

СИСТЕМЫ **ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В** **ЗАРУБЕЖНЫХ СТРАНАХ**

Проф. А.П. Голубева
Кафедра ОЗ и З ММА им. И. М.
Сеченова

План лекции

- 1. Классификации систем здравоохранения
- 2. Основные критерии, определяющие выбор системы здравоохранения
- 3. Направления реформирования систем здравоохранения в последние годы
- 4. Сравнительная характеристика систем здравоохранения в некоторых зарубежных странах:
 - - в странах с национальной (государственной) систем здравоохранения
 - - в странах с системой медицинского страхования
 - - в странах с частной системой

Классификации систем здравоохранения (около 10)

- Критерии

• По преобладающему источнику финансирования

- Системы

БЮДЖЕТ

1. национальная

(государственная)

ВЗНОСЫ НА СТРАХОВАНИЕ

2.

медицинского страхования

ЛИЧНЫЕ (КОЛЛЕКТИВНЫЕ)

3. частная

4. СМЕШАННЫЕ

- *По степени развития рыночных отношений*
- *По степени централизации управления здравоохранением*
- *По уровню социально-экономического развития*
- *О принадлежности основных средств*

- **СТРАН**

- с развитыми рыночными отношениями
- с переходной к рынку экономикой
- с неразвитым рыночными отношениями

ПРЕИМУЩЕСТВЕННО

- ✓ централизованным
- ✓ децентрализованным
- экономически развитых (высокий, средний уровень)
- развивающихся (низкий)
- государственная
- муниципальная
- частная

Основные направления **реформирования здравоохранения** **в зарубежных странах**

- Социальная направленность системы здравоохранения
- Децентрализация.
- Поиск дополнительных источников финансирования, снижение цен на услуги по первичной помощи.
- Внедрение высокотехнологичных медуслуг.
- Улучшение качества медицинской помощи (удовлетворение запросов потребителей).
- Снижение административных затрат на систему управления.

Показатели здоровья населения

В экономически развитых странах.

Постарение населения: рост смертности; снижение, либо стабилизация рождаемости; естественный прирост 0 - 3‰; снижение младенческой смертности.

Рост заболеваемости хронического течения,
наибольшие темпы роста нервно-психической
патологии.

Рост инвалидности - увеличение объема средств на
медико-социальную помощь

В экономически развивающихся странах Азии и Африки.

Прогрессивный тип населения. Большой прирост населения. Высокая смертность от инфекционных и паразитарных болезней. Низкий показатель ОППЖ

Государственная (национальная) система здравоохранения

- Страны
 - Россия, Великобритания, страны СНГ, Италия, развивающиеся страны
- Особенность финансирования
 - Низкий % выделения средств из бюджета (от 3 до 6%); по рекомендации ВОЗ 7-10%
 - Низкая стоимость услуг.
- Качество медицинской помощи
 - Низкий или средний уровень,
 - значительное число неудовлетворенных
- Контроль
 - Преимущественно внутренний
- Управление здравоохранением
 - Централизованное
- Показатели здоровья
 - Высокая смертность, низкая рождаемость
- Положительное и отрицательное
 - Обеспечивает всем слоям населения первичную медпомощь, недостаточное финансирование.

• РОССИЯ

- 1. Финансирование
- Бюджет -55-60%
- ОМС – 35-40%
- Прочие -10-15%
- Из-за низкой стоимости услуг, др. факторов (зарплата, изношенность оборудования)- малая экономическая эффективность
- 2. Незрелые (отсутствуют) рыночные отношения
- 3. Малая заинтересованность в улучшении качества, отсутствие стимулов.
- 4. Не ориентирована на запросы потребителей
- 4. Большие административные расходы на систему.
- 5. Незаинтересованность граждан в улучшении своего здоровья

• ВЕЛИКОБРИТАНИЯ

- Снижение административных расходов путем создания оптимального управления.
- Финансовая основа НСЗ (7% налог) обеспечивает 90% бюджета здравоохранения.
- Использован рыночный механизм (конкуренция, свобода выбора и т. д)
- Общая практика (врачи ВОП- 27,6% госслужащие, сохраняют право частной практики) взаимодействуют с др. специалистами. Участок –1200-2500.
- Развита групповая ВОП (75%- 5-6 врачей).
- ВОП –фондодержатели.
- 65% бюджета НСЗ составляет стационарная помощь. Средняя длительность пребывания –15 дней. Сокращается коечный фонд. Большие очереди на плановую госпитализацию (до 6 месяцев).

СИСТЕМА МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

- Страны
 - Германия, Австрия, Израиль, Япония, Австралия, Латвия, Литва, Эстония и др.
- Особенность финансирования
 - Большой % выделения средств от ВВП (до 10%), страховые взносы дифференцированы. Более дорогие услуги.
- Качество медицинской помощи
 - Более высокое; значительная численность удовлетворенных.
- Контроль
 - Преимущественно внешний (страховые компании, суд, профессион. ассоциации)
 - Сочетание централизованного и децентрализованного
- Управление здравоохранением
- Показатели здоровья
 - Значительно лучшие, население заинтересовано в улучшении здоровья
- Положительное и отрицательное
 - Функционирует в экономически развитых странах, при отсутствии кризисов.

• КАНАДА

- 1. 9% от ВВП, около 2000 долларов на 1 жителя в год. В оплате услуг используется метод дифференцированного подхода в зависимости от доходов.
- ОППЖ: –81- ж. 75-м.
- 2. ВОП и семейные врачи составляют 51% от всех.
- 3. Стационарная помощь оплачивается до 80% из страховых взносов и бюджета, остальное –пациент.

• ИЗРАИЛЬ

- 1. Страховые взносы на медико-социальное обслуживание вносят родители за детей, за себя; за неработающих (пенсионеров, безработных)- муниципалитеты.
- 2. Хорошее взаимодействие при оказании медицинской и социальной помощи.

ЧАСТНАЯ СИСТЕМА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

- Страны
 - Особенности финансирования
 - Качество медицинской помощи
 - Контроль
 - Управление здравоохранением
 - Показатели здоровья
 - Положительное и отрицательное
- США
 - Кроме бюджетного финансирования, значительные частные вложения. Высокая стоимость услуг.
 - Очень высокое.
 - Независимый (через СУД или профессиональные ассоциации)
 - Децентрализованное
 - Средние, хорошие
 - Развитые рыночные отношения: свобода выбора услуг, недоступность всем слоям населения

