

## Оптимизация рыночных отношений в системе здравоохранения Японии: опыт для Беларуси

А.Г. ЗЕМЦОВ, Л.П. ЗЕНЬКОВА

В статье исследуются концептуальные подходы к функционированию механизма частно-государственного партнерства в системе здравоохранения Японии. Выделяются отдельные сферы контроля государства: ценообразование на фармацевтические средства и медицинские услуги, лимитирование предоставления медицинских услуг за счет бюджетных средств, льготирование системы обслуживания отдельных социальных слоев общества.

**Ключевые слова:** здравоохранение, государственно-частное партнерство, страхование, медицинские льготы населению, Япония, программы развития системы здравоохранения.

The article examines conceptual approaches to the functioning of public-private partnership in the healthcare system in Japan. Separate spheres of state control are distinguished: pricing for pharmaceuticals and medical services, limiting the provision of medical services at the expense of budgetary funds, providing service system benefits for certain social strata.

**Keywords:** healthcare, public-private partnership, insurance, medical benefits for the population, Japan, health system development programs.

**Введение.** Социально-экономическая значимость проводимого анализа системы здравоохранения Японии с точки зрения сочетания плановых и рыночных начал заключается в возможности применения этого опыта в Республике Беларусь. Япония добилось больших успехов в здравоохранении: фиксируется самая высокая продолжительность жизни на планете, реализована система всеобщего страхования. Система, основанная на принципах страховой медицины, хорошо функционирует в условиях различного финансового обеспечения. Сняты проблемы территориальной привязки медицинского обслуживания. Пациент может сам выбирать клинику и лечащего врача.

**Японская система здравоохранения: ретроспективный взгляд на эволюцию.** Япония в начале 1960-х гг. в Азии впервые ввела страхование здоровья в общенациональном масштабе. Экономический рост, наблюдавшийся, начиная с этого периода, способствовал и развитию системы здравоохранения: отмечалось снижение уровня заболеваемости. Этот прогресс способствовал и увеличению продолжительности жизни: с 2015 г. она превышает 83,0 года (таблица 1). Из таблицы 1 следует, что:

1. Темпы прироста продолжительности жизни очень дифференцированы. По этому критерию можно выделить три группы стран: с высокими темпами роста (Италия, Корея), со средними темпами (Финляндия, Франция, Германия, Мексика, Япония, Швейцария, Великобритания), с низкими темпами (Канада, Греция, США).

Таблица 1 – Динамика ожидаемой продолжительности жизни (лет) по отдельным странам ОЭСР с 1980 по 2018 гг.

Страны	Годы						% прироста за 28лет
	1980	1990	2000	2010	2015	2018	
Канада	75,3	77,2	79,0	81,1	81,1	81,9	+8,8
Финляндия	73,6	75,0	77,7	80,2	80,2	81,8	+11,1
Франция	74,3	77,0	79,2	81,8	81,8	82,9	+11,6
Германия	72,9	75,3	78,2	80,5	80,5	81,0	+11,1
Греция	75,3	77,1	78,6	80,7	80,7	81,9	+8,8
Италия	74,0	77,1	79,9	82,1	82,1	83,4	+12,7
Япония	76,1	78,9	81,2	82,9	82,9	84,2	+10,6
Корея	66,2	71,7	76,0	80,2	80,2	82,6	+24,8
Мексика	67,2	70,5	73,3	74,1	74,1	75,0	+11,6
Швейцария	75,7	77,5	79,9	82,6	82,6	83,8	+10,7
Великобритания	73,2	75,7	77,9	80,6	80,6	81,3	+11,1
США	73,7	75,3	76,7	78,6	78,6	78,5	+6,5

2. Однако в странах с высокой продолжительностью жизни, достигнутой в 1980 г., наблюдается объективно замедление темпов ее прироста.

3. Корреляционный анализ тесноты связи между продолжительностью жизни и объемом правительственных расходов на здравоохранения в разных странах колеблется, но в Японии он достигает значимой величины (коэффициент корреляции выше 0,7).

Несмотря на достижения, Япония, как и Республика Беларусь, сталкивается с рядом проблем: старение населения, снижение рождаемости, проблемы социального обеспечения. Все это из года в год приводит к увеличению расходов на здравоохранение в Японии и увеличению нагрузки на социальную сферу (таблица 2). В связи с этим часть медицинского обслуживания населения объективно требует изменения источника финансирования, оптимального сочетания общественной социальной модели с корпоративной и либеральной.

Таблица 2 – Динамика расходов на здравоохранение в Японии за период 1995–2018 гг.

Показатели	1995	2000	2005	2010	2014	2018
Совокупные расходы на здравоохранение (ТНЕ), % от ВВП	7	8	8	10	10	10
Объем гос. расходов на здравоохранение (GHE), % от ТНЕ	82	81	82	82	84	83
Объем частных расходов на здравоохранение (PHE), % ТНЕ	18	19	19	18	16	17
Гос.расходы на здравоохранение, % от GTE (расходов консолидированного гос. бюджета)	15	15	18	19	20	21
Объем социальных мед.выплат, % от PHE (требующее оплаты наличными)	79	81	83	81	85	84
Объем социальных мед.выплат, % от ТНЕ (требующий оплаты наличными в процентах)	14	16	16	14	14	14

Источники: [1, с. 105], [3].

Уже с 2014 г. правительство Японии назвало одной из главнейших целей – продление здоровой жизни, обеспечение каждому гражданину страны безбедного долголетия и возможности радоваться долгой и здоровой жизни [4].

Одной из ярких проблем для Японии до 2000 г. было разделение двух систем: финансирование здравоохранения и финансирование социального обеспечения [5]. Здравоохранение финансировалось из страховых взносов, а социальное обеспечение из налогов, что накладывало определенные трудности из-за бюджетных ограничений. Из этого следовало, к примеру, что дома престарелых, финансируемые из налогов, были в дефиците. Определение человека в дома престарелых было возложено на социальную службу. И эта служба отдавала предпочтение жителям с низким доходом. Трудящимся со средним доходом было сложно получать социальные услуги.

После реформирования 2000 г. институциональная структура управления здравоохранением стала иной, в ее основе лежит методологический подход целевого финансового единения медицины и социального обеспечения. Во главе стоит Министерство здравоохранения, труда и социального обеспечения – Ministry of Health, Labour and Welfare (далее – MHLW). MHLW представляет собой объединение двух министерств – министерства здравоохранения и социального обеспечения и министерства труда [6]. Область деятельности MHLW широка и состоит из разветвленной системы более десятка различных бюро, однако среди них примечательны те, чья сфера деятельности в белорусской системе здравоохранения еще не рассматривалась: Бюро развития людских ресурсов; Бюро медицинского страхования.

Второй замечательной особенностью японской системы здравоохранения является ее динамичность и гибкость. Так, начиная с 2000 года было проведено ряд реформ:

- система страхования долгосрочного ухода (2000 г.);
- интегрированная система общественного ухода (2006 г.);
- всеобъемлющая реформа общественной безопасности и налогообложения (2010 г.);
- регионализация финансирования и контроля здравоохранения (2014 г.).

Была предложена программа «Japan Vision: Health Care» до 2035 г., которая поощряет смену парадигмы на новую систему с целью создания устойчивой системы здравоохранения, которая обеспечивает лучшие результаты в отношении здоровья за счет оперативного ухода, справедливого для каждого члена общества. В этом концептуальном документе предлагается, чтобы система здравоохранения Японии перешла от затрат к конечным результатам, от количества к качеству и эффективности, от специализации к комплексным подходам во всех секторах [6]. Следует отметить, что и в Беларуси наблюдается аналогичная тенденция сокращения специализированных учреждений и их централизация в крупных населенных пунктах.

**Японская система медицинского страхования на современном этапе.** Японская система здравоохранения основана на принципах государственно-частного партнерства. В связи с тем, что более трети населения охвачено системой пожизненного найма, страхование здоровья со стороны фирм – распространенное явление. Фактически за последние годы японская система здравоохранения целиком стала опираться на систему всеобщего страхования. Это дает два эффекта: расширение возможностей финансирования здоровья нации и территориальное открепление пациентов от зоны медицинского обслуживания.

Пациент может сам выбирать клинику и лечащего врача. В основе подхода Японии к здравоохранению лежит закрепленная в конституции цель обеспечения справедливости и универсальности, воплощенная на практике посредством всеобщего доступа к медицинской помощи (Murray CJL, 2011). Реализация программы имеет успех: если в 2012 г. коэффициент Джини, количественно оценивающий неравенство доходов, достиг 0,33, что было выше среднего показателя по ОЭСР (0,318) и частично объясняется увеличением числа пожилых людей [2], то к 2018 г. он значительно понизился до 0,299. В 2011 г. около 1,6 миллиона человек не были охвачены национальной системой медицинского страхования. Это произошло в основном из-за увеличения доли лиц с нерегулярной занятостью и более низкой заработной платой (с 18 % в 1988 г. до 34 % в 2010 г.) и в настоящее время вызывает большую политическую полемику [7], [8].

Хотя Япония обеспечивает всеобщее медицинское страхование независимо от экономического положения, все большее число детей живет за чертой бедности, достигнув 13,9 % в 2015 г.; родители этих детей могут быть не в состоянии позволить себе даже самые низкие выплаты [8]. Имеются опасения по поводу воздействия растущего неравенства среди детей в доступе к медицинскому обслуживанию и его качестве из-за бедности.

В Японии, как и в Таиланде, Новой Зеландии, Соломоновых островах, Папуа-Новой Гвинее более 75 % всех расходов на здравоохранение было оплачено через государственные схемы и обязательное медицинское страхование в 2017 г., более 15 % государственных расходов было направлено на здравоохранение, в 2020 г. – 16 % [2].

Все жители Японии (в том числе иностранные граждане, имеющие вид на жительство) должны быть зарегистрированы в программе медицинского страхования. В Японии существует два основных типа медицинского страхования – система медицинского страхования сотрудников и национальное медицинское страхование (NHI). Система медицинского страхования сотрудников предоставляется наемным работникам (служащим компании) и их иждивенцам, в то время как NHI предназначена для самозанятых и безработных.

Доплата пациентами за медицинские расходы должна производиться при каждом посещении клиник и больниц. Единый на национальном уровне график оплаты (т. е. сумма возмещения, включая сооплату пациентов) охватывает большинство медицинских процедур и продуктов, включая лекарства. Из фонда медицинского страхования оплачивается 70–90 % стоимости медицинских услуг, а оставшуюся часть доплачивает застрахованный. Причем практикуется дифференциация доли доплаты в зависимости от принадлежности к социальной группе: дошкольная школа = 20 %; начальная школа до 69 лет = 30 %; возраст 70–75 лет = 20 %; возраст 75 лет и старше = 10 % [8]. Сооплата является инструментом предотвращения избыточного обращения за медицинскими услугами.

Центральное правительство является главным регулирующим органом, однако наряду с централизацией идет ярко выраженный процесс регионализации медицинского обслуживания: наряду с правительством ответственность за работу систем здравоохранения несут 47 префектур, 1718 муниципалитетов.

На места переданы следующие функции государственного регулирования системы здравоохранения: установление сроков взносов страхового возмещения, контроль за субсидиями, за финансовыми операциями по медицинскому страхованию частных страховых компаний и поставщиков медицинских услуг на уровне префектур. Каждая префектура составляет свои 5-летние планы медицинского обслуживания и несет ответственность за эти планы.

Качество помощи пациентам обычно проверяется таким методом: если клиника принимает слишком много пациентов на медсестру и врача – это свидетельствует о низком качестве обслуживания, и процент возмещения для клиники снижается.

После реформирования были введены гериатрические больницы, куда мог попасть по направлению врача каждый. В результате в Японии образовалась нехватка социальных учреждений. Поэтому был изменен источник финансирования: с налогообложения на социальное страхование, введено страхование долгосрочного ухода (LTCI) как новая схема социального страхования Японии. На современном этапе министерство предложило внедрить Интегрированную систему общественного ухода (ICCS) (к 2025 г.) ICCS – это комплексная система на уровне сообщества, которая объединяет профилактику, медицинские услуги и долгосрочный уход, а также обеспечивает условия проживания и социальную помощь. Этот опыт можно применить и в других странах, в частности в Республике Беларусь.

В результате поэтапного реформирования частно-государственного партнерства в системе финансирования здравоохранения в Японии сложилась децентрализованная и очень дифференцированная система страховок: существует более 3000 страховок, которые классифицируются по типу: род занятий, возрасту и месту жительства. Медицинское страхование сотрудников делится на четыре основные категории: Японская ассоциация медицинского страхования (JHIA); Страхование здоровья, управляемое обществом (SMHI); Ассоциация взаимопомощи (MAS); Страхование моряков. В Японии нет единого страхового фонда, страховщики разделены примерно на 3000 организаций [8]. Более того, размер страховых взносов в значительной степени отличается от одной схемы страхования к другой; эта фрагментация является источником неэффективности системы и неравенство в страховых взносах. Несмотря на то, что среди схем страхования существует несколько систем перекрестного субсидирования, финансовая устойчивость и справедливость среди схем страхования остаются серьезными проблемами для японской системы финансирования здравоохранения [8].

Также существуют и коммерческие страховые компании, которые продают добровольное медицинское страхование (ДМС). ДМС играет роль лишь вспомогательного механизма, дополняя социальное медицинское страхование, но не освобождая от него.

Старение населения и снижение рождаемости были особенно значительными в Японии, став серьезным препятствием на пути создания устойчивой системы социального обеспечения. Расходы на здравоохранение для лиц в возрасте 65 лет и старше в 4,3 раза выше, чем для других возрастных групп [8], и большая часть расходов покрывается населением рабочего класса за счет уплаты налогов и взносов на медицинское страхование. Поэтому в отношении пожилых лиц 30-процентного совместного страхования SHIS явно недостаточно для покрытия затрат. Поэтому добавлен инструмент государственного регулирования цен на все услуги и прописанные лекарства. Пересмотр цен на фармацевтические препараты и медицинские устройства определяется на основе рыночного обзора фактических текущих цен (которые обычно ниже указанных цен). Тарифы медицинских, стоматологических и аптечных услуг Центральный совет социального страхования по медицинским вопросам постоянно пересматривает для достижения общих целевых лимитов расходов, установленных Кабинетом министров.

**Заключение.** Япония добилась больших успехов в здравоохранении: самую большую продолжительность жизни на основе объединения финансирования здравоохранения и системы страхования на условиях частно-государственного партнерства. Внедрены дифференцированное страхование и региональная децентрализация функций государственного контроля за медицинскими услугами и финансовыми потоками социального страхования.

Система, основанная на принципах страховой медицины, хорошо функционирует в условиях различного финансового обеспечения. Поскольку государственная система здравоохранения эффективно работает только при условии достаточных ресурсов, японский опыт может быть использован при реформировании системы здравоохранения Беларуси.

### Литература

1. Беларусь и страны мира 2020. – Мн. : Национальный статистический комитет Республики Беларусь, 2020. – 369 с.
2. Organization for Economic Cooperation and Development [Electronic resource]. – Mode of access : <https://www.oecd.org/japan>. – Date of access : 02.04.2021.
3. World Health Organization [Electronic resource]. – Mode of access : <https://www.who.int/data>. – Date of access : 02.04.2021.
4. Замогильный, С. И. Организационные подходы к обеспечению эффективности здоровьесберегающей деятельности в Корее и Японии / С. И. Замогильный, Ю. В. Ставропольский // Проблемы качества физкультурно-оздоровительной и здоровьесберегающей деятельности образовательных организаций: сб. матер. 9-й Всероссийской науч.-практич. конф. с международным участием, Екатеринбург, 23 апреля 2019 г. / Рос. гос. проф.-пед. ун-т. – Екатеринбург : РГППУ, 2019. – С. 133–138.
5. Вострокнутова, О. И. Сравнительная характеристика моделей организации систем здравоохранения России и Японии / О. И. Вострокнутова, В. В. Горюнова, М. С. Новиков, И. И. Шубин // Международный студенческий научный вестник. – 2018. – № 3-3. – С. 352–354.
6. Ministry of Health, Labour and Welfare [Electronic resource]. – Mode of access : <https://www.mhlw.go.jp/english/>. – Date of access : 02.04.2021.
7. Ikegami, N. Japanese universal health coverage: evolution, achievements, and challenges / N. Ikegami, B-K. Yoo, H. Hashimoto, M. Matsumoto, H. Ogata, A. Babazono, R. Watanabe, K. Shibuya, B-M. Yang, M. R. Reich, Y. Kobayashi // The Lancet. – 2011. – P. 1106–1115.
8. Health Systems in Transition [Electronic resource] // Japan Health System Review. – 2018. – Vol. 8, № 1. – Mode of access : <https://www.ecoi.net/en/file/local/2018218/B5390.pdf>. – Date of access : 10.04.2021.

Белорусский государственный  
экономический университет

Поступила в редакцию 25.02.2021