

Системы

~~здравоохранения~~

здравоохранения



Всемирная организация здравоохранения

Резолюция 58.33 Всемирной ассамблеи здравоохранения 2005 года гласит, что каждый человек должен иметь *доступ* к медико-санитарным услугам и не должен испытывать *финансовых* трудностей в результате обращения за медицинской помощью.

Как в одном, так и в другом отношении мир еще очень далек от всеобщего охвата.



World Health Organization

Ни одна страна, какой бы богатой она ни была, не смогла добиться того, чтобы каждый человек имел непосредственный доступ к любой технологии или медицинскому вмешательству, способным улучшить здоровье и продлить жизнь.



World Health Organization

Установлено, что значительная доля бедного населения мира, насчитывающего в целом 1,3 млрд человек, не имеет доступа к медицинским услугам только потому, что люди не могут позволить себе оплату услуг в тот момент, когда она им необходима.



World Health Organization

Системы финансирования должны быть специально разработаны с целью:

- обеспечить всем людям доступ к необходимым медико-санитарными услугам (включая мероприятия по формированию здорового образа жизни, профилактику, лечение и реабилитацию), достаточно высокого качества, чтобы они были эффективными;
- гарантировать, что потребление этих медицинских услуг, не повлечет за собой финансовых затруднений для пациента



Существует множество классификаций систем здравоохранения, однако, как правило, эксперты сводят их к трем классическим моделям:

- Бисмарка (немецкая)
- Бевериджа (английская)
- Семашко (советская)

В настоящее время системы здравоохранения развитых стран строго не укладываются ни в одну из этих моделей.

Реформы эволюционируют, заимствуя друг у друга идеи и отдельные элементы.

Современные системы здравоохранения стали гибридными.

немецкая модель

Первой в истории систем здравоохранения зародилась немецкая модель, созданная канцлером Отто фон Бисмарком в 1881 году.

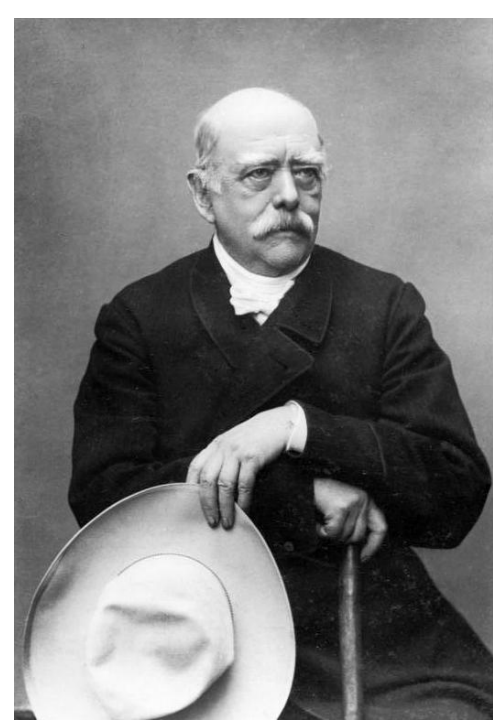
Она служила укреплению здоровья простых рабочих, которых рассматривали как потенциальных военнослужащих.

Изначально созданные фонды соцстраха оплачивали расходы на лечение, выдавали пособия по безработице, пенсии и т.п., → постепенно выделились в больничные кассы.

Они получали $\frac{2}{3}$ взносов от работников и $\frac{1}{3}$ от работодателей.

В дальнейшем кассы слились в страховые компании, а взносы работодателей стали доминирующими.

Эта модель до сих пор служит основой в здравоохранении Германии и многих стран



Медицинское страхование возникло как добровольное общественное страхование, а первые страховые кассы лиц наемного труда были общественными организациями.

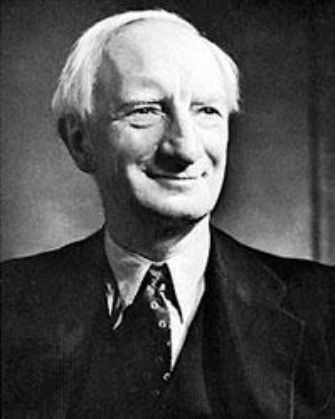
Работники промышленных предприятий стали создавать общества взаимной солидарности - фонды на случай заболевания, которые предназначались только для оплаты лечения и компенсации потери заработка в период заболевания, но не для извлечения прибыли. По мере развития системы некоторые фонды не только оплачивали услуги любого врача, но и начали заключать договоры с отдельными врачами об оказании медицинской помощи членам фонда на регулярной основе, а затем стали создавать принадлежащие фондам больницы и нанимать на работу врачей.

Управление больничной кассой осуществлялось на

Сначала применяли
гонорарный принцип
(минусы: стимулировал
назначение излишних,
дорогостоящих процедур)

Заменяли на метод оплаты
за услуги в баллах (сумма
выплачивается врачам за
количество заработанных
баллов, исходя из
результатов лечения)





Система Бевеиджа

*появилась в Англии в 1911 году,
ее быстро поддержала почти треть
населения*

Система имела отличительную особенность, сохранившуюся до настоящего времени. Оплата работы врачей зависела от количества зарегистрированных пациентов, которых он обслуживал.

Основной принцип оплаты - деньги следуют за пациентом - оставлял им право свободного выбора врача, а сумма гонорара зависит от числа пациентов, их пола, возраста и социального статуса.

На престарелых, детей до четырех лет, женщин фертильного возраста и жителей бедных районов выплаты выше.

Подушевая оплата включает и средства для стационарного лечения, что упреждает необоснованную госпитализацию в случаях, когда лечение в домашних условиях эффективнее и дешевле.

Английская система стимулирует врача общей практики своевременно проводить профилактическую работу, это дешевле, чем бороться с последствиями развившейся болезни.

В 1948 году правительство лейбористов утвердило реконструированную Бевереджем систему, основанную на всеобщем бесплатном здравоохранении.

Расчет Бевереджа на то, что бесплатная государственная медицина позволит лучше лечить пациентов и приведет к снижению расходов на здравоохранение, оказался утопическим. Расходы, наоборот, увеличились в несколько раз.

Требования пациентов к здравоохранению возросли, как только стало очевидно, что за лечение болезни не нужно платить. Врачей стали вызывать в на дом, порой, без малейшей необходимости.



Врачи начали формировать спрос и предложение в абсолютно нерегулируемых условиях: нередко у людей со здоровыми зубами оказывались "запломбированными" 20 зубов, людям с нормальным зрением выписывали очки, а аппендэктомии проводили тотально в профилактических целях.



Всё это вынудило правительство ввести регуляторные меры: были узаконены соплатежи, обязывающие пациента оплачивать часть лечения.

Врачей общей практики наделили регулирующей функцией "вратаря", ограничивающего доступ к более дорогим узким специалистам, особенно, если в этом не было необходимости.

Маргарет Тэтчер провозгласила новую концепцию развития национальной службы и разрешила объединяться на добровольной основе нескольким врачам общей практики в фондодержателей.



Большая группа врачей получала годовой бюджет, включающий средства на лечение и профилактику заболеваний, требующих дорогостоящего стационарного лечения и услуг узких специалистов.

Теперь единственный случай тяжелого заболевания не мог разорить группу фондодержателей, так как их общий бюджет снижал риск банкротства.

Такой принцип фондодержательства позволяет Англии расходовать в 1,5 - 2 раза меньше средств при сопоставимом качестве медицинского обслуживания по сравнению с другими развитыми странами.

Тони Блэр, убедившись в эффективности фондодержательства, сделал объединение врачей в крупные группы фондодержателей обязательным.



К недостаткам бюджетной модели следует отнести отсутствие естественных стимулирующих развитие факторов. Это ведет к медленному росту качества медицинской помощи, недостаточной гибкости организационных структур, к возможности длительного осуществления неэффективных стратегий и использованию старых медицинских технологий.

Но есть и очевидные достоинства - ориентация на профилактику заболеваний. Так как, в конце концов, оплачивается здоровье, то врач объективно заинтересован в уменьшении заболеваемости, снижении объемов медицинских услуг, в то время как на свободном рынке он объективно заинтересован в обратном.



История Здравоохранения России начинается с дохристианской эры, когда лечение производилось целителями, посредством растительных лекарственных средств и ритуальных действий.

Значительных изменений медицины не происходило и в течении Татари-Монгольского ига в 13-15 веках. Три крупные эпидемии чумы в 1365, 1425 и в 1498, произошедшие в Москве, унесли тысячи и десятки тысяч человеческих жизней.

В 1551 году церковь совместно с членами двора провозгласили необходимость доступного лечения для больных и престарелых. С 15-го века в России доминировали иностранные, преимущественно



Первым Русским врачом получившим европейское медицинское образование считается Петр Постников, который отправился в Италию в 1694 году.

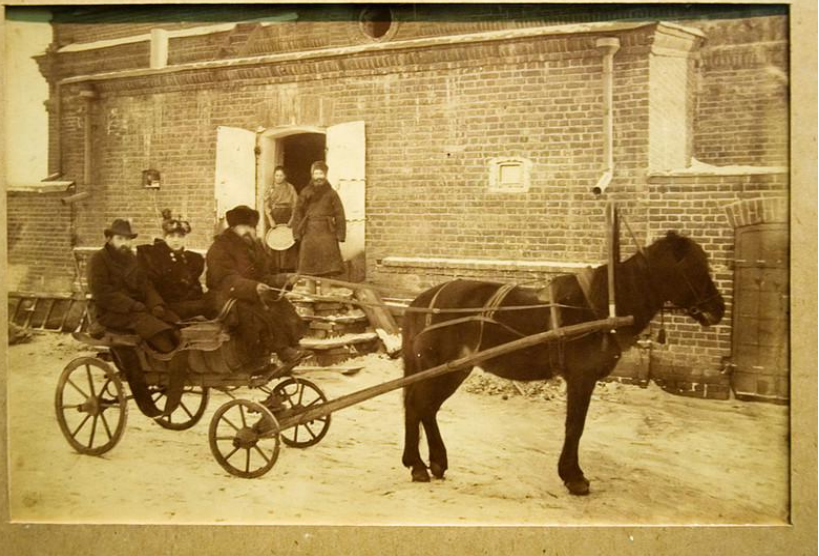
В 18 веке Петр I способствовал приезду еще большего числа Европейских врачей. Русские врачи на тот момент времени преимущественно



В 1755 году царица Елизавета основала Московский Университет, и при нем был открыт медицинский факультет.

Впоследствии в России открывалось множество новых больниц, в 1802 году была открыта Голицынская больница «для бедных», а в 1833 – 1я Градская больница, где из 400 коек сто предназначались для бедных и содержались за счет государства.





В 1860-1917 были проведены социальные реформы, в частности царь Николай II основал сельские участки – земства, каждое из которых имело и свою собственную районную службу здравоохранения.

На средства государства были организованы медицинские и фельдшерские пункты, а также больницы.

С 1912 года также начала работу система социального страхования, основанная на немецкой системе Бисмарка и покрывавшая около 20% работников различных профессий.

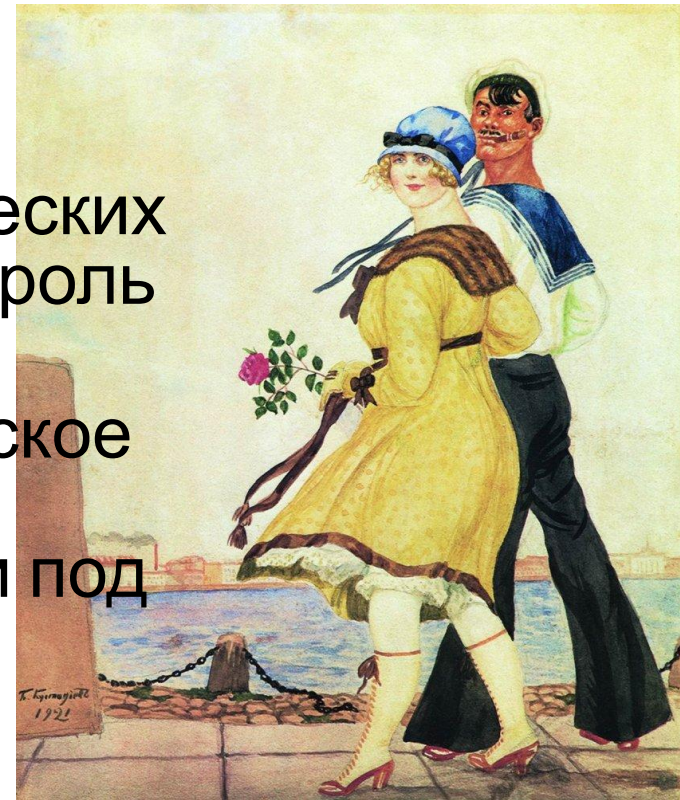
Таким образом, к периоду Октябрьской Революции в России была развитая на уровне сравнимом с западными странами система здравоохранения, включавшая в себя разветвленную систему больниц, сельских амбулаториев, частнопрактикующих преимущественно городских врачей, медицинское (высшее и среднее) образование

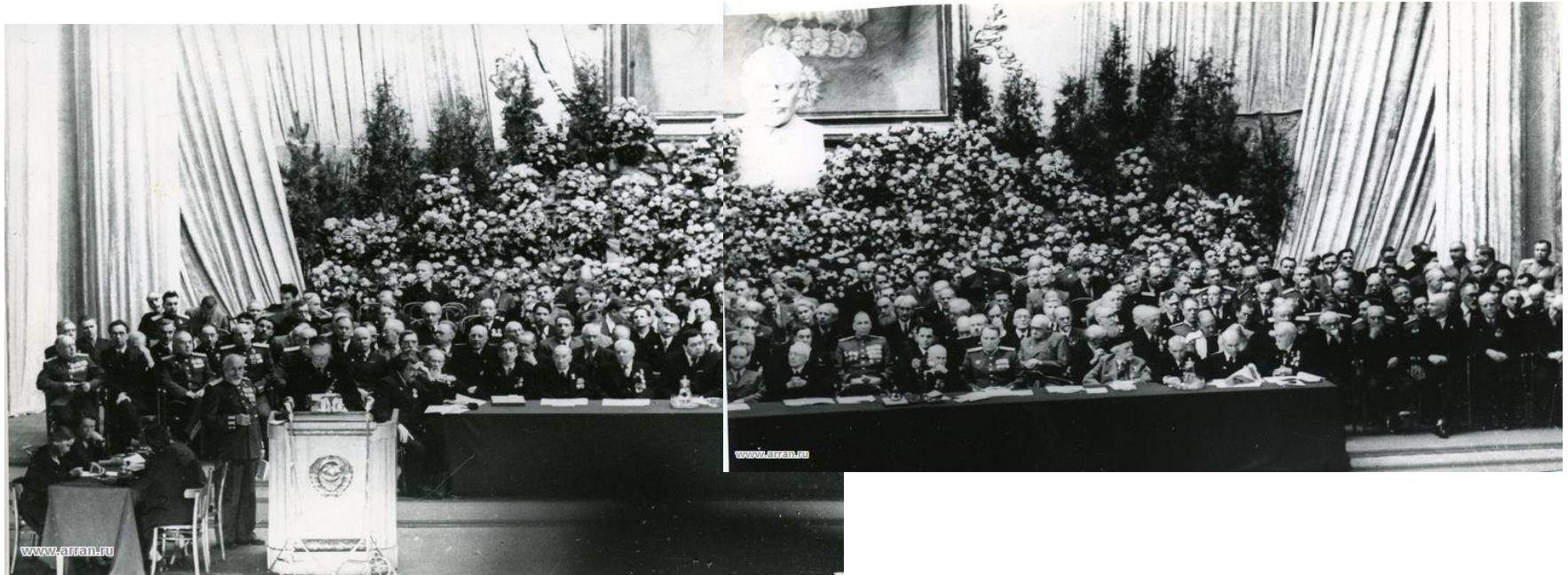


В 1917-21 годах после Великой Октябрьской Революции, экономического спада, гражданской войны, голода, эпидемии тифа и т. д. Всероссийский Союз Работников Здравоохранения заменил профессиональные ассоциации. Контроль эпидемий и военная медицина получили наибольшее развитие.

В 1921-28 годах в период Новой Экономической Политики (НЭП) отмечалось улучшение экономических показателей, эпидемический контроль оставался успешным.

В начале тридцатых годов медицинское образование было полностью переведено на финансирование и под прямой контроль Министерства Здравоохранения.





В 1936 году была создана Академия Медицинских Наук, которая должна была координировать все вопросы, связанные с медицинскими исследованиями.

Академия Медицинских Наук имела монопольные права на исследования и находилась под контролем коммунистической партии.

В частности, именно слишком пристальный контроль и политизация науки привели к





Система Семашко

Советская модель здравоохранения, хотя и подвергается в большинстве случаев справедливой критике, но в свое время она была действительно передовой.

Только централизованная государственная медицина могла эффективно справиться с массовыми эпидемиями, охватившими страну.

По мере развития система здравоохранения СССР стала одной из немногих сфер государственной деятельности, получавшей позитивные оценки экспертов капиталистических стран. Многие страны изучали опыт советской модели, ВОЗ рекомендовала использовать отдельные ее элементы в ряде стран.

Наблюдалось увеличение количества врачей, медсестер и больничных коек. В результате, по количеству больничных коек и врачей мы резко вырвались вперед, оставив далеко позади другие страны (в США количество коек в 1985 году было в 4 раза

Строительство больниц и гиперпродукция врачей привели к нерациональному расходованию средств, что не могло не сказаться на качестве медицинского обслуживания.

Ряд больниц, особенно районных и сельских, не только не имели необходимого оборудования и медикаментов, но четверть из них - даже элементарного централизованного водоснабжения.

Медицина перестала быть престижной профессией - 70% врачебного персонала составляли женщины, зарплата медиков не превышала 70% от среднестатистической.

Все чаще врачи принимали плату от пациентов, часто за обычное лечение, а не за улучшение его.

Зарплата врача зависела от специализации, квалификации и ученой степени, но не от результатов деятельности.

Престижным было получить место в больнице, в то время как места врачей поликлиник, участковых и скорой помощи доставались менее подготовленным специалистам.

Больницы максимально раздували коечный фонд и держали их заполненными как можно дольше, поскольку от показателя "койко - день" зависели государственные выплаты больницам.

Существовал территориальный принцип обслуживания пациентов по месту прописки или работы, и врач, как правило, был лишен права выбора пациентов.



Советский союз был одной из первых стран, обещавших полное бесплатное медицинское обслуживание *всем* своим гражданам (хотя другие страны, например Германия, ввели медицинское страхование ранее, эти схемы не следовали принципу общедоступности).

Записанное в конституции право бесплатной пожизненной медицинской помощи носило не только социальный, но и политический характер, так как должно было символизировать прогрессивность социалистической системы.

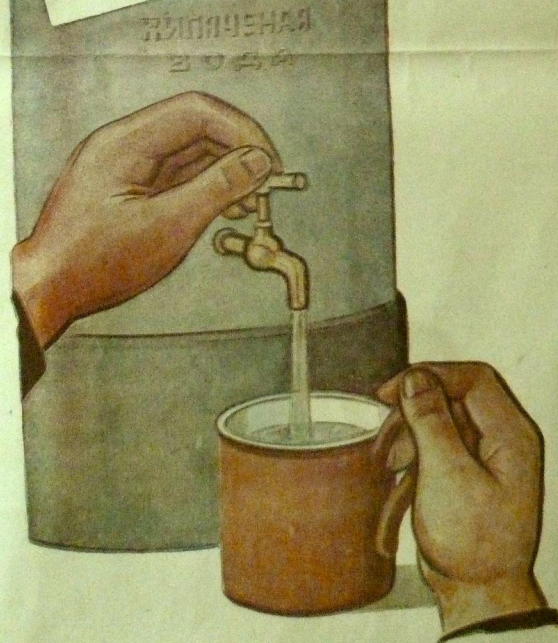
Многие страны стремились изучить опыт Советской модели, Всемирная Организация Здравоохранения рекомендовала использование отдельных положений системы в ряде других стран.

При малейшем кашле
или насморке
обязательно
применяйте маски
из 6-ти слоев
стиранной марли

**ГРИПП ОПАСЕН
СВОИМИ ОСЛОЖНЕНИЯМИ**

Серия «Борьба с бродячим тифом»

**сырая вода
может содержать заразу
пейте
кипяченую воду**



Издано Институтом санитарной просвещения ЦКЗдрава СССР, Москва, 1930 г.
Художник К. В. Зюков, Редактор Л. А. Дерягина
Иллюстрации М. Т. - ИИИ. Циклограммический завод на 4-й Милосердия Милосердия, Промышленность, стр. 2.

Серия «Борьба с бродячим тифом»
Лист 3 из 5.

МИНИСТЕРСТВО ПИЩЕВОЙ ПРОМЫШЛЕННОСТИ СССР
ГЛАВПАРФЮМЕР



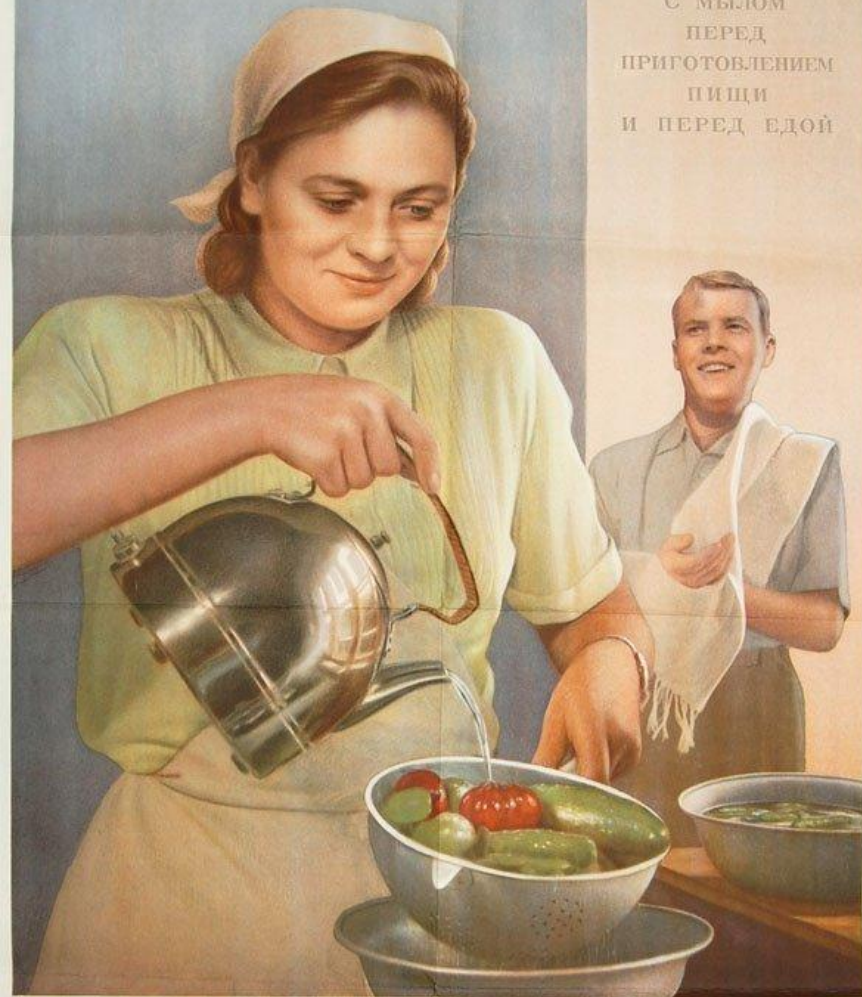
РЕБЯТАМ ОБЯЗАТЕЛЬНО

ЧИСТИТЬ ЗУБЫ

ТЩАТЕЛЬНО



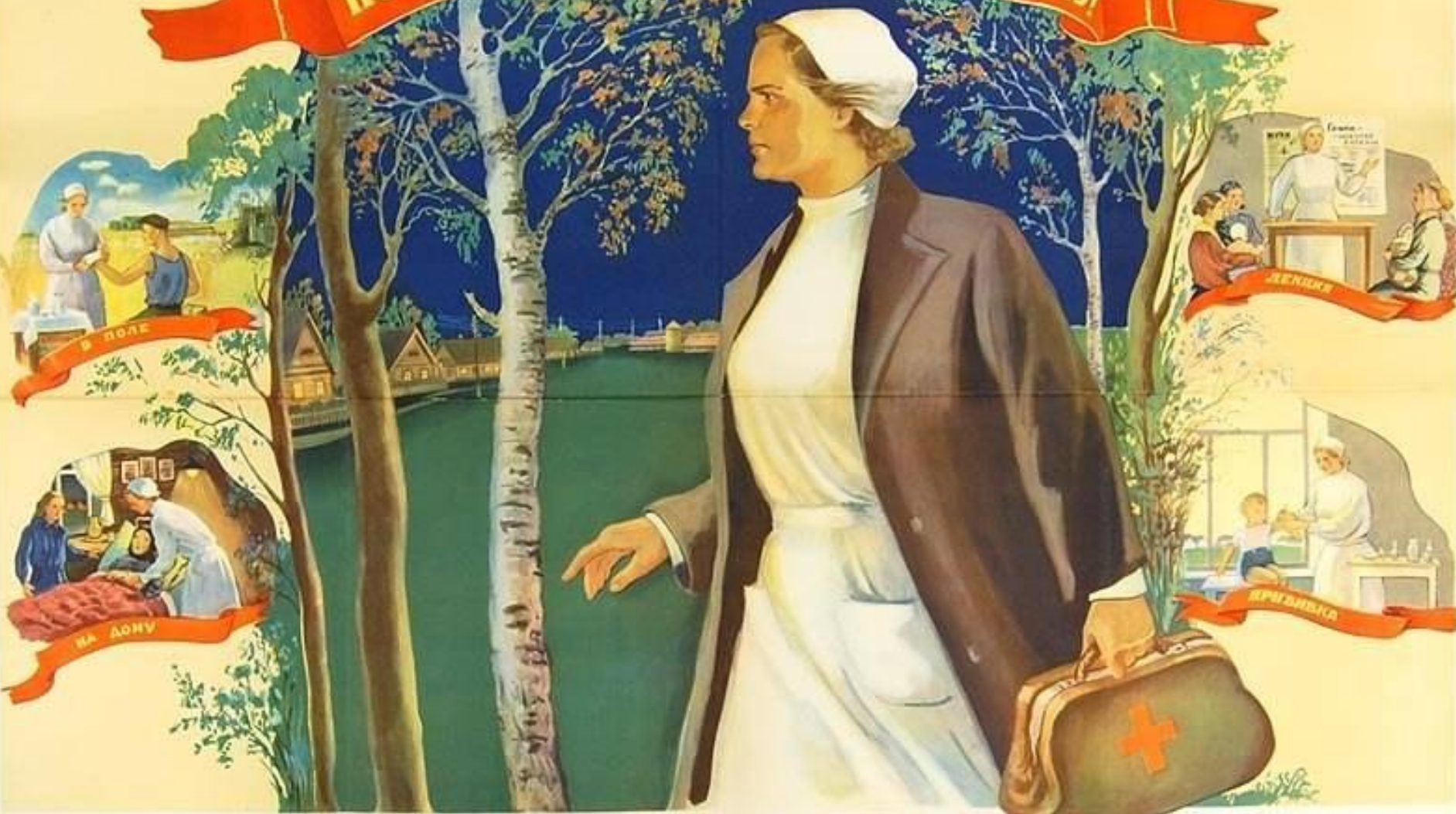
МОЙТЕ РУКИ
С МЫЛОМ
ПЕРЕД
ПРИГОТОВЛЕНИЕМ
ПИЩИ
И ПЕРЕД ЕДОЙ



СЫРЫЕ ОВОЩИ И ФРУКТЫ
ПЕРЕД ЕДОЙ ТЩАТЕЛЬНО ОБМОЙТЕ
И ОБДАЙТЕ НЕСКОЛЬКО РАЗ
КИПЯЧЕНОЙ ВОДОЙ

**ПРЕДУПРЕЖДАЙТЕ
КИШЕЧНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ**

ПОЧЕТ и УВАЖЕНИЕ СЕЛЬСКОМУ ВРАЧУ!



ВРАЧ-ДРУГ НАРОДА!

К настоящему времени в экономически развитых государствах сложились три системы здравоохранения:

- система регулируемого страхования (страховая медицина);
- бюджетное здравоохранение (государственная система);
- система частного страхования здоровья (рыночная система).

Современные модели медицинского страхования

Современные системы медицинского страхования в Европе преимущественно наполняются из трех источников финансирования:

- субсидии государства,
- целевые взносы работодателей
- взносы самих работников.

Соотношение этих вкладов сильно варьирует в разных странах.

«Тройственный союз»

*пациент- лечебное учреждение – страховая
компания*



«Тройственный союз»

пациент- лечебное учреждение – страховая компания

Для медицинских услуг, в отличие от парикмахерских и др., характерны безальтернативность и необходимость быстрого принятия решений.

Операцию на сердце нельзя заменить аппендэктомией.

Сам пациент нередко лишен возможности выбора медицинского учреждения, врача и цен, особенно в экстренных случаях, угрожающих жизни и здоровью. В такой ситуации помогает страховой фонд (компания) как регулятор отношений врача и пациента.

Страховой фонд заинтересован в предоставлении:

- медицинской помощи по минимальным ценам, поскольку страховая премия уже получена и ее должно хватить и на лечение, и на прибыль страховщика;
- качественной помощи, иначе рецидивы заболевания потребуют новых, порой еще больших расходов;
- своевременных профилактических мероприятий, как менее затратных по сравнению с лечением хронических форм заболевания.

В современном мире модификации "бевериджской" модели получили распространение в Великобритании, Швеции, Дании, Ирландии и некоторых других странах.

Они взяли за основу регулируемое государственное (бюджетное) здравоохранение, дополнили его элементами страхования здоровья из других источников финансирования: собственных вкладов пациентов и платежей работодателей.

Однако бюджетная основа косвенно формируется и из средств, поступающих от сбора налогов.

Под чисто государственное обеспечение подпадают низкооплачиваемые слои населения, безработные, инвалиды и пенсионеры.



В Германии, Австрии, Бельгии, Нидерландах, Швейцарии и других странах Центральной и Восточной Европы получила распространение "бисмаркская" модель



В соответствии с доминирующим методом финансирования систем здравоохранения их классифицируют следующим образом:

- системы здравоохранения, финансирование которых преимущественно основано на *общем налогообложении* (в скандинавских странах, Ирландии, Великобритании, Греции, Испании, Италии, Португалии), где признается роль государственного сектора как основного источника финансирования, что позволяет обеспечить всеобщий доступ населения к службам здравоохранения.
- системы здравоохранения, основным источником финансирования которых является *социальное страхование* - Австрия, Бельгия, Германия, Люксембург, Франция, Швейцария. Государство регулирует и строго контролирует системы здравоохранения либо с целью сдерживания расходов (например, путем установления максимальных страховых взносов), либо обеспечения большей степени равенства и солидарности.
- системы здравоохранения, основанные на социальном страховании, основным источником финансирования которых является *налог, взимаемый с заработной платы* (большинство стран Центральной и Восточной Европы, СНГ).

Страховая медицина в США значительно отличается от западноевропейской.

Конституция США не предусматривает государственного обеспечения медицинской помощью всех граждан, кроме социально незащищенных слоев населения.

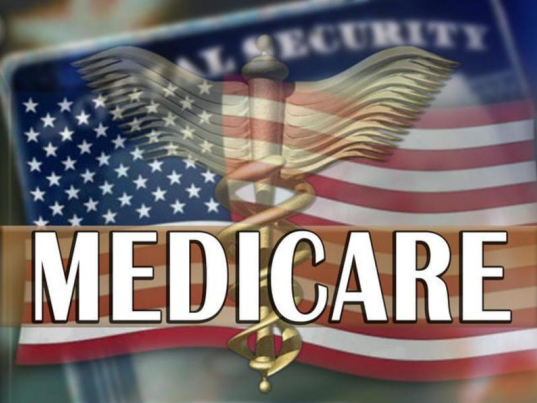
Не существует в США и единой национальной системы медицинского страхования, в то же время на здравоохранение расходуется в 1,5-2 раза больше, чем в западноевропейских странах.

Более того, расходы на здравоохранение в США стремительно растут: в 1980 году - 247,2 млрд. долларов, в 1995 году - 1,04 трлн. долларов, в 4 раза больше; 75% работающих страхуют работодатели в частных страховых компаниях.

Государственные программы медицинского страхования охватывают престарелых, инвалидов и бедных; 74% американцев имеют частную страховку, в том числе 61% коллективные страховки работодателей, 13% покупают индивидуальную страховку.

Государственную страховку имеют 27% населения, из них 13% страхует "Медикэр" (для медицинской помощи пожилым людям после 65 лет), 10% - "Медикейд" (для помощи безработным, неимущим и инвалидам) и 4%





Большинство американцев пользуются услугами частных страховых компаний и выбирают одну из схем страхования: схему возмещения, известную под названием "плата за услугу", или схему регулируемого предоставления медицинских услуг.

При первой схеме страховая компания возмещает 80% расходов, 20% платит держатель страховки.

Вторая схема построена по принципу профилактической философии, подчеркивая важность поддержания здоровья в хорошем состоянии.

При второй схеме, в отличие от первой, возмещаются расходы, связанные с профосмотрами, иммунизацией, лечением, направленные на лечение алкоголизма и наркомании.

Вторая схема начинает доминировать над первой, тем более, что величина соплатежа меньше (10 долларов).

Введение соплатежей стало стандартом в США, поскольку считается, что до тех пор, пока пациенты не начнут платить

-Вам наркоз платный или бесплатный?



Из-за острой конкуренции создаются условия роста качества, поиска все новых продуктов и технологий, жесткой выбраковки экономически неэффективных стратегий и участников рынка.

Это определяет положительные стороны рыночной модели

Негативные моменты рыночной модели здравоохранения

- чрезмерный рост затрат на медицину;
- невозможность осуществления государственного контроля и, следовательно, трудности с установлением приоритетов между здравоохранением и другими отраслями экономики;
- возможность возникновения кризисов перепроизводства и стимулирование поставок неоправданных услуг;
- предпосылки для недобросовестных способов конкуренции;
- чрезмерное влияние моды и рекламы;
- неравный доступ к медицинской помощи



Здравоохранение **Японии** представляет большой интерес в связи с тем, что этой стране удалось в сравнительно короткий срок достичь самых высоких показателей здоровья населения, и не в последнюю очередь, это связано с условиями и образом жизни.

Япония является первой страной Азии, где в 1961 г. было введено страхование здоровья в общенациональном масштабе, а ряд законов о страховании, частично компенсировавших расходы на медицинское обслуживание, был принят намного раньше:

- в 1922 г. – об обязательном страховании служащих;
- в 1938 г. – о национальном страховании здоровья;
- в 1939 г. – о страховании моряков;
- в 1953 г. – о страховании поденных рабочих.

В настоящее время в Японии сложилась общественная система охраны здоровья, включающая общественную гигиену, социальное обеспечение, медицинское страхование, медицинское обслуживание некоторых групп населения за счет средств государства.

В целом расходы на здравоохранение в Японии составляют всего около 6,6% ВВП. Каждое медицинское учреждение является самостоятельной организацией, 80% больниц принадлежит частнопрактикующим в

Медицинское обслуживание Японии финансируется в основном за счет фондов страхования здоровья. Большинство населения Японии попадает под действие двух основных систем медицинского страхования: национальной системы страхования здоровья, построенной по территориальному принципу, и системы страхования лиц наемного труда.



Кроме системы медицинского страхования в Японии существуют общественные фонды, за счет которых на основании законов осуществляется: профилактика туберкулеза, психических и инфекционных заболеваний, венерических заболеваний, проказы, наследственных заболеваний, компенсация ущерба, причиненного здоровью загрязнением окружающей



Вред перечисленное выше объединяется понятием «общественная гигиена».

Также из общественных фондов финансируются мероприятия, объединяемые понятием «социальное обеспечение и социальное благосостояние». Эти мероприятия осуществляются на основании законов: об охране жизненных прав (медицинская помощь), о социальном обеспечении калек и инвалидов (реабилитационная помощь), о социальном обеспечении детей, о мерах чрезвычайной помощи раненым на войне, о медицинском обеспечении жертв атомной бомбардировки. Кроме того, за счет общественных фондов



В медицинском страховании Канады доминирует система сберегательных счетов медицинского страхования.

Сберегательные счета формируются из отчислений работодателей и принадлежат работнику, неизрасходованные на лечение средства накапливаются на его счете.

Однако в этой системе есть изъян: если пациенту понадобится очень дорогостоящее лечение, для его оплаты накопительного счета просто не хватит.

В то же время государство осуществляет дополнительные страховые платежи - от полного до частичного покрытия в зависимости от возраста и состояния здоровья пациента. Эта модель страхования считается экономной, так как заинтересованное участие пациента устраняет излишние затраты.

Канада расходует на здравоохранение 9,5% от ВВП, что в среднем составляет 2500 долларов на человека.



World Health Organization

Соединенные Штаты Америки и Норвегия тратят более 7000 долл. США в год на душу населения; Швейцария – более 6000 долл. США.

Страны Организации экономического сотрудничества и развития (ОЭСР) тратят в среднем 3600 долл. США на одного человека.

Находящиеся на другом конце шкалы доходов страны изо всех сил борются за то, чтобы обеспечить доступность основных медицинских услуг.

Из стран-членов ВОЗ 31 страна тратит менее 35 долл. США в год на душу населения, а 4 страны – менее 10 долл. США, и это с учетом финансовой поддержки со стороны внешних партнеров.



World Health Organization

Почти все страны имеют некоторые формы прямых платежей, иногда называемые соучастием в расходах.

При этом чем беднее страна, тем большая доля суммарных затрат финансируется таким образом.

Наиболее яркими примерами являются 33 страны с самыми низкими доходами, где прямые личные платежи граждан составили в 2007 г. более 50% общих расходов на здравоохранение.



Что такое прямые платежи?

В здравоохранении оплата обычно взимается за консультации медицинских работников, за медицинские или диагностические процедуры, за лекарственные препараты и другие медицинские средства, а также за лабораторные исследования.

В зависимости от страны взимание платы может быть прерогативой государственной, негосударственной организации, религиозного и частного медицинского учреждения.

Оплата медико-санитарных услуг может быть выступать в виде формальной, официально санкционированной оплаты, а иногда в виде неформальной, так называемой оплаты «из-под полы». Иногда сосуществуют оба варианта.

Даже там, где эти платежи покрыты страховкой, пациентам обычно приходится соучаствовать в затратах, как правило в виде соучастия в страховании, соплатежей и/или франшиз – платежей, которые застрахованное лицо должно сделать в момент предоставления услуг за счет личных средств, поскольку затраты не покрыты страховым планом.

Франшизы – это расходы, которые должны быть оплачены из личных средств застрахованного, до того, как страховщик начнет что-либо оплачивать. Соучастие в страховании отражает долю последующих затрат, которые должны быть покрыты за счет собственных средств застрахованного лицом, в то время как соплатежи представляют собой установленную сумму, которую пациент должен заплатить за каждую услугу.

Мы используем термин прямые платежи, чтобы охватить все эти варианты. Поскольку для обозначения этих же идей часто используется термин «платежи за счет личных средств граждан», то в настоящем докладе эти термины являются взаимозаменяемыми.



World Health Organization

Более эффективное расходование средств позволит расширить охват медицинской помощью

Обычно от 20% до 40% средств на здравоохранение растрачивается впустую, из-за чего многие люди остаются без столь необходимой для них медицинской помощи. Переплата является одной из форм растрачивания средств. Так, например, в некоторых местах цены на лекарства превышают международные средние цены в целых 67 раз, что приводит к уменьшению денежных средств на другие медико-санитарные услуги.



World Health Organization

От половины до двух третей всех государственных расходов на здравоохранение используется на больничную помощь.

Ежегодные глобальные убытки, связанные с неэффективностью больничной помощи, исчисляются почти в 300 миллиардов долларов США.

Благодаря более эффективному расходованию финансовых средств продуктивность больниц можно повысить на 15% без каких-либо дополнительных расходов.

Германия

За последние 20 лет система здравоохранения подвергалась реформированию 14 раз.

Повысились цены на лекарства, введены соплатежи за лекарства, доплаты на услуги зубных врачей.

Немецкая система здравоохранения все еще предлагает гражданам полное медицинское обслуживание, но, по словам медработников, на пациентов остается все меньше времени, больницы вынуждены экономить.

Медицинские кассы гораздо щедрее оплачивают использование медицинской техники и хуже - консультации и беседы врачей с пациентами.

«Возьмем, к примеру, такой метод диагностики, как электрокардиограмма. На нее тратится не так много времени, но оплачивается она втрое выше, чем десять минут консультации врача-специалиста» ©



World Health Organization

По имеющимся оценкам ежегодно в мире 150 млн людей оказываются на грани финансового краха, а еще 100 млн попадают за черту бедности вследствие прямых платежей за медицинские услуги.

Это указывает на широко распространенное отсутствие защиты от финансового риска – порока, поражающего в основном страны с низким доходом, но отнюдь не ограничивающегося ими.

В США долги медицинского характера являются основной причиной личных банкротств. В 2008 г. исследователи из Гарварда сделали вывод, что до 62% случаев банкротства в предыдущем году были связаны с болезнью или оплатой медицинских счетов. *Многие из людей, оказавшихся банкротами, имели какой-либо вид медицинской страховки, но ее было недостаточно для предотвращения дополнительных расходов за счет личных средств потребителя.* Такое развитие событий не связано с экономическим спадом, поскольку и в 2001 г. медицинские счета были причиной 50% банкротств в США.

Алма-Атинская конференция

12 сентября 1978 в г - Международная конференция по
первичной медико-санитарной помощи.

Она определила значение ПМСП в организации медицинской помощи населению за счет *предоставления общей практике-семейной медицине* статуса ведущей медицинской специальности, «представители которой отвечают за оказание медицинской помощи при первом контакте с пациентом и последующее наблюдение за больными, а также за вопросы укрепления здоровья и профилактики заболеваний ».

Этот документ стал первым шагом на пути к формированию новой политики здравоохранения на глобальном, региональном и национальном уровнях государств-членов ВОЗ, подчеркнув, что охрана здоровья каждого человека является стержнем стратегии достижения здоровья для всех и что она зависит от уровня санитарного просвещения и информированности человека по вопросам



АЛМА-АТА

Алма-Атинская декларация инициировала проведение реформ в области здравоохранения с приоритетным развитием первичной медико-санитарной помощи во многих странах мира.

В связи с этим возникла необходимость в формировании качественно новой схемы предоставления ПМСП населению и качественно нового специалиста — врача общей практики, или семейного врача, полномочиями которого было бы решение большинства медицинских вопросов одновременно с предоставлением квалифицированных рекомендаций по вопросам социальной, правовой, профилактической и реабилитационной помощи.

Спасибо за внимание!

