

УДК 007:61(470+520)

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА МОДЕЛЕЙ ОРГАНИЗАЦИИ СИСТЕМ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИИ И ЯПОНИИ

Вострокнутова О.И., Горюнова В.В., Новиков М.С., Шубин И.И.

Пензенский государственный технологический университет, Пенза, e-mail: gti3317@mail.ru

В статье рассматриваются основные модели управления здравоохранением на примере национальных систем России и Японии. Уточняется, что в настоящее время в Японии существует общественная система охраны здоровья, включающая такие части как общественная гигиена, социальное обеспечение, медицинское страхование, медицинское обслуживание некоторых групп населения за счет средств государства. Отмечается, что российская экономическая модель здравоохранения официально относится к смешанным моделям с преобладанием государственного сектора. Это положение связано с рядом причин – объективного и субъективного характера, при этом государственная политика России с начала экономических реформ все больше склоняется к усилению государственной власти. Отношение к медицинской услуге и роль государства в системе охраны здоровья определяет оплату труда людей, занятых в этой сфере и индексирование цен на рынке медицинских услуг.

Ключевые слова: здравоохранение, система управления, Россия, Япония

COMPARATIVE CHARACTERISTICS OF MODELS OF ORGANIZATION OF HEALTH SYSTEMS IN RUSSIA AND JAPAN

Vostroknutova O.I., Goryunova V.V., Novikov M.S., Schubin I.I.

Penza State Technological University, Penza, e-mail: gvv17@ya.ru

The article examines the main models of health management using the example of the national systems of Russia and Japan. It is specified that at present in Japan there is a public health protection system, which includes such parts as public hygiene, social security, medical insurance, medical care for some groups of the population at the expense of the state. It is noted that the Russian economic model of healthcare officially refers to mixed models with a predominance of the public sector. This provision is associated with a number of reasons – objective and subjective nature, while Russia's state policy since the beginning of economic reforms is increasingly inclined to strengthen state power. The attitude to the medical service and the role of the state in the health protection system determines the payment of labor of people engaged in this sphere and the indexation of prices in the market of medical services. The article examines the main models of health management using the example of the national systems of Russia and Japan. It is specified that at present in Japan there is a public health protection system, which includes such parts as public hygiene, social security, medical insurance, medical care for some groups of the population at the expense of the state

Keywords: healthcare, management system, Russia, Japan

Государственная система здравоохранения эффективно работает только при условии достаточных ресурсов. При этом, как экономические возможности государства, так и реальные объемы финансирования медицинской сферы существенно влияют на состояние здоровья населения. Так, система, основанная на принципах страховой медицины, хорошо функционирует в условиях различного финансового обеспечения [1–2].

Модели организации систем здравоохранения. В ряде стран, для которых характерна приверженность идее свободного предпринимательства и были отвергнуты принципы полного государственного регулирования страхования, из-за острой конкуренции создаются условия роста качества, поиска все новых продуктов и технологий, жесткой выбраковки экономически неэффективных стратегий и участников рынка.

К настоящему времени сложились три системы здравоохранения:

– система регулируемого страхования (страховая медицина);

– бюджетное здравоохранение (государственная система);

– система частного страхования здоровья (рыночная система).

В основе каждой из этих моделей организации системы здравоохранения лежит различное понимание того, что же является товаром в сфере здравоохранения [4]. Отношение к медицинской услуге и роль государства в системе охраны здоровья определяет оплату труда людей, занятых в этой сфере и индексирование цен на рынке медицинских услуг.

Сравнительная характеристика моделей управления здравоохранением России и Японии

Модель финансирования здравоохранения, сформировавшаяся в России может быть названа переходной бюджетно-страховой моделью [4]. Задача введения системы обязательного медицинского страхования (ОМС), основанной на взносах из фонда оплаты труда, в свое время рассматривалась как одна из решающих задач. Ее введение обусловлено стремлением расширить ис-

точники финансирования здравоохранения, получить новые каналы стабильного поступления дополнительных средств.

Российская экономическая модель здравоохранения официально относится к смешанным моделям с преобладанием государственного сектора. Такое положение связано с рядом причин – объективного и субъективно–го характера. Сравнительная характеристика моделей социально-экономического управления России и Японии представлена в таблице.

особенности и узкие места сравнительно со смешанными моделями здравоохранения в других странах.

Япония – первая страна в Азии, где в 1961 г. было введено страхование здоровья в общенациональном масштабе. В настоящее время в Японии существует общественная система охраны здоровья, включающая такие части как общественная гигиена, социальное обеспечение, медицинское страхование, медицинское обслуживание некоторых групп населения за счет средств государства [5].

Характеристика социально-экономических моделей

Россия	Япония
Тип системы: бюджетно-страховая.	Тип системы: социально-страховая
наличие неспецифичных источников финансирования, но основной бюджет,	медицинская услуга квазиобщественное благо
гарантия государством базисных объемов бесплатной помощи для основной части населения в рамках ОМС	доля расходов на здравоохранение ВВП 6,6%
централизованное и регионарное планирование ЗО	источники финансирования ОМС – 60%, Гос. бюджет – 10%, Общественные фонды – 10%, Личные средства – 20%
контроль за медицинской помощью государством и страховыми компаниями,	контроль за эффективностью расходования средств страховыми фирмами (частными страховщиками).
регулируемое ценообразование, многообразие форм оплаты	доступность медицинского обслуживания 40% национальной системой страхования; 60% – профессионально-производственной системой страхования
свободный выбор ЛПУ и врачей, широкий спектр услуг за счет сочетания программ ОМС и ДМС	ассортимент доступных медицинских услуг.
цены регулируются и утверждаются министерством здравоохранения и социального обеспечения	широкий выбор цен и услуг
приоритет профилактики, использование новых технологий	.спрос на разнообразные медицинские услуги стимулирует внедрение новых технологий

К причинам объективного характера в первую очередь относится уровень жизни населения РФ, который можно охарактеризовать как низкий, сравнительно с развитыми странами. Уровень жизни определяет объем платежеспособного спроса на услуги здравоохранения. К субъективным причинам относится государственная политика, которая с начала экономических реформ все больше склоняется к усилению государственной власти. Смешанный характер системы здравоохранения определяет основные принципы финансирования. Наследственность системы, как постсоветской, национальный менталитет, общий уровень бюрократизации определяют ее

Каждое медицинское учреждение в Японии – это самостоятельная организация. 80% больниц принадлежит врачам частной практики. В настоящее время финансирование медицинского обслуживания Японии осуществляется в основном за счет фондов страхования здоровья. Подавляющее большинство населения Японии попадает под действие двух основных систем медицинского страхования: национальной системы страхования здоровья (построенной по территориальному принципу) и системы страхования лиц наемного труда (построенной по производственному принципу).

В Японии национальная система страхования здоровья охватывает большей частью

мелких собственников и членов их семей, инвалидов и других неработающих лиц (всего примерно 45 млн. человек). Страховой взнос взимается местными органами самоуправления или Ассоциацией национального страхования здоровья. Взнос зависит от места жительства, дохода, недвижимого имущества, размера семьи 40% суммы

В России задача введения системы обязательного медицинского страхования (ОМС), основанной на взносах из фонда оплаты труда, в свое время рассматривалась как одна из решающих задач. Ее введение обусловлено стремлением расширить источники финансирования здравоохранения и получить новые каналы стабильного поступления дополнительных средств [6].

С решением вопроса объемов и методов финансирования тесно связан вопрос совершенствования управления и организации самой структурой здравоохранения, который является важным резервом повышения эффективности работы всей структуры. С использованием современных компьютерных технологий [7]. Основополагающими принципами такого развития являются методы пациентоориентированной медицинской помощи. Это может быть изменение системы здравоохранения в пользу первичной медицинской помощи и профилактики, или использование «политики малых достижений», подразумевающих применение современных управленческих технологий организации работы в медицинских учреждениях, позволяющих реализовать каче-

ственное отношение к пациентам при минимальных дополнительных затратах [8].

Заключение. Здравоохранение Японии представляет большой интерес в связи с тем, что этой стране удалось в сравнительно короткий срок достигнуть самых высоких показателей здоровья населения, хотя, не в последнюю очередь, это связано с условиями и образом жизни.

Список литературы

1. Багненко С.Ф. Административная реформа и здравоохранение / С.Ф. Багненко, В.В. Стожаров, А.В. Кириллов, В.А. Федотов // *Скорая медицинская помощь*. – 2014. – № 4. – С. 10–16.
2. Беркутов, А.М. Современные тенденции и проблемы управления здоровьем / А.М. Беркутов, Ю.Б. Кириллов, Е.М. Прошин // *Вестник новых медицинских технологий*. – 2015. – № 3–4. – С. 92–104.
3. Григорьева Н.С. // *Вест. ММГУ*. – 2006. – Сер. 21, Управление (государство и общество), №3. – С. 67–86.
4. Друкер, П. Классические работы по менеджменту / П. Друкер; [пер. с англ. И. Григорян, О. Медведь, С. Писарева; ред. Р. Пискотина]. – М.: Альпина Бизнес Букс, 2016. – 219 с. – (Сколково).
5. Никифоров С.А. Муниципальное здравоохранение в Российской Федерации: проблемы и перспективы развития / С.А. Никифоров, И.Н. Денисов, Е.В. Ползик. – Екатеринбург, 2014. – 138 с.
6. Ямщиков А.С. Экономические аспекты управления здравоохранением на муниципальном уровне / А.С. Ямщиков – Томск: Изд-во Томского государственного университета, 2009.
7. Горюнова В.В. [и др.] Особенности проектирования интегрированных медицинских систем на основе концептуальных спецификаций // *Фундаментальные исследования*. – 2013 – №11–9 – С. 67–73.
8. Горюнова В.В. [и др.] Использование информационных технологий и концептуальных спецификаций при оценке качества жизни населения // *Современные наукоемкие технологии*. – 2014 – №5–1 – С. 130.