

## РАЗВИТИЕ РОССИЙСКОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И ЯПОНСКИЙ ОПЫТ

**Массальский Р.И.**

*АНО ВПО «Евразийский открытый институт» (109052, г. Москва, ул. Подъемная, д.12, стр.1), e-mail: rassalsk@mail.ru*

Проведено исследование системы здравоохранения Японии. Рассмотрены система медицинского страхования, особенности профессионального обучения, медицинская статистика, ресурсные ограничения, детерминирующие динамику развития японского здравоохранения. В статье описаны эффективные японские механизмы финансирования здравоохранения, обучения специалистов, государственно-частного партнерства, пригодные для адаптированного внедрения в России, при имеющемся тренде построения корпоративистского государства. Показаны перспективы взаимовыгодного российско-японского всестороннего сотрудничества, связанные с геополитическими проблемами, стоящими перед обеими странами. В частности, для России важна многовекторная экономическая интеграция на восточном направлении, с учетом сложного баланса интересов в Азиатско-Тихоокеанском регионе в условиях его мировой значимости для судеб мира как минимум в текущем столетии. Обращено внимание на важность использования традиционных, культурно обусловленных, общественных связей, для консолидации стареющего общества и снижения финансовой нагрузки на здравоохранение.

Ключевые слова: система здравоохранения, медицинское страхование, коэффициент младенческой смертности, статистика здравоохранения, национальные медицинские расходы, государственная политика, эффективность государственных программ, государственно-частное партнерство, национальный менталитет.

## DEVELOPMENT OF THE RUSSIAN HEALTHCARE AND JAPANESE EXPERIENCE

**Massalskii R.I.**

*ANO HPE «Eurasian Open Institute» (109052, Moscow, ul. Podemnaya, 12, b.1), e-mail: rassalsk@mail.ru*

A study of the health care system in Japan. We consider the health insurance system, especially vocational training, medical statistics, resource constraints that determine the dynamics of the Japanese health care. This article describes the effective Japanese health financing mechanisms, training, public-private partnership suitable for an adapted implementation in Russia, given the current trend of constructing corporatist state. The prospects of mutually beneficial Russian-Japanese all-round cooperation related to the geopolitical challenges facing the two countries. In particular, Russia's multi-vector important economic integration in the East, given the complex balance of interests in the Asia-Pacific region in terms of its global significance for the fate of the world at least in this century. Attention is drawn to the importance of the use of traditional, culturally conditioned, public relations, for the consolidation of an aging society and to reduce the financial burden on health care.

Keywords: health system, medical insurance, coefficient of infantile mortality, statistician of health care, national medical expenses, state policy, efficiency of state programs, state-private partnership, national mentality.

Учитывая текущую реформу российского здравоохранения, автор считает полезным обратиться к опыту Японии. При различиях в площадях территорий, плотности населения, этнического состава населения, структуры ВВП и других, в обеих странах быстро стареет население, есть ресурсные ограничения разной специфики, при этом наиболее эффективное преодоление ограничений со стороны России, возможно с использованием японского опыта привлечения традиционных ценностей для построения и поддержания социальных связей.

В здравоохранении и предоставлении социальных услуг в Японии в 2009 году было занято 6 210 000 человек [6] против 4 572 000 в Германии, около 6 000 000 в России, 18 632

000 в США (19 562 000 в 2013 году) [2]. Более 140 тыс. медицинских учреждений, из них 81 тыс. поликлиник (учреждение с количеством коек не более 20, из них 23,6 тыс. оснащены больничными койками); больниц около 10 000 [4] (против 5500 – 6200 (расхождение 700, так мы точно считаем!) в результате безумного на 30 % за два года сокращения на 2012 год в РФ) [3], 50 крупнейших стоматологических клиник и 52 тыс. стоматологических кабинетов [2], что, при разнице населения в 20 млн, близко к российской статистике. Частным терапевтом или семейным врачом может стать только тот, что прошел 6-летнее обучение в медицинской школе при университете, сдав после 4 курса серьезный экзамен (сдают успешно 0,5 % учащихся), по результатам которого студенты допускаются на 5 курс, а не сдавшие становятся высококвалифицированными медсестрами, формально на уровне российского высшего сестринского диплома, что составляет 71 % медсестер (4 % составляют обучавшиеся на двухлетних курсах и 25 % – выпускницы трехлетних профессиональных школ), затем сдал выпускной квалификационный экзамен и затем двухлетнюю специализацию с последующей не менее чем трехлетней практикой по нескольким специальностям: хирургия, педиатрия, терапия, неотложная помощь, психиатрия. Полученная квалификация позволяет одному специалисту оказывать многопрофильную медицинскую помощь, и затраты, связанные со строительством и эксплуатацией крупных поликлиник, снижаются. Осмотр и опрос по специальным утвержденным методикам позволяет успешно диагностировать заболевания в среднем за 6 минут амбулаторного и 4 минуты больничного приема против 20 мин в США, с точностью 70–80 % без дополнительных исследований, и в случае необходимости обеспечивает почти безошибочное (в 96 % случаев) направление к профильному специалисту [6].

Прибыль частных (около 80 %) медицинских учреждений идет на развитие, а не на получение доходов на вложенный капитал. Из стационаров более 30 % принадлежат частным лицам, 42 % – юридическим. Закупки необходимого оборудования ведутся обычно за счет банковского кредитования [6].

Врач государственного или частного учреждения в Японии всегда государственный служащий, чей труд оплачивается по единым для всех медицинских учреждений по всей стране тарифам, определяемым по балльной системе, и фиксированная стоимость балла – предмет переговоров между ассоциацией врачей, комиссией Министерства здравоохранения и страховщиками, проходящих каждые два года, и регулируется исходя из многих факторов, в основном в сторону понижения, для снижения растущей финансовой нагрузки, которую испытывает японское здравоохранение в связи с демографическими проблемами. Фонды, контролируемые Министерством здравоохранения, труда и социальной защиты, проверяют

счета, по которым страховщики затем платят фондам, а фонды – медицинским учреждениям за оказанные услуги, в течение 2 месяцев с момента оказания услуги [4].

Государственные и частные расходы на здравоохранение разделены практически поровну, с ростом доли государственных расходов примерно на 1,0–0,5 % в год с 2008 по 2010 г. [2].

Компании с 700 или более сотрудников обязательно предоставляют страховку по одной из 1800 схем, управляемых страховым обществом, учрежденным работниками, ответственность за собственность которого несет компания-учредитель; 15 % схем отраслевые, остальные касаются компании. Обычно 45 % отчислений (в среднем 8,5 % от зарплаты) выплачивает работник, и его зарплата уменьшается на сумму платежа [3]. Доля в 55 % не обременяет компании, т.к. трудоспособное население Японии обладает относительно хорошим здоровьем.

Около 30 % работников компаний со штатом менее 700 человек (относятся к малому бизнесу), застрахованы по программе, финансируемой смешанным образом за счет государственных ассигнований и за счет обязательных взносов (8,2 % от зарплаты), которых недостаточно, 14 % покрывают государственные субсидии [6].

Страхование пенсионеров, безработных, мелких индивидуальных предпринимателей, не использующих наемный труд, финансируется из средств налога на индивидуальную трудовую деятельность, общих доходов госбюджета, программ общественного страхования и страхования малого бизнеса. Эти средства поступают в местные страховые компании под управлением муниципалитетов. Все, кто не застрахован по какой-либо иной схеме, обязаны платить в местные СК ежегодно не более \$4800 с домохозяйства (из них в среднем 55 % возмещается, таким образом, ежегодные семейные расходы в среднем \$2300, что составляет 17 % финансирования, при 10–30 % оплате услуг), но бедные семьи безнаказанно не платят, и попытки ввести ответственность за неплатежи отвергаются обществом [6].

Медицинское обслуживание безработных оплачивается программами, принятыми на последнем месте работы. Граждане, занимающиеся стратегически важными видами деятельности (крестьяне, рыбаки, некоторые ремесленники), приравнены к государственным служащим, и их медицинское обслуживание оплачивается по соответствующим программам. Таким образом, 99 % медицинских расходов приходится на долю около 3000 публичных страховых организаций [3].

Страховое покрытие по всем четырем основным схемам распространяется, без ограничения выбора учреждения и специалиста, на любую медицинскую помощь, уход, в том числе по болезни, беременности, декрету, инвалидности; медицинскую технику, лекарственные

средства, расходы на транспорт, без которых невозможно предоставление медицинской помощи (например, ежедневная транспортировка больного на процедуры в специализированное медицинское учреждение, в том числе оплата транспортных расходов сопровождающего лица, или оплата проезда на ежеквартальное обследование и/или лечение в медицинское учреждение, расположенное на климатическом курорте).

При общей численности в 2012 году 292 039 [2],[4], в Японии 23 врача на 10 000 населения [2] против 639 303 и 43,9 в России [3], со средним доходом \$ 150 000/год (в среднем \$ 100 000 в государственных и \$ 200 000 в частных медучреждениях, что второе выше зарплаты рабочего[3]) и 1 344 388 [2], [4] (106 на 10 000 населения) медсестер против 92,3 в России (по другим оценкам, в России м/с 1518500, 105,7 на 10 000; врачей 702 600, т.е 48,9 на 10 000, что соответствует населению в 147 млн).

Таким образом, отношение численности врачей к численности среднего медперсонала в России 0,5 против 0,22 в Японии. Это соотношение является одним из показателей загруженности врача и престижности врачебного труда: чем показатель меньше, тем больше медсестер работают на одного врача, тем меньше его загруженность и тем выше престиж труда. В США и ведущих европейских странах этот показатель выше 0,25, при этом наилучшие показатели в Швейцарии и Норвегии [2], что коррелирует с величиной общих расходов на здраво-охранение по ППП и в % к ВВП [2]. Средний доход медицинской сестры в Японии через 10 лет работы в одном учреждении до \$ 36000/год, что немного по японским меркам, но гарантирует уважение в обществе и финансовую стабильность.

В 2012 году в Японии младенческая смертность составила 2,2 случая на 1000 живорожденных. Ниже лишь в Исландии (1,1), Гонконге (1,3), Словении (1,6); в Германии – 3,3, в США – 6,1[2], в России – 7,5 по данным 2012 г [4]. Коэффициент суммарной рождаемости в Японии 1,4 на 2012 год [4]. Коэффициент естественного прироста населения -0,2 против -0,1 в России до 2014 года, показавшего рост.

Подушевые медицинские расходы на пожилых (с 2007 г старше 75 лет) граждан составили, за 2009 год, 885000 йен (100 йен=1 USD) в год, из них 438000, или 49,49 %, расходы на стационарное лечение, и 407000 на амбулаторное. За 2009 год подушевые расходы на медицинскую помощь гражданам моложе 75 лет составили 191000 йен (61000 или 31,94 % на стационарное, 108000 или 56,54 % на амбулаторное лечение [4]. Разница в 4,6 раза, что превосходит аналогичный показатель в США (3,7 на 2004 год ) [3], Германии и Франции (соответственно 3,7 и 3,3 по данным за 2006 год) [6]. Согласно данным Таблицы 1, занимая в 2011 году 8 место по доле медицинских расходов в ВВП и 16 место по

медицинским расходам на душу населения, против, соответственно, 24 и 21 мест в 2009 году, Япония имеет четвертую в мире систему здравоохранения [1].

**Таблица 1**

Национальные медицинские расходы стран ОЭСР за 2011 год

Страна	Общие расходы здравоохранения, % от ВВП		Подушевые расходы здравоохранения, в \$ по ППП	
	(\$)	Место	(\$)	Место
США	16,3	1	8135,6	1
Франция	11,1	4	4025,6	11
Германия	10,9	5	4455,4	5
Швейцария	11,1	4	5670,9	2
Норвегия	8,9	14	5531,4	3
Япония	10	8	3428,3	16

В 2014 году общие расходы здравоохранения в Японии составили 10,2 % ВВП, подушевые расходы здравоохранения по ППП – \$ 4752 [1].

В Японии и России роль государственного регулирования в экономике значительна, закреплена на законодательном уровне, но практика правоприменения различна. В России блокируется коррупционным сговором различных групп. В Японии указания государственных чиновников принимаются бизнесом к исполнению в силу корпоративистского государства.

Норма прибыли в японской промышленности невысока, на европейском и американском рынках японские компании стремятся, прежде всего, к увеличению доли рынка. Отсюда невысокий, а иногда и отрицательный темп роста ВВП, скорее вынужденный, но необходимый для поддержания технологического уровня и качества жизни. Территориальные и ресурсные ограничения не позволяют расти ни населению, ни экономике, отсюда демографический тупик и, в перспективе, усталость нации и безусловное грядущее снижение всех показателей развития, если Япония не интегрируется в большой региональный союз с участием России, будет ли он одной из существующих структур или некой новой. Такое сотрудничество может уравновесить перекосящий российский-китайский экономический и политический взаимодействия в дальневосточном регионе.

Государственно-частное партнерство в условиях корпоративистского государства может стать примером для России в связи с, в перспективе, продолжительной ожидаемой ролью естественных монополий и госкорпораций.

Эффективность японских государственных программ в области здравоохранения уступает лишь Сингапуру, российских – в среднем 3%, и специалисты, способные разрабатывать критерии эффективности и управлять в соответствии с ними, не могут реализовать свои профессиональные возможности из-за саботажа. В Японии государственные чиновники и главы корпораций, не оправдавшие ожиданий, приносят публичные извинения народу и покидают посты, помимо готовности отвечать перед законом; в России со времен Смуты такой опыт забыт, но должен, обязан вернуться, иначе не преодолеть недоверие к властям.

Особенности японского здравоохранения являются своеобразной отдачей властью долга своему народу. Кстати, в официальных документах встречаются порой такие формулы! Возможный успех России, в том числе в развитии здравоохранения, также основан на понятиях служения, долга, ответственности, благодарности, единства, явленных в действии, в повседневной деятельности, в правовых нормах, налоговой политике, хозяйственной деятельности.

### Список литературы

1. Агентство Блумберга [Электронный ресурс]. – URL: <http://www.bloomberg.com/visual-data/best-and-worst/most-efficient-health-care-2014-countries> (дата обращения: 15.05.2014).
2. Избранная статистика ОЭСР. Комплект баз данных из интеллектуальной библиотеки ОЭСР. [Электронный ресурс]. – URL: [http://stats.oecd.org/index.aspx?DataSetCode=HEALTH\\_STAT](http://stats.oecd.org/index.aspx?DataSetCode=HEALTH_STAT) (дата обращения: 15.05.2014).
3. Кохей Комамура, Ацихуро Ямада. Кто несет бремя социального страхования? Данные японского здравоохранения и страхования долгосрочного ухода / Кохей Комамура, Ацихуро Ямада // Журнал японской и международной экономики. – 2004. – № 18. – С. 565-81.
4. Министерство здравоохранения Российской Федерации [Электронный ресурс]. – URL: <http://www.rosminzdrav.ru> (дата обращения: 13.04.2014).
5. Министерство здравоохранения, труда и социального развития Японии [Электронный ресурс]. – URL: <http://www.mhlw.go.jp> (дата обращения: 15.05.2014).
6. Нориюки Такаяма. Бесконечные японские реформы социального обеспечения / Нориюки Такаяма // Международное ревю социального обеспечения. – 2002. – № 55. – С. 11-22.

### Рецензенты:

Клевцов В.В., д.э.н., профессор кафедры экономической теории и инвестирования ФГБОУ

ВПО «Московский государственный университет экономики, статистики и информатики»,  
г.Москва;

Хазанович Э.С., д.э.н., профессор кафедры экономики и финансов АНО ВПО «Евразийский  
открытый институт» , г. Москва.