

Организация здравоохранения в зарубежных странах

Цель лекции ознакомление с
системами организации
здравоохранения в
зарубежных странах

План лекции:

- 1. Общие принципы организации здравоохранения.
- 2. Страховая система здравоохранения.
- 3. Бюджетная система здравоохранения.
- 4. Частная система здравоохранения.

Здравоохранение за рубежом

- Здравоохранение, как компонент социальной защиты населения, имеет значение для развития потенциала личности, общества и государства и, следовательно, для укрепления позиции государства на международной арене

Политические проблемы здравоохранения приобрели глобальный характер. В связи с этим идет процесс формирования единого пространства социальной защиты в рамках международных систем и международных отношений, а сотрудничество в области здравоохранения ныне определенно является важным аспектом международных отношений.

Согласно комплексной оценке ВОЗ,
система здравоохранения Российской
Федерации находится на 130-м месте в
группе из 191 стран – членов
организации

- Названные обстоятельства, несмотря на признанные международным сообществом достижения нашей страны в сфере здравоохранения и социальной защиты населения, делают актуальным изучение проблем этой области в зарубежных странах

Сравнительная оценка традиционных моделей здравоохранения в мире.

- Модель здравоохранения –
- это отражение основных черт,
- главных характеристик,
- сложившихся в этой отрасли.

- Наличие в стране той или иной 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.

Традиционно выделяют 3 первичные модели здравоохранения:

- Модель, основанная преимущественно на медицинском страховании (модель Бисмарка). Впервые она предложена в Германии в 1883г.
- Модель, основанная преимущественно на общем бюджетном источнике, или государственная (модель Бевериджа). Возникла в Великобритании в 1946г.
- Модель, основанная на частном (добровольном) медицинском страховании или непосредственной оплате мед.помощи. Наиболее полное развитие получила в США.

Страховая модель здравоохранения

- Данная модель здравоохранения в настоящее время работает в Германии, Франции, Японии, Нидерландах.
- принято называть её моделью Бисмарка
- Главным источником финансирования медицинского обслуживания в этой группе стран является социальное страхование

Страховая модель здравоохранения

- Законодательным путем вводится всеобщая обязательная программа страхования здоровья, в которой определяются лица, имеющие право на страховое пособие.
- Охват страхованием здоровья, как правило, является обязательным для всех работающих.

Страховая модель здравоохранения

- Собранные средства аккумулируются в предусмотренные законом органы управления средствами, выполняющие роль посредника между плательщиками и поставщиками услуг – страховые фонды, страховые кассы, больничные кассы.
- Во всех странах фонды медицинского страхования являются независимыми органами со своей администрацией, бюджетом и юридическим статусом

Страховая модель здравоохранения

- для данной модели здравоохранения характерно децентрализованное финансирование.
- Большинство стран имеют юридически оформленный пакет видов медицинской помощи (государственную программу ОМС), который единообразно применяется ко всем фондам медицинского страхования

Страховая модель здравоохранения

- С точки зрения макроэкономической эффективности модель является дорогостоящей. Ее стоимость, выраженная в процентах от ВВП почти в 2 раза выше, чем модели «Государственной службы здравоохранения».

Это определяется следующими причинами:

- необходимость значительной бюрократизации, высокие административные расходы, особенно на обработку финансовых расчетов, информатизацию деятельности здравоохранения;
- конкуренция, ведущая к увеличению неоправданного использования и предоставления услуг, необходимости увеличения расходов на маркетинг;
- стремление со стороны врача к повышению доходов, ведущее к увеличению предоставления пациенту ненужных ему или более дорогих услуг, что, в свою очередь, ведет к увеличению взноса по ОМС.

Страховая модель здравоохранения

- Данная модель обладает недостаточными возможностями для охраны общественного здоровья, осуществления мер профилактической медицины из-за ограниченных финансовых возможностей страховых фондов

Страховая модель здравоохранения

- Модель Бисмарка характеризуется сложностью управления, планирования и координации деятельности здравоохранения в связи с особенностями ее организации. Недостаточное применение долгосрочного стратегического планирования в национальном масштабе.

Страховая модель здравоохранения

- Фонды социального страхования жестко регламентируются правительством, причем в течение ряда лет отмечается тенденция к усилению государственного регулирования и контроля над финансированием

Нестабильность политики здравоохранения в данной модели связана с действием следующих причин

- значительное число субъектов политики здравоохранения (государство, фонды, поставщики и потребители услуг) усложняет принятие решений;
- фонды имеют неопределенный правовой и политический статус: государство поручает им осуществлять определенные функции, но они отделены от государства, т.е. являются полуобщественными;
- положение государства также неопределенно: является субъектом политики здравоохранения и ее регулировщиком, так что его можно сравнить с играющим тренером, стремящимся не проиграть в турнире

Государственная модель здравоохранения

- Модель «Государственной службы здравоохранения» является преобладающей в Великобритании, странах Северной Европы – Норвегии, Финляндии, Швеции и др., странах Южной Европы – Италии, Греции
- Принято называть её модель Бевериджа

Государственная модель здравоохранения

В данной модели основным источником финансирования являются государственные налоги, которые аккумулируются в бюджетах различного уровня.

Финансирование контролируется парламентом.

Управление и финансирование учреждений, предоставляющих услуги контролируется правительством, они находятся в собственности государства

Государственная модель здравоохранения

- При государственной системе здравоохранения отмечается приоритетное финансирование и использование учреждений вторичной (стационарной), помощи при низком уровне развития первичной медицинской помощи и национальных систем профилактики заболеваний.

Государственная модель здравоохранения

- Для модели Бевериджа характерна высокая макроэкономическая эффективность, которая объясняется экономичным использованием ресурсов, низкой оплатой труда профессиональных работников здравоохранения и низкими административными расходами

Государственная модель здравоохранения

- Модель характеризуется невозможностью для пациентов выбора врача и медицинского учреждения, усилением государственного патернализма и монополии при определении приоритетов и ценностей в сфере здравоохранения

Государственная модель здравоохранения

- Управление здравоохранением осуществляет государство и профессиональные работники здравоохранения
- В большинстве стран с государственной моделью здравоохранения сохраняются элементы финансирования медицинского обслуживания по линии социального страхования.

Частная модель здравоохранения

- Частная система здравоохранения основывается на добровольном (частном) медицинском страховании и непосредственной оплате медицинской помощи потребителями
- В настоящее время наиболее полно частная медицина оформилась лишь в США

Частная модель здравоохранения

- Основная характеристика модели – обеспечение полной свободы взаимодействия между страховщиками и потребителями при определении набора предоставляемых услуг, размера страхового взноса и варианта охвата страхованием

Частная модель здравоохранения

- Потребителям на основе платежеспособного спроса предлагается свободный, широкий выбор поставщиков и услуг.
- Отсутствуют очереди на медицинское обслуживание.
- Гарантируется непосредственная доступность помощи специалистов

Частная модель здравоохранения

- Управление, планирование и координация здравоохранения в данной модели крайне затруднены.
- Недостаточны возможности модели в отношении контроля качества клинической деятельности врачей. Эти функции во многом принимают на себя пациенты и их родственники.
- Судебные процессы становятся одним из основных инструментов контроля качества помощи

Частная модель здравоохранения

- Здоровоохранение, построенное на основе данной модели, характеризуется низким уровнем использования капитала и кадров, который компенсируется высокими ценами. Недостаточное внимание уделяется оказанию помощи на дому и профилактическим мероприятиям

модель Семашко Н. А. или централизованная модель.

- Она получила развитие, начиная с 20х гг. в СССР и странах социалистического лагеря
- . Модель Бевериджа сформировалась под влиянием идей, впервые воплощенных в модели Семашко, которая таким образом оказала значительное влияние на построение систем здравоохранения этих стран

Особенности модели Семашко заключаются в следующем

- финансирование из государственного бюджета;
- функции контроля – у государства через централизованную систему планирования;
- всеобщий свободный доступ к услугам здравоохранения;
- медицинские работники являются работающими по найму и получают фиксированную зарплату;
- частный сектор отсутствует;
- здравоохранение имеет низкий приоритет, т.к. рассматривается как непроизводительный сектор.

Современные стратегии реформирования за рубежом

- реформа определяется как процесс, который включает последовательные и глубокие институциональные и структурные изменения, проводимые правительством и имеющие своей задачей достижение ряда четко обозначенных политических целей.

Ключевые элементы реформы системы

здравоохранения

- структурные преобразования вместо поэтапных и эволюционных изменений;
- изменение целей политики здравоохранения с последующими институциональными изменениям вместо одной лишь постановки новых задач;
- целенаправленные, нежели случайные изменения;
- последовательные и долгосрочные, нежели единовременные изменения;
- политический процесс под руководством органов государственной власти

Темы, которые пронизывают весь комплекс
проблематики реформирования

- изменение роли государства и рынка; децентрализация и передача полномочий нижним уровням государственного сектора или частному сектору;
- расширение прав пациента и возможность выбора;
- повышение роли общественного здравоохранения

выделяют 4 группы ключевых политических стратегий

- стратегии, которые ориентированы на решение проблемы нехватки ресурсов, г.о., путем сдерживания суммарных расходов;
- стратегии, которые влияют на финансирование здравоохранения и направлены на сохранение общедоступности и финансовую устойчивость здравоохранения за счет воздействия на страховщиков третьей стороны;
- стратегии достижения более эффективного перераспределения финансовых ресурсов между потребителями услуг третьих сторон и обслуживающими учреждениями в соответствии с задачами и приоритетами системы здравоохранения;
- стратегии, которые непосредственно нацелены на тех, кто предоставляет медицинские услуги, для достижения более эффективного с точки зрения затрат и высококачественного обслуживания

Решение проблем ограниченности ресурсов

- Во-первых, страны могут увеличить сумму средств, выделяемых на цели здравоохранения, либо путем перераспределения финансовых средств за счет других расходных статей бюджета, либо путем повышения налогов в рамках системы социального страхования.
- Во-вторых, контроль расходов на здравоохранение путем проведения реформ, влияющих либо на предложение медицинских услуг, либо на спрос на эти услуги

меры контроля за расходами, направленные на спрос и предложение медицинских услуг

- Существует 3 основных механизма участия пациентов в покрытии расходов
- удержания: сумма, которая должна быть уплачена до начала действия механизма страхования и предоставления предусмотренных услуг (например, пациент вносит 200\$ в счет покрытия расходов на амбулаторное лечение за год);
- соучастие в оплате услуг: единовременная выплата, которую пациент должен уплатить за каждую предоставленную услугу (например, пациент платит 10\$ за каждый визит к врачу);
- совместное страхование: доля в % от общей суммы за услугу, которая должна быть оплачена потребителем (например, пациент оплачивает 20% от общей стоимости стационарного лечения).

Выводы:

- Накопленный на сегодняшний день опыт свидетельствует, что самый эффективный способ сдерживания расходов заключается в составлении фиксированных бюджетов для системы здравоохранения и ограничения численности работников.

Справедливое финансирование систем здравоохранения

- Во многих развитых странах, например, Германии, Израиле, Нидерландах, Бельгии, Швейцарии, при финансировании системы здравоохранения главной задачей является обеспечение социальной справедливости и солидарности при одновременном развертывании конкуренции между страховщиками, которая бы способствовала повышению эффективности и результативности медицинского обслуживания

Эффективное распределение ресурсов

- Более эффективное распределение ресурсов включает в себя использование следующих механизмов:
 - заключения договоров;
 - системы оплаты услуг, предоставляемых специалистами и учреждениями;
 - механизмы закупки фармацевтических препаратов;
 - распределение капитала, инвестируемого в здравоохранение

Оптимальная система оплаты труда врачей

- Существует 3 основных вида оплаты труда врачей:
- плата за услугу (гонорарная оплата),
- твердая зарплата,
- подушевая оплата

- Здесь можно обозначить 3 варианта:
 - свободное назначение самими врачами,
 - страховщики,
 - центральное учреждение.
-
- Кто платит?
 - потребитель,
 - страховщик,
 - учреждение,
 - нанимающее врача

Капиталовложения в здравоохранении

- Одним из ключевых аспектов технологических преобразований и общего роста в секторе здравоохранения являются капиталовложения в медицинские учреждения
- Одним из ключевых элементов программы реформ является неудовлетворенность нынешним распределением средств и использованием технологии

- Экономисты проводят различия между капиталом, инвестицией и амортизацией.
- Под капиталом понимается имеющийся запас производственных фондов. Инвестиция представляет собой поток и предполагает увеличение капитала. Амортизация – это тоже поток, но связанный с уменьшением объема капитала по мере использования производственных фондов.

Выводы:

- Стремясь к идеальному соотношению между инвестициями, медицинскими технологиями, фондами и реформами в секторе здравоохранения, необходимо
- в первую очередь быть уверенным в том, что инвестиции направляются в надлежащие фонды,

Выводы:

- Во-вторых, инвестиции должны содействовать внедрению высоких технологий. По возможности следует избегать дорогостоящих, но неэффективных промежуточных технологий.
- В-третьих, реинвестирование должно быть тщательно сбалансировано с текущими расходами, с целью обеспечить поддержание основных фондов на надлежащем уровне в течение определенного времени.

Процессы реформирования

- Центральным вопросом планирования является вопрос о том, какой орган контролирует средства, выделяемые для целей новых инвестиций.
- В западноевропейских бюджетных системах здравоохранения эту функцию традиционно выполняют национальные (Финляндия, Великобритания) или региональные (Швеция) государственные органы, которые аккумулируют средства и принимают решения об инвестициях

Выводы:

- Серьезной проблемой для всей Европы является поддержание динамичной связи между инвестициями и будущими оперативными расходами. В частном и государственном секторах процесс аккумуляирования основных фондов определяют различные силы
- Однако государственное финансирование не всегда отражает реальный объем инвестиций, не отражает потребности местных общин

Процессы реформирования:

- . В принципе инвестиции направляются в технологии и инфраструктуру, которые обеспечивают наибольшие прибыли. Но это не значит, что ресурсы используются эффективно, т.е., нерациональное использование фондов заключается в преимущественном финансировании крупных больниц и неизбирательном аккумулировании новых технологий
- В процессе реформирования сектора здравоохранения следует добиваться внедрения стимулов для покупателей и производителей услуг, способствующих оптимальному решению проблем обеспечения затратной эффективности инвестиций в новые технологии

Эффективное предоставление услуг

- В настоящее время признается, что реформы здравоохранения должны быть направлены также на повышение качества оказываемой медицинской помощи

- Структурная реорганизация стационарного сектора также рассматривается в рамках стратегии по эффективному предоставлению услуг, т.к. данный сектор является самым затратным (на него расходуется от 45 до 75% всех ресурсов здравоохранения)

Выводы:

- Во всех странах Западной Европы существенно сократилось общее число больничных коек, в основном за счет коек для срочной стационарной медицинской помощи. Кроме того, во всех странах отмечен рост уровня госпитализации, сопровождающийся снижением сроков госпитализации

Стационарная помощь:

- Повышение эффективности предоставления стационарной помощи может быть обеспечено повышением качества мед.обслуживания, включая переход на дневное обслуживание, снижение уровня возможной госпитализации, ускорение процедуры выписки пациентов.
- Снижение уровня госпитализации возможно путем замещения первичной медицинской помощью, повышением пороговых уровней госпитализации и предоставлении альтернативных видов лечения.

Стационарная помощь:

- Существуют 2 основных подхода к ускорению выписки из стационара:
- улучшение в сфере клинического управления, и создание мер, направленных на ускорение выписки сразу после того, как пациент выздоровел.
- Например, в Дании, Ирландии, Испании и Великобритании были внедрены схемы приходящих мед.сестер, создание «больницы на дому»;
- комплексные программы реабилитации в США;
- в Бельгии и др. странах - переоборудование маленьких больниц в дома по уходу за пациентами.

Кратко можно отметить 4 основных цели ПМСП:

- необходимость ориентации услуг в области здравоохранения т. о., чтобы ПМСП являлась ядром, а вторичная и третичная мед помощь выступали в качестве вспомогательных консультационных элементов;
- межсекторальный подход к политике здравоохранения (установление критериев с т.з. уровня жизни населения и состояния окружающей среды);
- участие не только общины, но и каждого человека в процессе принятия решений и повышение ответственности каждого за свое здоровье;
- разработка соответствующих технологий и экономное использование ресурсов, в т.ч. эффективное распределение ресурсов и перераспределение их из больниц в сектор ПМСП.

Врачи:

- Врачи сектора ПМСП являются ключевой группой профессиональных мед. Работников
- особое значение стала приобретать подготовка семейных врачей и врачей общей практики.
- В настоящее время в некоторых странах данные врачи рассматриваются как отдельная специальность и существуют отдельные программы по их профессиональной подготовке.

Германия

- Развитие системы медицинского страхования является наиболее показательным именно в этой стране.

Система финансирования здравоохранения германии

- Финансирование в ФРГ обеспечивается за счет следующих источников:
- 60% за счет взносов в больничные кассы, которые в Германии выполняют функции фондов обязательного медицинского страхования,
- 10% из средств добровольного медицинского страхования,
- 15% в структуре финансирования занимают бюджетные ресурсы
- примерно 15% - личные средства граждан.

Система обязательного медицинского страхования германии

Именно в Германии были организованы первые страховые больничные кассы, которые на коллективной основе, наряду с предоставлением медицинского страхования, обеспечивали защиту и в отношении других случаев, которые в настоящее время относят к системе социального страхования и социального обеспечения.

Виды больничных касс

Существует несколько видов больничных касс:

- территориальные (местные), прикрепление к ним осуществляется по месту жительства;
- производственные (с прикреплением по месту работы);
- морские;
- кассы горняков и эрзац-кассы.

Основа системы здравоохранения- государственные больничные кассы

- Расходы на медицинское обслуживание их членов -133 млрд.евро в год.
- Услуги государственных больничных касс-55% общего оборота отрасли
- На случай болезни 90% населения застрахованы в одной из 396 больничных касс

Подлежащие медицинскому страхованию

- Согласно законодательству ФРГ (Гражданскому кодексу, Своду социальных законов (том 5)), большая часть населения Германии подлежит обязательному страхованию.
- Обязательным медицинским страхованием охвачено около 90% населения, спектр оказываемых им услуг жестко установлен государством и может быть в любой момент изменен государственным декретом

Исключение составляют следующие категории граждан:

- все самостоятельные (частные) предприниматели;
- служащие и рабочие, чей годовой доход (брутто) составляет свыше 33750 евро;
- все государственные чиновники и кандидаты в чиновники;
- все частнопрактикующие врачи, независимо от уровня их годового дохода (считается, что в силу корпоративности врачи могут получить бесплатную консультацию и медицинскую помощь у своих коллег).

- Если застрахованный в больничной кассе желает получать более расширенный, по сравнению с ОМС, комплекс медицинских услуг, он может заключить со страховой компанией, специализирующейся в области ДМС договор дополнительного добровольного медицинского страхования, который, наряду с услугами обязательного медицинского страхования, позволяет получать дополнительный объем медицинской помощи

- Согласно статистике, около 15% населения Германии являются застрахованными в системе ДМС, более 80% застрахованы в ОМС
- около 3%, из числа вовлеченных в ОМС, одновременно пользуются дополнительными услугами из программы ДМС.

Закон о договоре страхования

- Согласно закону о договоре страхования, медицинское страхование является бессрочным, то есть страховая защита осуществляется в течение всей жизни застрахованного. Страхование автоматически продлевается по всему полису ежегодно
- Обязательное медицинское страхование включает в себя объем медицинской помощи, определенный Сводом социальных законов. Данные услуги одинаковы для всех застрахованных и должны предоставляться всеми больничными кассами.

Объем услуг ОМС включает в себя:

- амбулаторное и стационарное лечение: полный объем необходимой медицинской помощи вследствие болезни или несчастного случая, включая необходимую помощь в случае беременности и родов.
- Выбор врача: только врачи, работающие по договору с больничными кассами, только ближайший к месту жительства стационар;
- амбулаторное профилактическое обследование для раннего распознавания болезней в соответствии с программами, установленными законом о договоре страхования;

Объём услуг ОМС включает в себя:

- стационар: только палаты с несколькими койками, общие условия обслуживания. При пребывании в стационаре до 2-х недель застрахованный старше 18-ти лет доплачивает 17 DM в день;
- оплата назначенных врачом медикаментов: если больничной кассой не определена фиксированная сумма, пациенты старше 18 лет оплачивают 15% стоимости медикаментов, но не более 15 DM;

Система оплаты омс

- В обязательном медицинском страховании объем оказываемых услуг и их оплата твердо определены.
- Наиболее распространен следующий принцип оплаты:
- больничные кассы оплачивают труд врачей и услуг больниц, оказывающих медицинскую помощь их застрахованным, согласно тарифу за случай заболевания с конкретным диагнозом

Система оплаты омс

- Для всех застрахованных в системе ОМС установлены одинаковые условия уплаты взносов без учета индивидуального риска того или иного заболевания и возраста застрахованного на момент заключения договора.
- Больничные кассы взимают с застрахованных точно определенную процентную часть брутто-заработной платы.

Врачи:

- Германия не испытывает недостатка врачей: их 294 тысячи - один врач на 279 жителей
- Место работы: из 294 тысяч врачей 39 трудятся в больницах, 120 тысяч имеют собственную практику, 8 тысяч работают в частных клиниках

Больницы

- На 1991 год насчитывалось 411 больниц с 665 тысячами койко-мест
- На 2002 год – стало на 159 больниц и 100 тысяч койко-мест меньше
- Средняя продолжительность пребывания в больнице составляет 10,4 дня (2002 г)

Больницы

- Стоимость стационарного лечения в больнице составляет в среднем 300 евро в день
- Особенно дорогостоящей является интенсивная терапия-день пребывания в отделении реанимации и интенсивной терапии стоит 800 евро.

Бюджет больниц

- Больничные кассы и страховые компании платят за медицинские услуги, предоставляемые клиниками 55 млрд.евро в год
- На государственные больничные кассы из этой суммы приходится 45 млрд.евро

Профилактические и реабилитационные учреждения

- В 1999 году их насчитывалось 1181 учреждений со 144 тысячами койко-мест
- В 2002 году – 1398 учреждений со 189 тысячами койко-мест

Общий надзор и контроль

- В сфере обязательного мед. страхования общий надзор осуществляет Министерство труда и социальной деятельности. Федеральная Страховая служба контролирует федеральный режим страхования здоровья и следит за выполнением законодательных постановлений

Общий надзор и контроль

- Земельная страховая служба следит за исполнением закона в землях
- Контроль осуществляют также управления по взносам и пособиям при фондах по болезни, которые обычно создаются на местах, преимущественно при предприятиях и организация

Выводы:

В Германии страховая медицина в течение многих десятилетий в целом эффективно выполняет свои задачи, поэтому изучение

- достижений этой страны в области медицинского страхования,
- проблем, которые возникают при создании и функционировании системы страховой медицины
Является важным при формировании отечественной модели мед. страхования и позволяет, используя накопленный положительный опыт
- избежать повторения ошибок.

Великобритания

- Для Великобритании характерна государственная модель здравоохранения на основе всеобщего государственного медицинского страхования

- В Великобритании управление финансами осуществляется преимущественно Министерством здравоохранения и региональными органами управления здравоохранением.
- Система распределения финансовых средств является регулирующим фактором стоимости медицинских услуг.

- Государственное финансирование производится «по факту» оказания медицинской помощи по смете расходов на содержание лечебного учреждения и не имеет каких-либо лимитов и ограничений.
- Несмотря на преимущества системы здравоохранения Великобритании, в последние 10 – 15 лет она испытывает всё большие трудности

- Несмотря на формально свободный доступ населения в медицинские учреждения, в Великобритании существуют достаточно серьёзные финансовые и нефинансовые барьеры для получения необходимого лечения.
- Ощутимая часть медицинского обслуживания оказывается за плату, иногда очень крупную .

- . Не справляясь с задачами медицинского обслуживания населения, руководство государственной системы здравоохранения взяло курс на расширение сферы платной медицинской помощи, увеличивая соответственно возможности частного медицинского страхования

Частное медицинское страхование:

- В правилах частного медицинского страхования чётко определяется набор видов медицинской помощи, предоставляемых застрахованным.
- Главное преимущество держателей страхового полиса – это право на первоочередную больничную помощь в любой из больниц, участвующих в страховой программе, в любое для него удобное время

Частное медицинское страхование:

- Другой вид услуг частного медицинского страхования – это консультации специалистов узкого профиля из числа врачей высшей категории (консультантов). Условием для обращения к специалисту является рекомендация врача общей практики.
- Тем самым ограничивается число ненужных обращений, осуществляется преемственность между национальной службой здравоохранения и частным медицинским страхованием.

- В Великобритании действует централизованная система управления здравоохранением, которая возлагается Министерством здравоохранения и социального обеспечения. Практические функции управления здравоохранением выполняют 16 региональных служб
- . Региональным службам подчиняются 90 местных служб, которые направляют деятельность более 200 участковых служб.

В здравоохранении Великобритании выделяют следующие службы:

- В службе общественного здравоохранения работает только средний медицинский персонал: акушерки, патронажные медицинские сёстры, социальные работники. В их задачи входит проведение профилактических мероприятий, уход и выхаживание больных, осуществление медицинских назначений врачей, при необходимости приём неосложнённых родов на дому

В здравоохранении Великобритании выделяют следующие службы:

- к службе общей практики (вневрачебной) относятся врачи общей практики, стоматологи, офтальмологи и фармацевты.
- В госпитальной службе заняты врачи узкого профиля. Работая по участковому принципу, они ведут амбулаторный приём по своей специальности, а также оказывают медицинскую помощь стационарным больным

Великобритания является единственной капиталистической страной, где подавляющая часть (95 %) больниц принадлежит государству.