

Министерство здравоохранения Калужской области  
ГАПОУ КО «Калужский базовый медицинский колледж»



# Модели организации здравоохранения и их реализация

Компилировано: Никифорова Е.Е.,  
студент группы МС-34, сестринское дело  
Под ред. Маркун Т.А., преподаватель

Калуга 2020

# Здравоохранение



— это система государственных, социально-экономических, общественных, медико-санитарных мероприятий, направленных на повышение уровня здоровья, обеспечение трудоспособности и активного долголетия людей.

# Системы здравоохранения

— это организации, созданные для реализации мероприятий, направленных на решение задач здравоохранения.





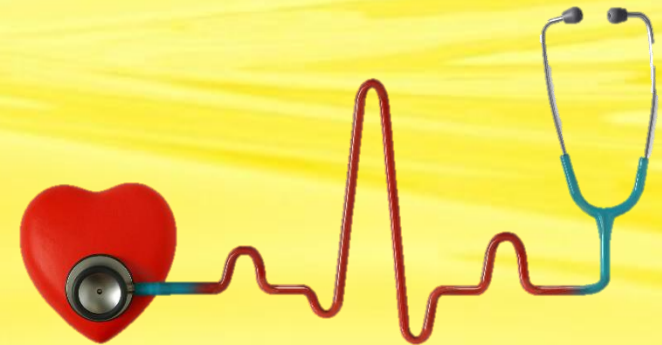
# Модели здравоохранения

Согласно ВОЗ существует 3 классические модели:

**Семашко (советская)**

**Бисмарка (немецкая)**

**Бевериджа (английская)**



Система здравоохранения в каждой стране - это продукт ее экономического устройства, демографических, географических, исторических особенностей и целей, которые ставит перед собой общество.

# Модель Бисмарка

В 1881 году канцлер Германской империи Отто фон Бисмарк поставил задачу создать «государство всеобщего благосостояния»



Зародилась немецкая модель здравоохранения

Она служила укреплению здоровья широких народных масс, которых рассматривали как потенциальных военнослужащих.

# ОМС ПО БИСМАРКУ

Система ОМС действует через некоммерческие страховые организации – больничные кассы, в которые ежемесячно население и работодатели платят взносы. В случае наступления болезни из кассы оплачиваются лечение и необходимые лекарств.



Модель Бисмарка применяется в Германии, Франции, Бельгии, Нидерландах, Японии, Швейцарии, ряде стран Латинской Америки.

Государство в данной системе выступает в роли регулятора деятельности.



# Преимущества и недостатки системы Бисмарка

## Недостатки:

- ❑ Отсутствие равной доступности для различных соц. групп и территорий
- ❑ Выраженный рост стоимости медицинской помощи
- ❑ Недостаточный контроль за деятельностью персонала
- ❑ Пренебрежение интересами пациентов из групп высокого риска
- ❑ Недостаточное долгосрочное планирование
- ❑ Низкий приоритет общественных мер охраны здоровья, профилактики и санитарно-гигиенического просвещения.
- ❑ Высокие административные расходы



## Преимущества:

- Децентрализованное финансирование
- Конкуренция
- Широкий выбор для пациентов

# Модель Бевериджа

Названа в честь Уильяма Бевериджа – английского экономиста и государственного деятеля, разработавшего план социального обеспечения и создавшего национальную службу здравоохранения Великобритании.



В соответствии с этой моделью услуги здравоохранения оплачиваются государством из налоговых поступлений.

Данная модель с 1948 г. существует в Великобритании. Она характерна также для Ирландии, Дании, Португалии, Италии, Греции и Испании.



# Функции страховщика

возложены на государственный орган, подчиненный соответствующему министерству и выполняющий его указания. В Великобритании это Департамент труда и пенсий.

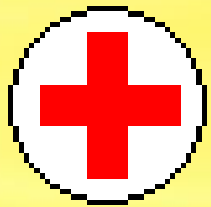
Функция

Выплата пособий



По инвалидности для пострадавших от производственных травм

По временной нетрудоспособности





# Особенности модели Бевериджа



Финансирование из госбюджета за счет налогообложения

Государство – это главный покупатель и поставщик мед помощи

Трансфертные выплаты тем, кто не может обеспечить себя мед помощью

Ограниченность в выборе мед обслуживания

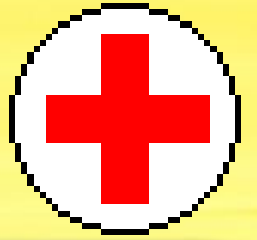
Медицинская помощь в основном бесплатна

Ограничивает рыночные отношения между врачом и пациентом

Оплата труда прямо пропорционально объему оказанных мед услуг и квалификации врача



# Преимущества и недостатки модели Бевериджа



## Недостатки

- ❑ отсутствие стимулов для частных медицинских организаций улучшить материально-техническую базу
- ❑ отсутствие возможности выбора врача, лечебного учреждения
- ❑ ограниченный доступ к специализированной помощи для отдельных социальных групп и административных территорий
- ❑ низкая оплата труда медперсонала
- ❑ очереди в ЛПУ
- ❑ высокие административные расходы.

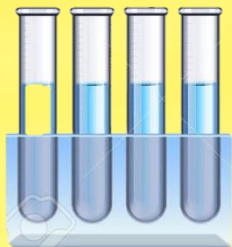
## Преимущества

- бесплатность медицинской помощи для населения
- теоретически равные возможности доступа для населения к узким специалистам
- центральное и региональное планирование здравоохранения
- экономное использование ресурсов
- приоритет профилактических программ.

# Модель Семашко



Финансирование отрасли из государственного бюджета при строгом централизованном управлении и контроле со стороны государства.



Основана на замене рыночной организации здравоохранения на государственно-административную систему.

Панацеей от всех болезней считалось увеличение количества врачей, медсестер и больничных коек.



# НАРКОМАТ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ



Объединил все ведомственные, земские и страховые медицинские учреждения.

Ликвидация частной медицины

Была выстроена стройная система медицинских учреждений

ФАП

Участковая  
поликлиника

Районная  
больница

Областная  
больница

Специализированный  
центр

# ПРАВО НА БЕСПЛАТНУЮ ПОМОЩЬ



**Конституция СССР 1977. Статья 42.**  
Граждане СССР имеют право на охрану здоровья.

«Это право обеспечивается бесплатной квалифицированной медицинской помощью, оказываемой государственными учреждениями здравоохранения; ... »

являлось необходимой частью социалистической системы



перераспределение средств в пользу массового здравоохранения сдерживало развитие медицинской науки

# ОСНОВНЫЕ ОСОБЕННОСТИ МОДЕЛИ СЕМАШКО:



Система здравоохранения

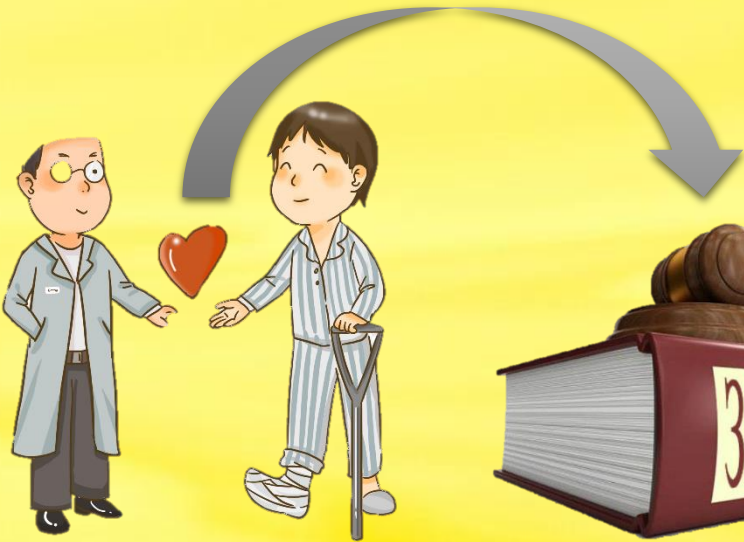
Фиксированная цена

Госзаказ и поставка

Лечебная сеть



Государственные нормативы



Госбюджет



Местные органы управления

Территориальный МЗ

Государственный МЗ



## ПРЕИМУЩЕСТВА

- ❑ Обеспечение всех слоев населения всеми или основными видами медицинской помощи;
- ❑ Высокий коэффициент деятельности системы здравоохранения к затраченным средствам;
- ❑ Эффективна при чрезвычайных ситуациях;
- ❑ Хорошая управляемость;
- ❑ Облегчает разработку и выделение приоритетов;
- ❑ Не требует отдельной независимой структуры заказчика, отвечающей за сбор средств и представляет интересы населения в каждом регионе.



МОДЕЛЬ  
СЕМАШКО



## НЕДОСТАТКИ

- Невозможность выбора врача и медицинского учреждения
- Отсутствие конкуренции между медицинскими учреждениями

# РАЗНОВИДНОСТИ СИСТЕМ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ



Модель Бисмарка

Модель Бевериджа

Модель Семашко

Македония

Зимбабве

РФ

Чехия

Италия

Гонконг

Чили

Белоруссия

Великобритания

Молдавия

Япония

США

Канада

Непал

Турция

Кипр

Франция

Японская  
модель

Американская  
модель

Английская  
модель

Французская  
модель

Итальянская  
модель

Канадская  
модель





# ЯПОНСКАЯ МОДЕЛЬ

Построена по территориальному принципу и охватывает мелких собственников, членов их семей, инвалидов, безработных и работающих по найму



70 – 90% услуг оплачивает государство (кроме работающих по найму)



Медикаменты, услуги частной медсестры (сиделки), пребывание в отдельной палате оплачивает пациент

Пособие по временной нетрудоспособности выплачивается с 4-го дня заболевания в сумме 60% от заработка



## Две системы мед страхования



национальное мед страхование  
(распространяется на работающих  
не по найму)

социальное страхование  
(для работающих по найму)



Также существует частная система страхования  
и свобода выбора

# Американская модель



Предоставление помощи на платной основе

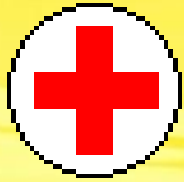
рыночная модель, система  
частного страхования (США,  
Израиль, Ю.Корея)

«Охрана здоровья – прежде всего  
персональное дело каждого».

Отсутствие единой системы  
медицинского страхования



«Жить в Америке хорошо, а вот  
болеть – очень дорого».  
М. Жванецкий



# Особенности рыночной модели



Инструмент удовлетворения потребностей в мед услугах

Платный рынок медицинских услуг

В результате каждый платит сам за себя

Объем потребляемой медицинской помощи определяет сам потребитель

Ту часть потребностей, которая не удовлетворяется рынком, берет на себя государство путем разработки и финансирования общественных программ медицинской помощи.





# Преимущества и недостатки



## Преимущества

- ❑ Высокая экономическая эффективность данной модели в условиях США
- ❑ Способствует научно-техническому прогрессу
- ❑ Увеличивает прибыль в конкурентной борьбе



## Недостатки

- Объем получаемых мед. услуг различен
- Часть населения фактически лишается медицинской помощи
- Малый масштаб государственного сектора

# НАИБОЛЕЕ ЯРКИЙ ПРЕДСТАВИТЕЛЬ - США



Частный рынок медицинских услуг

Программы медицинского обслуживания

Системы ОМС в США  
не существует



бедных  
«Medicaid»



пенсионеров  
«Medicare»

# ФРАНЦУЗСКАЯ МОДЕЛЬ



Во Франции ОМС обеспечивается через систему страховых фондов, в основном привязанных к месту работы. Эти фонды являются частными компаниями, но на деле они жестко регулируются и контролируются государством.



Уровни страховых взносов (финансируемых прежде всего за счет налога на зарплату), выплат и компенсаций провайдером медицинских услуг определяются правительством.

# ВСЕОБЩАЯ НАЦИОНАЛЬНАЯ СИСТЕМА МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ



Это крупнейший страховой фонд во  
Франции

Обеспечивает страховками до 83%  
населения страны

Большинство работников за  
пределами аграрного сектора и членов  
их семей.

Также есть фонд, охватывающие сельскохозяйственных работников, шахтеров, транспортных рабочих, деятелей искусства, священников и государственных нотариусов. Еще один фонд специализируется на страховании безработных.



# ПОКРЫТИЕ СТРАХОВЫХ ФОНДОВ



Пациент сам вносит плату за лечение

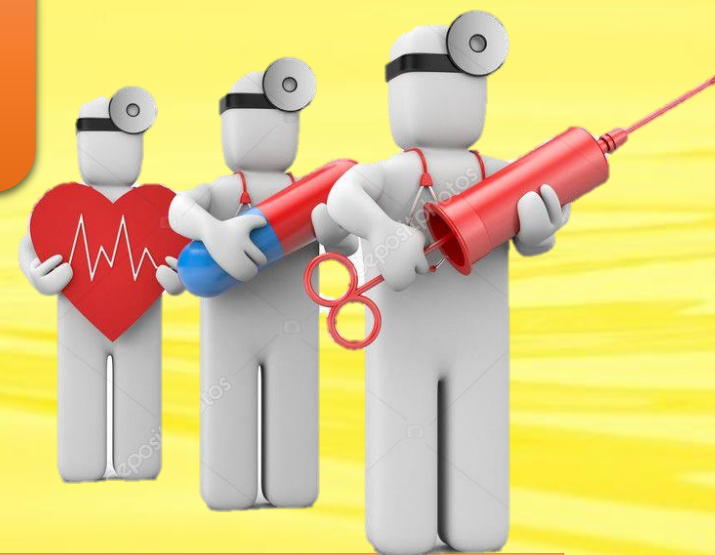
Затем получает компенсацию от фонда или частного страховщика



Страховые фонды обеспечивают покрытие стационарного и амбулаторного лечения, услуг врачей общей практики и специалистов, диагностические обследования, лекарства, отпускаемые по рецептам, и помощь на дому.

# Достоинства французской модели

- ❑ высокий материально – технический уровень оснащения,
- ❑ широкий выбор, высокий уровень оказания услуг,
- ❑ высокий уровень оплаты труда,
- ❑ материальная заинтересованность персонала,
- ❑ отсутствие очередей в ЛПУ,



- ❑ возможность выбора страховой компании и ЛПУ,
- ❑ внешняя бесплатность для широкого населения, базисный объем помощи,
- ❑ большое внимание контролю,
- ❑ центральное и регионарное планирование ЗО.



# Недостатки французской модели



- неравный доступ отдельным группам лиц, административным территориям,
- низкий приоритет общественного ЗО и профессиональной медицинской помощи,
- высокие административные расходы (содержание страховых компаний),
- тенденция к неоправданному росту стоимости медицинских услуг.



# ИТАЛЬЯНСКАЯ МОДЕЛЬ



В Италии была создана Итальянская национальная служба здравоохранения (ИНСЗ). Главный принцип ее функционирования: здоровье – фундаментальное право каждого гражданина и государственный интерес.



Источником финансирования национальной системы здравоохранения стал подоходный налог, который уплачивают и граждане, и работодатели.

# СИСТЕМА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ИТАЛИИ



Национальная

Региональная

Локальная

Представлена МЗ, который осуществляет организацию охраны здоровья в стране и выполнение глобальных целей – соблюдение прав граждан на доступ к медицинской помощи и ее унификацию.

контролирует деятельность учреждений здравоохранения, оценивает эффективность и качество услуг, предоставляемых государственными и частными организациями здравоохранения, распределяет ресурсы по больницам.

На локальном уровне функционируют более 200 медицинских объединений, действующих на принципах самоуправления. В каждое объединение входит от 50 до 200 тыс. человек.

# ИТАЛЬЯНСКАЯ БОЛЬНИЦА

это учреждение здравоохранения, предоставляющее комплексное интенсивное лечение в острой стадии заболевания.

Срочную госпитализацию по направлению врача, курирующего срочные случаи; плановую госпитализацию и услуги узких специалистов по направлению врача общей практики или педиатра; дневной стационар, который назначается врачом больницы.



Финансирование больниц за счет местных медицинских объединений, за исключением крупных больничных комплексов, которые сохраняют финансовую автономию.



# КАНАДСКАЯ МОДЕЛЬ



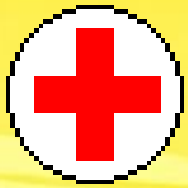
В медицинском страховании Канады доминирует система сберегательных счетов медицинского страхования.

Сберегательные счета формируются из отчислений работодателей и принадлежат работнику, неизрасходованные на лечение средства накапливаются на его счёте.

Однако в этой системе есть изъян: если пациенту понадобится очень дорогостоящее лечение, для его оплаты накопительного счёта просто не хватит.



Существуют дополнительные страховые платежи — от полного до частичного покрытия в зависимости от возраста и состояния здоровья пациента.



# ЗАКЛЮЧЕНИЕ



Были рассмотрены следующие модели организации здравоохранения:

## Модель Бевериджа

- Финансирование здравоохранения из госбюджета за счет налогообложения.
- Государство – это главный покупатель медицинской помощи
- Ограничивает рыночные отношения между врачом и пациентом
- Медицинская помощь для населения бесплатна.

## Модель Бисмарка

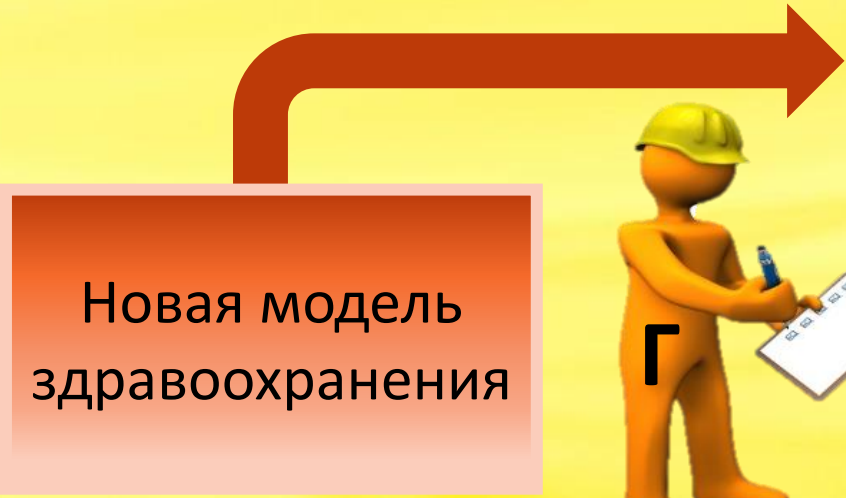
Финансирование здравоохранения за счет внебюджетных фондов ОМС, которые формируются за счет страховых взносов работодателей и работников

## Модель Семашко

- Финансирование здравоохранения из госбюджета
- Создание Наркомата здравоохранения
- Ликвидация частной медицины
- Закрепление права на бесплатную медицинскую помощь в Конституции



# ЗАКЛЮЧЕНИЕ



**БЛАГОДАРЮ ЗА ВНИМАНИЕ!**

**ВСЕГО ДОБРОГО!**

Никифорова Екатерина  
Евгеньевна