

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



Никифорова Е.Е.

МОДЕЛИ ОРГАНИЗАЦИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И ИХ РЕАЛИЗАЦИЯ

Пояснительная записка к докладу

Калуга

2020

Содержание

	Стр.
1. Краткое пояснение к документу	2
2. Модели здравоохранения	3
2.1. Модель Бисмарка	3
2.2. Модель Бевериджа	4
2.3. Модель Семашко	6
3. Разновидности систем здравоохранения	8
3.1. Японская модель здравоохранения	8
3.2. Американская модель здравоохранения	9
3.3. Французская модель здравоохранения	10
3.4. Итальянская модель здравоохранения	11
3.5. Канадская модель здравоохранения	12
4. Заключение	13

Краткое пояснение к документу

Данная работа является дополнением к презентации на тему: «Модели организации здравоохранения и их реализация» Здесь рассмотрены такие аспекты как, базовые модели здравоохранения (стр. 3-8), которые включают в себя модель Бисмарка (стр. 3-4), модель Бевериджа (стр. 4-6) и модель Семашко (стр.6-8). А также разновидности систем организации здравоохранения в каждом государстве (стр.8-12), а именно, японская модель здравоохранения (стр.8-9), американская модель (стр.9-10), французская модель (стр.10-11), итальянская модель (стр.11-12) и канадская модель организации здравоохранения (стр. 12). Был проведен их краткий анализ и рассмотрены основные преимущества и недостатки каждой модели.

Слайд 1. Титул. Модели организации здравоохранения и их реализация

Слайд 2. Определения "Здравоохранения" и "Систем здравоохранения"

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

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

По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), для хорошо функционирующей системы здравоохранения необходим механизм финансирования, хорошо обученная и адекватно оплачиваемая рабочая сила, надежная информация, на которой можно основывать решения и политику, а также ухоженные медицинские учреждения для доставки качественных лекарств и технологии.

Слайд 3. Модели здравоохранения

Система здравоохранения в каждой стране - это продукт ее экономического устройства, демографических, географических, исторических особенностей и целей, которые ставит перед собой общество; многие из этих систем в настоящее время переживают масштабные реформы.

Экспертами (ВОЗ) предложена классификация, по которой различается три первичных типа систем здравоохранения:

- Бисмарка (немецкая),
- Бевериджа (английская),
- Семашко (советская).

Сегодня системы здравоохранения развитых стран строго не укладываются ни в одну из этих моделей. Реформы эволюционируют, заимствуя друг у друга идеи и отдельные элементы. Современные системы здравоохранения стали, по сути, настолько гибридными, что, порой, трудно сказать, какая модель взята за основу.

Слайд 4. Модель Бисмарка

Первой в истории систем здравоохранения зародилась немецкая модель, созданная канцлером Германской империи Отто фон Бисмарком в 1881 году, который поставил задачу создать «государство всеобщего благосостояния». Она служила укреплению здоровья широких народных масс, которых рассматривали как потенциальных военнослужащих.

Модель Бисмарка предусматривает всеобщее страхование и отсутствие прибыли у страховых компаний. В странах, где эта модель применяется, врачи и больницы в основном частные.

Слайд 5. ОМС по Бисмарку

Система обязательного медицинского страхования (ОМС) действует через некоммерческие страховые организации – больничные кассы. Это независимые организации, структура которых определены на законодательном уровне. Ежемесячно население и работодатели платят взносы в больничные кассы. Государство в данной системе выступает в роли регулятора деятельности. В случае наступления болезни из кассы оплачиваются лечение и необходимые лекарства. Одним из достоинств ОМС в Германии является принцип децентрализации (перераспределение власти).

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

Слайд 6. Преимущества и недостатки системы Бисмарка

Недостатки:

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

Преимущества:

- Децентрализованное финансирование
- Конкуренция
- Широкий выбор для пациентов

Слайд 7. Модель Бевериджа

Модель Бевериджа названа в честь Уильяма Бевериджа – английского экономиста и государственного деятеля, разработавшего план социального обеспечения и создавшего национальную службу здравоохранения Великобритании. Он написал и выдвинул доклад «О социальном страховании и смежных услугах».

Слайд 8. Функции страховщика

В данной государственной системе функции страховщика возложены на государственный орган, подчиненный соответствующему министерству и выполняющий его указания. В Великобритании это Департамент труда и пенсий.

Основная функция системы состоит только в выплате пособий, предусмотренных законодательством:

- пособие по временной нетрудоспособности;
- пособие (пенсия) по инвалидности для пострадавших от производственных травм.

Размер пенсии зависит от степени нетрудоспособности. Размер такой пенсии не зависит от величины заработка.

В соответствии с этой моделью услуги здравоохранения оплачиваются государством из налоговых поступлений. Хотя отчет нашёл широкую поддержку в обществе, он подвергся критике за установление скудной системы доходов и за укрепление экономической зависимости жены от мужа, так как в супружеской паре получал обеспечение лишь мужчина.

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

Слайд 9. Особенности модели Бевериджа

Основные особенности модели Бевериджа:

- 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).
- государство распространяет трансфертные выплаты (пенсии, пособия, стипендии) в сфере здравоохранения на людей, которые не могут обеспечить себя медицинской помощью;
- государство является главным покупателем и поставщиком медицинской помощи, обеспечивая удовлетворение большей части общественной потребности в услугах здравоохранения.
- оплата труда медицинского работника зависит от объема оказанных медицинских услуг и квалификации врача и медперсонала;
- характеризуется существенным ограничением рыночных отношений между врачом и пациентом; рынку в сфере здравоохранения отведена второстепенная роль, как правило, под контролем государства.
- пациенты ограничены в выборе вариантов медицинского обслуживания.

Слайд 10. Преимущества и недостатки модели Бевериджа

Существенным недостатком бюджетного финансирования здравоохранения является склонность к монополизму, игнорирование прав пациентов, как правило, отсутствие возможности выбора врача, лечебного учреждения.

В монополистической структуре неизбежно снижение качества медицинских услуг из-за диктата их представителя (производителя, продавца) и отсутствие возможности осуществления контроля за деятельностью медицинских учреждений со стороны пользователей, потребителей медицинских услуг.

Достоинства:

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

Недостатки:

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

Слайд 11. Модель Симашко

Модель Семашко – характеризуется финансированием отрасли из государственного бюджета при строгом централизованном управлении и контроле со стороны государства. Названа в честь Николая Александровича Семашко – одного из организаторов системы здравоохранения в СССР, первого советского наркома здравоохранения. Модель основана на замене рыночной организации здравоохранения на государственно-административную систему. Панацеей от всех болезней считалось увеличение количества врачей, медсестер и больничных коек.

Слайд 12. Наркомат здравоохранения

Для централизованного управления здравоохранением в масштабе всей страны впервые в мире была создана специальная организация – Наркомат здравоохранения, в ведение которого перешли все ведомственные, земские и страховые медицинские учреждения. Частная медицина была в конечном счете ликвидирована, хотя сохранялись государственные платные поликлиники. Была выстроена стройная

система медицинских учреждений, которая позволила обеспечить единые принципы организации здравоохранения для всего населения, от далеких аулов до столичных городов: фельдшерско-акушерский пункт (ФАП) - участковая поликлиника - районная больница - областная больница - специализированные институты. Доступность здравоохранения обеспечивалась тем, что медицинское обслуживание было бесплатным, все граждане прикреплялись к участковым поликлиникам по месту жительства и в зависимости от сложности заболевания могли направляться на лечение все выше и выше по ступеням пирамиды здравоохранения.

Слайд 13. Право на бесплатную помощь

Статья 42. Граждане СССР имеют право на охрану здоровья.

Это право обеспечивается бесплатной квалифицированной медицинской помощью, оказываемой государственными учреждениями здравоохранения; расширением сети учреждений для лечения и укрепления здоровья граждан; развитием и совершенствованием техники безопасности и производственной санитарии; проведением широких профилактических мероприятий; мерами по оздоровлению окружающей среды; особой заботой о здоровье подрастающего поколения, включая запрещение детского труда, не связанного с обучением и трудовым воспитанием; развертыванием научных исследований, направленных на предупреждение и снижение заболеваемости, на обеспечение долголетней активной жизни граждан.

Декларированное в Конституции право на бесплатную медицинскую помощь подчеркивало прогрессивность социалистической системы. Однако внешнеполитическая и экономическая изоляция Советского Союза имела следствием во многом изолированное развитие, в том числе, и медицинской науки. Вложение, в первую очередь, в массовую медицину, приводило к недофинансированию медицинской науки. Система была очень чувствительна к ошибкам в планировании, что привело к кризису советской модели.

Слайд 14. Основные особенности модели Семашко

Основные особенности модели Семашко:

- централизованный механизм формирования бюджета отрасли, организация материально-технического и медикаментозного обеспечения на основе госзаказа и поставок по фиксированным ценам.
- формирование и развитие лечебной сети в соответствии с государственными нормативами по штату медперсонала, ресурсам, заработной плате и т.д.
- финансирование медицинского обслуживания происходит исключительно из госбюджета, что не зависит от поступлений из регионов; то есть, существует система единого заказчика медицинской помощи в лице государства.
- взаимодействие врачей и пациентов регламентировано и подчинено принципам планово-распределительной организации хозяйства.

- включает государственный (Министерство здравоохранения), территориальные (в СССР – республиканские) Министерства здравоохранения и местные органы управления здравоохранением.

Слайд 15. Преимущества и недостатки

Преимущества системы Семашко:

- обеспечение всех слоев населения всеми или основными видами медицинской помощи;
- высокий коэффициент деятельности системы здравоохранения к затраченным средствам;
- эффективна при чрезвычайных ситуациях;
- хорошая управляемость;
- облегчает разработку и выделение приоритетов;
- не требует отдельной независимой структуры заказчика, отвечающей за сбор средств и представляет интересы населения в каждом регионе.

Но у данной системы имелись и свои недостатки. Например, стройность системы оборачивалась жесткостью: пациенты были прикреплены к определенному врачу, к определенной больнице. Пациенты не могли выбрать врача и медицинское учреждение, что делало невозможной конкуренцию между ними. Это, в свою очередь, порождало застой и невнимание к нуждам пациентов. Кроме того, заданность вызывала раздражение. Другие недостатки советской системы здравоохранения нельзя рассматривать отдельно от экономики в целом, как например, недофинансирование медицины, фармацевтической промышленности, исследований в медицине и фармакологии и развитии методов лечения.

Слайд 16. Разновидности систем здравоохранения

На земном шаре существует около 200 государств, каждое из которых принимает за основу одну из трех моделей здравоохранения и дорабатывает ее под местные условия, для реализации трех основных функций, возложенных на здравоохранение: охрана здоровья населения, лечения больных и защита от финансового краха из-за дороговизны медицинского обслуживания.

Но для того, чтобы представить общую картину, вовсе не обязательно изучать все 200 систем. Ведь каждая из них будет строиться на фундаменте одной из 3 рассмотренных систем, дополняя и изменяя их.

17 слайд. Японская модель

Японская модель построена по территориальному принципу и охватывает мелких собственников, членов их семей, инвалидов и безработных. Услуги, предоставляемые

этому контингенту пациентов, на 70-90% оплачивает государство. Медикаменты, услуги частной медсестры (сиделки), пребывание в отдельной палате оплачивает пациент. Стоимость лечения строго контролируют врачи-консультанты, органы соцобеспечения и Минздрав. Предприятия, государство и сами застрахованные формируют три потока страховых средств. Пособие по временной нетрудоспособности выплачивается с 4-го дня заболевания в сумме 60% от заработка.

Слайд 18. Две системы медицинского страхования

В стране действуют системы национального медицинского страхования (распространяется на работающих не по найму) и социального страхования (для работающих по найму). Лица и учреждения, предоставляющие услуги здравоохранения, получают плату за эти услуги.

При этом в Японии существует частная система страхования и свобода выбора среди конкурентных поставщиков медицинского обслуживания.

Слайд 19. Американская модель

Американская модель (рыночная модель, система частного страхования) – для нее характерно предоставление медицинской помощи преимущественно на платной основе, за счет самого потребителя медицинских услуг, отсутствие единой системы государственного медицинского страхования. Основывается на принципе: «Охрана здоровья – прежде всего персональное дело каждого».

Слайд 20. Особенности рыночной модели

Главным инструментом удовлетворения потребностей в медицинских услугах является платный рынок медицинских услуг. Эта модель опирается на широкое использование рыночных отношений – оплату по рыночным ценам производит сам потребитель медицинской услуги. Он сам (основываясь на мнении врача и личных финансовых возможностях) определяет объем потребляемой медицинской помощи. В данной ситуации каждый платит сам за себя. Ту часть потребностей, которая не удовлетворяется рынком, берет на себя государство путем разработки и финансирования общественных программ медицинской помощи. Вследствие этого масштабы государственного сектора малы.

Слайд 21. Преимущества и недостатки

Это приводит к высокой экономической эффективности подобной модели, способствует научно-техническому прогрессу для увеличения прибыли в конкурентной борьбе. Но в связи с различными финансовыми возможностями населения становятся различными и объемы получаемых отдельными пациентами медицинских услуг. В итоге часть населения оказывается фактически лишенной медицинской помощи, что ведет к негативным последствиям. В экономически невыгодном положении оказываются люди, более подверженные болезням, имеющие

тяжелые хронические заболевания, инвалиды. Ту часть потребностей, которая не удовлетворяется рынком, берет на себя государство путем разработки и финансирования общественных программ медицинской помощи. Вследствие этого масштабы государственного сектора малы.

Слайд 22. Наиболее яркий представитель - США

Наиболее ярко она представлена здравоохранением США, где основа организации здравоохранения – частный рынок медицинских услуг, дополняемый государственными программами медицинского обслуживания бедных «Medicaid» и пенсионеров «Medicare». В США до сих пор нет системы обязательного медицинского страхования. По меткому выражению известного сатирика М. Жванецкого: «Жить в Америке хорошо, а вот болеть – очень дорого».

Слайд 23. Французская модель

Во Франции базовый уровень всеобщего обязательного медицинского страхования обеспечивается через систему страховых фондов, в основном привязанных к месту работы. Формально эти фонды являются частными компаниями, но на деле они жестко регулируются и контролируются государством. Уровни страховых взносов (финансируемых прежде всего за счет налога на зарплату), выплат и компенсаций провайдерам медицинских услуг определяются правительством. В этом смысле французские фонды напоминают коммунальные предприятия у нас в стране.

Слайд 24. Всеобщая национальная система медицинского страхования

Крупнейший из таких фондов – он называется «Всеобщая национальная система медицинского страхования» – обеспечивает страховками до 83% населения страны, т.е. большинство работников за пределами аграрного сектора и членов их семей. Отдельные страховые схемы охватывают сельскохозяйственных работников, лиц, занимающихся индивидуальной трудовой деятельностью, и представителей некоторых «особых» профессий – шахтеров, транспортных рабочих, деятелей искусства, священников и государственных нотариусов. Еще один фонд специализируется на страховании безработных. Эти крупные страховые структуры по региональному принципу подразделяются на фонды меньшего масштаба. В целом, общенациональная система медицинского страхования охватывает около 99% граждан Франции. Таким образом, большинство работающих французов фактически платит за медицинское страхование 18,8% дохода

Слайд 25. Покрытие страховых фондов

Как правило во Франции пациент сам вносит плату за лечение, а затем получает компенсацию от государственного фонда и/или частного страховщика.

В целом, страховые фонды обеспечивают покрытие стационарного и амбулаторного лечения, услуг врачей общей практики и специалистов, диагностические

обследования, лекарства, отпускаемые по рецептам, и помощь на дому. В большинстве случаев услуги, на которые распространяется страховое покрытие, конкретно перечисляются в нормативных актах. Тем не менее, наличие некоторых «косвенных» льгот порой приводит к конфликтам по вопросу о том, какие услуги полностью страхуются, а какие – частично.

Слайд 26. Достоинства французской модели

Достоинства:

- высокий материально – технический уровень оснащения,
- широкий выбор, высокий уровень оказания услуг,
- высокий уровень оплаты труда,
- материальная заинтересованность персонала,
- отсутствие очередей в ЛПУ,
- возможность выбора страховой компании и ЛПУ,
- внешняя бесплатность для широкого населения, базисный объем помощи,
- большое внимание контролю,
- центральное и регионарное планирование здравоохранения.

Слайд 27. Недостатки французской модели

Недостатки:

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

Слайд 28. Итальянская модель

В 1978 году с целью упорядочения подходов к оказанию медицинской помощи различным социальным группам людей вне зависимости от региона проживания была создана Итальянская национальная служба здравоохранения (ИНСЗ). Главный принцип ее функционирования: здоровье – фундаментальное право каждого гражданина и государственный интерес.

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

Слайд 29. Система здравоохранения Италии

В 1998 году в системе здравоохранения Италии были проведены новые реформы. В ходе реализации реформ система здравоохранения Италии была децентрализована и разделена на три уровня: национальный, региональный, локальный. Национальный уровень представлен Министерством здравоохранения, которое осуществляет

организацию охраны здоровья в стране и выполнение глобальных целей – соблюдение прав граждан на доступ к медицинской помощи и ее унификацию. До 2004 года Министерство здравоохранения распределяло финансы Национального фонда здоровья, вместо которого создан Фонд выплаты компенсаций бедным регионам.

Министерство здравоохранения контролирует также фармацевтический рынок, исследования в области медицины, национальные профилактические программы (информирование, вакцинация), ветеринарную медицину.

На региональном уровне власти контролируют деятельность учреждений здравоохранения, оценивают эффективность и качество услуг, предоставляемых государственными и частными организациями здравоохранения, распределяют ресурсы по больницам.

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

Слайд 30. Итальянская больница

По итальянским стандартам, больница – это учреждение здравоохранения, предоставляющее комплексное интенсивное лечение в острой стадии заболевания. Комплекс больничных услуг включает срочную госпитализацию по направлению врача, курирующего срочные случаи; плановую госпитализацию и услуги узких специалистов по направлению врача общей практики или педиатра; дневной стационар, который назначается врачом больницы. Большинство больниц финансируется местными медицинскими объединениями, за исключением крупных больничных комплексов, которые сохраняют финансовую автономию.

Слайд 31. Канадская модель

В медицинском страховании Канады доминирует система сберегательных счетов медицинского страхования, что позволяет снизить расходы как работодателя, так и работника в среднем на 20%. Сберегательные счета формируются из отчислений работодателей и принадлежат работнику, неизрасходованные на лечение средства накапливаются на его счете. Работники инвестируют эти средства, а проценты используют для оплаты более дорогих услуг. Однако в этой системе есть изъян: если пациенту понадобится очень дорогостоящее лечение, для его оплаты накопительного счета просто не хватит. В то же время государство осуществляет дополнительные страховые платежи – от полного до частичного покрытия в зависимости от возраста и состояния здоровья пациента. Эта модель страхования считается экономной, так как заинтересованное участие пациента устраняет излишние затраты.

Слайд 32. Заключение

Были рассмотрены следующие модели организации здравоохранения:

- Модель Бисмарка – финансирование здравоохранения за счет внебюджетных фондов ОМС, которые формируются за счет страховых взносов работодателей и работников
- Модель Бевериджа – финансирование здравоохранения из госбюджета за счет налогообложения. Государство – это главный покупатель медицинской помощи, тем самым оно ограничивает рыночные отношения между врачом и пациентом. Таким образом медицинская помощь для населения бесплатна.
- Модель Симашко – финансирование здравоохранения из госбюджета. Был создан Наркомат здравоохранения, который объединил все медицинские учреждения, тем самым ликвидировав частную медицину. Право на бесплатную помощь было закреплено в Конституции

Слайд 33. Заключение

Таким образом, мы рассмотрели три основные модели организации здравоохранения и то, как устроена система здравоохранения в отдельно взятых странах. Из всего выше сказанного можно сделать вывод, что ни одно из государств не использует какую-то конкретную из этих систем, а берет ее лишь за основу, получая новую модель организации здравоохранения. Этот процесс можно сравнить со строительством дома: каждое государство выстраивает фундамент на основе одной из трех моделей, но вот только кирпичики для своего дома каждое государство берет исходя из внутреннего устройства, экономики и собственных целей. Тем самым получается множество выстроенных домов, и если смотреть на них снизу, то они покажутся одинаковыми, но стоит только поднять взгляд выше и станет понятно, что это здание уникально и не похоже на рядом стоящее, как и модели здравоохранения не похожи друг на друга.

Слайд 34. Благодарю за внимание! Всего доброго!

Литература:

1. Зарубежный опыт финансирования здравоохранения: Германия, США, Великобритания / А. М. Кузнецова // Аудит и финансовый анализ. – 2015. – № 05. – С. 209-213.
2. Килимиченко О.П. Практика социального страхования в Германии // Вестник государственного социального страхования. 2001. № 2. С. 55.
3. Конституция СССР 1977. Статья 42.
4. Википедия – свободная энциклопедия. Отчет Бевериджа. [Электронный ресурс] – Режим доступа: https://ru.wikipedia.org/wiki/Отчёт_Бевериджа , свободный. Загл. с тит. экрана (дата обращения 30.05.2020)
5. Клинский институт охраны и условий труда. Международный опыт: основные модели социального страхования от профессиональных рисков в ведущих странах Европы. [Электронный ресурс] – Режим доступа: <http://www.kiout.ru/info/publish/3803> , свободный. Загл. с тит. экрана (дата обращения 30.05.2020)
6. Лекции.Орг. – публикации материала для обучения. Модели систем здравоохранения в мире. Характеристика. Преимущества и недостатки. Монопольно-бюджетная государственная система (Семашко). [Электронный ресурс] – Режим доступа: <https://lektsii.org/15-36811.html> , свободный. Загл. с тит. экрана (дата обращения 30.05.2020)
7. Островок здоровья, записная книжка врача акушера-гинеколога Маркун Т.А., Среднее профессиональное медицинское образование [Электронный ресурс] – Режим доступа: http://bono-esse.ru/blizzard/RPP/M/m_02.html , свободный. Загл. с тит. экрана (дата обращения 30.05.2020)
8. ПОЛИТ.РУ – информационно-аналитический портал. Сравнительный анализ систем здравоохранения в разных странах.. [Электронный ресурс] – Режим доступа: <https://polit.ru/article/2010/05/31/healthcare/>, свободный. Загл. с тит. экрана (дата обращения 30.05.2020)
9. Студопедия. Государственные системы здравоохранения. [Электронный ресурс] – Режим доступа: https://studopedia.ru/19_311686_gosudarstvennie-sistemi-zdravoohraneniya.html , свободный. Загл. с тит. экрана (дата обращения 30.05.2020)
10. Студопедия. Особенности систем здравоохранения разных стран мира. [Электронный ресурс] – Режим доступа: https://studopedia.ru/13_50421_osobennosti-sistem-zdravoohraneniya-raznih-stran-mira.html , свободный. Загл. с тит. экрана (дата обращения 30.05.2020)

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

Никифорова Екатерина Евгеньевна, студент группы Мс-034,
Калужского базового медицинского колледжа, специальность
34.02.01 Сестринское дело

МОДЕЛИ ОРГАНИЗАЦИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И ИХ РЕАЛИЗАЦИЯ

Пояснительная записка к докладу

Под редакцией Т.А. Маркун, преподаватель

г. Калуга
30.5.2020