



# **Системы здравоохранения в различных странах мира**

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

# Классификации систем здравоохранения

**По степени централизации управления:**

*преимущественно централизованные  
преимущественно децентрализованные*

**По степени развития рыночных отношений в стране:**

*с развитыми рыночными отношениями  
с переходной к рынку экономикой  
с неразвитым рынком*

**По уровню социально-экономического развития**

*экономически развитых стран  
экономически развивающихся стран*

# Классификации систем здравоохранения

**По принадлежности основных средств**

*государственная*

*муниципальная*

*частная*

**По преобладающему источнику финансирования**

*монополюльно государственная*

*национальная (государственная)*

*медицинское страхование*

*частная*

# Типы систем здравоохранения

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

# **Государственная (национальная) система модель Бевериджа**

**типичный представитель –  
ВЕЛИКОБРИТАНИЯ,**

**а также**

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

# *Система Бевериджа*

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

# **Основные характеристики системы Бевериджа**

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

# Основные характеристики системы Бевериджа

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



# Проблемы системы Бевериджа

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

# Проблемы *системы Бевериджа*

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

# *Система, основанная на страховании здоровья граждан (модель Бисмарка)*

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

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

# Система Бисмарка

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

# Основные характеристики системы Бисмарка

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

# Основные проблемы системы Бисмарка

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

# Основные проблемы системы Бисмарка

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

# **Рыночная система**

## **Основные характеристики**

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



# Проблемы *рыночной системы*

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

# Проблемы *рыночной системы*

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



# Реформирование международного здравоохранения

## Изменение основной системы организации здравоохранения

# Реформирование международного здравоохранения

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

# Общие идеи реформирования

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