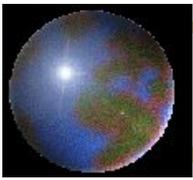


*Всемирная организация
здравоохранения.*

*Международный опыт
построения и совершенствования
систем здравоохранения.*

Доцент кафедры общественного
здоровья и здравоохранения

И.В. Березовский

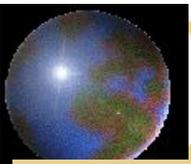


Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ)

Целью ВОЗ, как указано в ее Уставе, является достижение всеми народами **ВОЗМОЖНО ВЫСШЕГО** уровня здоровья.



В 1945 году при создании Организации Объединенных Наций дипломаты, обсуждали вопрос о создании глобальной организации здравоохранения. **Устав ВОЗ вступил в силу 7 апреля 1948 года** - отныне мы ежегодно отмечаем этот день как **Всемирный день здоровья**.



Структура ВОЗ

Всемирная ассамблея здравоохранения

ИСПОЛКОМ

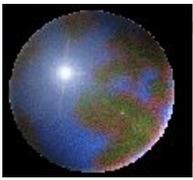
ШТАБ – КВАРТИРА СЕКРЕТАРИАТА (ЖЕНЕВА)

Региональные бюро



ЛЮДИ

И последнее по порядку, но не по значению: в ВОЗ работают люди. Почти 8 000 специалистов в области здравоохранения, в том числе врачи, эпидемиологи, ученые, менеджеры, администраторы и другие эксперты из всех стран мира, работают в системе ВОЗ в 147 страновых бюро, в шести региональных бюро и в штаб-квартире в Женеве (Швейцария).

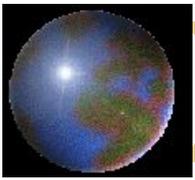


**Всемирная ассамблея
здравоохранения
является высшим
органом ВОЗ.**

Руководство ВОЗ

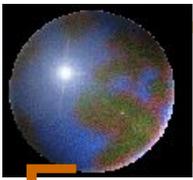
Ежегодные сессии ВОЗ,
проводятся обычно в мае
в Женеве.

В их работе которых
принимают участие
делегации из всех **193**
государств-членов ВОЗ.



Функции Всемирной ассамблеи ВОЗ

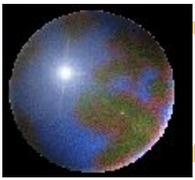
- определяет приоритетные направления деятельности ВОЗ;
- рассматриваются и утверждаются перспективные и годовые планы работы ВОЗ;
- утверждается бюджет;
- рассматриваются вопросы приема новых членов и лишения права голоса;
- назначается генеральный директор ВОЗ;
- устанавливаются санитарные и карантинные требования, правила-стандарты в отношении безвредности, чистоты и силы биологических и фармакологических продуктов;



Генеральный директор: доктор Маргарет Чен



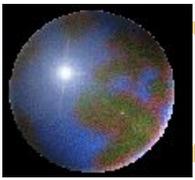
- Д-р Маргарет Чен из КНР. Училась в Университете Западного Онтарио, Канада. В 1994 г. д-р Чен была назначена Министром здравоохранения Гонконга. За время своего девятилетнего пребывания на этом посту она создала ряд новых служб по профилактике распространения болезней и улучшению эпиднадзора за инфекционными болезнями.
- В 2003 г. д-р Чен начала свою работу в ВОЗ в качестве Директора Департамента по охране окружающей человека среды. 9 ноября 2006 г. д-р Чен была назначена на пост Генерального директора. Ее полномочия истекут 30 июня 2017 года .



Исполнительный комитет ВОЗ

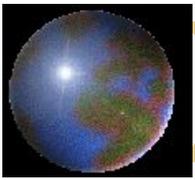
- Исполнительный комитет состоит из 34 членов, технически квалифицированных в области здравоохранения, каждый из которых назначается государством-членом, избранным для этого Всемирной ассамблеей здравоохранения. Государства избираются сроком на три года. Россия является постоянным членом Исполкома ВОЗ.





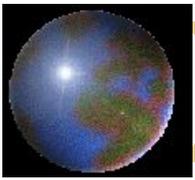
Исполнительный комитет

- Комитет проводит не менее двух сессий в год.
- Основными функциями Исполнительного комитета является проведение в жизнь решений и политики Ассамблеи здравоохранения, оказание ей консультативной помощи и общее содействие ее работе.



Центральный исполнительный орган – секретариат. Отделы секретариата:

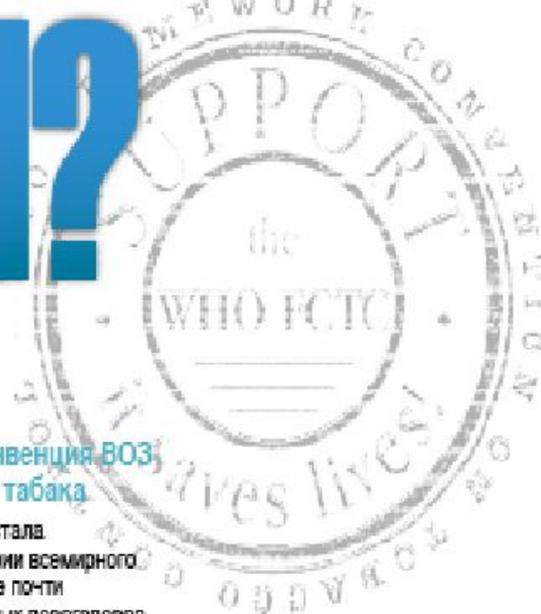
- гигиены окружающей среды и санитарной статистики
- отдел укрепления служб здравоохранения и охраны здоровья семьи
- отдел неинфекционных болезней, развития кадров и лекарственных средств
- административного руководства и персонала
- бюджета и финансов



Функции ВОЗ

- функционирует как руководящий и координирующий орган в международной работе по здравоохранению
- разрабатывает и совершенствует международные стандарты, номенклатуру и классификации, содействует их распространению
- проведение медицинских исследований
- содействие в укреплении национальных систем здравоохранения
- контроль и выполнение международных конвенций, соглашений и правил в области здравоохранения.

ДОСТИЖЕНИЯ?



1979

Искоренение оспы



Искоренение оспы, болезни, которая покорила и унесла жизнь миллионов людей, явилось в конце 1970-х годов одним из достижений ВОЗ, которым можно по праву гордиться. Кампания по искоренению во всем мире этой смертоносной болезни координировалась в период с 1967 по 1979 год Всемирной организацией здравоохранения. Она оказалась первой и, на сегодня, пока единственной серьезной инфекционной болезнью, которая была полностью искоренена.

Г-н Али Мааллих (слева), житель Сомали, как известно, был последним человеком, который был заражен оспой. На снимке он стоит рядом с врачом, который его лечил более 25 лет назад. С тех пор Али участвовал в программах искоренения полиомиелита.

2003

год: Рамочная конвенция ВОЗ по борьбе против табака

Дата 21 мая 2003 года стала знаменательной в истории всемирного здравоохранения. После почти четырех лет напряженных переговоров Всемирная ассамблея здравоохранения единогласно приняла первый в истории глобальный договор ВОЗ в области общественного здравоохранения. Этот договор имеет целью снижение во всем мире смертности и заболеваемости в результате употребления табака.

1983 год: Институт Пастера (Франция) идентифицирует ВИЧ.

2004 год: Принимается Глобальная стратегия в области рациона и режима питания, физической активности и здоровья.

1978 год: Международная конференция по первичной медико-санитарной помощи, проходящая в Алма-Ате (Казахстан), определяет историческую цель "Здоровье для всех", которой ВОЗ привержена по сей день.



PRIMARY HEALTH CARE
1978, ALMA ATA, USSR



1988

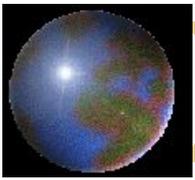
2003 год: Принимается Рамочная конвенция ВОЗ по борьбе против табака.

2005 год: Всемирная ассамблея здравоохранения пересматривает Международные медико-санитарные правила.

Глобальная инициатива по ликвидации полиомиелита

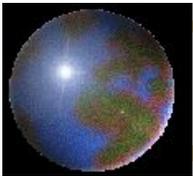
После того как в 1988 году было положено начало реализации Глобальной инициативы по ликвидации полиомиелита, заболеваемость полиомиелитом сократилась более чем на 98%, т.е. с 350 000 до лишь нескольких сотен заболеваний в год. Под руководством национальных правительств, ВОЗ, клуба "Ротари Интернашнл", Центров США по профилактике болезней и борьбе с ними и ЮНИСЕФ была организована иммунизация более двух миллиардов детей с помощью 20 миллионов добровольцев и работников здравоохранения. В результате, сегодня пять миллионов детей, которые могли остаться парализованными, могут ходить. Кроме того, удалось спасти жизнь более 1,2 миллионов детей.

ЦЕЛЬ - ИСКОРЕНИТЬ ПОЛИОМИЕЛИТ ВО ВСЕМ МИРЕ, И БОЛЬШЕ НЕ ДОПУСКАТЬ СЛУЧАЕВ ДЕТСКОГО ПАРАЛИЧА.

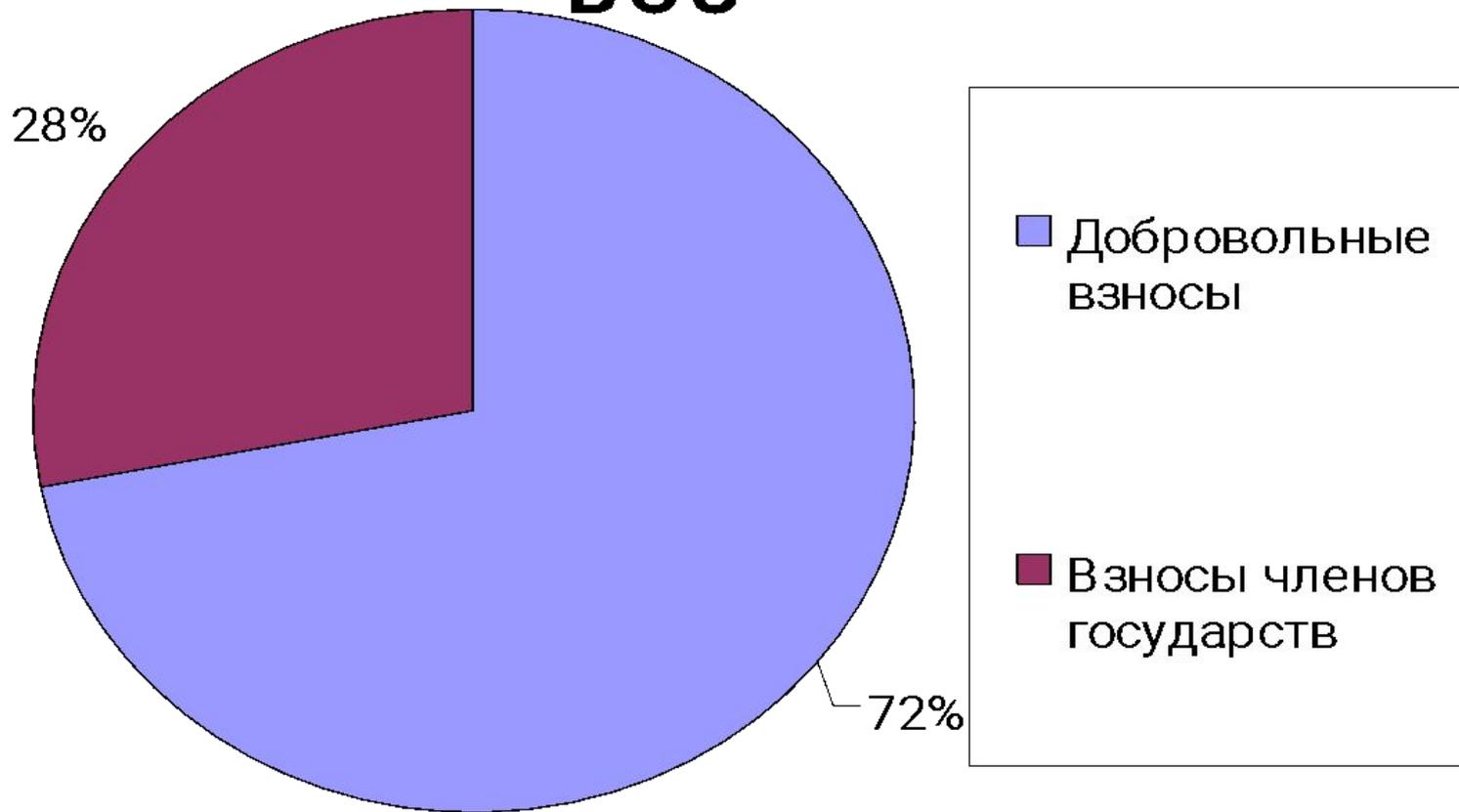


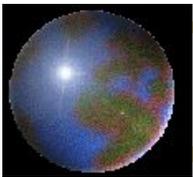
Бюджет ВОЗ

- Общая сумма расходов 3,3 млрд.дол.
- 53% - основные мероприятия по медико-санитарному вмешательству
- 21% - поддержка государств членов ВОЗ
- 13% - программы здравоохранения и медицинские товары
- 11% - детерминанты здоровья

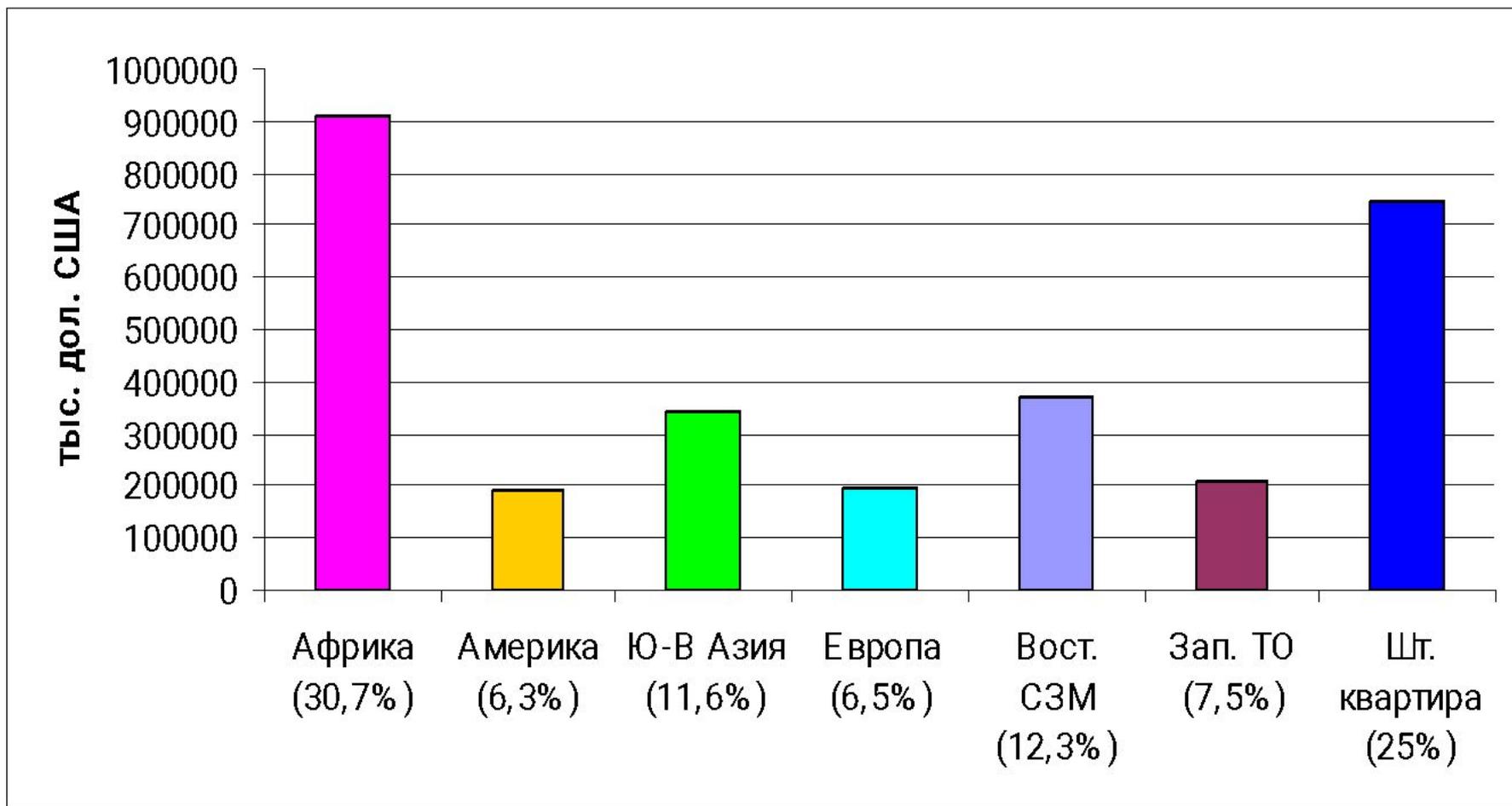


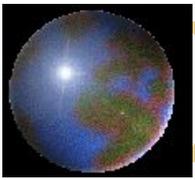
Источники финансирования ВОЗ





Бюджет ВОЗ по региональным бюро





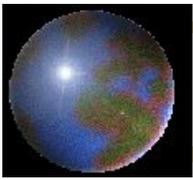
Направления деятельности ВОЗ

1. Укрепление и совершенствование служб здравоохранения.

В разных странах службы здравоохранения организуются по разному но главная цель заключается в том, чтобы добиться "положительного состояния здоровья" при имеющемся объеме денежных и кадровых ресурсов.

Пример: Схема организации первичной медико-санитарной помощи в развивающихся странах путем создания сети амбулаторно-поликлинических учреждений первичной МСП в сельской местности. Основное внимание уделяется:

- просвещение по проблемам здравоохранения
- содействие в организации правильного питания, водоснабжения и основных санитарных норм
- охрана здоровья матери и ребенка, включая планирование семьи
- иммунизация
- правильное лечение основных заболеваний и травм т.д.



- ***Медицинская помощь, предоставляемая в порядке обратной пропорциональности.***

В странах как с высокими, так и с низкими доходами государственные расходы на здравоохранение чаще всего идут на пользу богатым, а не бедным.

- ***Разорительная медицинская помощь.***

Ежегодно более 100 млн.

человек впадают в нищету из-за необходимости платить за медицинскую помощь.



***Доклад ВОЗ
2008***



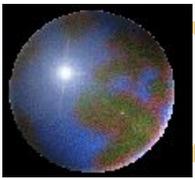
Небезопасная медицинская помощь.

...высокие показатели случаев внутрибольничной инфекции, ошибки в приеме лекарств и другие предотвратимые негативные воздействия, которые являются недооцененной причиной смерти и ухудшения состояния здоровья.

- ***Неправильно расходующаяся помощь.***

Выделяемые ресурсы концентрируются вокруг дорогостоящих медицинских услуг, и при этом игнорируются потенциальные возможности первичной профилактики и пропаганды здорового образа жизни, которые могут путем предупреждения почти на 70% сократить бремя болезни.





Направления деятельности ВОЗ

2. Предупреждение и борьба с заболеваниями

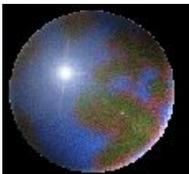
Программы ВОЗ:

- программа по борьбе с малярией
- с паразитарными болезнями
- с сердечно-сосудистыми заболеваниями
- с венерическими заболеваниями и СПИДом

Для педиатров:

Принята расширенная программа иммунизации детей (РПИ).

Целями программы является снижение заболеваемости и смертности от дифтерии, коклюша, столбняка, кори, полиомиелита, туберкулеза путем обеспечения иммунизации против этих болезней всех детей в мире (т.к. в развивающихся странах только 10 % детей из 80 млн. рождающихся ежегодно иммунизируются в полном объеме).



ВОЗ В ДЕЙСТВИИ: ПРОБЛЕМА ВИЧ

ПЕРСОНАЛ ВОЗ:

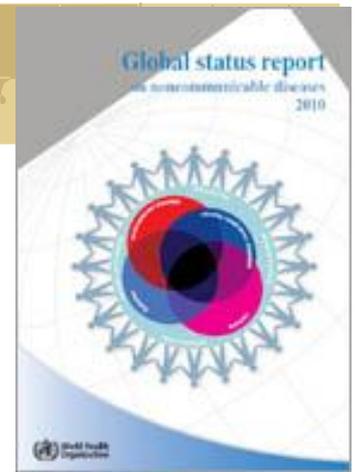
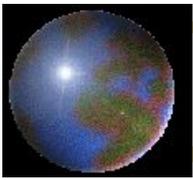
В СТРАНАХ,
В РЕГИОНАХ И
В ШТАБ-КВАРТИРЕ

КАК МЫ ВЫПОЛНЯЕМ

СТРАНОВЫЕ ГРУППЫ

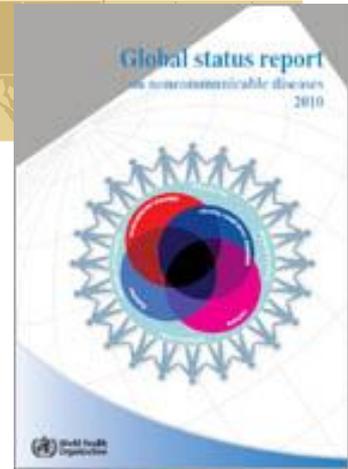
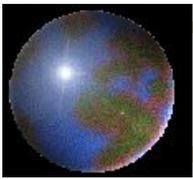
ВОЗ имеет профессиональных специалистов, работающих по проблеме ВИЧ/СПИДа более чем в 40 странах по всему миру. Эти эксперты консультируют министерства здравоохранения по организационно-техническим вопросам и оказывают помощь в расширении основных профилактических мероприятий, терапевтических процедур и медицинского ухода в учреждениях здравоохранения. Они работают совместно с другими участниками процесса, в том числе учреждениями ООН, неправительственными организациями и заинтересованными группами населения, и помогают планировать, осуществлять и контролировать выполнение соответствующих программ. Эти страновые группы также оказывают поддержку при проведении мероприятий просветительского характера и акций по сбору средств в этих странах.





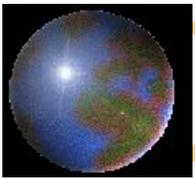
Мировой отчет по неинфекционным заболеваниям, 2010 г.

- Неинфекционные заболевания (НИЗ) являются ведущими причинами смертности во всем мире, ежегодно унося большей жизнью, чем все остальные причины вместе взятые.
- В отличие от широко распространенного мнения, имеющиеся данные свидетельствуют о том, что почти 80% случаев смерти от НИЗ происходят в странах с низким и средним уровнями доходов.
- Из 57 миллионов случаев смерти, имевших место во всем мире в 2008 году, 36 миллионов (почти две трети) были вызваны НИЗ, в число которых входят, в основном, сердечно-сосудистые и онкологические заболевания, диабет и хронические болезни легких.



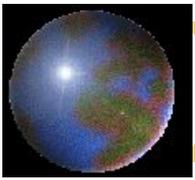
Мировой отчет по неинфекционным заболеваниям, 2010 г.

- НИЗ вызываются, в основном, четырьмя поведенческими факторами риска, которые сопутствуют экономическим преобразованиям, быстрой урбанизации и образу жизни в 21-м веке.
- Ими являются: употребление табака, нездоровый режим питания, недостаточная физическая активность и вредное употребление алкоголя.



Принятие Всемирной ассамблеи здравоохранения

- В 2003 г. *Рамочной конвенции ВОЗ по борьбе против табака (РКБТ)* (http://www.who.int/tobacco/framework/final_text/en);
- В 2004 г. *Глобальной стратегии по питанию, физической активности и здоровью* (http://www.who.int/dietphysicalactivity/strategy/eb11344/strategy_english_web.pdf);
- в 2008 г. *Плана действий для Глобальной стратегии по профилактике неинфекционных болезней и борьбе с ними на 2008–2013 гг.* (<http://www.who.int/nmh/publications/9789241597418/en/index.html>);
- В 2010 г. *Глобальной стратегии по сокращению вредного употребления алкоголя* (http://www.who.int/substance_abuse/msbalcstrategy.pdf);
- в 2010 г. резолюции Генеральной Ассамблеи Организации Объединенных Наций по вопросам профилактики неинфекционных заболеваний и борьбы с ними.



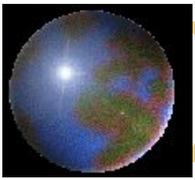
Направления деятельности ВОЗ

3. Охрана и оздоровление окружающей среды.

В 1978 году была разработана общая программа ВОЗ по укреплению гигиены окружающей среды.

В ней уделяется внимание обеспечению коммунального водоснабжения, удалению отходов, признанию опасности окружающей среды, оценка и контроль окружающей среды, улучшение медико-санитарного состояния населенных пунктов.

В индустриальных странах проблемы химического загрязнения воздуха, воды и почвы промышленностью и сельским хозяйством.



Направления деятельности ВОЗ

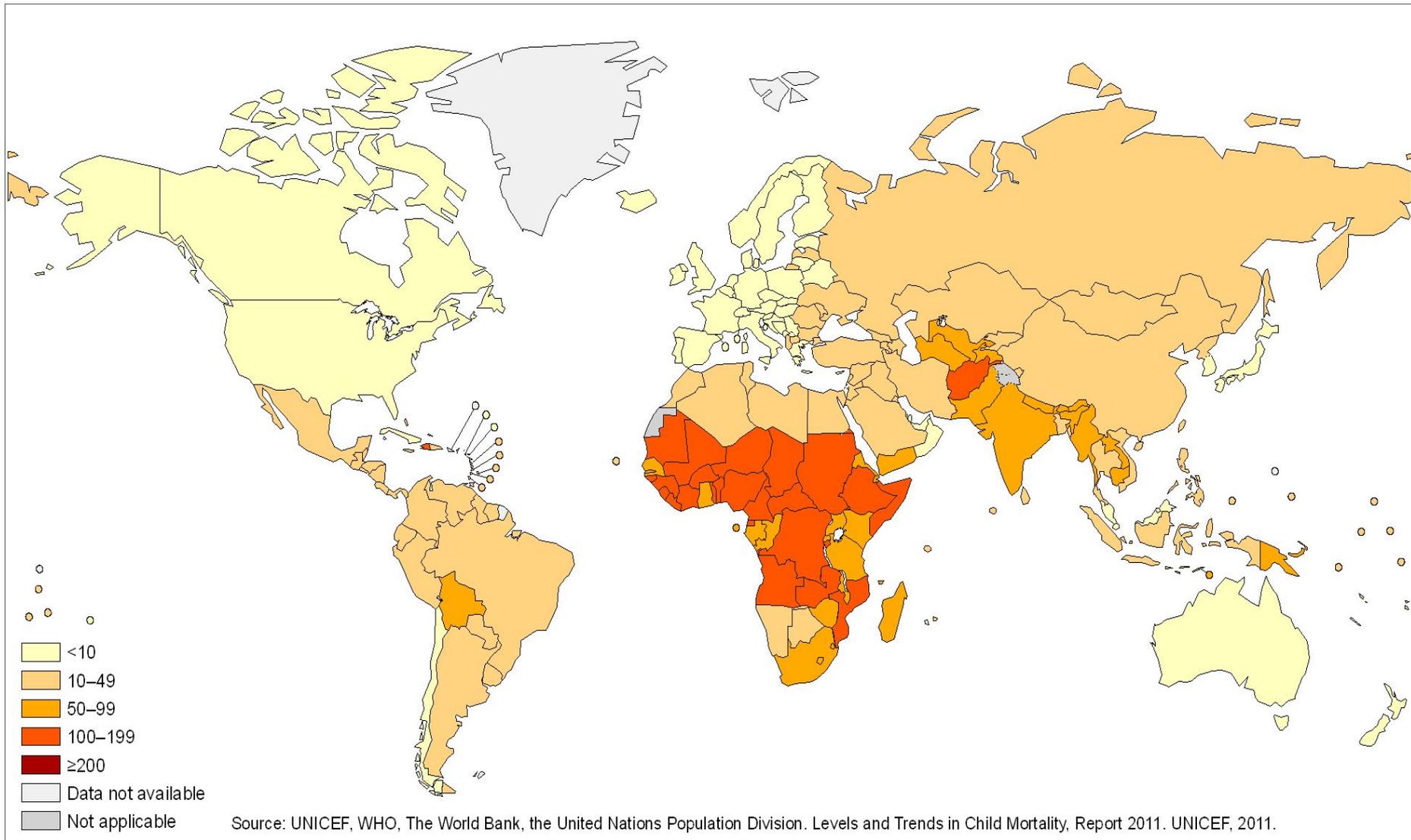
4. Охрана здоровья матери и ребенка

- В развитых странах смертность детей и матерей достигла низкого уровня, поэтому новые программы ориентированы на повышение их благосостояния.
- Рекомендации по планированию семьи

Международные документы, принятые ООН, защищающие права детей:

- Всеобщая декларация прав человека – 1948 г.
- Декларация прав ребенка – 1959 г.
- Конвенция ООН о правах ребенка – 1989 г.
- Всемирная декларация об обеспечении выживания, защиты и развития детей в 90-ые годы – 1990 г.

Under-five mortality rate (probability of dying by age 5 per 1000 live births), 2010

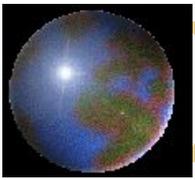


The boundaries and names shown and the designations used on this map do not imply the expression of any opinion whatsoever on the part of the World Health Organization concerning the legal status of any country, territory, city or area or of its authorities, or concerning the delimitation of its frontiers or boundaries. Dotted lines on maps represent approximate border lines for which there may not yet be full agreement.

Data Source: World Health Organization
 Map Production: Public Health Information and Geographic Information Systems (GIS)
 World Health Organization



© WHO 2011. All rights reserved



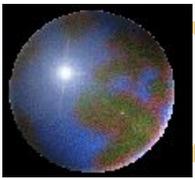
Направления деятельности ВОЗ

5. Подготовка медицинских кадров

Основным направлением работы являются программы по стипендиям.

Только Европейское бюро ВОЗ рассматривает около 2500 заявлений на стипендии.

Стипендиаты размещаются в основных университетах.



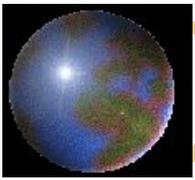
Направления деятельности ВОЗ

6. Санитарная статистика

“Ежегодники мировой статистики”

позволили сделать два основных вывода:

- здоровье населения в целом значительно улучшилось;
- но разрыв по показателям между странами существенно увеличился.



БАЗЫ ДАННЫХ

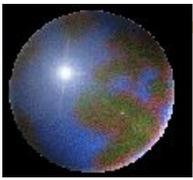
Статистическая информационная система ВОЗ (WHOSIS)

Национальные статистические данные по 50 основным показателям смертности, заболеваемости, факторов риска, охвата службами и деятельности систем здравоохранения

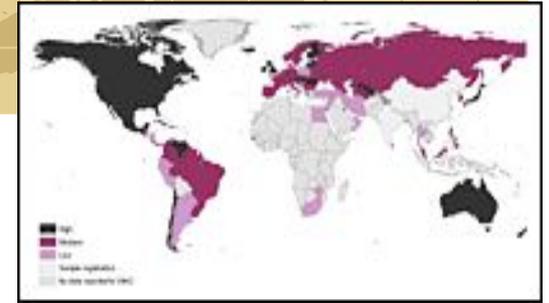
<http://www.who.int/whosis/database>

Глобальная онлайн-информационная база ВОЗ (InfoBase)

Данные о хронических болезнях и факторах риска их развития по всем государствам-членам ВОЗ



БАЗЫ ДАННЫХ

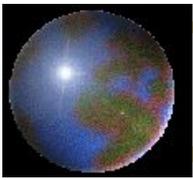


Глобальный атлас здоровья (Global Health Atlas)

Стандартизированные данные и статистика по инфекционным болезням на государственном, региональном и глобальном уровне

Статистика по регионам

Статистическая информация из Региональных бюро ВОЗ



WHO Mortality Database: Tables

Table 1: Number of Registered Deaths

Number of registered deaths, by cause, sex and age. (Population and live birth data are provided at the bottom of the table. Before using these data to calculate death rates, users should consult Table 4 on estimated levels of coverage)

Table 2: Infant deaths

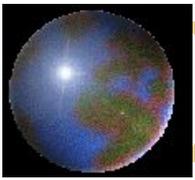
Infant deaths: Number of deaths by cause, sex and age

Table 3: Estimated completeness of mortality data for latest year

The proportion of all deaths which are registered in the population covered by the vital registration system for a country. For completeness less than 100% the figures refer to completeness of adult deaths. Completeness of child deaths is likely to be lower in many countries.

Table 4: Estimated coverage of mortality data for latest year

Coverage is calculated by dividing the total deaths reported for a country-year from the vital registration system by the total deaths estimated by WHO for that year for the national population.

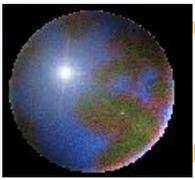


Направления деятельности ВОЗ

7. Развитие медико-биологических исследований

Организует проведение научных исследований путем заключения контрактов с ведущими НИ учреждениями.

Создан экспертно-издательский совет.
Основное периодическое издание – “Бюллетень ВОЗ”.

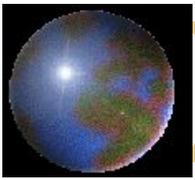


Государственная система здравоохранения

Государственная система здравоохранения родилась в **России в 1918** году. Основным теоретиком государственной системы здравоохранения России был **Н.А.Семашко**.

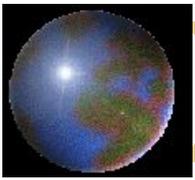
Однако, в мире первенство было отдано **Уильяму Бевереджу**, который в **1942** году теоретически обосновал возможность существования Национальной службы здравоохранения, но лейбористы только в **1948** году после всеобщего опроса врачей общей практики сумели **внедрить** эту систему.

В настоящее время она существует в Великобритании, Италии, Дании, Ирландии, Конго, Мали, Эфиопии.



Государственная система здравоохранения

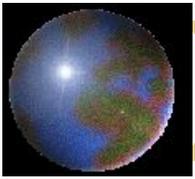
- **Основная часть учреждений принадлежит государству.** Управление и планирование здравоохранения осуществляют **центральные и местные органы.** Государственная или бюджетная система **финансируется из общих налоговых поступлений** в государственный бюджет. При этом на здравоохранение выделяется определенная сумма средств в % от национального дохода.
- В Великобритании – 9,8 %
- В Италии - 11,1 %
- В Японии - 12,4 %.



Государственная система здравоохранения

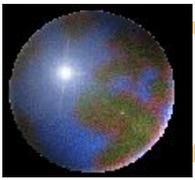
Основная положительная черта – **возможность сдерживания роста стоимости медицинской услуги за счет централизованного финансирования. Однако, общий объем средств существенно ниже, чем при других источниках финансирования.**

Пример: количество компьютерных томографов в Англии – 2,7 на 1000.000 жит., в Германии – 7,7; Бельгии – 6,4. Частота гемодиализа – в Англии 200 на 1 млн. жит., в Германии 300, Бельгии 394.



Великобритания

В Великобритании превалирует государственная служба здравоохранения и как дополнение – частное (добровольное) страхование и платная медицинская помощь.

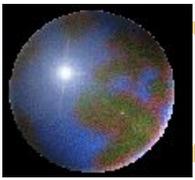


Организационная структура:

Централизованная система управления возглавляется **министерством здравоохранения и социальной защиты**;

Местные органы управления – **16 региональных служб здравоохранения** (их функции – планирование сети, службы, финансов в соответствии с потребностью, и контроль за работой врачей);

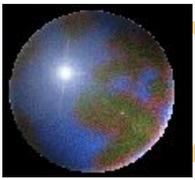
Им подчиняется **90 местных служб**, а им в свою очередь более **200 участковых служб**.



Премьер-министр Великобритании назначил на должность министра здравоохранения, практикующего хирурга профессора Ара Дарзи (Терзяна). Как сообщил RapARMENIAN.Net независимый французский журналист Жан Экиян, сэр Ара Дарзи родился в Ираке в семье потомков армян, спасшихся от Геноцида 1915 года, но большую часть детства провел в Ирландии.

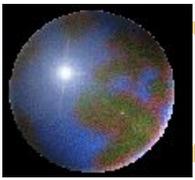
В здравоохранении Великобритании выделяют следующие службы:

- **Общественного здоровья;**
- **Общей практики;**
- **Госпитальная;**



Служба общественного здоровья

В службе **общественного здоровья** работает только **средний медицинский персонал**: акушерки, патронажные и медицинские сестры, социальные работники. В их задачи входит проведение профилактических мероприятий, уход и выхаживание больных, осуществление медицинских назначений, прием неосложненных родов на дому.

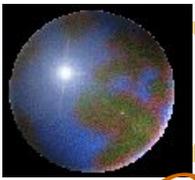


Служба общей практики

К службе **общей практики** – относятся врачи общей практики, стоматологи, офтальмологи и фармацевты.

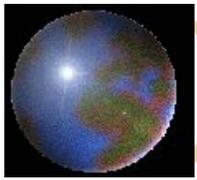
Основная организационная единица – врач общей практики. Его работа оплачивается государством по принципу “капутации” т.е. за каждого проживаемого на территории его обслуживания пациента.

Дополнительно государством оплачивается обслуживание лиц старше 60 лет, работа в ночное и неурочное время, за работу в отдаленных районах сельской местности, дополнительно за стаж.



Оплата самими пациентами производится за:

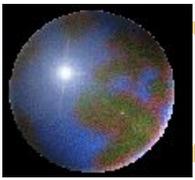
- питание в стационаре
- выписка рецептов на медикаменты и очки
- лечение у стоматолога и офтальмолога
(кроме детей до 16 лет, беременных и кормящих)



Госпитальная служба

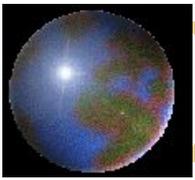
В госпитальной службе заняты врачи узкого профиля.

Работая по участковому принципу они ведут амбулаторный прием по своей специальности и оказывают стационарную помощь. **95 % - больниц принадлежит государству**



Частным добровольным медицинским страхованием в Великобритании занимаются страховые компании, ведущее место среди них занимает БУПА.

Объектом страхования являются те риски которые **не оплачиваются государством**. Она предлагает три категории страхования, каждой из которых соответствует определенный размер страхового взноса. Каждая больница получает свой ранг, которому соответствует категория страхования. Качество приблизительно одинаковое, но разные сервисные условия.



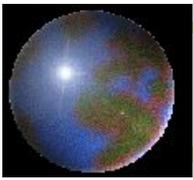
Виды страховок: *для одиноких, для семейной пары, для семей с детьми.* В результате ставки страховых взносов зависят от выбранного вида страхования, числа застрахованных, от возраста старейшего члена семьи.

Ставки страховых взносов пересматриваются один раз в год.

Существует возможность **страховой премии** если не болел.

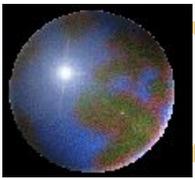
Главное преимущество держателей страхового полиса — право на **первоочередную больничную помощь.**

Другой вид страхования — это **консультация специалистов узкого профиля высшей квалификации.**



Проблемы здоровья населения Великобритании

В Великобритании, по данным Госслужбы здравоохранения, за последние 10 лет удвоилось число подростков, госпитализируемых с алкогольными отравлениями. В возрасте от 16 лет и старше с таким диагнозом в 2005-2006 годах наблюдалось более 187 тыс. человек, в то время как за аналогичных период десятилетие назад, 1995-1996 годы, эта цифра составляла около 90 тыс. человек.



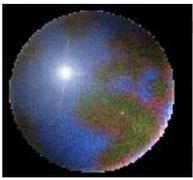
Service Unavailable

Проблемы здоровья населения Великобритании

Департамент здравоохранения

Великобритании провел исследование, результаты которого показали, что каждый шестой британец употребляет спиртные напитки в чрезмерных количествах.

По данным департамента, число британцев, которые злоупотребляют алкоголем, составляет 8,2 млн. человек. Лечение болезней, связанных с алкоголизмом, обходится национальной системе здравоохранения в 1,3 млрд. фунтов ежегодно.

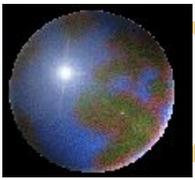


Проблемы здоровья населения Великобритании

Ежегодно в январе МЗ Великобритании проводит кампанию против курения.

Кампания "сорваться с крючка", напоминает, что "среднему курильщику требуется более 5 тысяч сигарет в год. Мы знаем, что 70% курильщиков хотели бы бросить".

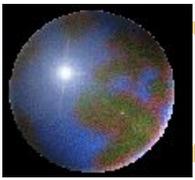




Страховая система здравоохранения

Эта система также управляется государственными органами власти, но финансируется, как правило из трех источников: субсидии государства, целевые взносы работодателей, взносы самих работников.

В Финляндии	-	44 %	49 %	7,0 %
В Германии	-	19 %	42,7 %	38,3 %
Во Франции	-	81 %	12,5 %	6,5 %



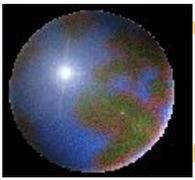
Страховая система здравоохранения

Взносы и фонды социального страхования являются **разновидностью налогов и находятся под контролем государства.**

Различие между государственной и страховой системами связано с видом **формирования фондов.**

Эти взносы не идут в общий бюджет, а идут непосредственно **на нужды охраны здоровья.**

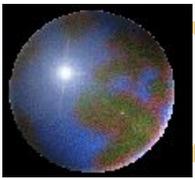
Это позволяет **гибко и оперативно** реагировать на нужды и расширение потребностей в медицинской помощи.



Страховая система здравоохранения

Объем медицинских услуг не зависит от материального достатка и размеров взносов в страховые фонды.

Принцип **«общественной солидарности»** – **богатый за бедного, здоровый за больного.**

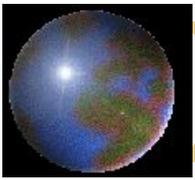


Франция

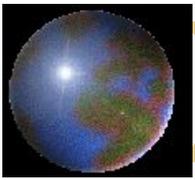
Средства социального страхования поступают из страховых систем в **Централизованный фонд страхования по болезни.**

Выделяют **общую систему социального страхования.** К ней относятся рабочие по найму, студенты, государственные служащие д.р. Существует несколько систем примыкающих к общей системе и специальные системы (хозяева-крестьяне, торговцы ремесленники и д.р.).

В общей системе социального страхования для получения права на пособие предусматривается стаж не менее 200 рабочих часов в течение последнего месяца.

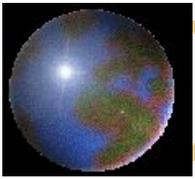


По доступным данным за 2005 г., сумма медицинских расходов во Франции составила 181 млрд. евро, или 10,6% от валового внутреннего продукта, что по показателю затрат на здравоохранение обеспечило Франции четвертое место после США (15,3%), Швейцарии (11,6%) и Германии (10,9%).



Франция

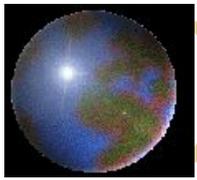
- В августе 2004 г. национальное медицинское страхование Франции оказалось в тяжелом финансовом положении, и министром здравоохранения был принят план медицинской реформы.
- Государственный менеджмент здравоохранения.
- Реформа повысила налоги (на доход, капитал, табачные и алкогольные изделия), что уменьшило долю получаемого от работодателей налога на заработную плату с 95% от общих затрат на здравоохранение до приблизительно 50%.
- Таким образом, увеличилась финансовая зависимость от центрального финансирования правительством, а следовательно, и способность министерства проводить реформирование и контроль.
- Построена на принципах либерализма и плюрализма, а значит, отвечает требованиям рыночной экономики, имеет различия между отдельными локальными учреждениями и предоставляет право выбора.



Франция

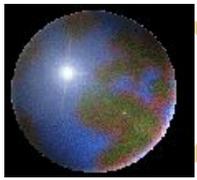
Медицинская помощь во Франции
предоставляется в двух уровнях:

1. внебольничная
2. больничная



Внебольничная помощь

Во внебольничном обслуживании основная роль принадлежит **частно-практикующему врачу**, который заключил соглашение с органами социального страхования. Также **поликлинические отделения** при **общественных больницах** и **многопрофильных центрах здоровья**. Специализированная помощь оказывается в государственных диспансерах.



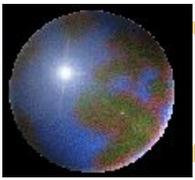
Больничная помощь

Обеспечивается **государственными, частными и благотворительными структурами.** больничными

Государственные больницы (1032 больницы) подразделяются на три категории:

- местные или сельские больницы, с числом коек не более 40
- общие больницы с широким диапазоном медицинских услуг с числом коек 1000
- клинические больницы с учебно-научной базой

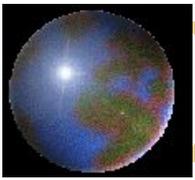
Положение в государственном секторе характеризуется нехваткой больниц, персонала, оснащений



Больничная помощь

Частный больничный сектор был допущен с условием планового согласования строительства больниц с учетом профиля и характера оказания медицинской помощи. В частных больницах развернуто 30% общего коечного фонда (23% специализированных и 34% неспециализированных).

Проблема: самое дорогостоящее и длительное лечение достается государственным больницам.



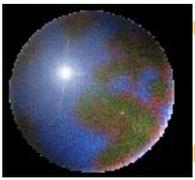
Частнопредпринимательская система

Это преимущественно **платная система**, которая финансируется из **личных средств населения** и медицинское обслуживание предоставляется преимущественно **на платной основе**.

Медицинскую помощь населению оказывают **частно-практикующие врачи**.

Для обеспечения бремени затрат население покупает **полисы частного медицинского страхования**.

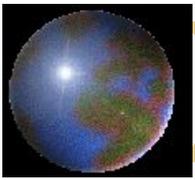
Именно эта зависимость объема медицинской помощи от размеров взносов, т.е. платежеспособность человека отличает частное страхование, от социального, где действует принцип "общественной солидарности"



Соединенные штаты Америки

Конституция США не предусматривает государственного обеспечения медицинской помощью **всех граждан** за исключением отдельных групп.

В США действует децентрализованная система здравоохранения. Каждый уровень власти выполняет определенную роль в осуществлении общенациональных целей здравоохранения.

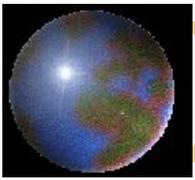


Соединенные штаты Америки

Формальное руководство – Департамент
(министерство) здравоохранения и
социальных служб. **Задачи**

департамента:

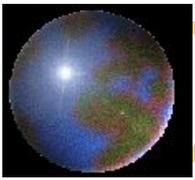
- санитарная охрана границ
- гигиена окружающей среды
- санитарная статистика
- руководство национальными институтами здравоохранения
- медицинская служба гражданской обороны
- внешние медицинские связи



Соединенные штаты Америки

В структуру департамента входит **служба общественного здравоохранения**, которая занимается организацией амбулаторной и стационарной медицинской помощи:

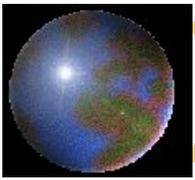
- ветеранам войны
- морякам торгового флота
- личному составу вооруженных сил
- государственным служащим
- индейцам



Соединенные штаты Америки

Департамент здравоохранения состоит из 9 региональных отделений и в каждом штате имеется собственный департамент здравоохранения.

США тратят на здравоохранение в среднем в 2 раза больше на душу населения, чем другие развитые страны. (идут из разных источников).

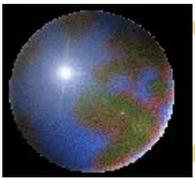


Соединенные штаты Америки

В США более 1000 страховых компаний. Наиболее крупные “Голубой щит” и “Голубой крест”.

Выделяется три основных типа страхования:

- 1. Основная госпитальная страховка**
- 2. Основная медицинская страховка**
(амбулаторная помощь)
- 3. Общая медицинская страховка**
(покрытие дополнительных расходов в случае серьезного заболевания)

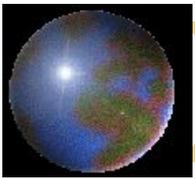


Общественная помощь в оплате медицинских услуг

«Медикер» - это единая программа медицинской помощи для престарелых (старше 65 лет) и потерявших трудоспособность людей.

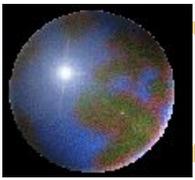
Часть А: страховка по которой выплачиваются счета за пребывание в больнице, квалифицированный медицинский уход на дому и в хосписах. Полностью оплачивается только первые 60 дней пребывания в больнице.

Часть Б: амбулаторная помощь в учреждениях и на дому.



Общественная помощь в оплате медицинских услуг

«Медикейд» - государственная программа медицинской помощи семьям с низким доходом. Она охватывает 10% населения и субсидируется Федеральным правительством. Имеет много исключений, поэтому не охватывает всех. Покрывает расходы на профилактическое лечение, лечение острых заболеваний, долговременная медицинская помощь.

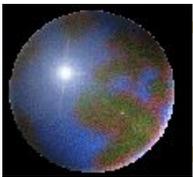


Виды медицинской помощи

Внебольничная помощь преимущественно концентрируется в руках врачей общей практики.

Стационарная медицинская помощь в больницах:

1. Федерального подчинения;
2. Нефедерального подчинения (администрации штатов, городские муниципалитеты, благотворительные организации, церкви и частные владельцы).



Затраты на здравоохранение



