МИНИСТЕРСТВО РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
ПО ДЕЛАМ ГРАЖДАНСКОЙ ОБОРОНЫ, ЧРЕЗВЫЧАЙНЫМ СИТУАЦИЯМ
И ЛИКВИДАЦИИ ПОСЛЕДСТВИЙ СТИХИЙНЫХ БЕДСТВИЙ

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
«ВСЕРОССИЙСКИЙ ЦЕНТР ЭКСТРЕННОЙ И РАДИАЦИОННОЙ МЕДИЦИНЫ
ИМЕНИ А.М. НИКИФОРОВА»

СОВРЕМЕННЫЕ МОДЕЛИ СИСТЕМ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Учебно-методический комплекс

Санкт-Петербург
2022

МИНИСТЕРСТВО РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
ПО ДЕЛАМ ГРАЖДАНСКОЙ ОБОРОНЫ, ЧРЕЗВЫЧАЙНЫМ СИТУАЦИЯМ
И ЛИКВИДАЦИИ ПОСЛЕДСТВИЙ СТИХИЙНЫХ БЕДСТВИЙ

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
«ВСЕРОССИЙСКИЙ ЦЕНТР ЭКСТРЕННОЙ И РАДИАЦИОННОЙ МЕДИЦИНЫ
ИМЕНИ А.М. НИКИФОРОВА»

СОВРЕМЕННЫЕ МОДЕЛИ СИСТЕМ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Учебно-методический комплекс
Электронное текстовое издание

Санкт-Петербург
Наукоемкие технологии
2022

© ФГБУ ВЦЭРМ им. А. М. Никифорова МЧС России, 2022
© Алексанин С.С., Котенко П.К., Шевцов В.И., Нестеренко Н.В., 2022
ISBN 978-5-907618-25-1

УДК 614.251.2
ББК 68.9
С56

Авторы:
Алексанин С.С., Котенко П.К., Шевцов В.И., Нестеренко Н.В.

Современные модели систем здравоохранения [Электронный ресурс]: учебно-методический комплекс / С. С. Алексанин, П. К. Котенко, В. И. Шевцов, Н. В. Нестеренко; Всероссийский центр экстренной и радиационной медицины им. А.М. Никифорова МЧС России. Санкт-Петербург: Наукоемкие технологии, 2022. – 143 с. – URL: https://publishing.intelgr.com/archive/sovremennyie-modeli-zdravoohraneniya.pdf.

ISBN 978-5-907618-25-1

В учебно-методическом комплексе представлены следующие элементы: дополнительная профессиональная программа повышения квалификации, календарный учебный график (календарный план обучения), курс лекций, методические рекомендации по организации самостоятельной работы слушателей, самоучитель для подготовки к итоговой аттестации, оценочные материалы.

При разработке учебно-методического комплекса использованы материалы исследований НИР «Разработка учебно-методических комплексов для повышения квалификации медицинского персонала МЧС России с применением электронного обучения и дистанционных образовательных технологий» (шифр «Образование»), выполняемой ФГБУ ВЦЭРМ им. А.М. Никифорова МЧС России в соответствии с п. 2 раздела VIII Плана научно-исследовательских и опытно-конструкторских работ МЧС России на 2022 год и плановый период 2023 и 2024 годов, утвержденного приказом МЧС России от 21.12.2021 № 893.

Учебно-методический комплекс предназначен для медицинского персонала медицинских учреждений и формирований МЧС России. Может быть использован в системе высшего (аспирантура, ординатура) и дополнительного профессионального образования (повышение квалификации) медицинского персонала МЧС России, Минобороны и Минздрава России.

УДК 614.251.2
ББК 68.9

ISBN 978-5-907618-25-1

© ФГБУ ВЦЭРМ им. А. М. Никифорова МЧС России, 2022
© Алексанин С.С., Котенко П.К., Шевцов В.И., Нестеренко Н.В., 2022

Учебное издание

Алексанин Сергей Сергеевич
Котенко Петр Константинович
Шевцов Владимир Иванович
Нестеренко Наталья Владимировна

Современные модели систем здравоохранения

Учебно-методический комплекс
Электронное текстовое издание

Издание публикуется в авторской редакции

Подписано к использованию 16.11.2022.
Объем издания – 20,3 Мб.

Издательство «Наукоемкие технологии»
ООО «Корпорация «Интел Групп»
https://publishing.intelgr.com
E-mail: publishing@intelgr.com
Тел.: +7 (812) 945-50-63

ISBN 978-5-907618-25-1

ОГЛАВЛЕНИЕ

1	Дополнительная профессиональная программа повышения квалификации…….	5
1.1	Общая характеристика дополнительной профессиональной программы повышения квалификации…….	5
1.2	Планируемые результаты обучения……..	8
1.3	Учебный план……..	11
1.4	Календарный учебный график……..	12
1.5	Рабочая программа дополнительной профессиональной программы повышения квалификации……	12
1.6	Организационно-педагогические условия реализации дополнительной профессиональной программы повышения квалификации……..	12
1.7	Тематический план дополнительной профессиональной программы повышения квалификации……	15
1.8	Фонд оценочных средств (для итоговой аттестации)……	16
1.9	Учебно-методическое и информационное обеспечение……...	18
2	Календарный учебный график…….	22
3	Курс лекций……	23
	Лекция № 1…….	23
	Лекция № 2…….	42
	Лекция № 3…….	77
4	Методические рекомендации по организации самостоятельной работы слушателей…….....	108
4.1	Введение……...	108
4.2	Электронный учебно-методический комплекс, состав, формы занятий……	108
4.3	Порядок изучения модулей электронного учебно-методического комплекса дополнительной профессиональной программы повышения квалификации……	110
4.4	Система оценки результатов освоения дополнительной профессиональной программы повышения квалификации……..	113
4.5	Заключение…….	115
5	Самоучитель для подготовки к итоговой аттестации……	116
6	Оценочные материалы……..	138

1. ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ПРОГРАММА ПОВЫШЕНИЯ КВАЛИФИКАЦИИ

Специальность: Организация здравоохранения и общественное здоровье

Категория обучающихся: медицинские работники с высшим образованием – специалитет по одной из специальностей: «Лечебное дело», «Педиатрия», «Медико-профилактическое дело», «Стоматология» и подготовка в интернатуре и/или ординатуре по специальности «Организация здравоохранения и общественное здоровье» или профессиональная переподготовка по специальности «Организация здравоохранения и общественное здоровье» при наличии подготовки в интернатуре и/или ординатуре по одной из основных специальностей или специальности, требующей дополнительной подготовки

Форма обучения: очно-заочная с применением электронного обучения дистанционных образовательных технологий,

Трудоемкость: 36 академических часов (36 ЗЕТ)

1.1 Общая характеристика дополнительной профессиональной программы повышения квалификации

Дополнительная профессиональная программа повышении квалификации «Современные модели систем здравоохранения» (далее ДПП ПК) по специальности «Организация здравоохранения и общественное здоровье» представляет возможность медицинским работникам с высшим образованием (возможные наименования должностей, профессий: врач-статистик, врач-методист; заведующий (начальник) структурного подразделения (отдела, отделения, лаборатории, кабинета, отряда) медицинской организации - врач-специалист; руководители служб в сфере здравоохранения; заместитель руководителя (начальника) медицинской организации, заместитель руководителя (начальника) обособленного подразделения медицинской организации; заведующий (главный врач, начальник) структурного подразделения, осуществляющего медицинскую деятельность, иной организации) актуализировать знания и представления о современных моделях систем здравоохранения ведущих государств.

ДПП ПК также предусматривает совершенствование навыков проведения базовой сердечно-легочной реанимации в соответствии с требованиями профессиональных стандартов. ДПП ПК создана в соответствии с положениями Указа Президента Российской Федерации от 06.06.2019 № 254 «О Стратегии развития здравоохранения в Российской Федерации на период до 2025 года»; приказами Минобрнауки России от 01.07.2013 № 499 «Об утверждении Порядка организации и осуществления образовательной деятельности по дополнительным профессиональным программам»; от 12.05.2014 № 500 «Об утверждении федерального государственного образовательного стандарта среднего профессионального образования по специальности 32.02.01 Медико-профилактическое дело»; от 17.08.2015 № 853 «Об утверждении федерального государственного образовательного стандарта высшего образования по специальности 31.05.02 Педиатрия (уровень специалитета)»; от 09.02.2016 № 95 «Об утверждении федерального государственного образовательного стандарта высшего образования по направлению подготовки 31.05.01 Лечебное дело (уровень специалитета); от 09.02.2016 № 96 «Об утверждении федерального государственного образовательного стандарта высшего образования по направлению подготовки 31.05.03 Стоматология (уровень специалитета)»; от 07.06.2019 № 381н «Об утверждении Требований к организации и проведению внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности»;

приказами Минтруда России от 25.06.2015 № 399н «Об утверждении профессионального стандарта «Специалист в области медико-профилактического дела»; от 10.05.2016 № 227н «Об утверждении профессионального стандарта «Врач-стоматолог»; от 05.06.2017 № 470н «Об утверждении профессионального стандарта «Врач-офтальмолог»; от 04.08.2017 № 612н «Об утверждении профессионального стандарта «Врач-оториноларинголог»; от 07.11.2017 № 768н «Об утверждении профессионального стандарта «Специалист в области организации здравоохранения и общественного здоровья»; от 14.03.2018 № 137н «Об утверждении профессионального стандарта «Врач скорой медицинской помощи»; от 14.03.2018 № 137н «Об утверждении профессионального стандарта «Врач-уролог»; от 14.03.2018 № 140н «Об утверждении профессионального стандарта «Врач-кардиолог»; от 14.03.2018 № 141н «Об утверждении профессионального стандарта «Врач-нейрохирург»; от 14.03.2018 № 143н «Об утверждении профессионального стандарта «Врач - сердечно-сосудистый хирург»; от 14.03.2018 № 144н «Об утверждении профессионального стандарта «Врач – судебно-медицинский эксперт»; от 14.03.2018 № 145н «Об утверждении профессионального стандарта «Специалист в области клинической лабораторной диагностики»; от 27.08.2018 № 554н «Об утверждении профессионального стандарта «Врач - анестезиолог-реаниматолог»; от 03.09.2018 № 572н «Об утверждении профессионального стандарта «Специалист по медицинской реабилитации»; от 12.11.2018 № 698н «Об утверждении профессионального стандарта «Врач - травматолог-ортопед»; от 26.11.2018 № 743н «Об утверждении профессионального стандарта «Врач-хирург»; от 29.01.2019 № 51н «Об утверждении профессионального стандарта «Врач-невролог»; от 11.02.2019 № 68н «Об утверждении профессионального стандарта «Врач-гематолог»; от 11.03.2019 № 138н «Об утверждении профессионального стандарта «Врач функциональной диагностики»; от 11.03.2019 № 139н «Об утверждении профессионального стандарта «Врач-гастроэнтеролог»; от 11.03.2019 № 140н «Об утверждении профессионального стандарта «Врач - торакальный хирург»; от 19.03.2019 № 154н «Об утверждении профессионального стандарта «Врач-пульмонолог»; от 19.03.2019 № 160н «Об утверждении профессионального стандарта «Врач-рентгенолог»; от 19.03.2019 № 161н «Об утверждении профессионального стандарта «Врач ультразвуковой диагностики»; от 15.06.2020 № 337н «Об утверждении профессионального стандарта «Врач – челюстно-лицевой хирург»; от 31.07.2020 № 482н «Об утверждении профессионального стандарта «Врач-пластический хирург»; Паспортом национального проекта «Здравоохранение» (утв. президиумом Совета при Президенте Российской Федерации по стратегическому развитию и национальным проектам, протокол от 24.12.2018 № 16).

ДПП ПК является учебно-методическим нормативным документом, регламентирующим содержание и организационно-методические формы повышения квалификации по вышеуказанной специальности.

План учебного процесса составлен в соответствии с четким распределением часов на входной контроль знаний с применением дистанционных образовательных технологий, электронного обучения (1 час, заочно, тест); лекции (6 час.); практические занятия (6 часов, очно), промежуточный контроль знаний (1 час, очно, тест); самостоятельную работу (16 час.); итоговую аттестацию (6 часов, очно). ДПП ПК предусматривает проведение практических занятий в симуляционном центре. В процессе обучения обучающиеся сдают входной, промежуточный и заключительный контроль знаний. Итоговая оценка выставляется по итогам сдачи недифференцированного зачета, состоящего из заключительного тестового контроля знаний и практической части – проведения базовой сердечно-легочной реанимации в симуляционном центре.

Цель ДПП ПК – актуализировать знания медицинских работников с высшим образованием о современных моделях систем здравоохранения, компетенции по проведению базовой сердечно-легочной реанимации.

Задачи ДПП ПК:

1. Актуализировать теоретические знания обучающихся о современных моделях систем здравоохранения.

2. Ознакомить обучающихся с современным состоянием систем здравоохранения Российской Федерации, Соединенных Штатов Америки, Федеративной Республики Германия, Королевства Великобритания, Республики Сингапур и других передовых государств мира.

3. Совершенствовать компетенции по проведению базовой сердечно-легочной реанимации.

Категория обучающихся:- медицинские работники с высшим образованием – специалитет по одной из специальностей: «Лечебное дело», «Педиатрия», «Медико-профилактическое дело», «Стоматология» и подготовка в интернатуре и/или ординатуре по специальности «Организация здравоохранения и общественное здоровье» или профессиональная переподготовка по специальности «Организация здравоохранения и общественное здоровье» при наличии подготовки в интернатуре и/или ординатуре по одной из основных специальностей или специальности, требующей дополнительной подготовки.

Возможные наименования должностей, профессий: врач-статистик, врач-методист; заведующий (начальник) структурного подразделения (отдела, отделения, лаборатории, кабинета, отряда) медицинской организации - врач-специалист; руководители служб в сфере здравоохранения; заместитель руководителя (начальника) медицинской организации, заместитель руководителя (начальника) обособленного подразделения медицинской организации; заведующий (главный врач, начальник) структурного подразделения, осуществляющего медицинскую деятельность, иной организации.

Актуальность ДПП ПК обусловлена требованиями Указа Президента Российской Федерации от 06.06.2019 № 254 «О Стратегии развития здравоохранения в Российской Федерации на период до 2025 года»; приказов Минобрнауки России от 01.07.2013 № 499 «Об утверждении Порядка организации и осуществления образовательной деятельности по дополнительным профессиональным программам»от 17.08.2015 № 853 «Об утверждении федерального государственного образовательного стандарта высшего образования по специальности 31.05.02 Педиатрия (уровень специалитета)»; от 09.02.2016 № 95 «Об утверждении федерального государственного образовательного стандарта высшего образования по направлению подготовки 31.05.01 Лечебное дело (уровень специалитета); от 09.02.2016 № 96 «Об утверждении федерального государственного образовательного стандарта высшего образования по направлению подготовки 31.05.03 Стоматология (уровень специалитета)»; от 15.06.2017 № 552 «Об утверждении федерального государственного образовательного стандарта высшего образования - специалитет по специальности 32.05.01 Медико-профилактическое дело»; приказов Минздрава России от 11.10.2016 № 771н «О внесении изменений в номенклатуру специальностей специалистов, имеющих высшее медицинское и фармацевтическое образование, утвержденную приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 07.10.2015 № 700н»; от 07.06.2019 № 381н «Об утверждении Требований к организации и проведению внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности»; от 04.09.2020 № 940н «О внесении изменений в Квалификационные требования к медицинским и фармацевтическим работникам с высшим образованием по направлению подготовки «Здравоохранение и медицинские науки», утвержденные приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 08.10.2015 № 707н»; приказов Минтруда России от 25.06.2015 № 399н «Об утверждении профессионального стандарта «Специалист в области медико-профилактического дела»; от 10.05.2016 № 227н «Об утверждении профессионального стандарта «Врач-стоматолог»; от 22.05.2017 № 428н «Об утверждении профессионального стандарта «Специалист в области управления фармацевтической деятельностью»; от 05.06.2017 № 470н «Об утверждении профессионального стандарта «Врач-офтальмолог»; от

04.08.2017 № 612н «Об утверждении профессионального стандарта «Врач-оториноларинголог»; от 07.11.2017 № 768н «Об утверждении профессионального стандарта «Специалист в области организации здравоохранения и общественного здоровья»; от 14.03.2018 № 137н «Об утверждении профессионального стандарта «Врач скорой медицинской помощи»; от 14.03.2018 № 137н «Об утверждении профессионального стандарта «Врач-уролог»; от 14.03.2018 № 140н «Об утверждении профессионального стандарта «Врач-кардиолог»; от 14.03.2018 № 141н «Об утверждении профессионального стандарта «Врач-нейрохирург»; от 14.03.2018 № 143н «Об утверждении профессионального стандарта «Врач - сердечно-сосудистый хирург»; от 14.03.2018 № 144н «Об утверждении профессионального стандарта «Врач – судебно-медицинский эксперт»; от 14.03.2018 № 145н «Об утверждении профессионального стандарта «Специалист в области клинической лабораторной диагностики»; от 27.08.2018 № 554н «Об утверждении профессионального стандарта «Врач - анестезиолог-реаниматолог»; от 03.09.2018 № 572н «Об утверждении профессионального стандарта «Специалист по медицинской реабилитации»; от 12.11.2018 № 698н «Об утверждении профессионального стандарта «Врач - травматолог-ортопед»; от 26.11.2018 № 743н «Об утверждении профессионального стандарта «Врач-хирург»; от 29.01.2019 № 51н «Об утверждении профессионального стандарта «Врач-невролог»; от 11.02.2019 № 68н «Об утверждении профессионального стандарта «Врач-гематолог»; от 11.03.2019 № 138н «Об утверждении профессионального стандарта «Врач функциональной диагностики»; от 11.03.2019 № 139н «Об утверждении профессионального стандарта «Врач-гастроэнтеролог»; от 11.03.2019 № 140н «Об утверждении профессионального стандарта «Врач - торакальный хирург»; от 19.03.2019 № 154н «Об утверждении профессионального стандарта «Врач-пульмонолог»; от 19.03.2019 № 160н «Об утверждении профессионального стандарта «Врач-рентгенолог»; от 19.03.2019 № 161н «Об утверждении профессионального стандарта «Врач ультразвуковой диагностики»; от 15.06.2020 № 337н «Об утверждении профессионального стандарта «Врач – челюстно-лицевой хирург»; от 31.07.2020 № 482н «Об утверждении профессионального стандарта «Врач-пластический хирург»; Паспортом национального проекта «Здравоохранение» (утв. президиумом Совета при Президенте Российской Федерации по стратегическому развитию и национальным проектам, протокол от 24.12.2018 № 16).

В результате обучения медицинские работники с высшим образованием актуализируют теоретические знания по проблеме современного состояния моделей здравоохранения в сфере организации здравоохранения и общественного здоровья; умения и профессиональные навыки по проведению базовой сердечно-легочной реанимации.

Форма обучения: очно-заочная с применением электронного обучения, дистанционных образовательных технологий.

Трудоемкость программы: 36 академических часов (36 ЗЕТ).

1.2 Планируемые результаты обучения

ДПП ПК по специальности «Организация здравоохранения и общественное здоровье» направлена на освоение врачами, окончившими специалитет по одной из специальностей: «Лечебное дело», «Педиатрия», «Медико-профилактическое дело», «Стоматология» или прошедшими профессиональную переподготовку по специальности «Организация здравоохранения и общественное здоровье» при наличии подготовки в интернатуре и/или ординатуре по одной из основных специальностей или специальности, требующей дополнительной подготовки, обобщенных трудовых функций (ОС/01.8, OD/02.8, О/03.8), а также на актуализацию и совершенствование следующих профессиональных компетенций медицинских работников с высшим образованием по специальности «Организация здравоохранения и общественное здоровье»:

Трудовая функция (профессиональная компетенция)	Трудовые действия	Необходимые умения	Необходимые знания
1	2	3	4
A/01.7 Статистический учет в медицинской организации	Ведение статистического учета и подготовка статистической информации о деятельности медицинской организации для руководства медицинской организации Проведение анализа показателей, характеризующих деятельность медицинской организации, и показателей, характеризующих состояние здоровья населения	Использовать в своей работе информационно-аналитические системы и информационно-телекоммуникационную сеть «Интернет»	Программа государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, территориальная программа государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи
B/02.7 Ведение организационно-методической деятельности в медицинской организации	Оценка внешней среды медицинской организации Рассчитывать показатели, характеризующие деятельность медицинской организации, и показатели, характеризующие состояние здоровья населения	Взаимодействовать с руководством медицинской организации и руководством других структурных подразделений медицинской организации	Программа государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, территориальная программа государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи
C/01.8 OC/01.8 Организация деятельности структурного подразделения медицинской организации	Организация работы структурного подразделения медицинской организации Организация непрерывного совершенствования профессиональных знаний и навыков в течение трудовой жизни, а также постоянное повышение профессионального уровня и расширение квалификации медицинских работников структурного подразделения медицинской организации	Использовать в работе информационно-аналитические системы и информационно-телекоммуникационную сеть «Интернет»	Порядки оказания медицинской помощи, стандарты медицинской помощи, клинические рекомендации (протоколы лечения) по вопросам оказания медицинской помощи в соответствии с профилем деятельности медицинской организации Методология анализа и оценки показателей, характеризующих деятельность медицинской организации, и показателей здоровья населения
D/01.8 OD/02.8 Анализ и оценка показателей деятельности медицинской организации	Подготовка информационно-аналитических материалов о деятельности медицинской организации Обоснование и контроль достижения показателей, характеризующих	Использовать в работе информационно-аналитические системы и информационно-телекоммуникационную сеть «Интернет» Программа государственных	Порядки оказания медицинской помощи, стандарты медицинской помощи, клинические рекомендации (протоколы лечения) по вопросам оказания медицинской помощи в соответствии с

1	2	3	4
	деятельность медицинской организации, и показателей здоровья населения Организация и контроль проведения мониторинга показателей, характеризующих деятельность медицинской организации, и показателей здоровья населения	гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, территориальная программа государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи	профилем деятельности медицинской организации Принципы и формы организации медицинской помощи
E/01.8 Проектирование и организация процессов деятельности медицинской организации	Разработка планов перспективного развития медицинской организации Определение перечня и установление значений целевых показателей деятельности структурных подразделений медицинской организации	Производить оценку эффективности деятельности медицинской организации, разрабатывать и выбирать оптимальные управленческие решения Анализ и оценка показателей, характеризующих деятельность медицинской организации, и показателей здоровья населения	Программа государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, территориальная программа государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи
F/02.8 Организация деятельности медицинской организации	Руководство организацией и осуществление медицинской деятельности Планирование деятельности медицинской организации, утверждение перечня и установление значений целевых показателей деятельности медицинской организации Разрабатывать планы и программы, формировать систему показателей деятельности медицинской организации	Осуществлять общее управление медицинской организации Осуществлять управление информационными ресурсами	Показатели, характеризующие деятельность медицинской организации, и показатели здоровья населения Программа государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, территориальная программа государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи
A/02.7 B/03.7 C/04.8 D/06.8 E/04.8 F/05.8 O/03.8 Оказание медицинской помощи в экстренной форме	Оценка состояния пациента, требующего оказания медицинской помощи в экстренной форме Распознавание состояний, представляющих угрозу жизни пациентов, включая состояние клинической смерти (остановка жизненно	Выявлять состояния, требующие оказания медицинской помощи в экстренной форме, в том числе клинические признаки внезапного прекращения кровообращения и дыхания Оказывать медицинскую	Методика сбора жалоб и анамнеза у пациента (их законных представителей) Методика физикального исследования пациентов (осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация) Клинические признаки внезапного прекращения кровообращения и (или)

1	2	3	4
	важных функций организма человека (кровообращения и (или) дыхания), требующих оказания медицинской помощи в экстренной форме Оказание медицинской помощи в экстренной форме пациентам при состояниях, представляющих угрозу жизни пациентов, в т.ч. клинической смерти (остановка жизненно важных функций организма человека (кровообращения и (или) дыхания) Применение лекарственных препаратов и изделий медицинского назначения при оказании медицинской помощи в экстренной форме	помощь в экстренной форме пациентам при состояниях, представляющих угрозу жизни пациентов, в т.ч. клинической смерти (остановка жизненно важных функций организма человека (кровообращения и (или) дыхания) Применять лекарственные препараты и изделия медицинского назначения при оказании медицинской помощи в экстренной форме	дыхания Правила проведения базовой сердечно-легочной реанимации

1.3 Учебный план

Цель – актуализировать и совершенствовать компетенции, необходимые для профессиональной деятельности и повышения профессионального уровня в рамках имеющейся квалификации. Категория обучающихся – медицинские работники с высшим образованием. Возможные наименования должностей, профессий: врач-статистик, врач-методист; заведующий (начальник) структурного подразделения (отдела, отделения, лаборатории, кабинета, отряда) медицинской организации - врач-специалист; руководители служб в сфере здравоохранения; заместитель руководителя (начальника) медицинской организации, заместитель руководителя (начальника) обособленного подразделения медицинской организации; заведующий (главный врач, начальник) структурного подразделения, осуществляющего медицинскую деятельность, иной организации.

Форма обучения: очно-заочная с применением электронного обучения, дистанционных образовательных технологий. Трудоемкость: 36 акад. час. (36 ЗЕТ). Режим занятий: 6 акад. час. в день.

№№ пп	Наименование модулей, тем (разделов, тем)	Итого (ак.час./ зач.ед.)	В том числе			
			лекции	практические занятия	самост. работа	формы контроля
Входной контроль знаний		1/1	-	-	-	тест
1	Современные модели систем здравоохранения государств мира	24/24	6	-	18	тест
2	Базовая сердечно-легочная реанимация	6/6	-	6	-	-
Итоговая аттестация		6/6	-	-	-	зачет н/д
Выходной контроль знаний		2/2	-	-	-	-
Практическая часть		4/4	-	-	-	-
Всего		36/36	6	6	18	-

1.4 Календарный учебный график

Неделя обучения	1	2	3			4	5	6	Итого часов
	ср	чт	птн	сб*	вс*	пнд	вт	ср	
1 неделя	ВхК - 1 Л - 2 СР - 3	Л - 2 СР - 4	СР - 6	-	-	Л - 2 СР - 4	Пз - 6	ИА - 6	36
Всего	6	6	6	-	-	6	6	6	36

Примечание: *суббота и воскресенье – время на переезд к месту очного обучения.
Условные сокращения: Л – лекция СР – самостоятельная работа ВхК – входной контроль знаний
Пз – практическое занятие ИА – итоговая аттестация

1.5 Рабочая программа ДПП ПК

Учебный модуль № 1. Современные модели систем здравоохранения государств мира. Тема 1. Теоретические представления о моделях систем здравоохранения.

Здравоохранение. Понятие.

Модели системы здравоохранения.

Тема 2. Современное состояние системы здравоохранения государств с высокоразвитой экономикой.

Система здравоохранения Соединенных Штатов Америки.

Система здравоохранения Федеративной Республики Германия.

Система здравоохранения Королевства Великобритания.

Система здравоохранения Республики Сингапур.

Тема 3. Современное состояние системы здравоохранения Российской Федерации.

Система здравоохранения Российской Федерации.

Структура министерства здравоохранения Российской Федерации.

Страховая медицина.

Организация оказания медицинской помощи и лечения пациентов.

Система подготовки медицинских кадров.

Реформа системы здравоохранения.

Национальный проект «Здоровье».

Учебный модуль № 2. Базовая сердечно-легочная реанимация. Тема 4. Базовая сердечно-легочная реанимация.

Смерть. Непрямой массаж сердца. Искусственная вентиляция легких.

1.6 Организационно-педагогические условия реализации ДПП ПК

1.6.1 Учебные помещения

№№ пп	Перечень помещений	Место расположения	Площадь, $м^2$	Кол-во посадочных мест
Учебные кабинеты				
1.	Учебная аудитория № 142	гостинично-рекреационный комплекс ВЦЭРМ ул. Оптиков, 54, Санкт-Петербург, 197345	48,2	14
Симуляционный центр				
2.	Учебная аудитория № 143	гостинично-рекреационный комплекс ВЦЭРМ ул. Оптиков, 54, Санкт-Петербург, 197345	41,8	12

1.6.2 Описание системы дистанционного обучения

Для реализации учебного модуля № 1, входного контроля знаний и итогового аттестации (компьютерного тестирования) ДПП ПК применяется электронное обучение, дистанционные образовательные технологии на базе электронной информационно-образовательной среды ФГБУ ВЦЭРМ им. А.М. Никифорова МЧС России, размещенной на официальном сайте системы дистанционного обучения по адресу в сети Интернет http://idpo.nrcerm.ru. Организация образовательной деятельности с применением электронного обучения, дистанционных образовательных технологий осуществляется в соответствии с федеральном законом от 29.12.2012 № 273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации», приказом Минобрнауки России от 23.08.2017 № 816 «Об утверждении Порядка применения организациями, осуществляющими образовательную деятельность, электронного обучения, дистанционных образовательных технологий при реализации образовательных программ», приложением «Методические рекомендации по реализации дополнительных профессиональных программ с использованием дистанционных образовательных технологий, электронного обучения и в сетевой форме» к письму Минобрнауки России от 21.04.2015 № ВК-1013/06 «О направлении методических рекомендаций по реализации дополнительных профессиональных программ», приложением к приказу ФГБУ ВЦЭРМ им. А.М. Никифорова МЧС России от 08.09.2015 № 42/по «О реализации образовательных программ дополнительного профессионального образования с применением электронного обучения и дистанционных образовательных технологий».

Система дистанционного обучения ФГБУ ВЦЭРМ им. А.М. Никифорова МЧС России обеспечивает доступ обучающихся, независимо от места их нахождения, к электронной информационно-образовательной среде, включающей в себя электронные информационные ресурсы, электронные образовательные ресурсы, совокупность информационных технологий, телекоммуникационных технологий, соответствующих технологических средств, и обеспечивающей освоение обучающимися ДПП ПК полностью, либо ее части.

Основными средствами обучения являются электронные учебно-методические комплексы, представляющие собой структурированную совокупность электронной учебно-методической документации, электронных образовательных ресурсов, средств обучения и контроля знаний, содержащих взаимосвязанный контент и предназначенных для совместного применения в целях эффективного изучения обучающимися учебных модулей и их компонентов. Доступ обучающихся к электронным учебно-методическим комплексам системы дистанционного обучения ФГБУ ВЦЭРМ им. А.М. Никифорова МЧС России осуществляется с идентификацией обучающихся по персональному имени и паролю.

Образовательный процесс в ФГБУ ВЦЭРМ им. А.М. Никифорова МЧС России при реализации ДПП ПК полностью, либо ее части с применением исключительно электронного обучения и дистанционных образовательных технологий осуществляется: специально подготовленным профессорско-преподавательским составом, который создает и актуализирует специализированные учебные материалы для их размещения в системе дистанционного обучения, проводит опосредованные взаимодействия и различные виды учебных занятий с применением электронного обучения и дистанционных образовательных технологий; административно-техническим и учебно-вспомогательным персоналом, осуществляющим учебно-методическое и организационно-техническое обеспечение учебного процесса. Образовательный процесс с применением электронного обучения и дистанционных образовательных технологий реализуется в форме синхронного и асинхронного взаимодействия обучающихся и профессорско-преподавательского состава ФГБУ ВЦЭРМ им. А.М. Никифорова МЧС России.

Синхронная организация образовательного процесса предусматривает проведение учебных занятий и общение обучающихся с профессорско-преподавательским составом ФГБУ ВЦЭРМ им. А.М. Никифорова МЧС России в режиме реального времени с использованием средств телекоммуникаций, а также очно.

В ФГБУ ВЦЭРМ им. А.М. Никифорова МЧС России используются следующие виды синхронного обучения (очная форма): лекция; семинар; вебинар; видеоконференция; компьютерное тестирование; зачет; экзамен. Дополнительно в ФГБУ ВЦЭРМ им. А.М. Никифорова МЧС России используются следующие технологии синхронного обучения (очная форма): электронная почта (инструмент системы дистанционного обучения http://idpo.nrcerm.ru); система обмена файлами (инструмент системы дистанционного обучения http://idpo.nrcerm.ru). Асинхронная организация образовательного процесса обеспечивает обучающимся возможность освоения учебного материала в любое удобное для них время и общение с преподавателями с использованием средств телекоммуникаций в режиме отложенного времени. В ФГБУ ВЦЭРМ им. А.М. Никифорова МЧС России используются следующие виды асинхронного обучения (заочная форма): лекция; семинар; самостоятельная работа; компьютерное тестирование; веб-форум (инструмент системы дистанционного обучения http://idpo.nrcerm.ru); зачет; экзамен. Дополнительно в ФГБУ ВЦЭРМ им. А.М. Никифорова МЧС России используются следующие технологии асинхронного обучения (заочная форма): электронная почта (инструмент системы дистанционного обучения http://idpo.nrcerm.ru); система обмена файлами (инструмент системы дистанционного обучения http://idpo.nrcerm.ru); объявления (инструмент системы дистанционного обучения http://idpo.nrcerm.ru).

При организации образовательного процесса в ФГБУ ВЦЭРМ им. А.М. Никифорова МЧС России также используется принцип комбинирования форм взаимодействия между обучающимися и преподавателями. В системе дистанционного обучения ФГБУ ВЦЭРМ им. А.М. Никифорова МЧС России применяются следующие алгоритмы организации образовательного процесса: последовательный. Материалы электронного учебно-методического комплекса предоставляются обучающимся последовательно – страница за страницей, ранее пройденные материалы доступны для изучения в произвольном порядке; произвольный. Все материалы электронного учебно-методического комплекса доступны для изучения в любой момент времени. Обучающийся может произвольно выбирать материалы электронного учебно-методического комплекса для изучения. Все материалы электронного учебно-методического комплекса доступны для изучения в любой момент времени. При организации образовательного процесса в ФГБУ ВЦЭРМ им. А.М. Никифорова МЧС России также используется принцип комбинирования форм взаимодействия между обучающимися и преподавателями.

1.7 Тематический план ДПП ПК

Код	Наименование разделов, тем, элементов	Название занятия	Основные вопросы (содержание) занятия	Материально-техническое оснащение	Трудоемкость, час.	Формируемые компетенции (указываются шифры компетенций)
1	2	3	4	5	6	7
1	Входной контроль знаний			Ноутбук	1	
2	Учебный модуль № 1 Современные модели систем здравоохранения государств мира	1. Теоретические представления о моделях систем здравоохранен.	1. Здравоохранение. Понятие. 2. Модели системы здравоохранения	Ноутбук, мультимедийный проектор, экран, учебная мебель	6	A/01.7 B/02.7 C/01.8 D/01.8 E/01.8 F/02.8 OC/01.8 OD/02.8
		2. Современное состояние системы здравоохранения государств с высокоразвитой экономикой	1. Система здравоохранения США 2. Система здравоохранения ФРГ 3. Система здравоохранения Королевства Великобритания 4. Система здравоохранения Республики Сингапур		8	
		3. Современное состояние системы здравоохранения Российской Федерации	1. Система здравоохранения Российской Федерации 2. Структура министерства здравоохранения Российской Федерации 3. Страховая медицина 4. Организация оказания медицинской помощи и лечения пациентов 5. Система подготовки медицинских кадров 6. Реформа системы здравоохранения 7. Национальный проект «Здоровье»		10	
3	Учебный модуль № 2 Базовая сердечно-легочная реанимация	4. Базовая сердечно-легочная реанимация	1. Смерть 2. Непрямой массаж сердца 3. Искусственная вентиляция легких	симулятор для отработки приемов базовой СЛР– 2; ком.симулятор – 1; воздуховоды – 2 компл.	6	A/02.7 B/03.7 C/04.8 D/06.8 E/04.8 F/05.8 O/03.8
Зачет (не дифференцированный)					6	
Итоговое тестирование					2	
Практическая часть					4	
Всего					36	

1.8 Фонд оценочных средств (для итоговой аттестации)

1. Укажите определение здравоохранения, принятое в Российской Федерации.

2. Укажите определение системы здравоохранения, принятое ВОЗ.

3. Укажите характеристики, необходимые для функционирования системы здравоохранения.

4. Укажите существующие преграды и риски на пути к достижению Целей в области устойчивого развития (Sustainable Development Goals, SDGs).

5. стратегические приоритеты деятельности ВОЗ в настоящее время.

6. Укажите ключевые показатели, принятые аналитиками агентства Bloomberg (Bloomberg Health Care Efficiency) для составления рейтинга стран мира по эффективности систем здравоохранения за 2019 г.

7. Укажите самые лучшие страны по эффективности системы здравоохранения за 2019 г. согласно рейтингу агентства Bloomberg (Bloomberg Health Care Efficiency).

8. Укажите страны с наименее эффективной системой здравоохранения за 2019 г. согласно рейтингу агентства Bloomberg (Bloomberg Health Care Efficiency)

9. Укажите цели систем здравоохранения согласно World Health Report 2000 - Health systems: improving performance (WHO, 2000).

10. Укажите характеристики, положенные Duckett (2004) в основу подхода к оценке систем здравоохранения.

11. Укажите группы современных систем здравоохранения.

12. Укажите параметры, отражающие главные экономические характеристики системы здравоохранения.

13. Укажите типы систем здравоохранения (с точки зрения социально-политической структуры общества).

14. Укажите классификацию первичных типов систем здравоохранения, предложенную экспертами ВОЗ.

15. Укажите основные типы систем здравоохранения, выделяемые отечественными учеными (Щепин О.П., Филатов В.Б., Погорелов Я.Д. и др.).

16. Укажите характеристику, положенную в основу классификации систем здравоохранения, выделяемых отечественными учеными (Щепин О.П., Филатов В.Б., Погорелов Я.Д. и др.).

17. Укажите модели систем здравоохранения в мире.

18. Укажите основные экономические модели систем здравоохранения в мире.

19. Укажите главный инструмент удовлетворения потребностей в медицинских услугах платной/рыночной/американской/системы частного страхования модели системы здравоохранения.

20. Укажите главный инструмент удовлетворения потребностей в медицинских услугах государственной/бюджетной/госбюджетной системы здравоохранения.

21. Укажите главный инструмент удовлетворения потребностей в медицинских услугах социально-страховой/системы регулируемого страхования здоровья системы здравоохранения.

22. Укажите характеристики государственной системы здравоохранения (системы У. Бевериджа).

23. Укажите характеристики страховой системы здравоохранения (системы О. фон Бисмарка).

24. Укажите характеристики рыночной/частной системы здравоохранения.

25. Укажите характерные черты, присущие экономике переходного периода.

26. Укажите главные направления оценки любой системы и модели здравоохранения, предложенные ВОЗ.

27. Укажите критерии ВОЗ, служащие для оценки эффективности деятельности систем здравоохранения.

28. Укажите показатели ВОЗ, служащие для измерения результатов деятельности систем здравоохранения.

29. Укажите составляющие уровня отзывчивости систем здравоохранения (интегрального показателя DALE - Disability Adjusted Life Expectancy).

30. Дайте правильное определение уровня здоровья.

31. Укажите основные формы финансирования систем здравоохранения в мире.

32. Укажите долю расходов на здравоохранение в ВВП, рекомендуемую ВОЗ.

33. Укажите долю расходов на здравоохранение в ВВП Российской Федерации на 2021

34. Укажите значение целевого показателя национального проекта «Здравоохранение»: снижение смертности населения трудоспособного возраста.

35. Укажите значение целевого показателя национального проекта «Здравоохранение»: снижение смертности от болезней системы кровообращения.

36. Укажите значение целевого показателя национального проекта «Здравоохранение»: снижение смертности от новообразований, в т.ч. от злокачественных.

37. Укажите значение целевого показателя национального проекта «Здравоохранение»: снижение младенческой смертности.

38. Укажите значение целевого показателя национального проекта «Здравоохранение»: укомплектованность врачебных должностей в подразделениях, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях.

39. Укажите значение целевого показателя национального проекта «Здравоохранение»: укомплектованность должностей среднего медицинского персонала в подразделениях оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях.

30. Укажите значение целевого показателя национального проекта «Здравоохранение»: число специалистов, вовлеченных в систему непрерывного образования медицинских работников, в том числе с использованием дистанционных образовательных технологий, тыс. человек.

41. Укажите значение целевого показателя национального проекта «Здравоохранение»: охват всех граждан профилактическими медицинскими осмотрами, %.

42. Укажите значение целевого показателя национального проекта «Здравоохранение»: доля медицинских организаций, участвующих в создании и тиражировании «Новой модели медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь» от общего количества медицинских организаций, оказывающих данный вид помощи, %.

43. Укажите значение целевого показателя национального проекта «Здравоохранение»: увеличение объема экспорта медицинских услуг.

44. Укажите главные направления оценки любой системы и модели здравоохранения, предложенные ВОЗ.

45. Укажите критерии ВОЗ, служащие для оценки эффективности деятельности систем здравоохранения.

46. Укажите показатели ВОЗ, служащие для измерения результатов деятельности систем здравоохранения.

47. Укажите порядок реанимационных мероприятий одним человеком.

48. Укажите положение рук реаниматора при проведении непрямого массажа сердца.

49. Укажите темп непрямого массажа сердца в 1 минуту.

50. Укажите положение головы пострадавшего для обеспечения проходимости дыхательных путей при проведении искусственной вентиляции легких.

51. Укажите достоверный признак биологический смерти.

52. Укажите основной патогенетический механизм умирания.

53. Укажите основную причину смерти пострадавшего при электротравме.

54. Укажите оснащение, мероприятие и положение, которые используют для обеспечения проходимости ВДП у пострадавшего, находящегося в бессознательном состоянии.

55. Укажите признак, свидетельствующий о правильности выполнения непрямого массажа сердца.

56. Укажите обязательный критерий успешности выполнения комплекса сердечно-легочной реанимации на догоспитальном этапе.

57. Укажите условие прекращения комплекса базовой сердечно-легочной реанимации.

1.9 Учебно-методическое и информационное обеспечение

1.9.1 Рекомендуемая литература

а) законодательные и нормативные правовые документы

1. Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ ««Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». – URL: http://www.consultant.ru/document/ cons_doc_LAW_121895/ (Дата обращения 17.01.2022).

2. Федеральный закон от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации». – URL: http://www.consultant.ru/ document/cons_doc_LAW_ 107289/ (Дата обращения 17.01.2022).

3. Указа Президента Российской Федерации от 6.6.2019 № 254 «О Стратегии развития здравоохранения в Российской Федерации на период до 2025 года». – URL: https://base.garant.ru/72264534/ (Дата обращения 16.01.2022).

4. Приказ Минздрава России от 08.10.2015 № 707н «Об утверждении Квалификационных требований к медицинским и фармацевтическим работникам с высшим образованием по направлению подготовки «Здравоохранение и медицинские науки». – URL: https://base. garant.ru/71231064/#friends (Дата обращения 20.01.2022).

5. Приказ Минздрава России от 15.03.2016 № 159 «Об утверждении структуры Министерства здравоохранения Российской Федерации». – URL: https:// base.garant.ru/71770182/ (Дата обращения 16.01.2022).

6. Приказ Минздрава России от 11.10.2016 № 771н «О внесении изменений в номенклатуру специальностей специалистов, имеющих высшее медицинское и фармацевтическое образование, утвержденную приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 07.10.2015 № 700н». – URL: http:// publication.pravo.gov.ru/Document/View/0001201612270020 (Дата обращения 16.01.2022).

7. Приказ Минздрава России от 07.06.2019 № 381н «Об утверждении Требований к организации и проведению внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности». – URL: https://www.garant.ru/products/ipo/prime/ doc/72589514/ (Дата обращения 16.01.2022).

8. Приказ Минздрава России от 04.09.2020 № 940н «О внесении изменений в Квалификационные требования к медицинским и фармацевтическим работникам с высшим образованием по направлению подготовки «Здравоохранение и медицинские науки», утвержденные приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 8 октября 2015 г. № 707н». – URL: https://www.garant.ru/ products/ipo/prime/doc/74610258/ (Дата обращения 16.01.2022).

9. Приказ Минобрнауки России от 01.07.2013 № 499 «Об утверждении Порядка организации и осуществления образовательной деятельности по дополнительным

профессиональным программам». – URL: https://base.garant.ru/70440506/ (Дата обращения 17.01.2022).

10. Приказ Минобрнауки России от 17.08.2015 № 853 «Об утверждении федерального государственного образовательного стандарта высшего образования по специальности 31.05.02 Педиатрия (уровень специалитета)». – URL: https:// base.garant.ru/71191194/ (Дата обращения 17.01.2022).

11. Приказ Минобрнауки России от 09.02.2016 № 95 «Об утверждении федерального государственного образовательного стандарта высшего образования по направлению подготовки 31.05.01 Лечебное дело (уровень специалитета)». – URL: https://base.garant.ru/71345004/ (Дата обращения 17.01.2022).

12. Приказ Минобрнауки России от 09.02.2016 № 96 «Об утверждении федерального государственного образовательного стандарта высшего образования по направлению подготовки 31.05.03 Стоматология (уровень специалитета)». – URL: https://base.garant.ru/71345012/ (Дата обращения 17.01.2022).

13. Приказ Минобрнауки России от 15.06.2017 № 552 «Об утверждении федерального государственного образовательного стандарта высшего образования - специалитет по специальности 32.05.01 Медико-профилактическое дело». - URL: https://base.garant.ru/71713054/ (Дата обращения 17.01.2022).

14. Приказ Минтруда России от 25.06.2015 № 399н «Об утверждении профессионального стандарта «Специалист в области медико-профилактического дела». – URL: http://fgosvo.ru/uploadfiles/profstandart/02.002.pdf (Дата обращения 21.01.2022).

15. Приказ Минтруда России от 10.05.2016 № 227н «Об утверждении профессионального стандарта «Врач-стоматолог». – URL: https://www. garant.ru/ products/ipo/prime/doc/71316142/ (Дата обращения 20.01.2022).

16. Приказ Минтруда России от 05.60.2017 № 470н «Об утверждении профессионального стандарта «Врач-офтальмолог». – URL: https://base.garant.ru/ 71706690/ (Дата обращения 11.01.2022).

17. Приказ Минтруда России от 4.8.2017 № 612н «Об утверждении профессионального стандарта «Врач-оториноларинголог». – URL: https://base. garant.ru/ 71754196/ (Дата обращения 11.01.2022).

18. Приказ Минтруда России от 14.03.2018 № 137н «Об утверждении профессионального стандарта «Врач скорой медицинской помощи». – URL: http:// fgosvo.ru/uploadfiles/profstandart/02.034.pdf (Дата обращения 11.01.2022).

19. Приказ Минтруда России от 14.03.2018 № 137н «Об утверждении профессионального стандарта «Врач-уролог». – URL: http://www.consultant.ru/ document/cons_doc_LAW_295703/ (Дата обращения 11.01.2022).

20. Приказ Минтруда России от 14.03.2018 № 140н «Об утверждении профессионального стандарта «Врач-кардиолог». – URL: https://base.garant.ru/ 71933356/ (Дата обращения 11.01.2022).

21. Приказ Минтруда России от 14.03.2018 № 141н «Об утверждении профессионального стандарта «Врач-нейрохирург». – URL: http://fgosvo.ru/uploadfiles/ profstandart/02.030.pdf (Дата обращения 11.01.2022).

22. Приказ Минтруда России от 14.03.2018 № 143н «Об утверждении профессионального стандарта «Врач - сердечно-сосудистый хирург». – URL: https:// www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/71816230/ (Дата обращения 11.01.2022).

23. Приказ Минтруда России от 14.03.2018 № 144н «Об утверждении профессионального стандарта «Врач – судебно-медицинский эксперт». – URL: http:// fgosvo.ru/uploadfiles/profstandart/02.001.pdf (Дата обращения 11.01.2022).

24. Приказ Минтруда России от 14.03.2018 № 145н «Об утверждении профессионального стандарта «Специалист в области клинической лабораторной

диагностики». – URL: http://fgosvo.ru/uploadfiles/profstandart/02.032.pdf (Дата обращения 11.01.2022).

25. Приказ Минтруда России от 27.08.2018 № 554н «Об утверждении профессионального стандарта «Врач - анестезиолог-реаниматолог». – URL: http:// fgosvo.ru/uploadfiles/profstandart/02.040.pdf (Дата обращения 11.01.2022).

26. Приказ Минтруда России от 03.09.2018 № 572н «Об утверждении профессионального стандарта «Специалист по медицинской реабилитации». – URL: http:// fgosvo.ru/uploadfiles/profstandart/02.039.pdf (Дата обращения 11.01.2022).

27. Приказ Минтруда России от 12.11.2018 № 698н «Об утверждении профессионального стандарта «Врач - травматолог-ортопед». – URL: https://base. garant.ru/72119308/ (Дата обращения 11.01.2022).

28. Приказ Минтруда России от 26.11.2018 № 743н «Об утверждении профессионального стандарта «Врач-хирург». – URL: https://base.garant.ru/ 72125210/ (Дата обращения 11.01.2022).

29. Приказ Минтруда России от 29.01.2019 № 51н «Об утверждении профессионального стандарта «Врач-невролог». – URL: https://base.garant.ru/ 72185030/ (Дата обращения 11.01.2022).

30. Приказ Минтруда России от 11.02.2019 № 68н «Об утверждении профессионального стандарта «Врач-гематолог». – URL: http://fgosvo.ru/uploadfiles/ profstandart/02.053.pdf (Дата обращения 11.01.2022).

31. Приказ Минтруда России от 11.03.2019 № 138н «Об утверждении профессионального стандарта «Врач функциональной диагностики». – URL: http:// fgosvo.ru/uploadfiles/profstandart/02.055.pdf (Дата обращения 11.01.2022).

32. Приказ Минтруда России от 11.03.2019 № 139н «Об утверждении профессионального стандарта «Врач-гастроэнтеролог». – URL: http://fgosvo.ru/ uploadfiles/profstandart/02.052.pdf (Дата обращения 11.01.2022).

33. Приказ Минтруда России от 11.03.2019 № 140н «Об утверждении профессионального стандарта «Врач - торакальный хирург». – URL: http://fgosvo.ru/ uploadfiles/profstandart/02.056.pdf (Дата обращения 11.01.2022).

34. Приказ Минтруда России от 19.03.2019 № 154н «Об утверждении профессионального стандарта «Врач-пульмонолог». – URL: http://fgosvo.ru/uploadfiles/ profstandart/02.058.pdf (Дата обращения 11.01.2022).

35. Приказ Минтруда России от 19.03.2019 № 160н «Об утверждении профессионального стандарта «Врач-рентгенолог». – URL: http://fgosvo.ru/uploadfiles/ profstandart/02.060.pdf (Дата обращения 11.01.2022).

36. Приказ Минтруда России от 19.03.2019 № 161н «Об утверждении профессионального стандарта «Врач ультразвуковой диагностики». – URL: http:// fgosvo.ru/uploadfiles/profstandart/02.051.pdf (Дата обращения 11.01.2022).

37. Приказ Минтруда России от 15.06.2020 № 337н «Об утверждении профессионального стандарта «Врач – челюстно-лицевой хирург». – URL: http:// fgosvo.ru/uploadfiles/profstandart/02.048.pdf (Дата обращения 11.01.2022).

38. Приказ Минтруда России от 31.07.2020 № 482н «Об утверждении профессионального стандарта «Врач-пластический хирург». – URL: http://fgosvo.ru/ uploadfiles/profstandart/02.062.pdf (Дата обращения 11.01.2022).

39. Паспорт национального проекта «Здравоохранение» / Утв. президиумом Совета при Президенте Российской Федерации по стратегическому развитию и национальным проектам, протокол от 24.12.2018 № 16). – URL: https://base. garant.ru/72185920/ (Дата обращения 11.01.2022).

б) основная

1. ВОЗ: Что такое система здравоохранения? – URL: https://www.who.int/ features/qa/28/ru/ (Дата обращения 12.01.2022).

2. Гареева И.А. Современные модели организации и развития системы здравоохранения Российской Федерации / И.А. Гареева. - Вестник ТОГУ. 2013. № 3(30). – С. 273-279. – URL: https://www.khstu.su/vestnik/articles/943.pdf (Дата обращения 12.01.2022).

3. Клюковкин К.С. Здравоохранение в зарубежных странах. Международное сотрудничество в области здравоохранения : Общественное здоровье и здравоохранение: учебник / Н.И. Вишняков, О.А. Гусев, Л.В. Кочорова, Е.Н. Пенюгина [и др.]. – 9-е изд., испр. и доп. – М. : МЕДпресс-информ, 2018 – С. 654-666.

4. Бюллетень Всемирной организации здравоохранения. – URL: https:// www.who.int/ bulletin/volumes/96/1/ru/ (Дата обращения 12.01.2022).

5. Всеобщая декларация прав человека ООН (принята Генеральной Ассамблеей ООН 10.12.1948). – URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_ LAW_120805/ (Дата обращения 12.01.2022).

6. Государственный доклад о реализации государственной политики в сфере охраны здоровья за 2018 год. – URL: https://minzdrav.gov.ru/ministry/programms/ sfere-ohrany-zdorovya-za-2018 (Дата обращения 12.01.2022).

7. Доклада о состоянии здравоохранения в Европе за 2018 г. – URL:https:// www.euro.who.int/ru/data-and-evidence/european-health-report/european-health-report-2018/european-health-report-2018.-more-than-numbers-evidence-for-all-2018 (Дата обращения 12.01.2022).

8. Мировая статистика здравоохранения - 2018: мониторинг здоровья для следования Целям устойчивого развития. – URL: https://www.khstu.su/vestnik/ articles/943.pdf (Дата обращения 12.01.2022).

1.9.2 Интернет-ресурсы

1. Гузель Улумбекова: Критичная ситуация в здравоохранении требует немедленных решений. – URL: https://www.rosmedobr.ru/news/guzel-ulumbekova-kritichnaya-situatsiya-v-zdravookhranenii-trebuet-nemedlennykh-resheniy/ Дата обращения 15.01.2022).

2. Доклад председателя комитета по охране здоровья Дмитрия Морозова на заседании коллегии Минздрава России 26 июня 2020. – URL: https://www.vshouz.ru/news/pravitelstvo/14925/ (Дата обращения 15.01.2022).

3. Дудник В.Ю. Модели развития системы здравоохранения: мировой опыт (обзор литературы) / В.Ю. Дудник // Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. – 2016. – № 3-1. – С. 60-64; URL: https://applied-research.ru/ru/article/view?id=8671 (Дата обращения: 15.01.2022).

4. Как работают системы здравоохранения в развитых странах. - URL: https://tjournal.ru/flood/63641-kak-rabotayut-sistemy-zdravoohraneniya-v-razvityh-stranah (Дата обращения 15.01.2022).

5. Национальный проект «Здоровье». - Россия, 2018. https:// roszdravnadzor.gov.ru/i/upload/images/2018/7/25/1532512237.26174-1-15781.pdf (Дата обращения 15.01.2022).

6. Расходы на реализацию госпрограммы «Развитие здравоохранения» в 2021-2023 годах составят около 2,5 трлн руб. – URL: https://tass.ru/ ekonomika/9484327 (Дата обращения 15.01.2022).

7. Рейтинг стран мира по уровню здравоохранения. – URL: https://nonews.co/ directory/lists/countries/health (Дата обращения 15.01.2022)

2. КАЛЕНДАРНЫЙ УЧЕБНЫЙ ГРАФИК

Календарный учебный график разработан с учетом выбранной формы обучения (заочной с применением электронного обучения, дистанционных образовательных технологий) и является составной частью дополнительной профессиональной программы повышения квалификации «Современные модели систем здравоохранения».

Календарный учебный график представляет собой график учебного процесса, устанавливающий последовательность и продолжительность обучения и итоговой аттестации по учебным неделям и (или) дням.

Трудоемкость: 36 акад. час. (36 ЗЕТ).

Форма обучения: очно-заочная, с применением электронного обучения, дистанционных образовательных технологий.

Режим занятий: 6 акад. час. в день.

Неделя обучения	1	2	3			4	5	6	Итого часов[2]
	ср	чт	птн	сб[1]	вс[1]	пнд	вт	ср	
1 неделя	ВхК - 1 Л - 2 СР - 3	Л - 2 СР - 4	СР - 6	-	-	Л - 2 СР - 4	Пз - 6	ИА - 6	36
Всего	**6**	**6**	**6**	**-**	**-**	**6**	**6**	**6**	**36**

Условные сокращения:

- ВхК – входной контроль знаний;
- Л – лекция;
- Пз – практическое занятие;
- СР – самостоятельная работа;
- ИА – итоговая аттестация.

Примечание:

[1]суббота и воскресенье – время на переезд к месту очного обучения;

[2]для всех видов занятий устанавливается академический час продолжительностью 45 минут.

3. КУРС ЛЕКЦИЙ

Лекция 1. Современные модели систем здравоохранения

Время – 2 акад. часа

Место проведения – личный кабинет обучающегося в системе дистанционного обучения ФГБУ ВЦЭРМ им. А.М. Никифорова МЧС России по адресу в сети интернет http://idpo.nrcerm.ru

Контингент обучаемых – обучающиеся по дополнительной профессиональной программе «Современные модели систем здравоохранения»

Учебные вопросы

1. Общие представления о системах здравоохранения
2. Модели систем здравоохранения государств мира
3. Медицинские услуги как «товар» в сфере здравоохранения
4 Медицинское страхование
5 Критерии ВОЗ для оценки эффективности деятельности систем здравоохранения

Интернет-ресурсы

1. Бюллетень Всемирной организации здравоохранения. – URL: https:// www.who.int/ bulletin/volumes/96/1/ru/ (Дата обращения 28.01.2022).

2. Всеобщая декларация прав человека ООН (принята Генеральной Ассамблеей ООН 10.12.1948). – URL: http://www.consultant.ru/document/ cons_doc_LAW_ 120805/ (Дата обращения 28.01.2022).

3. ВОЗ: Что такое система здравоохранения? – URL: https://www.who.int/ features/qa/28/ru/ (Дата обращения 28.01.2022).

4. Гареева И.А. Современные модели организации и развития системы здравоохранения Российской Федерации / И.А. Гареева. - Вестник ТОГУ. 2013. № 3(30). – С. 273-279. – URL: https://www.khstu.su/vestnik/articles/943.pdf (Дата обращения 28.01.2022).

5. Государственный доклад о реализации государственной политики в сфере охраны здоровья за 2018 год. – URL: https://minzdrav.gov.ru/ministry/ programms/sfere-ohrany-zdorovya-za-2018 (Дата обращения 28.01.2022).

6. Доклада о состоянии здравоохранения в Европе за 2018 г. – URL: https://www. euro.who. int/ru/data-and-evidence/european-health-report/ european-health-report-2018/european-health-report-2018.-more-than-numbers-evidence-for-all-2018 (Дата обращения 28.01.2022).

7. Доклад о состоянии здравоохранения в мире, 2000 г. - Системы здравоохранения: повышение эффективности. - URL: https://www.who.int/whr/2000/en/ (Дата обращения 28.01.2022).

8. Мировая статистика здравоохранения - 2018: мониторинг здоровья для следования Целям устойчивого развития. https://www.khstu.su/vestnik/ articles/943.pdf (Дата обращения 28.01.2022).

9. Модели систем здравоохранения мира. – URL: http://old.duma. tomsk.ru/page/2956/ (Дата обращения 28.01.2022).

10. https://roscongress.org/materials/mirovaya-statistika-zdravookhraneniya-2018-monitoring-zdorovya-dlya-sledovaniya-tselyam-ustoychivogo/

Введение

Наряду с гуманными и демократическими правами ст. 25 «Всеобщей декларации прав человека» (ООН, декабрь 1948 г.) констатирует: «1. Каждый человек имеет право на такой жизненный уровень, включая пищу, одежду, жилище, медицинский уход и необходимое социальное обслуживание, который необходим для поддержания здоровья и благосостояния его самого и его семьи, и право на обслуживание на случай безработицы, болезни, инвалидности, вдовства, наступления старости или иного случая утраты средств к существованию по не зависящим от него обстоятельствам. 2 Материнство и младенчество дают право на особое попечение и помощь. Все дети, родившиеся в браке или вне брака, должны пользоваться одинаковой социальной защитой».

ВОЗ сформулировала три стратегических приоритета своей деятельности в настоящее время:

- достижение всеобщего мирового охвата первичной медицинской помощью,
- решение чрезвычайных ситуаций в области здравоохранения и
- содействие оздоровлению населения.

Относительно стратегических приоритетов деятельности ВОЗ существующими преградами и рисками на пути к достижению Целей в области устойчивого развития (Sustainable Development Goals, SDGs), являются:

- усиливающееся социальное неравенство;
- состояние воды, гигиена, санитария, не отвечающие требованиям безопасности;
- отсутствие возможностей здорового питания и занятий физической активностью в необходимой мере.

Аналитики агентства Bloomberg (Bloomberg Health Care Efficiency) на основании данных Всемирной организации здравоохранения, Организации Объединенных Наций и Всемирного банка (*The Most Efficient Health Care*) составили Рейтинг стран мира по эффективности систем здравоохранения за 2019 г.

В основу рейтинга положили три ключевых показателя, которые определяют эффективность системы здравоохранения той или иной страны:

- средняя ожидаемая продолжительность жизни при рождении,
- государственные затраты на здравоохранение в виде процента от ВВП на душу населения,
- стоимость медицинских услуг в пересчете на душу населения.

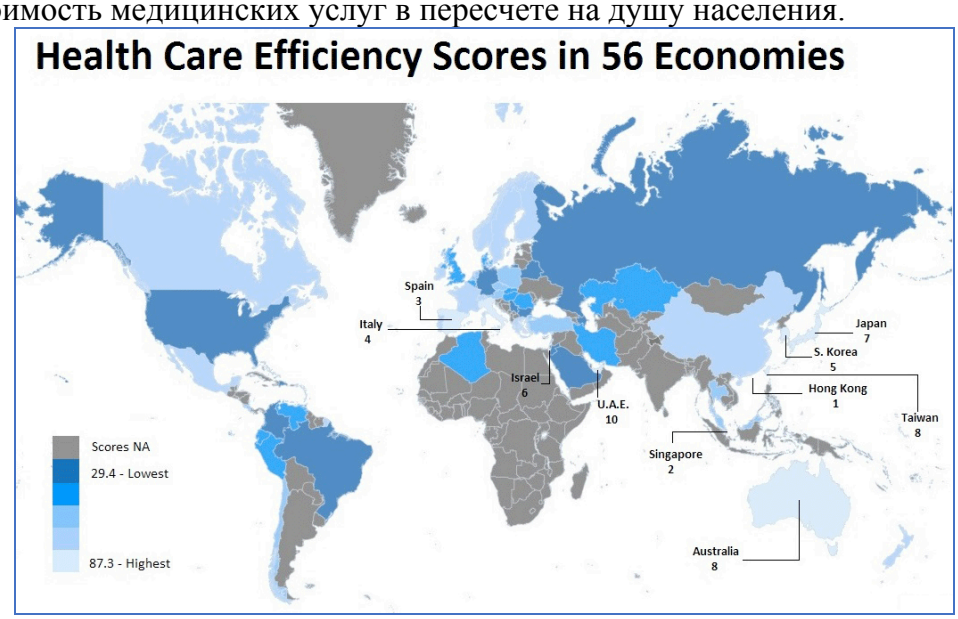

Рисунок 1 – Рейтинг эффективности медицинской помощи 56 ведущих экономик мира

5 самых лучших и 5 худших стран по медицинскому обслуживанию

Самыми лучшими странами по уровню медицины за 2018 г. признаны Гонконг - специальный администрати́вный райо́н КНР (1-е место), Республика Сингапур (2-е), Королевство Испания (3), Республика Корея (4) и Япония (5).

Согласно подсчетам Bloomberg, помимо России (55-е место) и США (50-е), в список стран с наименее эффективным здравоохранением вошли также Федеративная Республика Бразилия (54), Азербайджа́нская Респу́блика (53), Республика Колумбия (52) и Иорда́нское Хашими́тское Короле́вство (Иордания) (51).

Российская Федерация впервые включена в список в 2014 г., когда набрала только 24,3 балла. Ранее Россия не была представлена в исследовании в связи с тем, что средняя продолжительность жизни населения страны на тот момент составляла менее 69 лет.

Most Efficient Health Care

Current Rank	2009 Rank	Change	Country/Region	Efficiency Score	Life Expectancy	Relative Cost %	Absolute Cost $
1	1	—	Hong Kong	88.9	83.98	5.40	2,021
2	2	—	Singapore	84.2	82.65	4.92	2,752
3	8	5	Spain	72.2	83.80	9.03	2,658
4	7	3	S. Korea	71.5	82.16	7.37	2,060
5	3	-2	Japan	68.2	83.59	10.23	3,703
6	5	-1	Italy	67.7	82.69	9.25	3,258
7	4	-3	Israel	66.8	82.15	7.81	2,910
8	15	7	Chile	65.2	81.50	7.79	1,137
9	9	—	U.A.E.	64.3	77.37	3.64	1,611
10	6	-4	Australia	62.0	82.25	9.42	6,031
11	33	22	Argentina	59.8	76.16	4.79	605
12	11	-1	Taiwan	59.7	80.20	6.34	1,389
13	22	9	Greece	59.0	81.29	8.08	1,743
14	10	-4	Switzerland	57.8	82.85	11.66	9,674
15	21	6	France	56.8	82.37	11.54	4,959
16	24	8	Canada	56.1	81.96	10.45	5,292
17	20	3	Mexico	55.3	76.72	6.30	677
18	27	9	Poland	54.6	77.25	6.35	910
19	19	—	China	54.3	75.78	5.55	420
20	13	-7	Norway	54.0	81.75	9.72	9,522
21	26	5	U.K.	52.9	81.60	9.12	3,935
22	16	-6	Malaysia	52.2	74.72	4.17	456
23	29	6	Czech Rep.	51.5	78.28	7.41	1,379
24	25	1	Finland	51.1	81.13	9.68	4,612
25	35	10	Turkey	49.8	75.16	5.41	568
26	36	10	Portugal	49.6	80.72	9.50	2,097
27	14	-13	Sweden	48.9	81.96	11.93	6,808
28	28	—	Austria	48.5	81.34	11.21	5,580
29	23	-6	Netherlands	48.3	81.30	10.90	5,694
30	52	22	Iran	47.6	75.39	6.89	351
31	38	7	Romania	47.2	75.60	5.57	557
32	30	-2	Peru	46.9	74.53	5.47	359
33	44	11	Hungary	45.9	75.87	7.40	1,037
34	40	6	Slovakia	44.4	76.71	8.05	1,455
35	39	4	Dominican Rep.	43.9	73.50	4.38	269
36	31	-5	Belgium	43.7	80.59	10.59	4,884
37	41	4	Cuba	43.0	79.39	11.06	817
38	17	-21	Saudi Arabia	42.7	74.34	4.68	1,147
39	37	-2	Germany	42.6	80.84	11.30	5,411
40	42	2	Algeria	41.9	74.81	7.21	362
41	34	-7	Thailand	40.9	74.42	6.53	360
42	46	4	Denmark	40.7	80.55	10.80	6,463
43	32	-11	Venezuela	40.6	74.24	5.26	873
44	17	-27	Ecuador	40.5	75.87	9.16	579
45	45	—	Kazakhstan	39.1	71.62	4.36	539
46	43	-3	Bulgaria	38.3	75.41	8.44	662
46	12	-34	Libya	38.3	71.72	4.97	372
48	49	1	Belarus	35.2	72.98	5.69	450
49	51	2	Serbia	34.0	75.53	10.37	633
50	49	-1	U.S.	32.6	78.94	17.14	9,403
51	53	2	Jordan	32.2	74.50	7.45	359
52	47	-5	Colombia	31.9	73.99	7.20	569
53	48	-5	Azerbaijan	30.9	70.76	6.04	471
54	54	—	Brazil	28.9	74.40	8.32	947
55	55	—	Russia	24.3	70.37	7.07	893

Рисунок 2 – Рейтинг 55 наиболее эффективных систем здравоохранения за 2018 год

Справочно. По данным за 2018 г. средняя продолжительность жизни граждан страны составляет 72,91 года (мужчины – 67,75, женщины – 77,28)

По состоянию на 25.02.2020 г., согласно рейтингу, охватывающему 169 стран и учитывающему такие показатели, как продолжительность жизни, меры по борьбе с курением и ожирением, доступ к чистой воде и медицине, экологическая обстановка, на 1-м месте оказалась Испания. На 2-м месте – Италия, на 3-м – Исландия. В первую десятку также вошли Япония, Швейцария, Швеция, Австралия, Сингапур, Норвегия и Израиль.

Россия – на 95-м месте. В рейтинге выше России Куба (30-я позиция), Турция (51-я), Иран (69-я), Белоруссия (81-я), Венесуэла (87-я), Украина (93-я) и Кабо-Верде (94-я).

Bloomberg 2019 Healthiest Country Index

2019 Rank	2017 Rank	Change	Economy	Health Grade	Health Score	Health Risk Penalties
1	6	+5	Spain	92.75	96.56	-3.81
2	1	-1	Italy	91.59	95.83	-4.24
3	2	-1	Iceland	91.44	96.11	-4.67
4	7	+3	Japan	91.38	95.59	-4.21
5	3	-2	Switzerland	90.93	94.71	-3.78
6	8	+2	Sweden	90.24	94.13	-3.89
7	5	-2	Australia	89.75	93.96	-4.21
8	4	-4	Singapore	89.29	93.19	-3.90
9	11	+2	Norway	89.09	93.25	-4.16
10	9	-1	Israel	88.15	92.01	-3.86
11	10	-1	Luxembourg	87.39	92.03	-4.64
12	14	+2	France	86.94	91.70	-4.76
13	12	-1	Austria	86.30	90.81	-4.51
14	15	+1	Finland	85.89	90.18	-4.29
15	13	-2	Netherlands	85.86	90.07	-4.21
16	17	+1	Canada	85.70	90.31	-4.61
17	24	+7	S. Korea	85.41	89.48	-4.07
18	19	+1	New Zealand	85.06	89.68	-4.62
19	23	+4	U.K.	84.28	88.74	-4.46
20	22	+2	Ireland	84.06	89.57	-5.51
21	18	-3	Cyprus	83.58	88.19	-4.61
22	21	-1	Portugal	83.10	87.95	-4.85
23	16	-7	Germany	83.06	88.10	-5.04
24	27	+3	Slovenia	82.72	88.04	-5.32
25	28	+3	Denmark	82.69	86.47	-3.78
26	20	-6	Greece	82.29	86.92	-4.63
27	25	-2	Malta	81.70	86.07	-4.37
28	26	-2	Belgium	80.46	85.29	-4.83
29	30	+1	Czech Rep.	77.59	82.96	-5.37
30	31	+1	Cuba	74.66	79.42	-4.76
31	35	+4	Croatia	73.36	78.46	-5.10
32	38	+6	Estonia	73.32	78.47	-5.15
33	29	-4	Chile	73.21	77.70	-4.49
33	33	0	Costa Rica	73.21	76.88	-3.67
35	34	-1	U.S.	73.02	78.13	-5.11
36	40	+4	Bahrain	72.31	76.96	-4.65
37	36	-1	Qatar	71.97	76.55	-4.58
38	41	+3	Maldives	70.95	75.37	-4.42
39	32	-7	Lebanon	70.53	76.10	-5.57
40	39	-1	Poland	70.25	75.93	-5.68
41	N/A	N/A	Montenegro	69.69	75.62	-5.93
42	42	0	Bosnia & H.	69.66	74.96	-5.30
43	50	+7	Albania	68.04	73.35	-5.31
44	37	-7	Brunei	67.96	71.74	-3.78
45	46	+1	Slovakia	67.28	72.58	-5.30
46	43	-3	U.A.E.	67.14	71.47	-4.33
47	45	-2	Uruguay	65.66	70.38	-4.72
48	52	+4	Hungary	64.43	69.75	-5.32
49	48	-1	Oman	64.07	68.99	-4.92
50	49	-1	Panama	64.01	68.87	-4.86
51	54	+3	Turkey	62.81	67.40	-4.59
52	55	+3	China	62.52	66.73	-4.21
53	51	-2	Mexico	62.09	66.92	-4.83
54	53	-1	Argentina	61.19	66.41	-5.22
55	57	+2	Serbia	60.99	67.08	-6.09
56	44	-12	Macedonia	60.21	65.74	-5.53

Sources: World Health Organization, United Nations Population Division, World Bank

Notes: Health grade = Health score (A) - Health risk penalties (B)
A: Health score metrics: 1. Mortality by communicable, non-communicable diseases and injuries; 2. Life expectancy at the defining age of birth, childhood, youth and retirement; 3. Probability to survive neonatal, into young adulthood and retirement stages. B: Health risk penalties: 1. Behaviroral/endogenous factors such as high incidences of population with elevated level of blood pressure, blood glucose and cholesterol, prevalence of overweight, tobacco use, alcohol consumption, physical inactivity and childhood malnutrition, as well as mental health and basic vaccination coverage; 2. Environmental/exogenous factors such as population with access to clean air, water and sanitation facilities.
Of the more than 200 economies evaluated; 169 had enough data to be included in the final outcome; Final index only included those with 0.3 million (rounded) population or more. Those scored above 60 are displayed.

Bloomberg

Рисунок 3 – Индекс Blumberg-2019 здравоохранения стран

Из 30 стран, замыкающих список, 27 расположены в Африке южнее Сахары, оставшиеся три – Гаити, Исламская Республика Афганистан и Йемен.

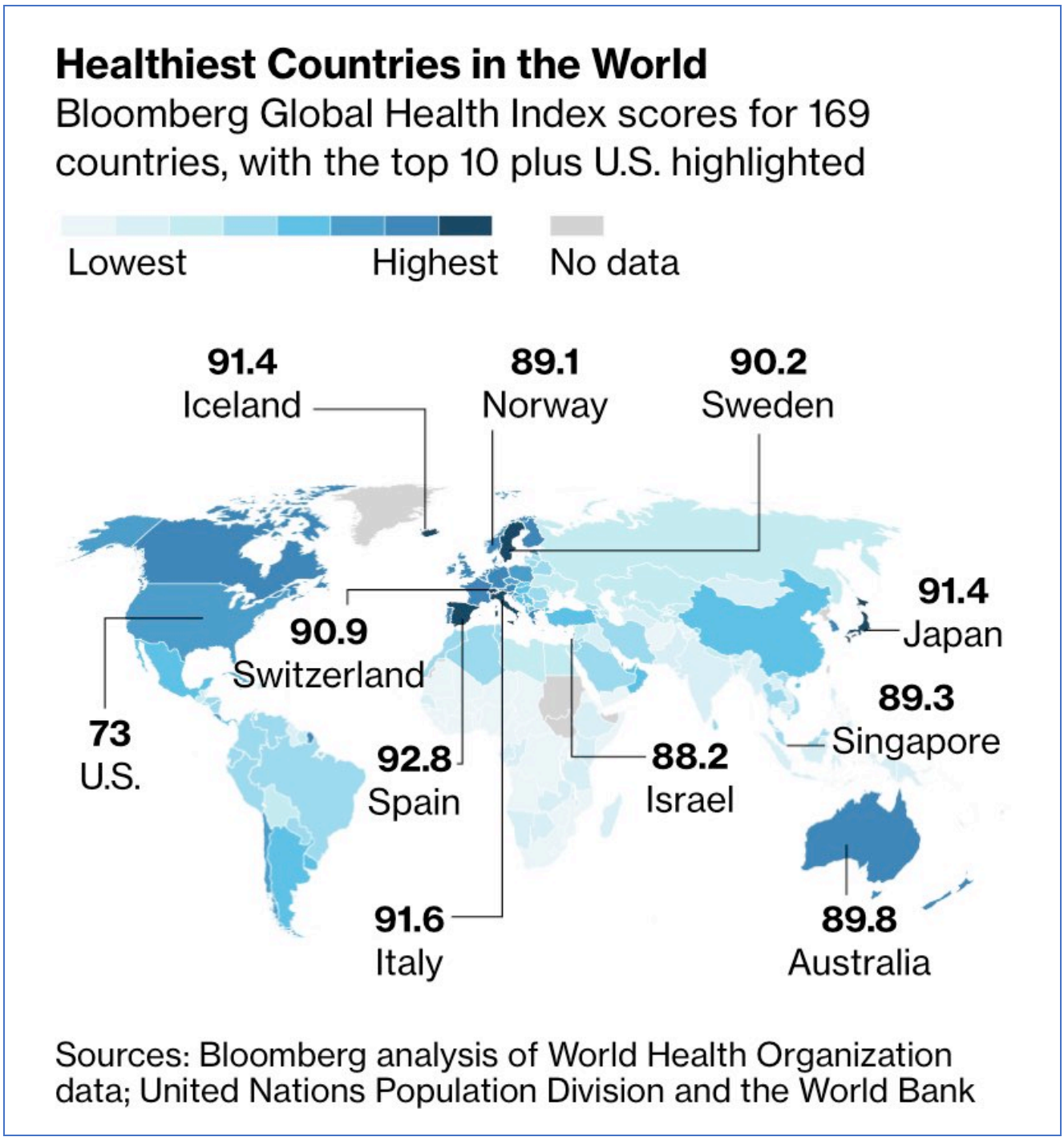

Рисунок 4 – Топ-10 лучших стран мира по состоянию здравоохранения + США по состоянию на 2019 г.

1. Общие представления о системах здравоохранения

Все системы здравоохранения носят отпечаток интересов той или иной группы населения, партии, отражают экономические, социальные и политические стремления ведущей части общества.

Дефиниция 1 Здравоохранение – система государственных, социально-экономических, общественных и медико-санитарных мероприятий, направленных на повышение уровня здоровья, обеспечение трудоспособности и активного долголетия людей.

Согласно определению Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ)

Дефиниция 2 Система здравоохранения – совокупность всех организаций, институтов и ресурсов, главной целью которых является улучшение здоровья.

Для функционирования системы здравоохранения необходимы кадровые ресурсы, финансовые средства, информация, оборудование и материалы, транспорт, коммуникации, а также всеобщее управление и руководство. В рамках системы здравоохранения должны оказываться услуги, чутко реагирующие на потребности и справедливые с финансовой точки зрения, при уважительном отношении к людям.

Хорошая система здравоохранения каждый день ощутимо улучшает жизнь людей.

Окончательная ответственность за общее функционирование системы здравоохранения в стране лежит на правительстве, но разумное руководство в районах, муниципальных округах и отдельных медицинских организациях также очень важно.

Усиление систем здравоохранения и их функционирование на более справедливой основе признано основными стратегиями борьбы с нищетой и содействия развитию.

Дефиниция 3 Система здравоохранения – совокупность взаимосвязанных и взаимодействующих законодательных, нормативных правовых актов, источников финансирования здравоохранения, видов медицинской помощи, органов и организаций, исполняющих управление, и получателей медицинской помощи.

Цели систем здравоохранения (World Health Report 2000 – Health systems: improving performance (WHO, 2000) – хорошее здоровье, отзывчивость системы к ожиданиям населения и справедливый финансовый вклад.

Параметры, отражающие общность развития форм организации системы охраны здоровья населения разных стран, – как сферы жизнедеятельности общества, - выражающие основные черты системы здравоохранения, ее главные экономические характеристики:

- отношения собственности;
- способы финансирования (получения ресурсов);
- механизмы стимулирования медицинских работников (производителей) и населения (потребителей);
- формы и методы контроля объема и качества медицинской помощи.

Duckett (2004) предложил двухсторонний подход к оценке систем здравоохранения: качество, эффективность и равенство в получении доступа к службам здравоохранения.

Современная классификация систем здравоохранения государств мира по способу финансирования выделяет 3 группы:

- преимущественно государственная (общественная система), наиболее демонстративно представленная в Великобритании;
- преимущественно страховая система, наиболее полно и четко представленная в ФРГ и Франции;
- преимущественно частная система, наиболее характерная для здравоохранения в США.

Во многих государствах существуют и развиваются смешанные системы и различные организационные формы. Так, в Италии, Норвегии, Бельгии, Канаде большая часть всех средств на здравоохранение поступает из государственного бюджета или, кроме того, из региональных, общественных средств, формируемых за счет обязательных налогов с населения и предпринимателей. В России, несмотря на введение обязательного, социального медицинского страхования и создание общественной модели

здравоохранения с бюджетно-страховой медициной, большая часть средств поступает из государственного бюджета и ресурсов субъектов Федерации.

Современные системы здравоохранения лишь «преимущественные», так как нигде нет «чистой» системы, без элементов других систем. Например, во всех странах с государственной системой здравоохранения имеются частные организации и учреждения, осуществляющие добровольное, частное медицинское страхование. В странах с частной и страховой медициной есть государственные, бюджетные учреждения здравоохранения. Имеет место преобладание того или иного источника обеспечения всего населения или большинства жителей. В частности, трудно найти развивающуюся страну с преимущественным представительством одной системы здравоохранения для всего населения или его большей части. Многие жители большинства стран мира не имеют возможности пользоваться современной квалифицированной медицинской помощью. Правительства не в состоянии предоставить бесплатную медицинскую помощь всем, а значительная часть жителей не может купить медицинские услуги из-за бедности.

В этих странах наряду с государственными секторами (учреждениями) здравоохранения имеются частные, внебюджетные медицинские учреждения, которыми пользуются состоятельные граждане.

О модели здравоохранения развивающихся стран можно говорить по признаку недостаточного социально-экономического развития и соответственно низкой обеспеченности системы здравоохранения медицинскими учреждениями, кадрами, современными технологиями, оборудованием, медикаментами.

Современные системы здравоохранения, вне зависимости от их организации испытывают серьезные трудности. В первую очередь, к особенностям современного периода относятся противоречие между нарастанием потребностей в медицинских услугах и сужением ресурсных возможностей для их удовлетворения. Старение населения, низкий уровень рождаемости, рост продолжительности жизни, развитие медицинских технологий – все это осложняет финансовое положение систем здравоохранения во многих странах. Увеличение спроса на медицинские услуги, отсутствие должного учета реальной нуждаемости, сохранение уравнительности влекут за собой не только завышенный уровень налогообложения, неэффективность расходов в сфере, но и низкую эффективность самой системы здравоохранения, поскольку она неоправданно растекается по огромному числу ее потребителей, не всегда остро нуждающихся в медицинских услугах, но имеющих возможность их получить.

2. Модели систем здравоохранения мира

Дефиниция 4 Модель системы здравоохранения – возможное состояние системы здравоохранения, отличающееся принципами организации оказания медицинской помощи и ее финансирования, а также социального эффекта, который может производить данная модель.

Ключевые факторы, определяющие модель здравоохранения:

- состояние и темпы развития экономики региона, определяющие возможность развития системы здравоохранения;
- приоритетность развития здравоохранения, измеряемая долей финансирования из бюджета;
- доступность населения к здравоохранению путем гарантированного каждому гражданину права получения медицинских услуг в необходимом объеме;
- повышение качества медицинских услуг путем продвижения и внедрения современных форм обслуживания;

- изменение отношения субъектов здравоохранения (врачей, пациентов, населения в целом) к своему здоровью, к профилактическим мероприятиям, к готовности поддерживать свое здоровье, поведенческих стратегий в случае заболевания).

Задачами любой модели здравоохранения являются:

- улучшение здоровья населения,
- соответствие ожиданиям граждан,
- обеспечение финансовой защиты в случае ухудшения здоровья.

В качестве основания ориентирования на ту или иную модель здравоохранения следует рассмотреть принципы системы здравоохранения, которые будут определять ее структуру, цели и задачи.

К таким принципам относят: доступ, качество, справедливость, солидарность и эффективность.

Под доступом понимается возможность для гражданина получить необходимый набор медицинских услуг в соответствии с потребностью.

Качество, понимается как характеристика реальных ресурсов, процессов и результатов работ в системе здравоохранения.

Справедливость в системе здравоохранения имеет этический и моральный смысл. Справедливость подразумевает организацию, которая исключает те или иные формы неравенства.

Солидарность является основой функционирования социальных систем, без которой оптимальное функционирование социального государства невозможно.

Эффективность системы здравоохранения подразумевает общие объемы ресурсов, выделяемых на охрану здоровья и возможные варианты их использования.

Используя рассмотренные основания можно выделить три модели развития здравоохранения, возможные в современных условиях:

- фрагментарное здравоохранение;
- интегрированное здравоохранение;
- социально дифференцированное здравоохранение.

В каждой стране исторически складывается и развивается свой способ привлечения экономических ресурсов для оказания медицинской помощи, сохранения и укрепления здоровья населения. Количество и качество выделяемых обществом ресурсов, эффективность их использования в сфере здравоохранения определяется сложной системой экономических, политических, нравственно-этических и иных отношений, исторически сложившихся в стране.

Наличие в той или иной стране соответствующей системы здравоохранения определяется многими обстоятельствами. Все зависит от того, что лежит в основе классификации той или иной системы здравоохранения.

Условно выделяют пять типов систем здравоохранения (с точки зрения социально-политической структуры общества):

1) классическая (неупорядоченная),
2) плюралистическая,
3) страховая,
4) национальная,
5) социалистическая.

Эксперты Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) (S. Hakansson, B. Majnoni, D'Intignano, G.H. Mooney, J.L. Roberts, G.L. Stoddart, K.S. Johansen, H. Zollner) предложили классификацию, включающую три первичных типа систем здравоохранения:

1 – государственная или система У. Бевериджа;

2 – система, основанная на всеобъемлющем страховании здоровья, или система Бисмарка;

3 – негосударственная, рыночная или частная система здравоохранения.

Обычно большинство авторов выделяют следующие модели:

1) универсалистская (модель У. Бевериджа),
2) социального страхования (модель О. фон Бисмарка),
3) «южная модель» (Испания, Португалия, Греция и, частично, Италия),
4) институциональная или социал-демократическая «скандинавская модель»,
5) либеральная (остаточного социального обеспечения),
6) консервативная корпоративная (Япония),
7) латиноамериканская,
8) системы здравоохранения индустриальных государств Восточной Азии,
9) системы здравоохранения стран с переходной экономикой.

Российские ученые (Щепин О.П., Филатов В.Б., Погорелов Я.Д. и др.), с точки зрения приближения к сущности отношений в здравоохранении, выделили три основных типа систем здравоохранения: а) утилитарную, б) коммунитарную и в) либеральную.

Торгунов И.А. и соавт. считают, что в современном подходе к типологии систем здравоохранения изначально должны преобладать правовые характеристики универсальных отношений врача и пациента, в свою очередь определенные фундаментальными (конституционными) свободами личности.

Экономические модели систем здравоохранения разных стран могут быть обозначены в зависимости от того, какую роль и функции выполняет государство в этих процессах.

Модели систем здравоохранения в мире:

1 – модель здравоохранения без государственного регулирования

2 – рыночная система (США)

3 – страховая система (О. фон Бисмарка)

4 – национальная система на основе всеобщего государственного медицинского страхования (У. Бевериджа)

5 – государственная система – монопольная государственная модель (Н.А. Семашко). По определению Президента Российской Федерации В.В. Путина (июль 2020) – «мобилизационная модель»!

Все существующие системы здравоохранения сводят к трем основным экономическим моделям, характеристики которых представлены в таблице 1.

Таблица 1 – Характеристика типов мировых систем здравоохранения

Государственная система (система У. Бевериджа)	Страховая система (система О. фон Бисмарка)	Рыночная/частная система
Центральное планирование и финансирование	Децентрализованное финансирование	Широкий выбор услуг
Управление через профессионалов	Право выбора страхового медицинского фонда	Отсутствие очередей ожидания
Контроль со стороны государства	Конкуренция между разнообразными страховыми фондами и службами	Доступность специализированной медицинской помощи
Экономное использование ресурсов	Огромное внимание за контролем и качеством ЛПУ, а также за финансовыми потоками со стороны страховых фондов	Конфиденциальность лечения, внимание к пациенту

Для платной/рыночной/американской, иногда – системы частного страхования – характерно предоставление медицинской помощи преимущественно на платной основе, за счет самого потребителя медицинских услуг, отсутствие единой системы государственного медицинского страхования. Главным инструментом удовлетворения потребностей в медицинских услугах является рынок медицинских услуг. Ту часть потребностей, которая не удовлетворяется рынком (малообеспеченные слои населения, пенсионеры, безработные) берет на себя государство путем разработки и финансирования общественных программ медицинской помощи. Наиболее ярко она представлена здравоохранением США, где основа организации здравоохранения – частный рынок медицинских услуг, дополняемый государственными программами медицинского обслуживания бедных «Medicade» и пенсионеров «Medicare».

Государственная/бюджетная/госбюджетная система здравоохранения характеризуется значительной (исключительной!) ролью государства. Финансирование здравоохранения осуществляется главным образом из госбюджета, за счет налогов с предприятий и населения. Население страны получает медицинскую помощь бесплатно (за исключением небольшого набора медицинских услуг). Таким образом, государство является главным покупателем и поставщиком медицинской помощи, обеспечивая удовлетворение большей части общественной потребности в услугах здравоохранения. Рынку здесь отведена второстепенная роль, как правило, под контролем государства. Модель с 1948 г. существует в Великобритании, характерна также для Ирландии (1971), Дании (1973), Португалии (1979), Италии (1980), Греции (1983) и Испании (1986).

Социально-страховая модель здравоохранения/система регулируемого страхования здоровья - опирается на принципы смешанной экономики, сочетая в себе рынок медицинских услуг с развитой системой государственного регулирования и социальных гарантий, доступности медицинской помощи для всех слоев населения. Она характеризуется, в первую очередь, наличием обязательного медицинского страхования всего или почти всего населения страны при определенном участии государства в финансировании страховых фондов. Государство здесь играет роль гаранта в удовлетворении общественно необходимых потребностей всех или большинства граждан в медицинской помощи независимо от уровня доходов, не нарушая рыночных принципов оплаты медицинских услуг. Роль рынка медицинских услуг сводится к удовлетворению потребностей населения сверх гарантированного уровня, обеспечивая свободу выбора и суверенитет потребителей. Многоканальная система финансирования (из прибыли страховых организаций, отчислений от зарплаты, государственного бюджета) создает необходимую гибкость и устойчивость финансовой базы социально-страховой медицины.

Наиболее ярко данная модель представляется здравоохранением ФРГ, Франции, Нидерландов, Австрии, Бельгии, Голландии, Швейцарии, Канады и Японии.

В социально-страховую модель включены признаки и государственной, и рыночной моделей. В зависимости от того, какие параметры преобладают, социально-страховая модель может быть ближе либо к государственной, либо к рыночной. Например, социально-страховые модели систем здравоохранения стран Скандинавии и Канады имеют много общего с государственной моделью, а система здравоохранения Франции близка к рыночной.

Каждая из моделей систем здравоохранения обладает своими достоинствами и недостатками. Чтобы выделить их более четко, проведем сравнительный анализ и представим его результаты в виде таблице 2.

Таблица 2 – Характеристики национальных моделей здравоохранения

Тип модели	Социально-страховая	Социально-страховая	Социально-страховая
1	2	3	4
Страна	Германия	Япония	Канада
Принцип, лежащий в основе модели	Здоровье – фактор, определяющий качество «человеческого капитала». Медицинская услуга - затраты, необходимые для поддержания здоровья	Медицинская услуга квазиобщественное благо. Программы ОМС возмещают часть затрат на медицинскую помощь.	Медицинская услуга – общественное благо. Систему здравоохранения должно контролировать государство.
Доля расходов на здравоохранение в ВВП, %	8,1	6,6	8,7
Источники финансирования, %	ОМС – 60 ДМС – 10 Госбюджет – 15 Личные средства – 15	ОМС – 60 Госбюджет – 10 общественные фонды – 10 личные средства – 20	федеральные фонды и фонды провинциальных бюджетов – 90 фонды частных страховых компаний и добровольные пожертвования – 10
Контроль за эффективностью расходования средств	Контроль осуществляют частные и государственные страховщики	Контроль осуществляется страховыми фирмами - частными страховщикам	Контроль осуществляет государство
Доступность медицинского обслуживания	90% населения охвачено программами ОМС; 10% – программами ДМС; при этом 3% застрахованных в ОМС имеют ДМС.	40% населения охвачено национальной системой страхования; 60% - профессионально-производственной системой страхования	98-99% населения охвачено программами ОМС
Ассортимент доступных медицинских услуг	Широкий спектр услуг за счет сочетания программ ОМС и ДМС	Широкий спектр услуг за счет сочетания программ ОМС и ДМС	Программы ОМС обеспечивают необходимый набор медицинских услуг, внедрение новых методик ограничено
Использование новых технологий	Спрос на разнообразные медицинские услуги стимулирует внедрение новых технологий	Спрос на разнообразные медицинские услуги стимулирует внедрение новых технологий	Трудно преодолимые барьеры на пути внедрения новых технологий
Регулирование цен на медицинские услуги	Цены, выражены в «очках», цена «очка» пересматриваетеся при изменении экономической ситуации	Утверждаются Министерством здравоохранения социального обеспечения	Регулируются правительством, ежегодно пересматриваются, но изменяются медленно

Тип модели	Государственная	Государственная	Рыночная
1	2	3	4
Страна	Франция	Великобритания	США
Принцип, лежащий в основе модели	Медицинская услуга квазиобщественное благо. Программы ОМС должны возмещать только часть затрат на медицинскую помощь	Медицинская услуга - общественное благо. Богатый платит за бедного, здоровый - за больного	Медицинская услуга – частное благо, т.е. товар, который может быть куплен или продан
Доля расходов на здравоохранение в ВВП, %	8,5	6,0	14
Источники финансирования	ОМС - 50% ДМС - 20% Гос. бюджет - 10% Личные средства – 20%	Государственный бюджет	Частное страхование - 40% Личные средства - 20% Программы для пожилых и малоимущих – 40%
Контроль за эффективностью расходования средств	Контроль осуществляют страховщики: частные страховые фирмы и государственная организация социального страхования	Контроль осуществляет – государство в лице Министерства здравоохранения	Контроль осуществляется страховыми фирмами – частными страховщиками
Доступность медицинского обслуживания	80% населения охвачено программами ОМС	Всеобщая доступность	Ограничивается платежеспособностью пациентов, программы для пожилых и малоимущих распространяются не на всех нуждающихся
Ассортимент доступных медицинских услуг	Широкий спектр услуг за счет сочетания программ ОМС и ДМС	Широкий спектр профилактических мероприятий, набор лечебных услуг ограничен производственными возможностями	Самые разнообразные лечебные и профилактические медицинские услуги
Использование новых технологий	Спрос на разнообразные медицинские услуги стимулирует внедрение новых технологий	Отсутствуют стимулирующие факторы, новые методы внедряются медленно	Самые большие инвестиции в НИОКР осуществляются в сфере здравоохранения
Регулирование цен на медицинские услуги	Регулируются правительством, пересматриваются 2 раза в год	Финансовые средства рассчитываются на основе нормативов учитывающих половозрастной состав населения	Регулирование практически отсутствует. Цена формируется в результате соглашения между пациентом, страховщиком и ЛПУ

Рассмотрим эффективность каждой из моделей с точки зрения возможности применения в условиях переходной экономики, для чего обозначим характерные черты, присущие экономике переходного периода:

- дефицит государственного бюджета;
- спад производства;
- высокий уровень безработицы;
- низкий уровень доходов населения;
- высокие темпы инфляции.

В условиях спада производства и роста безработицы, которые влекут за собой ухудшение качества жизни, потребность в медицинских услугах возрастает. Поэтому функционирование лечебно-профилактических учреждений нуждается, в первую очередь, в бесперебойном финансировании. Следовательно, в переходный период, с характерным для него дефицитом государственного бюджета, рассчитывать на эффективность государственной модели организации системы здравоохранения не приходится.

Низкий уровень доходов населения и высокие темпы инфляции будут значительно ограничивать платежеспособный спрос на медицинские услуги со стороны частных лиц. Спад производства и ориентация на выживание не позволят фирмам осуществлять добровольное страхование своих работников. Поэтому использование рыночной модели в условиях переходного периода приведет к тому, что значительная часть населения не сможет получить необходимую медицинскую помощь. Особенно это касается таких социально незащищенных слоев населения, как пожилые люди, инвалиды, дети, поскольку это группы с наименьшими доходами, но с наибольшими потребностями в медицинском обслуживании. Столь негативные последствия в период экономико-политических реформ чреваты социальным взрывом.

В переходный период потребности людей в медицинском обслуживании возрастают. Для обеспечения минимально необходимого объема финансирования лечебно-профилактических учреждений требуется консолидировать все возможные источники привлечения средств. В условиях дефицита государственного бюджета и низких доходов населения только социально-страховая модель с многоканальной системой финансирования (из прибыли страховых организаций, отчислений от зарплаты, государственного бюджета) способна решить эту задачу.

Представленные модели организации системы здравоохранения не обладают идеальными формами. Модели фрагментарного и интегрированного здравоохранения уже имели опыт частичного воплощения в российской системе здравоохранения. Модель социально дифференцированного здравоохранения имеет некоторое сходство с современными моделями здравоохранения первой и второй групп стран Азиатско-Тихоокеанского региона, где достигнут или почти достигнут всеобщий охват населения услугами социального обеспечения.

3. Медицинские услуги как «товар» в сфере здравоохранения

В основе выделения перечисленных моделей систем здравоохранения (платная медицина, государственная медицина, система здравоохранения, основанная на принципах социального страхования и регулирования рынка с многоканальной системой финансирования) лежит не только роль государства, но также понимание и определение «товара» в сфере здравоохранения.

Отношение к медицинской услуге как к частному, общественному или квазиобщественному благу определяет и роль государства в системе охраны здоровья, и

формирование цен на рынке медицинских услуг, и оплату труда людей, занятых в этой сфере.

Хотя основной целью здравоохранения является именно здоровье человека, попытка рассмотреть его в качестве товара очень проблематична. И прежде всего потому, что оно плохо измеримо и трудно поддается оценке в деньгах. В связи с этим в качестве товара предлагается рассматривать медицинские услуги, а систему здравоохранения определить, как организованную деятельность, в ходе которой осуществляется производство этих услуг.

Описанные выше модели организации здравоохранения по-разному учитывают специфику медицинской услуги как товара. И этот фактор является не менее важным, чем роль государства, для выделения различных типов организации системы здравоохранения.

Например, в рыночной модели медицинские услуги рассматривают как любой другой товар, который может быть куплен или продан в соответствии с классическими законами рынка (т.е. с минимальным учетом его социальной специфики). Как уже отмечалось, типичным примером рыночной модели является рынок медицинских услуг США. Сфера здравоохранения здесь представлена развитой системой частных медицинских учреждений и коммерческим медицинским страхованием, где врачи являются продавцами медицинских услуг, а пациенты - их покупателями. Такой рынок наиболее приближен к свободному рынку и обладает всеми его достоинствами и недостатками.

Из-за острой конкуренции создаются условия роста качества, поиска все новых продуктов и технологий, жесткой выбраковки экономически неэффективных стратегий и участников рынка. Это определяет положительные стороны рыночной модели здравоохранения.

Однако, с другой стороны, недостаточный учет специфики рассматриваемого вида товара (неограниченность спроса на него, монополизм продавца и т.д.) обуславливает известные негативные моменты:

- чрезмерный рост затрат на медицину;
- невозможность осуществления государственного контроля и, следовательно, трудности с установлением приоритетов между здравоохранением и другими отраслями экономики;
- возможность возникновения кризисов перепроизводства и стимулирование поставок неоправданных услуг;
- предпосылки для недобросовестных способов конкуренции;
- чрезмерное влияние моды и рекламы;
- неравный доступ к медицинской помощи.

Наличие коммерческого страхователя, заинтересованного в сохранении своих доходов, может снизить объем услуг (с помощью экспертной оценки), цену медицинской услуги (путем торгов) и, следовательно, оплату самой медицинской помощи. Снижение совокупных затрат расширяет круг потенциальных пациентов рынка медицинских услуг, повышая объем спроса.

В условиях рыночной организации системы здравоохранения пациенту постоянно приходится решать дилемму: в какой рынок - финансовый или страховой - вложить свои сбережения. Выбор осуществляется между доходным вложением денежных средств и риском заболеть, и оказаться не в состоянии оплатить медицинскую помощь. Закономерность здесь, как правило, такая: чем больше риск заболеть и сильнее страх перед финансовыми расходами на медицину, тем сильнее должна быть защита, а ее ценность (по сравнению с возможным доходом) выше.

Рыночная модель организации системы здравоохранения – одна из наиболее качественных, но, в то же самое время, и одна из наиболее дорогих. Например, чисто экономический вклад здоровья как одного из важнейших параметров труда в экономику США оценивается на уровне 10% ВВП, т.е. в сотни миллиардов долларов, но затраты на обслуживание здравоохранения еще выше и составляют 14% ВВП.

Таким образом, с экономической точки зрения эта модель является неэффективной, требующей перерасхода денежных средств. Кроме того, в системе здравоохранения, организованной на рыночных принципах, не обеспечиваются социальные гарантии населения в получении медицинских услуг. Рыночная модель не обладает свойством доступности для всех слоев своих граждан. Наблюдается также крайняя неравномерность в потреблении медицинских услуг, которая тесно коррелирует с дифференциацией доходов. Так, в 1990 г. 70% всех полученных медицинских услуг приходилось на 10% населения.

Если же социальная специфика рассматривается как основной параметр медицинских услуг, то факт покупки или продажи медицинской помощи будет означать опосредованную покупку национального здоровья. В таком случае при организации системы здравоохранения во главу угла будет поставлен принцип равнодоступности медицинских услуг. Обеспечить это легче всего централизованным образом, подчинив систему здравоохранения контролю государства. Таким образом, именно социальные приоритеты превалируют в бюджетной системе здравоохранения.

Типичным примером государственной модели является рынок медицинских услуг Великобритании. Этот рынок основан на системе государственного (национального) здравоохранения. Национальная система здравоохранения получила название по имени лорда Бевериджа, провозгласившего в 1942 г. идеи, ставшие основой бюджетной модели: богатый платит за бедного, здоровый – за больного.

При таком подходе общество старается оплачивать именно здоровье нации через оплату медицинских услуг, направляемых на его поддержание. На этом рынке гораздо легче соотнести приоритеты здоровья нации с другими приоритетами национальной экономики. Данная модель организации системы здравоохранения тяготеет к рынку централизованных, планово-распределительных экономик и имеет соответствующие таким экономикам характерные положительные и отрицательные черты.

К недостаткам государственной модели системы здравоохранения следует отнести отсутствие естественных стимулирующих развитие факторов, что ведет к 1) медленному росту качества медицинской помощи, 2) недостаточной гибкости организационных структур, к 3) возможности длительного осуществления неэффективных стратегий и 4) использованию старых медицинских технологий.

Но есть и очевидные достоинства. Прежде всего – ориентация на профилактику заболеваний. Так как, в конце концов, оплачивается здоровье, то врач объективно заинтересован в уменьшении заболеваемости, снижении объемов медицинских услуг, в то время как на свободном рынке он объективно заинтересован в обратном.

Нередко равнодоступность медицинской помощи достигается путем жесткого ограничения свободы выбора пациентом лечебно-профилактического учреждения или врача. На современном этапе во многих странах, использующих государственную модель, пытаются устранить столь очевидный недостаток организации системы здравоохранения. Однако процесс этот только начался. Например, в Швеции лишь в 1991 г. после экспериментальной апробации было принято решение о предоставлении каждому шведу права свободного выбора медицинского учреждения или врача на всей территории страны. Аналогичное решение было принято и в Дании, а вот в Финляндии пациент может выбрать любого врача общей практики или специалиста только в определенном медицинском центре или больнице.

Рассмотрим, что понимают под товаром в социально-страховой модели организации системы здравоохранения.

Исторически первая система государственного медицинского страхования была введена в Германии в период деятельности канцлера Отто фон Бисмарка (1883-1889 гг.), поэтому получила название бисмарковской. Она представляла собой серию специальных законов о страховании рабочих на случай болезни, от несчастных случаев, по инвалидности и старости. В основу указанных законодательных актов был положен следующий принцип: здоровье - капитал, увеличивающий эффективность общественного труда. Поэтому главной характерной чертой медицинских услуг в этой модели рассматривают случайный потенциальный спрос, связанный с риском потери здоровья и трудоспособности. При этом труд понимают, как один из важнейших производственных факторов («винтик» общественного производства), вероятность «поломки» которого следует минимизировать. И главная роль медицинского страхования заключается именно в этом.

Таким образом, в бисмарковской модели здоровье играет по отношению к труду ту же роль, что и капитал. Здоровье увеличивает эффективность труда, стоимость так называемого «человеческого капитала». Аналогичный принцип был использован в России в начале 1920-ых гг., когда создавалась советская заводская медицина. Основной ее задачей было повышение качества трудовых ресурсов в ключевых отраслях промышленности: тяжелой и оборонной. Таким образом, бисмарковская модель ориентирована, прежде всего, на решение чисто экономических задач: обеспечение роста производительности труда и сокращение экономических потерь за счет снижения трудопотерь.

Однако, помимо страхования риска потери здоровья как такового, система государственного медицинского страхования обеспечивала перераспределение доходов путем оплаты медицинских услуг через страховые фонды, что позволило добиться смягчения остроты социальных проблем, связанных с риском потери трудоспособности малоимущих слоев населения.

Модель интегрированного здравоохранения имеет следующие характеристики. Государственные гарантии в сфере здравоохранения конкретизируются по видам, объемам, порядку и условиям оказания медицинской помощи посредством развития системы стандартов в здравоохранении. Государственная система здравоохранения предоставляет медицинскую помощь всему населению. Платные медицинские услуги в государственных медицинских учреждениях сохраняются, но предоставляются лишь как дополняющие «бесплатные» медицинские услуги. Система финансирования здравоохранения является страховой.

4. Медицинское страхование

Начало медицинского страхования положили во второй половине XIX в. так называемые страховые законы канцлера Германии Отто фон Бисмарка. «Закон о страховании рабочих по случаю болезни» был принят в 1883 г. С тех пор в Германии, а затем в ряде других стран, в т.ч. и в России (1912), были приняты такие законы, положившие начало системе страховой медицины («система Бисмарка»). Эта система основывается на предоставлении медицинской помощи за счет отчислений из заработной платы, отчислений от доходов (налогов) предпринимателей и средств государственного бюджета.

Размер отчислений в разных странах разный, но обычно первые два основных источника обеспечивают большую часть расходов. Государство платит значительно меньше, чем застрахованные и предприниматели, и чаще всего эти средства идут на

общенациональные медицинские программы, общегосударственные учреждения и другие цели. Страховыми средствами не исчерпываются все ресурсы: 20-30% восполняются за счет добровольного страхования, из частных, благотворительных и других источников.

Более того, обязательное медицинское страхование не обеспечивает всей оплаты за медицинскую помощь - часть расходов оплачивает сам застрахованный или за него доплачивают предприятия, организации и пр. Однако большую часть расходов на медицинскую помощь несут организации социального, обязательного страхования.

Система здравоохранения в странах с таким механизмом финансирования называется страховой медициной.

Выделяют следующие модели оплаты медицинского страхования населения:

- прямой (или «из кармана пациента»);
- общее налогообложение;
- социальное страхование здоровья;
- добровольное или частное страхование;
- пожертвования или общинное страхование здоровья.

В разных странах сложились различные организационные формы (структуры) страховой медицины.

Наряду с центральными органами здравоохранения (министерствами, департаментами) и их региональными подразделениями, отделами, инспекциями, муниципальными органами (отделами, советами здравоохранения), центральными, региональными (областными), районными госпиталями, амбулаториями, учреждениями, частными врачами общей практики, семейными врачами, специалистами, действуют страховые организации (страховые кассы, их объединения, инспекции и пр.), которые обеспечивают, обычно по договорам с медицинскими учреждениями и отдельными врачами, медицинскую помощь застрахованным.

Органы управления и контроля здравоохранения (министерства, департаменты и т.п.) обычно отделены от системы социального страхования, которое является самостоятельной организацией, хотя контактирует с администрацией здравоохранения и с другими ведомствами. Более того, правительство, его органы, например министерства труда, социальной защиты, контролируют органы и организации социального, в том числе медицинского, страхования. Контроль осуществляют также профсоюзы и медицинские ассоциации.

Как правило, в странах со страховой медициной (как, впрочем, и в большинстве других стран) сложилась трехуровневая структура служб здравоохранения:

1 - центральный уровень (федеральный, общегосударственный) – министерство (департамент, комитет, совет и пр.) здравоохранения и непосредственно подчиненные ему учреждения (крупные центры, больницы и др.);

2 - региональный уровень (областной, провинциальный и т.п.), на котором работают муниципальные, общественные и частные медицинские учреждения;

3 - местный уровень (районный, волостной, уездный и т.п.), на котором действуют, главным образом, частные, благотворительные, некоторое число общественных, муниципальных (преимущественно сельских) учреждений и отдельные врачи или их группы (групповая практика). При медицинских учреждениях на этом, а подчас и на региональном уровне, помимо ведомственной и местной администрации, действуют и попечительские советы из представителей общественности, предпринимателей, профсоюзов, властей, населения.

Обычно бóльшая часть коечного фонда и медицинского персонала заняты на 2-м и 3-м уровнях. В странах со страховой медициной, как и в большинстве экономически развитых стран, доврачебный уровень (медицинские пункты, посты и т.п. со средним и

младшим персоналом) отсутствует, и всю медицинскую помощь, в т.ч. первичную, оказывают врачи и средний медицинский персонал.

Германия. Страховая медицина развивается с 1883 г., с принятия соответствующих страховых законов («законов Бисмарка»). Медицинское страхование является частью общегосударственной системы социального страхования и обеспечивает медицинскую помощь при болезни, уходе, профилактике, несчастном случае, родовспоможении, лечение у врачей общей практики, специалистов, в амбулаториях, на дому, стационарах, стоматологическую помощь, обеспечение медикаментами и др. На медицинское страхование идет более 8% валового продукта (из 13% всех расходов на здравоохранение). Средства на медицинское страхование поступают из трех источников: 6,5% фонда оплаты труда платят застрахованные, столько же работодатели, остальные средства дотирует государство из бюджета. Финансирование здравоохранения, таким образом, обеспечивается на 60% и более за счет социального страхования, на 10% – из средств частного (добровольного) страхования, по 15% – государственными ассигнованиями и личными средствами граждан. Таким образом, на одного человека из всех источников на здравоохранение тратится более $2000 в год.

Все операции по страхованию здоровья осуществляют более 1200 страховых (больничных, как их называли) касс, объединенных в ассоциации, которые контролируют деятельность касс и расходование средств врачами. Традиционно сохраняется несколько видов (форм) касс: местные (преимущественно для неработающих, членов семей застрахованных), расположенные по месту жительства; производственные (по месту работы); морские, горняцкие, сельскохозяйственные, эрзацкассы (главным образом для служащих). Страхованием охвачено более 90% населения. Состоятельные граждане обычно пользуются добровольным страхованием, хотя они могут быть застрахованными и системой социального, государственного страхования (примерно 3%).

Представляет интерес простой и эффективный контроль использования страховых средств и деятельности медицинских учреждений и отдельных врачей. Врачебные и страховые ассоциации устанавливают на конкретный срок своего рода тариф на определенные медицинские услуги в условных единицах или пунктах, который периодически пересматривают. Страховые врачи и организации не должны выходить за пределы тарифа.

Структура управления здравоохранением и организации медицинской помощи в Германии характерна для экономически развитых стран. Общенациональный контроль осуществляет Федеральное министерство здравоохранения и социальной помощи. В регионах («землях») имеются соответствующие министерства, их органы и учреждения.

Муниципальные учреждения подведомственны местным органам власти, соответствующим советам, комитетам и т.п. Все медицинские учреждения работают на федеральном, региональном, местном административных уровнях.

Медицинская администрация не распространяет свою юрисдикцию на страховые кассы и их ассоциации, хотя работает в тесном контакте с ними. Более того, помимо профсоюзов, врачебных ассоциаций, самих ассоциаций страховых касс, контроль над страховыми организациями осуществляют министерства труда, науки, здравоохранения и др.

5. Критерии ВОЗ для оценки систем здравоохранения

Всемирная организация здравоохранения предложила 4 главных направления оценки любой системы и модели здравоохранения: развитие ресурсной базы, необходимой для функционирования системы, распределение финансов, обеспечение рационального использования ресурсов и реализация ожидания населения и сохранение их доверия к системе.

Критериями ВОЗ для оценки эффективности деятельности систем здравоохранения служат: улучшение здоровья населения, достижение справедливости в распределении бремени расходов, обеспечение отзывчивости на ожидания людей.

Измерение результатов деятельности систем здравоохранения осуществляется на основе следующих показателей: общий уровень здоровья, распределение уровня здоровья среди населения, общий уровень отзывчивости системы, распределение уровня отзывчивости, распределение бремени расходов на здравоохранение.

Уровень здоровья (ОПЗЖ) – ожидаемая продолжительность здоровой жизни - ожидаемая продолжительность жизни при рождении, скорректированная по времени, которое приходится на неудовлетворительное состояние здоровья, сводный индекс смертности. Уровень отзывчивости систем здравоохранения характеризует интегральный показатель DALE – disability adjusted life expectancy, который включает уважение достоинства пациентов, обеспечение конфиденциальности, уровень внимания, качества удобств, свободы выбора производителей медицинских услуг и др.

Заключение

В лекции рассмотрены общие представления о системах здравоохранения и современные модели организации систем здравоохранения передовых государств мира.

Модели развития социальной сферы зависят от идеологического подхода государства к организации и функционированию социальных сфер общества. Анализируется роль государства, которая состоит в определении и потребностей сообщества в кратко- и долгосрочной перспективе. Рассмотрены классические модели социального государства – остаточная и институциональная. Приводятся основные принципы реализации представленных моделей. Выявляются методы реализации социальной политики в сфере здравоохранения.

Трэнд мирового рынка здравоохранения – технологии, обеспечивающие при сопоставимых затратах лучшее качество медицинского обслуживания, или при требуемой результативности являющиеся более экономичными, могут сформировать пул экспортноориентированных продуктов.

Развитие рынков медицинских услуг по следующим направлениям: совершенствование и внедрение новых методов диагностики и лечения: регенерация тканей с использованием стволовых клеток, радиологические исследования, неинвазивные методы лечения и диагностики; превентивная медицина (методы ранней диагностики, скрининга, управление средой обитания); персонализированная медицина на основе генной инженерии.

Три группы инструментов: коммуникационные технологии (телемедицина, использование портативных средств мобильной связи, интернета, переход на облачные платформы); интегрированные информационные системы (автоматизация процессов диагностики, лечения и управления, ведение электронных медицинских записей, компьютеризация и средства клинической визуализации, использование мобильных мониторов и датчиков, управление структурированными базами данных, внедрение искусственного интеллекта, разработка и использование интерфейса «мозг - компьютер»); медицинское оборудование, приборы, препараты и материалы (совершенствование и миниатюризация радиологического оборудования, разработка портативных персональных и клинических неинвазивных средств диагностики и физиотерапии, переход на роботизированные медицинские манипуляции, использование нанотехнологий, разработка высокоэффективных биопрепаратов нового поколения).

Лекция 2. Организация системы здравоохранения передовых государств мира

Контингент обучаемых – обучающиеся по дополнительной профессиональной программе повышения квалификации «Современные модели систем здравоохранения»

Время – 2 акад. часа

Место проведения – личный кабинет обучающегося в системе дистанционного обучения ФГБУ ВЦЭРМ им. А.М. Никифорова МЧС России по адресу в сети Интернет http://idpo.nrcerm.ru

Учебные вопросы

1. Система здравоохранения Соединенных Штатов Америки
2. Система здравоохранения Федеративной Республики Германия
3. Система здравоохранения в Соединенном Королевстве (Великобритании)
4. Система здравоохранения Республики Сингапур

Список используемой литературы

1. Клюковкин К.С. Здравоохранение в зарубежных странах. Международное сотрудничество в области здравоохранения : Общественное здоровье и здравоохранение: учебник / Н.И. Вишняков, О.А. Гусев, Л.В. Кочорова, Е.Н. Пенюгина [и др.]. – 9-е изд., испр. и доп. – М. : МЕДпресс-информ, 2018. С. 654-666.

2. Фролова Е.В. Организация медицинской помощи в Великобритании // ГлавВрач, 2017. № 11. С. 66-75.

3. Шаманина Э.А. Применение государственно-частного партнерства в отношении субъектов здравоохранении Великобритании // Государственно-частное партнерство. 2016. Т. 3, № 4. С. 247-264.

4. Чинь Тхи Тхань Ха. Особенности системы медицинского страхования в Республике Сингапур // Актуальные вопросы инновационной экономики, 2015. № 12. С. 177-182.

Интернет-ресурсы

1. Бюллетень Всемирной организации здравоохранения. – URL: https:// www.who.int/ bulletin/volumes/96/1/ru/ (Дата обращения 28.01.2022).

2. Всеобщая декларация прав человека ООН (принята Генеральной Ассамблеей ООН 10.12.1948). – URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_ LAW_120805/ (Дата обращения 28.01.2022).

3. Мировая статистика здравоохранения - 2018: мониторинг здоровья для следования Целям устойчивого развития https://roscongress.org/materials/mirovaya-statistika-zdravookhraneniya-2018-monitoring-zdorovya-dlya-sledovaniya-tselyam-ustoychivogo/ (Дата обращения 28.01.2022).

4. Насколько «здорова» система здравоохранения в Сингапуре? – URL: https:// internationalwealth.info/immigration-and-emigration-offshore/how-healthy-is-healthcare-singapore/ (Дата обращения 28.01.2022).

5. Национальная служба здравоохранения (Англия). – URL: https://ru.qaz. wiki/wiki/National_Health_Service_(England) (Дата обращения 28.01.2022).

6. Национальный центр здоровья - National Health Service Национальный центр здоровья. – URL: https://ru.qaz.wiki/wiki/National_Health_Service (Дата обращения 28.01.2022).

7. Оценка систем здравоохранения с позиций Всемирной организации здравоохранения. – URL: https://nacmedpalata.ru/?action=show&id=6549 (Дата обращения 28.01.2022).

9. Резников Д.А. Организация медицинской помощи больным в Германии. Принципы и основы страховой медицины Система социального страхования в Германии. – URL: https://www.elibrary.ru/download/elibrary_16331344_ 58439767. pdf (Дата обращения 28.01.2022).

10. Сингапурская клиника общего профиля (Singapore General Hospital). – URL: https://uniclinics.com/ru/lecheniye-za-rubezhom/singapur/kliniki/singapore-general-hospital (Дата обращения 28.01.2022).

11. Треус А. Треть немецких врачей работает более 48 часов в неделю. – URL: https://aussiedlerbote.de/2020/04/tret-nemeczkikh-vrachej-rabotaet-bolee-48-chasov-v-nedelyu/ (Дата обращения 28.01.2022).

12. Шевченко С. Система здравоохранения в Германии. – URL: https:// aussiedlerbote.de/2019/09/sistema-sdrawoochraneniya-w-germanii/ (Дата обращения 28.01.2022).

13. Medicaid против Medicare – разница и сравнение – 2021 – Блог. – URL: https://ru.weblogographic.com/medicaid-vs-medicare (Дата обращения 09.02.2021).

14. WHO // Singapur statistics summary (2002 - present) [Электронный ресурс]. - URL: http:// apps.who.int/gho/data/node.country.country-Sgp.

15. Singapur: WHO statistical profile // http://www.who.int/sgp/ru.

Введение

Актуальность темы лекции обусловлена необходимостью актуализировать знания и представления слушателей об организации системы здравоохранения передовых государств мира.

Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ, World Health Organiza-tion) условно приняла, что 1900 г. является годом образования систем здравоохранения в мировом сообществе. Полагают, что до начала XX в. медицинская помощь, оказываемая населению, не может быть охарактеризована как единая система обеспечения медицинской помощи.

Более чем за сто лет системы здравоохранения изменялись на фоне динамики общественно-экономических условий в государствах; менялась и роль этих структур в обеспечении здоровья каждого человека. Сто лет назад роль систем здравоохранения в сохранении жизни человека была намного значительнее, т.к. в начале деятельности усилия систем здравоохранения всех стран были сосредоточены на борьбе с инфекционными заболеваниями, уносившими миллионы человеческих жизней.

Позволю напомнить, что согласно определению ВОЗ

Дефиниция 1 Система здравоохранения – [*представляет собой*] совокупность различных организаций, институтов и ресурсов, предназначенных для действий в интересах здоровья граждан.

Основная цель системы здравоохранения в любой стране – улучшение здоровья населения.

Для функционирования системы здравоохранения необходимы кадровые ресурсы, финансовые средства, информация, оборудование и материалы, транспорт, коммуникации, а также всеобщее управление и руководство. В рамках системы здравоохранения, согласно требованиям ВОЗ, должны оказываться услуги, чутко реагирующие на потребности и справедливые с финансовой точки зрения, при уважительном отношении к людям.

Принципиальная позиция ВОЗ заключается в том, что искренняя забота о благополучии и здоровье населения – основа плодотворного руководства, главная составляющая деятельности правительства любой современной страны. Это предполагает,

прежде всего, создание наилучшей, справедливой и желаемой населением системы здравоохранения. Как отмечено в ежегодном отчете ВОЗ «Доклад о состоянии здравоохранения в мире, 2000 г.», – здоровье людей – это всегда национальный приоритет, ответственность, которую несет правительство страны.

В лекции представлены системы здравоохранения передовых государств мира – США, ФРГ, Объединенного Королевства (Великобритании) и Республики Сингапур - их организация и система управления, системи подготовки медицинского персонала и медицинского страхования, принятая в каждом из перечисленных государств, финансирование системы здравоохранения и основные направления современной реформы здравоохранения в стране.

1 Система здравоохранения Соединенных Штатов Америки

В Соединенных Штатах Америки США функционирует децентрализованная система здравоохранения.

Согласно заключению аналитиков агентства Bloomberg (Bloomberg Health Care Efficiency), основаных на данных Всемирной организации здравоохранения, Организации Объединенных Наций и Всемирного банка (The Most Efficient Health Care) система здравоохранения Соединенных Штатов Америки занимает 50-е место в рейтинге стран мира по эффективности систем здравоохранения за 2019 г.

1.1 Структура системы здравоохранения США

Формально управление здравоохранением в США осуществляет Департамент (министерство) здравоохранения и социальных служб, но функции его весьма ограничены.

Департамент здравоохранения осуществляет координацию всех медицинских учреждений, обеспечивает контроль за санитарно-эпидемической ситуацией, производством и продажей лекарств, вместе со специальным ведомством проводят контроль за пищевыми добавками, предоставляет свои учреждения для льготной медицинской помощи некоторым группам населения, через свои научно-исследовательские институты (например, Национальный институт здравоохранения в Бетезде) организует выполнение исследовательских программ по актуальным проблемам, осуществляет координацию по подготовке кадров и т.п.

Организация Департамента (министерства) здравоохранения и социальных служб США представлена на рисунке 1.

В состав Департамента (министерства) здравоохранения США входит служба общественного здравоохранения, которая занимается вопросами организации медицинской помощи (амбулаторной и стационарной) только некоторым группам населения: ветеранам войны, морякам торгового флота, личному составу Вооруженных сил США, государственным служащим, американским индейцам.

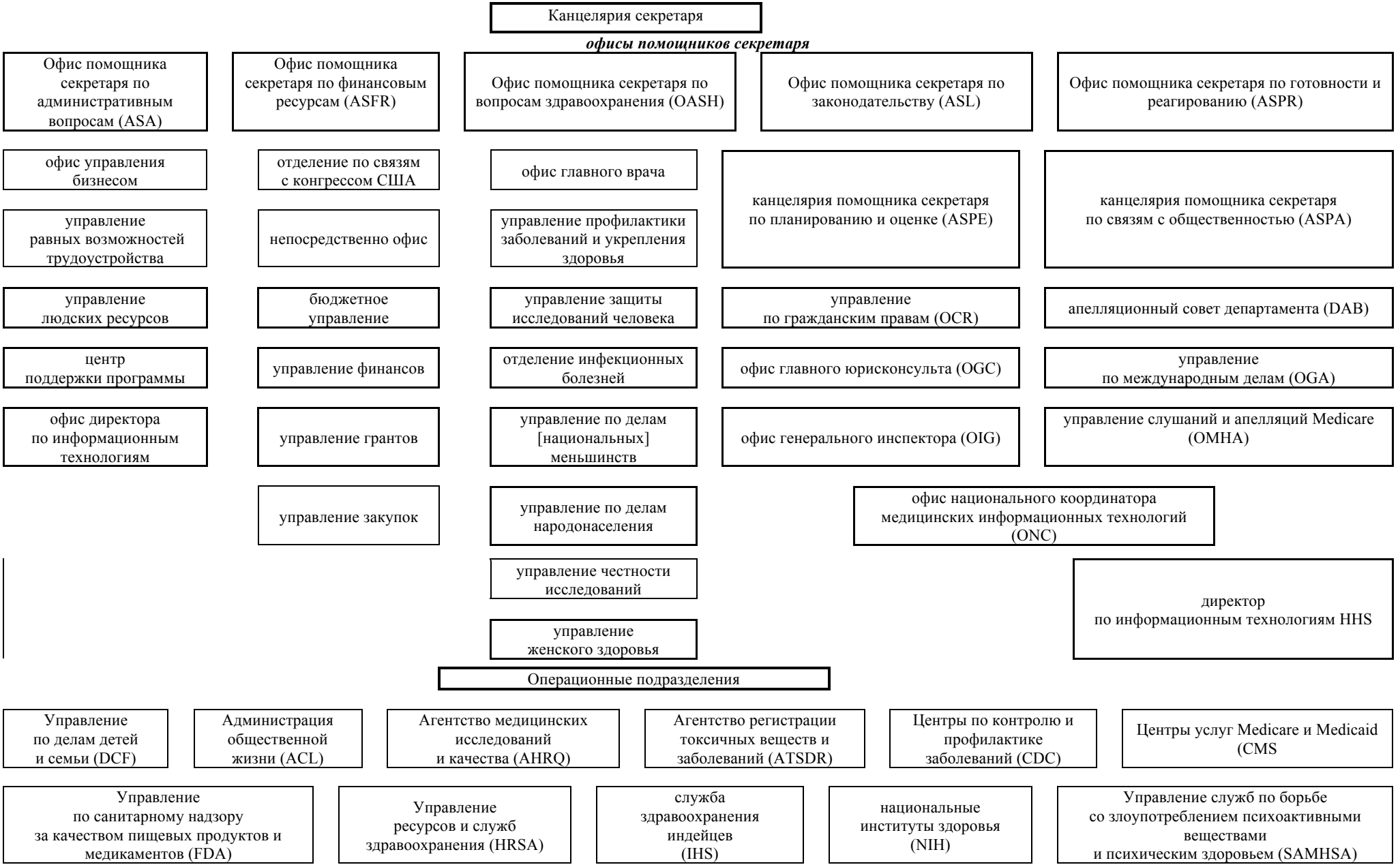

Рисунок 1 – Структура Департамента (министерства) здравоохранения и социальных служб США
(по состоянию на 23.09.2020)

В штатах в составе региональных правительств во главе с губернаторами имеются департаменты здравоохранения, ведающие большинством медицинских учреждений, в т.ч. психиатрическими, родовспомогательными, педиатрическими, инфекционными, бактериологическими лабораториями, амбулаторно-поликлини-ческими центрами и проч. Их функции сводятся, главным образом, к проблемам санитарно-противоэпидемической защиты.

Много лет считали, что в США лишь одно здравоохранение – частное. На самом деле эта страна с наиболее выраженной рыночной экономикой, воплощает различные формы организации здравоохранения.

Учреждения регионального и федерального уровней составляют более $^{3}/_{4}$ и всей материально-технической базы здравоохранения.

В сфере здравоохранения США отсутствует поликлиническое звено – работает система семейных врачей (GP или терапевтов). Семейный врач проводит первичный осмотр и направляет к узкопрофильному специалисту или говорит, в какую больницу стоит обратиться.

В США популярна система групповой практики, в составе которой, чаще всего, функционируют 5-7 врачей одной или нескольких специальностей.

В стране существует 3 типа больниц:

- государственные;
- частные, приносящие «прибыль» – аналог частных клиник в России;
- частные больницы, не приносящие прибыли – медицинские организации, созданные различными некоммерческими организациями, благотворителями, национальными меньшинствами и т.д.

Правительственные (федеральные) службы составляют примерно $^{1}/_{8}$-$^{1}/_{10}$ часть всех учреждений и кадров здравоохранения.

Доля частных, коммерческих учреждений в США небольшая, хотя частных лечебниц и клиник довольно много – почти половина всех больничных учреждений. Здесь непомерно высока цена медицинских услуг, которую могут заплатить лишь очень богатые люди.

В стране много благотворительных, миссионерских, религиозных медицинских учреждений, которые содержатся на средства конфессий и меценатов. Их вклад в здравоохранение этой богатой страны не мал. Чуть ли не треть всех медсестер – сестры милосердия, работающие в медицинских организациях.

По последним данным (2015) число больничных коек в Соединённых Штатах Америки – 2,50 на 1000 человек. Страна занимает 74 место из 149.

В США больной проводит в госпитале в восемь раз меньше времени, чем в Японии.

1.2 Финансирование системы здравоохранения США

Платить за медицинские услуги в США самостоятельно невыгодно – цены очень высокие: визит к врачу обойдется в среднем в $ 350; за флюорографию могут потребовать $ 700, за кардиограмму – $ 800; вызов скорой помощи стоит около $ 500; роды могут обойтись почти в $ 30 тыс. в зависимости от сложности и медицинской организации; за один день пребывания в стационаре пациенту придется заплатить $ 1500-2000 без учета специальных процедур.

Агентство Centers for Medicare and Medicaid Services (CMS; орган, отвечающий за реализацию госпрограмм пожилым и малоимущим Medicare и Medicaid) в феврале 2017 г. составило прогноз, согласно которому расходы на здравоохранение в США будут расти быстрее национального валового внутреннего продукта (ВВП) и достигнут $^{1}/_{5}$ от его размера.

В CMS ожидают, что в период с 2016 по 2025 гг. медицинские затраты американцев будут увеличиваться в среднем на 5,6% в год. При этом, среднегодовые темпы роста ВВП составят около 4,4%. В 2015 г. расходы на медицину измерялись 17,8% от ВВП, а к 2025 г. показатель увеличится почти до 20%.

По оценкам CMS, расходы на здравоохранение из американского бюджета в 2016 г. составили $ 3,2 трлн, а в 2025 г. они достигнут $ 5,6 трлн. В этот же период затраты на стационарное лечение, по прогнозам, возрастут на 80%, до $ 1,8 трлн, траты на рецептурные препараты – на 91% и составят $ 615 млрд.

Авторы исследования отмечают, что в 2025 г. в Америке останется лишь 8% незастрахованных людей, в то время как в 2014 г. этот показатель равнялся 11%.

В декабре 2017 г. стало известно, что в 2016 г. расходы на здравоохранение в США увеличились на 4,3% и достигли $ 3,3 трлн или $ 10 348 в расчете на человека.

На этом фоне темпы роста расходов и числа людей, охваченных индивидуальным медицинским страхованием, уменьшились как в рамках федеральной программы оказания медицинской помощи пожилым людям Medicare, так и в системе медпомощи неимущим Medicaid.

Если в 2015 г. в затраты на Medicare и Medicaid увеличились на 4,8% и 9,5%, то в 2016 г. прибавка составила 3,6% и 3,9%, до $ 672,1 млрд и $ 565,5 млрд соответственно. В 2015 и 2014 гг. более выраженному прогрессу способствовал Закон о доступном медицинском обслуживании (Affordable Care Act, ACA).

В 2016 г. расходы на медицинское обслуживание, выходящее за рамки страховки, увеличились на 3,9%, тогда как в 2015 г. рост был в пределах 2,8%.

Расходы на рецептурные лекарственные препараты в 2016 г. возросли на 1,3% и составили $ 328,6 млрд. Для сравнения, в 2014 и 2015 гг. отмечен подъем на 2,4% и 8,9%. Замедление объясняют сокращением числа новых зарегистрированных препаратов и уменьшием расходов на дорогостоящее лечение гепатита С в 2016 г.

Расходы на частное медицинское страхование в 2016 г. достигли $ 1,1 трлн, увеличившись на 5,1%, после прибавки на 6,9% в 2015 г.

Здравоохранение США – одна из самых высокооплачиваемых отраслей. Зарплаты врача в среднем составляют $ 8-15 тыс. в месяц. Высококвалифицированные специалисты (хирурги, анестезиологи) получают до $ 250000 в год. Именно поэтому работа врачом в США крайне престижна, а обучение в медицинском вузе стоит выше среднего (от $ 25 тыс. за курс).

Свыше 40% из общей суммы всех затрат на здравоохранение в США составляют средства федерального правительства (госбюджета) и общественных программ, в основном, «Medicare» (для медицинской помощи пожилым – после 65 лет); «Medicaid» (для безработных, неимущих и некоторых групп инвалидов), а также SCHIP (страхование здоровья детей), COBRA (если пациент потерял работу) и PCIP (страхование при уже имеющихся заболеваниях).

Другие средства составляют индивидуальные платы граждан (более 20%) и взносы религиозных и благотворительных фондов и организаций.

В соответствии с подобным разделением средств сложилась структура здравоохранения.

1.3 Национальная система медицинского страхования в США

Для большинства населения США страхование здоровья является частным делом каждого.

В США доминируют организации добровольного медицинского страхования, но разнородность медицинских служб основывает «внесистемное здравоохранение».

Единая национальная система медицинского страхования в США отсутствует, но имеются более 1500 частных страховых медицинских компаний. Наиболее крупные – «Blue Cross» («Голубой крест») и «Blue Shield» («Голубой щит»). Регулированием деятельности страховых компаний занимаются комиссии по страхованию в отдельных штатах.

В стране работают и другие системы страхования, такие как система для военнослужащих и ветеранов, а также система медицинского страхования для коренных американцев.

Система медицинского страхования Medicaid - программа помощи, которая охватывает семьи и отдельных лиц с низким или нулевым доходом.

Система медицинского страхования Medicare – особая федеральная программа медицинского страхования для людей старше 65 лет и для тех, кто страдает терминальной стадией почечной недостаточности, либо амиотрофическим латеральным склерозом.

Данный вид страхования защищает права малоимущих с 1965 г.

Система обеспечивает медицинскую помощь для многодетных семей и инвалидов. Услуги, стоимость которых покрывается Medicaid, охватывают консультации врачей, пребывание в стационаре, вакцинацию, лекарства по рецепту врача, превентивную помощь для детей, долговременный уход и др.

Однако только 46% американцев с низким доходом получили возможность зарегистрироваться и получать пособия в рамках программы.

Программа обязательного социального страхования престарелых охватывает всех граждан страны старше 65 лет, поэтому она считается более успешной. Однако престарелые пациенты вынуждены сами платить из своего кармана за первый день госпитализации, за посещение врачей в поликлинике и почти за всю долгосрочную помощь в домах сестринского ухода.

Особенности системы частного страхования на примере США:

- наличие страхового полиса ДМС,
- возможность обращаться к любому врачу,
- возмещение расходов на лечение и лекарства,
- высока стоимость страховки,
- низкая доступность для многих граждан США (для людей с низкими доходами),
- высокая затратность.

Частным медицинским страхованием в США охвачено более 80% населения. За счет средств этого вида страхования оплачивается более трети всех медицинских услуг, прежде всего самых дорогих, – больничных (более 35%) и почти половина внебольничной врачебной помощи.

Свыше 40% всех расходов из общей суммы составляют ассигнования федерального правительства (госбюджета) и общественных программ, прежде всего «Medicare» (для медицинской помощи людям старше 65 лет) и «Medicaid» (медицинская помощь неимущим, безработным). Остальные средства составляют личные платежи граждан (более 20%) и взносы различных религиозных, благотворительных фондов и организаций.

Добровольное страхование обходится в значительную часть заработка - 10-12% по всем видам страхования.

В США отсутствует единое, пусть и негосударственное, несоциальное, добровольное медицинское страхование, а существует несколько его видов – на больничную помощь, врачебную, сестринскую, амбулаторную, хирургическую и т.п.

Страхование на основные медицинские расходы самое дорогое, но и оно неполное. Даже если застраховаться на все виды медицинской помощи, это не гарантирует 100% оплаты медицинской помощи. Часть выплат все равно должен нести застрахованный. Тем не менее, лишь 17% населения не застраховано, большинство предпочитают страховаться,

так как цена медицинских услуг непомерно высока и катастрофически растет, значительно обгоняя рост цен на потребительские товары и другие услуги.

В этих условиях некоей альтернативой добровольному страхованию в последние годы стало создание страховой организации с более дешевым страхованием, преимущественно по основным видам внебольничной, наиболее массовой помощи, пользующейся поддержкой многих общественных ассоциаций, местной администрации и спонсоров, – своего рода организации помощи здравоохранению, которая обслуживает уже более 35 млн граждан США.

Одной из причин массового распространения добровольного страхования является его поддержка работодателями, которые с целью сокращения налогов и удержания рабочей силы выплачивают довольно существенные суммы (подчас до 80% страховки) на страхование своим рабочим и служащим. Правда, эти выплаты они включают в себестоимость продукции.

Полностью бесплатной медицинской помощи в США нет (кроме некоторых групп военных), но службы и организации здравоохранения предоставляют льготную медицинскую помощь за счет общественных, федеральных и иных источников средств отдельным слоям населения. Прежде всего, это члены самой крупной общественной организации ветеранов войн, аборигены Америки, которых осталось несколько сотен тысяч, служащие госдепартамента, моряки торгового флота и др. Льготную медицинскую помощь получают главным образом малоимущие, безработные, подпадающие под действие закона о «Medicaid», и пожилые, старые люди, которые добровольно согласились получать медицинскую помощь в соответствии с законом о «Medicare».

Однако далеко не все потенциальные пользователи этими льготами получают их: они доступны лишь половине беднейших слоев населения и стариков. Без медицинского обслуживания остаются около 37 млн человек.

Таким образом, в США преобладают организации добровольного медицинского страхования, но пестрота медицинских служб создает «несистему здравоохранения».

Громадные средства, затрачиваемые на здравоохранение, позволяют разрабатывать и внедрять эффективные медицинские технологии, добиться высокого качества медицинской помощи, развертывания научных исследований. Вместе с тем, по мнению ряда политических деятелей, специалистов, большие расходы неадекватны получаемым результатам, например, по младенческой смертности США находятся на 20-м месте в мире. Эти и другие причины заставляют правящие круги искать пути сокращения расходов, повышения эффективности медицинской помощи, главное, удовлетворять требования неимущих слоев (более 37 млн человек) о предоставлении возможности пользоваться квалифицированной медицинской помощью, которой они лишены.

1.4 Реформа системы здравоохранения США

42-й президент США (1993-2001) Билл Клинтон предложил план перестройки здравоохранения страны с учетом опыта государственной страховой медицины, предложений по обеспечению всего населения медицинской помощью. Однако реализация плана была отложена.

Obamacare – первая с 1965 г. масштабная реформа здравоохранения, предполагающая всеобщее медицинское страхование.

Официальное название принятой в 2010 г. Obamacare – реформа здравоохранения и защиты пациентов (Patient Protection and Affordable Care Act).

По состоянию на 2009 г. почти 50 млн американцев не имели медицинской страховки, и, по словам 44 президента США Барака Обамы, реформа проводилась с

целью помочь большему количеству граждан получать медицинские услуги и медикаменты за счет страхования и получить полис даже при наличии диагностированных заболеваний.

Главный элемент реформы, осуществление которой началось с октября 2013 г., – введение обязанности граждан США приобретать медицинскую страховку, если они не застрахованы. При этом предусматривались субсидии малоимущим.

Реформа также была призвана улучшить условия медицинского страхования уже имеющих полис граждан. Согласно законопроекту, с 01.01.2014 г. работодатели и их страховщики больше не могли отказать работникам в предоставлении медицинской страховки или повышать страховые взносы за неё в случае, если до момента начала трудового договора у работника уже было подтверждено тяжелое хроническое заболевание (например, СПИД, рак и т.д.).

Планировалось создание бирж для страхователей, благодаря которым появится возможность получить полис для тех, кто не смог получить страховку у работодателя. Для страховых взносов в этом случае будет установлен «потолок» в 3-9,5 % от доходов клиента. Граждане могли бы приобретать страховку без содействия работодателей в специально созданных для этого центрах. Предусматривалась административная ответственность в отношении лиц, отказывающихся приобретать, и компаний, отказывающихся продавать полис. Начиная с 2014 г. подобные штрафы для граждан могли составить $ 95 или 1 % от дохода и постепенно возрастали бы до $ 695 или 2 % от дохода. Планировалось совершенствование системы снабжения престарелых граждан медикаментами.

В результате страховое покрытие должно охватить 95 % населения страны (против 84 % по данным 2011 г.).

Ожидалось, что реформа создаст 400 тыс. новых рабочих мест; позволит снизить расходы на отдельного пациента и увеличить инвестиции в медицину; появления новых налогов для богатых граждан и фармацевтических компаний - в объёме $ 409,2 млрд к 2019 г.

Благодаря реформе планировали в течение ближайших 10 лет сократить дефицит бюджета на $ 138 млрд и ещё на $ 1,2 трлн – в последующее десятилетие; повысить эффективность системы здравоохранения в целом; в результате сокращения административных расходов страховых компаний высвободить $ 286 млрд.

Программа была рассчитана на 10 лет, ее запланированная стоимость – $ 940 млрд. По оценке Бюджетного управления Конгресса, данной в 2012 г., в случае отмены реформы бюджетный дефицит на протяжении 10 лет вырос бы на $ 109 млрд. «Растянутый» характер реформы позволял пациентам, участникам рынка и экономике в целом адаптироваться к ней. На составление, обсуждение и прохождение реформы через американский Конгресс ушло два года, с 2008 по 2010.

Введение положений Obamacare проходило постепенно, при этом основная масса положений вступила в силу 01.01.2014 г.

Доля незастрахованных американцев за время действия Obamacare сократилась на $^1/_3$ – на 16млн человек. При этом для многих, согласно исследованиям американского института Брукингса, стоимость медицинской страховки выросла именно из-за реформы.

По мнению противников Obamacare, программа вызвала общий рост расходов на здравоохранение и негативные изменения на страховом рынке, в т.ч. уход с него некоторых компаний. К тому же, значительная часть молодежи в США недовольна необходимостью, в случае если медицинскую страховку не предоставляет работодатель, покупать ее в обязательном порядке. По мнению этой, относительно более здоровой, категории граждан, дешевле обойдется разовое посещение врачей.

Конгресс США одобрил реформу здравоохранения 21.03.2010 г. Часть её положений была в 2012 г. сочтена Верховным судом противоречащей Конституции (en:National Federation of Independent Business v. Sebelius). В 2015 г. до рассмотрения Верховным судом

дошло дело о законности применения налоговых кредитов к лицам, приобретающим страховку на федеральных биржах (а не только на созданных штатами) – данная практика была признана законной (en:King v. Burwell).

Оппозиция закону и попытки его отменить основаны на поддержке таких сил, как профсоюзы, пропагандистские центры американских консерваторов, республиканцы, объединения представителей малого бизнеса и Движения чаепития. Эти группы выражают мнение, что закон сорвёт планы по развитию существующей системы здравоохранения, что новые стандарты страхования повысят общественные расходы и увеличат бюджетный дефицит. Некоторые возражали самой идее всеобщего здравоохранения, рассматривая медицинскую страховку как товар, который, подобно другим, не должен субсидироваться. Неоднократно обещал «отменить и заменить» этот закон 45-й президент США Дональд Трамп.

Республиканцы добились важной судебной победы: 12.05.2016 г. федеральный суд постановил, что администрация президента США Б. Обамы использовала неправильные методы для финансирования субсидий малоимущим в рамках реформы.

По причине того, что реформа означала увеличение государственного регулирования, полагалась на мощный правительственный аппарат федерального уровня и требовала больших бюджетных расходов, сама реформа в целом, а также её отдельные положения и/или этапы в частности неоднократно саботировались представителями республиканской партии, контролирующей Палату представителей США. Данные противоречия в конце концов привели к тому, что не был вовремя согласован бюджет на 2014 финансовый год, и, следовательно, к приостановке работы Правительства США и государственных организаций с 01.10.2013 г.

Палата представителей США 14.01.2017 г. проголосовала за резолюцию, которая инициировала процесс отмены Obamacare.

Президент США Дональд Трамп, 20.01.2017 г. – в первые часы своей работы в Белом доме, подписал исполнительный Указ, облегчающий действовавшие для госучреждений нормативные требования, введенные законом о доступном медицинском страховании, на основании которого работает программа Obamacare.

В конце июня 2017 г. Президент США призвал сенаторов республиканской партии отменить действующую систему медицинского страхования, принятую при Бараке Обаме. Против этого в Сенате выступили все 48 демократов.

Сенат США 28.07.2017 г. отклонил «урезанный» план по частичной замене реформы здравоохранения Obamacare. В октябре 2017 г. администрация Дональда Трампа сообщила, что прекращает ряд выплат страховым компаниям, ввиду того, что они не имеют необходимого одобрения Конгресса.

Федеральный суд техасского города Форт-Уорт объявил 15.12.2018 г. реформу здравоохранения и защиты пациентов в США неконституционной. Судья Рид О'Коннор, принявший это решение, объяснил его упразднением в 2017 г. одного из главных положений Obamacare – мандата, обязывающего всех граждан США покупать медицинскую страховку.

2. Система здравоохранения Федеративной Республики Германия

2.1 Организация системы здравоохранения Федеративной Республики Германия

Министерство здравоохранения Федеративной Республики Германия (ФРГ) (нем. Bundesministerium für Gesundheit, BMG) –министерство кабинетного уровня Германии.

Штаб-квартира министерства здравоохранения ФРГ находится в Бонне, в Берлине расположен второй офис.

Возглавляет министерство Федеральный министр здравоохранения. По состоянию на 09.02.2021 г. им является Йенс Спан – политический деятель, магистр политологии и права.

Цели министерства здравоохранения ФРГ:

- качество, медицинская эффективность и безопасность;
- безопасность биологических медицинских продуктов, таких как продукты крови;
- профилактика наркозависимости и наркозависимости;
- политика профилактики, реабилитации и инвалидности медицинская и профессиональная реабилитация;
- закон об инвалидности оказание помощи инвалидам и продвижение их интересов;
- Европейская и международная политика в области здравоохранения, включая работу Федерального государственного инспектора по наркотикам и омбудсмена для пациентов.

Министерство здравоохранения ФРГ отвечает за:

- поддержание эффективности и действенности систем обязательного медицинского страхования и страхования на случай длительного ухода;
- поддержание и повышение качества системы здравоохранения;
- усиление интересов пациентов;
- поддержание экономической жизнеспособности и стабилизация уровня взносов
- профилактику и профилактику здоровья
- соблюдение Закона о защите от инфекций (Infektionsschutzgesetz, IfSG)
- установление руководящих принципов для производства, клинических испытаний, утверждения, каналов распространения и мониторинга лекарственных средств и медицинских изделий.

Министерство здравоохранения ФРГ ответственно за дисциплинарный надзор за следующими государственными учреждениями:

- Федеральным институтом лекарственных средств и изделий медицинского назначения (нем. Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte);
- Федеральным центром санитарного просвещения (нем. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung);
- Немецким институтом медицинской документации и информации (нем. Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information);
- институтом Пауля Эрлиха;
- институтом Роберта Коха.

Министерство здравоохранения ФРГ отвечает также за административный надзор за федеральным (социальным) страхованим Authority (Bundesversicherungsamt) и правовой надзор за зонтичными организациями государственных схем медицинского страхования.

Задачи министерства здравоохранения ФРГ:

- выполняет законодательную роль и контролирует выполнение законов;
- определяет стратегию развития здравоохранения;
- взаимодействует с земельными и муниципальными органами управления здравоохранением по вопросам потребности и финансирования больниц за счет земельных и муниципальных бюджетов;
- руководит общественным здравоохранением (Gesundheitsamt);
- проводит профилактическую работу среди населения и делает прививки против социально значимых заболеваний.

Министерство не вмешивается и не контролирует работу отдельных лечебных учреждений. Эту обязанность на основе V закона о лечебных профессиях передано в руки врачебного самоуправления – врачебным палатам, Ассоциации врачей больничных касс и больничным кассам.

Задачи Земельной врачебной палаты:

- обеспечение квалифицированной, доступной медицинской помощью;

- регулирование врачебной профессиональной деятельности во всех отраслях здравоохранения;

- регулирование этических и профессиональных обязанностей врачей между собой и между врачами и пациентами;

- комиссия врачебной палаты по врачебным ошибкам регулирует спорные вопросы между больным и лечащим врачом;

- регулирует последипломное обучение врачей: определяет содержание, срок и время обучения врача и среднего медицинского персонала. Выдает сертификат врачам-специалистам;

- проводит контроль и сертификацию непрерывного обучения врача-специалиста по балльной системе стажировки;

- управляет качеством медицинской помощи.

Каждый врач в ФРГ является обязательным членом Земельной врачебной палаты.

Федеральная врачебная палата является рабочим объединение всех 17 Земельных врачебных палат. Федеральная врачебная палата активно участвует в процессе образования общественного мнения и разработке законов о здравоохранении и социальной политике государства.

Основные задачи Федеральной врачебной палаты:

- обеспечение населения квалифицированной медицинской помощью посредством постоянного обмена опытом работы и согласованности деятельности между отдельными Земельными врачебными палатами;

- представительство профессиональных интересов врачей в Бундестаге и правительстве ФРГ, а также в политических партиях;

- регулирует этические и профессиональные обязанности врачей между собой и между врачами и больными;

- последипломное образование врачей: определяет содержание, сроки и время обучения врачей и среднего медицинского персонала;

- установление контактов между медицинской наукой и практикой в стране и врачебными зарубежными организациями.

Сфера деятельности Ассоциации врачей больничных касс (Kassenaerztliche Vereinigung):

- является корпорацией врачей, допущенных к медицинскому обеспечению амбулаторно-поликлинической помощи больных как с ОМС, так и добровольно застрахованных;

- гарантирует обеспечение медицинской помощи членам ОМС в любое время дня и суток;

- определяет потребность врачей для амбулаторно-поликлинической помощи и число амбулаторий в отдельных районах (Praxis);

- совместно с Земельными врачебными палатами осуществляет управление делами врачебного самоуправления. Создает совместные комиссии, например, по качеству медицинской помощи, врачебным ошибкам и др.

- организует ургентную и неотложную службу врачей и больниц;

- контролирует законность, расходы выделенных финансовых средств путем проверки документации врачей частной практики;

- определяет порядок оплаты и оплачивает медицинскую деятельность врачей Ассоциации.

Нормативно-правовые основы аккредитации и лицензирования врачей Ассоциации врачей больничных касс

Требования, предъявляемые к врачу для допуска к частной практике на территории ФРГ:

- наличие диплома о высшем медицинском образовании;
- наличие разрешения на врачебную деятельность в Германии (аккредитацию выдает Земельная врачебная палата);
- наличие сертификата врача-специалиста, выданного врачебной палатой;
- наличие лицензии/допуска к врачебной деятельности в частной практике, выданного Ассоциацией врачей больничных касс.

Сфера деятельности врача Ассоциации больничных касс (Kassenärztliche Vereinigung):

- обследование и лечение больных в амбулатории;
- консультация больных по направлению других врачей;
- врачебно-трудовая и социальная экспертиза;
- взаимодействие между амбулаторной и стационарной помощью;
- участие в работе скорой помощи;
- профилактика болезней;
- обучение больных хроническими заболеваниями, например ХОБЛ, сахарным диабетом;
- частичное последипломное образование врачей;
- подготовка среднего медицинского персонала на рабочем месте;
- постоянное повышение квалификации по системе балльных зачетов.

По своей правовой форме врачебные практики являются обществами гражданского права (корпорацией). Правовые основы ведения частной практики заложены в основе V закона в Книге земельных законов о лечебных специальностях. Этим законом государство передает функции управления здравоохранения самоуправлению врачей, оставляя за собой право контроля за деятельностью общества, регулируя посредством федеральных законов финансирование здравоохранения.

Наряду с больши́м числом одноврачебных практик (офисов), особенно семейных, существуют кооперации врачей специализированных амбулаторий с дорогостоящим оборудованием. Это или кооперация врачей (Praxisgemeinschaft), или ассоциация врачей (Gemeinschaftspraxis), или общая врачебная лаборатория (Laborgemeinschaft).

Кооперация врачей – рыночная система финансирования предприятия с полной ответственностью всех членов кооперации, совместными больными, аппаратурой, помещениями, совместной оплатой медицинского персонала.

Ассоциация врачей предусматривает индивидуальную ответственность каждого врача ассоциации за финансовую деятельность, наличие собственной аппаратура и раздельных потоков больных в совместном помещении ассоциации.

Общая врачебная лаборатория обслуживает большое количество врачебных практик разной специализации. Для руководства ею общим собранием выбирают ответственное лицо лаборатории. Все доходы лаборатории распределяют на годичном общем собрании членов или пропорционально затратам/вложенным средствам на лабораторию.

Клиника-праксис – наличие собственных коек в стационаре у некоторых врачей, особенно специалистов, которые ведут амбулаторный прием.

Центр медицинского обеспечения (Medizinisches Versorgungszentrum) объединяет под одной крышей и под одним руководством врачей многих специальностей без утраты профессиональной и финансовой автономии.

NB! Врачи, а не государство, в лице министерства здравоохранения ФРГ, а также страховые больничные кассы несут основную ответственность за медицинское обеспечение граждан.

Врачебная ассоциация несет полную ответственность за результаты лечения и эффективное использование выделенных средств, обязывает врачей искать новые формы эффективности работы лечебно-профилактических учреждений, контроля качества медицинской деятельности, повышения квалификации, доступности медицинской помощи.

2.2 Организация системы оказания медицинской помощи и лечения больных

Лечение амбулаторных пациентов осуществляют во врачебных кабинетах и оплачивают из средств страховых фондов.

Частные амбулаторные врачи могут конкурировать за пациентов с больницей.

Больниц в Германии более 2 тысяч, которые можно разделить на три категории: государственные (54%) частные (8%) и благотворительные (38%).

Особым статусом обладают университетские клиники, которые являются не только центром оказания высокотехнологической помощи, но, так же, имеют огромный научно-исследовательский потенциал. Некоторые из них настолько огромны, что образуют медицинские кампусы с улицами, почтами, ресторанами, парикмахерскими и магазинами.

Если пациент находится в крайне тяжелом состоянии или в силу каких-то причин не может самостоятельно передвигаться – неотложную помощь ему оказывает спасательная служба.

NB! Это должно быть действительно состояние, угрожающее жизни!

На вызов с высокой температурой скорая помощь попросту откажется выезжать и диспетчер порекомендует выпить жаропонижающее и отправиться в ближайший частный кабинет.

На большинстве машин скорой помощи работают медицинские спасатели, что соответствует нашему фельдшеру. Если случай тяжелый, то дополнительно, на легковом автомобиле, приезжает врач, который оказывает помощь и решает вопрос о дальнейшей госпитализации.

Неотложную помощь, включая и отравления алкоголем, в ФРГ оказывают абсолютно всем независимо от наличия медицинской страховки (например, у нелегалов), но по выздоровлению будет выслан счет на приличную сумму.

2.3 Система подготовки медицинских кадров в ФРГ

В 2018 г. в сфере здравоохранения и сестринского дела ФРГ были заняты более 4 млн человек, из них врачей – 445 тыс., медицинских сестёр – 1,1 млн и почти 0,7 млн работников по уходу за пожилыми людьми.

Один из важных факторов высокого уровня медицины в ФРГ – длительное и тщательное обучение медицинских специалистов, действие жесткой программы повышения квалификации.

Последипломная подготовка врача в ФРГ находится в ведении Земельных врачебных палат.

Раскроем ее на примере последипломной подготовки врача-пульмонолога, которая начинается после получения диплома о высшем медицинском образовании и проходит в ординатуре на рабочем месте.

Цель последипломной подготовки – получить знания и опыт для дальнейшей практической работы в качестве врача-специалиста в стационаре и поликлинике.

Последипломное обучение проводится под руководством врача-специалиста, проработавшего по специальности не менее 5 лет и получившего лицензию Земельной врачебной палаты на обучение врачей.

Продолжительность последипломного образования: внутренние болезни со специализацией в пульмонологии – 72 месяца в одной из больниц, из них 36 месяцев в общетерапевтическом стационаре и 36 месяцев в больнице пульмонологического профиля, при этом 6 месяцев – в отделении интенсивной терапии.

Цели и требования, предъявляемые к последипломному образованию врача-пульмонолога:

- необходимо приобрести знания во всех разделах пульмонологии, включая диагностику и лечение заболеваний всей дыхательной системы, средостения и плевро-пульмональных манифестаций;
- социальная и врачебно-трудовая экспертиза пациентов с заболеваниями дыхательных путей;
- основы диагностики и лечения расстройств дыхания во время сна;
- воспалительные заболевания дыхательных путей, включая туберкулез;
- проведение и контроль, хемо- и иммуномодулирующей терапии рака легких;
- интердисциплинарные показания для хирургического лечения рака легких;
- функциональная диагностика внешнего дыхания и бодиплетизмография;
- спироэргометрия;
- исследование легочного кровообращения, включая катетеризацию правого желудочка;
- показания и проведение бронхоскопии гибкими и жесткими эндоскопами, и бронхо-альвеолярного лаважа;
- кислородотерапия и искусственная вентиляция легких (ИВЛ);
- обучение больного.

После успешного завершения последипломного образования Земельная врачебная палата назначает для проведения экзамена экзаменационную комиссию в составе 3 человек, из которых два должны иметь стаж работы врача-пульмонолога не менее 5 лет. После успешной сдачи экзамена врачу выдается сертификат врача-специалиста-пульмонолога.

Формы непрерывного медицинского и непрерывного профессионального образования (CME /CPD):

- стажировка (ERS),
- система накопительных кредитов (баллов),
- дистанционное обучение,
- мультимедийные интерактивные средства.

Пример начисления кредитов/баллов при самостоятельной работе:

- защита реферата – 5 баллов,
- выступление на конференции: местный уровень – 10, региональный уровень – 15. национальный уровень – 20, международный уровень – 30 баллов,
- публикация статьи в журнале – 10 баллов,
- проведение занятий со стажером – 10 баллов,
- клинический обзор – 7 баллов,
- тестовое задание для проверки знаний – 5 баллов.

2.4 Система медицинского страхования населения в ФРГ

Исторически первая система государственного медицинского страхования населения была введена в Германии «железным канцлером» Отто фон Бисмарком (1883-1889) в 1881 г.

Современное медицинское страхование ФРГ в целом сохранило основные принципы бисмарковской организации системы здравоохранения, главный из которых – принцип солидарности – здоровые платят за больных, богатые – за бедных, молодые – за старых.

Медицинское страхование в ФРГ является обязательным для всего работающего и других групп населения. В 2007 г. был подписан закон, который запрещает пребывание на территории ФРГ без медицинской страховки.

Виды медицинской страховки, доступные в ФРГ:

- обязательная государственная страховка (GKV) – на 2019 г. ставка страховых взносов составляет 14,6% от дохода. 50% суммы взносов удерживают и перечисляют из заработной платы сотрудника, 50% платит работодатель; распространяется на услуги стоматолога, амбулаторное лечение, затраты на лекарства и приборы;
- социальная страховка – право на нее имеют все лица, получившие официальный статус на законное пребывание в ФРГ, если они не работают и получают социальное пособие; предоставляет возможность обратиться к врачу, получать стационарное и амбулаторное лечение, обращаться к стоматологу и получать лекарства. Всю сумму страховых взносов покрывает государство;
- частная страховка (PKV) – доступна только гражданам с доходом выше € 57 600 в год (руководители частных компаний, лица, занимающие общественные должности, работающие в социальных государственных структурах и проч.). Размер взносов устанавливают индивидуально в зависимости от возраста и состояния здоровья гражданина. Перед оформлением проводят полное медицинское обследование.

Медицинское страхование, при учёте определённых условий, страхователь может выбирать самостоятельно по своему желанию. Бóльшая часть населения ФРГ застрахована в государственных медицинских страховых компаниях. Все обладатели медицинской страховки имеют право самостоятельно выбирать клинику для обращения – частную или государственную.

Частное медицинское страхование предлагает более обширный спектр медицинских услуг, нежели государственное. Страхователь может выбирать по желанию спектр медицинских услуг, в связи с чем в значительно варьирует и сумма страхового полиса. Размеры страховых взносов зависят так же от общего состояния здоровья застрахованного лица, пола и возраста страхователя.

Для застрахованных пациентов первичная медицинская помощь (услуги семейного врача или терапевта) является бесплатной. Но стационарные больные должны оплачивать общий взнос за гостиничные услуги больницы до 14 суток в год. После этого все расходы берет на себя страховой фонд (больничная касса). Лекарства, если они входят в специальный утвержденный список, оплачиваются совместно из средств фонда и самого пациента в соответствии с рекомендованными ценами. Такое покрытие действует не на лекарства, которые не входят в утвержденный список.

Роль больничных касс в системе ОМС:

- собирают подоходные налоги на социальное страхование;
- контролируют исполнение гарантий оказания медицинской помощи со стороны Ассоциаций врачей, больничных касс и больниц;
- проводят заседания экспертной комиссии по нетрудоспособности,
- оплачивают пособия по больничному листу,
- проверяют показания для направления на санаторно-курортное лечение.

Характеристики систем здравоохранения, действующих на основе обязательного и добровольного медицинского страхования (на примере ФРГ):

- медицинское страхование строится на принципе солидарности
- больничные кассы управляется правительственным агентством
- существует дефицит финансирования
- подушевое финансирование
- общие расходы фиксированы и заранее известны больнице и плательщику.

2.5 Финансирование системы здравоохранения ФРГ

Ежегодно государство выделяет на развитие системы здравоохранения более 11% ВВП, на сегодня это сумма порядка € 300 млрд.

Выделяемые средства идут на:

- оснащение медицинских организаций современным оборудованием;
- разработку новых лекарственных препаратов;
- стимулирование медицинского направления в промышленности;
- внедрение новых прогрессивных методов лечения;
- открытие реабилитационных центров и профилактические программы.

Подоходные налоги на социальное страхование в Германии составляют в среднем около 15%

Финансирование системы здравоохранения ФРГ обеспечивается за счет консолидации средств из различных источников:

- 60% за счет взносов в больничные кассы, которые в ФРГ выполняют функции фондов обязательного медицинского страхования,
- 10% из средств добровольного медицинского страхования,
- 15% в структуре финансирования занимают бюджетные ресурсы,
- примерно 15% – личные средства граждан.

Больницы получают государственные субсидии для инвестирования в капитальное строительство, реконструкцию, приобретение дорогостоящего оборудования (до 7% от общего бюджета больницы). Остальные 93% своего бюджета больницы получают из источников обязательного государственного и частного медицинского страхования.

Согласно положениям менеджмента организации в здравоохранении (Diagnose Related Group (DRG) лечение в стационаре оплачивается не по числу пролеченных больных и не за койко-день, что повышает заболеваемость, а за сумму нозологических заболеваний, включенных в МКБ-10, и за степень тяжести лечения, что стимулирует профилактику заболеваний.

В стране существует достаточно продуманная система цен на медицинские услуги. Единицей для финансовых расчетов служат «очки». Количество «очков» отражает сложность услуги. Сумма «очков» для каждой услуги стабильна и известна всем участникам медицинского обслуживания и страхования. Список стоимости медицинских услуг в очках публикуется в специальных справочниках. Принятая система позволяет оперативно, без большого объема работы менять цены, реагируя на конкретные экономические условия, например, инфляцию.

Главные методы оплаты труда врача частной практики состоят в системе фиксированных бюджетов и оплаты по клинико-диагностическим группам.

В процессе реформирования системы финансирования медицинских услуг, проведенных в ФРГ в 2006 г., все финансовые средства были переданы в ФОМС. Налоги на медицинское страхование взимаются предприятием с заработной платы и отчисляются больничным кассам как с рабочих/служащих, так и с работодателей в равном размере; в настоящее время это около 7,5% от дохода рабочего/служащего. Все услуги ОМС имеют принцип нематериального обеспечения застрахованных, что означает, что безналичный перерасчет за оказанную помощь между Ассоциацией врачей и больничными кассами.

3. Национальная служба здравоохранения в Соединенном Королевстве (Великобритании)

3.1 Организация Национальной службы здравоохранения в Соединенном Королевстве (Великобритании)

Национальная служба здравоохранения в Соединенном Королевстве (Великобритании) (англ. National Health Service, NHS) – зонтичный термин, описывающий совокупность отдельных национальных государственных организаций здравоохранения Англии, Уэльса, Шотландии и Северной Ирландии.

Каждая из систем службы здравоохранения Соединенного Королевства работает независимо друг от друга и политически подотчетна соответствующему правительству.

Законом «О здравоохранении и социальном обеспечении» (2012) оперативная ответственность за функционирование системы здравоохранения в Соединенном Королевстве (Великобритании) делегирована Национальной службе здравоохранения Англии (NHS England), которая заказывает услуги первичной медико-санитарной помощи (включая врачей общей практики) и некоторые специализированные услуги, а также финансирует 211 *групп ввода в эксплуатацию клинических учреждений* (CCG) [ПК – *скорее всего, перевод дословный с использованием on-line переводчика, не отражающий смысла термина. Скорее всего, более правильно – групп клинических специалистов*], расположенных по всей стране.

Правительство Великобритании контролирует Национальную службу здравоохранения через Департамент здравоохранения и социальной защиты (DHSP), который несет политическую ответственность за организацию медицинского обеспечения населения.

Возглавляет Департамент здравоохранения и социальной защиты (DHSP) Государственный секретарь по вопросам здравоохранения и социальной защиты.

Иллюстрация Мэтью Джон Дэвид Хэнкок (Мэтт Хэнкок – Matt Hancock, 02.10.1978) – государственный секретарь по вопросам здравоохранения и социальной защиты с 2018 г., британский политик, член Консервативной партии, бакалавр философии, политики и экономики (PPE, Эксетер-колледж, Оксфорд), магистр экономики (Christ's College, Кембридж).

Национальная служба здравоохранения обеспечивает оказание бесплатной медицинской помощи населению страны и первой медицинской помощи приезжим.

Основополагающие принципы деятельности Национальная служба здравоохранения:

- комплексность, универсальность,
- бесплатность в момент оказания медицинских услуг,
- клинические потребности, а не платежеспособность пациента.

На практике понятие «бесплатность в момент оказания» обычно означает, что любой человек, законно и полностью зарегистрированный в системе (имеющий номер NHS, доступный для жителей Великобритании независимо от национальности, но не для нерезидентов Великобритании), может получить доступ к полному спектру критических (неотложных) и некритических (плановых) медицинских услуг без оплаты, за исключением некоторых конкретных услуг NHS, например, проверки зрения, стоматологической помощи, выписки рецептов и аспектов долгосрочного ухода.

Программой модернизации здравоохранения (июль 2000) сформулированы дополнительные принципы деятельности NHS:

- предоставление полного спектра медицинских услуг,
- формирование медицинских услуг с учетом потребностей и предпочтений отдельных пациентов, их семей и лиц, осуществляющих уход,

- ответ на разные потребности разных групп населения,

- постоянная работа над улучшением качества услуг и минимизацией ошибок,

- поддержка и ценность своих сотрудников,

- использование государственных средств на здравоохранение, предназначенных исключительно для пациентов NHS,

- взаимодействие с другими организациями для обеспечения бесперебойного обслуживания пациентов,

- помощь в сохранении здоровье людей и работа над сокращением неравенства в отношении здоровья,

- уважение конфиденциальности отдельных пациентов и предоставление открытого доступа к информации об услугах, лечении и эффективности.

Существует три уровня государственных органов управления здравоохранением Объединенного Королевства:

- Департамент здравоохранения – правительственный орган, который создает и централизованно контролирует внедрение законов и нормативных актов в медицинской отрасли;

- стратегические управления здравоохранения (Strategic Health Authorities) –28 структур, отвечающих за определенные регионы и обеспечивающих интеграцию общенациональных приоритетных разработок,

- местные подразделения NHS – принимают основные решения на локальном уровне.

Основными составляющими Национальной системы здравоохранения Соединенного Королевства (Великобритании) являются:

- врачи общей практики,

- больничные и специализированные службы,

- местные органы здравоохранения, которые несут ответственность за медицинское образование, строительство больниц, состояние окружающей среды, проведение профилактических прививок населению и т.д.

Ответственность за предоставление большинства местных услуг NHS возложена на группы ввода в эксплуатацию клинических учреждений (CCG) - организации, возглавляемые врачами общей практики (GP).

Группы CCG заказывают большинство услуг в зонах ответственности, включая больничное и общественное здравоохранение.

Ряд типов организаций уполномочены предоставлять услуги NHS, включая трасты NHS и компании частного сектора. Многие трасты NHS превратились в фонды NHS, что дало им независимый правовой статус и больши́е финансовые свободы.

Типы трастов и фондов NHS:

- трасты неотложной помощи (Acute Trusts) – обеспечивают функционирование учреждений, оказывающих скорую медицинскую помощь: больниц скорой помощи, родильных домов, рентген-диагностических лабораторий. Управляют больницами, лечебными центрами и оказанием специализированной медицинской помощи примерно в 1600 больницах NHS (некоторые трасты управляют от 2 до 8 больничных участков);

- трасты службы скорой помощи (Ambulance Trusts) – управляют более чем 30 станциями скорой медицинской помощи, отвечают за доставку пациентов в надлежащее медицинское учреждение;

- трасты психического здоровья (Mental Health Trusts) – специализируются на ведении и лечении больных психиатрического профиля, в т.ч. с использованием полномочий по принудительному обязательству;

- трасты обеспечения (Care Trusts) – работают одновременно в здравоохранении и в социальной сфере, что необходимо при внедрении программ, предусматривающих тесное сотрудничество NHS и муниципальной власти.

Трасты NHS управляют работой большинства го́спиталей и отвечают за оказание специализированной медицинской помощи. Их роль заключается в обеспечении высокого качества предоставляемых медицинских услуг и рационального расходования бюджетных средств.

При необходимости уменьшить очередь на оказание медицинской помощи предусмотрено обращение к частным структурам.

Трасты NHS являются работодателями большей части персонала системы здравоохранения, начиная с врачей и заканчивая службой охраны.

Трасты, лидирующие по общенациональному рейтингу эффективности, имеют возможность выйти из-под контроля NHS и получить статус самостоятельной организации. Это, в свою очередь, означает автономность для всех входящих в данный траст госпиталей. Хотя медицинские учреждения, получившие подобное право, официально остаются частью NHS, а пациенты по-прежнему проходят лечение бесплатно, самостоятельные трасты обладают бо́льшим доступом к инвестиционным фондам как общественного, так и частного сектора, бо́льшей свободой в управлении ресурсами при минимальном контроле со стороны государства.

Юридически клиники принадлежат местной общине, т.е. всем жителям, персоналу и пациентам одновременно. Такой тип собственности позволяет формировать локальные варианты здравоохранения в соответствии с потребностями и приоритетами, которые не всегда соответствуют общенациональным стратегиям. Муниципальной власти значительно проще решать такие проблемы, как очереди за консультацией специалиста по поводу эндемического заболевания.

Больницы оказывают населению специализированную медицинскую помощь, включая уход за пациентами с психическими заболеваниями, а также обеспечивают прямой доступ к отделениям скорой и неотложной помощи (accident & emergency, A&E).

Коммунальные аптеки находятся в частной собственности, но имеют контракты с соответствующими службами здравоохранения на поставку рецептурных препаратов.

Государственная система здравоохранения также предоставляет бесплатные (на месте оказания услуг) услуги скорой помощи в экстренных случаях, когда пациентам необходим специализированный транспорт, имеющийся в распоряжении только бригад скорой помощи, или, когда пациенты не в состоянии добраться домой на общественном транспорте.

Эти услуги, как правило, дополняются в случае необходимости за счет добровольных служб скорой медицинской помощи (British Red Cross, Сент-Эндрюс ассоциации скорой помощи и St John Ambulance).

Услуги по транспортировке пациентов по воздуху предоставляет Шотландская служба скорой помощи в Шотландии и в других местах окружными или региональными трастами санитарной авиации (иногда действующими совместно с местными полицейскими вертолетными службами) по всей Англии и Уэльсу. В особых чрезвычайных ситуациях воздушный транспорт (вертолеты и самолеты любого типа) предоставляют Сухопутные войска, Военно-морские и Военно-воздушные силы.

Некоторые услуги предоставляются на национальном уровне, в т.ч.: www.nhs.uk – основной общедоступный веб-сайт NHS, на котором представлена исчерпывающая официальная информация об услугах, лечении, условиях, здоровом образе жизни и текущих вопросах здравоохранения.

Специальные органы здравоохранения NHS предоставляют различные виды услуг.

Частное здравоохранение в Великобритании, где пациенты или их страховщики оплачивают лечение, является нишевым рынком, одним из самых дорогих в мире. Можно как самостоятельно оплачивать лечение, так и прибегать к услугам страховых компаний.

Некоторые платные медицинские услуги предоставляют больницы NHS. Частные поставщики также заключают контракты с NHS, особенно в Англии, на лечение пациентов NHS, особенно в области психического здоровья и плановой хирургии.

Также пациенты выезжают на лечение за границу.

Поскольку NHS уже не столь тщательно контролирует эффективность системы, возникает необходимость в создании комитета по мониторингу, который обычно состоит из представителей местной власти, чью работу контролирует уже независимое учреждение.

Обеспечением высокого качества оказываемых населению медицинских услуг занимаются:

- Национальный институт клинического мастерства (The National Institute for Clinical Excellence – NICE) занимается разработкой и публикацией клинических рекомендаций в Англии и Уэльсе. Документы касаются отдельных заболеваний, лекарственных средств, медицинских устройств, а также технологий ведения и лечения определенных патологических состояний. Все госпитали NHS должны учитывать рекомендации и основывать на них свои внутренние алгоритмы. Частные клиники не обязаны следовать подобным указаниям, но, тем не менее, многие коммерческие медицинские организации утверждают их как внутренние стандарты «лучшей практики». NICE также проводит просветительную работу с общественностью и консультирует сотрудников здравоохранения.

- комиссия по здравоохранению осуществляет наблюдение за должным выполнением всех необходимых рекомендаций на практике, занимается оценкой и публикацией показателей работы NHS. Согласно создаваемым рейтингам проводится анализ способности трастов к автономному функционированию, т.е. к приобретению независимого статуса. В официальном рейтинговом списке все организации NHS оценивают по шкале от нуля до трех звездочек в зависимости от следующих показателей: времени ожидания и списков ожидания; количества отмененных вмешательств; чистоты больниц; летальности; финансовой ситуации/состояния; количества повторных обращений в службу скорой медицинской помощи.

- национальное агентство по вопросам безопасности пациентов осуществляет сбор и рациональное использование информации о нежелательных последствиях лечения, что призвано улучшить стандарты безопасности в учреждениях NHS; распространяет среди персонала информацию о необходимости подавать отчеты о нежелательных эффектах лечения и других опасных для больных событиях.

- отдельная служба, независимая от NHS и правительства, рассматривает жалобы пациентов, оценивает действия персонала не только в государственных, но и в частных медицинских организациях. В случае, когда доказано серьезное профессиональное нарушение со стороны врача, его дело передается в

- общий медицинский совет, обладающий полномочиями применять к персоналу частных и государственных больниц необходимые санкции.

Генеральный медицинский совет отвечает за регулирование и сертификацию врачей в стране.

3.2 Организация оказания медицинской помощи и лечения населения Соединенного Королевства (Великобритании)

Медицинские услуги населению в Объединенном Королевстве разделены на первичные и вторичные. Обе группы услуг оказывают соответствующие локальные подразделения NHS – трасты (NHS trusts), непосредственно подчиняющиеся региональным стратегическим управлениям здравоохранения.

Первичное звено здравоохранения предусматривает оказание первичной медицинской помощи в офисах врачей общей практики, хирургических отделениях амбулаторий, стоматологических и офтальмологических кабинетах.

Вторичным звеном здравоохранения является оказание специализированной медицинской помощи в госпиталях, амбулаториях, а также работа психологов и психиатров.

Некоторые виды медицинской помощи населению могут быть оказаны службой здравоохранения одного региона от имени другой.

Иллюстрация В Северной Ирландии отсутствуют психиатрические больницы строгого режима, и пациентов госпитализируют, обычно, в больницу Карстерс в Шотландии для мужчин и в больницу Rampton Secure в Англии – для женщин.
Точно так же пациенты Северного Уэльса пользуются специализированными учреждениями в городах Манчестер и Ливерпуль, которые намного ближе, чем учреждения в г. Кардиффе, и более стандартными услугами в больнице графства Честер.

В школах проводят регулярные медицинские осмотры – детей осматривают врачи-специалисты разных профилей; проводятся профилактические прививки.

В каждой школе действует школьная стоматологическая служба.

Много внимания уделяется образовательным программам. Проводятся образовательные программы по СПИДу, о вреде наркотиков, курения и употребления алкоголя, по предупреждению онкозаболеваний и т.д.

Чтобы разгрузить врачей-специалистов (хирургов, невропатологов, отоларингологов, онкологов и т.д.), *была введена должность «general practitioner», GP* – «врач общей практики», но больше подходит «семейный врач» – ключевая фигура в системе национального здравоохранения Соединенного Королевства – оказывает пациентам первичную медико-санитарную помощь. В случае болезни человек первым делом обращается в surgery, где располагается этот врач. В одной surgery в густонаселенном районе может быть сразу два или три таких врача. Иногда возникают случаи, что одного и того же человека в разное время наблюдает не один и тот же врач...

Записываются на прием к врачу общей практики заранее, причем, иногда даже по телефону могут сказать, как полечиться, чтобы человек потом не приходил на прием. Спустя неделю или две удастся поговорить с врачом, однако не факт, что врач направит пациента на прием к врачу-специалисту. Обычно он может выписать рецепт и назначить парацетамол, антибиотики, а также посоветовать постельный режим.

Численность населения, обслуживаемого врачом общей практики, составляет около 1200 человек. Он получает деньги за каждого больного, прописанного на участке, и обязан оказать помощь в течение 24 часов после обращения.

NB! ***Никто не заставляет людей проходить диспансеризацию, делать флюорографию!!!***

Чтобы разгрузить врачей первичного звена, во многих городах Великобритании организованы т.н. walk in center, где прием ведет специалист со средним медицинским образованием. Пациент может обратиться туда по телефону и/или прийти самостоятельно, но консультацию получит только в отношении самых легких случаев, не требующих врачебного вмешательства.

На следующем этапе, в случае если требуется помощь узкого врача-специалиста, начинает действовать «закон 18 недель». Это означает, что с момента записи к узкому врачу-специалисту, назначения планового оперативного вмешательства до момента непосредственного оказания данной медицинской услуги должно пройти не более 18 недель.

Стоматологи и окулисты обычно принимают в отдельных клиниках. Они не являются частью центров здравоохранения.

Если больной не хочет или не может ждать пока подойдет его очередь к врачу-специалисту узкого профиля, он может обратиться в частную медицинскую компанию.

В Великобритании очень редко назначают комплекс дополнительных диагностических исследований: флюорографию, УЗИ, компьютерную томографию. Назначения на лабораторные анализы также делаются достаточно редко, только в случаях, когда отмечается явное прогрессирование заболевания и ухудшение состояния.

Плановых операций в английской системе здравоохранения пациенты ждут около полугода. Но зато проводят их полностью бесплатно. Если в стране некоторые операции не поставлены на поток, в её проведении могут отказать и посоветовать лечение в другой стране.

Если жизни пациента ничего не угрожает, скорая помощь не приедет и нужно будет самому идти в accident & emergency (A&E). Там в зависимости от тяжести состояния, а не от занятой очереди медицинские сестры направляют либо не направляют пациентов до врача.

Если необходимо, пациенту оказывают медицинскую помощь на месте, при необходимости госпитализируют. Условия стационара зависят от конкретного учреждения и его местонахождения. Иногда в глухих деревнях условия лучше, чем в самом населенном районе Лондона.

По имеющимся в нашем распоряжении данным, число койко-мест в больницах Великобритании составляет 127 тыс.

Существуют больницы, в которых работают одни только медицинские сестры, – они небольшие и рассчитаны на обслуживание не более 50 пациентов. В таких лечебных учреждениях обычно оказывают первую помощь и проводят несложные хирургические вмешательства.

Районные медицинские сестры делают инъекции, выполняют физиотерапевтические процедуры на дому. Палатные медицинские сестры заботятся о больных в больнице.

Практически все медикаментозные средства отпускаются в аптеках исключительно по рецепту врача. Каждый выписанный рецепт подлежит строгому учету и отчетности, врач обязан отчитаться в специальной форме и подтвердить, что данное лекарство действительно показано больному. За выписку рецепта необходимо заплатить около £ 7, зато лекарство поставляют из аптеки бесплатно в течение 3-х суток (!!??). От оплаты за рецепт освобождены инвалиды, онкологические больные, безработные и пенсионеры.

Особого внимания заслуживает организация работы скорой медицинской помощи. В чрезвычайных ситуациях – при дорожно-транспортных происшествиях, катастрофах могут прислать санитарный вертолет, который доставит пострадавших в квалифицированную клинику. Если жизни пациента ничего не угрожает – добирайся до больницы самостоятельно.

Вызов врача на дом в стране является чем-то экстраординарным!

Английские подданные хорошо защищены законом - за любую медицинскую ошибку врач обязан заплатить из своего кармана, а органы юриспруденции часто встают на сторону пациента. За соблюдением прав английских пациентов и качеством предоставляемых им медицинских услуг осуществляется строгий контроль. В случае если врач не смог своевременно поставить диагноз или назначил неправильное лечение, он может быть оштрафован, уволен с работы или даже лишен медицинской лицензии. Пациент же в случае нарушения своих прав может рассчитывать на получение достаточно высокой компенсации.

3.3 Кадровое обеспечение

На конец марта 2017 г. в Национальной системе здравоохранения Англии работало 1,187 млн сотрудников, из них 691 000 медицинских сестер.

Врачей в Великобритании готовят в 16 университетах. Кроме того, они проходят практику во время своей работы в клинических больницах.

NHS играет уникальную роль в обучении новых врачей в Англии, предлагая около 8000 мест для студентов-врачей каждый год, все из которых находятся в ведении университетской больницы NHS. После окончания медицинской школы эти новые врачи должны пройти двухлетнюю программу базовой подготовки, чтобы полностью зарегистрироваться в Генеральном медицинском совете. Большинство из них проходят базовое обучение в больнице NHS, хотя некоторые могут выбрать альтернативных работодателей, таких как Вооруженные силы.

Особенностью NHS, отличающая эту организацию от других общественных систем здравоохранения, является не только непосредственно покрытие расходов на медицинские услуги, но и наём огромного количество врачей и медицинских сестер, которые эти услуги оказывают. Практически весь старший и средний медицинский персонал, работающий в клинике, – сотрудники NHS. С другой стороны, врачи общей практики, стоматологи и офтальмологи имеют свои офисы или кабинеты и выполняют заказы государства. Все эти специалисты имеют право работать отдельно или совместно, быть владельцами хирургических либо терапевтических клиник, а также нанимать персонал, включая других врачей. Тем не менее NHS иногда всё же приходится централизованно обеспечивать определенные регионы медицинскими сотрудниками в случае, если отдельно практикующих специалистов недостаточно.

Общее количество сотрудников NHS составляет больше 1 млн человек, что достигается благодаря тому, что к NHS относятся многие социальные службы Великобритании.

В стране действует Британская медицинская ассоциация (BMA) – зарегистрированный профсоюз для врачей в Соединенном Королевстве. Заявленная цель BMA – «способствовать развитию медицины и смежных наук, а также поддерживать честь и интересы медицинской профессии».

По данным BBC, в 2013-2014 гг. среднестатистическая зарплата врача общей практики составила около £ 120 тыс. в год.

Большинство сотрудников NHS, включая неклинический персонал и врачей общей практики (хотя большинство врачей общей практики работают не по найму), имеют право присоединиться к пенсионной схеме NHS, которая с 01.4.2015 г. представляет собой схему с установленными выплатами со средней заработной платой.

3.4 Организация системы медицинского страхования

Негосударственное медицинское страхование приобретает в Объединенном Королевстве всё большую популярность. Разработано множество видов полисов для всех групп населения. Немало работодателей вводят коммерческие страховки в социальный пакет или предлагают, как составляющую зарплаты.

Если человек купил страховку, он все равно сначала должен посетить семейного доктора, чтобы получить направление к узкому врачу-специалисту. Затем нужно узнать в страховой компании, входит ли определенный врач в список аккредитованных у них специалистов.

В некоторых случаях можно посетить врача-специалиста без записи у врача общей практики. Если доктор слишком дорогой, страховщики не будут оплачивать полный счет, поэтому оплата необходимо согласовать заранее. Но операции оплачивают целиком.

При страховых компаниях часто открывают клиники, в которых предлагается пройти полное обследование.

3.5 Финансирование системы здравоохранения

В Великобритании преобладает государственная система здравоохранения, на ежегодное содержание которой выделяется около 10% бюджетных средств. Финансирование осуществляется за счет поступления в бюджет налоговых средств. Здесь прослеживается строгая управленческая вертикаль власти.

Общий бюджет Департамента здравоохранения на 2017/2018 год составил £ 124,7 млрд. На лекарства потрачено £ 13,8 млрд.

В соответствии с «Законом о здравоохранении и социальном обеспечении» (2012) бюджет NHS находится, в основном, в руках NHS England, который оплачивает услуги врачей-специалистов и оказание первичной медико-санитарной помощи. Услуги неотложной помощи и оказание медицинской помощи по месту жительства оплачивают местные клинические группы, возглавляемыми врачами общей практики.

Национальная служба охраны здоровья не только полностью координирует работу муниципальных учреждений здравоохранения, но также контролирует деятельность частных медицинских компаний, которые работают исключительно на основании лицензии, выданной местным органом национального здравоохранения. С одной стороны, такая организация работы позволяет регулировать цены на стоимость лечения и основных медицинских манипуляций, с другой стороны, ограниченное финансирование приводит к тому, что по техническому оснащению медицинские учреждения Великобритании уступают ряду других стран с иными принципами организации здравоохранения.

Основную роль в непосредственном распределении финансовых ресурсов NHS играют трасты первичного звена, отвечающие за оплату услуг врачей общей практики и соответствующих отделений больниц. Денежные средства на местном уровне распределяются согласно контракту, установленным тарифам или национальным рекомендациям. В свою очередь, трасты первичного звена распоряжаются бюджетом, предоставленным Департаментом здравоохранения в соответствии с количеством населения и местными особенностями. Очень важно, чтобы в конце отчетного года трасты продемонстрировали сбалансированное управление бюджетом. Иными словами, денежных средств должно хватить, и дефицит ресурсов неприемлем. Несмотря на усложняющиеся условия работы, ***невыполнение государственных планов для совета директоров траста в большинстве случаев означает увольнение***.

Лечебно-профилактические услуги для населения, за исключением фиксированных ставок на выписанные рецепты, стоматологические и офтальмологические манипуляции, бесплатны для всех постоянно проживающих в Объединенном Королевстве пациентов. При этом не важно, платил ли пациент взносы в национальную систему страхования.

Все, кто не относится к постоянным жителям Великобритании, должны оплачивать медицинские услуги, кроме тех, которые предоставляются скорой медицинской помощью и в приемных отделениях.

Стоимость выписанного рецепта составляет £ 6,85 независимо от типа лекарственного средства. От оплаты освобождены пациенты старше 60 и моложе 16 лет, пациенты с определенными заболеваниями и низким уровнем доходов.

Если необходимо повторно выписать рецепт на один и тот же фармацевтический препарат, больные могут приобрести т.н. сертификат о предоплате, позволяющий врачам бесплатно выписывать несколько рецептов.

Стоимость выписываемых лекарственных средств остается фиксированной при любой их рыночной стоимости, но рецепты на медицинское оборудование и принадлежности обходятся британцам дороже.

Стоимость услуг британских дантистов, работающих на государство, является унифицированной и составляет £ 15,90 за обследование; £ 43,60 за пломбирование кариозной полости и £ 194 за более сложные манипуляции – установку коронок, мостов или протезов.

В Англии и Уэльсе существует более 300 официальных благотворительных организаций NHS. В совокупности они владеют активами, превышающими £ 2 млрд, и имеют годовой доход, превышающий £ 300 млн.

Некоторые благотворительные организации NHS имеют свой собственный независимый совет попечителей, в то время как в других случаях соответствующий траст NHS выступает в качестве корпоративного попечителя.

Благотворительные фонды обычно используются для медицинских исследований, более крупного медицинского оборудования, эстетических и экологических улучшений или услуг, повышающих комфорт пациентов.

В дополнение к официальным благотворительным организациям NHS, многие другие благотворительные организации собирают средства, которые тратятся через NHS, особенно в связи с медицинскими исследованиями и обращениями к капиталу.

Региональные лотереи также обычное явление для сбора средств.

4. Система здравоохранения Республики Сингапур

Республика Сингапур является ярким примером социально-дифференцированного здравоохранения. В системе здравоохранения Сингапура использован механизм оплаты медицинских услуг, в основу которого положен принцип персональной ответственности человека за свои расходы на охрану здоровья.

Система здравоохранения Сингапура в 2000 г. была признана Всемирной организацией здравоохранения (World Health Organization) как одна из лучших в Азии - впереди Гонконга и Японии.

Согласно рейтингу Political and Economic Risk Consultancy (PERC) за 2003 г. система здравоохранения Сингапура была третьей в мире.

4.1 Краткая медико-географическая справка на Республику Сингапур

Республика Сингапур - город-государство в Юго-восточной Азии, состоящий из главного острова и 53 мелких островов, наиболее крупные из которых Теконг, Убин, Сентоса. Самая высока точка – холм Букит Тимах – 177 м. Общая площадь страны – 704,3 км^2. Время: Москва +4

Численность населения 4, 7 млн. человек. Дата основания – 9.8.1965 г. Имеет водные границы с Малайзией и Индонезией. Омывается Малаккским и Сингапурским проливами, отделён от южной оконечности Малаккского полуострова узким Джохорским проливом что представлено на рисунке. Крупный город-порт – Сингапур с населением 4 млн. человек.

Рисунок 2 – Географическое положение Республики Сингапур

Государственный строй в Сингапуре – парламентская республика. Исполнительная власть принадлежит кабинету министров во главе с премьер-министром, президент выполняет представительскую роль.

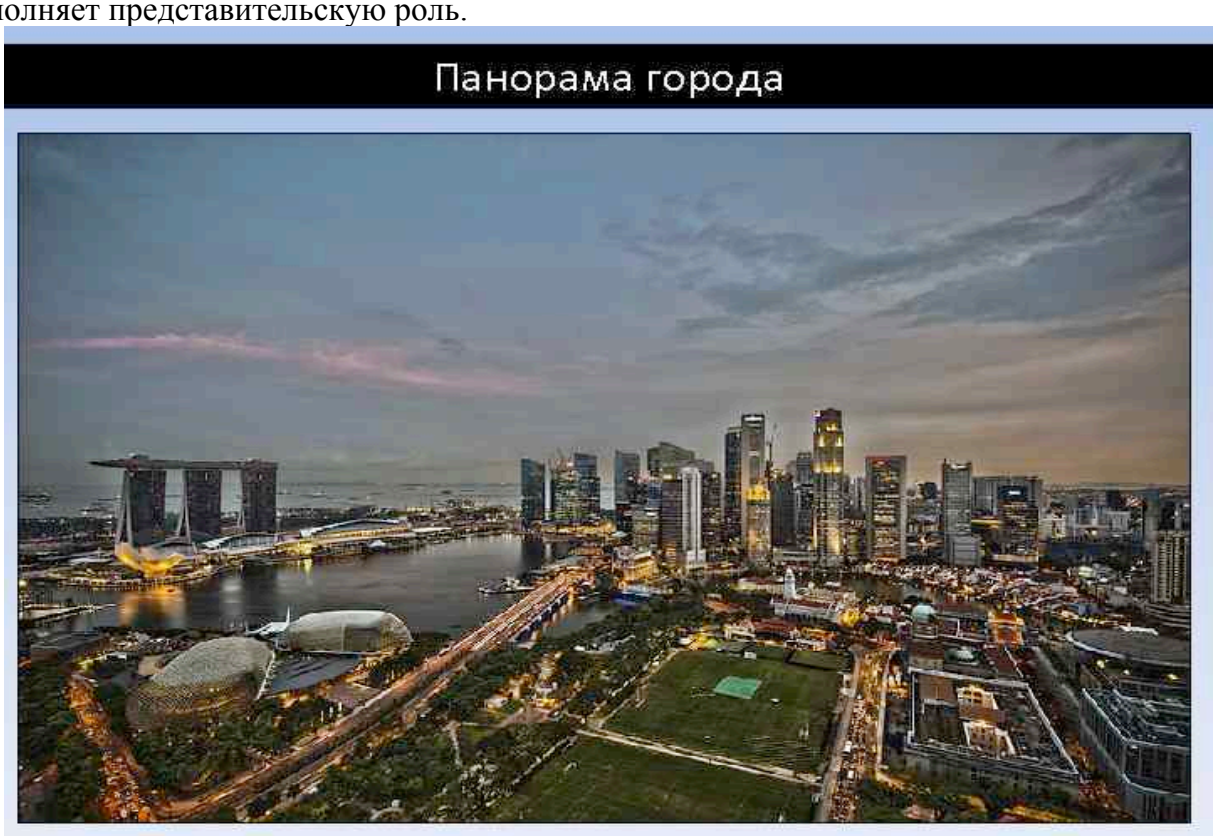

Рисунок 3 – Панорама Сингапура

В стране действуют 6 вузов, в т.ч. государственный Национальный университет Сингапура.

Официальные языки: английский, китайский (путунхуа), малайский, тамильский.

Климат. Город находится почти на экваторе, поэтому средняя температура января на 1°С ниже средней температуры июня. Климат экваториальный. Осадков выпадает много – от 170 до 250 мм в месяц. Самая низкая температура в городе составляла +19,4°С, самая высокая +36,0°С.

Сингапур имеет самый низкий уровень детской смертности в мире за последние 20 лет. Средняя ожидаемая продолжительность жизни в Сингапуре – 79 лет для мужчин и 83 года для женщин. По этому показателю страна занимает 15-е место в мировом рейтинге. Почти всё население имеет доступ к качественной воде и канализации. Ежегодно от СПИДа в стране умирает менее 10 человек на 100 000 населения. Высок уровень иммунизации. Показатель ожирения во взрослом возрасте – менее 10 %.

Территория страны очень маленькая, и город расширяется за счёт искусственных островов. Деловой район Сингапура со всеми его небоскрёбами полностью построен на искусственной/насыпной набережной.

4.2 Организация системы здравоохранения Республики Сингапур

Министерство здравоохранения Республики Сингапур (Минздрав Сингапура) - инновационная, ориентированная на людей государственная организация, приверженная принципам качества медицинского обслуживания, укрепления хорошего здоровья, снижению заболеваемости, доступа к качественному и доступному медицинскому обслуживанию для всех сингапурцев в соответствии с их потребностями.

Министр здравоохранения Республики Сингапур - Ган Ким Ен (Mr Gan Kim Yong, 09.02.1959) – политик, бакалавр искусств в области электротехники (1981), магистр (1985) Кембриджского университета.

Через Минздрав Сингапура правительство страны управляет государственной системой здравоохранения с целью обеспечения хорошего и доступного базового медицинского обслуживания для всех сингапурцев, что обеспечивается предоставлением субсидированных медицинских услуг и поощрением индивидуальной ответственности за расходы на медицинские услуги.

В стране созданы системы социальной защиты, гарантирующие, что ни один сингапурец не будет лишен доступа к здравоохранению или отвергнут государственными больницами из-за нехватки денег.

Система оказания государственной медицинской помощи географически структурирована как вертикально интегрированные сети доставки и включает:

- Национальную университетскую систему здравоохранения (NUHS),
- Национальную группу здравоохранения (NHG) и
- Сингапурские медицинские службы (SHS).

Минздрав Сингапура осуществляет свою работу через три основные типа групп:

- политика и корпоративная группа,
- оперативные группы,
- профессиональный кластер.

Минздрав Сингапура в соответствии с законом/правилами частных больниц и медицинских клиник (Private Hospitals & Medical Clinics (PHMC) Act/Regulations) лицензирует и управляет всеми медицинскими организациями страны: больницами, домами престарелых, клиническими лабораториями, медицинскими и стоматологическими клиниками.

Девиз Минздрава Сингапура – «Отстаивать здоровую нацию вместе с нашими людьми - Жить хорошо, жить долго и спокойно!»

Миссия Минздрава Сингапура заключается в том, чтобы:

- укрепить здоровье и снизить заболеваемость,

- обеспечить доступ к качественному и доступному медицинскому обслуживанию,

- стремиться к медицинскому совершенству,

Основные ценности, которые Минздрав Сингапура воплощает в себе через своих сотрудников: преданность, превосходство, профессионализм, целостность, забота и сострадание, командная работа.

Минздрав Сингапура постоянно работает над формированием будущего здравоохранения в Сингапуре и активно продвигает здоровый образ жизни и профилактические программы здравоохранения, а также высокие стандарты жизни, чистую воду и гигиену для достижения лучшего здоровья для всех; разрабатывает услуги для укрепления здоровья, профилактики и снижения заболеваемости, а также для обеспечения сингапурцам доступа к хорошему и доступному медицинскому обслуживанию для всех их медицинских потребностей - от первичной медицинской помощи в местном терапевтическом центре до долгосрочного общинного или интернатного ухода.

Роль Минздрава Сингапура как доминирующего поставщика медицинских услуг в стране позволяет влиять на предложение больничных коек, внедрение высокотехнологичной/дорогостоящей медицинской помощи и лечения пациентов, на темпы роста затрат в государственном секторе, что устанавливает эталон с точки зрения ценообразования для частного сектора.

Государственные медицинские организации разделены на 2 группы:

1. Группа национального здравоохранения (National Health Care Group, NHG).

2. Служба здравоохранения Сингапура (Singapore Health Services, SingHealth).

Эти группы были сформированы для вертикальной интеграции услуг, расширения взаимодействия и экономии масштаба с целью стимулирования инноваций и повышения качества медицинской помощи при сохранении расходов на доступное медицинское обслуживание в Сингапуре.

NHG и SingHealth учредили больницы и специализированные центры как частные компании, но они полностью принадлежат правительству.

Государственные медицинские учреждения предназначены для предоставления субсидируемых услуг здравоохранения для сингапурцев. Эти учреждения состоят из ряда государственных больниц, которые предоставляют услуги стационарных и многочисленные поликлиник, также они предлагают амбулаторию.

Государственные больницы и амбулаторные центры. Больницы общего профиля предоставляют многопрофильные неотложные стационарные и специализированные амбулаторные услуги, а также круглосуточное отделение неотложной помощи. Кроме того, существуют национальные специализированные центры для лечения рака, сердца, глаз, кожи, неврологии, стоматологии и медицинский центр для различных дисциплин. Перечень государственных больниц и центров, находящихся под управлением Группы национального здравоохранения (National Health Care Group, NHG) и Службы здравоохранения Сингапура (Singapore Health Services SingHealth), представлены в таблице 1.

Сингапур располагает 12 больницами и медицинскими организациями, аккредитованными международными комиссиями (Joint Commission Internatio-nal, JCI), таким образом, на страну приходится $^{1}/_{3}$ всех аккредитованных JCI медицинских организаций в Азии.

Таблица 1 – Государственные больницы и медицинские центры, находящиеся под управлением NHG и Singhealth

Группа национального здравоохранения (NHG - National Health Care Group)	Служба здравоохранения Сингапура (SingHealth или Singapore Health Services)
Больница Александра Alexandra Hospital	Общая больница Чанги Changi General Hospital
Национальная университетская больница National University Hospital	KK больница для женщин и детей KK Women's and Children's Hospital
Больницы Тан Ток Сенг Tan Tock Seng Hospital	Общая больница Сингапура Singapore General Hospital
Институт психического здоровья/Вудбридж больница Institute of Mental Health/Woodbridge Hospital	поликлиника SingHealth Polyclinics SingHealth
Национальный дерматологический центр National Skin Centre	Национальный центр раковых заболеваний Сингапура National Cancer Centre Singapore
NHG поликлиники NHG Polyclinics	Национальный стоматологический центр National Dental Centre
Институт онкозаболеваний The Cancer Institute	Национальный кардиологический центр National Heart Centre
Институт болезней глаза The Eye Institute	Национальный институт неврологии National Neuroscience Institute
Кардиологический институт The Heart Institute	Национальный институт болезней глаз Singapore National Eye Centre

Иллюстрация Сингапурская клиника общего профиля (Singapore General Hospital, SGH). Емкость – 1 700 коек.

Каждый год кампус SGH обслуживает более 1 млн пациентов. При численности персонала 10 000 человек на долю клиники приходится около $^1/_4$ от общего числа больничных коек в государственном секторе и около $^1/_5$ больничных мест по всей стране. Клиника оказывает медицинские услуги любого профиля пациентам, направляемым семейными врачами, а также специалистами в государственной и частной практике, предоставляет широкий спектр медицинских услуг в рамках одного комплекса. В кампусе клиники расположены 5 национальных центров врачей-специалистов, что способствует междисциплинарному подходу к лечению. Клиника практикует командный уход, предоставляемый врачами, медсестрами, а также смежными медицинскими работниками.

Сингапурская клиника общего профиля является некоммерческим учреждением, полностью принадлежащим правительству Сингапура и является ведущей клиникой в системе общественного здравоохранения страны; является членом комплекса медицинских учреждений SingHealth.

Сингапурская клиника общего профиля аккредитована Объединенной международной комиссией за соблюдение стандартов безопасности и качества в здравоохранении. Первая в Азии получила награду «За выдающиеся медсестринские достижения» (2010), присуждаемую Американским центром аттестации медицинских сестер.

Правительство Сингапура реорганизовало все государственные больницы неотложной помощи и специализированные центры в частные компании, полностью принадлежащие правительству. Это позволяет государственным больницам иметь автономию управления и гибкость, чтобы более оперативно реагировать на потребности пациентов. Внедрены системы коммерческого учета, обеспечивающие более точную картину операционных расходов и прививающие большую финансовую дисциплину и подотчетность.

В государственных больницах пациенты имеют возможность выбора различных типов размещения в палатах при поступлении. Госпитализация в палаты классов B2 и C (81% коек государственных больниц) субсидируется. Лечение в палате класса B1 субсидируется на 20%, в палате класса A не субсидируется.

Государственные больницы отличаются от частных больниц тем, что получают ежегодную государственную субвенцию или субсидию на предоставление субсидируемых медицинских услуг пациентам. Они должны управляться как некоммерческие организации, подчиняются широкому политическому руководству правительства через Минздрав Сингапура.

Правительство также ввело общинные больницы для промежуточного медицинского обслуживания выздоравливающих больных и пожилых людей, которые не нуждаются в уходе в больницах общего профиля. Более подробную информацию можно найти в прилагаемом руководстве для пациентов.

Государственные стоматологические услуги предоставляются через Национальный стоматологический центр, а также в некоторых поликлиниках и больницах. Совет по укреплению здоровья в первую очередь занимается профилактической стоматологией, ориентированной главным образом на школьников.

Учреждения непрерывного и долгосрочный уход (ILTC) ухода предназначены для пациентов, которые больше не нуждаются в уходе, предоставляемом больницей, но, тем не менее, нуждаются в постоянном уходе.

Чтобы дать пациентам возможность лучше управлять хроническими заболеваниями и поддерживать врачей общей практики в предоставлении целостной и командной долговременной помощи пациентам в сообществе созданы:

- общинные медицинские центры (CHCS);
- клиники семейной медицины (FMCS);
- сеть первичной медицинской помощи (PCN).

Хотя данные медицинские организации принадлежат правительству, в больницах государственного сектора действуют частные компании с ограниченной ответственностью для того, чтобы конкурировать с частным сектором в плане сервиса и качества. Они далеки от понятия «правительственная больница» в других странах. Государственные медицинские организации обеспечивают очень хорошие медицинские услуги для масс, а также принимают наиболее сложные случаи, которые оказались не под силу врачам в других больницах и соседних странах.

Поликлиники. 20 поликлиник расположены по всей стране, являются «универсальными» медицинскими центрами и оказывают субсидируемую первичную медицинскую помощь, которая включает первичную медицинскую помощь, профилактическую медицину и медицинское образование.

В стране действуют около 1700 клиник терапевтического профиля, которые удовлетворяют около 80% общего спроса на первичную медицинскую помощь. Они варьируются от одиночных врачебных практик до средних и крупных корпоративных групп.

Частные медицинские организации в Сингапуре хороши как никакие другие любые в мире с отличным уровнем медицинской защиты и уровнем обслуживания. Для не сингапурцев разница в стоимости между правительственными и частными медицинскими организациями незначительна.

Частные медицинские организации в целом имеют более высокий уровень обслуживания и минимальное время ожидания (очередь!).

Система частных медицинских организаций Сингапура состоят из многочисленных частных клиник, которые предлагают амбулаторные услуги, а также частные больниц.

Большинство частных больниц аккредитованы JCI. Список основных частных больниц и медицинских центров Сингапура представлен в таблице 2.

Таблица 2 – Основные частные больницы и медицинские центры Сингапура

Основные частные больницы Сингапура	Основные частные медицинские центры Сингапура
Больница Маунт Элизабет Mount Elizabeth Hospital	Медицинский центр Камден Camden Medical Centre
Глениглсе больница и медицинский центр Gleneagles Hospital and Medical Centre	Медицинский центр Томсон Thomson Medical Centre
Больница Маунт Алверниа и медицинский центр Mount Alvernia Hospital and Medical Centre	Медицинский центр Новена Novena Medical Centre
Госпиталь Raffles Raffles Hospital	Сингапурский Международный медицинский центр Джонсона Хопкинса Johns Hopkins Singapore International Medical Centre

4.3 Организация оказания медицинской помощи и лечения в Республике Сингапур

Любой вид медицинского лечения, которое может потребоваться пациентам, является доступным в Сингапуре по разумной цене и сопровождается очень хорошим качеством обслуживания.

Система здравоохранения Сингапурская призвана обеспечить каждому человеку своевременный, экономически эффективный и беспрепятственный доступ к различным уровням здравоохранения.

Первичная медицинская помощь – основа системы здравоохранения Сингапура.

Общие услуги первичной медицинской помощи включают амбулаторное лечение, медицинское наблюдение после выписки из больницы, уход за здоровьем матери и ребенка, иммунизацию, скрининг здоровья и образование, выполнение диагностических и фармацевтических услуг, лечение в больницах общего профиля.

Первичное медицинские обслуживание населению предоставляют, как правило, врачи общей практики – в поликлиниках и частных медицинских клиниках в пределах общины. Эти медицинские работники часто являются первой точкой контакта с пациентами. Они обеспечивают целостный и индивидуальный уход за пациентами разных возрастных групп; лечат острые заболевания, такие как инфекции верхних дыхательных путей, хронические заболевания, такие как диабет; и поддерживают здоровье населения с помощью профилактических мер, таких как целенаправленный медицинский скрининг. Они также помогают координировать уход за пациентами с другими поставщиками медицинских услуг и помогают пациентам, нуждающимся в оказании специализированной медицинской помощи, ориентироваться в системе здравоохранения.

В Сингапуре первичная медицинская помощь населению оказывается через общеостровную сеть амбулаторных поликлиник и клиник, управляемых частными врачами общей практики (GPS).

Минздрав Сингапура тесно сотрудничает с врачами общей практики, чтобы обеспечить сингапурцам доступ к недорогому и качественному медицинскому обслуживанию в общине. Это согласуется с ключевыми принципами семейной медицины и ролью семейного врача как пожизненного партнера по здоровью пациентов для профилактической, острой и хронической помощи.

Непрерывный и долгосрочный уход за пациентами включает:

- стационарное обслуживание – уход за пациентами, которые находятся в этих учреждениях как днем, так и ночью;

- общинные услуги ILTC, как в центре, так и на дому, предоставляемые пациентам в течение дня.

Вспомогательные услуги больницам и программам первичной медико-санитарной помощи включают судебно-медицинскую патологию, фармацевтические услуги и услуги по переливанию крови.

За дополнительной поддержкой в получении медицинской помощи, которая может понадобиться, ответственно Агентство по комплексному уходу.

Здравоохранение Сингапура основывает медицинские услуги на традиционной западной медицинской науке. Однако, этнические группы страны время от времени обращаются к практикующим врачам традиционной медицины по поводу общих недугов. Интерес к традиционной китайской медицине и другим традиционным или альтернативным методам лечения растет. Поэтому в Сингапуре пересмотрены стандарты обучения и практики традиционной китайской медицины с целью обеспечить более высокое качество практики традиционной китайской медицины в интересах пациентов, которые консультируются у специалистов, практикующих ее.

Аптеки принимают рецепты, выданные только местными зарегистрированными докторами. Если пациент уже имеет рецепт, выписанный за пределами Сингапура, он/она должен принести свой заморский рецепт и обратиться к местному врачу, чтобы получить новый. Пациент может принять решение о получении лекарств от врача или в аптеке, а если препарат выбора недоступен, может быть предложено альтернативное лекарство.

4.4 Система медицинского страхования и финансирования здравоохранения Республики Сингапур

Сингапур предлагает универсальное медицинское страхование граждан с системой финансирования, построенной на сочетании принципов индивидуальной ответственности и всеобщей доступной медицинской помощи.

Система медицинского страхования и финансирования здравоохранения в Сингапуре имеет 5 уровней защиты: первый – доступен всем гражданам Сингапура, обеспечивает государство, оплачивая до 80% затрат в случае неотложной помощи; второй – Медисэйв (MediSave) – национальная система медицинских счетов, которая помогает людям хранить часть своего дохода для оплаты будущих потребностей в госпитализации, хирургической помощи и некоторых видов амбулаторной помощи, с обязательным открытием медицинского сберегательного счета, рассчитанного по индивидуальной схеме, размер которого позволяет практически всем сингапурцам оплатить свою долю затрат на лечение. По этой схеме, каждый сотрудник вносит вклад в размере 8-10,5% от месячной заработной платы в зависимости от возрастной группы на персональный MediSave-счет. Процент накопления составляет 2,5-4%, что превышает инфляцию в стране. Мелкие ремесленники освобождаются от открытия счета, если имеют годовой доход менее S$ 6.000. Максимальная сумма, разрешенная для хранения на MediSave-счете, составляет S$ 49.800. Сумма, превышающая ее, переводится на другие счета, которые будут рассмотрены ниже. Ежегодно государство делает дотации в размере S$ 150-450 для лиц старше 65 лет, которые имеют низкий доход и минимальные суммы на медицинских счетах, а также S$ 200-700 для лиц старше 45 лет со средним заработком, и S$ 3.000 на счет семьи с новорожденным ребенком. Владелец счета может также установить выгодоприобретателя, на счета которого поступит оставшаяся сумма на MediSave, в случае своей смерти, или же она перейдет по закону наследования, т.е. никогда не происходит их национализация. Государством установлены определенные лимиты расходов с данного счета, исходя из стоимости пребывания в обыкновенной палате (класс С или В). Если человек решает лечиться в более

комфортных условиях или в частных клиниках, ему необходимо покрывать эти расходы наличными или средствами добровольной медицинской страховки.

Иллюстрация Пациенты в 1-2 местных палатах (класс А или В+) полностью покрывают издержки, а пациенты, которые лечатся в обычных условиях, покрывают 20-80% медицинских затрат в зависимости от комфорта и услуги.

Минимальная сумма, которую пациенты всегда платят, независимо от того, посещение ли это терапевта или стационарное лечение, составляет 20% от стоимости предоставляемой услуги. Оставшаяся сумма покрывается средствами Medisave; третий – Медишилд Лайф (MediShield Life) – с 01.11.2015 г. заменил Medishield. Его цель – оказание помощи индивидам с хроническими заболеваниями, которые требуют длительного ухода, что со временем может опустошить счет MediSave. Как правило, все граждане Сингапура автоматически попадают под программу MediShield Life, однако они по своей воле могут отказаться от открытия данного счета. Открытие такого счета должно быть не позднее наступления 75 лет. Премии страхования по данной системе составляют от S$ 130 до S$ 1,530 в год в зависимости от возраста. Для пополнения счета могут быть использованы средства из MediSave. Данная система предоставляет дополнительные средства с учетом того, что владелец счета или члены его семьи сами покрывают 3-10% затрат. В MediShield Life также имеются лимиты на суммы, находящихся на счете, с целью сокращения возможностей чрезмерного потребления медицинских услуг. Годовое ограничение составляет S$ 50.000, а общее ограничение составляет S$ 200.000 в течение всей жизни. MediShield Life не покрывает амбулаторно-поликлиннические услуги, кроме химотерапии в случаях заболевания раком, диализа, введения эритропоэтина больным с хронической почечной недостаточностью. Если расход на лечение составляет до S$ 5.000, то MediShield Life покрывает 90% расходов, если затраты на лечения составляют S$ 5.001-10.000 – 95%, свыше S$ 10.000 – 97%; четвертый – Элдошилд (ElderShield) – является ответом государства на резкий рост населения старше трудоспособного возраста. Как правило, все граждане Сингапура, а также лица с постоянным местом жительства включены в эту программу при наступлении 40 лет. Премию платят до наступления 65 лет, с возможностью перечислить средства со счета Medisave. Выплаты составляют S$ 400 в месяц на срок максимум 72 месяца. Имеется возможность увеличить месячный аннуитет до S$ 600 или S$ 3.500, срок – до 12 лет или пожизненно с соответствующим увеличением тарифа; пятый – Медифанд (MediFund) – фонд для оказания поддержки малообеспеченным гражданам по покупке медицинских услуг. Получение ресурсов из него возможно при доказательстве того, что доход меньше установленного минимума. Для финансирования медицинских услуг используются проценты, полученные на капитал фонда. Начальный капитал фонда составлял S$ 200 млн., а к 2014 г. фонд увеличился до S$ 1,7 млрд. В случаях профицита бюлджета, государство перечислило средства в фонд MediFund. Средствами MediFund пользуются около 10% населения Сингапура. В среднем каждый год государство тратит S$ 130 млн. из данного счета на помощь нуждающимся.

Здравоохранение Сингапура фактически полностью содержится на персонифицированных обязательных медицинских сбережениях, которые можно считать одним из видов страхования, а также государственном субсидировании конечного потребления медицинских услуг. Помощь в оплате медицинского счета включена через обязательные сбережения под названием Central Providence Fund (CPF).

NB! **Central Providence Fund (CPF) не является системой медицинского обеспечения национального уровня и любая сумма, внесенная вами лично, будет использовayf только для ваших собственных расходов или для лечения ваших иждивенцев!!!** Она не будет использована на субсидирование лечения другого сотрудника, который может заработать меньше, чем вы, и, соответственно, вложить меньше в Фонд.

Для пациентов правительственного субсидирования, а также частных застрахованных пациентов, большинство медицинских услуг счет за медицинские услуги будет покрываться третьей стороной.

Традиционные медицинские услуги в Сингапуре являются доступными.

Обычный осмотр врача общей практики плюс лекарства первой необходимости, обойдется около S$ 20-30, анализ крови и рентгеновского снимка ~ S$ 50-80.

Примерно 20% первичной медико-санитарной помощи обеспечивается правительством, остальные 80% – через 2000 частных медицинских клиник.

Консультация специалиста в частной клинике может стоить S$ 75-125.

Ежедневные расходы на госпитализацию составляют S$ 30-3000 в зависимости от типа выбранной больничной палаты, которые варьируют от палат без кондиционера до частных медицинских палат класса Люкс, напоминающий Королевский люкс в 5-звездочном отеле.

Оплата услуг между государством и частными больницами для пациентов не субсидируется, и являются очень похожими.

Сингапур предоставляет уникальное ценностное медицинское предложение для многих больных хирургического профиля со всего мира. Город имеет возможность предоставить медицинские услуги мирового класса по сравнительно доступным ценам. Грубое сравнение цен на некоторые операции в Сингапуре, США и Таиланде приведено в таблице 3.

Таблица 3 – Цены на некоторые операции в Сингапуре, США и Таиланде

Вид операции	США, $	Сингапур, $	Таиланд, $
Операция на сердце	140,000	25,000	15,000
Замена тазобедренного сустава	45,000	13,000	13,000
Замена коленного сустава	40,000	15,000	12,000

Как следует из сравнения цен, большинство операций в Сингапуре более доступны по сравнению с США.

Единственным минусом системы медицинского страхования и финансирования системы здравоохранения является то, что она рассчитана только на граждан Сингапура и лиц с постоянным местом жительства. Иностранные граждане независимо от количества лет, прожитых в Сингапуре, не входят ни в одну из программ и оплачивают лечение самостоятельно или же заключают договоры добровольного медицинского страхования.

В зависимости от возраста, образа жизни и типа полиса, ежемесячная стоимость частного медицинского страхования может варьировать от S$ 75 до $ 400 для застрахованных.

В список частных страховых компаний в Сингапуре входят: Allianz, Aviva, Great Eastern, Prudential.

Сингапур ежегодно публикует перечень услуг и их стоимость в различных больницах и клиниках страны, информацию по способам расчетов с помощью обязательных сбережений, ограничение на суммы, требования совместного финансирования со стороны граждан, что создало благоприятную ситуацию в сфере здравоохранения.

Заключение

Всякая система здравоохранения справедлива и достойна граждан страны, когда она соответствует их ожиданиям и если одинаково, без дискриминации способна реагировать на любой запрос.

В то время как в менее развитых странах усилия направлены, прежде всего, на развитие служб первичной охраны здоровья, в развитых промышленных странах делают акцент на внедрение новых медицинских технологий и на удорожание медицинской помощи.

Во всех странах Европейского союза система здравоохранения основана на принципе социальной, страховой медицины. Государство передало управление здравоохранением корпоративным, самоуправляющим организациям: врачебным палатам, больничным кассам, Ассоциации врачей частной практики и Фонду обязательного медицинского страхования. Врачебная ассоциация несет полную ответственность за результаты лечения и эффективное использование выделенных средств.

Современные общественные экономические отношения, связанные с рыночной экономикой, обусловили иные подходы к социальным сторонам жизни. Такие социальные блага, как медицинская помощь, имеют большое демографическое и социальное значение и должны регулироваться этическими гражданскими нормами. Рынок и рыночные отношения в медицине по-прежнему несовместимы.

В странах с развитой системой страховой медицины все активнее применяют методы индустриального менеджмента организации в здравоохранении (Diagnose Related Group, DRG).

По определению ВОЗ, справедливой по финансовому распределению может считаться та система здравоохранения, в которой доля общих расходов семьи на медицинские услуги (без учета продуктов) является идентичной для всех домашних хозяйств независимо от их доходов, состояния здоровья или использования ими системы здравоохранения.

Лекция 3. Организация системы здравоохранения Российской Федерации

Время – 2 акад. часа

Место проведения – личный кабинет обучающегося в системе дистанционного обучения ФГБУ ВЦЭРМ им. А.М. Никифорова МЧС России по адресу в сети Интернет http://idpo.nrcerm.ru

Контингент обучаемых – обучающиеся по дополнительной профессиональной программе повышения квалификации «Современные модели систем здравоохранения»

Учебные вопросы

1. Организация охраны здоровья граждан в Российской Федерации
2. Система медицинского обслуживания населения в Российской Федерации
3. Система подготовки медицинских кадров в Российской Федерации
4. Система медицинского страхования в Российской Федерации
5. Финансирование системы здравоохранения в Российской Федерации
6. Национальный проект «Здравоохранение»

Литература:

1. Федеральный закон от 09.01.1996 № 3-ФЗ «О радиационной безопасности населения» // Собр. зак-ва РФ от 15.01.1996 № 3 ст. 141.

2. Федеральный закон от 30.03.1999 № 52-ФЗ «О санитарно-эпидемиологи-ческом благополучии населения». – URL: https://fzrf.su/zakon/o-sanitarno-ehpide-miologicheskom-blagopoluchii-52-fz/ (Дата обращения 20.02.2022).

3. Федеральный закон от 16.7.1999 № 165-ФЗ «Об основах обязательного социального страхования».

4. Федеральный закон от 29.12.2006 № 255-ФЗ «Об обязательном социальном страховании на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством». – URL: https://fzrf.su/zakon/strahovanie-na-sluchaj-vremennoj-netrudosposob-nosti-255-fz/ (Дата обращения 20.02.2022).

5. Федеральный закон от 12.04.2010 № 61-ФЗ«Об обращении лекарственных средств».

6. Федеральный закон от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» // Собр. зак-ва РФ от 06.12.2010 № 49 ст. 6422.

7. Федеральный закон от 21.11.2011 № 323 «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

8. Федеральный закон от 29.12.2012 № 273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации»

9. Федеральный закон от 30.12.2015 № 432-ФЗ «О внесении изменений в статью 25 закона Российской Федерации «Об организации страхового дела в Российской Федерации» и федеральный закон «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации»

10. Федеральный закон от 30.12.2020 № 492-ФЗ «О биологической безопасности в Российской Федерации». – URL: https://www.garant.ru/products/ipo/prime/ doc/400056868/ (Дата обращения 20.02.2022).

11. Закон Российской Федерации от 27.11.1992 № 4015-1 «Об организации страхового дела в Российской Федерации» // Ведомости Съезда народных депутатов РФ и Верховного Совета РФ от 14.01.1993 № 2 ст. 56.

12. Указ Президента Российской Федерации от 11.10.2004 № 1304 «О Федеральном медико-биологическом агентстве».

13. Указ Президента РФ от 11.03.2019 № 97 «Об Основах государственной политики Российской Федерации в области обеспечения химической и биологической безопасности на период до 2025 года и дальнейшую перспективу»

14. Указ Президента Российской Федерации от 05.01.2021 № 16 «О создании Фонда поддержки детей с тяжелыми жизнеугрожающими и хроническими заболеваниями, «Круг добра».

15. Постановление Правительства РФ от 30.06.2004 № 322 «Об утверждении Положения о Федеральной службе по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека» // Собр. зак-ва РФ от 12.7.2004 № 28 ст. 2899.

16. Постановление Правительства РФ от 30.06.2004 № 323 «Об утверждении Положения о Федеральной службе по надзору в сфере здравоохранения» // Собр. зак-ва РФ от 12.7.2004 № 28 ст. 2900.

17. Постановление Правительства РФ от 19.06.2012 № 608 «Об утверждении Положения о Министерстве здравоохранения Российской Федерации» // Собр. зак-ва РФот 25.06.2012 № 26 ст. 3526.

18. Постановление Правительства РФ от 21.04.2016 № 332 «Об утверждении Правил использования медицинскими организациями средств нормированного страхового запаса территориального фонда обязательного медицинского страхования для финансового обеспечения мероприятий по организации дополнительного профессионального образования медицинских работников по программам повышения квалификации, а также по приобретению и проведению ремонта медицинского оборудования»

19. Постановление Правительства РФ от 07.12.2019 № 1610 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2020 год и на плановый период 2021 и 2022 годов» // Собр. зак-ва РФ от 23.12.2019 № 51 (часть I) ст. 7606.

20. Постановление Правительства РФ от 03.04.2020 № 440 «О продлении действия разрешений и иных особенностях в отношении разрешительной деятельности в 2020 году».

21. Постановление Правительства Российской Федерации от 28.12.2020 № 2299 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2021 год и на плановый период 2022 и 2023 годов»

22. Постановление Правительства Российской Федерации от 04.02.2021 № 109 «О внесении изменений в постановление Правительства Российской Федерации от 3 апреля 2020 г. № 440»

23. Приказ Минздравсоцразвития России от 16.04.2008 № 176н «О Номенклатуре специальностей специалистов со средним медицинским и фармацевтическим образованием в сфере здравоохранения Российской Федерации».

24. Приказ Минздрава России от 08.01.2002 № 9 «О мерах по совершенствованию организации токсикологической помощи населению Российской Федерации» (вместе с «Положением об организации деятельности центра острых отравлений», «Положением об организации деятельности отделения острых отравлений», «Положением об организации деятельности информационно-консультативного токсикологического отделения», «Положением об организации деятельности заведующего отделением острых отравлений», «Положением об организации деятельности врача-токсиколога центра (отделения) острых отравлений», «Положением об организации деятельности химико-токсикологической лаборатории центра (отделения) острых отравлений», «Инструкцией о правилах отбора биологических проб в лечебно-профилактических учреждениях для обнаружения токсических веществ с целью диагностики острого отравления»)

25. Приказ Минздрава России от 23.07.2010 № 541н «Об утверждении Единого квалификационного справочника должностей руководителей, специалистов и служащих, раздел «Квалификационные характеристики должностей работников в сфере здравоохранения».

26. Приказ Минздрава России от 03.08.2012 № 66н «Об утверждении Порядка и сроков совершенствования медицинскими работниками и фармацевтическими работниками профессиональных знаний и навыков путем обучения по дополнительным профессиональным образовательным программам в образовательных и научных организациях».

27. Приказ Минздрава России от 20.12.2012 № 1183н «Об утверждении Номенклатуры должностей медицинских работников и фармацевтических работников».

28. Приказ Минздрава России от 07.10.2015 № 700н «О номенклатуре специальностей специалистов, имеющих высшее медицинское и фармацевтическое образование».

29. Приказ Минздрава России от 08.10.2015 № 707н «Об утверждении Квалификационных требований к медицинским и фармацевтическим работникам с высшим образованием по направлению подготовки «Здравоохранение и медицинские науки».

30. Приказ Минздрава России от 29.01.2016 № 39н «Об утверждении Порядка прохождения работниками подразделений транспортной безопасности ежегодного медицинского осмотра, предусмотренного статьей 12.3 Федерального закона от 09.02.2007 № 16-ФЗ «О транспортной безопасности», включающего в себя химико-токсикологические исследования наличия в организме человека наркотических средств, психотропных веществ и их метаболитов, и формы заключения, выдаваемого по его

результатам». – URL: https://www.garant.ru/ products/ipo/ prime/doc/71258648/ (Дата обращения 20.02.2022).

31. Приказ Минздрава России от 10.02.2016 № 83н «Об утверждении Квалификационных требований к медицинским и фармацевтическим работникам со средним медицинским и фармацевтическим образованием

32. Приказ Минздрава России от 15.03.2016 № 159 «Об утверждении структуры Министерства здравоохранения Российской Федерации».

33. Приказ Минздрава России от 02.06.2016 № 334н «Об утверждении Положения об аккредитации специалистов» // Бюл. нормативных актов фед. органов исполнительной власти от 25.07.2016 № 30.

34. Приказ Минздрава России от 04.08.2016 № 575н «Об утверждении Порядка выбора медицинским работником программы повышения квалификации в организации, осуществляющей образовательную деятельность, для направления на дополнительное профессиональное образование за счет средств нормированного страхового запаса территориального фонда обязательного медицинского страхования».

35. Приказ Минздрава России от 21.11.2017 № 926н «Об утверждении Концепции развития непрерывного медицинского и фармацевтического образования в Российской Федерации на период до 2021 года».

36. Приказ Минздрава России от 22.12.2017 № 1043н «Об утверждении сроков и этапов аккредитации специалистов, а также категорий лиц, имеющих медицинское, фармацевтическое или иное образование и подлежащих аккредитации специалистов».

37. Приказ Минздрава России от 23.06.2020 № 618 «Об утверждении составов аккредитационных комиссий Минздрава России для проведения аккредитации специалистов, имеющих высшее медицинское образование (специалитет, ординатура, бакалавриат, магистратура)». – URL: https://cloud.mail.ru/public/2v2z/ tnV2zqGi5 (Дата обращения 20.02.2022).

38. Приказ Минздрава России от 28.12.2020 № 1379н «Об утверждении перечня оборудования для оснащения и переоснащения медицинских организаций при реализации региональных программ модернизации первичного звена здравоохранения».

39. Приказ Минздрава России от 02.02.2021 № 40н «Об особенностях проведения аккредитации специалистов в 2021 году».

40. Приказ Минздрава России от 08.02.2021 № 58н «Об особенностях допуска физических лиц к осуществлению медицинской деятельности и (или) фармацевтической деятельности без сертификата специалиста или свидетельства об аккредитации специалиста и (или) по специальностям, не предусмотренным сертификатом специалиста или свидетельством об аккредитации специалиста, в 2021 году».

41. Приказ Роспотребнадзора от 19.07.2007 № 224 «О санитарно-эпидемиологических экспертизах, обследованиях, исследованиях, испытаниях и токсикологических, гигиенических и иных видах оценок».

42. Постановление Главного государственного санитарного врача РФ от 28.01.2021 № 4 «Об утверждении санитарных правил и норм СанПиН 3.3686-21 «Санитарно-эпидемиологические требования по профилактике инфекционных болезней». – URL: http://publication.pravo.gov.ru/Document/View/0001202102180019. (Дата обращения 20.02.2022).

43. Письмо Минздрава России от 20.07.2017 № 16-5/10/2-4889 «О праве лиц на осуществление медицинской или фармацевтической деятельности в РФ, получивших медицинское или фармацевтическое образование в РФ в соответствии с ФГОС и имеющих свидетельство об аккредитации специалиста».

44. Паспорт национального проекта «Здравоохранение» (утв. президиумом Совета при Президенте РФ по стратегическому развитию и национальным проектам, протокол от 24.12.2018 № 16). – URL: https://base.garant.ru/72185920/ (Дата обращения 20.02.2022).

45. Статистический сборник Минздрава России за 2019 г.

дополнительная:

1. Новая модель медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь : Методические рекомендации (2-е изд. с доп. и уточн.) / утв. Минздравом России 30.06.2019. – URL. : https://base.garant.ru/72205018/ (Дата обращения 20.02.2022).

2. Перечень НПА (их отдельных положений), содержащих обязательные требования, оценка соблюдения которых осуществляется Роспотребнадзором в рамках федерального государственного санитарно-эпидемиологического надзора, привлечения к административной ответственности / утв. Роспотребнадзором

3. Приказ ФМБА России от 21.01.2020 № 6 «Перечень медицинских организаций, участвующих в 2020 году в тиражировании «Новой модели медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь».

Интернет-ресурсы:

1. Кратко об этапах медицинского образования в РФ. – URL: https://pikabu.ru/story/kratko_ob_yetapakh_meditsinskogo_obrazovaniya_v_rf_6155863

2. Национальные проекты России. – URL: https://национальныепроекты.рф/?utm_source=Yandex_Search&utm_medium=CPC&utm_campaign=56246390&utm_term=%D0%BD%D0%B0%D1%86%D0%BF%D1%80%D0%BE%D0%B5%D0%BA%D1%82%D1%8B%202020&utm_content=main&yclid=710297765729835138 (Дата обращения 20.02.2022).

3. Росстат: В 2019 году в России работали более 565 тысяч врачей. – URL: https://vademec.ru/news/2020/02/10/rosstat-v-2019-godu-v-rossii-rabotali-bolee-565-tysyach-vrachey/ (Дата обращения 20.02.2022).

4. Число врачей в России в 2019 году увеличилось на 2,6 тыс. – URL: https://tass.ru/obschestvo/8878585 (Дата обращения 20.02.2022).

5. Улумбекова Г.Э. Финансирование здравоохранения в России (2021-2024 гг.) / Г.Э. Улумбекова, А.Б. Гиноян, А.В. Калашникова, Н.В. Альвианская. – URL: https://www.vshouz.ru/journal/2019-god/finansirovanie-zdravookhraneniya-v-rossii-2021-2024-gg-/ (Дата обращения 20.02.2022).

Введение

Актуальность темы лекции обусловлена необходимостью актуализировать знания и представления врачей-организаторов здравоохранения о состоянии системы здравоохранения в Российской Федерации на фоне пандемии острой респираторной нфекции (COVID-19), вызванной коронавирусом SARS-CoV-2 и в ходе проводимой в стране реформы здравоохранения.

Несмотря на реформирование, функционирование системы здравоохранения встречается с некоторыми трудностями: снижением качества медицинской помощи населению; повышением количества заболеваний социально опасного характера; увеличением смертности и уменьшением рождаемости; недостаточным финансированием отрасли и декларативным характером Программы государственных гарантий оказания населению бесплатной медицинской помощи. Их присутствие определено потерей комплексного подхода к охране здоровья, деформированием системы медицинской профилактики, уменьшением доступности медицинской помощи для большей части населения, развитием неуправляемой теневой экономики в отрасли.

Правовое обеспечение отстает от формирования общественных отношений, формирующихся в сферы здравоохранения. Более того, несовершенное законодательство в ряде случаев замедляет положительные процессы в отрасли.

Система здравоохранения в России существует на основании ряда законодательных актов, призванных обеспечивать ее единство, комплексность и качество стандартов оказания медицинской помощи, представленных в списке литературы и Интернет-ресурсе.

1 Организация охраны здоровья граждан в Российской Федерации

Организация охраны здоровья населения Российской Федерации регламентирована федеральным законом от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», который

- определяет правовые, экономические и организационные основы охраны здоровья граждан, их права и обязанности в данной сфере, гарантии их реализации;
- закрепляет полномочия и ответственность властей, права и обязанности медицинских организаций, медицинских и фармацевтических работников;
- впервые закрепил обязанность граждан заботиться о сохранении своего здоровья.

Основные принципы охраны здоровья:

1) соблюдение прав граждан в сфере охраны здоровья и обеспечение связанных с этими правами государственных гарантий;
2) приоритет интересов пациента при оказании медицинской помощи;
3) приоритет охраны здоровья детей;
4) социальная защищенность граждан в случае утраты здоровья;
5) ответственность органов государственной власти и органов местного самоуправления, должностных лиц организаций за обеспечение прав граждан в сфере охраны здоровья;
6) доступность и качество медицинской помощи;
7) недопустимость отказа в оказании медицинской помощи;
8) приоритет профилактики в сфере охраны здоровья;
9) соблюдение врачебной тайны.

В соответствии с федеральным законом от 21.11.2011 № 323-ФЗ организация охраны здоровья граждан в стране обеспечивается государственной, муниципальной и частной системами здравоохранения.

В соответствии с Концепцией развития здравоохранения и медицинской науки в Российской Федерации, рекомендациями Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) и других авторитетных международных организаций обеспечение здравоохранения целесообразно ориентировать на следующую структуру ресурсов: 60% – государственная система здравоохранения, 30% – обязательное медицинское социальное страхование; 10% – частное здравоохранение, общественные организации, фонды, религиозные конфессии и т.п. Государственная система здравоохранения представлена Министерством здравоохранения Российской Федерации, министерствами здравоохранения субъектов Российской Федерации, государственными органами санитарно-эпидемиологического надзора, отделением медицинских наук Российской академии наук (РАН), которые в пределах своей компетенции планируют и осуществляют меры по реализации государственной политики, выполнению программ в области здравоохранения и по развитию медицинской науки.

Муниципальная система здравоохранения представлена муниципальными органами управления здравоохранением и находящимися в муниципальной собственности лечебно-профилактическими и научно-исследовательскими учреждения, фармацевтическими предприятиями и организациями, аптечными учреждениями, учреждениями судебно-медицинской экспертизы, образовательными медицинскими организациями.

Муниципальные органы управления здравоохранением несут ответственность за санитарно-гигиеническое образование населения, обеспечение доступности населению

гарантированного объема медико-социальной помощи, развитие муниципальной системы здравоохранения на подведомственной территории, осуществляют контроль за качеством оказания медико-социальной и лекарственной помощи предприятиями, учреждениями и организациями государственной, муниципальной, частной систем здравоохранения, а также лицами, занимающимися частной медицинской практикой.

Финансирование деятельности предприятий, учреждений и организаций муниципальной системы здравоохранения осуществляется за счет средств бюджетов всех уровней, целевых фондов, предназначенных для охраны здоровья граждан, и иных не запрещенных законодательством источников.

Частную систему здравоохранения образуют лечебно-профилактические и аптечные учреждения, имущество которых находится в частной собственности, а также лица, занимающиеся частной медицинской практикой и частной фармацевтической деятельностью. В ее состав входят лечебно-профилактические, аптечные, научно-исследовательские и образовательные учреждения, создаваемые и финансируемые частными предприятиями, учреждениями и организациями, общественными объединениями, а также физическими лицами. Деятельность учреждений частной системы здравоохранения осуществляется в соответствии с законодательством РФ, нормативными правовыми актами субъектов РФ, федерального и региональных органов управления здравоохранением и органов местного самоуправления.

Дефиниция 1 Министерство здравоохранения Российской Федерации (Минздрав России) – федеральный орган исполнительной власти Российской Федерации осуществляющий функции по выработке государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере здравоохранения, обязательного медицинского страхования, обращения лекарственных средств для медицинского применения, включая вопросы организации профилактики заболеваний, в т.ч. инфекционных заболеваний и СПИДа, медицинской помощи, медицинской реабилитации и медицинских экспертиз, фармацевтической деятельности, включая обеспечение качества, эффективности и безопасности лекарственных средств для медицинского применения, обращения медицинских изделий, санитарно-эпидемиологического благополучия населения, курортного дела, а также по управлению государственным имуществом и оказанию государственных услуг в сфере здравоохранения.

Основные приоритетные направления деятельности Минздрава России определены Указом Президента Российской Федерации от 07.5.2018 № 204 «О национальных целях и стратегических задачах развития Российской Федерации»:

- обеспечение устойчивого роста численности населения Российской Федерации;
- повышение ожидаемой продолжительности жизни до 78 лет (в 2030 г. – до 80 лет).

В структуре Минздрава России выделяют руководство; институты советников и помощников министра здравоохранения, а также главных (внештатных) специалистов Минздрава России; 16 департаментов, в состав которых входят 84 отдела; 36 образовательных организаций высшего медицинского образования; 34 учреждения науки; иные учреждения.

Руководство Минздрава России представлено министром здравоохранения Российской Федерации и его заместителями (10).

Министр здравоохранения Российской Федерации с 21.01.2020 г. – Мурашко Михаил Альбертович, врач-гинеколог, доктор медицинских наук, действительный государственный советник Российской Федерации 2-го класса.

Иллюстрация. Состав департаментов Минздрава России:

департамент организации экстренной медицинской помощи и экспертной деятельности (4):

- отдел организации медицинских экспертиз и технического регулирования

- отдел организации наркологической помощи населению, медицинского освидетельствования

- отдел организации ВСМК и скорой медицинской помощи

- отдел организации службы крови и спортивной медицины

департамент организации медицинской помощи и санаторно-курортного дела (10):

- отдел специализированной медицинской помощи и организации направления на лечение за рубеж

- отдел нормативно-методического регулирования деятельности подведомственных медицинских организаций

- отдел методологии и планирования отдельных видов специализированной медицинской помощи

- отдел мониторинга, анализа и совершенствования отдельных видов специализированной медицинской помощи

- отдел организации и совершенствования программ медицинской реабилитации

- отдел координации работы с органами управления здравоохранением субъектов Российской Федерации

- отдел реализации специальных программ

- отдел координация оказания медицинской помощи населению

- отдел организации первичной медико-санитарной помощи

- отдел организации медицинской помощи при социально значимых инфекционных заболеваниях

департамент медицинской помощи детям и службы родовспоможения (4):

- отдел мониторинга, стандартизации и организации специализированной медицинской помощи детям

- отдел нормативно-правового регулирования и совершенствования первичной медико-санитарной помощи детям

- отдел профилактической помощи детям, медицинской реабилитации, предупреждения и снижения детской инвалидности

Рисунок 1 – Структура Минздрава России

- отдел охраны репродуктивного здоровья и внедрения эффективной акушерско-гинекологической помощи

департамент медицинского образования и кадровой политики в здравоохранении (6):

- отдел среднего и высшего профессионального образования

- отдел послевузовского и дополнительного профессионального образования

- отдел кадровой политики в здравоохранении

- отдел охраны труда

- отдел трудовых отношений и профессиональных стандартов

- отдел оплаты труда в сфере здравоохранения

департамент государственного регулирования обращения лекарственных средств:

- отдел клинических исследований лекарственных препаратов

- отдел регистрации лекарственных препаратов

- отдел регулирования обращения зарегистрированных лекарственных препаратов

- отдел регистрации цен на жизненно необходимые и важнейшие лекарственные препараты

департамент лекарственного обеспечения и регулирования обращения медицинских изделий (5):

- отдел нормативно-правового регулирования вопросов лекарственного обеспечения и контроля качества лекарственных средств

- отдел лекарственного обеспечения граждан

- отдел нормативно-правового регулирования обращения медицинских изделий

- отдел нормативно-правового регулирования фармацевтической деятельности, оборота наркотических средств и психотропных веществ

- отдел обеспечения вакцинопрофилактики населения

департамент мониторинга, анализа и стратегического развития здравоохранения (5):

- отдел регионального развития здравоохранения

- отдел медицинской статистики

- отдел мониторинга государственных программ

- отдел стратегического развития и территориального планирования

- отдел проектной деятельности

департамент науки, инновационного развития и управления медико-биологическими рисками здоровью (5):

- отдел прогнозирования научных исследований и научного проектирования

- отдел развития инфраструктуры и нормативно-правового регулирования биомедицинской науки

- отдел организации научной деятельности подведомственных учреждений, осуществляющих научные исследования и разработки

- отдел координации деятельности в области обеспечения радиационной, химической и биологической безопасности

- отдел инновационного развития здравоохранения

департамент информационных технологий и связи (3):

- отдел развития информационных систем в сфере здравоохранения

- отдел координации региональных программ информатизации в сфере здравоохранения

- отдел эксплуатации технической инфраструктуры, обеспечения связью и информационной безопасности

департамент общественного здоровья и коммуникаций (4):

- отдел общественного здоровья

- отдел коммуникационных проектов

- отдел пресс-службы и информации

- отдел по связям с институтами гражданского общества

департамент инфраструктурного развития и государственно-частного партнёрства (3):

- отдел имущественных отношений

- отдел мониторинга использования и регистрации вещных прав

- отдел развития государственно-частного партнёрства

департамент международного сотрудничества и связей с общественностью (3):

- отдел развития международного сотрудничества в сфере здравоохранения

- отдел специальных международных проектов в сфере здравоохранения

- отдел по взаимодействию с регионами и совещательными органами Минздрава России

финансово-экономический департамент (8):

- отдел организации составления и исполнения федерального бюджета

- отдел нормативного регулирования и методического обеспечения бюджетных правоотношений

- отдел организации финансового обеспечения учреждений здравоохранения

- отдел организации финансового обеспечения учреждений науки

- отдел финансового обеспечения долгосрочных (федеральных) целевых программ и инвестиционных проектов

- отдел организации финансового обеспечения учреждений образования

- отдел государственных гарантий бесплатной медицинской помощи

- отдел организации обязательного медицинского страхования

департамент управления делами и кадров (9):

- общий отдел

- отдел контроля за исполнением

- отдел по работе с обращениями граждан и организации приёма населения

- отдел государственной службы и кадров

- отдел по профилактике, предупреждению коррупционных и иных правонарушений

- отдел кадровой работы с подведомственными учреждениями

- отдел обеспечения деятельности министерства

- организационный отдел

- отдел внутреннего финансового аудита

департамент учётной политики и контроля (6):

- отдел бухгалтерского учёта

- отдел кассового исполнения

- отдел сводной отчётности

- отдел государственных контрактов

- отдел обеспечения проведения процедур размещения государственных заказов

- отдел внутреннего финансового контроля

правовой департамент (6):

- отдел правового регулирования по вопросам страхования в сфере здравоохранения, медицинской науки и образования

- отдел правового регулирования организации оказания медицинской помощи и санитарно-эпидемиологического благополучия

- отдел развития законодательства в сфере здравоохранения

- отдел правового регулирования обращения лекарственных средств и медицинских изделий

- отдел судебной работы и общих вопросов применения гражданского законодательства

- отдел общих вопросов применения законодательства, связанного с размещением государственных заказов.

***Иллюстрация Образовательные организации высшего медицинского образования Минздрава России**:*

1. *Алтайский государственный медицинский университет*
2. *Амурская государственная медицинская академия*
3. *Башкирский государственный медицинский университет*
4. *Владивостокский государственный медицинский университет*
5. *Волгоградский государственный медицинский университет*
6. *Дальневосточный государственный медицинский университет*
7. *Ивановская государственная медицинская академия*
8. *Ижевская государственная медицинская академия*
9. *Иркутский государственный медицинский университет*
10. *Казанский государственный медицинский университет*
11. *Кемеровский государственный медицинский университет*
12. *Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого*
13. *Кировский государственный медицинский университет*
14. *Кубанский государственный медицинский университет*
15. *Курский государственный медицинский университет*
16. *Московский государственный медико-стоматологический университет*
17. *Новосибирский государственный медицинский университет*
18. *Оренбургский государственный медицинский университет*
19. *Первый московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова*
20. *Пермский государственный медицинский университет им. академика Е.А. Вагнера*
21. *Приволжский исследовательский медицинский университет*
22. *Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н.И. Пирогова*
23. *Ростовский государственный медицинский университет*
24. *Рязанский государственный медицинский университет*
25. *Самарский государственный медицинский университет*
26. *Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова*
27. *Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет*
28. *Саратовский государственный медицинский университет*
29. *Северный государственный медицинский университет*
30. *Северо-Западный государственный медицинский университет имени И.И. Мечникова*
31. *Сибирский государственный медицинский университет*
32. *Смоленский государственный медицинский университет*
33. *Уральский государственный медицинский университет*
34. *Читинская государственная медицинская академия*
35. *Южно-Уральский государственный медицинский университет*
36. *Ярославская государственная медицинская академия*

***Иллюстрация Учреждения науки Минздрава России**:*

1. Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии имени В.П. Сербского

2 Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт имени В.М. Бехтерева

3. Новосибирский научно-исследовательский институт туберкулёза

4. Государственный научно-исследовательский институт стандартизации и контроля медицинских биологических препаратов имени Л.А. Тарасевича

5. Национальный медицинский исследовательский центр реабилитации и курортологии

6. Межотраслевой научно-технический комплекс «Микрохирургия глаза»

7. Российский научный центр «Восстановительная травматология и ортопедия» имени академика Г.А. Илизарова

8. Национальный медицинский исследовательский центр гематологии

9. Государственный научный центр дерматовенерологии и косметологии

10. Национальный медицинский исследовательский центр профилактической медицины

11. Национальный медицинский исследовательский центр эндокринологии

12. Национальный медицинский исследовательский центр кардиологии

13. Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт фтизиопульмонологии

14. Национальный медицинский исследовательский центр травматологии и ортопедии имени Н.Н. Приорова

15. Московский научно-исследовательский онкологический институт имени П.А. Герцена

16. Московский научно-исследовательский институт глазных болезней имени Гельмгольца

17. Национальный медицинский исследовательский центр трансплантологии и искусственных органов имени академика В.И. Шумакова

18. Государственный научный центр колопроктологии

19. Центральный научно-исследовательский институт стоматологии и челюстно-лицевой хирургии

20. Национальный научный центр наркологии

21. Московский научно-исследовательский институт педиатрии и детской хирургии

22. Национальный медицинский исследовательский центр здоровья детей

23. Национальный медицинский исследовательский центр акушерства, гинекологии и перинатологии имени академика В.И. Кулакова

24. Национальный медицинский исследовательский центр сердечно-сосудистой хирургии имени А.Н. Бакулева

25. Национальный медицинский исследовательский центр нейрохирургии имени академика Н.Н. Бурденко

26. Национальный медицинский исследовательский центр детской гематологии, онкологии и иммунологии имени Дмитрия Рогачёва

27. Национальный медицинский исследовательский центр онкологии имени Н.Н. Блохина

28. НИИ онкологии имени Н.Н. Петрова

29. Национальный медицинский исследовательский центр хирургии имени А.В. Вишневского

30. Саратовский научно-исследовательский институт кардиологии

31. Российский научный центр рентгенорадиологии

32. Национальный медицинский исследовательский центр имени В.А. Алмазова

33. Приволжский федеральный медицинский исследовательский центр

34. Национальный медицинский исследовательский центр имени академика Е.Н. Мешалкина

***Иллюстрация. Иные учреждения Минздрава России**:*

1. Российский центр судебно-медицинской экспертизы

2. «Ока» – федеральный санаторий опорнодвигательного лечения Минздрава России в Озёрском районе Подмосковья (до 1993 г. – дом отдыха Верховного совета РСФСР).

3. «Прилесье» – санаторий в г. Тольятти, Самарской области, (до 2010 г. – санаторий-профилакторий АвтоВАЗ).

Институт главных внештатных специалистов Минздрава России представлен 72 врачами специалистами.

Иллюстрация. Главные внештатные специалисты Минздрава России:

1. *Чучалин Александр Григорьевич - главный терапевт*
2. *Авдеев, Сергей Николаевич - главный пульмонолог*
3. *Чазов Евгений Иванович - главный кардиолог*
4. *Дедов Иван Иванович - главный эндокринолог*
5. *Денисов Игорь Николаевич - главный специалист общей врачебной практике (семейный врач)*
6. *Шилов Евгений Михайлович - главный нефролог*
7. *Насонов Евгений Львович - главный ревматолог*
8. *Ивашкин Владимир Трофимович - главный гастроэнтеролог*
9. *Хаитов Рахим Мусаевич - главный аллерголог-иммунолог*
10. *Бушманов Андрей Юрьевич - главный профпатолог*
11. *Савченко Валерий Григорьевич - главный гематолог-трансфузиолог*
12. *Бойцов Сергей Анатольевич - главный специалист по медицинской профилактике*
13. *Малинникова Елена Юрьевна - главный инфекционист*
14. *Двойников Сергей Иванович - главный специалист по управлению сестринской деятельностью*
15. *Потекаев Николай Николаевич - главный дерматовенеролог и косметолог*
16. *Гусев Евгений Иванович - главный невролог*
17. *Зинченко Юрий Петрович - главный медицинский психолог*
18. *Изотов Борис Николаевич - главный специалист по аналитической и судебно-медицинской токсикологии*
19. *Яблонский Пётр Казимирович - главный торакальный хирург*
20. *Васильева Ирина Анатольевна - главный фтизиатр*
21. *Кубышкин Валерий Алексеевич - главный хирург*
22. *Бокерия Лео Антонович - главный сердечно-сосудистый хирург (кардиохирург)*
23. *Миронов Сергей Павлович - главный травматолог-ортопед*
24. *Пушкарь Дмитрий Юрьевич - главный уролог*
25. *Коновалов Александр Николаевич - главный нейрохирург*
26. *Михаил Иванович Давыдов - главный онколог*
27. *Дайхес Николай Аркадьевич - главный отоларинголог*
28. *Нероев Владимир Владимирович - главный офтальмолог*
29. *Готье Сергей Владимирович - главный трансплантолог*
30. *Шелыгин Юрий Анатольевич - главный колопроктолог*
31. *Миланов Николай Олегович - главный пластический хирург*
32. *Кулаков Анатолий Алексеевич - главный челюстно-лицевой хирург*
33. *Молчанов Игорь Владимирович - главный анестезиолог-реаниматолог*
34. *Алекян Баграт Геманович - главный специалист по рентгенэндоваскулярным диагностике и лечению*
35. *Багненко Сергей Фёдорович - главный специалист по скорой медицинской помощи*

36. Кекелидзе Зураб Ильич - главный психиатр

37. Брюн Евгений Алексеевич - главный психиатр-нарколог

38. Остапенко Юрий Николаевич - главный токсиколог

39. Янушевич Олег Олегович - главный стоматолог

40. Поляев Борис Александрович - главный спортивный врач

41. Петров Владимир Иванович - главный клинический фармаколог

42. Тутельян Виктор Александрович - главный диетолог

43. Иванова Галина Евгеньевна - главный реабилитолог

44. Корчажкина Наталья Борисовна - главный специалист по санаторно-курортному лечению

45. Ковалёв Андрей Валентинович - главный специалист по судебно-медицинской экспертизе

46. Франк Георгий Авраамович - главный специалист по патологической анатомии

47. Кочетов Анатолий Глебович - главный специалист по клинической лабораторной диагностике

48. Тюрин Игорь Евгеньевич - главный специалист по лучевой и инструментальной диагностике

49. Новиков, Пётр Васильевич - главный медицинский генетик

50. Адамян Лейла Вагоевна - главный акушер-гинеколог

51. Баранов Александр Александрович - главный педиатр

52. Иванов Дмитрий Олегович - главный неонатолог

53. Лобзин Юрий Владимирович - главный детский инфекционист

54. Ермоленко Марина Леонидовна - главный детский кардиолог

55. Петеркова Валентина Александровна - главный детский эндокринолог

56. Гузева Валентина Ивановна - главный детский невролог

57. Макушкин Евгений Вадимович - главный детский психиатр

58. Розинов Владимир Михайлович - главный детский хирург

59. Степаненко Сергей Михайлович - главный детский анестезиолог-реаниматолог

60. Поляков Владимир Георгиевич - главный детский онколог

61. Максимовская Людмила Николаевна - главный детский стоматолог

62. Катаргина Людмила Анатольевна - главный детский офтальмолог

63. Аксёнова Валентина Александровна - главный детский фтизиатр

64. Уварова Елена Витальевна - главный детско-юношеский гинеколог

65. Румянцев Александр Григорьевич - главный детский гематолог

66. Кучма Владислав Ремирович - главный врач по гигиене детей и подростков

67. Брико Николай Иванович - главный эпидемиолог

68. Мазус Алексей Израилевич - главный специалист по проблемам диагностики и лечения ВИЧ-инфекции

69. Глыбочко Пётр Витальевич - главный специалист по медицинскому и фармацевтическому образованию

70. Зарубина Татьяна Васильевна - главный специалист по внедрению современных информационных систем в здравоохранении

71. Гончаров Сергей Фёдорович - главный специалист по медицине катастроф

72. Хмелевский Евгений Витальевич - главный специалист радиолог.

Обучением и подготовкой среднего медицинского персонала (фельдшеров, акушерок, фармацевтов, медицинских сестер и др.) в Российской Федерации занимаются 407 образовательных организаций (училищ, колледжей и проч.).

В ведении Минздрава России находится

Дефиниция 2 Федеральная служба по надзору в сфере здравоохранения (Росздравнадзор) – федеральный орган исполнительной власти, осуществляющий функции по контролю и надзору в сфере здравоохранения; выдает лицензии на осуществление медицинской, фармацевтической деятельности, деятельности по оказанию протезно-ортопедической помощи, по производству лекарственных средств и медицинской техники, разрешения на применение новых медицинских технологий, ввоз и вывоз лекарственных средств.

Руководитель федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения – Самойлова Алла Владимировна – врач акушер-гинеколог, доктор медицинских наук заслуженный врач Чувашской Республики.

Дефиниция 3 Федеральная служба по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека (Роспотребнадзор) – уполномоченный федеральный орган исполнительной власти, осуществляющий функции по контролю и надзору в сфере обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения Российской Федерации, защиты прав потребителей на потребительском рынке.

Руководитель Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека – Главный государственный санитарный врач Российской Федерации с 10.4.2014 г. Попова Анна Юрьевна – врач-эпидемиолог, гигиенист, доктор медицинских наук, профессор действительный государственный советник российской федерации 1 класса.

Главный санитарный врач РФ руководит санитарно-противо-эпидемической службой, в его подчинении находится соответствующее управление (департамент).

Роспотребнадзор в своей деятельности руководствуется перечнями нормативных правовых актов, содержащих обязательные требования, оценка соблюдения которых осуществляется в рамках

- федерального государственного санитарно-эпидемиологического надзора, привлечения к административной ответственности (232 документа);
- федерального государственного надзора в области защиты прав потребителей, привлечения к административной ответственности (74 документа);
- предоставления лицензий и иных разрешений.

Дефиниция 4 Федеральное медико-биологическое агентство (ФМБА) – федеральный орган исполнительной власти, находящийся в ведении Правительства России и осуществляющий функции по контролю и надзору в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия работников организаций отдельных отраслей промышленности с особо опасными условиями труда и населения отдельных территорий, правоприменительные функции и функции по оказанию государственных услуг и управлению государственным имуществом в сфере медико-санитарного обеспечения работников организаций отдельных отраслей промышленности с особо опасными условиями труда и населения отдельных территорий.

Руководитель ФМБА – Скворцо́ва Верони́ка И́горевна – врач-невролог, нейрофизиолог, организатор здравоохранения, доктор медицинских наук профессор член-корреспондент РАН.

Отраслевая структура государственной системы здравоохранения представлена

- лечебно-профилактическими учреждениями
- учреждениями охраны материнства и детства
- учреждениями санитарно-эпидемиологической службы
- учреждениями медицинского образования и научно-исследовательскими учреждениями
- аптечными учреждениями и предприятиями медицинской и фармацевтической промышленности
- санаторно-курортными учреждениями

- учреждениями патологоанатомической, судебно-медицинской, судебно-психиатрической экспертизы.

- органами и учреждениями системы обязательного медицинского страхования.

Органы управления руководят непосредственно федеральными службами здравоохранения (крупными центрами, больницами, вузами, научно-исследовательскими институтами, рядом предприятий медицинской, фармацевтической промышленности, целевыми федеральными научными программами, органами и учреждениями санитарно-противоэпидемической службы и др.), контролируют деятельность муниципальных региональных медицинских органов и учреждений.

В субъектах федерации – регионах в составе органов и учреждений исполнительной власти имеются соответствующие администрации (управления, комитеты, в некоторых крупных регионах – министерства, в автономных республиках – также министерства здравоохранения), осуществляющие руководство подведомственными им медицинскими учреждениями и предприятиями. Минздрав России на федеральном уровне и органы управления субъектов Федерации осуществляют контроль за деятельностью медицинских учреждений, находящихся в юрисдикции муниципальных (местных) властей.

Государственные (федеральные, региональные, муниципальные) органы управления здравоохранением имеют право контролировать деятельность частных медицинских учреждений и лиц, занимающихся частной практикой.

Административные органы исполнительной власти находятся под юрисдикцией органов законодательной власти и на федеральном уровне Федерального собрания (Государственной думы, Совета Федерации и их комитетов и комиссий по социальной политике, здравоохранению и т.п.), на региональном уровне – соответствующих органов законодательной власти (думы, комитеты и пр.), на местном уровне – территориальных районных органов законодательной власти.

Органы законодательной власти рассматривают и принимают законодательные акты федерального, регионального, территориального уровней, определяющие юрисдикцию, административные права и обязанности органов и учреждений здравоохранения.

Органы и учреждения судебной власти (судебная система, прокуратура) осуществляют правовой надзор за исполнением законов, а в случаях нарушения законов – судопроизводство в отношении всех органов, учреждений, предприятий, в т.ч. системы здравоохранения.

Таким образом, все три ветви власти – законодательная, исполнительная и судебная имеют прямое отношение к управлению, контролю – надзору за деятельностью системы здравоохранения, ее органов, учреждений, предприятий.

Президент Российской Федерации руководит федеральной государственной политикой в области охраны здоровья граждан, представляет Федеральному Собранию доклад о государственной политике в области охраны здоровья граждан и состоянии здоровья населения Российской Федерации.

Правительство Российской Федерации осуществляет федеральную политику в области охраны здоровья граждан, разрабатывает, утверждает и финансирует федеральные программы по развитию здравоохранения; в пределах, предусмотренных законодательством...».

Во исполнение приказа Минздравсоцразвития России от 28.4.2011 № 364 внедрение современных информационных систем в здравоохранение, включая телемедицину, реализуется путем создания Единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения (ЕГИСЗ).

Основные задачи ЕГИСЗ:

- повышение эффективности управления в сфере здравоохранения на основе информационно-технологической поддержки прогнозирования и планирования расходов на оказание медицинской помощи и контроля за соблюдением государственных гарантий по ее объему и качеству;

- повышение качества оказания медицинской помощи на основе совершенствования информационно-технологического обеспечения деятельности медицинских и фармацевтических организаций, их персонала, учащихся и студентов медицинских и фармацевтических образовательных учреждений;

- повышение информированности населения по вопросам ведения здорового образа жизни, профилактики заболеваний, получения медицинской помощи, качества обслуживания в медицинских организациях, а также возможностей электронного взаимодействия с соответствующими уполномоченными органами.

Общая архитектура ЕГИСЗ состоит из сегментов – централизованных общесистемных компонентов, единого информационного пространства в здравоохранении и прикладных компонентов.

Федеральным законом от 29.7.2017 № 242-ФЗ «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации по вопросам применения информационных технологий в сфере охраны здоровья» определен перечень поставщиков и информации в ЕГИСЗ и перечень ее пользователей.

2 Система медицинского обслуживания населения в Российской Федерации

Первичная медико-санитарная помощь является основой системы оказания медицинской помощи и включает в себя мероприятия по профилактике, диагностике, лечению заболеваний и состояний, медицинской реабилитации, наблюдению за течением беременности, формированию здорового образа жизни и санитарно-гигиеническому просвещению населения.

Первичная медико-санитарная помощь оказывается бесплатно в амбулаторных условиях и в условиях дневного стационара в плановой и неотложной формах.

Первичная доврачебная медико-санитарная помощь оказывается фельдшерами, акушерами и другими медицинскими работниками со средним медицинским образованием.

Первичная врачебная медико-санитарная помощь оказывается врачами-терапевтами, врачами-терапевтами участковыми, врачами-педиатрами, врачами-педиатрами участковыми и врачами общей практики (семейными врачами).

Лечащий врач выдает больничный единолично на срок до 15 дней (ранее – до 30 дней), дальнейшее продление возможно через врачебную комиссию.

Первичная специализированная медико-санитарная помощь оказывается врачами-специалистами, включая врачей-специалистов медицинских организаций, оказывающих специализированную, в т.ч. высокотехнологичную, медицинскую помощь.

Специализированная медицинская помощь оказывается бесплатно в стационарных условиях и в условиях дневного стационара врачами-специалистами и включает в себя профилактику, диагностику и лечение заболеваний и состояний (в т.ч. в период беременности, родов и послеродовой период), требующих использования специальных методов и сложных медицинских технологий, а также медицинскую реабилитацию.

Высокотехнологичная медицинская помощь, являющаяся частью специализированной медицинской помощи, включает в себя применение новых сложных и (или) уникальных методов лечения, а также ресурсоемких методов лечения с научно доказанной эффективностью, в т.ч. клеточных технологий, роботизированной техники,

информационных технологий и методов генной инженерии, разработанных на основе достижений медицинской науки и смежных отраслей науки и техники.

Высокотехнологичная медицинская помощь, являющаяся частью специализированной медицинской помощи, оказывается медицинскими организациями в соответствии с перечнем видов высокотехнологичной медицинской помощи, содержащим в т.ч. методы лечения и источники финансового обеспечения высокотехнологичной медицинской помощи.

Скорая, в т.ч. скорая специализированная, медицинская помощь оказывается гражданам в экстренной или неотложной форме вне медицинской организации, а также в амбулаторных и стационарных условиях при заболеваниях, несчастных случаях, травмах, отравлениях и других состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства.

Скорая, в т.ч. скорая специализированная, медицинская помощь оказывается медицинскими организациями государственной и муниципальной систем здравоохранения бесплатно.

При оказании скорой медицинской помощи в случае необходимости осуществляется медицинская эвакуация, представляющая собой транспортировку граждан в целях спасения жизни и сохранения здоровья (в т.ч. лиц, находящихся на лечении в медицинских организациях, в которых отсутствует возможность оказания необходимой медицинской помощи при угрожающих жизни состояниях, женщин в период беременности, родов, послеродовой период и новорожденных, лиц, пострадавших в результате чрезвычайных ситуаций и стихийных бедствий).

Медицинская эвакуация осуществляется выездными бригадами скорой медицинской помощи с проведением во время транспортировки мероприятий по оказанию медицинской помощи, в т.ч. с применением медицинского оборудования.

Паллиативная медицинская помощь оказывается бесплатно в амбулаторных условиях, в т.ч. на дому, в условиях дневного стационара и стационарных условиях медицинскими работниками, прошедшими обучение по оказанию такой помощи.

Региональным органам исполнительной власти с 01.01.2012 г. переданы полномочия муниципалитетов по организации оказания первичной медико-санитарной и скорой медпомощи.

Предусмотрено утверждение порядков оказания и стандартов медицинской помощи, которые с 2013 г. стали обязательны для исполнения всеми медицинскими организациями страны. Четко разграничены бесплатные виды медицинской помощи и платные услуги. Введено понятие паллиативной медицинской помощи как избавление от боли и облегчение других тяжелых проявлений заболевания для улучшения качества жизни неизлечимо больных граждан. Сохранен ранее действовавший порядок изъятия органов и тканей для трансплантации (презумпция согласия).

Алма-Атинская конференция по первичной медико-социальной помощи (12.9.1978) рекомендовала на данный вид медицинской помощи, которым должно быть охвачено не менее 90% всего населения, расходовать не менее 50% всех средств консолидированного бюджета. Такая цель поставлена в Концепции развития здравоохранения и медицинской науки в РФ наряду с задачами реструктуризации медицинской помощи, прежде всего стационарной.

Сомнительный тезис!

Общее число коек в больницах можно без ущерба для качества медицинской помощи сократить в системе здравоохранения до 90-95 на 10 000 населения???

Наряду с реструктуризацией стационарной помощи ее функции передаются в поликлиники, где создаются стационары краткосрочного пребывания, включающие в

настоящее время до 15-20% ранее стационарных услуг, более того, наряду с сокращением неэффективно используемых коек происходит изменение структуры больничных отделений: создаются так называемые этапные стационары по критериям продолжительности пребывания в них больных, стоимости больничных услуг. Рекомендуется 25% коек отводить для оказания срочной, интенсивной краткосрочной терапии, 45% коек для среднесрочного лечения, 15-20% для долечивания, для хроников, остальные для учреждений медико-социальной помощи – домов сестринского ухода, хосписов и т.п. Снижается число необоснованных посещений амбулаторно-поликлинических учреждений (до 8-9 на жителя) и оценка качества лечения в них по числу пролеченных больных. Несмотря на процесс реформирования, реструктуризацию, сокращение числа посещений амбулаторий и поликлиник материальная и ресурсная база здравоохранения не претерпела существенных изменений.

Закреплено право одного из родителей (иного члена семьи) бесплатно находиться вместе с ребенком в стационаре в течение всего времени его лечения. При этом спальное место и питание будут тоже предоставлять бесплатно, если ребенку нет 4 лет либо совместное нахождение с ним обусловлено медицинскими показаниями. Детально регламентированы вопросы применения вспомогательных репродуктивных технологий. Предусмотрены меры по сокращению числа абортов. Женщине будут давать минимум 2 дня на обдумывание своего решения.

Вводятся ограничения для медицинских и фармацевтических работников на общение с представителями фармпроизводителей.

Минздрав России ввел методические рекомендации «Новая модель медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь». К участию в проекте в 2019-2024 гг. привлечены более 6,5 тыс поликлиник в 85 регионах страны.

Введены следующие понятия:

Дефиниция 5 Новая модель медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь – медицинская организация, ориентированная на потребности пациента, бережное отношение к временному ресурсу как основной ценности за счет оптимальной логистики реализуемых процессов, организованная с учетом принципов эргономики и соблюдения объема рабочего пространства, создающая позитивный имидж медицинского работника, организация оказания медицинской помощи в которой основана на внедрении принципов бережливого производства в целях повышения удовлетворенности пациентов доступностью и качеством медицинской помощи, эффективного использования ресурсов системы здравоохранения.

Дефиниция 6 Бережливое производство – концепция управления, основанная на устранении всех видов потерь путем формирования непрерывного потока создания ценности с охватом всех процессов организации и их постоянного совершенствования через вовлечение персонала.

Показатели новой модели сгруппированы по направлениям:

- управление потоками пациентов;
- качество пространства;
- управление запасами;
- стандартизация процессов;
- качество и доступность медицинской помощи;
- вовлеченность персонала в улучшение процессов;
- формирование системы управления;
- эффективность использования оборудования.

Правительство Российской Федерации ежегодно утверждает программу

государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

Программа государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2021 г. и на плановый период 2022 и 2023 гг. устанавливает перечень видов, форм и условий предоставления медицинской помощи, оказание которой осуществляется бесплатно, перечень заболеваний и состояний, оказание медицинской помощи при которых осуществляется бесплатно, категории граждан, оказание медицинской помощи которым осуществляется бесплатно, базовую программу обязательного медицинского страхования, средние нормативы объема медицинской помощи, средние нормативы финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, средние подушевые нормативы финансирования, порядок и структуру формирования тарифов на медицинскую помощь и способы ее оплаты, а также требования к территориальным программам государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в части определения порядка и условий предоставления медицинской помощи, критериев доступности и качества медицинской помощи.

Программа формируется с учетом порядков оказания медицинской помощи и стандартов медицинской помощи, а также с учетом особенностей половозрастного состава населения, уровня и структуры заболеваемости населения Российской Федерации, основанных на данных медицинской статистики.

Программой на 2020-2022 гг.:

- конкретизированы права пациентов социальных стационаров на получение медицинских услуг, включая проведение диспансеризации с привлечением близлежащих медицинских организаций и диспансерного наблюдения (при наличии хронических заболеваний);

- закреплены права беременных женщин на получение при амбулаторном наблюдении и лечении правовой, психологической и медико-социальной помощи, в т.ч. по профилактике прерывания беременности;

- предусмотрена приоритетность финансирования первичной медико-санитарной помощи, а также индексации заработной платы медиков, оказывающих первичную медико-санитарную и скорую медпомощь;

- установлены средние нормативы объема и финансовых затрат по проводимым в амбулаторных условиях отдельным исследованиям (КТ, МРТ, УЗИ сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностик, гистологических и молекулярно-генетических исследований для выявления онкологических заболеваний и подбора таргетной терапии).

- увеличен норматив объема стационарной медпомощи.

- в перечень высокотехнологичной медицинской помощи, входящей в базовую программу ОМС, финансируемой за счет субвенции из ФФОМС, по профилю «онкология» дополнительно включены 18 методов конформной дистанционной лучевой терапии (группы 23, 24, 25).

Постановлением Главного государственного санитарного врача Российской Федерации от 28.01.2021 № 4 с 01.9.2021 г. вводятся в действие обобщенные санитарные правила и нормы СанПиН 3.3686-21 «Санитарно-эпидемиологические требования по профилактике инфекционных болезней», которые заменят более 55 действующих санитарно-эпидемиологических правил, и устанавливают обязательные требования:

- к комплексу мероприятий, направленных на обеспечение раннего выявления, предупреждения возникновения и распространения инфекционных болезней среди населения Российской Федерации;

- к мероприятиям, направленным на обеспечение личной и общественной безопасности, защиту окружающей среды при работе с микроорганизмами, вирусами, ядами биологического происхождения (токсинами) и иными биологическими агентами, в т.ч. созданными в

результате генетических манипуляций, способных вызывать патологический процесс в организме человека или животного;

- к порядку учета, хранения, передачи и транспортирования биологических материалов, в которых могут содержаться патогены.

Среди общих требований к обеспечению условий пребывания населения в медицинских организациях указаны мероприятия по предупреждению возникновения и распространения инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи.

Медицинские организации должны создать безопасные условия труда медработников, соблюдать санитарно-противоэпидемический режим. Меры профилактики инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи, перечислены в разделе XLIV.

Выявление, учет и регистрацию инфекционных больных и лиц с подозрением на заболевание ведут медицинские работники при оказании всех видов медицинской помощи, а также при периодических, профилактических медицинских осмотрах и диспансеризации.

Медицинские организации смогут использовать электронный журнал учета инфекционных заболеваний.

Определены мероприятия по профилактике: ВИЧ-инфекций (раздел VI), туберкулеза (раздел VIII), сальмонеллеза (раздел XXVI), полиомиелита (раздел XXXII), гриппа и ОРИ (раздел XXXIV) и др. Они во многом повторяют действующие правила.

Одно изменение в порядке профилактики гриппа и ОРИ – помимо пациентов с тяжелым или среднетяжелым течением заболевания госпитализировать будут тех, у кого высокий риск неблагоприятного исхода гриппа и ОРИ (в т.ч. детей до 1 года, беременных, лиц с хроническими заболеваниями и лиц старше 60 лет).

Санитарные правила распространяются, в частности, на проведение диагностических исследований объектов биотической и абиотической природы, экспериментальные работы, работы по производству иммунобиологических препаратов, обеззараживание материала, оказание специализированной медицинской помощи, работы, связанные с забором биологического материала.

Приказом Минздрава России от 28.12.2020 № 1379н обновлен перечень оборудования для оснащения и переоснащения медицинских организаций при реализации региональных программ модернизации первичного звена здравоохранения.

3. Система подготовки медицинских кадров в Российской Федерации

В соответствии с положениями Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» с 01.01.2016 г. право на осуществление медицинской и фармацевтической деятельности в Российской Федерации имеют лица, получившие медицинское, фармацевтическое или иное образование в Российской Федерации соответствии с федеральными государственными образовательными стандартами (ФГОС) и имеющие свидетельство об аккредитации специалиста, т.е. прошедшие процедуру аккредитации специалиста.

Согласно данным ВОЗ за 2018 г. Россия заняла 8-е место в мире по количеству врачей из расчета на 10 000 населения – 37,4 врачей, обойдя Австралию, Нидерланды, Францию, Великобританию и США.

Согласно данным «Статистического сборника Минздрава России за 2019 г.» и федерального статистического наблюдения в сфере оплаты труда отдельных категорий работников социальной сферы и науки за 2019 г. опубликованным Росстатом, в России насчитывалось:

- медицинских и фармацевтических работников с высшим образованием – 565,2 тыс. человек. Больше всего в Москве (62 тыс. человек), Санкт-Петербурге (32,6 тыс. человек) и

Московской области (26 тыс. человек), меньше всего – в Ненецком АО (198 человек), Чукотском АО (345 человек) и Еврейской автономной области (477 человек).

Врачей в России 551 473 человека, что на 2 655 больше, чем в 2018 г. (548,8 тыс. врачей). Более 70% от общего числа врачей составляют женщины – 391 717.

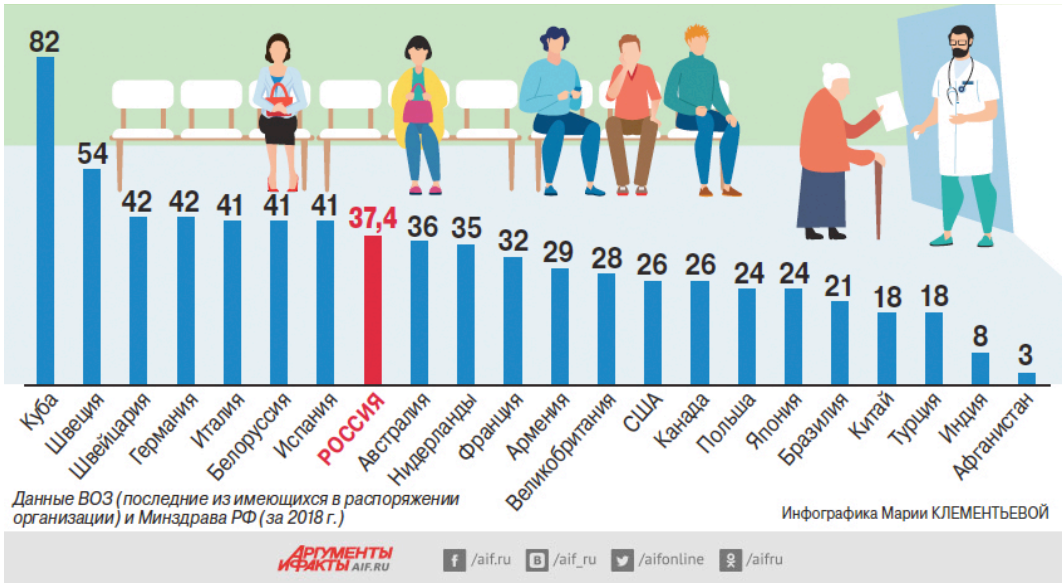

Рисунок 2 – Количество врачей в государствах из расчета на 10 000 населения

Лучше всего врачами из расчета на 10 тыс. человек населения в 2019 г. были обеспечены Чукотский АО (63,2), Магаданская область (54,4), Республика Саха (Якутия) (51,8), Ханты-Мансийский АО (51,6) и Сахалинская область (50,8). Меньше всего – Курганская (23,8), Псковская (25,8) и Владимирская области (27,7), Чеченская Республика и Еврейская АО (по 27,9). В Москве и Санкт-Петербурге данные показатель составляет 44,3 (55 849 врачей) и 60 (32 321 врач) соответственно.

В 2019 г. в стране насчитывалось более 35 тыс. врачей акушеров и гинекологов, 1,3 тыс. аллергологов и иммунологов, 38 тыс. анестезиологов-реаниматологов, 6,1 тыс. инфекционистов, 11,3 тыс. врачей общей практики, 8,5 тыс. взрослых и детских онкологов и др.

- среднего медицинского и фармацевтического персонала – более 1,3 млн человек. В 2018 г. – 1,266 млн человек;

- младшего медицинского персонала – 264,7 тыс. человек. Больше всего в Крыму (18,3 тыс. человек), Московской области (15,9 тыс. человек) и Санкт-Петербурге (10,7 тыс. человек), меньше всего в Ненецком (47 человек) и Чукотском АО (105 человек) и Еврейской автономной области (630 человек).

В январе 2020 г. вице-премьер РФ Татьяна Голикова заявила, что в 2020 г. в систему здравоохранения планируется привлечь дополнительно 9,2 тыс. врачей и почти 16 тыс. человек среднего персонала.

Ступени обучения и подготовка врача в Российской Федерации

1) Медицинский вуз (срок обучения 6 лет).

В процессе обучения студент осваивает учебную программу, сдает многочисленные зачеты и экзамены. Итог – прохождение государственной аттестации и процедуры аккредитации специалиста (с января 2016 г.) на 6 курсе и получение диплома и сертификата об аккредитации специалиста (позволяет работать сразу после вуза, см. п.2).

2) Аккредитация регламентирована приказом Минздрава России от 02.6.2016 № 334н «Об утверждении Положения об аккредитации специалистов»:

первичная аккредитация проводится после освоения образовательных программ медицинского, фармацевтического или иного образования в соответствии с ФГОС в медицинском вузе). Процедура включает три этапа оценки квалификации лица:

- тестирование (60 тестовых заданий из Единой базы оценочных средств, формируемой Минздравом России; время прохождения теста 60 минут);
- оценка практических навыков (умений) в симулированных условиях на станциях;
- решение ситуационных задач.

База тестов, паспорта станций и задачи находится в открытом доступе.

Результат прохождения этапа аккредитации оценивается как «сдано» или «не сдано». Аккредитуемый допускается к следующему этапу в случае оценки результата прохождения предыдущего этапа как «сдано».

На каждый этап дается 3 попытки. В случае несдачи соответствующего этапа повторно пройти процедуру аккредитации возможно не ранее, чем через 1 месяц в соответствии с графиком работы аккредитационной комиссии.

Аккредитуемый признается не прошедшим этап в случае:

- нарушения требований порядка прохождения аккредитации, в т.ч. использование средств связи;
- неявки;
- оценки комиссией этапа аккредитации как «не сдано»;

первичная специализированная аккредитация проводится после обучения в ординатуре и/или профессиональной переподготовки – «первички», а также в отношении лиц, получивших образование на территории иностранного государства (с 2018 г.). Этапы те же, что и при первичной аккредитации;

периодическая аккредитация проводится каждые 5 лет начиная с 2021 г. в течение всей профессиональной деятельности. Включает в себя следующие этапы:

- оценка портфолио (по результатам НМО).

Аккредитация специалиста помимо подтверждения квалификации врача, означает еще и постоянное повышение его профессиональных навыков, а так же возможность освоения смежных специальностей. По мнению законодателей, введение аккредитации выгодно самим медицинским работникам, поскольку позволит беспрепятственно осуществлять свою профессиональную деятельность на территории всех стран ЕС.

Приказом Минздрава России от 23.06.2020 № 618 утвержден состав аккредитационных комиссий Минздрава России для проведения аккредитации специалистов, имеющих высшее медицинское образование (специалитет, ординатура, бакалавриат, магистратура) в субъектах Российской Федерации. В качестве экспертов привлечены около 10 врачей-специалистов ВЦЭРМ им. А.М. Никифорова МЧС России.

3) Клиническая ординатура (срок обучения 2 года) – единственный возможный вариант получить специализацию. В настоящее время идут активные дискуссии об увеличении срока обучения в ординатуре на западный манер (до 3 лет – специальности терапевтического профиля, до 5 лет – специальности хирургического профиля). По окончании ординатуры проводится государственная аттестация.

4) Непрерывное медицинское образование (НМО)

Планировал, что непрерывное медицинское образование станет обязательным для медицинских работников с 2020 г.

Заместитель министра здравоохранения России Татьяна Владимировна Семенова разъяснила, что специалистам здравоохранения с высшим и средним профобразованием рекомендовано включать в свой план обучения три типа образовательных элементов:

- первый – программы повышения квалификации, которые обеспечивают непрерывное совершенствование профессиональных навыков и расширение квалификации;

- второй – различные варианты интерактивных образовательных модулей, короткие онлайн-курсы, интерактивные ситуационные задачи, компьютерные тренажеры. Их разрабатывают ведущие эксперты отрасли с учетом порядков оказания медицинской помощи, клинических рекомендаций и принципов доказательной медицины;

- третий – образовательные мероприятия: семинары, мастер-классы, школы практикующего врача, вебинары. Их реализуют или контролируют некоммерческие профессиональные организации.

Рекомендованный минимальный суммарный объем освоенных образовательных элементов – не менее 250 ЗЕТ за пятилетний период. Оптимально ежегодно набирать около 50 ЗЕТ. Из них на долю образовательных программ в рамках «формального образования» рекомендуется отводить примерно 36 ЗЕТ.

Оставшийся объем образовательной активности примерно в 14 ЗЕТ – наполнять образовательными элементами «самообразования» (интерактивные образовательные модули) и «неформального образования» (образовательные мероприятия). Если ежегодное освоение программ повышения квалификации в очной форме затруднительно, то теоретическую часть можно проходить и в заочной форме. При этом хотя бы несколько раз за 5 лет необходимо выделять время на контактное обучение. Доля обучения по программам повышения квалификации за пятилетний период должна преобладать над другими образовательными элементами. В исключительных случаях возможны незначительные отклонения в суммарной трудоемкости и долевом распределении ежегодно осваиваемых образовательных элементов.

Важно не допускать перерывов в обучении более 1 года. Достаточны ли объем и содержание портфолио, оценит аккредитационная комиссия при периодической аккредитации.

Образовательные элементы портала edu.rosminzdrav.ru, которые соответствуют компонентам непрерывного образования специалистов здравоохранения, привели в журнале «Здравоохранение». Там же – алгоритм оплаты занятий за счет средств ТФОМС.

Приказом Минздрава России от 08.02.2021 № 58н утверждены особенности допуска работников к медицинской или фармацевтической деятельности без сертификата специалиста или свидетельства об аккредитации специалиста в 2021 г.

До 01.6.2021 г. установлен мораторий на получение свидетельств об аккредитации специалистов лицами, завершившими освоение дополнительных профессиональных программ медицинского или фармацевтического образования, получившими образование за рубежом, а также лицами, получившими профессиональное (немедицинское) образование.

Аккредитация специалистов, допущенных к осуществлению медицинской и (или) фармацевтической деятельности в соответствии с утвержденными случаями и условиями, проводится с 01.6.2021 г.

Срок действия сертификатов специалиста и свидетельств об аккредитации специалиста продлён на 12 месяцев при истечении срока их действия в период действия приложения 9 к постановлению Правительства РФ от 03.04.2020 № 440 «О продлении действия разрешений и иных особенностях в отношении разрешительной деятельности в 2020 и 2021 годах».

В случае чрезвычайной ситуации или при угрозе распространения заболеваний, представляющих опасность для окружающих, допуск работников к осуществлению медицинской или фармацевтической деятельности без получения сертификата специалиста и (или) свидетельства об аккредитации специалиста до окончания действия этого приказа осуществляется при соблюдении следующих условий:

а) для лиц, получивших медицинское или фармацевтическое образование:

- при наличии документа, подтверждающего получение образования по данной специальности;

- при соответствии полученного образования квалификационным требованиям к медицинским и фармацевтическим работникам с высшим или средним профессиональным образованием по данной специальности.

б) для лиц, обучающихся по программам высшего медицинского образования (уровень ординатуры) по одной из специальностей укрупненной группы специальностей «Клиническая медицина»:

- при прохождении обучения по краткосрочным дополнительным профессиональным программам (не менее 36 часов);

- при трудоустройстве на должность врача-стажера и осуществлении медицинской деятельности под контролем врача-специалиста;

в) для лиц, обучающихся на выпускных курсах по программам среднего профессионального образования по одной из специальностей укрупненных групп специальностей «Клиническая медицина» и «Сестринское дело»:

- при прохождении обучения по краткосрочным дополнительным профессиональным программам (не менее 36 часов);

- при трудоустройстве на должность специалиста со средним медицинским образованием и осуществлении медицинской деятельности под контролем старшей медицинской сестры;

г) для лиц, имеющих медицинское образование и не работавших по своей специальности более пяти лет:

- при прохождении обучения по краткосрочным дополнительным профессиональным программам (не менее 36 часов);

- при трудоустройстве на должность врача-стажера или специалиста со средним медицинским образованием и осуществлении медицинской деятельности под контролем врача-специалиста или старшей медицинской сестры.

По сообщению РИА Новости от 19.02.2021 г., Минздравом России подготовлен проект приказа Минздрава России «Об утверждении порядка формирования и ведения временного регистра лиц, которые могут быть дополнительно привлечены к оказанию медицинской помощи при угрозе распространения заболеваний, представляющих опасность для окружающих», которым предложен порядок формирования и ведения временного регистра. Цель создания временного регистра – мониторинг лиц, которые могут быть дополнительно привлечены к оказанию медицинской помощи при угрозе распространения заболеваний, представляющих опасность для окружающих, без сертификата специалиста и (или) свидетельства об аккредитации специалиста или по специальностям, не предусмотренным сертификатом специалиста и (или) свидетельством об аккредитации специалиста.

Приведены, в числе прочего, категории лиц, которые подлежат включению во временный регистр при возникновении угрозы распространения заболевания, представляющего опасность для окружающих, а также категории лиц, которые подлежат включению во временный регистр при организации оказания медицинской помощи пациентам с новой коронавирусной инфекцией COVID-19 или подозрением на нее.

Включению во временный регистр при возникновении угрозы распространения заболевания, представляющего опасность для окружающих, подлежат ординаторы программ высшего образования по одной из специальностей укрупненной группы специальностей «Клиническая медицина», а также студенты медицинских вузов 3-го курса и старше, студенты старших курсов колледжей, обучающиеся по программам «Клиническая медицина» и «Сестринское дело», лица, имеющие медицинское образование, полученное в Российской Федерации, но не работавшие по своей специальности более 5 лет, лица с

высшим медицинским или фармацевтическим образованием, а также студенты 4-го курса и старше, обучающиеся по специальности «Фармация».

Для оказания помощи пациентам с коронавирусной инфекцией запланировано создать отдельный реестр, в который войдут все группы лиц из предыдущего реестра, а также лица, получившие медицинское или фармацевтическое образование в Российской Федерации, но не имеющиеся сертификата специалиста или свидетельства об аккредитации специалиста, при наличии документа, подтверждающего образование по специальности или квалификацию.

Органы исполнительной власти субъектов РФ в сфере охраны здоровья:

- определяют медицинские, образовательные и (или) иные организации, ответственные за осуществление регистрации указанных лиц;
- в течение трех рабочих дней после поступления запроса от медицинской организации направляет сведения о лицах, которые могут быть трудоустроены на соответствующие должности.

Медицинские организации:

- направляют запрос в орган исполнительной власти субъекта РФ с обоснованием необходимости привлечения лиц из временного регистра;
- взаимодействуют с лицами, зарегистрированными во временном регистре, по вопросам трудоустройства на соответствующие должности;
- вносят соответствующую информацию в региональный сегмент федерального регистра в случае трудоустройства лиц из временного регистра.

Вступление в силу порядка предполагается с 15.3.2021 г.

4. Система медицинского страхования населения в Российской Федерации

Обязательное медицинское страхование является составной частью государственного социального страхования и обеспечивает всем гражданам РФ равные возможности в получении медицинской и лекарственной помощи, предоставляемой за счет средств обязательного медицинского страхования в объеме и на условиях, соответствующих программам обязательного медицинского страхования.

Функционирование системы обязательного медицинского страхования в Российской Федерации регламентировано федеральным законом от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации».

Цель – усилить гарантии прав граждан на получение бесплатной медицинской помощи.

Дефиниция 7 Обязательное медицинское страхование – вид обязательного социального страхования, представляющий собой систему создаваемых государством правовых, экономических и организационных мер, направленных на обеспечение при наступлении страхового случая гарантий бесплатного оказания застрахованному лицу медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования в пределах территориальной программы обязательного медицинского страхования и в установленных настоящим Федеральным законом случаях в пределах базовой программы обязательного медицинского страхования.

Основные принципы осуществления обязательного медицинского страхования:

1) обеспечение за счет средств обязательного медицинского страхования гарантий бесплатного оказания застрахованному лицу медицинской помощи при наступлении страхового случая в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования и базовой программы обязательного медицинского страхования;

2) устойчивость финансовой системы обязательного медицинского страхования, обеспечиваемая на основе эквивалентности страхового обеспечения средствам обязательного медицинского страхования;

3) обязательность уплаты страхователями страховых взносов на обязательное медицинское страхование в размерах, установленных федеральными законами;

4) государственная гарантия соблюдения прав застрахованных лиц на исполнение обязательств по обязательному медицинскому страхованию в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования независимо от финансового положения страховщика;

5) создание условий для обеспечения доступности и качества медицинской помощи, оказываемой в рамках программ обязательного медицинского страхования;

6) паритетность представительства субъектов обязательного медицинского страхования и участников обязательного медицинского страхования в органах управления обязательного медицинского страхования.

Федеральным законом закреплены правовой статус участников ОМС и механизм их взаимодействия, полномочия государственных органов в сфере обязательного медицинского страхования.

К полномочиям Российской Федерации в сфере обязательного медицинского страхования относятся:

1) разработка и реализация государственной политики в сфере обязательного медицинского страхования;

2) организация обязательного медицинского страхования на территории Российской Федерации;

3) установление круга лиц, подлежащих обязательному медицинскому страхованию;

4) установление тарифов страховых взносов на обязательное медицинское страхование и порядка взимания страховых взносов на обязательное медицинское страхование;

5) утверждение базовой программы обязательного медицинского страхования и единых требований к территориальным программам обязательного медицинского страхования;

6) установление порядка распределения, предоставления и расходования субвенций из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования бюджетам территориальных фондов обязательного медицинского страхования;

7) установление ответственности субъектов обязательного медицинского страхования и участников обязательного медицинского страхования за нарушение законодательства об обязательном медицинском страховании;

8) организация управления средствами обязательного медицинского страхования;

9) определение общих принципов организации информационных систем и информационного взаимодействия в сфере обязательного медицинского страхования, ведения персонифицированного учета сведений о застрахованных лицах и персонифицированного учета сведений о медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам;

10) установление системы защиты прав застрахованных лиц в сфере обязательного медицинского страхования;

11) финансовое обеспечение предоставления застрахованным лицам специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи, оказываемой медицинскими организациями, функции и полномочия учредителей в отношении которых осуществляют Правительство Российской Федерации или федеральные органы исполнительной власти (далее - медицинские организации, подведомственные

федеральным органам исполнительной власти), в соответствии с едиными требованиями базовой программы обязательного медицинского страхования.

5. Система финансирования здравоохранения в Российской Федерации

По способу финансирования в здравоохранении РФ сложилась смешанная модель, в которой участвуют государственные (или общественные) средства и средства населения (частные). За счет государственных средств оплачиваются Программа государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, инвестиционные расходы, содержание медицинских учреждений, в т.ч. образовательных организаций, санитарно-эпидемиологическая служба и др. Население оплачивает медицинскую помощь как напрямую, путем оплаты медицинских услуг в государственных, муниципальных и частных медицинских организациях, так и через систему добровольного медицинского страхования.

Государственное финансирование формируется из следующих источников: федеральных и региональных налогов, которые собираются в федеральном бюджете и в консолидированных бюджетах субъектов РФ, а также взносов в систему обязательного медицинского страхования. Это взносы за работающее население [5,1% фонда оплаты труда (ФОТ), которые уплачивают работодатели], и взносы регионов на неработающее население. Все средства обязательного медицинского страхования аккумулируются в Федеральном фонде обязательного медицинского страхования (ФОМС).

Структура распределения государственных расходов на здравоохранение. По данным ректора Высшей школы организации и управления здравоохранением Гузель Эрнстовны Улумбековой и соавт. (2020) на оказание медицинской помощи тратится около 85% средств, из которых 70% идут в ФОТ. Все государственные расходы на здравоохранение в 2018 г. составили 3316 млрд руб.

Расходы бюджета ФОМС (с учетом расходов на ВМП) в 2018 г. составили 1 988,5 млрд руб. Средневзвешенная по РФ величина государственных расходов на здравоохранение в 2018 г. составила 16,4 тыс. руб. на душу населения. В 80% регионов (66 из 85) данные расходы оказались меньше этой средней величины (расчеты сделаны с учетом применения коэффициента дифференциации бюджетного финансирования, на который были поделены фактические расходы).

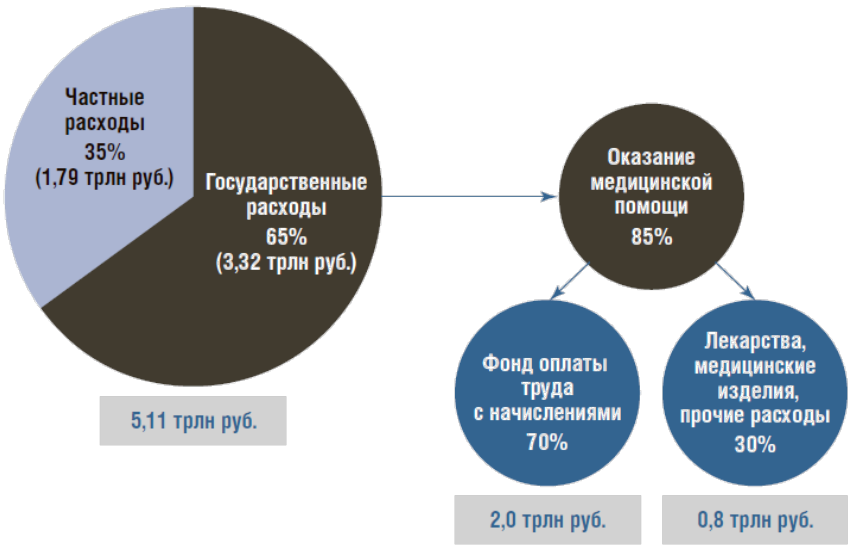

Рисунок 3 – Структура распределения государственных расходов на здравоохранение в Российской Федерации

Разница в государственном финансировании здравоохранения между 10 самыми обеспеченными и 10 самыми малообеспеченными регионами составляет почти 2 раза (22,3 и 12,6 тыс. руб. на душу населения, средневзвешенные показатели).

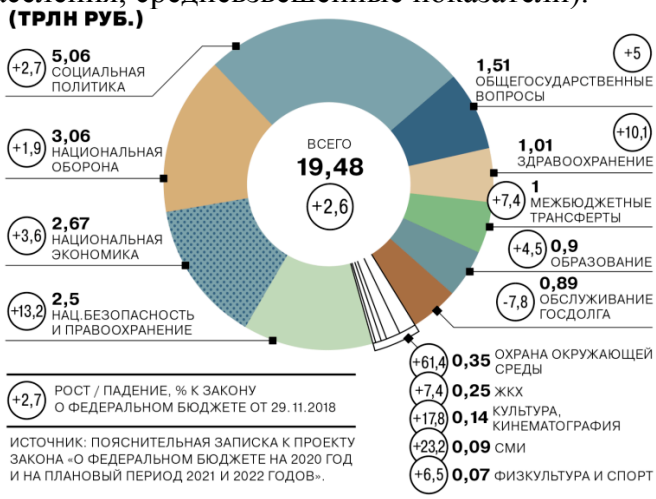

Рисунок 4 – Структура расходов государственного бюджета Российской Федерации на 2020 г., трлн. рублей

Государственные расходы на здравоохранение в РФ в 2018 г. составили 3,2% ВВП, что 1,6 раза ниже, чем в «новых-8» странах ЕС (5,0%), и в 2,5 раза ниже, чем в «старых» странах ЕС (7,9%) (рис. 6). Подушевые государственные расходы на здравоохранение в РФ в 2018 г. составили 880 $ППС в год, что в 1,9 раза ниже, чем в «новых-8» странах ЕС (1665 $ППС), и в 4,1 раза ниже, чем в «старых» странах ЕС (3585 $ППС).

Федеральный бюджет – самая незначительная часть всех средств; гораздо более (до $^{2}/_{3}$ всех их) составляет сумма региональных, местных бюджетов и все возрастающие размеры (сегодня это уже 30% и более всех средств) ОМС. На здравоохранение намечается выделить всего около 900 млрд руб.

Несмотря на все решения о сокращении расходов на самую дорогую медицинскую помощь – больничную, она поглощает не менее 60% всех расходов, а наиболее массовая амбулаторно-поликлиническая – не более 25%.

Личные расходы населения/частные складываются из собственно личных средств граждан на платные медицинские и санаторно-курортные услуги, на приобретение лекарственных средств в амбулаторных условиях, а также из взносов населения и работодателей на добровольное медицинское страхование.

Рисунок 5 – Структура частных расходов на здравоохранение в РФ в 2018 году

В структуре частных расходов в РФ в 2018 г. преобладали расходы населения на лекарственные средства и изделия медицинского назначения – 49%, расходы на медицинские и санаторно-курортные услуги составили 45%, и только 6% потрачено на ДМС.

6. Национальный проект «Здравоохранение»

Во исполнение Указа Президента Российской Федерации от 07.5.2018 № 204 Минздрав России разработал Национальный проект «Здравоохранение», утвержденный 24.12.2018 г. Президиумом Совета при Президенте Российской Федерации по стратегическому развитию и национальным проектам (протокол от 24.12.2018 № 16), содержащий 8 федеральных проектов:

- Развитие системы оказания первичной медико-санитарной помощи;
- Борьба с сердечно-сосудистыми заболеваниями;
- Борьба с онкологическими заболеваниями;
- Обеспечение медицинских организаций квалифицированными кадрами;
- Развитие детского здравоохранения, включая создание современной инфраструктуры оказания медицинской помощи детям;
- Обеспечение медицинских организаций системы здравоохранения квалифицированными кадрами;
- Завершение формирования сети национальных медицинских исследовательских центров и внедрение инновационных медицинских технологий;
- Создание единого цифрового контура в здравоохранении;
- Развитие экспорта медицинских услуг.

Национальным проектом «Здравоохранение» установлены следующие целевые показатели:

- снижение смертности населения трудоспособного возраста (до 350 случаев на 100 тыс. населения);
- - снижение смертности от болезней системы кровообращения (до 450 случаев на 100 тыс. населения);
- снижение смертности от новообразований, в т.ч. злокачественных (до 185 случаев на 100 тыс. населения);
- снижение младенческой смертности (до 4,5 случаев на 1 тыс. родившихся живыми детей).

Субъектами Российской Федерации разработаны, согласованы с Минздравом России и утверждены региональные составляющие национального проекта в соответствии с паспортами федеральных проектов, которые содержат планируемые значения показателей, объемов финансового обеспечения, задачи, планируемые результаты, контрольные точки и мероприятия.

Заключение

В лекции представлены основы организации охраны здоровья граждан, системы медицинского обслуживания населения, системы подготовки медицинских кадров, системы медицинского страхования и финансирования системы здравоохранения в Российской Федерации, а также Национального проекта «Здравоохранение».

Более глубокая проработка вышеуказанных вопросов подразумевает самостоятельную работу врачей-организаторов здравоохранения по изучению и реализации законодательных и нормативных правовых документов Российской Федерации в сфере здравоохранения.

4. МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ОРГАНИЗАЦИИ САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ СЛУШАТЕЛЕЙ

4.1 Введение

Методические рекомендации предназначены для слушателей института дополнительного профессионального образования «Экстремальная медицина» ФГБУ ВЦЭРМ им. А.М. Никифорова МЧС России, обучающихся по дополнительной профессиональной программе повышения квалификации «Современные модели систем здравоохранения» с применением электронного обучения, дистанционных образовательных технологий.

Основу образовательного процесса с применением электронного обучения, дистанционных образовательных технологий составляет целенаправленная и контролируемая интенсивная учебная самостоятельная работа слушателя, который имея комплект специальных средств обучения, средства коммуникации и согласованную возможность опосредованного контакта с преподавателем, может обучаться в удобном для него месте и в удобное времени по индивидуальному плану.

Дополнительная профессиональная программа повышения квалификации «Современные модели систем здравоохранения», реализуемая в ФГБУ ВЦЭРМ им. А.М. Никифорова МЧС России, состоит из учебных модулей, в которых учитываются возможности методического, информационного и технического обеспечения образовательного процесса, уровень подготовки слушателей, а также отражается специфика обучения в конкретной социально-педагогической ситуации.

В методических рекомендациях рассматривается организация самостоятельной работы слушателя в системе дистанционного обучения ФГБУ ВЦЭРМ им. А.М. Никифорова МЧС России, обучающегося по дополнительной профессиональной программе повышения квалификации «Современные модели систем здравоохранения».

4.2 Электронный учебно-методический комплекс, состав, формы занятий

Учебный процесс построен на основе самостоятельного изучения слушателями образовательного контента электронного учебно-методического комплекса дополнительной профессиональной программы повышения квалификации, включающего в себя несколько модулей.

Электронный учебно-методический комплекс представляет собой структурированную совокупность электронной учебно-методической документации, электронных образовательных ресурсов, средств обучения и контроля знаний, содержащих взаимосвязанный контент и предназначенных для совместного применения в целях эффективного изучения слушателями дополнительной профессиональной программы повышения квалификации.

Каждый модуль – это стандартный учебный продукт, включающий четко обозначенный объем знаний и умений, предназначенный для изучения в течение определенного времени, или – зачетная единица, качество работы с которой фиксируется письменными работами, а также тестовыми, зачетными и экзаменационными средствами.

Состав электронного учебно-методического комплекса дополнительной профессиональной программы повышения квалификации «Современные модели систем здравоохранения» представлен на рисунке 1.

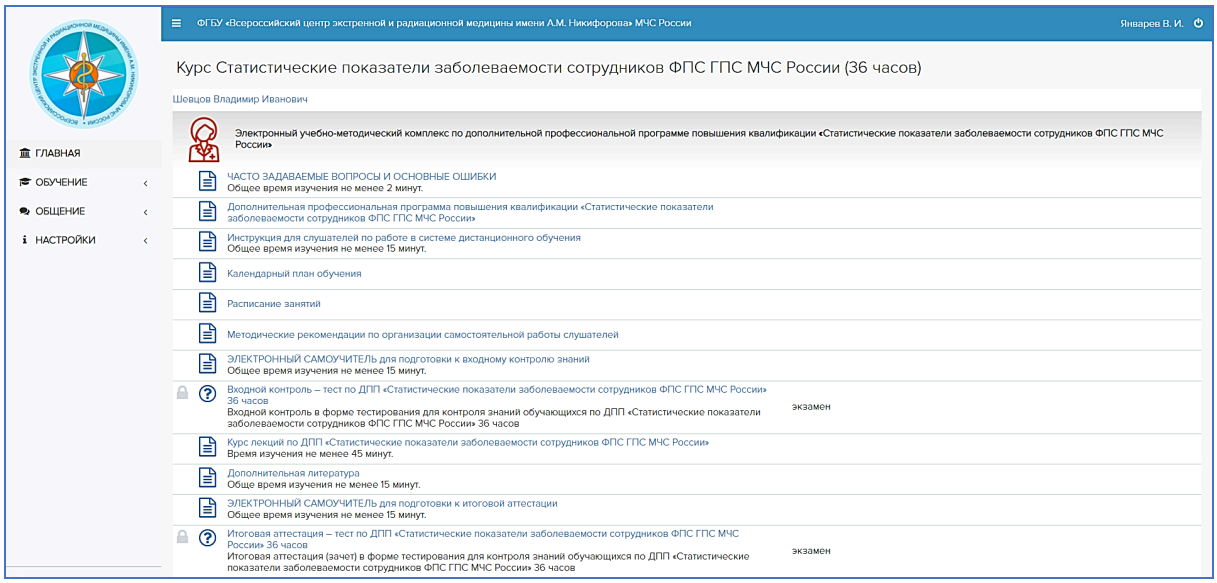

Рисунок 1 – Состав электронного учебно-методического комплекса

Электронный учебно-методический комплекс дополнительной профессиональной программы повышения квалификации «Современные модели систем здравоохранения» предусматривает следующие формы учебных занятий:

1) Самостоятельная работа, которая включает в себя:

- изучение модуля «Часто задаваемые вопросы и основные ошибки»;
- изучение модуля «Инструкция для слушателей по работе в системе дистанционного обучения»;
- изучение модуля «Календарный план обучения»;
- изучение модуля «Расписание занятий»;
- изучение модуля «Методические рекомендации по организации самостоятельной работы слушателей;
- изучение модуля «Электронный самоучитель для подготовки к входному контролю знаний;
- изучение модуля «Курс лекций»;
- изучение модуля «Электронный самоучитель для подготовки к итоговой аттестации»;
- повторение изученного материала.

2) Тестирование:

- входной контроль знаний слушателей проводится преподавателем в начале изучения модулей дополнительной профессиональной программы повышения квалификации с целью выстраивания индивидуальной траектории обучения слушателей на основе контроля их знаний, умений и навыков;
- итоговая аттестация слушателей (зачет) – электронное тестирование на оценку.

3) Вебинар (онлайн-семинар или веб-конференция):

- изучение инструкции по участию в онлайн-семинаре или веб-конференции;
- изучение учебного материала по теме онлайн-семинара;
- формулировка ответа на вопрос онлайн-семинара, отсылка преподавателю или в форум своего выступление, ответа;
- анализ замечаний преподавателя, анализ ответов других участников онлайн-семинара;
- обсуждение выполненных индивидуальных заданий.

4) Выполнение индивидуальных заданий:

- выбор варианта индивидуального задания;
- разработка и оформление задания;
- отсылка индивидуального задания преподавателю по e-mail;
- анализ полученных замечаний, коррекция индивидуального задания;
- отсылка исправленного варианта преподавателю.

5) Анкетирование слушателей:
- заполнение анкеты слушателя;
- отсылка анкеты администратору системы дистанционного обучения.

6) Электронная консультация:
- формулировка вопросов к преподавателю по разрешению возникающих вопросов;
- анализ ответов преподавателя.

7) Итоговая аттестация:
- зачет по дополнительной профессиональной программе повышения квалификации проводится в виде тестирования по сети Интернет в соответствии с календарным планом.

Формы учебных занятий определяются преподавателем кафедры, исходя из содержания и особенностей дополнительной профессиональной программы повышения квалификации, и указываются в модуле «Календарный план обучения».

4.3 Порядок изучения модулей электронного учебно-методического комплекса дополнительной профессиональной программы повышения квалификации

Учебный процесс с применением электронного обучения, дистанционных образовательных технологий осуществляется с использованием системы дистанционного обучения (далее – СДО) ФГБУ ВЦЭРМ им. А.М. Никифорова МЧС России, прежде всего ориентирован на организованное взаимодействие между преподавателем и слушателем на сайте http://idpo.nrcerm.ru (рисунок 2).

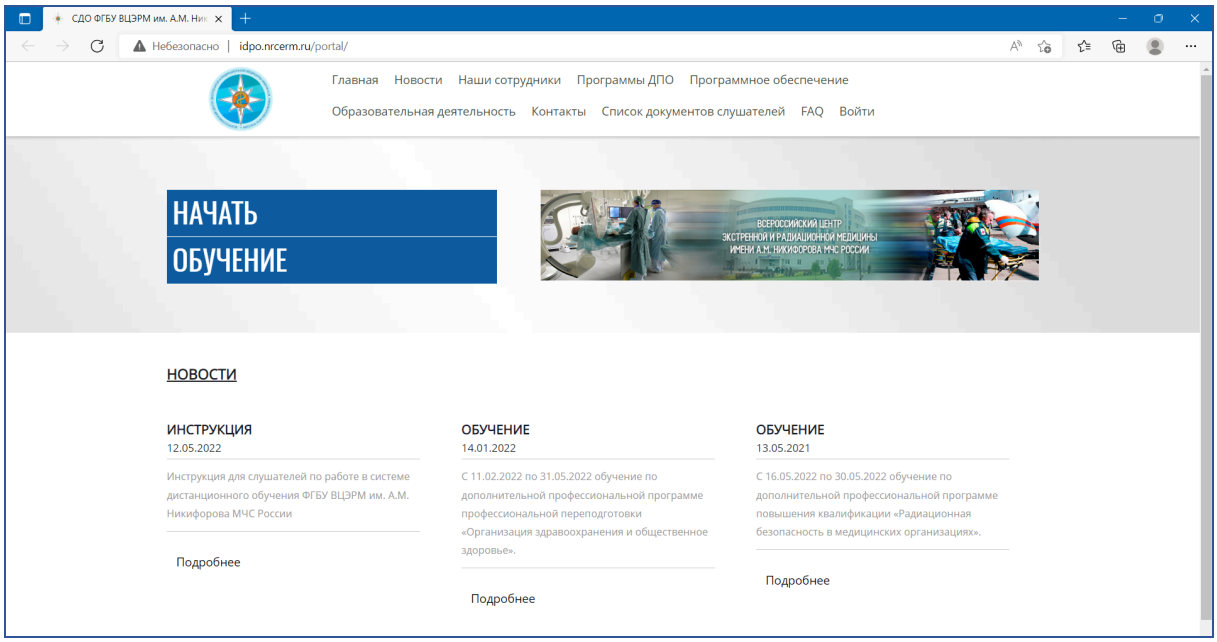

Рисунок 2 – СДО ФГБУ ВЦЭРМ им. А.М. Никифорова МЧС России

Вход в систему дистанционного обучения осуществляется по логину и паролю, присланному администратором системы на электронный адрес слушателя.

Доступ слушателя к образовательным ресурсам осуществляется в удобное для него время и в устраивающем его месте.

Для успешного обучения слушателю необходимо обязательно изучить модуль «Инструкция для слушателей по работе в системе дистанционного обучения» на главной странице учебного портала (рисунок 3).

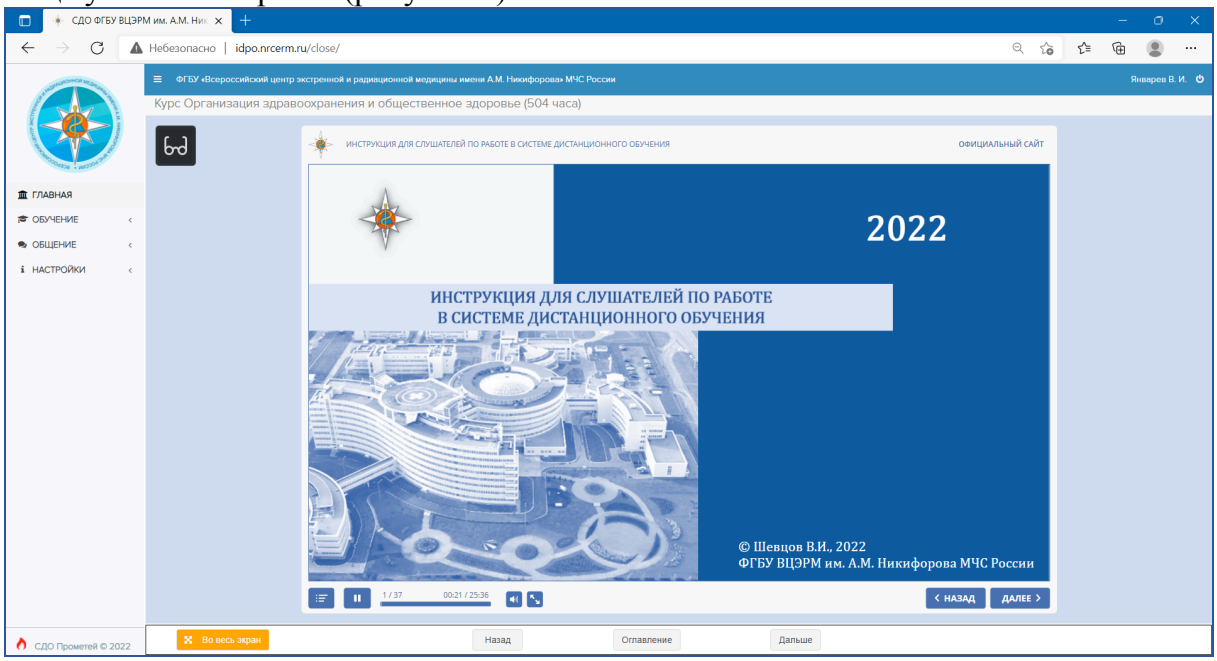

Рисунок 3 – Инструкция для слушателей

Передвижение по разделам сайта СДО ФГБУ ВЦЭРМ им. А.М. Никифорова МЧС России осуществляется по гиперссылкам.

Изучение модулей электронного учебно-методического комплекса дополнительной профессиональной программы повышения квалификации осуществляется в соответствии с расписанием, определяющим последовательность освоения учебного материала, формы и сроки отчетности. Расписание размещается в системе дистанционного обучения на странице Информация/Мои курсы/ссылка на значок Расписание (рисунок 4), Мероприятия (рисунок 5).

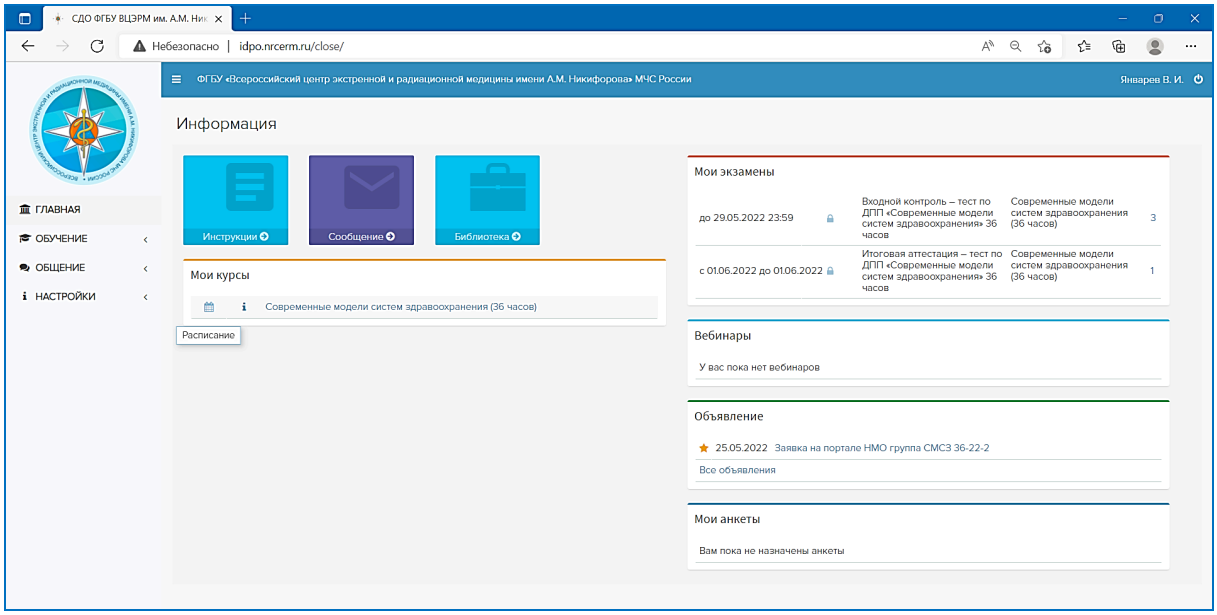

Рисунок 4 – Расписание

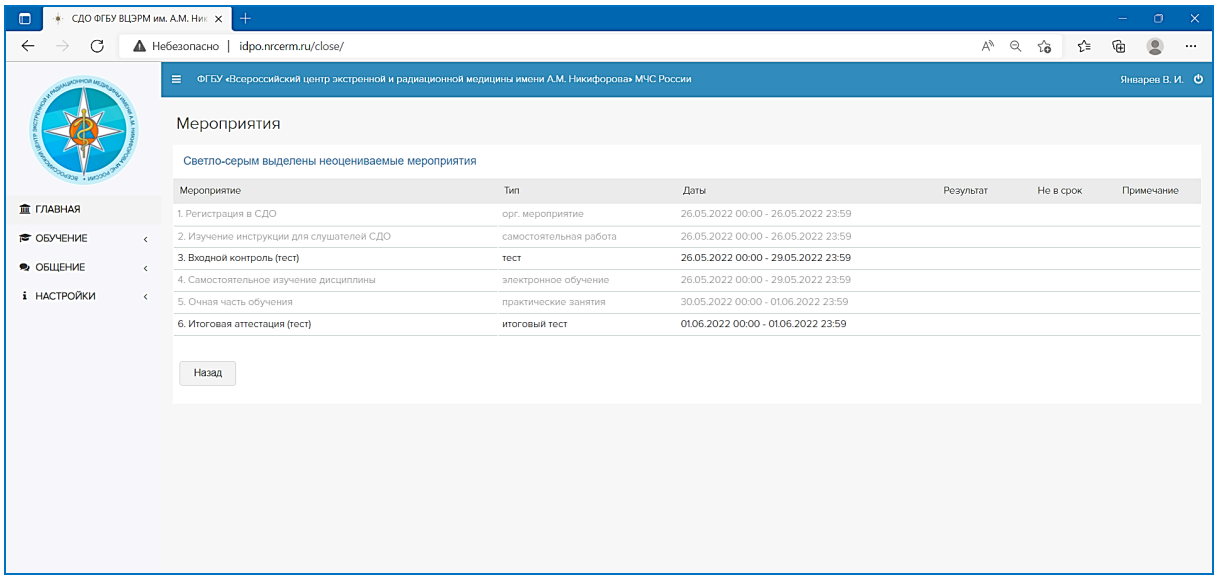

Рисунок 5 – Мероприятия

В СДО ФГБУ ВЦЭРМ им. А.М. Никифорова МЧС России применяется последовательный алгоритм организации образовательного процесса, при котором модули электронного учебно-методического комплекса предоставляются слушателям последовательно – страница за страницей, ранее пройденные модули доступны для изучения в произвольном порядке. В процессе обучения доступ к модулям и тестам электронного учебно-методического комплекса открывается только при условии, что изучены определенные модули и сданы необходимые тесты.

При запуске модуля или теста электронного учебно-методического комплекса с ограниченным доступом слушатель получает уведомления следующего содержания (рисунок 6).

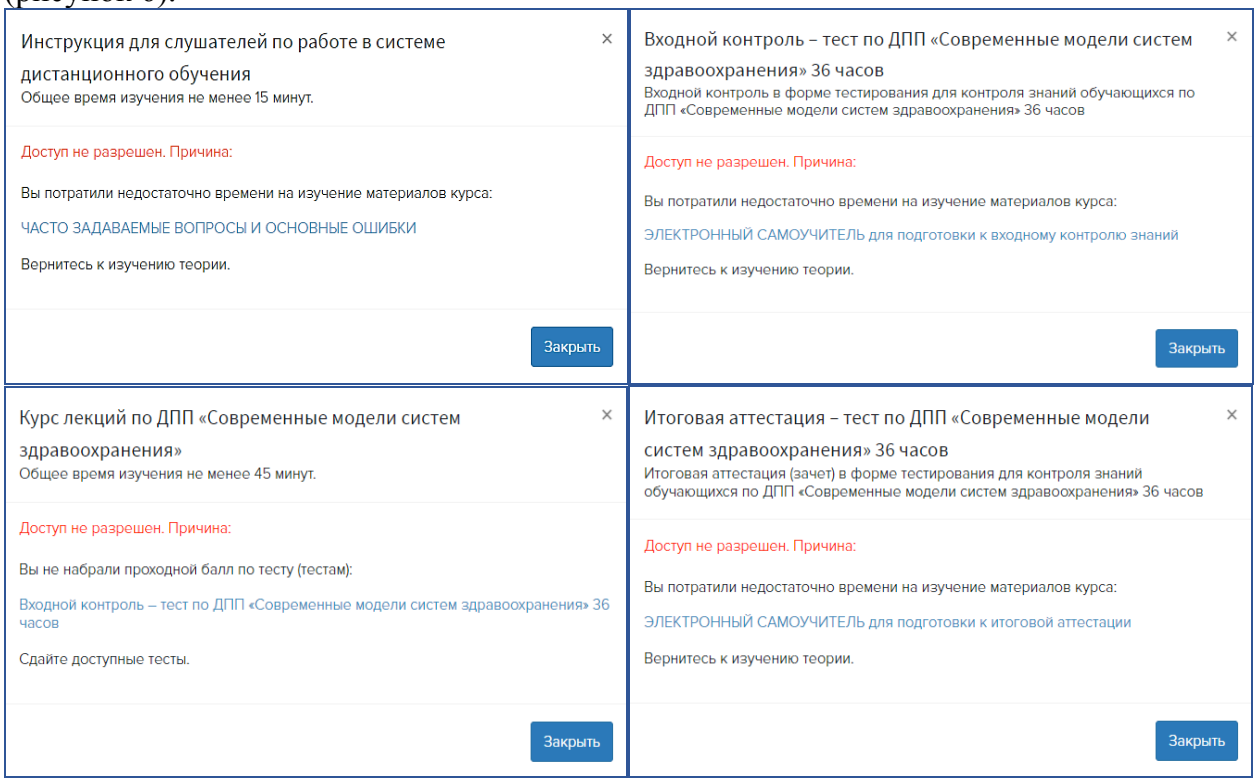

Рисунок 6 – Уведомления

Основными формами общения в СДО ФГБУ ВЦЭРМ им. А.М. Никифорова МЧС России преподавателя со слушателями, а также слушателей между собой являются вебинар, электронная консультация, обычная консультация (в соответствии с графиком консультаций кафедры). СДО ФГБУ ВЦЭРМ им. А.М. Никифорова МЧС России, используемая для реализации дополнительной профессиональной программы повышения квалификации, позволяет осуществлять обратную связь и виртуальное общение субъектов учебного процесса с помощью электронной почты, обмена файлами (сообщениями), чата и форума. Непосредственная учебная деятельность слушателя включает в себя: работу с теоретическими учебно-методическими материалами, представленными в СДО ФГБУ ВЦЭРМ им. А.М. Никифорова МЧС России; выполнение практических заданий; выполнение тестовых и иных заданий для самоконтроля и контроля знаний; участие в мероприятиях с применением электронного обучения, дистанционных образовательных технологий: вебинары, коллоквиумы, индивидуальные и групповые консультации в режиме offline и online; прохождение входного контроля знаний; итоговую аттестацию.

Для обеспечения систематической и регулярной работы по изучению модулей электронного учебно-методического комплекса, успешного прохождения входного контроля знаний и итоговой аттестации по дополнительной профессиональной программе повышения квалификации слушателю рекомендуется придерживаться следующего алгоритма обучения: самостоятельно определить объем времени, необходимого для проработки каждого модуля электронного учебно-методического комплекса дополнительной профессиональной программы повышения квалификации; регулярно изучать каждый модуль электронного учебно-методического комплекса дополнительной профессиональной программы повышения квалификации, используя различные формы самостоятельной работы; по завершению самостоятельной работы с модулями электронного учебно-методического комплекса дополнительной профессиональной программы повышения квалификации обязательно пройти предлагаемую форму контроля.

4.4 Система оценки результатов освоения дополнительной профессиональной программы повышения квалификации

Обучение по дополнительной профессиональной программе повышения квалификации с применением электронного обучения, дистанционных образовательных технологий считается успешно завершенным слушателем при следующих условиях: изучен модуль «Часто задаваемые вопросы и основные ошибки»; изучен модуль «Дополнительная профессиональная программа повышения квалификации»; изучен модуль «Инструкция для слушателей по работе в системе дистанционного обучения»; изучен модуль «Календарный план обучения»; изучен модуль «Расписание занятий»; изучен модуль «Методические рекомендации по организации самостоятельной работы слушателей; изучен модуль «Электронный самоучитель для подготовки к входному контролю знаний»;

- сдан на оценку не ниже «зачет» (45%) тест «Входной контроль знаний»; изучен модуль «Курс лекций»; выполнены на оценку не ниже «удовлетворительно» задания всех семинарских (практических) занятий; изучен модуль «Электронный самоучитель для подготовки к итоговой аттестации»; сдан на оценку не ниже «удовлетворительно» (65%) тест «Итоговая аттестация».

Для оценки тестовых заданий рубежного (промежуточного) контроля знаний и итоговой аттестации, выполняемых слушателем, решением кафедры установлены следующие критерии:

- оценка «отлично»: 89 – 100% правильных ответов;
- оценка «хорошо»: 77 – 88% правильных ответов;

- оценка «удовлетворительно»: 65 – 76% правильных ответов;
- оценка «неудовлетворительно»: менее 65% правильных ответов;
- оценка «зачет»: 65 – 100% правильных ответов;
- оценка «не зачет»: менее 65 % правильных ответов.

Для оценки тестовых заданий входного контроля знаний, выполняемых слушателем, решением кафедры установлены следующие критерии:

- оценка «зачет»: 45 – 100% правильных ответов;
- оценка «не зачет»: менее 45 % правильных ответов.

Зачет по дополнительной профессиональной программе повышения квалификации проводится в виде тестирования по сети Интернет в соответствии с календарным планом.

Результаты неуспешного обучения слушателя по дополнительной профессиональной программе повышения квалификации «Современные модели систем здравоохранения» представлены на рисунке 7.

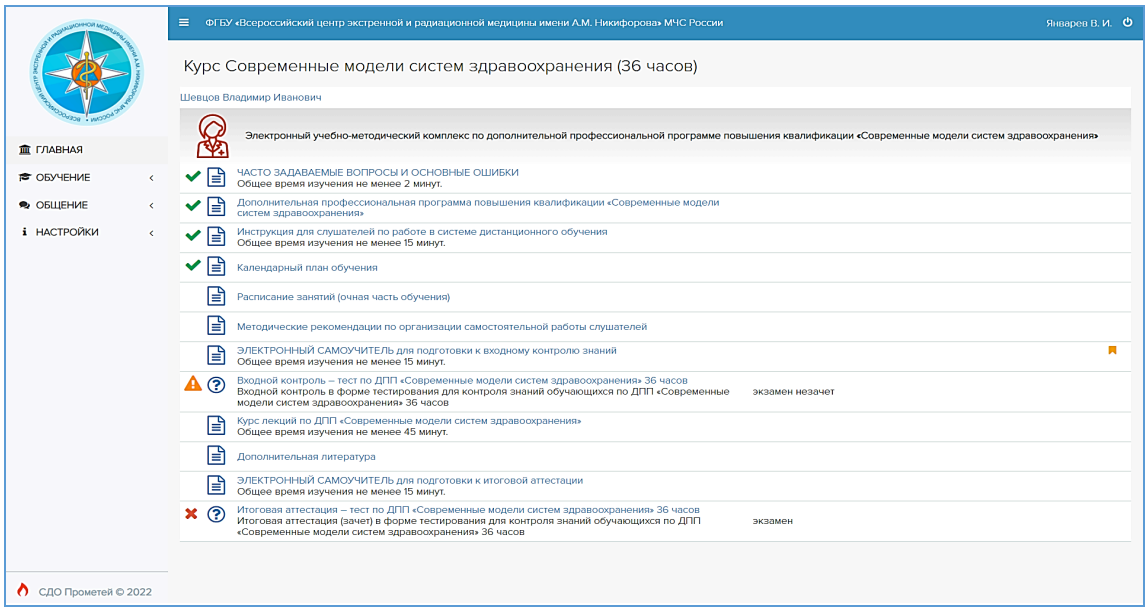

Рисунок 7 – Результаты неуспешного обучения слушателя

Результаты успешного обучения слушателя по дополнительной профессиональной программе повышения квалификации «Современные модели систем здравоохранения» представлены на рисунке 8.

В структуре электронного учебно-методического комплекса слева и справа от названий модулей и тестов располагаются следующие условные обозначения:

Пиктограмма обозначает последний открытый для изучения модуль.

Пиктограмма обозначает успешное изучение модуля, в соответствии с предъявляемыми требованиями.

Пиктограмма обозначает, что тест доступен для сдачи.

Пиктограмма обозначает, что по тесту не набран проходной балл и тест можно пересдать.

Пиктограмма обозначает, что доступ к тесту не разрешен до тех пор, пока успешно не сданы предыдущие тесты или не изучена необходимая теория.

Пиктограмма обозначает, что по тесту набран проходной балл, тест доступен (тест можно пересдать на более высокий балл).

Пиктограмма обозначает, что тест не доступен. Причина: слушатель просрочил допуск (не пытался сдать тест в назначенные даты и время), либо сдавал тест, но не набрал проходной балл.

Чтобы получить дополнительный допуск к просроченному или несданному тесту, щелкните ФИО преподавателя под названием курса, напишите и отправьте преподавателю сообщение с просьбой выдать дополнительный допуск. В сообщении четко укажите название курса и экзамена.

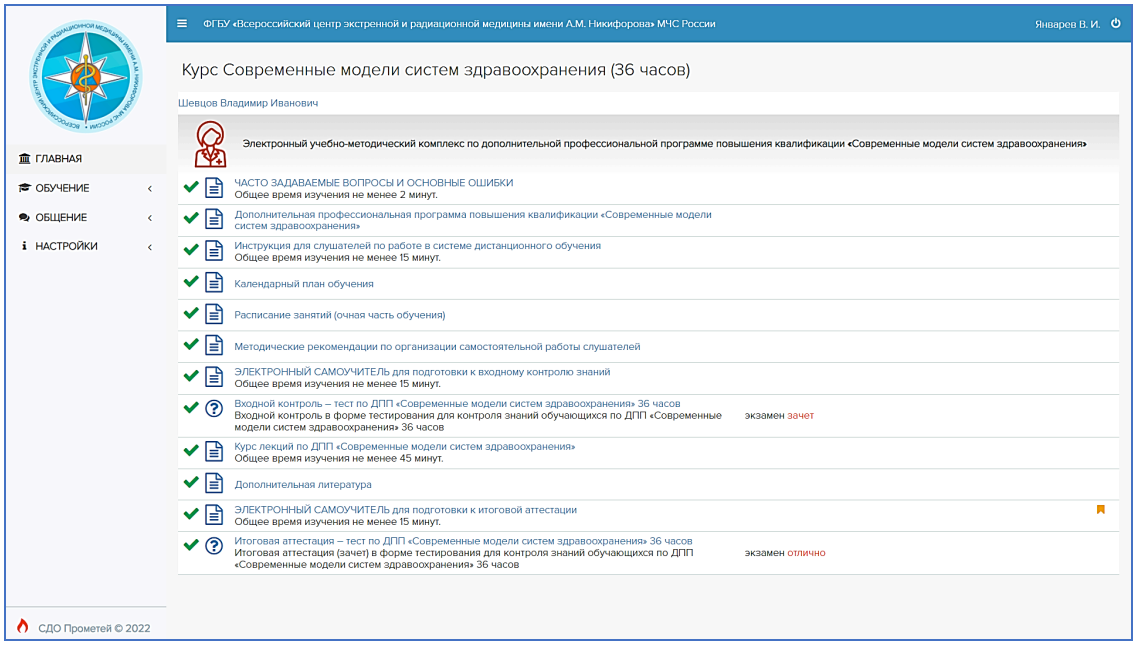

Рисунок 8 – Результаты успешного обучения слушателя

4.5 Заключение

Методические рекомендации представляют собой комплекс кратких и четко сформулированных предложений, указаний и разъяснений, позволяющих слушателям оптимальным образом организовать процесс изучения всех модулей дополнительной профессиональной программы повышения квалификации «Современные модели систем здравоохранения».

В процессе самостоятельной работы с модулями электронного учебно-методического комплекса слушатель должен научиться: выделять познавательные задачи, выбирать способы их решения; углублять и расширять теоретических знания; использовать, изученный, собранный и полученный в ходе самостоятельной работы, материал для эффективной подготовки к итоговой аттестации; совершенствовать трудовые функции (профессиональные компетенции).

Функциональное предназначение самостоятельной работы заключается в освоении учебного материала путем просмотра, прочтения, прослушивании, наблюдения, конспектирования, осмысления, запоминания и воспроизведения определенной информации. Все необходимые учебные модули для самостоятельного изучения размещены в электронном-учебно-методическом комплексе СДО ФГБУ ВЦЭРМ имени А.М. Никифорова МЧС России.

5. САМОУЧИТЕЛЬ ДЛЯ ПОДГОТОВКИ К ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ

Введение

Все системы здравоохранения носят отпечаток интересов той или иной группы населения, партии, отражают экономические, социальные и политические стремления ведущей части общества.

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

Согласно определению Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) система здравоохранения – это совокупность всех организаций, институтов и ресурсов, главной целью которых является улучшение здоровья.

Для функционирования системы здравоохранения необходимы кадровые ресурсы, финансовые средства, информация, оборудование и материалы, транспорт, коммуникации, а также всеобщее управление и руководство. В рамках системы здравоохранения должны оказываться услуги, чутко реагирующие на потребности и справедливые с финансовой точки зрения, при уважительном отношении к людям.

Хорошая система здравоохранения каждый день ощутимо улучшает жизнь людей.

Окончательная ответственность за общее функционирование системы здравоохранения в стране лежит на правительстве, но разумное руководство в районах, муниципальных округах и отдельных медицинских организациях также очень важно.

Усиление систем здравоохранения и их функционирование на более справедливой основе признано основными стратегиями борьбы с нищетой и содействия развитию.

Цели систем здравоохранения (World Health Report 2000 – Health systems: improving performance (WHO, 2000) – хорошее здоровье, отзывчивость системы к ожиданиям населения и справедливый финансовый вклад.

Современная классификация систем здравоохранения государств мира по способу финансирования выделяет 3 группы:

- преимущественно государственная (общественная система), наиболее демонстративно представленная в Великобритании;
- преимущественно страховая система, наиболее полно и четко представленная в ФРГ и Франции;
- преимущественно частная система, наиболее характерная для здравоохранения в США.

Сегодня трэнд мирового рынка здравоохранения – технологии, обеспечивающие при сопоставимых затратах лучшее качество медицинского обслуживания, или при требуемой результативности являющиеся более экономичными, могут сформировать пул экспортноориентированных продуктов.

1. Функциональное назначение и область применения самоучителя

1.1 Назначение самоучителя

Самоучитель опубликован в системе дистанционного обучения медицинского персонала МЧС России http://idpo.nrcerm.ru и предназначен для:

- аспирантов, обучающиеся по направлению подготовки 31.06.01 Клиническая медицина (уровень подготовки кадров высшей квалификации), направленность – Безопасность в чрезвычайных ситуациях (медицинские науки);

- ординаторов, обучающиеся по образовательной программе высшего образования – подготовка кадров высшей квалификации в ординатуре по специальности 31.08.49 Терапия;

- слушателей системы непрерывного медицинского образования.

Цель: актуализировать знания медицинских работников с высшим образованием о современных моделях систем здравоохранения, компетенции по проведению базовой сердечно-легочной реанимации.

Задачи:

1. Актуализировать теоретические знания обучающихся о современных моделях систем здравоохранения

2. Ознакомить обучающихся с современным состоянием систем здравоохранения Российской Федерации, Соединенных Штатов Америки, Федеративной Республики Германия, Королевства Великобритания, Республики Сингапур и других передовых государств мира.

3. Совершенствовать компетенции по проведению базовой сердечно-легочной реанимации.

1.2 Краткое описание самоучителя

Самоучитель «Современные модели систем здравоохранения» разработан для реализации образовательных программам высшего образования –программам подготовки научно-педагогических кадров в аспирантуре, образовательных программ высшего образования – подготовка кадров высшей квалификации в ординатуре, а также дополнительных профессиональных программ с применением электронного обучения, дистанционных образовательных технологий и занимает важное место при формировании и закреплении знаний, умений и навыков обучающегося, выполняют роль педагогического инструмента, позволяющего повысить качество образовательного процесса.

Основу учебного процесса с применением электронного обучения, дистанционных образовательных технологий составляет целенаправленная и контролируемая интенсивная учебная самостоятельная работа обучающегося, который, имея комплект специальных средств обучения, средства коммуникации и согласованную возможность опосредованного контакта с преподавателем, может обучаться в удобном для него месте и в удобное времени по индивидуальному плану.

Курс обучения по программе построен на модульной основе. Каждый модуль – это стандартный учебный продукт, включающий четко обозначенный объем знаний и умений, предназначенный для изучения в течение определенного времени, или – зачетная единица, качество работы с которой фиксируется письменными работами, а также тестовыми, зачетными и экзаменационными средствами.

Для обеспечения систематической и регулярной работы по изучению программы и успешного прохождения промежуточных и итоговых контрольных испытаний рекомендуется придерживаться следующего порядка обучения:

- самостоятельно определить объем времени, необходимого для проработки каждой темы модуля;

- регулярно изучать каждую тему модуля программы, используя различные формы индивидуальной работы;

- по завершению самостоятельной работы над темами модуля программы пройти примерный вариант предложенной формы контроля.

Содержание самоучителя полностью покрывается матрицей тестовых заданий для актуализации знаний медицинских работников с высшим образованием о современных моделях систем здравоохранения, компетенции по проведению базовой сердечно-легочной

реанимации, необходимых для профессиональной деятельности и повышения профессионального уровня в рамках имеющейся квалификации.

2. Техническое описание самоучителя

2.1 Структура самоучителя

Самоучитель включает в себя тестовые задания изученных учебных вопросов, которые предлагаются для ответа в случайном порядке. Резюме по каждому заданному вопросу обучающийся получает немедленно после проверки ответа, по окончанию тестирования представляется итоговый отчет о степени усвоения изученного материала. Для самоконтроля обучающемуся предлагается ответить на 20 вопросов, время сдачи 60 минут, количество попыток тестирования не ограничено. Обучающийся может досрочно завершить тестирование, ответив на все вопросы теста. Если обучающийся не завершил ответы на все тестовые вопросы в установленный компьютерной программой срок, то процедура тестирования завершается, оцениваются только те вопросы, на которые обучающийся дал ответ.

Структура самоучителя включает учебно-методическое обеспечение дисциплины, объединенное в соответствующие разделы. Общий вид и состав самоучителя представлены на рисунках 1 – 52.

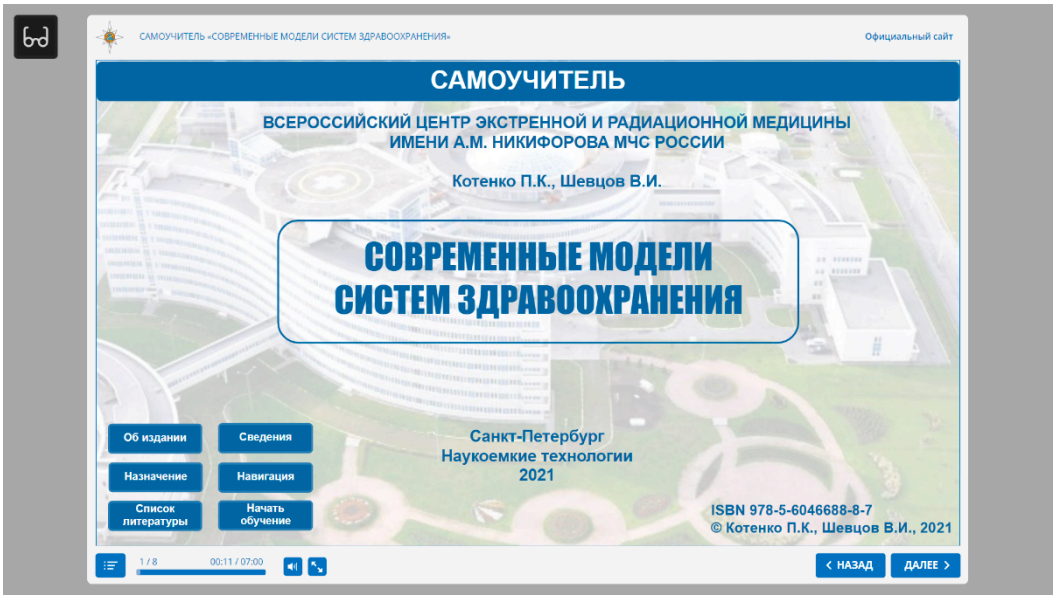

Рисунок 1 – Общий вид самоучителя

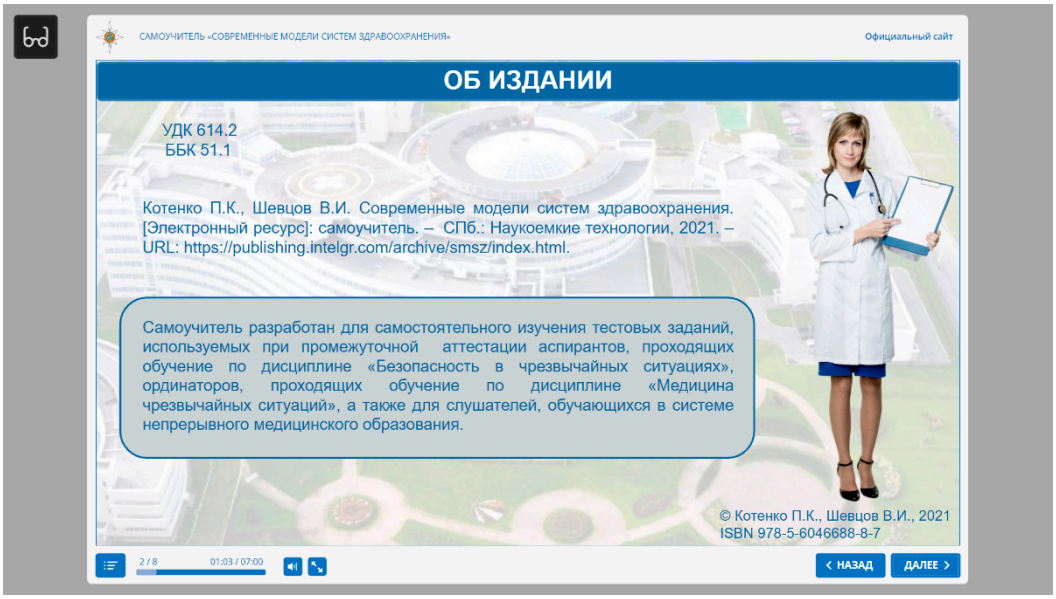

Рисунок 2 – Об издании

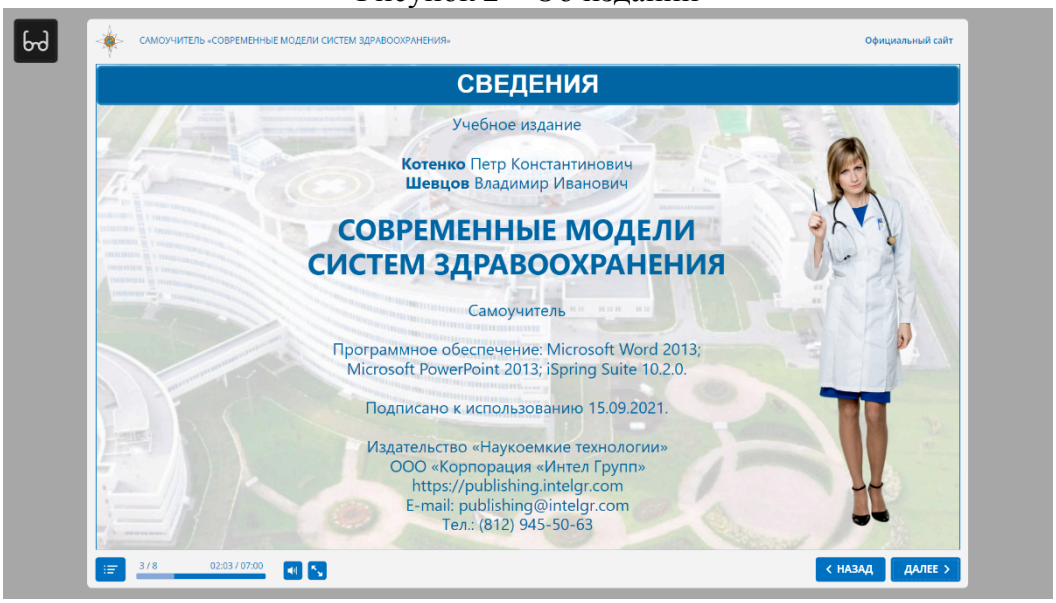

Рисунок 3 – Сведения о самоучителе

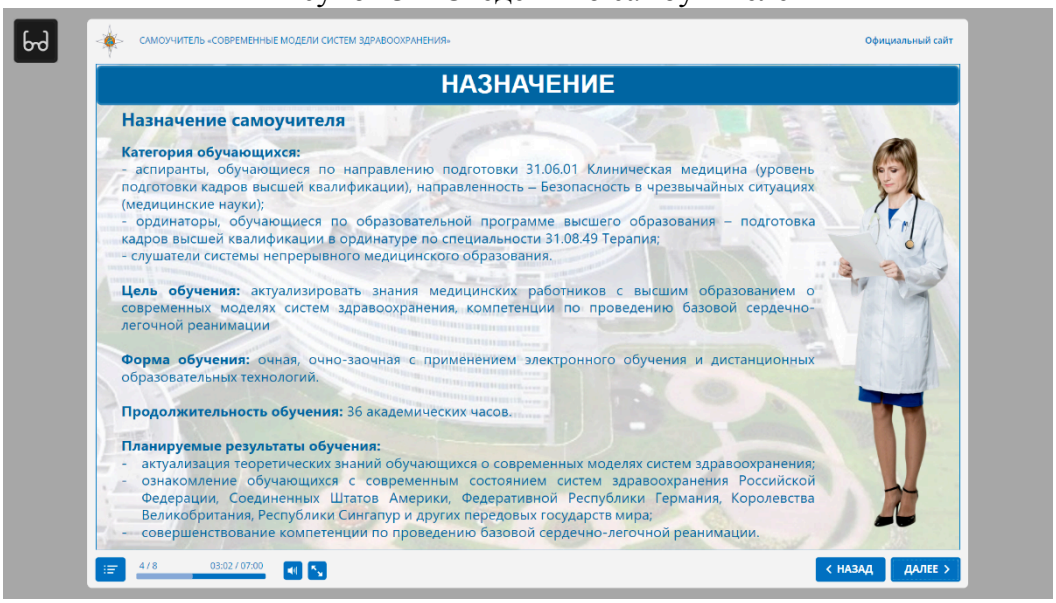

Рисунок 4 – Назначение самоучителя

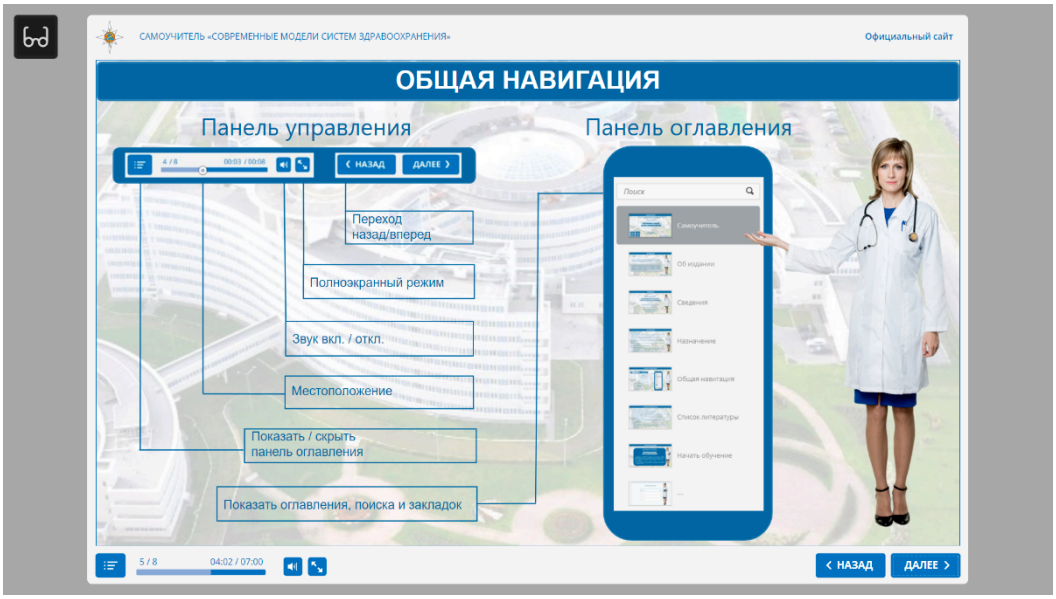

Рисунок 5 – Общая навигация

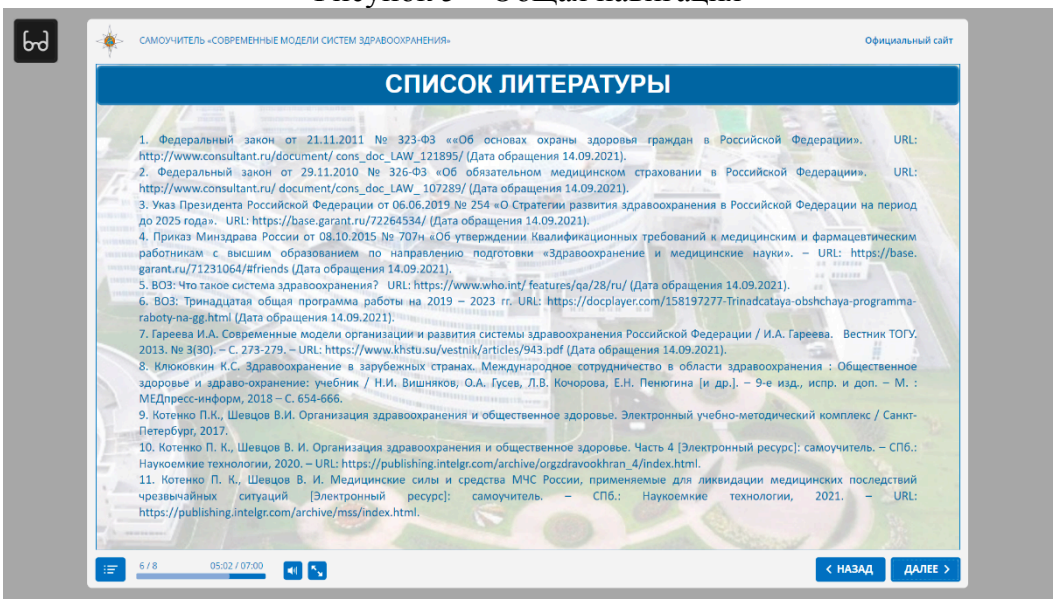

Рисунок 6 – Список литературы

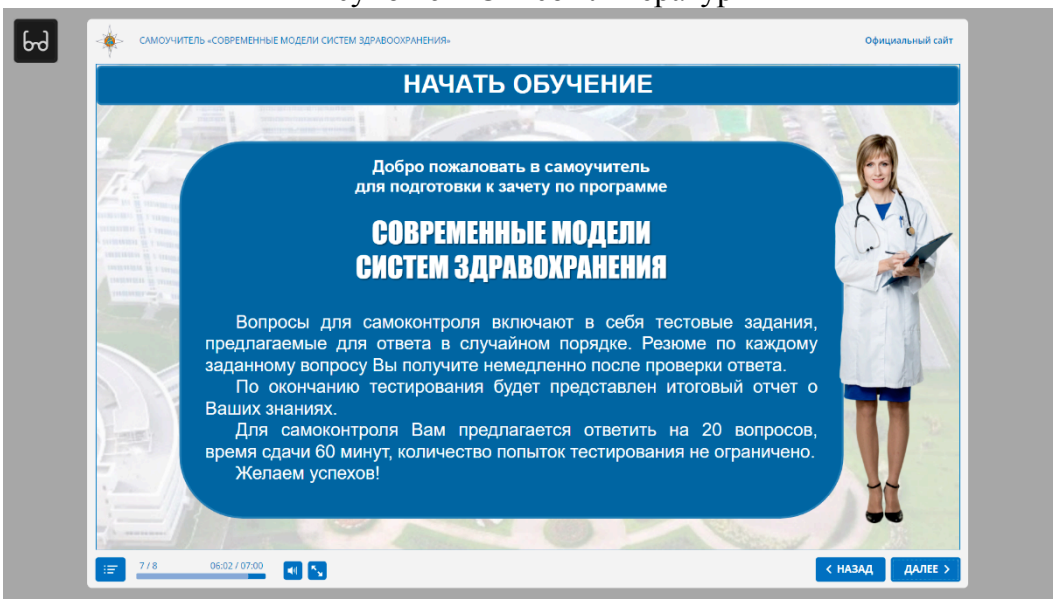

Рисунок 7 – Начать обучение

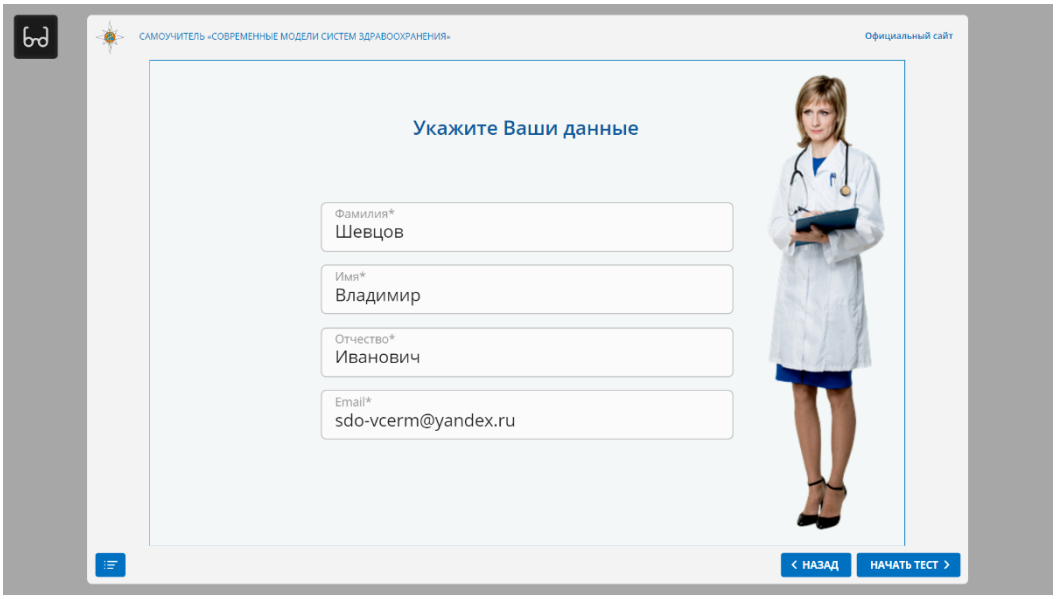

Рисунок 8 – Данные обучающегося

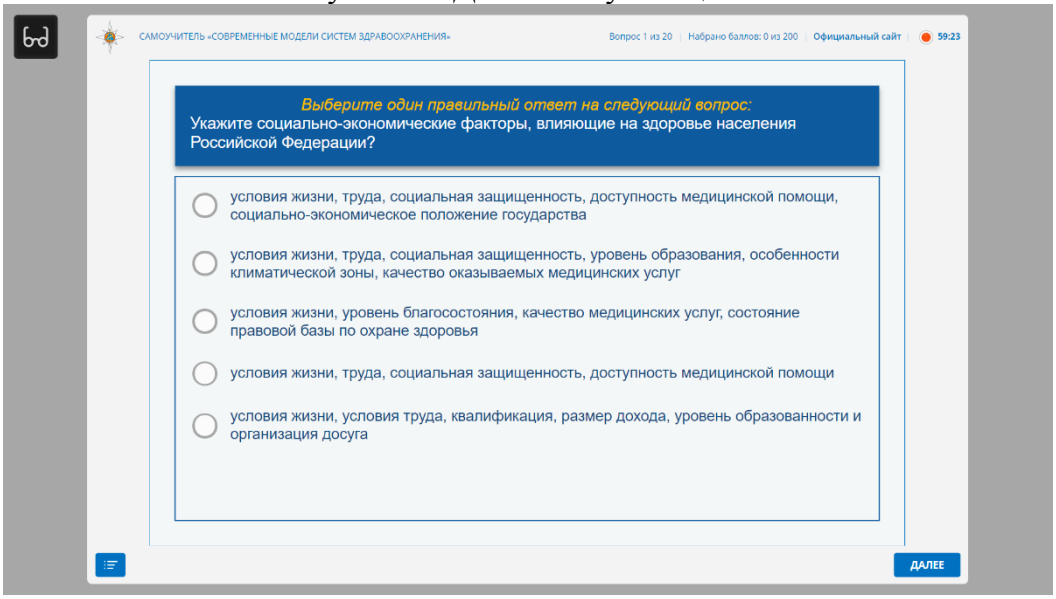

Рисунок 9 – Тестирование (вопрос № 1)

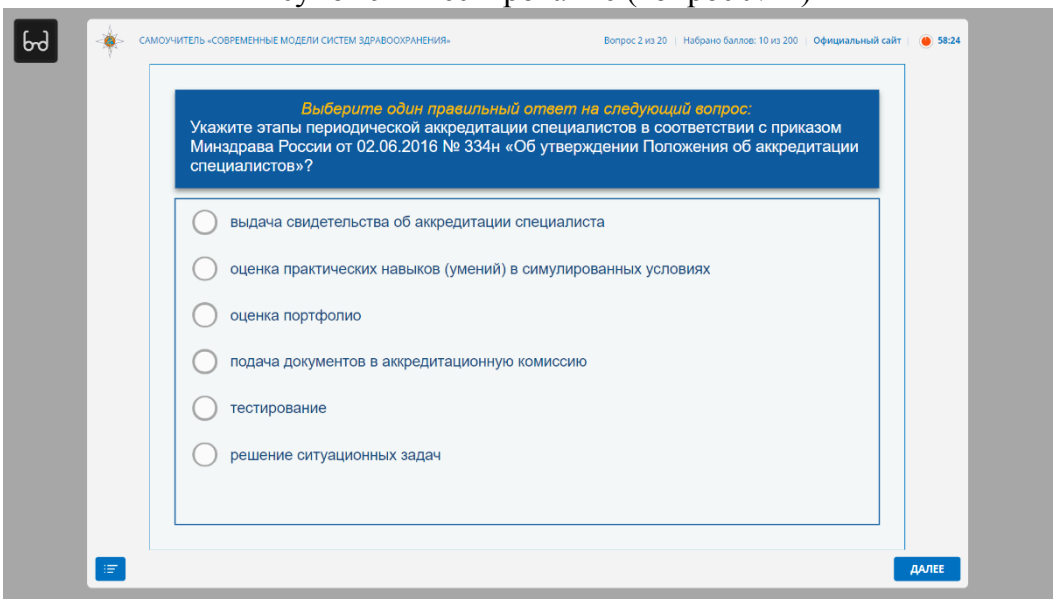

Рисунок 10 – Тестирование (вопрос № 2)

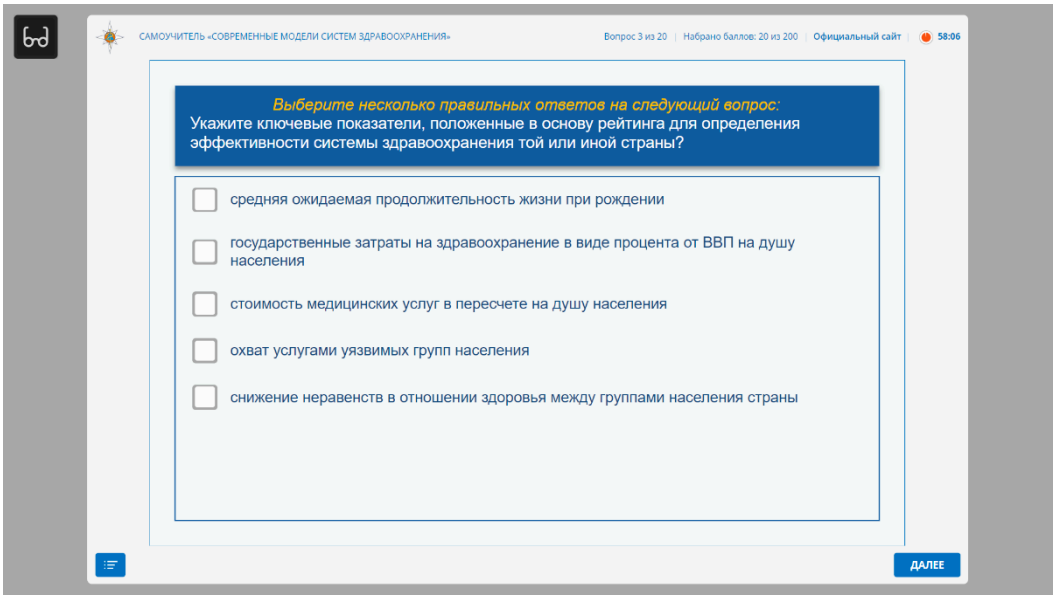

Рисунок 11 – Тестирование (вопрос № 3)

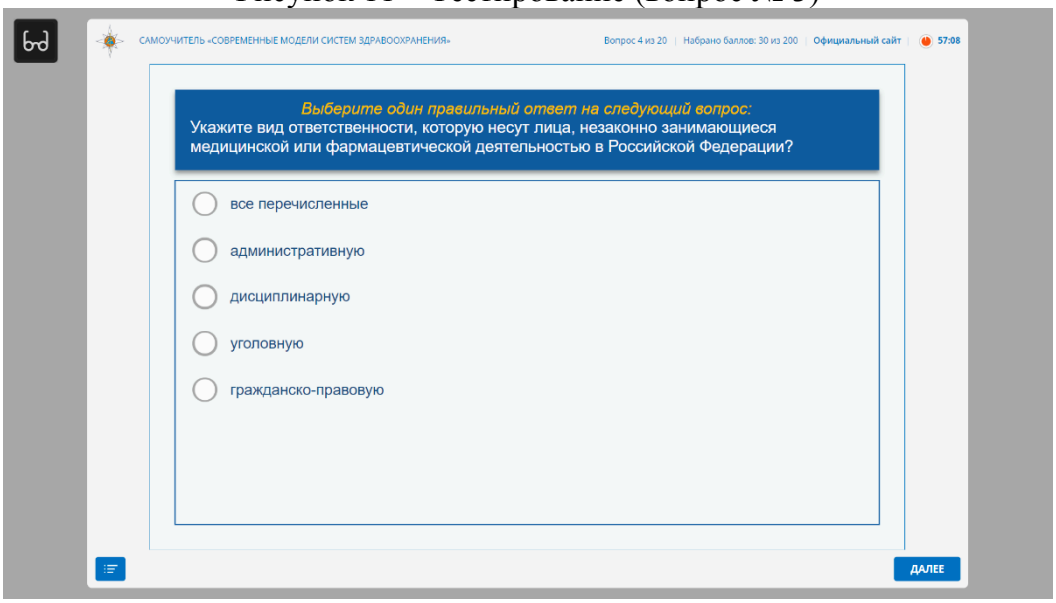

Рисунок 12 – Тестирование (вопрос № 4)

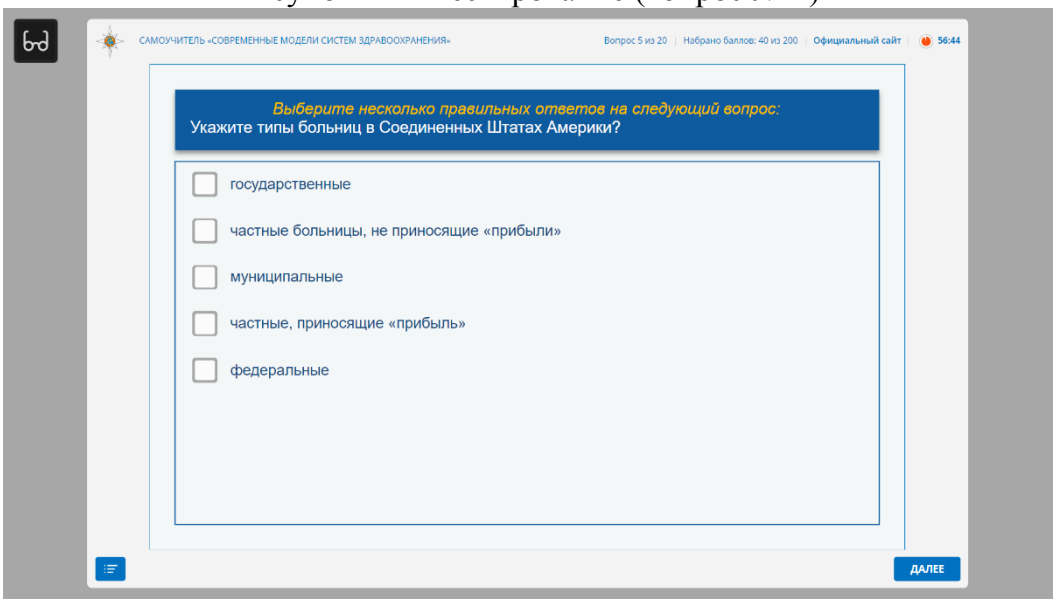

Рисунок 13 – Тестирование (вопрос № 5)

Рисунок 14 – Тестирование (вопрос № 6)

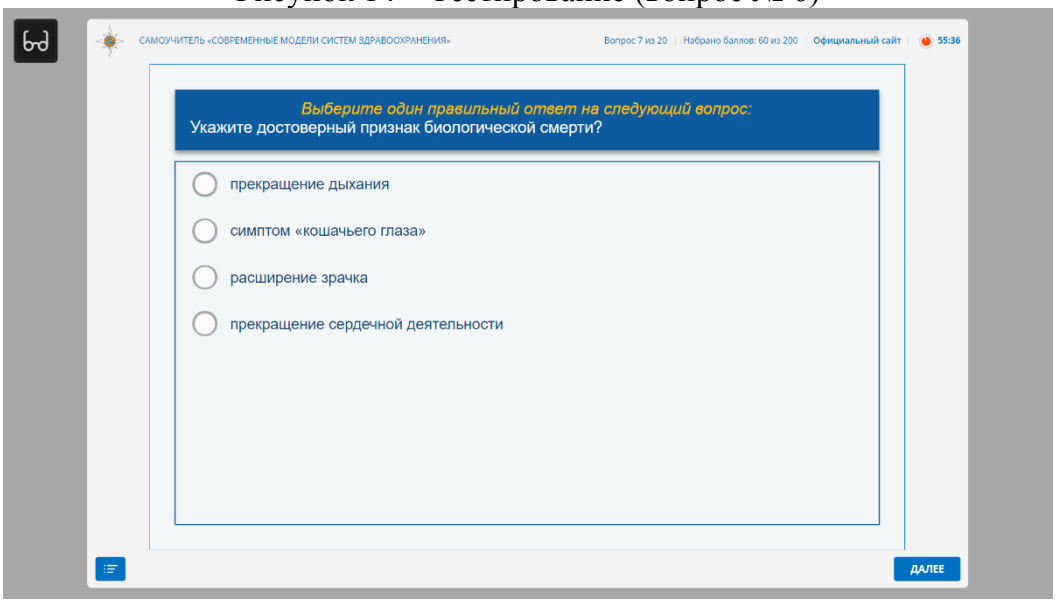

Рисунок 15 – Тестирование (вопрос № 7)

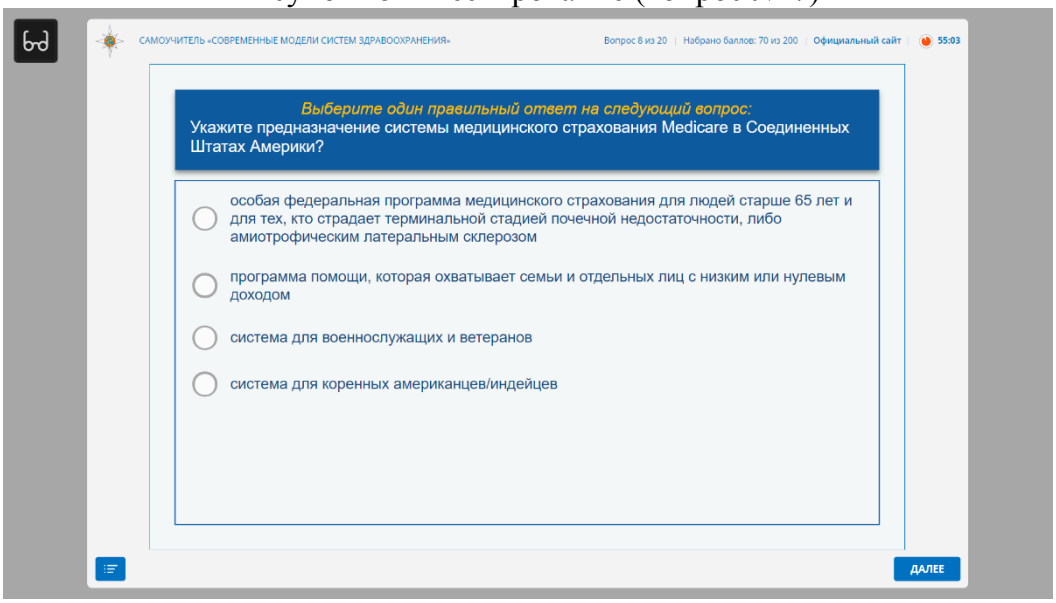

Рисунок 16 – Тестирование (вопрос № 8)

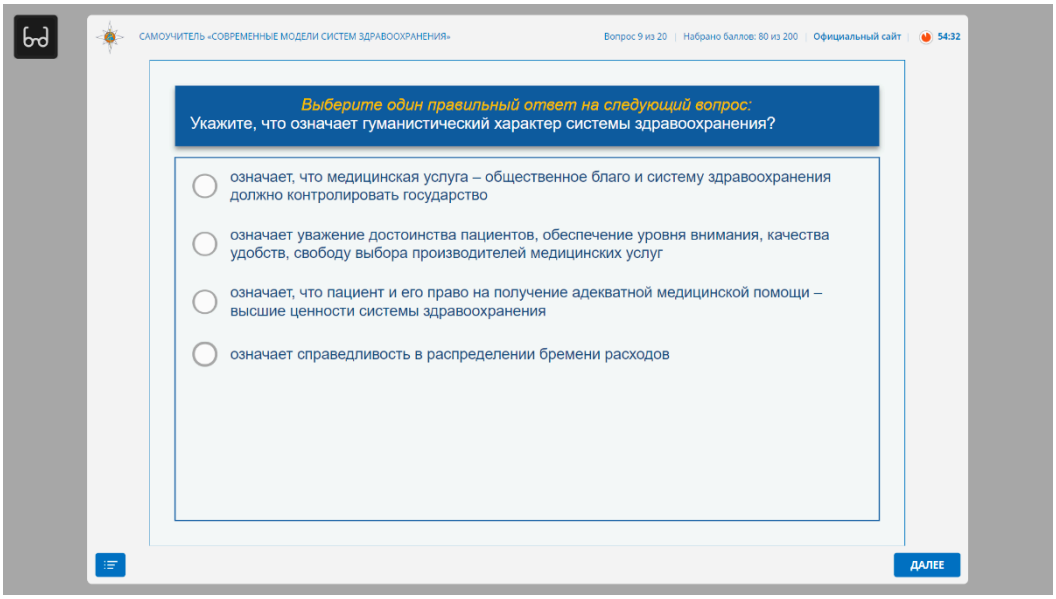

Рисунок 17 – Тестирование (вопрос № 9)

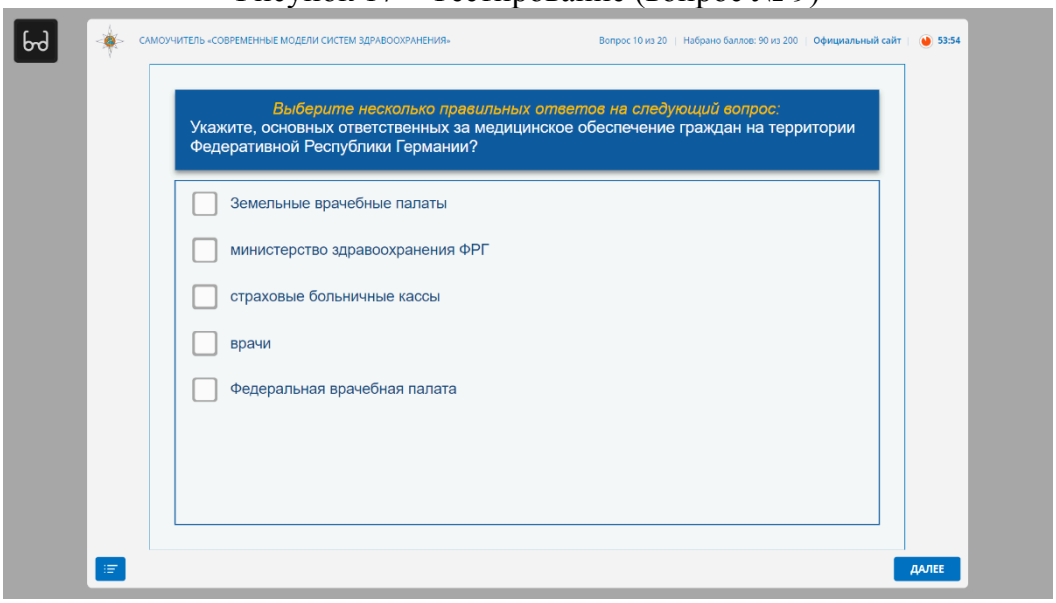

Рисунок 18 – Тестирование (вопрос № 10)

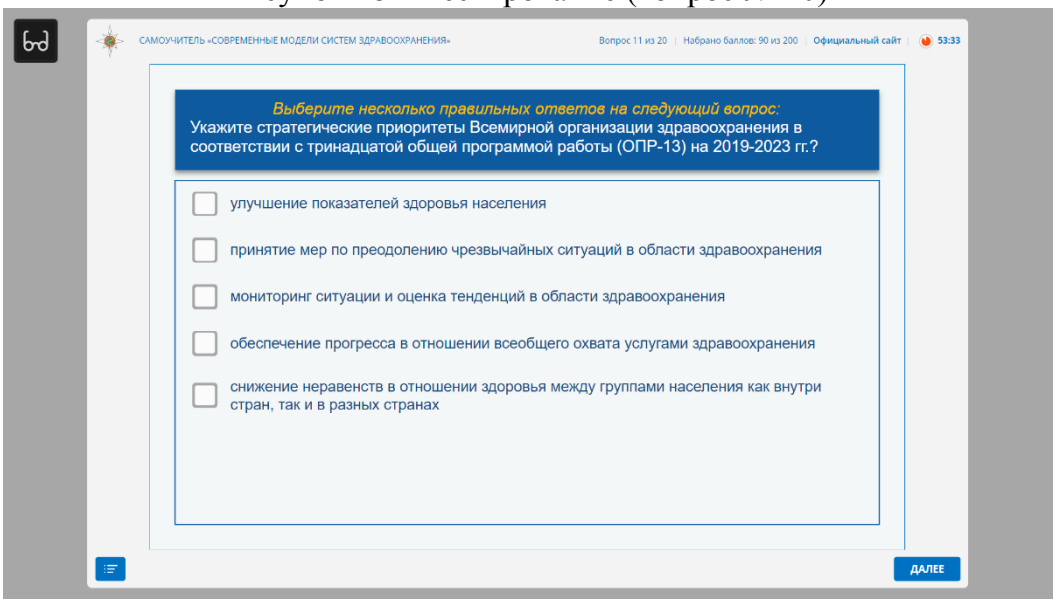

Рисунок 19 – Тестирование (вопрос № 11)

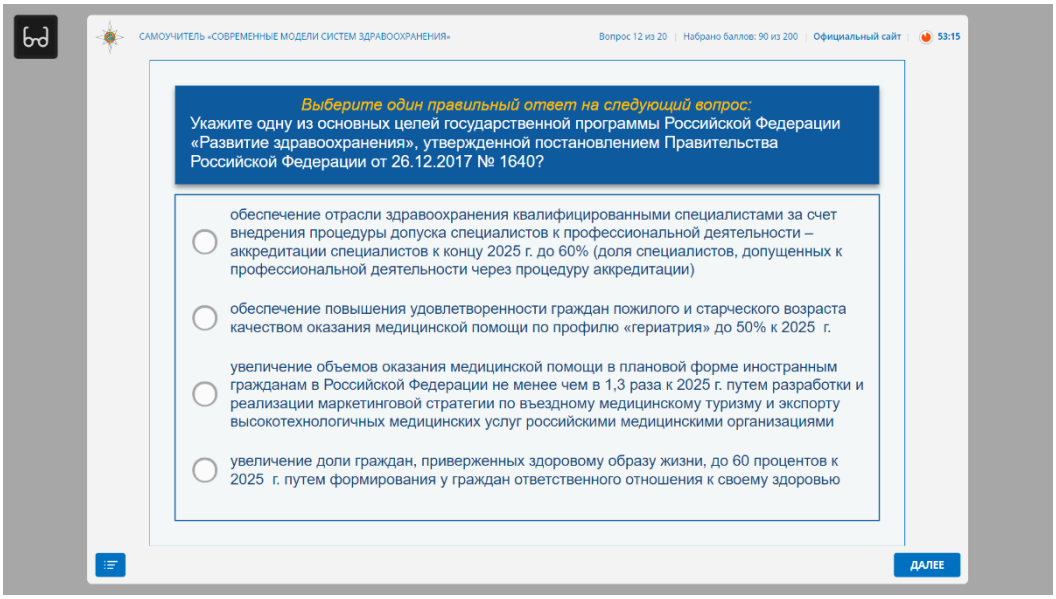

Рисунок 20 – Тестирование (вопрос № 12)

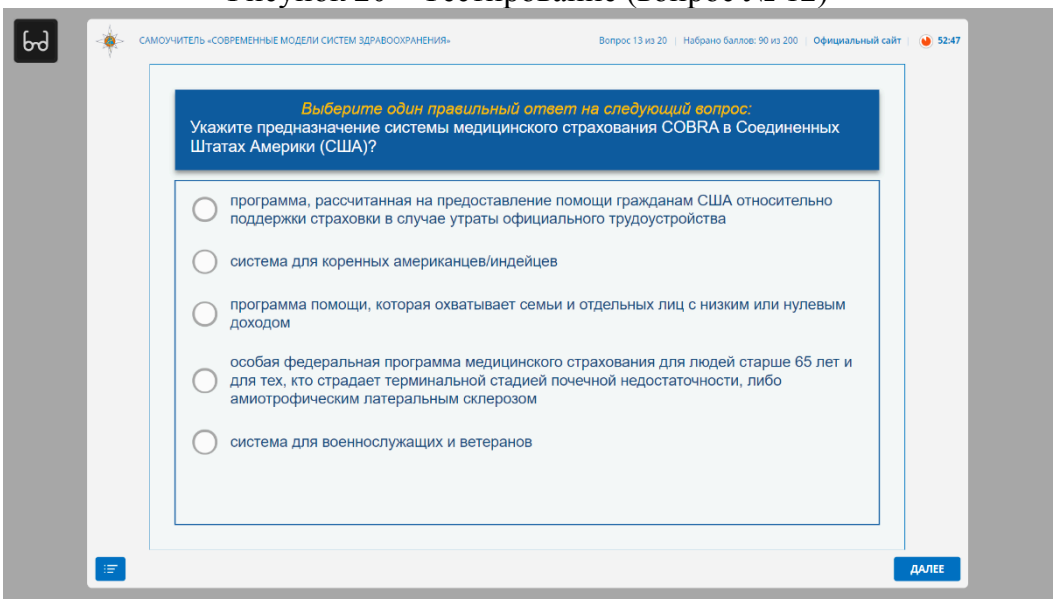

Рисунок 21 – Тестирование (вопрос № 13)

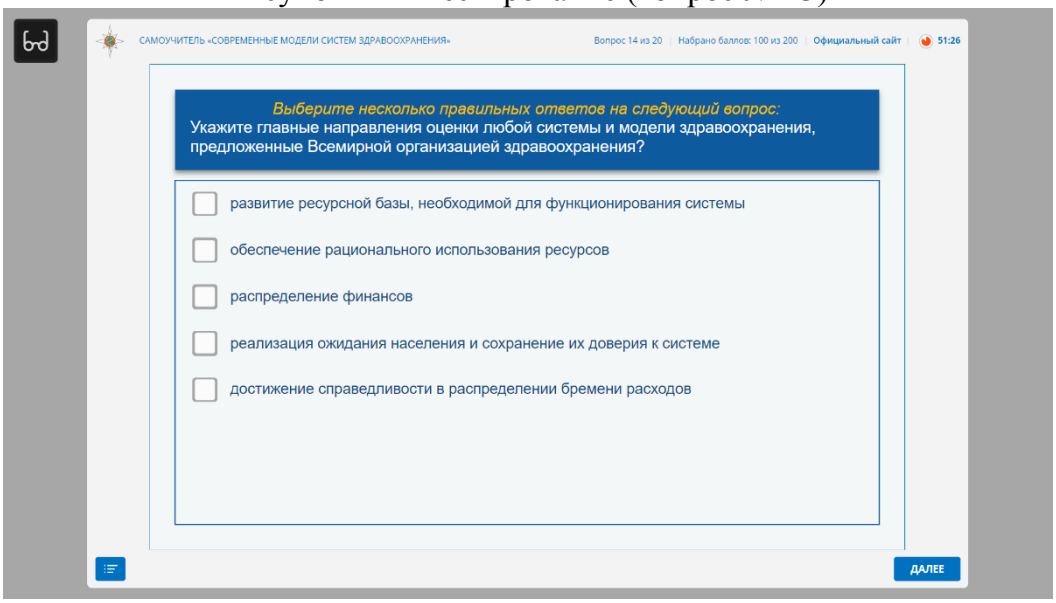

Рисунок 22 – Тестирование (вопрос № 14)

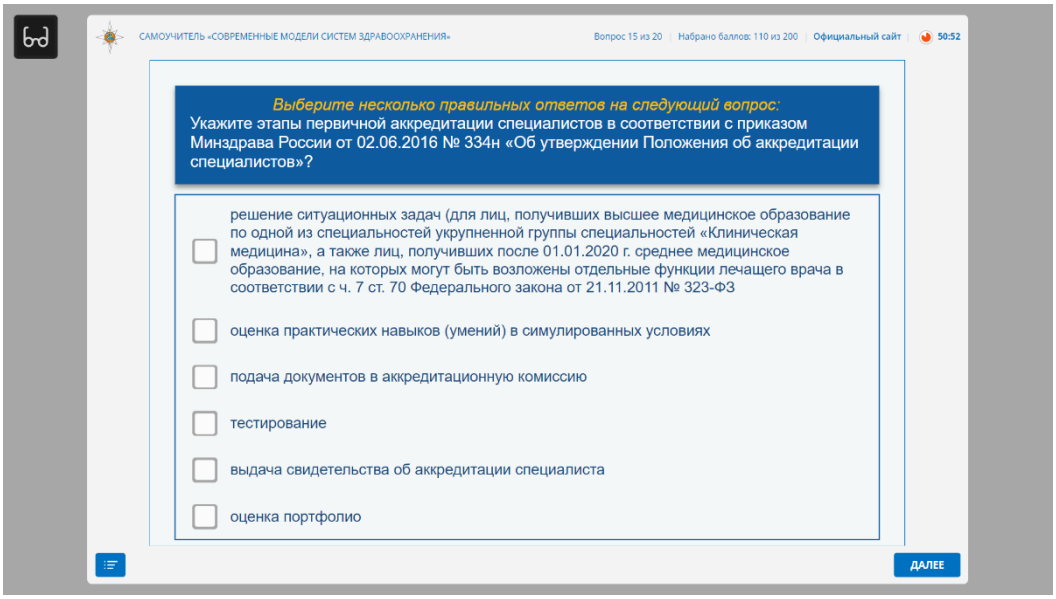

Рисунок 23 – Тестирование (вопрос № 15)

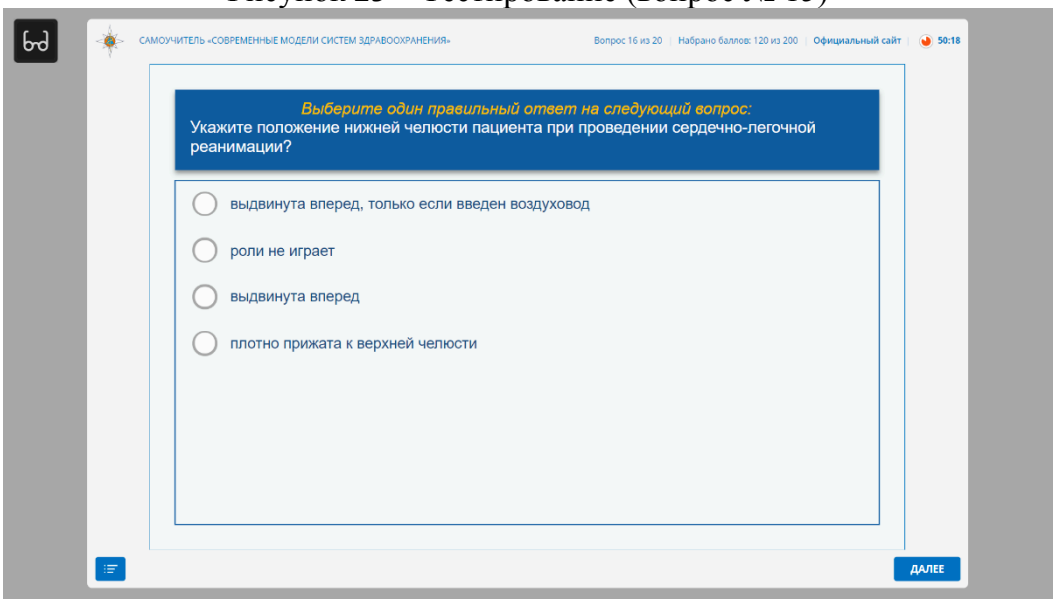

Рисунок 24 – Тестирование (вопрос № 16)

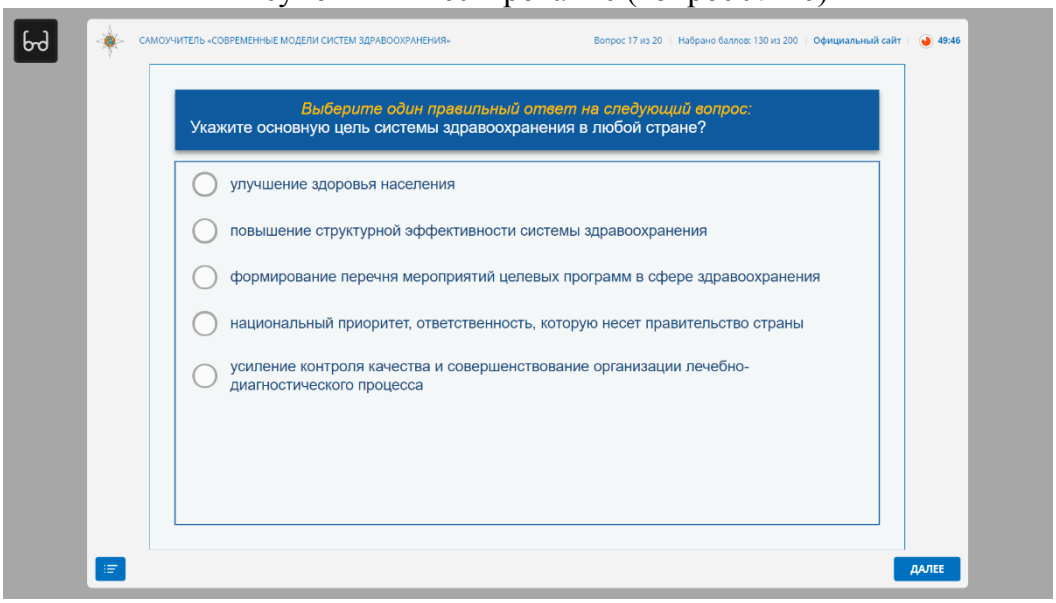

Рисунок 25 – Тестирование (вопрос № 17)

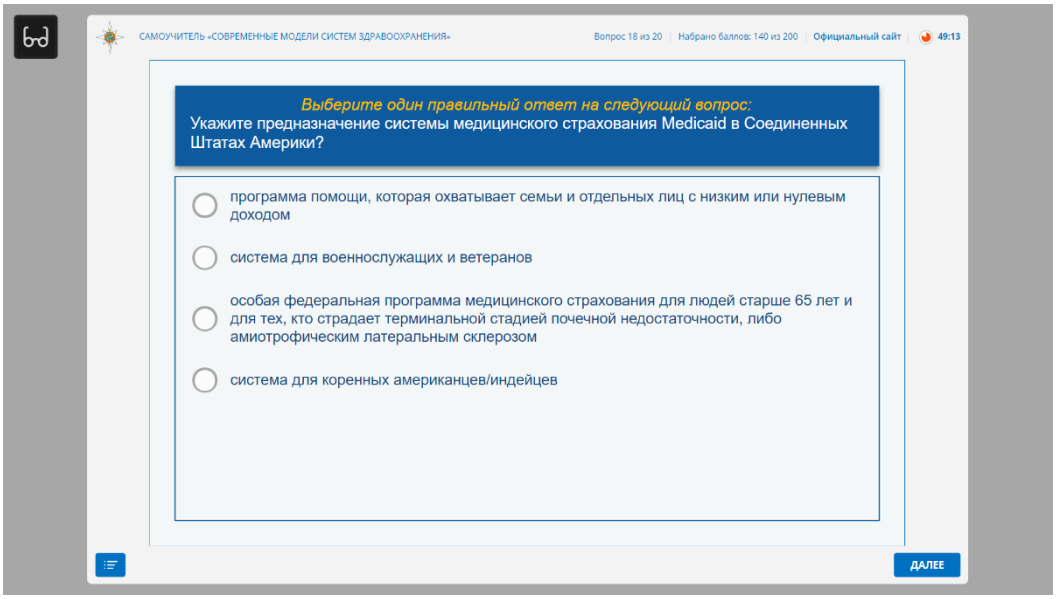

Рисунок 26 – Тестирование (вопрос № 18)

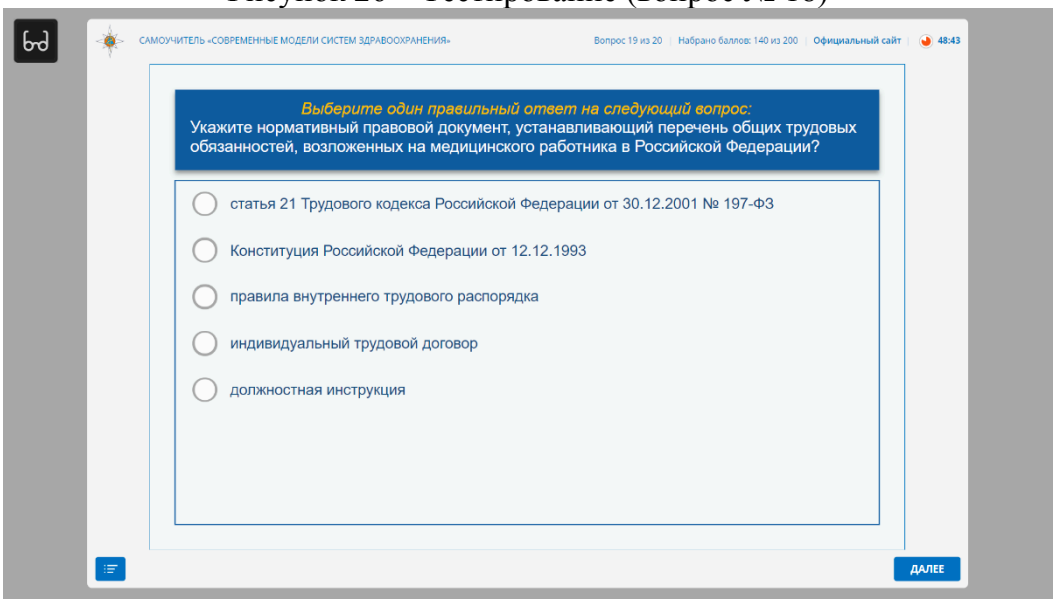

Рисунок 27 – Тестирование (вопрос № 19)

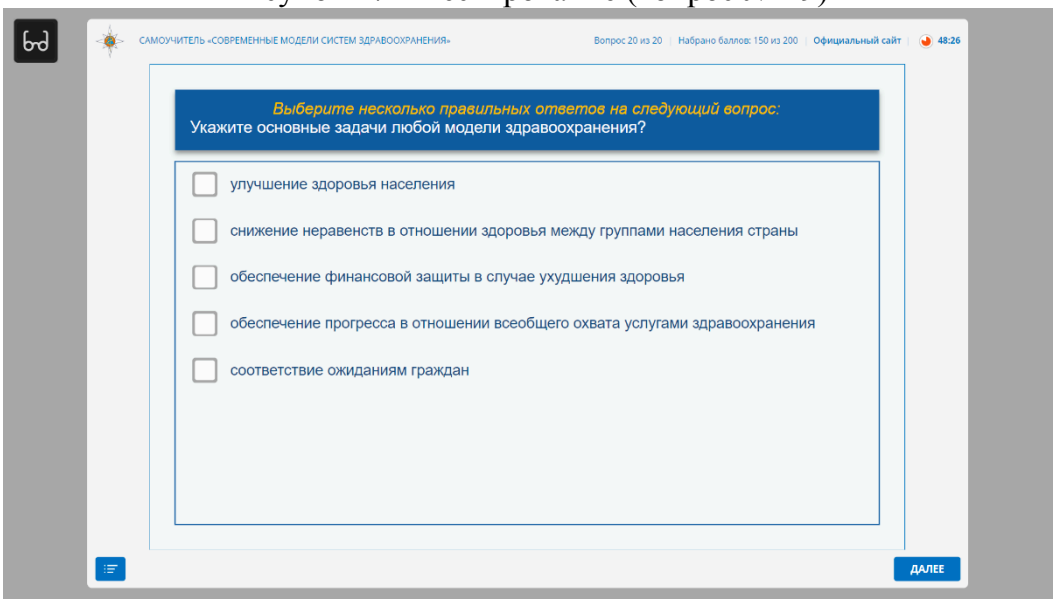

Рисунок 28 – Тестирование (вопрос № 20)

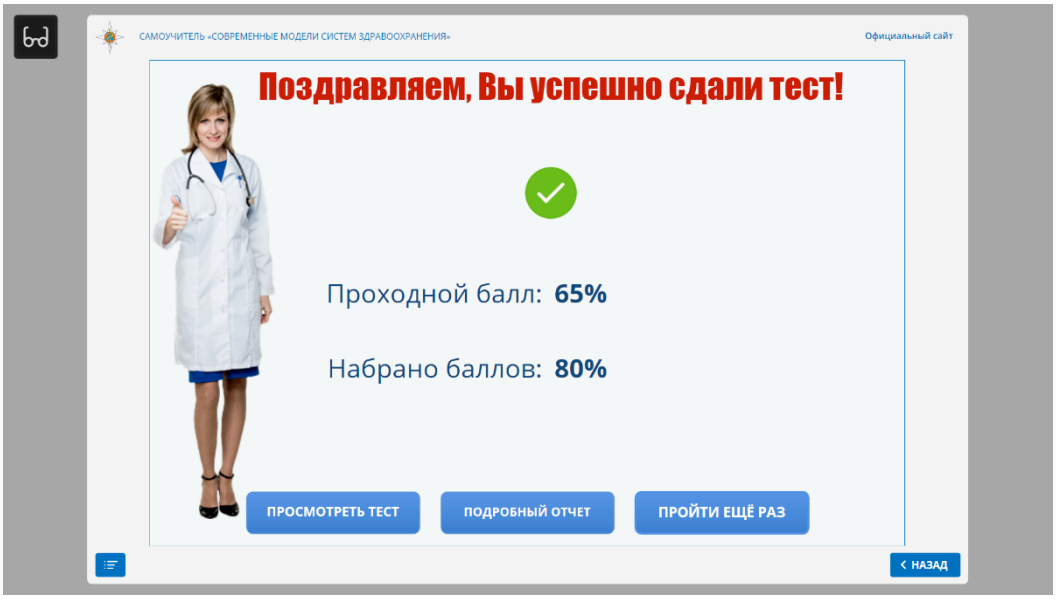

Рисунок 29 – Результаты тестирования (краткий отчет)

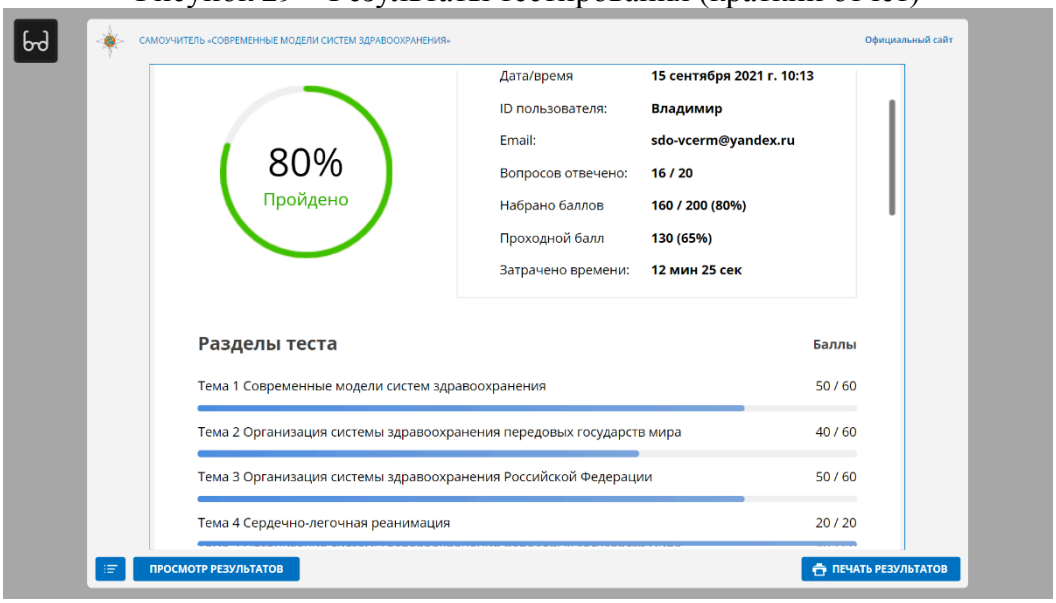

Рисунок 30 – Результаты тестирования (подробный отчет)

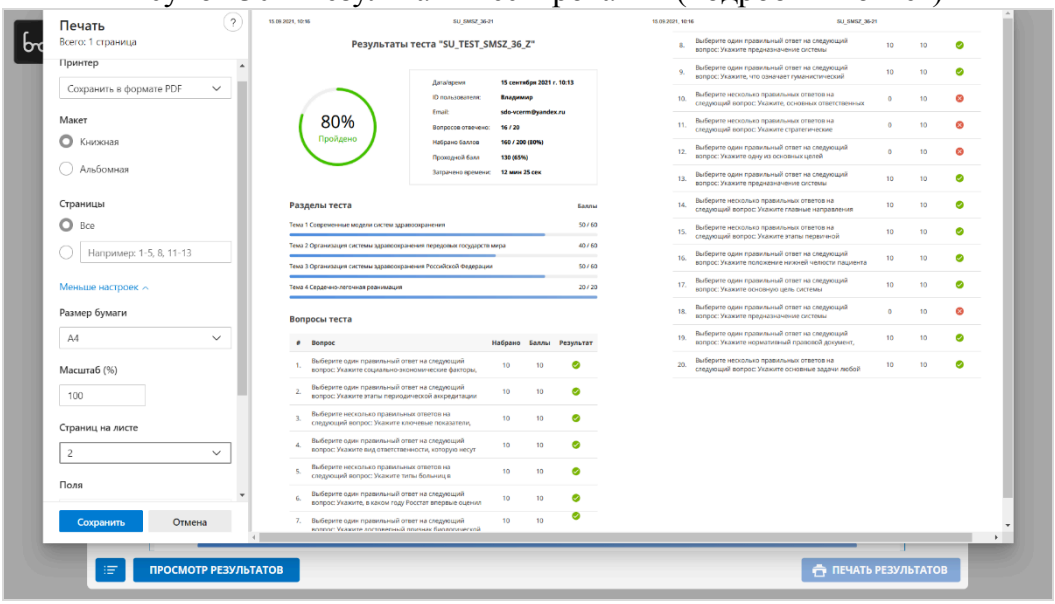

Рисунок 31 – Результаты тестирования (подробный отчет) в формате PDF

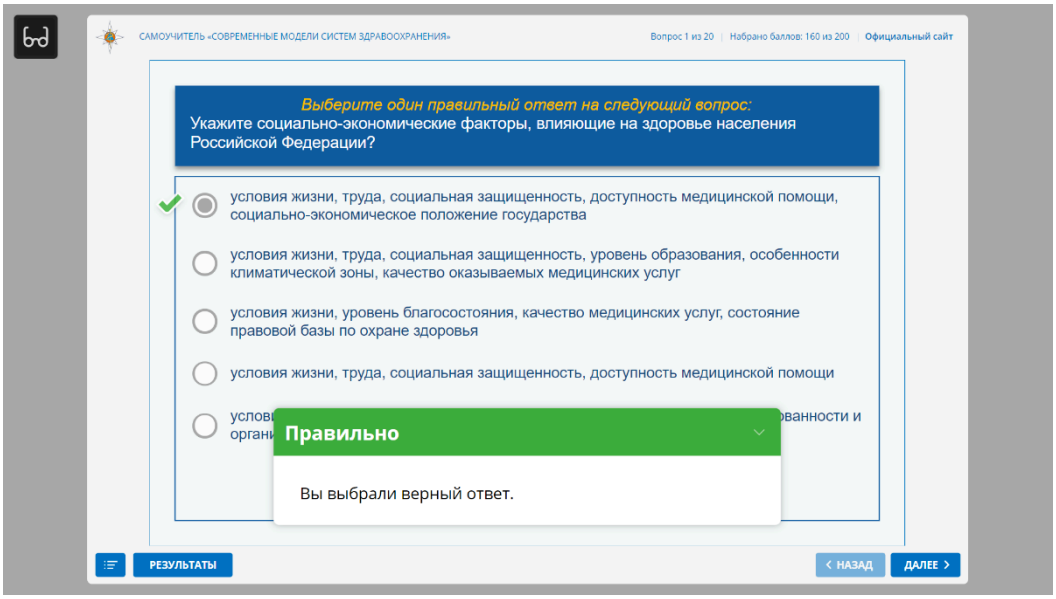

Рисунок 32 – Просмотр результатов теста (вопрос № 1)

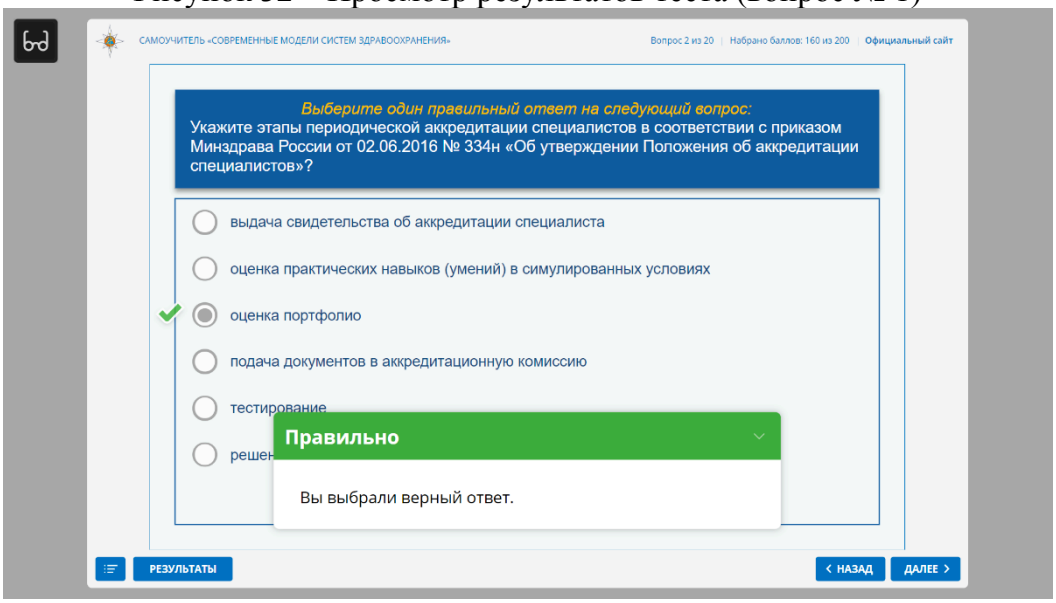

Рисунок 33 – Просмотр результатов теста (вопрос № 2)

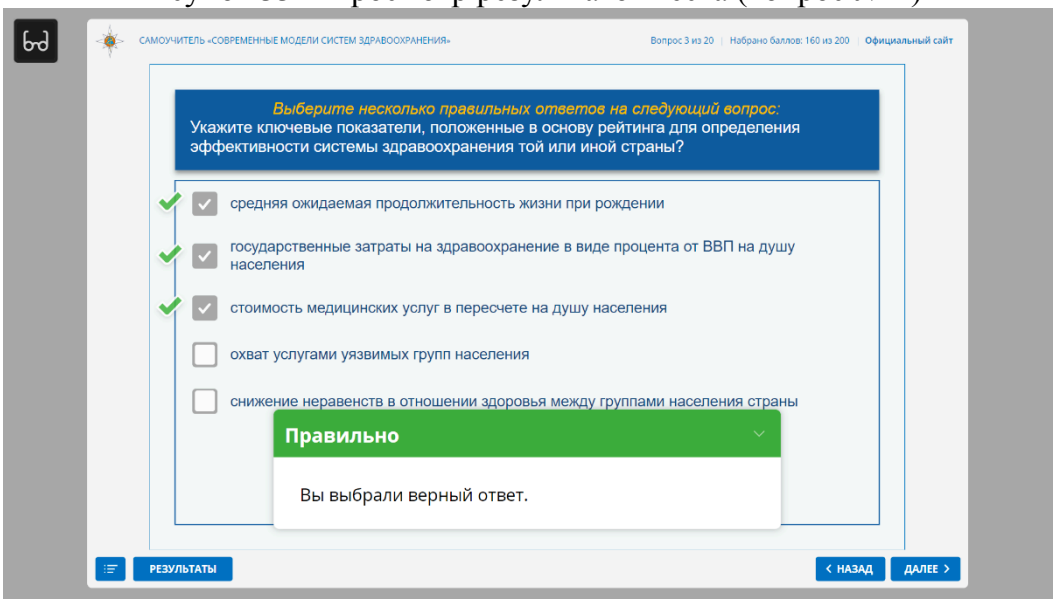

Рисунок 34 – Просмотр результатов теста (вопрос № 3)

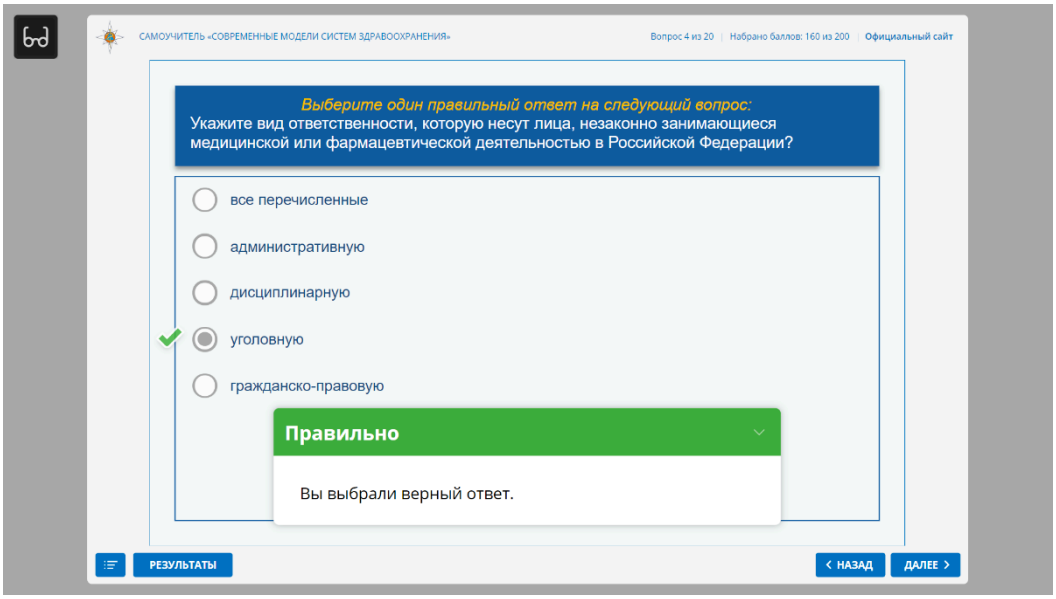

Рисунок 35 – Просмотр результатов теста (вопрос № 4)

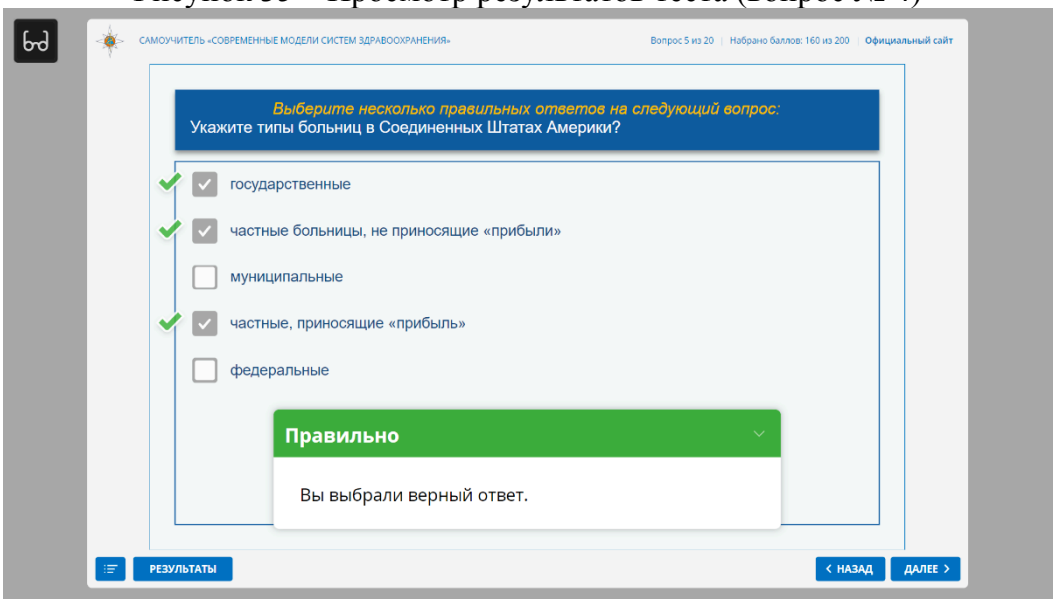

Рисунок 36 – Просмотр результатов теста (вопрос № 5)

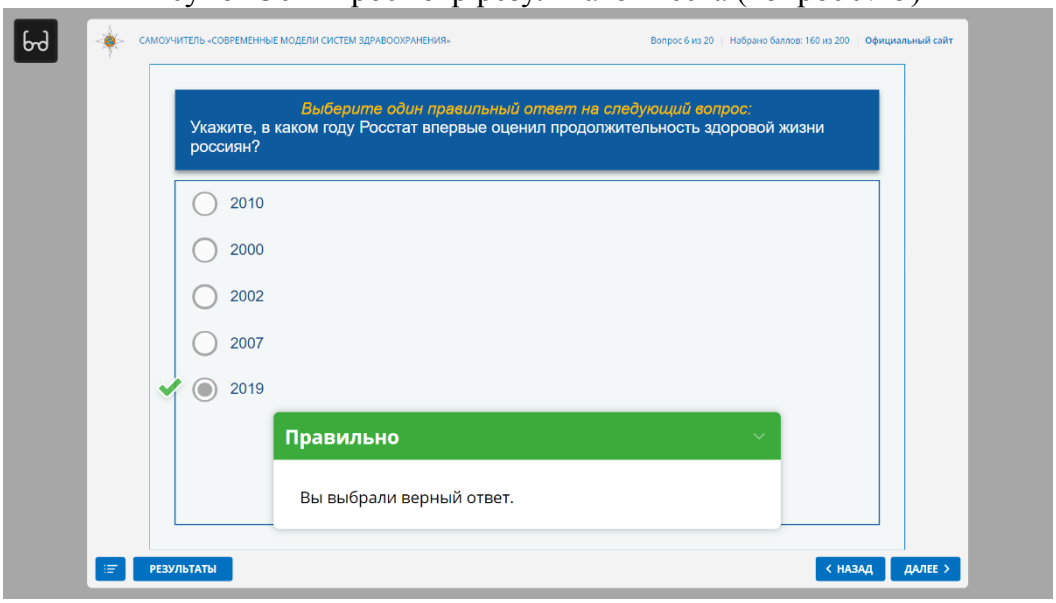

Рисунок 37 – Просмотр результатов теста (вопрос № 6)

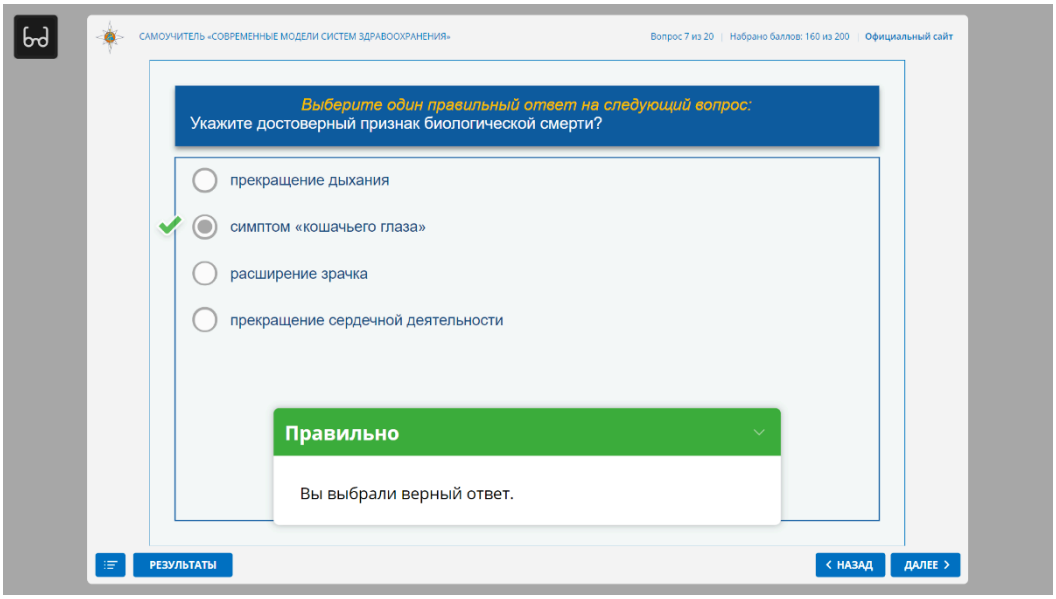

Рисунок 38 – Просмотр результатов теста (вопрос № 7)

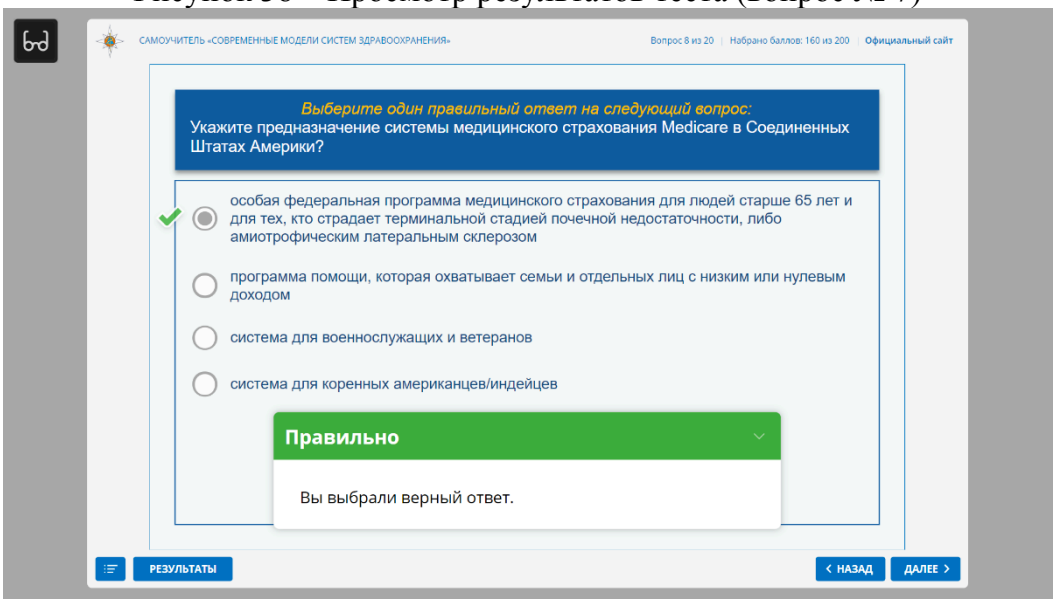

Рисунок 39 – Просмотр результатов теста (вопрос № 8)

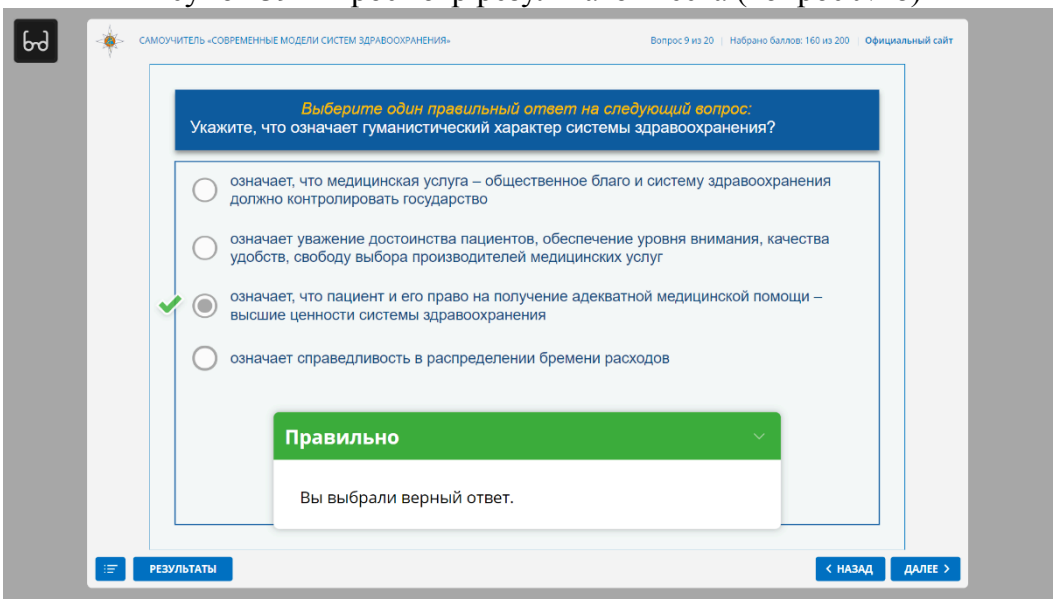

Рисунок 40 – Просмотр результатов теста (вопрос № 9)

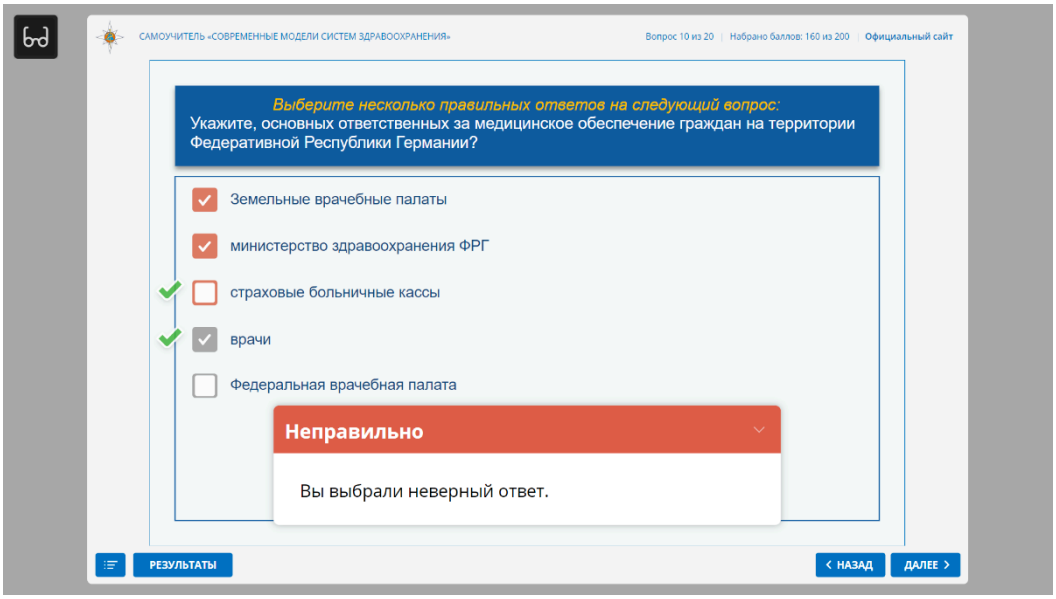

Рисунок 41 – Просмотр результатов теста (вопрос № 10)

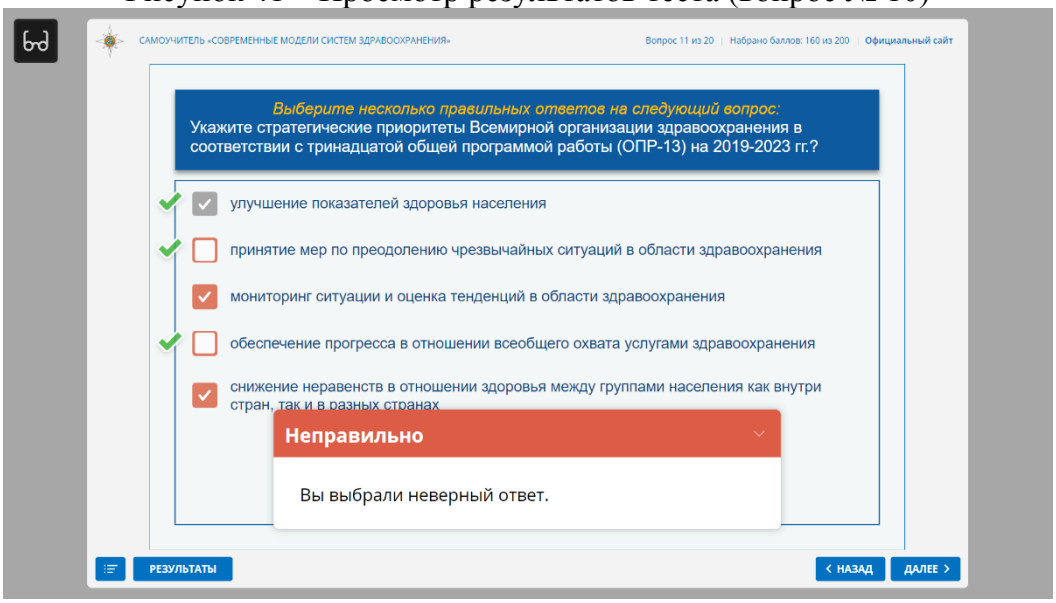

Рисунок 42 – Просмотр результатов теста (вопрос № 11)

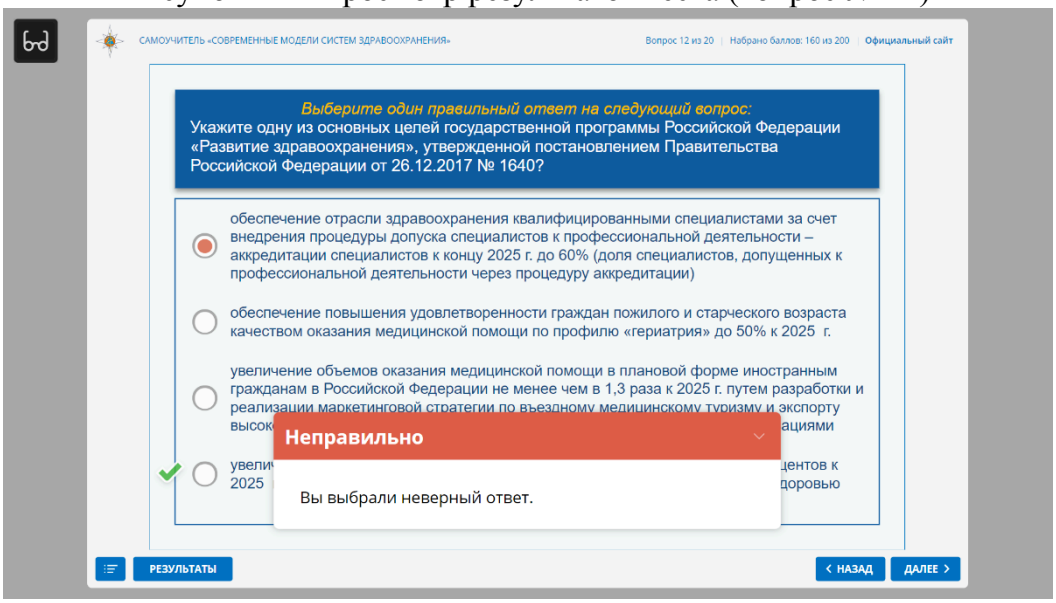

Рисунок 43 – Просмотр результатов теста (вопрос № 12)

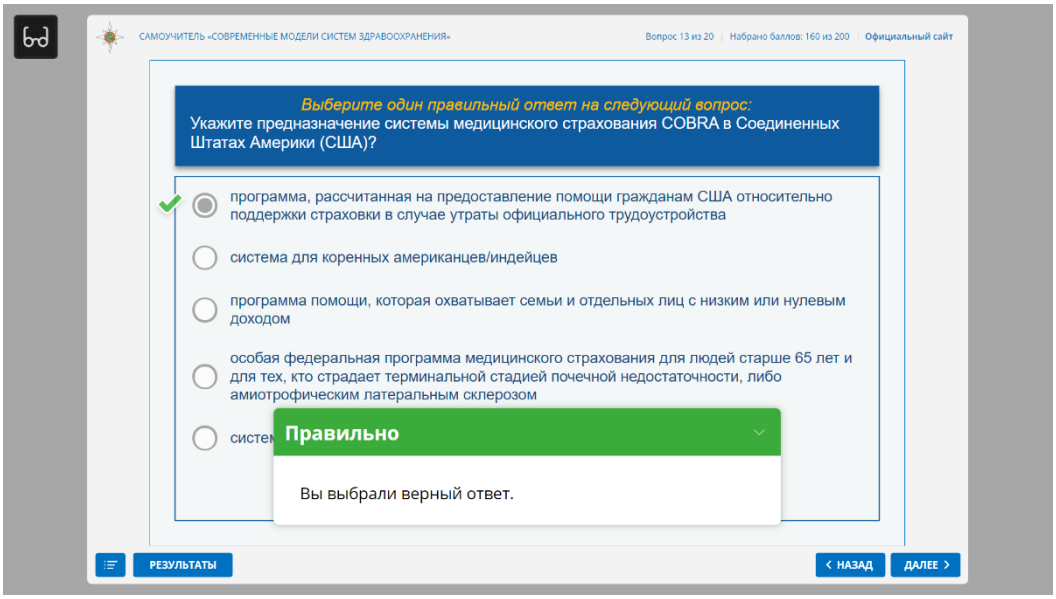

Рисунок 44 – Просмотр результатов теста (вопрос № 13)

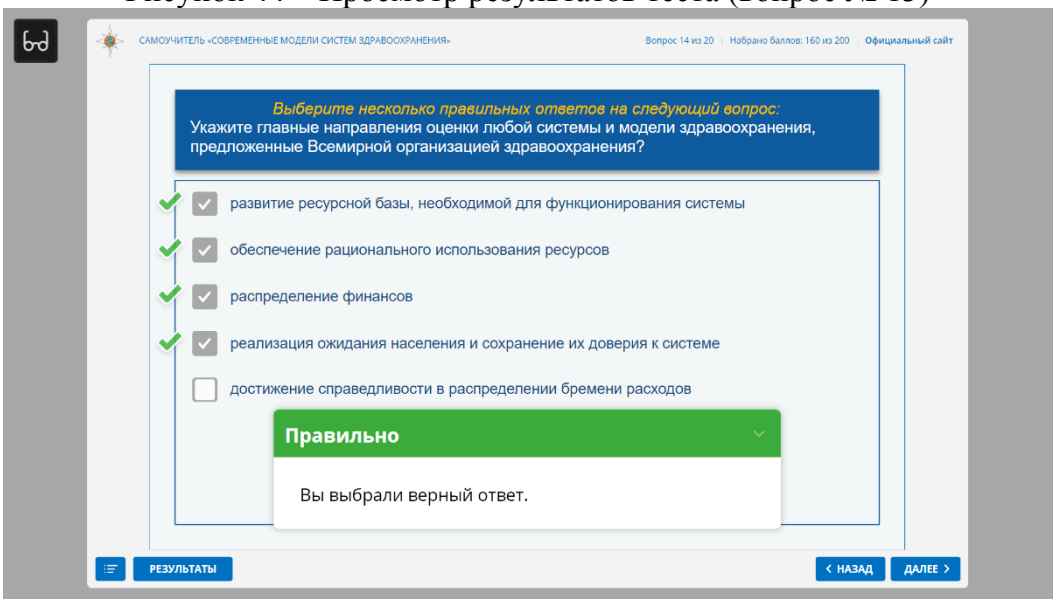

Рисунок 45 – Просмотр результатов теста (вопрос № 14)

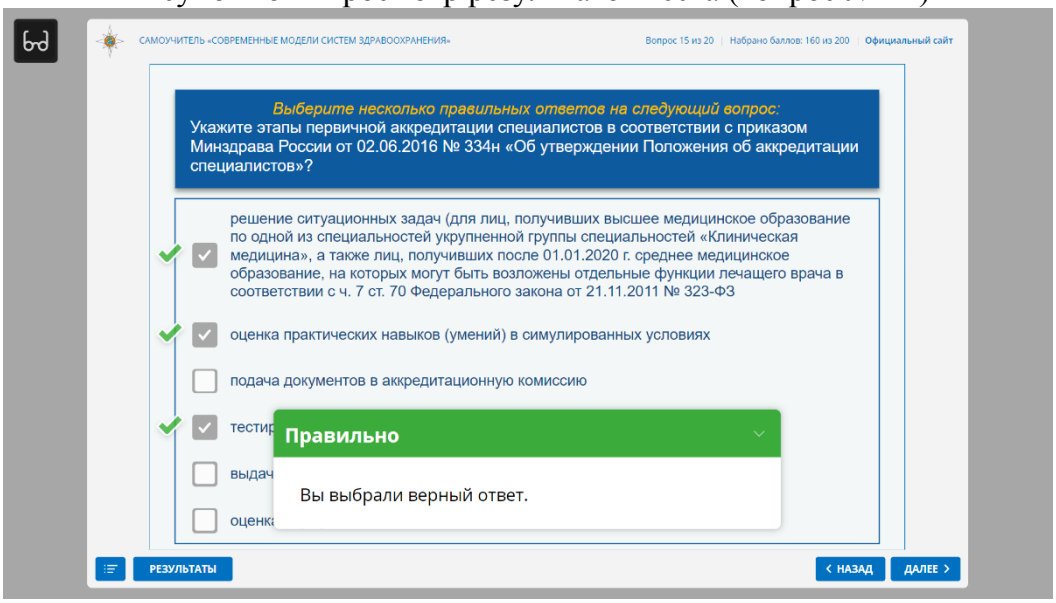

Рисунок 46 – Просмотр результатов теста (вопрос № 15)

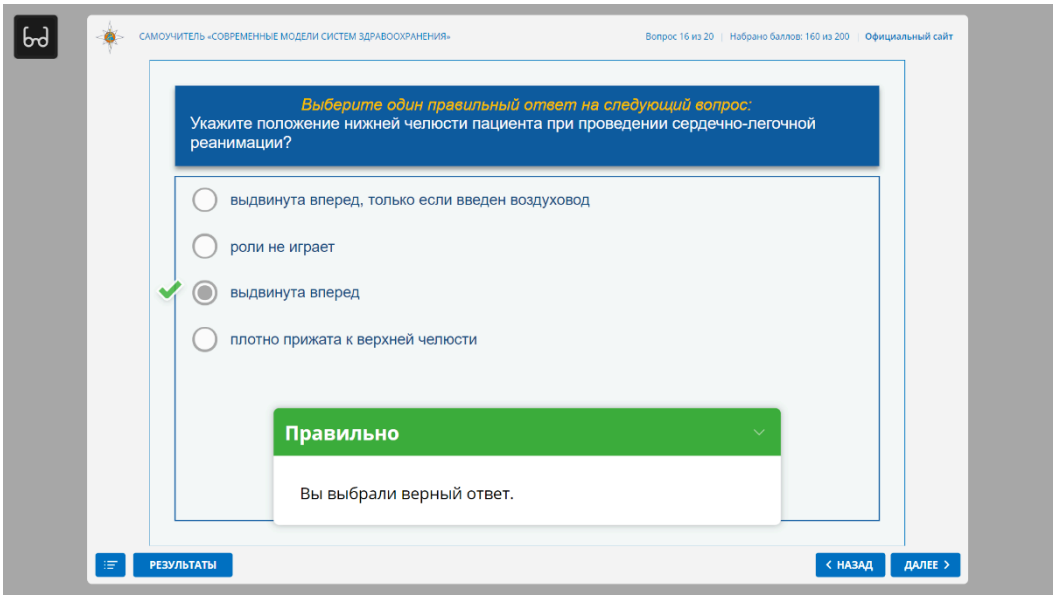

Рисунок 47 – Просмотр результатов теста (вопрос № 16)

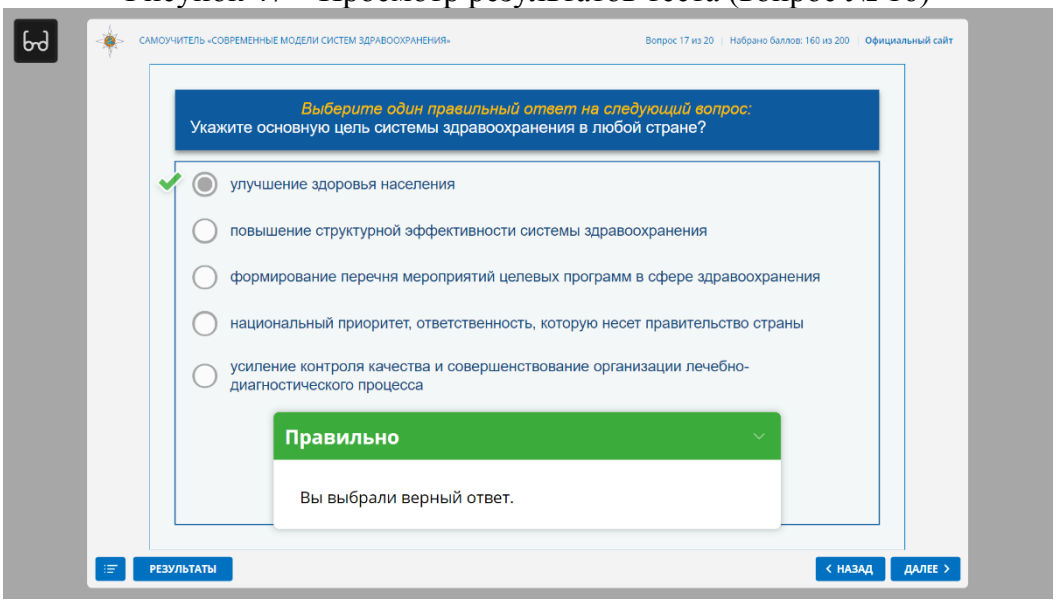

Рисунок 48 – Просмотр результатов теста (вопрос № 17)

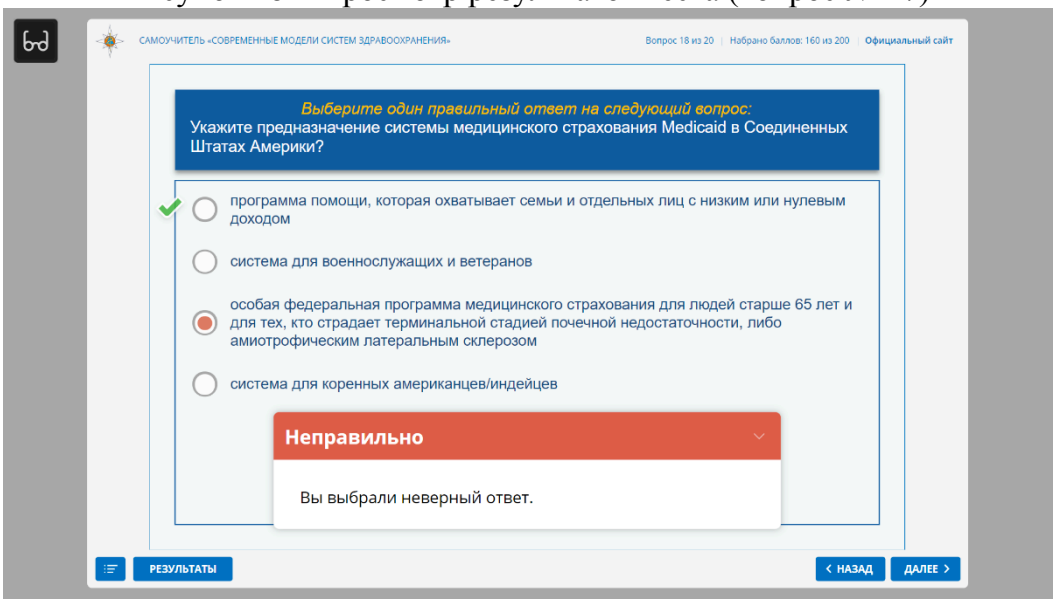

Рисунок 49 – Просмотр результатов теста (вопрос № 18)

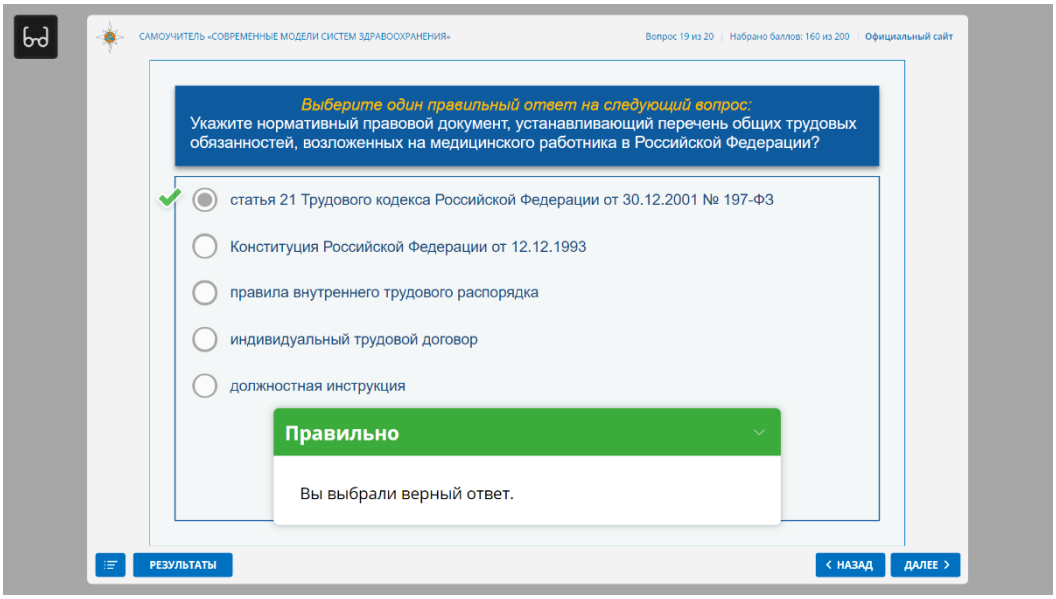

Рисунок 50 – Просмотр результатов теста (вопрос № 19)

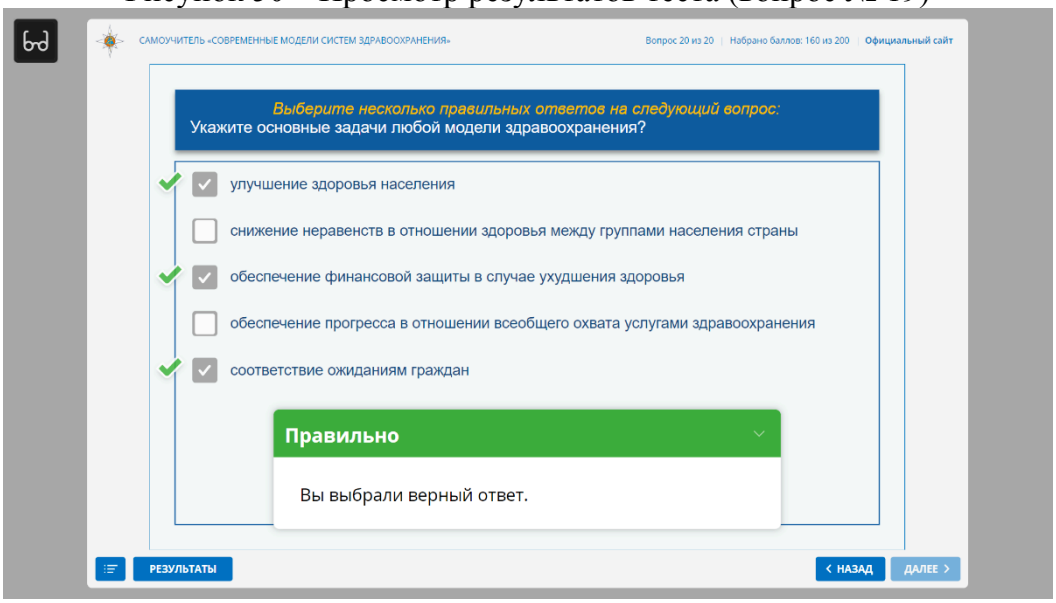

Рисунок 51 – Просмотр результатов теста (вопрос № 20)

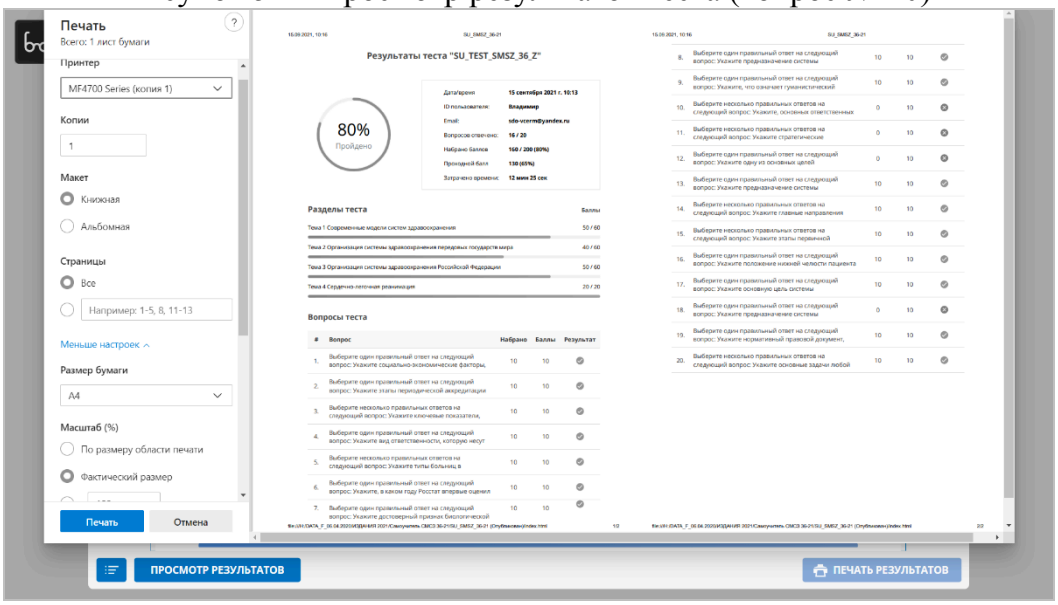

Рисунок 52 – Печать результатов тестирования

2.2 Технические возможности самоучителя

Самоучитель – электронный образовательный ресурс, в базу которого положена оригинальная методика оценки знаний, умений и навыков и целенаправленная тренировка обучающихся в процессе многократного повторного решения тестовых заданий, реализованный средствами веб-приложений.

Самоучитель предусматривает: генерацию иди выбор последовательности однотипных заданий по определенной теме и предъявление их обучающемуся; контроль качества подготовки обучающихся с помощью банка вопросов-ответов и условий перехода к последующему этапу обучения; анализ действий обучающегося с оценкой результатов и выдачей рекомендаций по достижению наилучших результатов.

Проигрыватель самоучителя обеспечивает следующие функциональные возможности: авторизацию обучающихся; возможность задания последовательного режима обучения; возможность задания произвольного режима обучения; возможность использования функций поиска в качестве пунктов содержания самоучителя; печать результатов тестирования; автоматизированная отправка результатов тестирования по электронной почте. Материалы самоучителя защищены от несанкционированного копирования со стороны пользователей.

Внедрение самоучителя позволяет эффективно управлять образовательным процессом, создает условия для освоения обучающимися учебного материала по следующим актуальным темам:

1. Теоретические представления о моделях систем здравоохранения. Здравоохранение. Понятие. Модели системы здравоохранения.
2. Современное состояние системы здравоохранения государств с высокоразвитой экономикой. Система здравоохранения Соединенных Штатов Америки. Система здравоохранения Федеративной Республики Германия. Система здравоохранения Королевства Великобритания. Система здравоохранения Республики Сингапур.
3. Современное состояние системы здравоохранения Российской Федерации.
4. Базовая сердечно-легочная реанимация. Смерть. Непрямой массаж сердца. Искусственная вентиляция легких.

2.3 Аппаратные требования

Для работы с самоучителем пользователю потребуется следующее аппаратное обеспечение: процессор процессор-1,3 ГГц и выше; оперативная память -512 Мб и более; CD-ROM дисковод; клавиатура; мышь; колонки или наушники, объем жесткого диска для хранения данных 100Мб для кэша браузера; скорость сетевого интерфейса от 10 Мбит/с. Рекомендуемое разрешение экрана 1024x768.

3. Специальные условия применения

Самоучитель совместим с операционными системами: Microsoft Windows XP/Vista/7/8/10, MacOS, Ubuntu. Рекомендуемое программное обеспечение: браузер Google Chrome. Языковая версия самоучителя – русский.

4. Критерии оценки

Для оценки тестовых заданий, выполняемых обучающимися, решением кафедры установлены следующие критерии:

- оценка «отлично»: 89 – 100% правильных ответов;

- оценка «хорошо»: 77 – 88% правильных ответов;
- оценка «удовлетворительно»: 65 – 76% правильных ответов;
- оценка «неудовлетворительно»: менее 65% правильных ответов;
- оценка «зачтено»: 65 – 100% правильных ответов;
- оценка «не зачтено»: менее 65 % правильных ответов.

Зачет или экзамен по программе проводится в устной форме (по билетам), если иное не предусмотрено решением кафедры.

Заключение

Подготовка специалистов в области организации здравоохранения и общественного здоровья должна иметь системный характер и включать в себя целый ряд вопросов, касающихся организационных и медицинских аспектов, предусматривать создание профессиональных компетенций и стандартов для повышения профессионального уровня данной категории специалистов.

В самоучителе «Современные модели систем здравоохранения» контрольно-измерительные материалы изложены в четырех комплексных разделах. Используя знания, полученные во время аудиторных занятий по основным разделам программы, а также рекомендованную обязательную и дополнительную литературу, обучающиеся выполняют тестовые задания и оформляют отчет в электронной или печатной форме.

Работа с самоучителем позволяет оценить не только качество теоретической подготовки обучающихся, но и приобретенные в результате освоения учебной программы новые компетенции, необходимые для осуществления профессиональной деятельности в области проектирования и организация процессов деятельности медицинской организации, а также оказания медицинской помощи в экстренной форме.

Контроль знаний является одним из важнейших компонентов образовательной деятельности. Контроль призван обеспечить внешнюю обратную связь – контроль преподавателя и внутреннюю обратную связь – самоконтроль обучающегося, также контроль направлен на получение информации, анализируя которую преподаватель вносит необходимые коррективы в течение образовательного процесса.

Основными этапами оценки результативности обучения обучающихся с использованием самоучителя должны быть: четкое формулирование требований к знаниям, умениям и навыкам обучающихся. Требования формулируются до начала обучения и создания самоучителя, должны соответствовать содержанию и методам обучения; разработка контрольно-измерительных подсистем самоучителя для проведения тестирования обучающихся. Материалы разрабатываются в строгом соответствии с требованиями к знаниям, умениям и навыкам обучающихся. Для каждого задания указывается, какому требованию или требованиям оно соответствует. Разработка технологий тестирования обучающихся, определение роли самоучителя в измерении результативности обучения. Экспертная оценка качества контрольно-измерительных материалов. Проверка соответствия контрольно-измерительных материалов содержанию обучения и требованиям, предъявляемым к знаниям, умениям и навыкам обучающихся. Оценка полноты покрытия требований контрольно-измерительными материалами. Проведение измерений преподавателем с использованием разработанного самоучителя проводится при промежуточном контроле знаний обучающихся. Определение итогов измерений, шкалирование результатов, приведение их к одной системе оценивания, сравнение результатов, формулирование выводов по качеству знаний обучающихся с использованием самоучителя.Внедрение самоучителя позволит более эффективно управлять образовательным процессом, создавать отвечающие современным требованиям

условия для освоения обучающимися учебного материала, применять электронное обучение и дистанционные образовательные технологии для подготовки специалистов в области организации здравоохранения в соответствии с уровнем их квалификации.

Список литературы

1. Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ ««Об основах охраны здоровья граждан в РФ». URL: http://www.consultant.ru/document/ cons_doc_LAW_121895/ (Дата обращения 14.09.2021).

2. Федеральный закон от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в РФ». URL: http://www.consultant.ru/ document/cons_doc_LAW_ 107289/ (Дата обращения 14.09.2021).

3. Указ Президента РФ от 06.06.2019 № 254 «О Стратегии развития здравоохранения в РФ на период до 2025 года». URL: https://base.garant.ru/72264534/ (Дата обращения 14.09.2021).

4. Приказ Минздрава России от 08.10.2015 № 707н «Об утверждении Квалификационных требований к медицинским и фармацевтическим работникам с высшим образованием по направлению подготовки «Здравоохранение и медицинские науки». – URL: https://base. garant.ru/71231064/#friends (Дата обращения 14.09.2021).

5. ВОЗ: Что такое система здравоохранения? URL: https://www.who.int/ features/qa/28/ru/ (Дата обращения 14.09.2021).

6. ВОЗ: Тринадцатая общая программа работы на 2019 – 2023 гг. URL: https://docplayer.com/158197277-Trinadcataya-obshchaya-programma-raboty-na-gg.html

7. Гареева И.А. Современные модели организации и развития системы здравоохранения Российской Федерации / И.А. Гареева. Вестник ТОГУ. 2013. № 3(30). – С. 273-279. – URL: https://www.khstu.su/vestnik/articles/943.pdf (Дата обращения 14.09.2021).

8. Клюковкин К.С. Здравоохранение в зарубежных странах. Международное сотрудничество в области здравоохранения : Общественное здоровье и здраво-охранение: учебник / Н.И. Вишняков, О.А. Гусев, Л.В. Кочорова, Е.Н. Пенюгина [и др.]. – 9-е изд., испр. и доп. – М. : МЕДпресс-информ, 2018 – С. 654-666.

9. Котенко П.К., Шевцов В.И. Организация здравоохранения и общественное здоровье. Электронный учебно-методический комплекс / Санкт-Петербург, 2017.

10. Котенко П. К., Шевцов В. И. Организация здравоохранения и общественное здоровье. Часть 4 [Электронный ресурс]: самоучитель. – СПб.: Наукоемкие технологии, 2020. – URL: https://publishing.intelgr.com/archive/orgzdravookhran_4/index.html.

11. Котенко П. К., Шевцов В. И. Медицинские силы и средства МЧС России, применяемые для ликвидации медицинских последствий чрезвычайных ситуаций [Электронный ресурс]: самоучитель. – СПб.: Наукоемкие технологии, 2021. – URL: https://publishing.intelgr.com/archive/mss/index.html.

6. ОЦЕНОЧНЫЕ МАТЕРИАЛЫ

Современные модели систем здравоохранения

Укажите миссию Всемирной организации здравоохранения, сформулированную в тринадцатой общей программе работы (ОПР-13)?

*укрепление здоровья

*поддержание безопасности в мире

*охват услугами уязвимых групп населения

мониторинг ситуации и оценка тенденций в области здравоохранения

снижение неравенств в отношении здоровья между группами населения как внутри стран, так и в разных странах

Укажите определению системы здравоохранения, принятое Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ)?
*совокупность всех организаций, институтов и ресурсов, главной целью которых является улучшение здоровья
система государственных, социально-экономических, общественных и медико-санитарных мероприятий, направленных на повышение уровня здоровья, обеспечение трудоспособности и активного долголетия людей
совокупность взаимосвязанных и взаимодействующих законодательных, нормативных правовых актов, источников финансирования здравоохранения, видов медицинской помощи, органов и организаций, исполняющих управление, и получателей медицинской помощи
система мероприятий, направленных на поддержание и (или) восстановление здоровья и включающих в себя предоставление медицинских услуг

Укажите правильное определение модели системы здравоохранения?
*возможное состояние системы здравоохранения, отличающееся принципами организации оказания медицинской помощи и ее финансирования, а также социального эффекта, который может производить данная модель
государственная отрасль, системно организующая и обеспечивающая охрану здоровья населения
системные организации, созданные для удовлетворения медицинских потребностей целевых групп населения
комплекс системных мероприятий, направленных на поддержание и (или) восстановление здоровья и включающих в себя предоставление медицинских услуг

Укажите, что понимают под принципом «Доступ в системе здравоохранения»?
*возможность для гражданина получить необходимый набор медицинских услуг в соответствии с потребностью
характеристику реальных ресурсов, процессов и результатов работ в системе здравоохранения
организацию, которая исключает те или иные формы неравенства
основу функционирования социальных систем, без которой оптимальное функционирование социального государства невозможно
общие объемы ресурсов, выделяемых на охрану здоровья и возможные варианты их использования

Укажите, что понимают под принципом «Справедливость в системе здравоохранения»?
понимается возможность для гражданина получить необходимый набор медицинских услуг в соответствии с потребностью
понимается как характеристика реальных ресурсов, процессов и результатов работ в системе здравоохранения
*подразумевает организацию, которая исключает те или иные формы неравенства является основой функционирования социальных систем, без которой оптимальное функционирование социального государства невозможно
подразумевает общие объемы ресурсов, выделяемых на охрану здоровья и возможные варианты их использования

Укажите, какие типы систем здравоохранения условно выделяют с точки зрения социально-политической структуры общества?
*классическая (неупорядоченная)
*плюралистическая
*страховая
*национальная
*социалистическая
тоталитарная
демократическая

Организация системы здравоохранения передовых государств мира

Укажите основную цель системы здравоохранения в любой стране?
*улучшение здоровья населения
формирование перечня мероприятий целевых программ в сфере здравоохранения
повышение структурной эффективности системы здравоохранения
усиление контроля качества и совершенствование организации лечебно-диагностического процесса
национальный приоритет, ответственность, которую несет правительство страны

Укажите типы больниц в Соединенных Штатах Америки?
*государственные
*частные, приносящие «прибыль»
*частные больницы, не приносящие «прибыли»
муниципальные
федеральные

Укажите предназначение системы медицинского страхования Medicare в Соединенных Штатах Америки?
программа помощи, которая охватывает семьи и отдельных лиц с низким или нулевым доходом
*особая федеральная программа медицинского страхования для людей старше 65 лет и для тех, кто страдает терминальной стадией почечной недостаточности, либо амиотрофическим латеральным склерозом
система для военнослужащих и ветеранов
система для коренных американцев

Укажите, обязательным членом какой палаты является каждый врач в Федеративной Республике Германии?
*Земельной врачебной палаты
Федеральной врачебной палаты
Палаты общественного здравоохранения
Федеральной палаты санитарного просвещения
Палаты медицинской документации и информации

Укажите организацию, в ведении которой находится последипломная подготовка врача в Федеративной Республике Германии (ФРГ)?
*в ведении Земельных врачебных палат
в ведении Федеральной врачебная палаты

в ведении страховых больничных касс
в ведении министерства здравоохранения ФРГ

Укажите принятое определение Национальной службы здравоохранения Соединенного Королевства (Великобритании) (англ. National Health Service, NHS)?
*зонтичный термин, описывающий совокупность отдельных национальных государственных организаций здравоохранения Англии, Уэльса, Шотландии и Северной Ирландии
больничные и специализированные службы, а также местные органы здравоохранения
департамент здравоохранения и социального обеспечения, который берет на себя политическую ответственность за предоставление услуг здравоохранения
трасты, предоставляющие медицинские и социальные услуги

Организация системы здравоохранения Российской Федерации

Укажите правильное определение понятия «Общественное здоровье»?
*наука о закономерностях здоровья
наука о социологии здоровья
система лечебно-профилактических мероприятий по охране здоровья
наука о социальных проблемах медицины
система социально-экономических мероприятий по охране здоровья

Укажите приоритетное направление развития здравоохранения в Российской Федерации на современном этапе?
*первичная медико-санитарная помощь
скорая и неотложная медицинская помощь
переход на современную систему организации медицинской помощи
высокотехнологичная медицинская помощь
повышение качества и доступности медицинской помощи

Укажите социально-экономические факторы, влияющие на здоровье населения Российской Федерации?
*условия жизни, труда, социальная защищенность, доступность медицинской помощи, социально-экономическое положение государства
условия жизни, уровень благосостояния, качество медицинских услуг, состояние правовой базы по охране здоровья
условия жизни, условия труда, квалификация, размер дохода, уровень образованности и организация досуга
условия жизни, труда, социальная защищенность, уровень образования, особенности климатической зоны, качество оказываемых медицинских услуг
условия жизни, труда, социальная защищенность, доступность медицинской помощи

Укажите основные направления, по которым должен иметь теоретические знания, практические умения и навыки специалист по организации здравоохранения и общественного здоровья?
*теоретические основы общественного здоровья и здравоохранения
*общественное здоровье и факторы, его определяющие
*система охраны здоровья населения и общественное здравоохранение
*менеджмент и маркетинг в здравоохранении

анализ показателей деятельности органов управления и организаций здравоохранения
планирование деятельности органов управления и организаций здравоохранения

Укажите факторы, обусловливающие актуальность подготовки специалистов в области организации здравоохранения?
*политика государства в области здравоохранения
*политика государства в области образования
*повышение конкурентоспособности специалиста
создание системы многоуровневого образования специалистов в области организации здравоохранения
организация научно-методической и практической помощи медицинским специалистам и учреждениям в области здравоохранения

Укажите назначение квалификационных характеристик должностей работников в сфере здравоохранения?
*применяются в качестве нормативных документов
*являются основой для разработки должностных инструкций
предназначены для организации подбора и расстановки кадров
устанавливают перечень основных прав работника, занимающего данную должность с учетом полученного профессионального образования
диверсификация нормативов регламентации труда работников для обеспечения единого подхода к подбору персонала соответствующей квалификации

Сердечно-легочная реанимация

Укажите показания к прекращению сердечно-легочной реанимации?
отсутствие признаков эффективного кровообращения
отсутствие самостоятельного дыхания
*появление признаков биологической смерти
широкие зрачки

Укажите критерий технической правильности проведения искусственной вентиляции легких?
появление пульса на сонной артерии
вздутие эпигастральной области
бледность кожных покровов
*экскурсия грудной клетки

Критерии оценки результатов освоения слушателем дополнительной профессиональной программы повышения квалификации «Современные модели систем здравоохранения»

Обучение по дополнительной профессиональной программе повышения квалификации «Современные модели систем здравоохранения» с применением электронного обучения, дистанционных образовательных технологий считается успешно завершенным при следующих условиях:

- изучен модуль «Дополнительная профессиональная программа»;
- изучен модуль «Инструкция для слушателей по работе в системе дистанционного обучения»;

- изучен модуль «Календарный учебный график»;
- изучен модуль «Расписание занятий (очная часть обучения)»;
- изучен модуль «Методические рекомендации по организации самостоятельной работы слушателей;
- сдан на оценку не ниже «зачет» (45%) тест «Входной контроль знаний»;
- изучен модуль «Курс лекций»;
- изучен модуль «Электронный самоучитель для подготовки к итоговой аттестации»;
- сдан на оценку не ниже «удовлетворительно» (65%) тест «Итоговая аттестация».

Для оценки тестовых заданий рубежного (промежуточного) контроля знаний и итоговой аттестации, выполняемых слушателем, решением кафедры установлены следующие критерии:
- оценка «отлично»: 89 – 100% правильных ответов;
- оценка «хорошо»: 77 – 88% правильных ответов;
- оценка «удовлетворительно»: 65 – 76% правильных ответов;
- оценка «неудовлетворительно»: менее 65% правильных ответов;
- оценка «зачет»: 65 – 100% правильных ответов;
- оценка «не зачет»: менее 65 % правильных ответов.

Для оценки тестовых заданий входного контроля знаний, выполняемых слушателем, решением кафедры установлены следующие критерии:
- оценка «зачет»: 45 – 100% правильных ответов;
- оценка «не зачет»: менее 45 % правильных ответов.