

# Японская система здравоохранения



Отдел маркетинга и инноваций

Школа качества и управления  
Занятие 9

Чебоксары 2013

## Система здравоохранения в Японии

— одна из самых развитых в мире.

Ориентация на профилактику и реабилитацию позволила существенно снизить расходы на здравоохранение и повысить его качество.

Система здравоохранения основана на полном охвате всего населения медицинским страхованием, обеспечиваемым государством и работодателями частного сектора

В настоящее время расходы на здравоохранение в Японии составляют 8,1% ВВП. На этом фоне показатели медицинского обслуживания намного лучше, чем в США, затрачивающих на эти цели почти в 2 раза больше. Страна добилась этого путём запрета на прибыль страховых компаний, а также введением ограничений на оплату врачей, допускающих серьёзные дефекты в обслуживании пациентов.

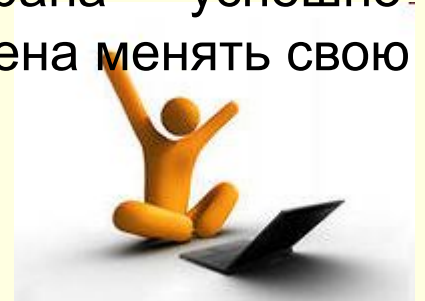
Нельзя исключить того обстоятельства, что различия в объемах расходов на здравоохранение в Соединенных Штатах Америки и Японии совершенно очевидно обусловлены как более низким уровнем заболеваемости в Стране Восходящего Солнца, так и менее «агрессивными» методами лечения.

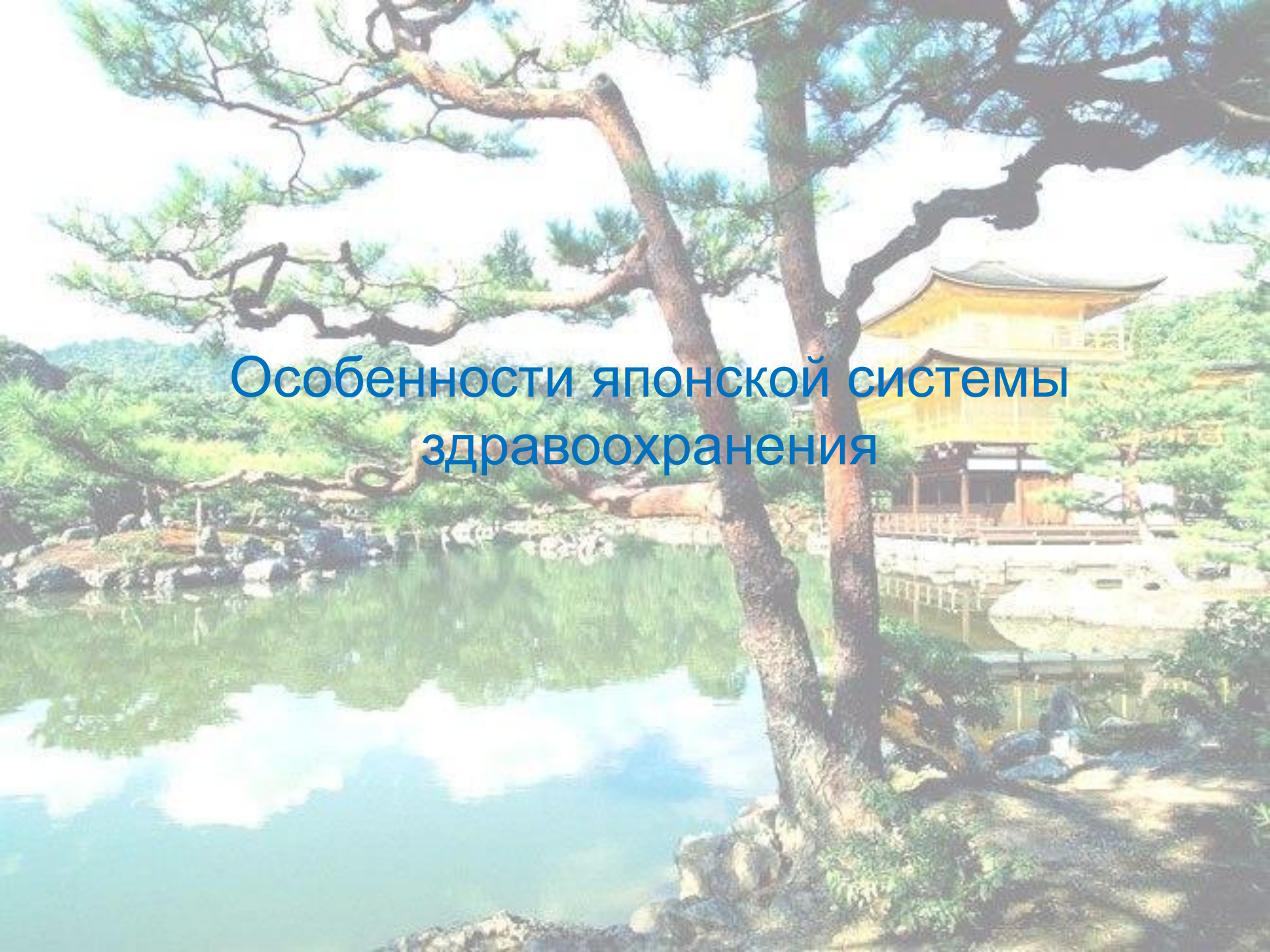


**Личные расходы населения на здравоохранение** составляют около 12% общего объема расходов на эти цели в стране.

---

В расходной части семейного бюджета граждан доля медицинской страховки невелика. **Для семьи из четырех человек при одном работающем она составляет около 4%.** Лишь небольшое число граждан, подпадающих под действие законов о помощи бедным, о борьбе с туберкулезом и лицам старше 70 лет, пользуются правом на бесплатную или льготную медицинскую помощь. К середине 1980-х годов государство начало испытывать некоторые трудности с выделением средств в бюджете на систему медицинского страхования. **Основная причина возникавших проблем - рост общих расходов на медицину в связи с увеличением доли пожилого населения страны.** Однако страна успешно преодолевает возникающие трудности и не намерена менять свою политику в данной сфере.





Особенности японской системы  
здравоохранения

В Японии действуют две основные системы медицинского страхования, которыми охвачено подавляющее большинство населения.

**Первая** - национальная система страхования здоровья, - охватывает в основном мелких собственников и членов их семей, инвалидов и других неработающих лиц.

**Вторая** - система страхования лиц наемного труда охватывает всех наемных работников и их иждивенцев и является крупнейшей в Японии. Никаких ограничений по выбору врача и больницы страхование не предусматривает. **По большинству медицинских услуг предусмотрено доленое участие пациентов в рамках от 10 до 30%.**

При этом, установлен верхний предел платежей, составляющий 677 долларов в месяц на семью среднего достатка.

**Среднестатистическая японская семья оплачивает медицинские услуги в размере 2300 долларов в год из личных средств.** Для некоторых слоев населения, например, для крестьян, рыбаков и государственных служащих, существуют специальные программы медицинского обслуживания довольно ограниченные по масштабу. Безработные остаются участниками страховых схем по прежнему месту работы, хотя взносы выплачивать не обязаны.

В стране насчитывается около 140 тыс. лечебных заведений, в т. ч. 80 тыс. поликлиник (некоторые с небольшими стационарными отделениями), 10 тыс. больниц, 850 медицинских центров, управляемых правительством префектур, **50 стоматологических клиник.**

Информация о численности медицинских учреждений в Японии варьирует по данным разных источников. Это объясняется тем, что в официальной статистике кабинеты частных врачей также именуется поликлиниками, а именно они и составляют преобладающее число поликлиник.



Больница в Японии обеспечивает как амбулаторное, так и стационарное обслуживание. По данным мировой статистики ВОЗ 2010 г., **Япония занимает первое место в мире по обеспеченности населения койками – 140 на 10000**, но при этом она имеет более чем в два раза меньше коек в блоках интенсивной терапии и кардиологических отделениях, чем в США и Европе. Второе место занимает КНДР – 132 и третье – Республика Беларусь -112. В России этот показатель равен 97 койкам, в США — 47, в ФРГ— 103 коек на 10000 населения. В Японии число койко-дней в год на душу населения является самым высоким в мире —4,0 (в США — 1,2, в ФРГ — 3,3). Средняя продолжительность пребывания больного в стационаре также самая высокая в мире и равна 19 дням (в США — 9,1, в ФРГ — 16,1).



Подавляющее большинство больниц и клиник в Японии находится в частных руках, однако из-за того, что все тарифы на оплату их услуг устанавливаются властями, для пациентов никакой разницы между частной и государственной медициной не существует.

Японские больницы испытывают трудности с госпитализацией больных, нуждающихся в экстренной помощи или находящихся в серьёзном состоянии, в связи с огромным потоком пациентов, нуждающихся в более тривиальном лечении. **Нет полноценной комплектации больниц персоналом круглые сутки, как это принято в крупных госпиталях США.** Компенсация больницам и клиникам производится по принципу сдельной оплаты (гонорар за каждую оказанную услугу). Тарифы одинаковы для лечения в стационарах и амбулаториях. Пребывание в стационаре обходится дорого. Страховое возмещение составляет 70%.

Поскольку правительство навязывает больницам единообразные схемы компенсации за услуги, **ценовой конкуренции в стране не существует.**

Вместо этого больницы пытаются привлечь пациентов, закупая самое современное оборудование. Подобная ситуация, естественно, выгодна пациентам, **но одновременно она порождает очереди желающих пройти лечение в наиболее оснащенных больницах и «черный рынок» с платежами врачам «из рук в руки».** После трудных переговоров с медицинскими работниками, проводящихся каждые два года, правительство устанавливает цену на лечение и лекарства – и строго пресекает всякие попытки подтасовок. В результате большинство японских врачей зарабатывают гораздо меньше своих американских коллег.

Административные расходы в четыре раза меньше, чем аналогичные расходы в США, что частично связано с тем, что страховые компании не устанавливают цены на лечение или отклоняют заявки.

По закону, они не могут получать прибыль или рекламировать услуги для привлечения доходных клиентов с низким уровнем риска.

За последние годы в сфере здравоохранения были введены некоторые дополнительные ограничения: в частности, установлен «потолок» на количество диагностических процедур, которые больница может осуществить в течение календарного месяца; расценки за эти услуги также урезаны.

В Японии, так же как во многих странах Европы, амбулаторную помощь оказывают врачи-терапевты и семейные врачи.

Они способны правильно диагностировать простыми опросами по соответствующим методикам до 70-80% заболеваний у пациентов, которых регулярно осматривают. Они также практически безошибочно направляют пациентов к профильным специалистам для постановки уверенного диагноза. Именно это позволяет в значительной мере разгрузить врачей базовых поликлиник и больниц в районе.

За прошедшие годы в стране сформировались три общественные организации семейных врачей. Это Японская академия семейной медицины - около 2100 членов, Японское общество общей медицины - 4600 членов и Японское медицинское общество первичной помощи - 1000 членов. В начале 2010 года руководители этих организаций объявили о предстоящем слиянии в единую структуру - Федерацию обществ первичной помощи (Federation of Primary-Care Societies).

В стране установлен строгий отбор и сложные экзамены для выпускников медицинских вузов, чтобы обрести право работать семейным доктором. Молодые врачи должны иметь трехгодичный стаж практической работы в широком спектре медицинских специальностей, включая терапию, педиатрию, экстренную медицинскую помощь, хирургию, психиатрию. Одновременно они обязаны пройти двухгодичный специальный подготовительный курс.



По сложившейся традиции каждый японец посещает врача в среднем 15 раз в год — это один из самых высоких показателей в мире. Пожилые пациенты при посещении поликлиник в случае обострения одного заболевания стремятся посетить и других специалистов, даже если в этом нет необходимости, тем более что каждый прием у врача оплачивается по страховке.

В соответствии с принятыми нормативами, врач тратит на прием одного больного 6 мин в амбулаторных и 4 мин в больничных условиях (в США на консультацию больного у врача полагается 20 мин). В результате перегружается персонал поликлиник, ухудшается качество медицинского обслуживания, неоправданно растут медицинские расходы.

В обиход вошла фраза, красноречиво характеризующая обстановку на приеме у врача: "Три часа ожидания, три минуты на прием". Результатом, естественно, становятся до отказа заполненные приемные в клиниках и больницах.

Национальное правительство и местные органы власти придают большое значение профилактике. Жители Японии после сорока лет могут записаться на бесплатное комплексное обследование. Доктора проверяют зрение и состояние зубов, а также проведут исследование на предмет наличия онкологических заболеваний. Женщины могут пройти бесплатное гинекологическое обследование. Правительство требует, чтобы компании оплачивали ежегодные медосмотры своих сотрудников. Дети охвачены постоянными профилактическими осмотрами

По данным Министерства здравоохранения, охраны труда и социального обеспечения, которое каждые два года публикует отчёты, количество врачей в Японии на конец 2008 года составляло 286699 человек. Это на 3,2% больше по сравнению с аналогичными данными 2006 года. Обеспеченность медицинским персоналом в Японии значительно ниже, чем в Европе и США, что в какой-то мере связано с низкой оплатой труда. Обеспеченность врачами в стране, по данным ВОЗ в 2010, г составляла 21 на 10000 населения (самые высокие показатели у Кубы -64, Греции-54, и Белоруссии-49, России-42 врача на 10000). Количество врачей в стране пока ниже потребности, но к 2030 г. постепенно планируется увеличить этот показатель до 33 на 10000.



**Заработная плата персонала**, оплата больничных услуг, цены на лекарства, медицинские процедуры, оборудование и товары определяются Центральным Советом по социальному и медицинскому обслуживанию при Министерстве здравоохранения, труда и социального обеспечения.

Совет установил цены на столь низких уровнях, что стоимость японского здравоохранения растёт медленнее, чем потребительские цены в целом. При этом, когда спрос на медицинские услуги в стране повышается, правительство сокращает расходы путём урезания компенсаций. **Строгий контроль за ценами и зарплатами в системе здравоохранения Японии в известной мере сокращает приток врачей и использование услуг, для которых требуется дорогое оборудование.** Однако вместе с тем это хорошее средство для того, чтобы оградить медицину от «проходимцев» превращающих её в бизнес и сохранить профессиональную чистоту медицинских кадров.

В Японии врачи, работающие в больницах, это служащие, получающие зарплату.

Часть медиков трудятся в частном секторе, но размер их гонораров устанавливает государство. Как правило, он определяется на основе гонорара за конкретные услуги, однако в последнее время оплата за помощь пациентам с некоторыми хроническими заболеваниями «пакетируется» в одну общую сумму. По данным Министерства здравоохранения, **в Японии средняя зарплата врача в больнице составляет около 150 тыс. \$ в год.** Подобная система оплаты отражает как особенности японской медицины, так и попытки сдержать рост расходов на здравоохранение. К примеру, из-за культурно-обусловленного неприятия японцами инвазивных процедур услуги хирургов, как правило, оплачиваются по куда более низким ставкам, чем лечение без оперативного вмешательства.

В Японии при университетах работают 80 медицинских школ с 6-летним обучением, в которых готовят врачей. Ежегодный приём составляет около 8 тысяч студентов. Соотношение студентов и студенток колеблется от 3:1 до 20:1, что говорит о реальной дискриминации женщин при обучении в медицинских вузах страны. Плата за обучение в медицинских вузах в 2,5 раза выше, чем в технических, и в 3,5 раза выше чем в гуманитарных. Новая система обучения дала молодым специалистам возможность выбирать больницы, в которых они хотят получить профессиональную подготовку. В результате молодые специалисты сконцентрировались в больших городах. Столкнувшись с недостатком рабочей силы, университеты отзывают врачей, которых ранее направили в местные больницы. Медицинские эксперты говорят, что возможно, необходимо пересмотреть карьерную стратегию и направлять врачей на работу в провинции на строго определенный период времени.

. К теневым сторонам медицинской помощи в Японии относится профессиональная перегруженность врачей во время приема и консультаций. Ввиду отсутствия в стране системы предварительной записи, в ожидании консультации врача больные в амбулаториях нередко тратят несколько часов. К недостаткам японской системы медицинского страхования можно отнести большое число пациентов, что вызвано фиксированной ценой на медицинские услуги, т. е. врачи стремятся увеличить свои доходы за счет увеличения числа пациентов.

Другой отрицательной чертой является стремление врачей оказывать в первую очередь те услуги, которые наиболее дороги. В частности, это относится к лабораторным исследованиям и выписке лекарств. При этом выписываются в первую очередь новые, запатентованные лекарства, цены на которые правительство ограничить не может.

. Еще одной и, видимо, **основной негативной чертой японской системы, является проблема качества медицинской помощи.** Поскольку все врачи оплачиваются одинаково, то они не имеют никаких стимулов для повышения своей квалификации и оказания качественной помощи. Никаких программ обеспечения качества в Японии не существует. В результате пациенты предпочитают обращаться в специализированные и университетские клиники, полагая, что качество лечения там выше. Это ведет к возникновению очередей на прием в амбулаторных отделениях и на госпитализацию и является основой для "черного рынка".





СПАСИБО ЗА  
ВНИМАНИЕ =)

