

Диана Мадиярова, Ляззат Сембиева, Алданыш Нурумов  
**ФИНАНСОВЫЕ АСПЕКТЫ РЕФОРМИРОВАНИЯ  
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН**

*В статье рассмотрены процессы финансирования здравоохранения в Республике Казахстан, обоснована необходимость совершенствования процесса финансирования здравоохранения и основные экономические параметры развития здравоохранения в Казахстане.*

*Ключевые слова:* гарантированный объем бесплатной медицинской помощи, государственный, республиканский и местный бюджет, модели финансирования здравоохранения.

*Табл. 4. Лит. 20.*

Диана Мадиярова, Ляззат Сембієва, Алданиш Нурумов  
**ФІНАНСОВІ АСПЕКТИ РЕФОРМУВАННЯ ОХОРОНИ  
ЗДОРОВ'Я РЕСПУБЛІКИ КАЗАХСТАН**

*У статті розглянуто процеси фінансування охорони здоров'я у Республіці Казахстан, обґрунтовано необхідність вдосконалення процесу фінансування охорони здоров'я та основні економічні параметри розвитку охорони здоров'я в Казахстані.*

*Ключові слова:* гарантований обсяг безоплатної медичної допомоги, державний, республіканський і місцевий бюджет, моделі фінансування охорони здоров'я.

Diana Madiyarova<sup>1</sup>, Lazzat Sembieva<sup>2</sup>, Aldanysh Nurumov<sup>3</sup>  
**FINANCIAL ASPECTS OF HEALTHCARE REFORM  
IN THE REPUBLIC OF KAZAKHSTAN**

*The article considers the financing processes within the healthcare sector in the Republic of Kazakhstan and grounds the necessity of improving the financing of this sector; the key economic parameters of the healthcare development in Kazakhstan are considered.*

*Keywords:* guaranteed by state gratis health services; state-level, republican and local budgets; financing models for healthcare.

**Постановка проблемы.** Как и перед другими странами постсоветского пространства, перед Казахстаном стоит трудная задача модернизации системы здравоохранения. Особенно сложно в условиях ограниченных ресурсов обеспечить приемлемый уровень медицинского обслуживания с учетом политических приоритетов.

Финансирование здравоохранения в Казахстане, как и в других странах постсоветского пространства, испытало на себе пресс трех важнейших факторов. Во-первых, отрасль наследовала консервативное финансирование только содержания самой системы при низкой заработной плате провайдеров медицинских услуг и труднодоступности высоких технологий.

Во-вторых, либерализация притоков иностранного капитала, растущее международное сотрудничество и усиливающиеся процессы кооперирования

<sup>1</sup> Doctor of Economic Sciences, Professor, L.N. Gumilyov Eurasian National University, Astana, Republic of Kazakhstan.

<sup>2</sup> Doctor of Finance Sciences, Associate Professor, L.N. Gumilyov Eurasian National University, Astana, Republic of Kazakhstan.

<sup>3</sup> Doctor of Economic Sciences, Professor, Kazakh University of Economics, Finance and International Trade, Astana, Republic of Kazakhstan.

в здравоохранении рождали новые условия и основу для развития казахстанской экономики. При этом открытость экономики страны и усиливающие процессы глобализации привели к необходимости стандартизации, сертификации, нормирования и лицензирования медицинских услуг с целью обеспечения безопасности жизни и здоровья населения, охраны окружающей среды.

В-третьих, новая парадигма вскрыла бюджетные проблемы в здравоохранении, выдвинула на первый план регионализацию социальных программ в финансовой системе страны, а также пересмотр роли государства в социальной защите населения. Появились новые участники финансовых взаимоотношений в системе здравоохранения в лице Фонда обязательного медицинского страхования (ОМС), Центра по оплате медицинских услуг и возможности государственно-частного предпринимательства (ГЧП), что диктует необходимость обобщения накопленного опыта, обоснования изменения системы финансирования здравоохранения, выработки новых теоретических подходов, принципов и разработки универсальных механизмов управления финансированием здравоохранения. Ныне стоит задача не только полностью охватить население медицинским обслуживанием, обеспечить солидарность в финансировании, сохраняя равенство доступа к медицинской помощи, высокое качество медицинского обслуживания [18], но и обеспечить финансовую устойчивость систем здравоохранения.

Управления расходами в здравоохранении остается экономически устойчивым, если связанные с ними социальные издержки не превысят пользу от них, в противном случае эти расходы угрожают другим значимым областям экономики. Особенно это обостряется в условиях пребывания экономики в застое или упадке. Это поставило под угрозу осуществление прогнозов [19], согласно которым предполагалось, что в обозримом будущем ВВП будет расти со скоростью, достаточной для того, чтобы обеспечить рост расходов здравоохранения и других областей экономики. Потому насущной проблемой развития системы здравоохранения любой страны является ежегодное сохранение объемов ее финансирования, несмотря на сокращение возможностей бюджета.

**Анализ последних исследований и публикаций.** Вопросам финансирования здравоохранения посвящены труды многих исследователей, среди которых можно назвать А. Диксона [16], С.В. Кима [7], Д. Кутцина [16], Э. Моссиалоса [16; 20], М.Х. Тусеева [12], Ж. Фигераса [16] и других. Предметом изучения стали теория и методологии финансирования здравоохранения, механизмы реформирования финансовых отношений в сфере здравоохранения, социально-экономические проблемы здравоохранения и пути их решения, вопросы добровольного медицинского страхования и др.

Исследование мирового опыта показывает, что сложилось несколько моделей финансирования здравоохранения [16], в числе которых можно назвать систему государственного (бюджетного) здравоохранения, систему частного страхования здоровья (платная медицина, основанная на рыночных принципах с использованием частного медицинского страхования) и систему государственного (регулируемого) страхования здоровья.

При первой модели (государственной или госбюджетной [5]) весь процесс находится под контролем государства. Источником финансирования медицинских услуг преимущественно является госбюджет за счет налогов с предприятий и населения. Главным покупателем и поставщиком медицинской помощи является государство, обеспечивая удовлетворение большей части общественной потребности в медицинских услугах. Такая модель распространена в Великобритании, Ирландии, Дании, Португалии, Италии, Греции и Испании.

Вторая модель предполагает, что главным инструментом удовлетворения потребностей в медицинских услугах является рынок медицинских услуг. Медицинская помощь потребителям медицинских услуг осуществляется на платной основе. Обеспечение малообеспеченных слоев населения, пенсионеров, безработных берет на себя государство путем разработки и финансирования общественных программ медицинской помощи. Такая система функционирует в США, где частный рынок медицинских услуг дополняется государственными программами медицинского обслуживания бедных «Медикэйд» ("Medicaid") и пенсионеров «Медикэр» ("Medicare").

Третья модель основана на принципах социального страхования и регулирования рынка с многоканальной системой финансирования. Она определяется как система регулируемого страхования здоровья и сочетает в себе рынок медицинских услуг с развитой системой государственного регулирования и социальных гарантий, доступности медицинской помощи для всех слоев населения. Здесь имеет место обязательное медицинское страхование почти всего населения страны при определенном участии государства в финансировании страховых фондов. Государство служит гарантом удовлетворения общественно необходимых потребностей всех или большинства граждан в медицинской помощи, независимо от уровня доходов, не нарушая рыночных принципов оплаты медицинских услуг. Объектом внимания рынка медицинских услуг служит удовлетворение потребностей населения сверх гарантированного уровня, обеспечивая свободу выбора и суверенитет потребителей.

Источник финансирования представляет собой многоканальную систему финансирования, формирующуюся из прибыли страховых организаций, отчислений от заработной платы, государственного бюджета. Такая модель финансирования характерна для здравоохранения Франции, Нидерландов, Австрии, Бельгии, Голландии, Швейцарии, Канады и Японии [7].

Различие проявляется в пропорциях элементов государственной и рыночной моделей. Социально-страховые модели систем здравоохранения стран Скандинавии и Канады близки к государственной модели, а Франции — к рыночной.

Оптимальная организационная структура и модели финансового обеспечения здравоохранения, гарантирующие доступность и качество медицинского обслуживания, предлагают три уровня финансирования: гарантированный объем бесплатной медицинской помощи, финансируемый из государственного бюджета; обязательное медицинское страхование и добровольное медицинское страхование услуг, не предусмотренных в гарантированном

объеме бесплатной медицинской помощи и программе обязательного медицинского страхования, а также платные услуги [12].

Несмотря на имеющиеся научные наработки, в изменяющихся рыночных условиях множество теоретических и организационных вопросов финансирования системы здравоохранения остается нерешенным. Новые проблемы финансирования медицинского страхования требуют их научного решения, тогда как многочисленные публикации по вопросам финансирования здравоохранения часто носят противоречивый характер и разработаны в недостаточной степени. Слабо проработаны вопросы эффективного использования финансовых ресурсов в системе здравоохранения, практически отсутствует научная основа для определения механизмов вывода средств из «теневого» оборота.

Противоречивые мнения об изменениях в действующей системе медицинских услуг, обязательного медицинского страхования и др. ведут к усилению социальной напряженности в обществе.

**Цели исследования** – обобщить казахстанский опыт формирования собственной модели финансирования здравоохранения и отразить пути, способствующие достижению ее устойчивости.

**Основные результаты исследования.** В настоящее время развитие здравоохранения находится на этапе институциональных преобразований, усиленного развития кадрового потенциала и предоставления качественных медицинских услуг. Приоритетом становится профилактика заболеваний и формирование здорового образа жизни [2].

Постановлением правительства «О полномочиях существующей структуры органов государственной власти и управления Казахской ССР» от 20 ноября 1990 г. было положено начало разделению полномочий между центральными и местными органами государственного управления. Местные бюджеты ориентированы на решение региональных проблем здравоохранения, а межрегиональные проблемы решаются на национальном уровне через республиканский бюджет.

Таблица 1. Расходы госбюджета на здравоохранение за 2000–2011 гг., млн. тенге [11]

Годы	Государственный бюджет		Республиканский бюджет		Местный бюджет	
2000	39884,7	100	6334,6	15,9	33550,1	84,1
2001	62 323,0	100	13 892,0	22,3	48 431,0	77,7
2002	71 119,0	100	12 018,0	16,9	59 101,0	83,1
2003	79 169,0	100	18 020,0	22,8	61 149,0	77,2
2004	112 161,0	100	21 873,0	19,5	90 288,0	80,5
2005	185 456,2	100	56 282,9	30,4	129173,3	69,6
2006	223 372,6	100	80 011,5	35,8	143 361,1	64,2
2007	299 380,5	100	100 829,5	33,7	198 551,0	66,3
2008	363 209,9	100	115 581,2	31,8	247 628,7	68,2
2009	450 892,5	100	176 799,6	39,2	274 092,9	60,8
2010	551 325,7	100	367 185,5	66,6	184 140,2	33,4
2011	626 309,9	100	367 704,0	58,6	258 605,9	41,4

Бюджетной системе РК в части финансирования расходов на здравоохранение свойственны не три уровня (республиканский, областной, районный),

а два (республиканский и областной), поскольку районные бюджеты консолидированы с областными. Преимуществом здесь является то, что планирование расходной части и распределение объемов финансирования по объектам происходит объективнее, а недостатком — то, что на областные органы здравоохранения приходится нагрузка выше, чем на других государственных служащих местного уровня.

Финансирование здравоохранения Казахстана в ходе реформирования экономики прошло несколько этапов.

На первом этапе (1992–1994 гг.) реформирование было связано со снижением бюджетных расходов на содержание социальной сферы, передачей социальных объектов в подчинение местных органов власти. Этот этап характеризуется созданием законодательной основы и служит нормативным обеспечением разграничения полномочий органов власти различного уровня.

Второй этап (1995–1997 гг.) был связан с началом социальных реформ. Следующий этап (1998–1999 гг.) — с необходимостью формирования механизма новых взаимоотношений между центральными и местными исполнительными органами. Центральные исполнительные органы обеспечивали местные исполнительные органы необходимой нормативно-инструктивной информацией, проводили семинары-совещания с их работниками, усиливали контроль за исполнением постановлений правительства РК. Средства государственного здравоохранения направлялись на оказание медицинской помощи населению, развитие материально-технической базы, содержание лечебно-профилактических и санитарно-эпидемиологических учреждений, подготовку и повышение квалификации медицинских кадров, развитие и внедрение медицинской науки, ликвидацию эпидемий инфекционных заболеваний в соответствии с принятыми целевыми программами здравоохранения.

Этап 2000–2005 гг. был предопределен формированием политики здравоохранения в условиях экономического роста, усилением регионального уровня в решении проблем здравоохранения, роли местных бюджетов. В условиях социального кризиса и ограниченных финансовых ресурсов основная задача государства в области здравоохранения состояла в том, чтобы остановить процесс деградации сферы здравоохранения и сохранить от дальнейшего разрушения структуру системы здравоохранения.

За период реализации Государственной программы реформирования и развития здравоохранения Республики Казахстан на 2005–2010 гг. [1] были достигнуты определенные результаты: принят Кодекс Республики Казахстан «О здоровье народа и системе здравоохранения» [3]; установлены минимальные стандарты по гарантированному объему бесплатной медицинской помощи; разработаны и внедрены отраслевые программы по снижению материнской и детской смертности на 2008–2010 гг., меры по совершенствованию службы крови в стране на 2008–2010 гг., меры по противодействию эпидемии СПИД в Республике Казахстан на 2006–2010 гг., меры по развитию кардиологической и кардиохирургической помощи на 2007–2009 гг. и программа по формированию здорового образа жизни на 2008–2016 годы.

Следствием этого явилось формирование системы санитарной охраны границ. На государственной границе развернута сеть санитарно-карантинных

пунктов, обеспечивающих защиту территории страны от завоза и распространения особо опасных инфекционных заболеваний. Кроме того, проведено реформирование службы первичной медико-санитарной помощи (ПМСП), действующей по принципу общей врачебной практики, проводятся профилактические осмотры детей, взрослого населения с целью раннего выявления болезней системы кровообращения, скрининговые исследования женщин на предмет раннего выявления онкопатологий репродуктивной системы. Наряду с этим было внедрено бесплатное и льготное лекарственное обеспечение, произведена типизация и стандартизация сети государственных медицинских организаций, утвержден государственный норматив сети, проведены меры по укреплению материально-технической базы организаций здравоохранения и создана система независимой медицинской экспертизы.

С 1 января 2010 г. в республике внедряется Единая национальная система здравоохранения [10] в целях оказания стационарной и стационаро-замещающей медицинской помощи, вызвавшая необходимость проведения консолидации бюджета на областном, а затем и на республиканском уровне. Одновременно была начата работа по подготовке менеджеров здравоохранения. С учетом тенденций на рынке была внедрена Единая система дистрибуции лекарственных средств, начато внедрение информационных технологий в здравоохранение (во всех регионах созданы медицинские информационно-аналитические центры, проведена реструктуризация санитарно-эпидемиологической службы, создана вертикаль управления и внедряется система оценки рисков в сфере контроля в области здравоохранения).

Одним из аспектов, характеризующих экономические параметры развития здравоохранения, служит показатель гарантированного объема бесплатной медицинской помощи (ГОВМП), определяемый правительством страны. Вид, объемы и условия оказания медицинской помощи, предоставляемой гражданам страны за счет средств государственного бюджета, включает медицинские услуги, обладающие наибольшей доказанной эффективностью.

С ростом экономики республики расширяется перечень ГОВМП, предоставляемый населению. Ныне дополнительно утверждены такие новые виды услуг, как инновационный метод диагностического исследования (позитронно-эмиссионная томография, однофотонная эмиссионная компьютерная томография); экстракорпоральное оплодотворение; ортодонтическая помощь детям с врожденной патологией челюстно-лицевой области; скрининговые исследования детей и взрослых на диагностику вирусных гепатитов «В» и «С»; социально-психологическое консультирование; предоставление питания для кормящей матери ребенка до одного года жизни, на весь период пребывания в медицинской организации по уходу за ребенком. Также расширен был перечень бесплатного лекарственного обеспечения детей, больных орфанными (редкими) заболеваниями: муковисцедоз (дорназа-альфа, тиамфеникола глицинат ацетилцистеинат, панкреатин), мукополисахаридоз (ларонидаза, идурсульфаз, галсульфаз), болезнь Гоше (имиглуцераз). За счет внедрения скрининга слуха детей раннего возраста, в том числе новорожденных, расширен объем ГОВМП регионам страны и выделены из республиканского бюджета в виде целевых текущих трансфертов средства на приобретение портатив-

ных устройств регистрации для родовспомогательных организаций и оснащения глаукомных кабинетов.

В итоге уровень расходов на оказание ГОБМП в расчете на 1 жителя в 2011 г. в Казахстане составил 27681 тенге, тогда как в 2005 г. он был на уровне 7785. При этом общая сумма затрат бесплатной медицинской помощи в 2011 г. составляла 455,1 млрд. тенге, что более чем в 2 раза превышает расходы 2007 года.

Единая национальная система здравоохранения формирует конкурентную среду, прозрачность процесса оказания медицинских услуг и реализует право пациента на свободный выбор врача и медицинской организации. На ее финансирование было направлено 833,4 млрд. тенге, в том числе в 2011 г. – 245,9 млрд. тенге, в 2012 г. – 283,2 млрд. тенге, в 2013 г. планируется 304,3 млрд. тенге (табл. 2).

**Таблица 2. Расходы Министерства здравоохранения РК, 2011–2013 гг. [6]**

Наименование мероприятий	2011	2012	2013
Всего расходов, в млрд. тенге	401,3	420,7	440,3
1. Оказание ГОБМП, за исключением направлений, финансируемых на местном уровне, расширение ГОБМП и закуп лекарственных средств и вакцин (на создание Единой национальной системы здравоохранения), в том числе:	245,8	283,2	304,3
- на расширение гарантированного объема бесплатной медицинской помощи и закупка лекарственных средств и вакцин	46,4	56,1	62,0
- на обеспечение гарантированного объема бесплатной медицинской помощи, за исключением направлений, финансируемых на местном уровне	199,4	227,1	242,3
2. Межсекторальное и межведомственное взаимодействие по вопросам охраны здоровья граждан	18,2	14,9	4,6
3. Строительство и реконструкция объектов здравоохранения	51,3	45,4	59,7
4. Подготовка специалистов со средним, высшим и послевузовским образованием	18,2	23,6	26,8
5. Формирование государственной политики в области здравоохранения	11,9	12,4	13,1
6. Обеспечение санитарно-эпидемиологического благополучия населения на республиканском уровне	9,7	10,8	11
7. Реформирование системы здравоохранения за счет софинансирования из республиканского бюджета	8,6	12,3	4,9
8. Создание информационных систем здравоохранения	3,4	2,4	1,4
9. Прочие расходы (проведение капитального ремонта организаций образования и здравоохранения, материально-техническое оснащение и т.д.)	34,1	15,7	14,5

Как видно из данных табл. 2, в расходах на здравоохранения РК львиную долю занимает финансирование ГОБМП. Расходы на здравоохранение по основным параметрам республиканского бюджета на 2011–2013 гг. составляют 21% в общем объеме социальных расходов.

Тем не менее, количественные и качественные параметры развития здравоохранения и оказания медицинских услуг населению нуждаются в качественном улучшении. Такой вывод исходит из наличия и существования территориальных диспропорций, экологически кризисных регионов, депрессивных малых и средних городов, отсталых районов, что обуславливает необходимость формирования многоуровневой системы стандартов медицинских услуг, изменения характера и содержания медицинских услуг и вызывают растущий спрос на профессиональных менеджеров по организации здравоохранения.

Реализация «Государственной программы развития здравоохранения Республики Казахстан «Салауатты Казакстан» на 2011–2015 годы» [1] предусматривает средства республиканского и местных бюджетов, а также другие средства, не запрещенные законодательством Республики Казахстан.

Как видно из данных табл. 3, общие затраты из государственного бюджета на реализацию Программы составят в целом 427525,9 млн. тенге, в том числе из средств республиканского бюджета (включая целевые трансферты местным бюджетам) – 404735,9 млн. тенге, из средств местного бюджета – 1790,0 млн. тенге.

**Таблица 3. Проект расходов госбюджета на здравоохранение, млн. тенге [1]**

По годам	Всего	Республиканский бюджет	Местный бюджет	Другие источники
2011 г.	85053,8	80535,1	318,7	4200
2012 г.	110430,5	105900,5	330,0	4200
2013 г.	88505,8	84212,0	93,8	4200
2014 г.	66740,2	62042,7	497,5	4200
2015 г.	76795,6	72045,6	550,0	4200
Итого	427525,9	404735,9	1790,0	21000

Всего в республиканском бюджете по Министерству здравоохранения на трехлетний период предусмотрены средства в сумме 1262,3 млрд. тенге, из них в 2011 г. – 401,3 млрд. тенге, в 2012 г. – 420,7 млрд. тенге, в 2013 г. – 440,3 млрд. тенге [1].

Только за последние 10 лет расходы на здравоохранение выросли в 10 раз. На реализацию Программы в 2011–2015 гг. направлены также другие средства, не запрещенные законодательством Казахстана. По данным ВОЗ, почти 41% всех расходов на здравоохранение в Казахстане несет частный сектор, из них большую часть (99%) тратит население и только 1% – страховые компании. При этом в республике финансовыми источниками могут быть гранты, бюджеты местных органов, кредитование международных финансовых институтов, республиканский бюджет [1]. Так, среди всего разнообразия реализуемых в Казахстане проектов надо отметить проекты, которые финансируются правительством Японии, Саудовской Аравии и др. государств, USAID, Всемирным банком и другими международными организациями.

Следует отметить, что за период 1990–2000 гг. государственные ассигнования на содержание здравоохранения по отношению к ВВП сократились с 38 до 2,1%. Последующая картина такова, что снижение в ВВП доли расходов на здравоохранение продолжалось до 2003 г., после которого наступил нестабильный, но рост. В 2010 г. общие расходы на эту сферу, по данным Республи-



канского центра развития здравоохранения, составили 882,2 млрд. тенге, или 4,04% от ВВП [13; 14].

Соответственно, современный период развития Казахстана, обусловленный активными интеграционными процессами по вступлению в ВТО, ОЭСР, в разряд 50 развитых стран и т.д., дает импульс к поиску альтернативных способов и методов, новых схем финансирования отрасли.

На развитие здравоохранения оказывают воздействие внешние факторы. Многие страны стремятся обеспечить населению минимальные стандарты в области здравоохранения, принятые мировым сообществом. По рекомендациям Всемирной организации здравоохранения, на его развитие должны направляться средства в размере не менее 5% от ВВП. Вместе с тем, даже плановые ассигнования на здравоохранение покрывают не более 50% потребности, необходимой для полноценного функционирования лечебно-профилактических учреждений.

Здоровье нации характеризуется широким спектром количественных и качественных показателей, среди которых важны такие индикаторы, как смертность, рождаемость, уровень заболеваемости населения, медицинские кадры и т.д., характеризующие социально-экономическую ситуацию, доступность медицинских услуг, факторы окружающей среды и т.д.

Исследование показывает, что региональные показатели, отражающие уровень здравоохранения, весьма различны и есть несколько областей (Атырауская, Восточно-Казахстанская, Кызылординская, Мангыстауская и Южно-Казахстанская), параметры развития которых значительно ниже среднего по республике значения, например, по младенческой смертности на 1000 родившихся и материнской смертности на 100000 родившихся живыми.

**Таблица 4. Количественные параметры бедности, прожиточного минимума и минимальной зарплаты в Республике Казахстан [9; 15]**

	2001	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Прожиточный минимум, тенге	5655	7618	8410	9653	12364	12660	13487
Среднегодовой минимальный размер заработной платы, тенге	3484	8100	9200	9752	11270	13594	14952
Доля бедных, город %	36,0	20,2	13,6	6,9	8,1	4,1	3,7
Доля бедных, село %	59,4	45,6	24,4	18,1	15,9	12,1	10,1
Продуктовая бедность, город %	10,7	2,4	1,8	0,7	0,6	0,2	0,3
Продуктовая бедность, село %	22,6	8,5	3,8	2,1	1,7	0,9	0,6
Глубина бедности, %	14,8	7,5	3,9	2,4	2,3	1,3	1,1
Острота бедности, %	6,5	2,5	1,3	0,8	0,7	0,3	0,3

Дифференциация размеров государственного финансирования здравоохранения по областям Казахстана достигает 3,5-кратного размера, что обуславливает существенные отличия реальной доступности и качества медицинской помощи в различных регионах, а также в городе и на селе. Так, например, в 2007 г. подушевой норматив финансирования в расчете на 1 жителя в городе Астана составлял 38,9 тыс. тенге, в Кызылординской области – 23,9 тыс. тенге, а в Алматинской области – 11,5 тысяч тенге. Соотношение максимального и минимального значений превосходят 3,5 раза.

Это значит, что в стране существует потенциальный риск наличия условий для ухудшения здоровья нации, предопределенный количественными

параметрами уровня бедности, прожиточным минимумом, минимальной зарплатой и др.

Принципиально важно то, что в начале XXI в. главным фактором развития становится не накопление материальных благ, а накопление здоровья, знаний, уровня физического развития. Основой социально-экономической стратегии и социальной политики становится обеспечение приоритета сохранения и улучшения здоровья населения как важнейшей производительной силы общества, определяющей национальную безопасность страны и ее экономическое развитие [20].

Все это свидетельствует о том, что сегодня Казахстану потребовалась не только трансформация схемы финансирования с учетом экономических возможностей государства, но и изменение философии проводимой политики. В этом направлении проведен широкий спектр мероприятий, направленных на реализацию принятой стратегии.

Комплекс антикризисных мероприятий, проводимый правительством, оказал сдерживающий эффект на такие последствия спада экономики, как рост безработицы и снижение уровня жизни населения. В то же время государство продолжает выполнять свои обязательства по улучшению качества жизни, реализуя различные программы в социальной сфере. Концепция «Через кризис к обновлению и развитию» обеспечила новый импульс обновлению социальной инфраструктуры, прежде всего школ и больниц [17].

За 5 лет построено 500 больниц и поликлиник с лучшим медицинским оборудованием, в том числе национальный медицинский холдинг, где сегодня осваиваются новейшие методы диагностики и лечения. Активно начали внедряться высокие технологии в республике. Если в 2010 г. в стране было внедрено около 40 новых технологий диагностики и лечения, то в 2012 г. – более 120. Это современные медицинские разработки по нейрохирургии, кардиохирургии, отоларингологии, травматологии и другие.

Принятая в 2011 г. новая Государственная программа развития здравоохранения до 2015 г. [1] включает 6 основных направлений, полностью соответствующих глобальным целям и задачам развития здравоохранения в мире в этом тысячелетии. Так, Казахстан перешел на межсекторальный подход в решении проблем здоровья. Вся система здравоохранения перешла на новую модель финансирования, нацеленную на достижение конечного результата. Ныне через министерство здравоохранения проходят денежные потоки для других министерств (образования, чрезвычайных ситуаций и других), предназначенные для решения вопросов охраны здоровья и имеющие конкретные индикаторы эффективности их освоения.

С 2010 г. в рамках Единой национальной системы здравоохранения создан Институт единого покупателя медицинских услуг в лице комитета при Министерства здравоохранения РК, где аккумулированы все средства на стационарное лечение. Соответственно, по всей стране начали действовать единые тарифы на медицинские услуги и внедрен принцип «деньги идут за пациентом». Уход от затратного постатейного финансирования больниц позволял создать свободную конкуренцию между стационарами за каждого больного. Следствием этого явилось невостребованность около 10% больничных коек,

позволивших сократить около 3000 и репрофилировать около 4000 коек, что позволило сэкономить 98,0 млн. дол. США, реинвестированных в отрасль.

Широко внедряется практика проведения мастер-классов с приглашением лучших зарубежных специалистов. Если ранее ежегодно за счет государства направлялись граждане в лучшие клиники мира по свыше 20, то ныне – по 8 заболеваниям.

Оценивая все это, Отдел систем здравоохранения и охраны общественного здоровья Европейского бюро ВОЗ отмечает, что в настоящее время в Казахстане создана достойная система финансирования здравоохранения, в которой преобладает государственное финансирование с правильно сконструированными механизмами объединения ресурсов и закупок [4].

Казахстанский опыт показывает, что государственное финансирование в условиях мирового финансового кризиса приемлемо, поскольку значительная зависимость от частных форм финансирования здравоохранения (в виде долевого оплаты, частного добровольного страхования и медицинских сберегательных счетов) увеличивает неравенство при распределении средств финансирования здравоохранения и снижает финансовую защиту населения, так как ложатся тяжелым бременем на людей с хроническими заболеваниями и с низким уровнем дохода.

Повысить индивидуальную ответственность за свое здоровье можно разными способами, в т.ч. расширением возможностей населения и сообществ, помимо повышения частного финансирования, что является приоритетным направлением №4 политики «Здоровье–2020» [8]. Она обращена на усиление систем здравоохранения, ориентированных на интересы пациента, возможностей общественного здравоохранения и подготовленность к чрезвычайным ситуациям. В основе работы по усилению системы здравоохранения была положена Таллиннская хартия Системы здравоохранения для здоровья и благосостояния, принятая 53 странами в 2008 году.

**Выводы и перспективы последующих разработок.** Видение современных систем здравоохранения заключается в системе, ориентированной на интересы пациента, стремящейся добиться максимального улучшения здоровья для населения в условиях финансовых трудностей и дающей защиту от чрезмерных финансовых затруднений при обращении за лечением, реагирующей на обоснованные ожидания граждан.

Все это на данном этапе развития Казахстана подчеркивает необходимость в органическом единстве реформы в предоставлении услуг, решений о финансировании здравоохранения для обеспечения выделения соответствующих средств на развитие здравоохранения, на реформы в государственной политике, обеспечивающие улучшение здоровья населения, лидерство через участие и диалоги.

Только при таких условиях к 2015 г. Казахстан достигнет прогнозируемого увеличения продолжительности жизни населения до 70 лет, сможет снизить материнскую и младенческую смертность в 1,5 раза, а общую – на 15%.

1. Про утверждение Государственной программы развития здравоохранения Республики Казахстан «Салауатты Казакстан» на 2011–2015 годы: Указ Президента Республики Казахстан от 29.11.2010 №1113 // [zdrav.akmol.kz](http://zdrav.akmol.kz).

2. О Государственной программе реформирования и развития здравоохранения Республики Казахстан на 2005–2010 годы: Указ Президента Республики Казахстан от 13.09.2004 №1438 // [www.zakon.kz](http://www.zakon.kz).
3. О здоровье народа и системе здравоохранения: Кодекс Республики Казахстан от 18.09.2009 №193-IV ЗРК // [www.zakon.kz](http://www.zakon.kz).
4. В Назарбаев университете открылась панельная сессия на тему «Актуальные проблемы развития медицины и фармацевтической промышленности», 24.05.2012 // [ru.government](http://ru.government).
5. Доклад о состоянии здравоохранения в Европе / Всемирная организация здравоохранения. Европейское региональное бюро. – М.: Весь Мир, 2005. – 74 с.
6. Информация по основным параметрам республиканского бюджета на 2011–2012 годы // [www.mz.gov.kz](http://www.mz.gov.kz).
7. *Ким С.В.* Экономика здравоохранения. – Астана: КГМА, 2008. – 182 с.
8. Новая европейская политика здравоохранения – Здоровье–2020: видение, ценности, основные направления и подходы Европейский региональный комитет ВОЗ // Шестидесят первая сессия (Баку, Азербайджан, 12–15 сентября 2011 г.). – Баку, 2011. – С. 3.
9. Оплата труда в Казахстане 2006–2010 годы: Статистический сборник. – Астана, 2011. – 264 с.
10. С 1 января 2010 года в республике внедряется Единая национальная система здравоохранения в целях оказания стационарной и стационаро-замещающей медицинской помощи, вызвавшая необходимость проведения консолидации бюджета на областном, а затем на республиканском уровне // [zdgrav.akmol.kz](http://zdgrav.akmol.kz).
11. Статистический бюллетень Министерства финансов РК // [www.minfin.kz](http://www.minfin.kz).
12. *Тусеева М.Х.* Финансирование здравоохранения Казахстана: опыт, проблемы и перспективы: Университет международного бизнеса. – Алматы, 2008. – 117 с.
13. Уровень жизни населения Казахстана 2001–2006: Статистический сборник. – Астана, 2007. – 212 с.
14. Уровень жизни населения Казахстана 2001–2006: Статистический сборник. – Астана, 2006. – 199 с.
15. Уровень жизни населения Казахстана 2006–2010: Статистический сборник. – Астана, 2011. – 242 с.
16. Финансирование здравоохранения: альтернативы для Европы / Э. Моссиалос, А. Диксон, Ж. Фигерас, Д. Кутцин. – М.: Весь Мир, 2002. – 163 с.
17. Через кризис к обновлению и развитию: Послание Главы государства народу Казахстана от 6.03.2009 // [www.zakon.kz](http://www.zakon.kz).
18. Council of the European Union (2006). European Union. Brussels, 12 February 2007, 16879/1/06 REV 1. CONCL 3. COVER NOTE, 2.
19. Economic Policy Committee and European Commission, 2006 // [ec.europa.eu](http://ec.europa.eu).
20. *Thomson, S., Foubister, T., Mossialos, E.* Финансирование здравоохранения в Европейском союзе: Проблемы и стратегические решения // Серия исследований. Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения. – 2010. – Вып. 17. – С. 7.

Стаття надійшла до редакції 31.07.2012.