

Система здравоохранения в Южной Корее



Выполнили: ст.гр.5-005 ОЗ
М.Ж.Садвокасова
А.М.Искакова

Караганда 2018 г.

План:

- Введение
- Возрастная структура населения
- Статистика Южной Кореи за 2017 год
- Источники финансирования
- Основные расходы госбюджета
- Международная торговля
- Международное сотрудничество
- Охват населения и страховые взносы
- Система совместной оплаты
- Программа Медицинской Помощи
- Сильные и слабые стороны системы здравоохранения

Введение:

Южная Корея — это одна из лучших стран по эффективности здравоохранения. В этой системе есть строгий контроль за стандартами и ценами и условия для благоприятного развития медицины. С 1963 года в стране действует Государственная система страхования здоровья. Любой гражданин Кореи или иностранец, длительно проживающий в Кореи, имеют возможность получить полис Государственной корпорации страхования здоровья.

На сегодняшний день Корея считается мировым лидером по количеству клинических испытаний и страной с практически совершенной системой здравоохранения. Счет крупных многопрофильных больниц, где одновременно могут лечиться более 1000 человек, тут идет на десятки, а клиник пластической и эстетической хирургии — на 100.



Население Южной Кореи: **51 439 000** за **2017**
ГОД.

Место страны в мире: **27**

Возрастная структура населения:

- 0 -14 лет: 14, 1% (мужчин 3 603 943 / женщина 3 328 634)
- 15 -24 лет: 13, 5% (мужчин 3 515 271 / женщина 3 113 257)
- 25 -54 лет: 47, 3% (мужчины 11 814 872 / женщина 11 360 962)
- 55 -64 лет: 12, 4% (мужчины 3 012 051 / женщина 3 081 480)
- 65 лет и старше: 12, 3% (мужчины 2 570 433 / женщина 3 639 083)

Статистика Южной Кореи за 2017 год (%)

Рождаемость: 8,6 рождений/1000 населения

Смертность: 5,4 смертей/100 населения

Материнская смертность: 11,0 смертей /100000 живорожденных

Младенческая смертность: 1,5 смертей/1000 родившихся живыми

Ожидаемая продолжительность жизни при рождении: 82,2 лет(женщин), 75,8 лет(мужчин)

ВВП на душу населения: **29 730** (долл. США) в 2017

Уровень бедности: **0,3%**

Уровень образованности : среди населения-**97,97%** мужчины: **99,2 %**
женщины: **96,6 %**

Уровень безработицы: **3,8 (%)**



Источники финансирования

По государственной программе медицинского страхования существует три источника:

- **Первый источник финансирования** — это оплата, вносимая застрахованными лицами. Наёмным работникам необходимо платить 5, 08% от заработной платы. Работник и работодатель оплачивают поровну — по 50% от этой суммы. Взносы застрахованных предпринимателей индивидуальны и зависят от их уровня условного дохода. Условный доход вычисляется на основе количества собственности, дохода, автомобиля, возраста и пола.
- **Второй источник финансирования** — государство. Правительство предоставляет 14% от ежегодного запланированного бюджета программы.
- **Третий источник финансирования** — наценка на табачные изделия. Он составляет 6% от запланированного бюджета программы.



Основные расходы госбюджета:

- образование - **21,1%**
- оборона - **16,8%**
- социальное обеспечение - **10,5%**
- транспорт и связь - **9,0%**
- поддержание общественного порядка - **5,9%**

Статьи расходов госбюджета



Международная торговля

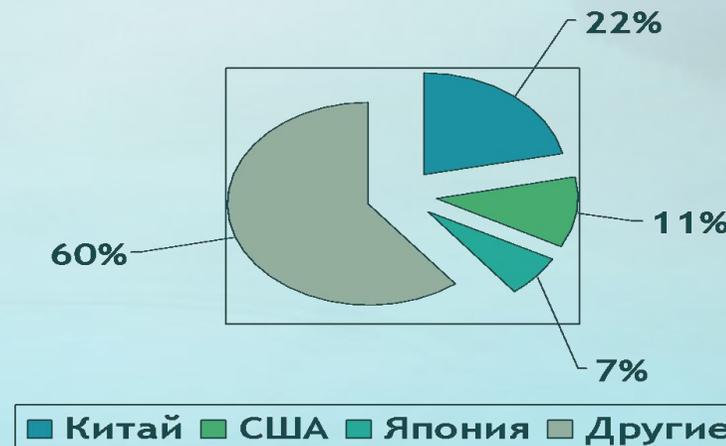
Экспорт - \$355,1 млрд.

Партнёры по экспорту: Китай 21,5 %, США 10,9 %, Япония 6,6 %.

Импорт - \$313,4 млрд.

Партнёры по импорту: Китай 17,7 %, Япония 14 %, США 8,9 %, Саудовская Аравия 7,8 %.

Партнёры по экспорту



Партнёры по импорту



Международное сотрудничество



Суммарные затраты на здравоохранение: 7,4% от ВПП

Плотность врачей: 2, 02 врача / 1 000 населения

Плотность больничных коек: 10, 3 кровати / 1 000 населения

Три направления безопасного здравоохранения



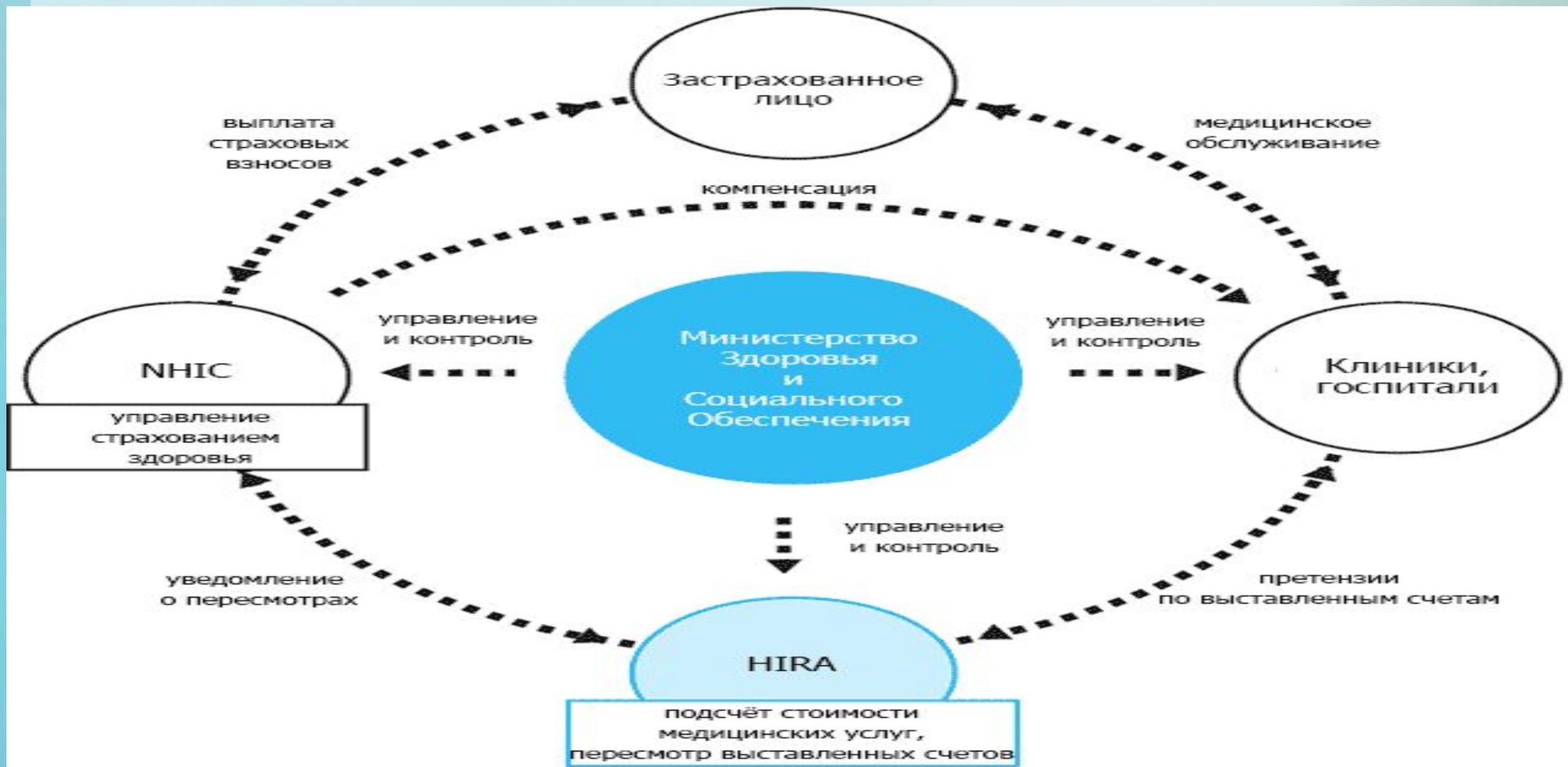
Государственная Программа Медицинского Страхования

История: охват всего населения

Первый закон о медицинском страховании в Южной Корее — Акт о Медицинском Страховании, вступивший в силу в 1963 году. С июля 1977 г. все компании, имеющие более 500 сотрудников, стали обязаны предоставить программу страхования здоровья, а также были созданы отдельные фонды страхования здоровья. В январе 1979 г. требования к предоставлению страхования были расширены до компаний с более чем 300 сотрудниками, государственных служащих и сотрудников частных школ. В январе 1988 г. в эту систему также были включены предприниматели из сельской местности.

1989 г. считается самым важным в истории Государственной Программы Медицинского Страхования Южной Кореи. В июле программа страхования здоровья была расширена для предпринимателей, работающих в городах. 12 лет прошло с момента возникновения Акта о Медицинском Страховании до достижения всеохватывающего медицинского страхования для всех граждан.

Структура и взаимодействие



Охват населения и страховые взносы



Все жители Южной Кореи имеют право на участие в государственной программе страхования здоровья. Застрахованные делятся на две группы: наёмные работники и частные предприниматели.

- Категория наёмных работников включает супругов застрахованных лиц, детей, братьев, сестёр и родителей. Застрахованные наёмные работники платят 5,08% от их средней заработной платы раз в год.
- Категория застрахованных предпринимателей включает людей, исключённых из первой категории. Величина их взноса устанавливается, исходя из их доходов, величины имущества, уровня жизни и уровня участия в экономической деятельности.

Оставшиеся 3,7% обеспечиваются Программой Медицинской Помощи.

Корейцы, проживающие за пределами страны, должны присутствовать в Корее минимум три месяца, прежде чем будут приняты в государственную программу страхования здоровья. Иностранцы, работающие в Южной Корее, обязаны участвовать в программе.

Система совместной оплаты

Классификация	Доля вложений в медицинский уход
Стационарные пациенты	10-20% от общей стоимости лечения
Амбулаторные пациенты	
- специализированные госпитали	Стоимость первичной консультации + 50% стоимости лечения
- многопрофильные госпитали	50% стоимости лечения и первичной консультации
- стационары	40% стоимости лечения и первичной консультации
- поликлиники	30% стоимости лечения
- аптеки	30% стоимости

За счет ОМС и бюджета покрываются:

- профилактика (том числе периодические проф. осмотры и скрининг),
- диагностика,
- лечение и реабилитация при заболеваниях и травмах,
- родовспоможение,
- услуги по длительному уходу,
- медико-санитарное просвещение населения.





Особенность медицины — все медицинские учреждения (даже частные) считаются некоммерческими.

- Доход, полученный от предоставления медицинских услуг, не облагается налогом;

- Цены на большинство видов медицинских услуг устанавливает государство в лице Корпорации страхования здоровья;

- Больницы Кореи не имеют права перераспределять прибыль от медицинской деятельности, прибыль может использоваться только для реинвестирования. То есть, никаких дивидендов акционерам, никаких переводов денег в оффшоры .

- . Прибыль может быть потрачена, например, на закупку или ремонт оборудования, расширение или реконструкцию помещений больницы, на выплату бонусов персоналу больницы по итогам года или прием на работу новых сотрудников.

Программа Медицинской Помощи



Была создана в 1979г для семей с низким достатком после публикации Акта Медицинской Помощи в 1977г. Для этой программы правительство оплачивает все медицинские расходы для пациентов, кто не имеет возможности оплатить медицинские услуги самостоятельно. После 2004г программа медицинской помощи была расширена и стала распространяться на пожилых, трудноизлечимых и хронических больных, а также на детей до 18 лет.



Программа медицинской помощи основана совместно центральным и местным правительствами. MINHWA установило и ежегодно изменяет критерии для попадания под программу. Местная администрация выбирает получателей на основе условий, установленных министерством.

Программа долгосрочного страхования

Эта система социального страхования охватывает 3,8% пожилых корейцев. Под эту программу попадают пожилые люди с серьёзными функциональными ограничениями в повседневной жизни (ADLs). Для примера, лица в возрасте 65 лет или старше или лица младше 65 лет, страдающие от прогрессирующих с возрастом расстройств, таких как болезнь Альцгеймера, болезнь Паркинсона или послеинсультный паралич, могут попасть под эту программу. Если они будут расценены как получатели - они получат медицинское лечение, включая ванну, бельё и уход медсестры.

Программа долгосрочного страхования финансируется платежами застрахованных лиц, государственными субсидиями и совместными платежами лиц, попадающих под программу. Государство финансирует 20%. Пользователи услуги оплачивают от 15% до 20%.



Качества медицинской помощи

В Корее действует обязательная система аккредитации медицинских организаций. Каждые 4 года корейские больницы аккредитуются на соответствие стандартов.



Диагностика в Южной Корее

A group of five medical professionals, three men and two women, all wearing white lab coats and stethoscopes. They are smiling and standing in a row against a light background.

www.ekoreavision.com

 **KOREA VISION**
Лечение и обследование в клиниках Южной Кореи



Сильные и слабые стороны системы здравоохранения

Сильные стороны

- сама модель здравоохранения в стране аналогична американской системе, где 90% учреждений являются частными
- высокая конкуренция на мировом рынке медицинских услуг стимулирует постоянное повышение качества
- широкое использование методов восточной медицины с современными методами лечения
- обязательная государственная и международная аттестация
- неординарный подход в решении кадрового вопроса

Слабые стороны:

- Увеличение доли пожилого населения ведёт к увеличению расходов на лечение хронических дегенеративных болезней



Южная Корея - один из ключевых партнеров Казахстана. К 2025 году перед Южной Кореей стоит задача войти в семерку стран по уровню конкурентоспособности в области науки и техники. Поэтому власти вкладывают миллиардные инвестиции в фундаментальные науки, IT, нанотехнологии, биотехнологии, зеленые технологии, новые виды энергии и материалов. Президент Пак Кын Хе предложила концепцию «креативной экономики», которая основана на инновациях и информационных технологиях. В 2012 году Южная Корея заняла первое место в мире по уровню развития ИКТ. В 2009 году правительство страны разработало план пятилетних работ в области зеленой экономики, первые результаты которого будут оглашены уже в этом году. Поэтому точек соприкосновения у Сеула и Астаны более чем достаточно.

Рекомендации в сфере здравоохранения для Казахстана

1. Эффективно обеспечить объемом бесплатной медицинской помощи
2. Санитарный контроль, то есть контроль за перемещением людей и грузов через Государственную границу, проводимый в целях недопущения завоза на территорию страны инфекционных и паразитарных заболеваний, а также потенциально опасных для здоровья человека веществ и продукции.
3. Доступность качества лекарственных средств
4. Необходимо создать единую систему организации и финансирования, направленную на мобилизацию внутренних ресурсов.
5. Обязательная система медицинских сбережений, ограничение на суммы, которые могут использоваться на покупку медицинских услуг, требования совместное финансирования со стороны граждан, свобода выбора дополнительной медицинской страховки- комбинацию этих факторов создаст благоприятную ситуацию в сфере здравоохранения.

Заключение:

«Есть такая страна Южная Корея, где нет ни кусочка минеральных ресурсов, и вообще она бедна всякими ресурсами, там ничего нет. Но это процветающая страна, она входит в пятерку-шестерку самых развитых государств мира», — сказал Н.А.Назарбаев (09.03.2018г)

Перед нами одна задача – изменить ситуацию к лучшему

Список используемой литературы:

- Венедиктов Д.Д. Международные проблемы здравоохранения. М., 1977.-376 с.
- Вялков А.И., Щепин В.О. Проблемы и перспективы реформирования здравоохранения. Материалы социологического исследования. М.: ГЭОТАР-МЕД - 2001. - 224 с.
- Лисицын Ю.П. Здравоохранение в XX веке. М.: Медицина, 2002 -216 с.
- Лучкевич В.С. Основы социальной медицины и управления здравоохранением. Учебное пособие. — СПб: СПбГМА, 1997. -184 с.
- **Интернет источники:**
[http://viva-city.ru /ararticles/3555](http://viva-city.ru/ararticles/3555)



**Спасибо за
внимание!**