



Системы здравоохранения в различных странах мира

**Манерова Ольга Александровна,
профессор, доктор медицинских наук**

Классификации систем здравоохранения

По степени централизации управления:

преимущественно централизованные

преимущественно децентрализованные

По степени развития рыночных отношений в стране:

с развитыми рыночными отношениями

с переходной к рынку экономикой

с неразвитым рынком

По уровню социально-экономического развития

экономически развитых стран

экономически развивающихся стран

Классификации систем здравоохранения

По принадлежности основных средств

государственная

муниципальная

частная

По преобладающему источнику финансирования

монополюльно государственная

национальная (государственная)

медицинское страхование

частная

Типы систем здравоохранения

- **МОНОПОЛЬНО ГОСУДАРСТВЕННАЯ (БЮДЖЕТНАЯ)**
– *модель Н.А. Семашко*
- **ГОСУДАРСТВЕННАЯ (НАЦИОНАЛЬНАЯ) СИСТЕМА**
– *модель У. Бевериджа*
- **СТРАХОВАЯ МЕДИЦИНА ИЛИ СИСТЕМА, ОСНОВАННАЯ НА ВСЕОБЪЕМЛЮЩЕМ СТРАХОВАНИИ ЗДОРОВЬЯ ГРАЖДАН**
– *модель О. Бисмарка*
- **РЫНОЧНАЯ (ЧАСТНАЯ) МОДЕЛЬ**
- **ПРОЧИЕ МОДЕЛИ**

Государственная (национальная) система модель Бевериджа

**типичный представитель –
ВЕЛИКОБРИТАНИЯ,**

а также

**ДАНИЯ, ИРЛАНДИЯ, ИСПАНИЯ,
ИТАЛИЯ, ПОРТУГАЛИЯ, ГРЕЦИЯ,
ШВЕЦИЯ, БЫВШИЕ СТРАНЫ СОЦ.
ЛАГЕРЯ**

Система Бевериджа

- **Финансируется из общих налоговых поступлений в госбюджет и охватывает все категории населения**
- **Основная часть учреждений принадлежит государству**
- **Управление осуществляется центральными и местными органами власти**

Основные характеристики системы Бевериджа

- **Центральное и региональное планирование**
- **Финансирование путем прямого налогообложения граждан (за счет госбюджета)**
- **Управление системой осуществляется профессиональными работниками**
- **Контроль качества осуществляется государством и профессиональными медицинскими работниками**
- **Экономное использование ресурсов**

Основные характеристики системы Бевериджа

- Низкая оплата труда персонала (врачебного и среднего)
- Низкие административные расходы
- Очереди
- Недостаточный выбор условий госпитализации с точки зрения комфорта
- Неравенство в доступности мед. помощи для отдельных социальных групп или административных территорий, в зависимости от степени их влияния на центральное правительство

Проблемы *системы Бевериджа*

- Ни у врачей, ни у среднего медицинского персонала нет стимулов для повышения эффективности лечебной работы
- Государство сдерживает рост расходов на здравоохранение с помощью макроэкономических методов (определенный % и не больше)
- Учет мнения и свобода выбора для пациентов ограничены, хотя и декларированы

Проблемы системы Бевериджа

- **Позиция специалистов по центральному планированию ограничивает новаторство, слабо учитывает местные особенности (интересы) и совсем не учитывает интересы потребителей**
- **Приоритетное финансирование и использование учреждений вторичной помощи**
- **Слабые связи между центром и периферией, авторитарная система управления**
- **Укрепление государственного патернализма и монополизма в определении приоритетов**

Система, основанная на страховании здоровья граждан (модель Бисмарка)

**изначально и в настоящее время - в
ГЕРМАНИИ,**

**а также эту модель имеют БЕЛЬГИЯ,
НИДЕРЛАНДЫ, ЛЮКСЕМБУРГ,
АВСТРИЯ, ШВЕЙЦАРИЯ, ФРАНЦИЯ,
ЯПОНИЯ, КАНАДА и другие страны**

Система Бисмарка

- принцип страхования с большим или меньшим участием правительства в финансировании страховых фондов
- системы здравоохранения в этих странах являются общественными, т.к. управляются органами власти, но
- в отличие от государственных финансируются посредством целевых взносов предпринимателей, личных вкладов работающих, а также бюджетных субсидий
- удельный вес средств предпринимателей и работающего персонала колеблется от 4 до 20% объема средств, расходуемых на здравоохранение
- если в фондах более $\frac{1}{2}$ государственных поступлений, то финансовая система называется - *бюджетно-социальное страхование (Швеция, Финляндия, Исландия, Канада, Была Италия, Норвегия)*

Основные характеристики системы Бисмарка

- Децентрализованная система
- Свобода выбора страховых фондов для потребителей и предпринимателей
- Конкуренция между различными страховыми фондами и службами
- Страховые фонды и страховые компании уделяют очень большое внимание контролю качества медицинской помощи и контролю за расходами
- Широкий выбор госпитализации с точки зрения комфорта

Основные проблемы системы Бисмарка

- Отсутствие равной доступности медицинской помощи для различных социальных групп и административных территорий
- Отмечается тенденция к росту стоимости медицинских услуг
- Плохой контроль за деятельностью персонала
- Пренебрежение интересами пациентов, относящихся к группам высокого риска, в группах больных, длительно пребывающих в стационарах, или больных, оказавшихся вне системы страхования

Основные проблемы системы Бисмарка

- Слабое внимание к долгосрочному планированию
- Высокие административные расходы (бухгалтерия, мониторинг, компьютерное слежение)
- Низкие приоритеты общественного здравоохранения, санитарного просвещения, укрепления здоровья, пренебрежение профилактической медициной

Рыночная система

Основные характеристики

- Широкий выбор услуг, который соответствует личному предпочтению пациента
- Отсутствие очередей
- Гарантия доступности специализированной медицинской помощи
- Гарантия конфиденциальности лечения, внимания к пациенту
- Высокое качество условий госпитализации

Проблемы *рыночной системы*

- **Высокая стоимость медицинской помощи**
- **Низкая доступность для неимущих**
- **Судебные процессы как инструмент контроля качества медицинского обслуживания**
- **Неадекватное потребностям населения распределение служб здравоохранения и отсутствие механизма влияния на него**

Проблемы *рыночной системы*

- Организация рациональной системы помощи на дому
- Трудно заставить врачей разрабатывать и внедрять системы профилактических мероприятий, хотя возможно
- Низкая степень использования капитала и кадровых ресурсов
- Регулирование и контроль качества лечебной работы



Реформирование международного здравоохранения

Изменение основной системы организации здравоохранения

Реформирование международного здравоохранения

- Переход к национальной бевериджской системе от страховой (*Италия, Португалия*)
- Переход к национальному всеобщему ОМС от добровольного, так называемая «социализация»:
США, Корея, Кипр, Израиль, Нидерланды
- Переход к мед. страхованию от государственной системы:
Россия, страны Центральной и Восточной Европы
- Сохранение своей системы с соответствующими коррективами:
Великобритания, Германия, Франция, Бельгия, стр. Северной Европы, Канада, Австрия
- Введение всеобщего Обязательного медицинского страхования на государственном уровне: *развивающиеся страны*

Общие идеи реформирования

- равенство для всех граждан в доступности объема услуг достаточно высокого качества
*Но в каждой системе есть 2 ограничения:
финансовое и географическое*
- эффективное использование ресурсов и как часть проблемы: *сдерживание расходов и контроль за ценами на медицинские услуги*
- права человека
- изменение состояния здоровья населения (постарение, хронизация патологии и изменение структуры заболеваемости)
- развитие новых медицинских технологий
- интенсивное развитие фармацевтической промышленности
- рост расходов на здравоохранение