Лекция по СМУЗ последняя.

Тема: проблемы зарубежного здравоохранения. Проблемы ВОЗ.

Существуют системы управления здравоохранением по таким видам? Централизованное, децентрализованное и частично децентрализованное.

 Централизованное в России, Великобритании и др. Когда государство в большей мере централизует систему управления и осуществляется государственные характер здравоохранением через единое министерство. Это значит: государственное законодательство, государственное финансирование ( государство должно выделять до 8% от валового национального продукта на здравоохранение, сейчас в России менее 3%, тогда как в США - 14%, в Западной Европе - 8-12%), государственная система подготовки кадров и единые принципы. Министерство здравоохранения издает приказы исполнение которых является обязательным для всех органов и учреждений здравоохранения.

 Органы здравоохранения: областные, районные; учреждения - медицинские учреждения которые непосредственно оказывают медицинскую помощь.

 Преимущества централизованной системы:

1. разрабатываются ориентировочные нормативы
2. система распределения средств
3. на местах не нужно создавать местные нормативные акты

 Недостатки:

1. не может быть единых нормативов в различных регионах (так как распределение населения, климатические условия и др. Различны).

 В Великобритании - централизованная система, но уже разрешено вводить свои местные нормативы то есть для органов и учреждений здравоохранения приказы, указы, распоряжения министерства являются рекомендательными.

 ***Системы управления с частичной децентрализацией***: центральные распорядительные акты на уровне государства разрабатывают ориентировочные нормативные характеристики, а местные органы здравоохранения уже с учетом рекомендаций министерства свои нормативные акты, которые являются обязательными для учреждений здравоохранения.

Есть немного стран с полной децентрализацией: Югославия - и министерские и территориальные распоряжения не являются обязательными для исполнения то есть учреждения здравоохранения являются полностью самостоятельными. Совет врачей выбирает себе группу руководителей и избирают директора ( который может быть необязательно с медицинским образованием). Руководство разрабатывает нормативы: длительность рабочего дня, погрузка на каждого специалиста, распределение средств, поощрения и т.д.

 По финансированию различают виды здравоохранения:

1. государственное
2. страховое
3. частнопредпринимательское

Государственное финансирование в России, Великобритании, когда государство специально предусматривает объем средств и министерство здравоохранения вместе с министерством финансов определяют средства необходимые для бесплатного , гарантированного медицинского обеспечения , территориальные органы распределяют финансы по учреждениям в зависимости от обслуживаемого населения.

 Страховая медицина. Четко разработана и оптимально реализована в скандинавский странах. Государство выделяет до 30% средств из своего бюджета на медицинскую помощь и проблемы здравоохранения. Оказывается медицинская помощь бесплатно - при инфекционных заболеваниях, определенным категориям населения ( например военнослужащим, заключенным , детям, пенсионерам). Около 30% выделяется работодателями (предпринимателями). От 3--40% вносят в виде налогов население. То есть государство гарантирует минимум медицинской помощи - обязательно и доступное, предприниматели своим работающим выделяют еще около 30-40% которые улучшают медицинское обслуживание, и если гражданин хочет дополнительной медицинской помощи то население вносит еще 30-40% средств. Таким образом получается 3 источника финансирования, которые поддерживают высокое качество обслуживания, доступность профилактических и лечебных мероприятий. Система медицинского обслуживания в Швеции отличается большей доступность, дешевостью, чем в других странах.

 Такие же системы во Франции, Италии.

В около 20-25% стран ( в том числе США) здравоохранение финансируется частными предпринимателями - на самом деле частнопредпринимательская медицина это полностью платная медицина. Также как и во всех странах имеется министерство здравоохранения, ему государство выделяет средства ( до 14% от ВНП в США) на медицинскую помощь и совершенствование мероприятий по оздоровлению населения.

 Но государство больше тратит из этой суммы на медицинское обеспечение военнослужащих, детского населения, стариков и малоимущих, на создание сети медицинских учреждений (приобретение аппаратуры, строительство и т.д.), профилактика инфекционных заболеваний, социально-опасных заболеваний, массовых неинфекционных заболеваний.

 В рамках системы страхования, где активно участвует государство имеются страховые медицинские государственные учреждения, которые оказывают помощь лицам имеющим страховой полис. Лица получая страховой полис, какую-то долю доплачивают на случай страхования, и если нужна гарантированная медицинская помощь ( при родах, травмах, заболеваниях массовых и др.) каждый житель , независимо сколько он проживает в США, бедный или богатый, идет в медицинские учреждение по страховому полису или без него и там ему обязаны оказать помощь . таких государственных медицинских учреждений более 50%. Также существуют благотворительные медицинские учреждения ( Красный крест, религиозные общины и организации). До 20-25% составляют рентабельные учреждения, где обслуживаются лица, которые имеют возможность доплатить за хорошее содержание и особый уход. Система оплаты врачей общей практики, работающих в лабораториях значительно меньше, чем у узких специалистов. Оплата зависит от того сколько раз врач прошел специализацию и усовершенствование. Чем больше врач прошел специализаций тем больше он получает зарплату.

Здравоохранение развивающихся стран. Эта категория характерна для стран Центральной Африки, и некоторых стран Юго-Восточной Азии.

 Для них характерна этапность медицинского обслуживания. На первом этапе в связи с разбросанностью и малой концентрацией населения в небольших населенных пунктах существует нетрадиционная медицина на уровне знахарства ( ВОЗ сначала не признавала знахарство, но вследствие того что большинство населения таких стран медицинской помощью нельзя решили привлечь знахарей после специальной подготовки). За каждым населенным пунктом закреплены центры здоровья ( объединяются до 100 тыс. Жителей ), где работает средний медицинский персонал, иногда фельдшеры.

 Несколько центров здоровья курируются врачом участкового медицинского центра или больницы (обслуживает более 100 тыс. Населения). Затем специализированная помощь которая в основном концентрируется в городах. Врачи специалисты периодически объезжают участковые больницы и оказывают медицинскую помощь по мере надобности; участковый врач объезжает центры здоровья, где подготавливаются больные.

 В 1968 году была конференция в Алма-Ате по проблемам первичной медицинской помощи , и здравоохранение в СССР было признано наиболее эффективным, доступным, организованным. Эта этапность вызывала зависть у многих зарубежных врачей. Принцип здравоохранения самый лучший, но государство не выделяет должных средств.

 Системы оплаты. ВОП получает зарплату в зависимости от обслуживаемой территории и количества населения. Например на 50 тыс населения выделяется сумма 10 тыс. На жителя. Оплата по услугам ( виду услуг). Если определяется объем услуг и по всему виду оплачивается стоимость через страховую компанию разработаны стандарты лечения для медицинских и страховых учреждений. Например на гипертоническую болезнь определено конкретное количество процедур, и их длительность. Если вы затратили больше то страховая компания проверяет обоснованность этих мероприятий.

 Системы оплаты смешанная: выделяются средства на жителя с учетом процедур, результата и оплачивается деятельность врача.

Амбулаторно-поликлиническая помощь: в России - поликлиники - лучшая форма, но дорогостоящая. Существуют в странах с государственной системой здравоохранения. В большей мере существуют отделения группой практики: кроме государственных врачей, имеются частные врачи, которые принимают пациентов, что оплачивается через страховые компании.

 Характерной особенностью стационарных учреждений за рубежом является то что врачи работают мало ( в основном средний медицинский персонал). Большая часть врачей привлекается для проведения операций, консультаций. ВОП участвует или присутствует на операциях производимых подопечным пациентам.

ВОЗ - создана для предупреждения массовых инфекционных заболевания, для проведения карантинных мероприятий. Далее задачи расширились: совместное планирование деятельности по совершенствованию медицинской помощи. На этапе благотворительности ВОЗ больше оказывает помощь развивающимся странам в подготовке специалистов, обустройстве медицинских учреждений, техническом оснащении.

 Через ВОЗ реализуется обмен опытом, специалистами, технологией. Если раньше ВОЗ больше средств затрачивала на благотворительность, то сейчас в большей мере готовят специалистов, разрабатывают национальные программы на которые выделяются средства и силы.

 В большей мере ВОЗ изучает распространенность заболеваний, уровень смертности и анализирует и издает сборники по различным заболеваниям.

 Структура ВОЗ. Имеется генеральный директор ВОЗ - он в своей деятельности опирается на секретариат как постоянный орган. Секретариат имеет исполком и 6 региональных бюро ( Европейское, американское, юго-восточное, африканское и др.). региональное бюро делится на отделы и отделения, которые закреплены за группой стран где имеются бюро стипендий, подготовки специалистов, противоэпидемических мероприятий и т.п. система оплаты врачей ВОЗ отлична от той если вы работаете по контракту в какой-либо стране.