования

# Положительные черты системы

- Высокая степень гарантий предоставления гражданам бесплатной медицинской помощи
- Свободный выбор фондов медицинского страхования населением, работодателями
- Разделение функций финансирования и оказания медицинских услуг
- Обеспечение высокого, гарантированного государством качества медицинских услуг

# недостатки

- Недостаточный охват населения программами ОМС
- Недостаточное применение долгосрочного стратегического планирования в национальном масштабе
- Высокие административные расходы
- сохранение жестких рыночных отношений между лечебными учреждениями и заказчиком (СМО) с существенным влиянием «деформирующих факторов» и «затратным» способом финансирования больниц;



# недостатки

- локальный характер страховых программ, «классовый» или «клубный» принцип распределения страховых сообществ (дешевые страховки с малым покрытием для бедных, более дорогие, с профилактическими услугами – для среднего класса и т.п.);
- невозможность консолидации разрозненных страховых фондов для организации единых общегосударственных профилактических и противоэпидемических мероприятий;
- невозможность осуществления эффективной надотраслевой координации усилий по охране здоровья в немедицинских компонентах системы (ведомственные службы, профилактории, санаторно-курортные, спортивно-оздоровительные и прочие учреждения);
- отсутствие выраженной экономической мотивации коммерческих СМО к массовым оздоровительным мероприятиям;
- высокий уровень затрат системы на финансирование посреднической деятельности и иных непроизводственных расходов, и многое другое.

- Регулируемые государством системы страхования здоровья финансируются на 3-х сторонней основе за счет целевых взносов предпринимателей, целевых взносов работников и субсидий государства из общих или целевых бюджетных средств. При этом доля страхового взноса предпринимателей и работников колеблется в пределах от 4% до 19%, из социальных фондов покрывается 73-91% расходов на медицинское обслуживание. Определенная часть медицинской помощи оплачивается либо из личных средств застрахованного, либо из полиса дополнительного страхования. Это т.н. принцип «участия в издержках».

## Квалификационные признаки модели:

1. Объем государственных гарантий:

базовый объем бесплатной медицинской помощи для основной части населения.  
Лицензирование производителей.

2. Источник финансирования услуг:

обязательные отчисления предприятий и взносы граждан на оплату программы ОМС, добровольные отчисления на программы ДМС и платные услуги.

3. Заказчик, его статус:

частные страховые компании по программам ОМС и ДМС, гражданин при получении платных услуг.

# Квалификационные требования к модели

*4. Исполнитель, его статус:*

*частные ЛПУ, частнопрактикующие врачи, отдельные государственные ЛПУ.*

*5. Характер взаимодействия заказчика и исполнителя:*

*долговременный контракт или оплата по счету;*

## Квалификационные признаки модели:

6. Регулирование отношений:

ограниченная рыночная саморегуляция спроса и предложения в пределах ОМС. Контроль государства.

7. Схема госуправления:

законодательное регулирование отношений.

8. Роль госорганов:

контроль над исполнением закона.

# Квалификационные требования к модели

9. Схема финансирования:

*Для программ ОМС: работодатель + гражданин - страховая компания - ЛПУ.*

*Для программ ДМС: гражданин (иногда + работодатель) - страховая компания - ЛПУ.*

*Для дополнительных платных услуг: гражданин - ЛПУ.*

10. Структуры, обеспечивающие права пациентов:

*страховые компании, адвокатские фирмы.*

11. Структуры, обеспечивающие права производителей:

*медицинские ассоциации.*

# Германия

- Для здравоохранения Германии характерна частная модель здравоохранения с государственным регулированием программ всеобщего ОМС.
- В систему регулируемого страхования в Германии входят три вида страховых фондов: профессиональные, территориальные (земельные) и национальные (межтерриториальные) больничные кассы.
- Высшим органом здравоохранения в Германии является Федеральное министерство здоровья, которое отвечает за все вопросы здравоохранения, включая чистоту воздуха, борьбу с шумом, гигиену, качество питьевой и сточных вод, защиту здоровья от ионизирующего излучения, а также защиту потребителя от вредных лекарств и продуктов питания.

- Одновременно с регулируемым страхованием населения развиваются частные страховые компании – 45% - государственные и 55% частные
- 80% всех взносов осуществляет государство



# Структура

- Традиционная медицина – основа амбулаторной помощи – врачи ОВП – кооперация врачей ОВП (групповая врачебная практика 5 -7 врачей и 10 – 15 человек персонала)
- Стационарная помощь – больницы общественные, бездоходные, частные

- Общественные - государственные
- Бездоходные - церковь, красный крест
- частные - коммерческие

#### Закон о системе здравоохранения»

- Гарантирует финансовые основы больничного страхования и стабильность размеров членских взносов
- В больницах отказ от самокупаемости – ориентация на замещение издержек
- Объединение стационарного и амбулаторного обслуживания
- Перечень лекарств, рекомендованных для назначения больным
- Мораторий на повышения и снижение цен на лекарства
- Расширение системы доплат застрахованным

# Франция

- Для Франции характерна частная модель здравоохранения с государственным регулированием программ всеобщего медицинского страхования.
- Во Франции существует несколько страховых систем. Самой крупной из них является общая система социального страхования, которая включает работающих по найму в промышленности и торговле, государственных служащих, студентов, инвалидов войны, вдов и сирот войны, врачей. -охватывает 67 % населения страны.
- К общей системе социального страхования примыкают система работающих по найму в сельскохозяйственном секторе (18 % населения) и так называемые особые системы (5% населения). К наиболее крупным особым системам относятся национальное общество железных дорог Франции, система горняков, торговый флот, система кадровых военных и т. д.

- Во Франции, помимо страховых компаний, функционируют многочисленные общества взаимопомощи. Эти организации осуществляют обязательные и дополнительные виды страхования. Каждое общество взаимопомощи обеспечивает своим членам определенный комплекс услуг. Например, национальное общество взаимопомощи работников системы здравоохранения имеет собственную сеть психиатрических клиник. Некоторые общества могут обеспечивать помощь по уходу за престарелыми. Деятельность всех обществ взаимопомощи координируется национальной федерацией.

- Франция имеет сеть частных страховых компаний, которые специализируются на страховании жизни, здоровья в полном объеме осуществляют дополнительное страхование на случай инвалидности, катастроф и т.д.

# Участие застрахованного

- Участие застрахованного в расходах на медицинскую помощь установлено в следующем размере: 30 % — расходы на медикаменты, лабораторные анализы, аптеку; 10 % — на незаменимые препараты (и то, и другое по специальным спискам); 25 % — расходы на гонорары врачам; 20 % — на госпитализацию (в пределах установленных страхованием тарифов).
- В ряде случаев застрахованный не участвует в расходах на медицинскую помощь. Это касается заболеваний определенного характера: проказа, злокачественные новообразования, полиомиелит, диабет у ребенка, психические болезни и др., всего 20 наименований. Эти заболевания требуют продолжительного и дорогостоящего лечения. Кроме того, застрахованные не участвуют в расходах в случаях госпитализации, превышающей 30 дней. Бесплатную медицинскую помощь получают также инвалиды и лица, пострадавшие от транспортного травматизма.

- Медицинская помощь населению Франции предоставляется на двух уровнях: внебольничная помощь и больничная помощь.
- Во внебольничном обслуживании населения основная роль принадлежит частнопрактикующим врачам, которые заключили соглашение с органами социального страхования. Кроме того, внебольничную помощь населению оказывают поликлинические отделения (кабинеты) при общественных больницах общего типа и многопрофильные центры здоровья.
- Специализированную внебольничную помощь оказывают государственные диспансеры, имеющие, как правило, соглашения с органами социального страхования (противотуберкулезные, венерологические, психоневрологические, онкологические).
- Больничная помощь во Франции обеспечивается государственными и частными больницами. Государственные больницы подразделяются на 3 категории: сельские больницы с числом коек не более 40, общие больницы с широким диапазоном медицинских служб, рассчитанные на 1000 коек, и клинические больницы с учебной и научно-исследовательской базой.

# Монопольная государственная модель здравоохранения

- монопольное построение структуры лечебной сети;
- бюрократическая система управления;
- жесткая связь между центром и периферией;
- непредставление дополнительных платных и сервисных услуг;
- отсутствие конкурентной среды;
- тарифный (негонорарный) способ оплаты труда врачей, правила найма и оплаты труда диктуются государством;
- низкая заработная плата медицинских работников;
- отсутствие экономических стимулов в работе медицинского персонала;
- большая текучесть медицинских кадров;
- низкий приоритет в развитии первичной медико-санитарной помощи;
- тенденция преимущественно к стационарному лечению, что приводило к очередям на плановую госпитализацию;
- преимущественно административный (через государственные органы) контроль качества оказания медицинской помощи при фрагментарном участии профессиональных организаций.



Функционирование государственно-бюджетной системы здравоохранения имеет ряд положительных сторон:

- высокая степень социальной защищенности граждан путем установления гарантий предоставления бесплатной медицинской помощи;
- государственный контроль за условиями оказания медицинской помощи;
- эффективное воздействие, как правило, административными методами, на заболеваемость особо опасными инфекциями;
- высокая степень мобилизационной готовности при чрезвычайных ситуациях.

## Квалификационные признаки модели:

1. Объем государственных гарантий:

100% охват населения бесплатной медицинской помощью. Объем, ассортимент услуг и их технологический уровень определяется государством.

2. Источник финансирования услуг:

государственный бюджет.

3. Заказчик, его статус:

государство.

4. Исполнитель, его статус:

государственные ЛПУ.

5. Характер взаимодействия заказчика и исполнителя:

приказ.

## Квалификационные признаки модели:

<i>6. Схема госуправления:</i>	<i>прямое управление всеми структурами здравоохранения, полное гособеспечение.</i>
<i>7. Роль госорганов:</i>	<i>организация работы всех структур. Полная ответственность за производство услуг и обслуживание населения.</i>
<i>8. Схема финансирования</i>	<i>госбюджет - орган управления - ЛПУ (по смете расходов)</i>
<i>9. Структуры, обеспечивающие права пациентов:</i>	<i>органы госуправления.</i>
<i>10. Структуры, обеспечивающие права производителей:</i>	<i>органы госуправления.</i>

# Кубинская модель здравоохранения

- Здесь особенность заключается в том, что политический строй этого государства сохраняет подобие политического строя в СССР
- сравнительная характеристика результатов в здравоохранении Кубы и Англии. В 1958 году средняя продолжительность жизни на Кубе была 62 года, а в 1998 году - 75 лет (в Англии - 77). Младенческая смертность в 1958 году составляла 60 на 1000 рожденных живыми, а в 1998 году - 7 (в Англии - 6) Смертность при родах среди кубинских женщин в 1958 году была 170 на 100.000 рождений, а в 1998 - 27 (в Англии - 9)
- Число врачей на число жителей в 1958 году было один на 1200, а в 1998 - 1 на 175 (в Англии - один на 600); число семейных врачей; в 1958 году - 0, в 1998 году - один на 600 жителей (в Англии один врач на 1900 пациентов!) % ВВП (валового национального продукта) страны, потраченный на нужды здравоохранения: в 1958 - менее 1%, в 1998 - 8% (в Англии - 6%).

- В бедных странах, где многие умирают молодыми, ударение должно быть сделано на экономической и социальной трансформации. Именно это и сделала Куба. Кубинское правительство поставило здравоохранение вместе с образованием во главу угла в бюджетных расходах.
- Особое ударение делается на Кубе на предотвращение болезней, пропаганду здорового образа жизни, раннюю диагностику и раннее лечение. Центральным в этом подходе является система семейных врачей, которая имеет ряд серьезных отличий от той, которую пытаются внедрить в России.

## + кубинской модели

- Во главу угла в бюджетных расходах правительством поставлено здравоохранение
- Идет рациональное использование ресурсов через планирование
- Полная национальная бесплатная система здравоохранения
- Особое внимание уделяется профилактике заболеваний
- Центральное место занимает система семейных врачей

# Особенности реформирования кубинской модели

- ОВП во всех уголках Кубы размещены кабинеты доктор – медсестра 1 на 600
- Систематический мониторинг пациентов из групп риска: старики беременные, дети, больные (астма. сахарный диабет. Болезни сердца, психические заболевания)
- Семейные врачи при детских садах, школах в домах престарелых, на предприятиях.

# Организация национальных систем здравоохранения на основе всеобщего государственного медико-социального страхования

- После второй мировой войны некоторые ведущие страны мира, переняв у Советского Союза эффективные принципы государственного регулирования, приступили к строительству более интегрированной в **государственно-общественную** систему управления страховой модели, которая существенно отличается от классической коммерческой схемы ОМС и которую можно условно характеризовать как модель государственного медицинского страхования (ГМС).
- главное преимущество системы ГМС в том, что государство может значительно более эффективно и дифференцированно, по сравнению с частными СМО, перераспределять ресурсы здравоохранения не только от здоровых к больным, но и от богатых к бедным, от молодых - к старым. А также консолидировать средства для проведения всеобщих профилактических и противоэпидемических мероприятий на уровне всей популяции.



# Государственная модель здравоохранения на основе всеобщего государственного медицинского страхования

- Характерным для модели государственного медицинского страхования является то, что государство непосредственно координирует работу всех медицинских учреждений и само обеспечивает производство медицинских услуг всему населению страны.
- Система государственного страхования является наиболее экономичной и рациональной моделью в организации медицинского обслуживания населения по тем направлениям, которые берет на себя государство (6—9% от ВВП). Фактически это модель XXI в. для стран, где стремятся ограничить расходы, не потеряв в эффективности и качестве.
- Такие модели, в отличие от современной российской, не допускают отделения государства от управления, управления — от финансирования, финансирования — от ответственности за производство медицинских услуг.

## Квалификационные признаки модели:

<p><i>1. Объем государственных гарантий:</i></p>	<p><i>100% охват населения по всем или основным видам помощи. Лицензирование производителей.</i></p>
<p><i>2. Источник финансирования услуг:</i></p>	<p><i>обязательные отчисления предприятий и взносы граждан в программу ГМС, добровольные отчисления на программы ДМС и платные услуги.</i></p>
<p><i>3. Заказчик, его статус:</i></p>	<p><i>государственный орган управления и подчиненная ему государственная страховая организация (страховое общество) по программе ГМС; частные страховые компании по ДМС; гражданин при получении платных услуг.</i></p>

# Квалификационные признаки модели

*4. Исполнитель, его статус:*

*государственные и частные ЛПУ, врачи общих и специализированных практик, гос. поликлиники*

*5. Характер взаимодействия заказчика и исполнителя:*

*государственный и муниципальный заказ на обслуживание по ГМС, долговременный контракт на обслуживание по ДМС; оплата по счету за платные услуги;*

## Квалификационные признаки модели:

<p><i>6. Регулирование отношений:</i></p>	<p><i>полное (в отдельных случаях преимущественное) государственное регулирование спроса и предложения.</i></p>
<p><i>7. Схема госуправления:</i></p>	<p><i>прямое управление структурами «Заказчика» в системе ГМС, регулирование деятельности структур «Исполнителя».</i></p>
<p><i>8. Роль госорганов:</i></p>	<p><i>организация работы всех структур, обеспечивающих обслуживание населения в пределах ГМС.</i></p>

# Квалификационные признаки модели

9. Схема финансирования:

для программы ГМС: работодатель (+ гражданин) → больничная касса (страховая неприбыльная некоммерческая организация, фонд ГМС) → государственное ЛПУ;  
для программ ДМС: гражданин (иногда + работодатель) → коммерческая страховая компания → частное ЛПУ;  
для дополнительных платных услуг: гражданин → ЛПУ.

10. Структуры, обеспечивающие права пациентов:

органы госуправления системы «Заказчика», больничные кассы (страховые сообщества).

11. Структуры, обеспечивающие права производителей:

органы госуправления системы «Исполнителя», медицинские ассоциации.

# Положительные стороны

- Государственное регулирование, планирование расходов и медицинских услуг
- Ответственность государственных органов за сбор средств как правило через целевой налог (полное управление финансами, через систему госзаказа)
- Конкретные программы по объемам и затратам жесткие регуляторы этих объемов
- Конкретные обязательства для всех граждан

- В рамках этой модели все структуры объединены в две независимые вертикали – «Заказчика» и «Исполнителя» - Государственные органы управления координируют их работу на основе контролирующих и арбитражных функций

# Великобритания

- Для Великобритании характерна государственная модель здравоохранения на основе всеобщего государственного медицинского страхования. Как дополнение к ней функционируют частное (добровольное) страхование и платная медицинская помощь
- В здравоохранении Великобритании выделяют следующие службы: общественного здоровья, общей практики и госпитальную. В службе общественного здравоохранения работает только средний медицинский персонал: акушерки, патронажные медицинские сестры, социальные работники. В их задачи входит проведение профилактических мероприятий, уход, и выхаживание больных, осуществление медицинских назначений врачей, при необходимости прием неосложненных родов на дому.
- К службе общей практики (внебольничной) относятся врачи общей практики, стоматологи, офтальмологи и фармацевты. Амбулаторное обслуживание построено в основном на коммерческой основе и осуществляется через институт частной медицинской практики.
- В госпитальной службе заняты врачи узкого профиля. Работая по участковому принципу, они ведут амбулаторный прием по своей специальности, а также оказывают медицинскую помощь стационарным больным. Медицинский персонал составляют наемные работники, получающие заработную плату.



# Государственное финансирование в Великобритании

- Производится по факту оказания медицинской помощи по смете расходов на содержание ЛПУ и не имеет каких-либо лимитов
- Серьезные препятствие в получении необходимого мед. Обслуживания заключается в нехватке бюджетных ассигнований

# ДМС

- Частным страхованием в Великобритании занимаются страховые компании – одна из крупнейших БУПА – дополнение к государственному страхованию.
- Прибыль идет на расширение и модернизацию коммерческих мед. учреждений

# Структура

- Централизованная система управления – Министерство здравоохранения и социального обеспечения
- В здравоохранении службы
- Общественного здравоохранения (работает только средний персонал)
- Общая практики – врачи ОВП, стоматологи офтальмологи фармацевты
- Госпитальная система – врачи узкого профиля

# Здравоохранение Израиля

- Израильская система здравоохранения основана на государственном медицинском страховании, которое осуществляется в форме налога. Основные положения Закона о государственном медицинском страховании постулируют:
  - государственная система медицинского страхования гарантирует оказание медицинской помощи всем жителям страны;
  - комплекс медицинских услуг, поставляемый в рамках медицинского страхования, единый для всех;
  - оказание медицинских услуг возложено на больничные кассы; для получения медицинской помощи необходимо быть членом одной из них;
  - каждый житель Израиля имеет право выбора больничной кассы;
  - медицинское страхование является обязательным для всех жителей Израиля;
  - люди старше 18 лет платят налог на здравоохранение;
  - ответственность за отчисление средств на организацию медицинской помощи населению лежит на работодателях.Таким образом, государство гарантирует всеобщее право на получение медицинского обслуживания на едином уровне.

В свою очередь, частное медицинское страхование в Израиле является дополнительным и необязательным. Оно охватывает виды медицинского обслуживания, не входящие в перечень услуг, оплачиваемых системой обязательного медицинского страхования.

# Здравоохранение Израиля

- Перечень медицинских услуг, предусмотренных государственным страхованием, называется «корзиной здоровья», которая утверждается правительством и едина для всех больничных касс. Каждая касса связана договорами со своими лечебными учреждениями, поэтому выбор больничной кассы во многом определяется удобным месторасположением для клиента сети клиник, с которыми она сотрудничает. В распоряжении каждой больничной кассы находятся:
  - поликлиники;
  - аптеки и аптечные склады;
  - диагностические центры;
  - женские и детские консультации;
  - пункты неотложной помощи;
  - специализированные клиники, центры альтернативной медицины;
  - гериатрические учреждения и психиатрические клиники.Качество медицинского обслуживания в различных кассах фактически одинаково

# проблемы

- в последнее время в связи с нехваткой государственных средств заметно сократился список услуг, оказываемых больничными кассами, поэтому многие граждане Израиля вынуждены прибегать к дополнительному страхованию через поликлиники или частные страховые агентства. Например, пациент самостоятельно оплачивает часть стоимости лекарств и некоторых анализов. Не покрываются государственной страховкой и такие виды медицинской помощи, как стоматологическое обслуживание, косметические операции, операции за границей, покупка очков.

# Скорая медицинская помощь и госпитализация

- Оказание срочной медицинской помощи в Израиле осуществляет служба «Амбуланс» с использованием двух видов машин «скорой помощи».
- Для доставки в больницу пациентов, не требующих особого лечения в дороге, вызывается бригада, состоящая из фельдшера и санитаря-добровольца. Такая машина оснащена всем необходимым для оказания первой медицинской помощи.
- В более серьезных случаях на вызов выезжают передвижные реанимационные бригады, в состав которых входят врачи. Машина такой бригады оснащена так же, как отделение реанимации в клинике. Решение о направлении на вызов той или иной бригады принимает диспетчер службы скорой помощи.
- В последние годы большую популярность приобрели частные службы неотложной помощи, предоставляющие абонементное обслуживание. Такой абонемент распространяется на всех членов семьи, проживающих совместно с владельцем договора.

# МОДЕЛЬ ЯПОНСКОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

- Суть ее заключается в том, что здравоохранение, его развитие целиком оплачивается гражданами. Т.е. определенное предприятие содержит собственный медицинский штат (больницу, лаборатории, санитарно-профилактические учреждения), финансирование которых осуществляется за счет сотрудников предприятия. Причем с холостых работников взимается налог на "охрану здоровья" в таком же размере, как если бы они имели семью<sup>2</sup>. Полученные таким образом финансы позволяют предприятию реализовывать программы поддержки своих пенсионеров, инвалидов, детей погибших на производстве сотрудников. Проводить широкие медико-профилактические осмотры сотрудников предприятий, внедрять новые технические достижения. Главный недостаток японской системы здравоохранения, который перечеркивает все достижения, это то, что все блага жизни, в том числе и медико-профилактическая помощь доступны только людям, имеющим работу и членам их семей. Но если человек по каким-либо причинам (кроме инвалидизации на производстве) теряет работу, то он теряет возможность не только лечиться, но и жить вообще. Потому что японское государство не предусматривает социальную защиту безработных, а так же лиц, не имеющих японского гражданства (или подданства) .



# Система здравоохранения в странах "третьего мира"

- Некоторые из "успешных" в медицинском отношении развивающихся стран имеют систему здравоохранения, ориентированную на большинство населения. Принцип "низкий доход - высокое качество жизни" существует, например, в Шри-Ланке и Китае, где медицинское обслуживание, несмотря на ограниченность ресурсов, имеет высокую эффективность. Средняя продолжительность жизни в этих странах составляет соответственно 72,2 и 72,6 года. На Кубе в системе здравоохранения ставится акцент на универсальные медицинские услуги для всех категорий населения, а соотношение числа докторов и пациентов одно из самых высоких в мире

# Организация здравоохранения в развивающихся странах

- Для большинства развивающихся стран характерна частная модель здравоохранения с государственным регулированием программ ОМС для отдельных категорий граждан. В ряде наименее развитых стран Азии и Африки существует частная модель здравоохранения без государственного регулирования.

# этапы организации здравоохранения в развивающихся странах

I этап — это первичное звено. Медицинская помощь оказывается в диспансерах, подцентрах, медицинских пунктах.

В задачи этих учреждений входит оказание первой доврачебной помощи, помощи в родах, проведение элементарных противоэпидемических мероприятий. Первичное звено укомплектовано одним работником (медицинской сестрой или младшим медицинским персоналом). Медицинская помощь оказывается одной или несколькими деревнями с радиусом обслуживания 5—10 км и численностью обслуживаемого населения более тысячи человек. -

- **II этап — это центр.** Согласно определению ВОЗ, центр здравоохранения — это местное учреждение системы здравоохранения, в задачи которого входит улучшение санитарно-гигиенических условий населенных пунктов и оказание медицинской помощи, в частности диагностика и лечение заболеваний, борьба с инфекционными болезнями, родовспоможение, профилактическая и санитарно-просветительная работа, гигиена окружающей среды, медицинская статистика.
- Руководит центром здравоохранения помощник врача, имеющий среднее образование и 3—8 мес специальной подготовки. Кроме того, в штаты центра могут входить медицинская сестра, акушерка, медицинский и санитарный инспекторы, санитары.
- Центры располагают 5—10 койками для госпитализации больных и рожениц.
- Как правило, центр здравоохранения рассчитан на 60—70 тыс. населения и более. Однако количество населения и радиус обслуживания колеблется в разных странах. Например, в Кении он обслуживает 15—80 тыс., в Танзании — 50—100 тыс., в Нигерии — 150—200 тыс. человек. Для подавляющего большинства сельского населения центры здравоохранения являются единственным учреждением, где больные могут получить медицинскую помощь

- III этап — это сельские больницы или госпитали. На этом этапе оказывается первая врачебная помощь. Численность прикрепленного населения колеблется в разных странах от 500 тыс. до 1,5 млн. человек. Мощность сельских больниц варьирует от 10 до 100 коек в разных регионах.
- В штат этих учреждений входят, как правило, два врача, один из которых имеет терапевтический "уклон", а второй выполняет обязанности хирурга и акушера-гинеколога.
- В обязанности медицинского персонала входит лечение больных и диагностика как в амбулаторных, так и в стационарных условиях.

- IV этап — районное звено, которое представлено больницами провинций, губерний и других административных районов. На этом этапе оказывается, как правило, специализированная врачебная помощь. Мощность стационаров этих больниц весьма различна и составляет в среднем 150—200 коек.

Число врачей в одних больницах доходит до десятков, в других ограничивается одним специалистом. Кроме лечебно-диагностической работы, в функции этих учреждений входит оказание консультативной помощи сельским больницам, контроль за проведением санитарно-гигиенических и противоэпидемических мероприятий.

- V этап — крупнейшие медицинские учреждения в столицах, в которых оказывается специализированная и квалифицированная медицинская помощь. Из всех перечисленных выше медицинских учреждений это наиболее обеспеченные как в финансовом, так и в кадровом отношении заведения. Более половины бюджета здравоохранения страны выделяется на развитие медицинской помощи в столицах. Здесь работает более половины медицинских работников.

- В результате наличия в развивающихся странах смешанной частно-государственной формы здравоохранения значительная часть больниц находится не в государственном подчинении, а в ведении коммерческих и некоммерческих организаций.
- В государственном секторе сосредоточены главным образом стационарные учреждения общего профиля с минимальным числом отделений (терапии, хирургии, акушерства и гинекологии, педиатрии), которые обслуживают наименее обеспеченные слои населения.
- Специализированные больницы (инфекционные, противотуберкулезные, родильные дома, детские больницы) преимущественно располагаются в частном секторе, которым из-за высокой платы большинство населения пользоваться не может.



## Страны аравийского полуострова Объединенные Арабские Эмираты

- Государственные больницы предоставляют бесплатные услуги гражданам ОАЭ. Существует и обширная сеть негосударственных медицинских учреждений, которые оказывают услуги населению за наличный расчет или по страховому полису.
- В настоящее время на повестке дня остро стоит вопрос о медицинском страховании иностранцев, проживающих в ОАЭ. По мнению властей, которое приводит официальный сайт Объединенных Арабских Эмиратов, это позволит улучшить качество медицинских услуг для 80 процентов населения – граждан других государств, приехавших в ОАЭ на работу, учебу или же в качестве инвесторов.
- Сейчас в ОАЭ работают 30 государственных госпиталей и более 1500 частных клиник. Государственные планы развития медицины включают в себя программу по строительству 5 новых ультрасовременных госпиталей на общую сумму 123 мл. долларов. В ближайших планах (2010г.) – реализация масштабного проекта «Дубайский город здоровья»,
- Реализация общенациональной программы здоровья позволяет поддерживать охрану здоровья на уровне самых развитых стран, хотя население эмиратов за последние 20 лет увеличилось в десятки раз

- В стране существует обширная сеть учреждений социальной защиты, которые включают семейные центры, нацеленные на решение внутренних проблем и обучение женщин навыкам ведения домашнего хозяйства. Действует психологическая помощь для неблагополучной молодежи, предусматривается оказание помощи жертвам эпидемий и катастроф. Вдовы, сироты, пожилые, инвалиды и другие лица, неспособные поддерживать себя самостоятельно, получают социальное пособие
- Первичная помощь обеспечивается Центрами здоровья, Центрами охраны материнства и детства, школьными здравпунктами, скорой помощью и семейными докторами. Второй уровень здравоохранения обеспечивается больницами, расположенными в каждом регионе. И высший, третий, уровень представляют крупные специализированные клиники.

- В странах аравийского полуострова право на бесплатную медико-профилактическую помощь имеют все подданные в полном объеме
- Первая помощь обеспечивается центрами здоровья, центрами охраны материнства и детства, школьными здравпунктами и семейными докторами
- Второй уровень здравоохранения обеспечивается больницами, расположенными в каждом регионе
- Третий – крупные специализированные клиники

# Проблемы здоровья населения

(доклад ВОЗ о состоянии здравоохранения в мире 2008 г.)

- Разница в ожидаемой продолжительности между самыми богатыми и самыми бедными странами 40 лет
- Из 136 миллионов женщин рожающих в 2008 году 58 миллионов не получили какой –либо медицинской помощи
- Ежегодные расходы правительств на здравоохранение варьируются от 20 до 6000 долларов США
- Ежегодно из-за расходов на здравоохранение и дезорганизации систем финансовой защиты более 100 миллионов человек оказываются за чертой бедности
- Значительная разница в состоянии здоровья отмечается внутри стран (найроби смертность детей до 5 лет 15 на тысячу в трущобах тех же городов 254 на 1000)

Системы здравоохранения не обеспечивают соблюдения принципа Справедливости раздроблены, малоэффективны и менее эффективны, чем это возможно

Во Всемирном докладе о состоянии здравоохранения в мире ВОЗ предлагает странам принимать решения, касающиеся систем здравоохранения и их развития, на основе четырех стратегических направлений деятельности

- **Всеобщий охват** (доступ к медико-санитарной помощи)
- **Службы, ориентированные на нужды населения**
- **Политика охраны здоровья населения: вопросы охраны здоровья во всех направлениях политики**
- **Вопросы руководства:**

# Общие правила реформирования

- Несмотря на разнообразие конкретных задач, цель любого реформирования всегда одна – сбалансировать систему и сделать её адекватной изменившимся условиям внешней среды.
- При этом радикальная смена модели здравоохранения может быть оправдана только при наличии убедительных доказательств потери её внутренней эффективности и невозможности улучшения работы в пределах старой схемы отношений.

- Главным системообразующим фактором любой социальной реформы является изменение функций государства в поддержке своих граждан. Только при существенном изменении базовых функций государства в медицинском обслуживании населения (например, при переходе от разрешительных функций к контролирующим, или от контролирующих к обеспечивающим) возникает необходимость принципиального переустройства всего хозяйственного механизма отрасли. При этом от типа выбранной модели здравоохранения зависит характер применяемой страховой системы (а не наоборот).

- В процессе реформирования следует придерживаться следующей последовательности принятия решений: новые базовые функции государства →
- тип перспективной модели здравоохранения (как конечной цели реформирования) →
- адекватная система страхования →
- общая концепция развития →
- поэтапные планы модернизации по направлениям и их правового обеспечения.



- охрана здоровья общества - это одна из сфер государственного регулирования, где эффекты накапливаются годами, а ошибки имеют системный характер. И где решения, при всём уважении к демократическим процедурам, нельзя принимать простым голосованием под влиянием складывающейся в тот или иной момент политической конъюнктуры и чьих-то локальных интересов.