

**С.Ж.АСФЕНДИЯРОВ АТЫНДАҒЫ  
ҚАЗАҚ ҰЛТТЫҚ МЕДИЦИНА  
УНИВЕРСИТЕТІ**



**КАЗАХСКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ  
МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ  
С.Д.АСФЕНДИЯРОВА**

# СРС

**Тақырып: Шетелдік денсаулық сақтау  
Орындағын: Румханова Арофат  
Топ: ЖМ15.16-02**

# ЖОСПАР

- 1. Дүниежүзілік денсаулық сақтау ұйымы туралы
- 2. Еуропадағы денсаулық сақтау
- 3. Азиядағы денсаулық сақтау
- 4. Жапониядағы денсаулық сақтау
- 5. Америкадағы денсаулық сақтау



Екінші дүниежүзілік соғыс аяқталғаннан кейін 1946 жылдың шілде айында Нью-Йорк қаласында өткен Халықаралық денсаулық сақтау конференциясында ДДСҰ құру шешімі қабылданды (*World Health Organization, WHO*)

ДДСҰ – БҰҰ қатарына кіретін 192 мемлекеттен тұратын , мақсаты әлемдегі барлық халықтың денсаулығын сақтау және он

ДДСҰ – да негізгі тіл ағылшын және француз , сонымен қатар орыс , испан, араб , қытай , неміс тілдерінде де жұмыс жүргізіледі.



- ДДСҰ эксперттері (S. Hakansson, B. Majnoni, D'Intignano, G.H. Mooney, J.L. Roberts, G.L. Stoddart, K.S. Johansen, H. Zollner) денсаулық сақтау жүйесіндегі 3 түрлі типті ұсынды : мемлекеттік (бюджеттік), әлеуметтік сақтандыру, жекеменшік
- Мемлекеттік денсаулық сақтау жүйесі Австралия, Великобритания, Италия, Греция, Дания, Испания, Ирландия, Куба, Н. Зеландия, Норвегия, Португалия
- Социально-страховая система здравоохранения (система Бисмарка) реализуется в Германии, Австрии, Бельгии, Нидерландах, России, Франции, Швейцарии, Канаде, Японии и др.
- Частная (рыночная) система здравоохранения сформировалась в США, некоторых странах Латинской Америки (например, Колумбии), Азии (Филиппины) и Африки (Нигерия).



- Типичным примером государственной модели является система здравоохранения Великобритании, в которой система страхования здоровья рабочих, охватывающая 1/3 населения, существовала с 1911 года (введена Д. Ллойд-Джорджем). Она имела важную отличительную особенность – деньги следуют за пациентом, что создавало возможность сформировать рынок медицинских услуг
- После окончания Второй мировой войны Правительство Великобритании начало глобальное реформирование социального обеспечения населения согласно разработанной программы «Cradle to grave» – «С пеленок до могилы». Одним из результатов данного проекта стало создание в 1948 году налоговой системы финансирования здравоохранения, разработанной лордом У. Бевериджем по поручению У. Черчилля, получившей название National Health Service (Национальная служба здравоохранения) или NHS. С тех пор Национальная служба здравоохранения получила название бевериджской. Основная идея бюджетной модели: богатый платит за бедного, здоровый – за больного.



- В центре Национальной службы здравоохранения – доктора-терапевты. Каждый человек прикреплен к определенному врачу в своем районе. Терапевт ставит диагноз, выдает больничные листы, прописывает лекарства. Стоматологи и окулисты обычно принимают в отдельных клиниках. Они не являются частью здравоохранительных центров.
- Существует также средний медперсонал. Районные медсестры делают уколы, физиотерапевтические процедуры на дому. Палатные сестры заботятся о больных в больнице.
- Много внимания уделяется образовательным программам. Министерство здравоохранения проводит образовательные программы о вреде курения, употребления алкоголя, программы по предотвращению раковых заболеваний и так далее.
- Великобритания уделяет особое внимание квалификации врачей. Их готовят в 16 университетах. Кроме этого, они проходят практику во время своей работы в учебных больницах.
- Первичное здравоохранение предусматривает рутинную медицинскую помощь, оказываемую в офисах врачей общей практики, амбулаторных хирургических отделениях, стоматологических и офтальмологических кабинетах. Вторичными считаются специализированные медицинские услуги в госпиталях, амбулаториях, а также работа психологов и психиатров.



- Шведская система здравоохранения представляет собой успешный пример государственной модели, построенной на принципе децентрализации [1]. Швеция – страна с традиционно высокими вложениями финансов в здравоохранение, с 1980 года они стабильно составляют 9% от ВВП.
- Швеция выделяется среди других стран мира высокими экономическими и социальными достижениями. Так, средняя продолжительность жизни в государстве является одной из наибольших в мире: для женщин она составляет 84 года, для мужчин – 79 лет; при этом наблюдается тенденция к дальнейшему ее увеличению. Это результат экологического благополучия, заботы о здоровье (популяризации здорового образа жизни, отказа от курения, занятий спортом, профилактических мероприятий), а также достижений системы здравоохранения, которая считается одной из лучших в Европе благодаря высокой эффективности лечения при умеренных капиталовложениях и контролируемых расходах. Основы современной системы здравоохранения Швеции были заложены в 1882 году с учреждением органов областного самоуправления – ландстингов, представителей которых граждане Швеции избирают на всеобщих выборах каждые четыре года. С 1928 года ландстинги стали отвечать за организацию стационарной медицинской помощи, а с 1930-х гг. также за работу других медицинских служб.



- Шведское здравоохранение на 95% является государственным, услуги которого становятся равнодоступными для всех слоев населения через развитую и эффективную государственную систему социального страхования. Здравоохранение характеризуется большой степенью децентрализации. В задачи государства входят регулирующая функция, формирование общей стратегии и принципов развития здравоохранения, принятие законов и контроль деятельности медицинских организаций.
- Здравоохранение финансируется из трех источников: налоги (центральные, региональные и местные), государственная система страхования и частные средства (платные медицинские услуги и частное медицинское страхование). Основой финансового обеспечения является общее налогообложение. Налоговые подоходные платежи здесь одни из самых высоких в Европе и составляют от 30 до 50% дохода. Все граждане, вне зависимости от их социального статуса, принимают участие в финансировании социальной сферы, внося соразмерный своим доходам вклад. Дороговизна подобной модели, обеспеченной за счет высоких налогов, в полной мере компенсируется высокой социальной защищенностью населения





- Сегодняшние частные больничные кассы в Германии можно охарактеризовать как кассы для богатых, здоровых и молодых или следящих за своим здоровьем, пытающихся оставаться молодыми и стремящихся стать обеспеченными людьми.
- Подавляющая же часть населения находится в сфере обслуживания законодательно установленных государственных страховых обществ (больничных касс), которые формируют свои средства за счет поступлений, прямо зависящих от доходов населения, при этом 50% взноса делает сам застрахованный, а остальные 50% ложатся бременем на работодателя. Величина подобного взноса в настоящее время составляет немногим более 14% заработной платы независимо от возраста владельца страхового полиса.
- Одной из целей реформ здравоохранения в Германии является снижение нагрузки на работодателя и ее увеличение на наемного работника, который при принятии решения о пользовании медицинскими услугами будет ориентироваться на экономические стимулы. Другим немаловажным предположением является то, что, снизив расходы по зарплате, немецкие предприниматели будут более конкурентоспособными по сравнению со своими европейскими соседями. Еще одна цель – попытка организовать работу государственных больничных касс таким образом, чтобы при обращении в медицинские учреждения в течение продолжительного времени застрахованному возвращалась определенная сумма. Есть даже предложение возвращать часть страхового взноса, если застрахованный бросил курить, сбросил лишний вес или пытается поддержать свое здоровье, регулярно занимаясь физической культурой.



- Французская социально-страховая модель здравоохранения обладает рядом параметров, характерных для рыночной модели. Финансирование лечебно-профилактических учреждений осуществляется из трех источников: государственного бюджета, обязательного медицинского страхования, личных средств граждан. Государственная организация социального страхования Франции “Securite social” подписывает соглашение (конвенцию) с врачами, в которой четко указаны цены на медицинские услуги. Цены пересматриваются 2 раза в год, что обычно влечет пересмотр и увеличение страховых взносов. “Securite social” возмещает пациенту лишь 75% расходов. Оставшиеся 25% составляют личные расходы, но они могут быть также возмещены, если пациент пользуется услугами дополнительного добровольного страхования, осуществляемого частными страховыми компаниями.



- Среди многообразия конкретных форм организации системы здравоохранения в разных странах, использующих социально-страховую модель, хотелось бы остановиться еще на системе охраны здоровья Японии.  
Япония является первой страной Азии, где в 1961 году было введено страхование здоровья в общенациональном масштабе, хотя ряд законов о страховании, частично компенсировавших расходы на медицинское обслуживание, был принят намного раньше: в 1922 году – об обязательном страховании служащих, в 1938 году – о национальном страховании здоровья, в 1939 году – о страховании моряков, в 1953 году – 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 Японии каждое медицинское учреждение является самостоятельной организацией. 80% больниц принадлежит частнопрактикующим врачам.



- В настоящее время медицинское обслуживание Японии финансируется в основном за счет фондов страхования здоровья. Подавляющее 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, построенной по производственному принципу.
- В системе национального страхования здоровья существует программа страхования лиц, вышедших в отставку по достижении пенсионного возраста, и членов их семей и программа страхования престарелых. По закону о благосостоянии престарелые лица старше 60 лет имеют право на ежегодное освидетельствование. Бесплатной является консультативная помощь по охране здоровья престарелых, сестринская помощь лицам пожилого возраста на дому, медицинская помощь лицам старше 70 лет.
- 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 среды.



- Согласно данным Всемирной Организации здравоохранения, а также данным Организации Экономического и Социального Развития (ОЭСР), в абсолютном большинстве стран (Австралия, Великобритания, Германия, Канада, Нидерланды, США, Франция, Швеция и др.) здравоохранение финансируется преимущественно за счет государственных источников. Расходы на здравоохранение в этих странах составляет в среднем 9,5% от ВВП



- Медицина США функционирует на следующих уровнях
- - семейная медицина — врачи проводят общий осмотр пациентов, направляя при необходимости их к более узкому специалисту.
- - госпитальная помощь — занимает центральное место в медицинской системе, хотя в последнее время её значение снижается и вытесняется деятельностью поликлиник, скорой помощи и домов престарелых. Госпитали делятся на коммерческие и некоммерческие и по структуре аналогичны российским больницам.
- - общественное здравоохранение.
- Система здравоохранения состоит из многочисленных служб, различающихся по типу финансирования и выполняемым функциям, среди которых службы общественного здоровья и профилактической медицины — занимаются профилактикой заболеваний, надзором за экологическим состоянием, контролем качества пищи, воды, воздуха и т. д.;
- службы неэкстренной амбулаторной помощи;
- простое стационарное обслуживание — госпитализация на короткий период;
- сложное стационарное обслуживание — предоставление длительного, высококвалифицированного и технически сложного лечения в стационаре.



- Около 47% всех расходов на здравоохранение США составляют затраты на стационарное лечение, около 2% – домашнее обслуживание, 10% – медикаментозное лечение и 10% – на содержание в домах престарелых. Оставшиеся 11% охватывают услуги стоматологов, офтальмологов и других узких специалистов.
- В США около 84% граждан имеют медицинскую страховку, 64% из них страховка предоставлена работодателем, 9% – приобрели ее самостоятельно, 27% граждан страховка предоставляется в рамках государственных программ. Определенные государственные программы позволяют получить медицинскую помощь инвалидам, лицам пожилого возраста, детям, ветеранам, малообеспеченным людям, а также обеспечивают неотложную помощь всем жителям страны независимо от их способности ее оплатить. Более 45% расходов страны в системе здравоохранения идет на финансирование подобных государственных программ, таким образом, правительство США является наибольшим страховщиком нации



- Программа “Medicare” предоставляет бесплатную медицинскую помощь лицам старше 65 лет в том случае, если они сами или их супруг (супруга) проработали на предприятиях, участвующих в программе Medicare, не менее 10 лет, или в более молодом возрасте, если претендент страдает хроническим заболеванием. Однако часть расходов пациенты, охваченные системой “Medicare”, оплачивают самостоятельно. Размер этой оплаты можно уменьшить, приобретя дополнительно Medigap-полис или воспользовавшись программой Medicare B. “Medicare” финансируется за счет штата (преимущественно), частично — за счет федерального бюджета.
- Критерии отбора в программу «для бедных» “Medicaid” достаточно строгие, и по этой причине только 12% населения пользуются этой системой.
- Те, кто не достиг возраста 65 лет, пользуются добровольным частным страхованием. Преимущественно это студенты, лица, меняющие место работы, и те, чьи работодатели не предоставляют медицинскую страховку. Некоторые наиболее крупные предприятия содержат собственные медицинские центры, которые оказывают медицинские услуги работникам. Богатые, как правило, пользуются услугами частной медицины. В США более 40 млн жителей не застраховано. Основная причина — высокие страховые взносы: на их оплату идет в среднем до 25% дохода семьи.
- Однако в США есть еще одна система оказания медицинской помощи — благотворительные фонды, которые имеют достаточно мощную финансовую поддержку в обществе. Церкви также содержат сеть бесплатных больниц.





- В США, в отличие от стран Европы, традиционно сильна роль профессиональных ассоциаций (например, Американской медицинской ассоциации), а не Министерства здравоохранения.
- В США очень гибкая система выбора лечащего врача и лечебного учреждения. У граждан США без медицинской страховки серьезные проблемы со здоровьем (травма, тяжелое заболевание, сложная операция) могут обернуться разорением. По этой причине большинство обеспеченных жителей страны не могут позволить себе жить без медицинской страховки.
- У подавляющего большинства американцев медицинская страховка связана с постоянной работой. Работодатель приобретает у страховой компании со скидкой групповую страховку для своих работников. При оформлении групповой страховки обычно не учитывается наличие у кандидата уже имеющихся заболеваний: повышенные риски у одних застрахованных компенсируются относительно низкими рисками у других.
- Страховые компании в свою очередь заключают договоры с поставщиками медицинских услуг – врачами и больницами. Как правило, пациент имеет право выбора из довольно ограниченного круга семейных врачей. Направление на оплаченную страховкой консультацию у врача-специалиста обычно тоже дает только семейный врач. Страховка может распространяться на неработающих членов семьи и детей.



## ПАЙДАЛАНЫЛҒАН САЙТТАР

- <http://www.medlinks.ru/sections>
- <http://mrmarker.ru/p/page.php>
- <http://vmede.org/sait/?page=20&id id=9911>

