

### Литература

1. Абдуллаев А.И. Моделирование потребительского спроса населения в условиях ограничений. Автореферат диссертации на соискание ученой степени доктора наук. Московский экономико-статистический институт, Москва, 1991.
2. Орынбеков А., Аскарова М. Модельное изучение региональной структуры спроса населения. Материалы XVII международной научно - технической конференции. Минский институт управления. Минск 2008.
3. Социально-экономическое развитие Южно-Казахстанской области за 2005 год. Управление статистики ЮКО. Шымкент 2006, стр. 9.
4. Орынбеков А., Аскарова М. Полезность благ и структура товарооборота потребительских товаров на местном рынке. Жамбылский гуманитарно-технический университет. Тараз, 2008.

\*\*\*

Аймақ тұрғындарының өмір деңгейін және әлеуметтік жағдайын зерттеу негізінде жергілікті нарықта тауарайналым, табыс және сұраныс құрылымын қалыптастыру модель жүйесі анықталған.

\*\*\*

Based on the study of living standards and social status of the population of the region defined by the system of models of structure formation of trade, income and consumer demand in local markets.

*К.О. Шаяхметова, К.Ш. Сыздыкова, Г.Б. Рахимжанова*

### ПРОБЛЕМЫ РАЗВИТИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ КАЗАХСТАНА НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ

Министерство здравоохранения Республики Казахстан и в целом сектор здравоохранения, как государственный институт, сегодня находятся в стадии активных институциональных преобразований, развития кадрового потенциала на всех уровнях отрасли и оказания высокотехнологичной медицинской помощи, целью которых являются качественное повышение эффективности, доступности и результативности системы оказания медицинской помощи, в приоритетном развитии первичной медико-санитарной помощи населению, обеспечивающей улучшение состояния здоровья населения. Это отражено в Послании Президента Н.А. Назарбаева народу Казахстана «Новый Казахстан в новом мире», Стратегии «Казахстан-2030», в которой Глава государства указал направление реформ в отрасли на улучшение качества медицинских услуг и развитие высокотехнологичной системы здравоохранения.

В 2007 году завершена реализация I этапа Государственной программы реформирования и развития здравоохранения Республики Казахстан на 2005-2010 годы, которые направлены на масштабные инвестиции в отрасль: техническую модернизацию, развитие инфраструктуры, решение задачи укрепления первичной медико-санитарной помощи, формирование здорового образа жизни, повышение качества медицинских услуг.

В настоящее время развитие здравоохранения вступает в этап институциональных преобразований, развития кадрового потенциала, предоставления качественных медицинских услуг. Приоритетом становится профилактика заболеваний и формирование здорового образа жизни, что отражено в Кодексе Республики Казахстан «О здоровье народа и системе здравоохранения».

Улучшение социально-экономического развития общества позволило поставить перед отраслью принципиально новые задачи, направленные на создание доступной и эффективной системы здравоохранения.

Интеграция казахстанской экономики в мировую экономику, масштабы и характер деятельности системы социальных институтов, в том числе системы здравоохранения,

требует нового подхода к организации управления. Ее практическое воплощение, а также новые институциональные условия функционирования системы здравоохранения требуют развития системы здравоохранения на основе разработки новых идей, правовых норм, нормативных процедур и реализующих их механизмов, а в целом – качественных системных преобразований сектора здравоохранения Казахстана.

Процесс развития сектора здравоохранения – институционализация – рассматривается как процесс гармонизированных концептуальных, правовых, организационных, технологических и других системных преобразований в сфере здравоохранения. Любые преобразования системы неизбежно связаны с определенными затратами на ее изменение, что обуславливает поиск рационального пути перехода от существующей системы к перспективной. Однако, в настоящее время сектор здравоохранения, как государственный институт, изучен недостаточно, что принципиально ограничивает возможности качественного решения проблем его дальнейшего развития.

Возникает объективная необходимость в разработке теоретических положений, позволяющих совершить переход к новой системе с наименьшими затратами посредством адаптации современных подходов и методов в целях дальнейшего развития Министерства здравоохранения Республики Казахстан, как государственного института, в новых институциональных условиях. Поэтому возникают актуальные вопросы в данной области и своевременное решение которых связано с общими социальными вопросами, направленными на улучшение жизни населения Казахстана в целом. И в решении этих вопросов особое место занимает принятая **Концепция создания Единой национальной системы здравоохранения Республики Казахстан**, разработанная в соответствии с поручениями Главы государства (май, октябрь 2008 года). Долгосрочные ориентиры развития, укрепления и благополучия граждан были закреплены в 1997 году Стратегией развития Казахстана до 2030 года. В 2004 году принята Государственная программа реформирования и развития здравоохранения Республики Казахстан на 2005-2010 годы (далее - Государственная программа), разработанная во исполнение Послания Главы государства народу Казахстана от 19 марта 2004 года «К конкурентоспособному Казахстану, конкурентоспособной экономике, конкурентоспособной нации». В рамках реализуемой Государственной программы было предусмотрено формирование к 2008 году модели здравоохранения на долгосрочный период (1).

Поэтапное введение в системе здравоохранения централизованного государственного плательщика медицинских услуг гарантированного объема бесплатной медицинской помощи (далее – ГОБМП) предусмотрено Стратегическим планом Министерства здравоохранения Республики Казахстан на 2009-2011 годы», утвержденным постановлением Правительства Республики Казахстан от 23 декабря 2008 года № 1213. Свободный выбор медицинской организации и врача, а также право граждан на качественную и своевременную медицинскую помощь регламентированы Кодексом Республики Казахстан «О здоровье народа и системе здравоохранения».

Концепция продиктована необходимостью системных преобразований здравоохранения, направленных на улучшение здоровья граждан. За последние годы в Казахстане отмечается повышение уровня рождаемости населения с 18,42 (2005 г.) до 22,75 (2008 г.), стабилизация показателя смертности – 9,74 (2005г. - 10,37), увеличение коэффициента естественного прироста населения до 13,01 (2005г. - 8,05) на 1 000 населения.

Несмотря на позитивные сдвиги в демографической ситуации, сохраняется низкий уровень здоровья женщин и детей. Остается актуальной проблема репродуктивного здоровья, до 16% браков являются бесплодными. Основными причинами материнской смертности (2008 г. - 31,2 на 100 тыс. родившихся живыми) продолжают оставаться акушерские кровотечения, гестозы, экстрагенитальная патология, вследствие высокого уровня абортот и заболеваемости (инфекции, передаваемые половым путем, анемии). Данная ситуация усугубляется недостаточным качеством медицинских услуг и отсутствием должной ее стандартизации.

Имеет место тенденция роста показателя младенческой смертности с 15,15 на 1 000 родившихся живыми (2005 г.) до 20,76 (2008 г.). Показатель превышает аналогичные

индикаторы развитых стран и большинства стран СНГ. В Глобальном индексе конкурентоспособности (ГИК) Казахстан занимает лидирующую позицию по уровню младенческой смертности, при этом различия статистических данных обусловлены использованием расчетов на основе международных критериев живо - и мертворождения. Структура младенческой смертности соответствует таковой в развивающихся странах и обусловлена предотвратимыми причинами (асфиксия, родовые травмы и инфекции).

Согласно анализу, проведенному международными экспертами по исследованиям причин младенческой и детской смертности, в Казахстане ежегодно умирает до 5 тыс. детей в возрасте от 0 до 5 лет, из которых около половины – новорожденные. При этом большинство случаев летальных исходов детей раннего возраста происходят от причин, предотвратимых возможностями существующей системы здравоохранения. Кроме того, Казахстан продолжает терять матерей в 4-10 раз больше, чем в странах с высоким индексом человеческого развития. При этом по причинам, которых можно было бы избежать.

Недостаточный уровень здоровья женщин и детей, распространенность социально значимых заболеваний, низкий уровень общественного здоровья и неэффективное обеспечение гарантированным объемом бесплатной медицинской помощи определяют в целом низкий уровень здоровья граждан.

В Республике Казахстан социально-значимые болезни наносят существенный экономический ущерб и снижают ожидаемую продолжительность жизни, уровень которой в 2008 году составил 67,11 лет. Так, по данным за 2007 год в рейтинге глобального индекса конкурентоспособности (ГИК) Казахстан занимает 101 позицию по показателю ожидаемой продолжительности жизни (64 года).

Наибольший удельный вес (50,3%) в структуре общей смертности приходится на болезни системы кровообращения (БСК). По данным Агентства Республики Казахстан по статистике, в 2008 году число умерших от БСК составило 76750 человек, при этом доля лиц трудоспособного возраста (16-62 года) составила более 25 %.

Состояние здоровья населения является интегральным показателем социальной ориентированности государства, отражающим степень его ответственности перед своими гражданами.

По данным ВОЗ здоровье человека на 50% зависит от образа жизни, развитие большинства хронических неинфекционных болезней (болезни сердечно-сосудистой системы, сахарный диабет и др.) также связано с образом жизни человека.

На высоком уровне остаются распространенность поведенческих факторов риска: табакокурение (22,8%), избыточная масса тела (36,9%), злоупотребление алкоголем (18,1%).

В дальнейшем предполагается рост заболеваемости «болезнями цивилизации» (на 100 тыс. населения):

- болезни системы кровообращения 2007 г. – 1906,6; 2011 г. – 2274,9;
- онкозаболеваемость 2007 г. – 496,9; 2011 г. – 516,4;
- сахарный диабет 2007 г. – 129,2; 2011 г. – 162,1

За период реализации Государственной программы (2005 – 2008 гг.) отмечается снижение некоторых показателей заболеваемости и смертности населения страны. Так, снизились показатели заболеваемости и смертности от туберкулеза (со 147,3 до 125,5 и с 20,8 до 16,9 на 100 тыс. и 1 тыс. населения соответственно). Вместе с тем, эпидемиологическая ситуация остается напряженной. В рейтинге ГИК Казахстан занимает 94 место по заболеваемости туберкулезом (показатель за 2007 год 130,0) и 111 позицию по влиянию туберкулеза на бизнес.

Несмотря на проводимое масштабное строительство, реализацию программы лечения туберкулеза DOTS-плюс, актуальными остаются вопросы эпидемиологического надзора за распространением туберкулеза, развития лекарственной устойчивости, смертности от туберкулеза.

Несмотря на некоторое снижение показателя заболеваемости злокачественными новообразованиями (с 192,5 до 180,7 на 100 тыс. населения), преобладают запущенные формы

(16,2%), а смертность занимает третью позицию в структуре причин общей смертности (11,9%).

По данным ВОЗ, Казахстан находится в концентрированной стадии эпидемии ВИЧ/СПИДа (0,2% населения при среднемировом показателе 1,1%). По оценочным данным международных экспертов, число людей, живущих с ВИЧ в Казахстане, составляет 16 тыс. человек, что почти в 2 раза превышает число зарегистрированных, а возможность ухудшения ситуации по ВИЧ/СПИД велика, поскольку поведение, практикуемое в первую очередь лицами, употребляющими наркотики инъекционно, не является безопасным, уровень знаний молодежи о ВИЧ низок и, как следствие, отмечается рост случаев заражения половым путем.

Наблюдается ухудшение психического здоровья населения (увеличился показатель заболеваемости с 162,5 до 391,7 на 100 тыс. населения). Смертность от травм, несчастных случаев и отравлений занимает второе место среди причин смертности населения Республики Казахстан.

Ухудшение экологической обстановки обуславливает увеличение спроса на медицинские услуги по диагностике и лечению болезней, связанных с воздействием вредных факторов окружающей среды (болезни органов дыхания, онкологические заболевания, аллергические болезни и т.д.).

Актуальной задачей остается дальнейшая стабилизация санитарно-эпидемиологической ситуации. Отмечается рост заболеваемости сальмонеллезом (с 13,2 до 15,3 на 100 тыс. населения). Сохраняется риск осложнения эпидемиологической ситуации, связанной с угрозой завоза особо опасных и других инфекционных заболеваний, вспышки которых регистрируются в приграничных (атипичная пневмония, птичий грипп, энтеровирусная инфекция 71 типа, H1N1 и др.)

Динамика основных показателей здравоохранения свидетельствует о ежегодном увеличении бюджетных средств, направляемых в сферу здравоохранения. Так, в период с 2004 по 2009 гг. объем финансирования на гарантированный объем бесплатной медицинской помощи (далее – ГОБМП) увеличился с 90,5 до 273,1 млрд. тенге. Расходы здравоохранения на душу населения за последние годы также имеют определенный рост: с 8 740 тенге в 2004 году до 30 373 в 2009 году, т.е. общий объем только государственного финансирования отрасли будет составлять более одного миллиарда долларов США (без учета финансовых средств, циркулирующих в фармацевтической отрасли и в сфере частного медицинского предпринимательства. Вместе с тем позитивные изменения основных медико-демографических показателей и показателей, характеризующих здоровье населения, отсутствуют.

Подход, основанный лишь на увеличении бюджетных ассигнований, является экстенсивным, а ретроспективный анализ показывает, что экстенсивные модели не всегда оказываются результативными. Одним из признаков малоэффективности инфраструктуры отрасли является показатель использования коечного фонда (1).

Показатель обеспеченности койками возрос с 77,4 до 79,7 на 10 тыс. населения (2004 г. и 2008 г. соответственно). Вместе с тем, до 30% больных, госпитализированных в стационары, не нуждаются в стационарном лечении; увеличивается число вызовов скорой медицинской помощи (с 4 559 298 в 2004 году до 4 978 393 в 2008 году), в т.ч. безрезультатных и необоснованных (с 135 579 до 189 498 соответственно).

До настоящего времени сохраняется низкий уровень качества медицинских услуг, нет достаточной доступности качественных лекарственных средств. По данным социологического опроса населения, проведенного в 2007 году, только 46,9% опрошенных отмечают улучшение качества лечения в организациях здравоохранения. Анализ структуры обращений населения за последние два года выявил, что на первом месте находятся жалобы, связанные с нарушением прав пациентов из-за отсутствия свободного выбора врача и медицинской организации. В результате при обращении 45% граждан в организации, вне административного прикрепления, происходит взимание средств за услуги, входящие в ГОБМП.

За последние три года объем казахстанского рынка лекарственных средств увеличился примерно в 2 раза и по итогам 2008 года составил 115 млрд. тенге. Сегодня отмечается

постоянный рост цен на лекарственные средства зарубежных производителей (до 17%), превышение международных медианных цен на отдельные препараты и большой разброс цен на лекарственные средства между областями (на 30-50%). В сельской местности сеть объектов фармацевтической деятельности развита слабо, кроме того система закупа лекарственных средств для оказания гарантированного объема бесплатной медицинской помощи (ГОБМП) децентрализована и не позволяет оперативно и бесперебойно обеспечивать население и организации здравоохранения лекарственными средствами.

Известно, что финансирование государственного здравоохранения происходит из средств налогообложения или различных социальных отчислений. Страны с государственной системой здравоохранения склонны тем или другим путем лимитировать расходы на охрану здоровья путем ограничения объема и спектра медицинских услуг.

В Республике Казахстан перечень и объемы бесплатной медицинской помощи, гарантированной для гражданина, регламентирован Постановлением Правительства Республики Казахстан от 28 сентября 2007 года № 853 «Об утверждении перечня гарантированного объема бесплатной медицинской помощи на 2008-2009 годы».

4-летний опыт планирования и финансирования утвержденного перечня гарантированного объема бесплатной медицинской помощи позволяет сделать некоторые выводы:

- Сам потребитель лишен возможности выбирать медицинские услуги в зависимости от типа, качества, приемлемости в конкретной ситуации; нет возможности свободного выбора врача, медицинской организации;

- Свобода предоставления медицинских услуг исключает открытую конкуренцию между поставщиками: различными больницами, амбулаториями и частнопрактикующими врачами;

- Отсутствует прозрачность и информированность потребителей о качестве и стоимости на рынке медицинских услуг;

- Как следствие, отсутствует солидарная ответственность гражданина за свое здоровье;

- Отсутствует механизм межрегиональной балансировки за пролеченных больных;

- Присутствуют теневые платежи;

- Создаются условия для «уплывания» национальных средств за рубеж;

- Нет ориентированности на результат.

В настоящее время, финансирование медицинских организаций, предоставляющих медицинскую помощь в рамках ГОМП, регламентируется постановлением Правительства Республики Казахстан от 6 октября 2006 года № 965 «Об утверждении Правил возмещения затрат медицинских организаций за счет бюджетных средств и оказания платных услуг в организациях здравоохранения и порядка использования средств от платных услуг, осуществляемых государственными организациями здравоохранения»

Утвержденная система тарифообразования по клинико-затратным группам (КЗГ) и тарификатору предусматривает оплату за усредненный случай, не учитывает исход лечения, результаты экспертизы контроля качества. Тариф не включает расходы на обновление основных фондов. Низкая самостоятельность государственных организаций здравоохранения и отсутствие квалифицированных менеджеров тормозят развитие конкуренции в отрасли. Остается крайне низким уровень оплаты труда медицинских работников, что отражается на качестве предоставляемых услуг.

Ситуация усугубляется неравномерным распределением ресурсов между регионами страны. Размах колебаний объема средств на одного жителя в рамках ГОБМП в 2008 году в разных регионах республики приходится от 9 302 тенге до 19 441 тенге. Средняя стоимость пролеченного больного в стационарах - от 41,7 тыс. тенге до 88,8 тыс. тенге. Вышесказанное приводит к тому, что объемы и качество предоставляемых медицинских услуг больным с идентичными заболеваниями в разных регионах страны имеют разницу в 2 раза.

В структуре расходов государства на ГОБМП в текущем году 60% средств приходится на оплату стационарной помощи, 34% - на оплату первичной медико-санитарной помощи. Обеспеченность койками на 10 тыс. населения в Республике Казахстан составила 79,7 (Австралия - 40, Канада - 34). Из более 2, 5 млн. пролеченных стационарных больных в год

35 % составляют дети и пенсионеры. При этом на долю последних приходится 60% расходов на стационарное лечение.

Реализация политики в области здравоохранения, осуществляемая местными исполнительными органами, приводит к администрированию свыше 60% средств бюджета здравоохранения. Вместе с тем, в системе здравоохранения отсутствует единая политика рационального планирования бюджета, равномерного распределения финансовых ресурсов, эффективного использования средств. Вышесказанное создает обстоятельства для возникновения коррупции.

Таким образом, отсутствие надлежащих механизмов реализации политики в области здравоохранения и несовершенство финансирования ГОБМП обуславливает недостаточную эффективность управления отраслью.

Учитывая вышеизложенное, в отрасли необходимо создать единую систему организации и финансирования, направленную на мобилизацию внутренних ресурсов для решения фундаментальной задачи – улучшения здоровья нации.

На протяжении всего периода существования здравоохранения, как системы, каждое государство старается решить вопрос его наилучшего построения и приспособления для обеспечения реального и устойчивого улучшения состояния здоровья населения. На сегодняшний день все более преобладает мнение, что ключевое значение для улучшения показателей здоровья имеет совершенствование систем здравоохранения.

Всемирная организация здравоохранения (далее - ВОЗ) сводит задачи стоящие перед системами здравоохранения к трем целям:

1. Улучшение здоровья, инструментом к достижению которого является совершенствование системы здравоохранения, проведение административных реформ.
2. Отзывчивость к нуждам населения, подразумевающая повышение качества медицинских услуг, уважение достоинства и соблюдение прав пациентов, а так же учет потребностей и уязвимости всех групп населения.
3. Финансовая справедливость, предполагающая создание устойчивых финансовых институтов, обеспечивающих всеобщий доступ к услугам здравоохранения и создающих условия для выполнения первых двух целей.

Вместе с тем, необходимо отметить, что в такой сложной и многофакторной отрасли как здравоохранение, не существует универсальной модели, позволяющей обеспечить полное решение всех имеющихся проблемных вопросов. Общеизвестно, что страны, характеризующиеся одинаковыми уровнями дохода, образования и расходов на здравоохранение различаются по своим возможностям решать важнейшие проблемы охраны здоровья. Таким образом, построение национальной системы здравоохранения должно осуществляться на основе оценки возможности решения приоритетных задач в конкретных экономических, социальных и политических условиях с учетом мирового опыта (1).

В настоящее время все существующие системы здравоохранения в соответствии со сложившимися взаимоотношениями между государством, производителем и потребителем медицинской помощи, сводят к трем основным экономическим моделям. Это:

- платная медицина, основанная на рыночных принципах с использованием частного медицинского страхования;
- государственная медицина с бюджетной системой финансирования;
- система здравоохранения, основанная на принципах регулирования рынка с многоканальной системой финансирования.

При первой модели, отсутствует единая система государственного медицинского страхования, медицинская помощь предоставляется преимущественно на платной основе, за счет самого потребителя медицинских услуг. Главным инструментом удовлетворения потребностей в медицинских услугах является рынок медицинских услуг. При этом государство берет на себя только ту часть потребностей, которая не удовлетворяется рынком (малообеспеченные слои населения, пенсионеры, безработные). Наиболее ярко подобная система представлена здравоохранением США, где основа организации здравоохранения –

частный рынок медицинских услуг, дополняемый государственными программами медицинского обслуживания бедных “Medicaide” и пенсионеров “Medicare”. Такую модель обычно называют платной, рыночной, американской, иногда – системой частного страхования.

Вторая модель характеризуется значительной (исключительной) ролью государства. Финансирование здравоохранения осуществляется главным образом из госбюджета, за счет налогов с предприятий и населения. Население страны получает медицинскую помощь бесплатно (за исключением небольшого набора медицинских услуг). Таким образом, государство является главным покупателем и поставщиком медицинской помощи, обеспечивая удовлетворение большей части общественной потребности в услугах здравоохранения. Рынку здесь отведена второстепенная роль, как правило, под контролем государства. Эта модель с 1948 г. существует в Великобритании. Она характерна также для Ирландии (1971 г.), Дании (1973 г.), Португалии (1979 г.), Италии (1980 г.), Греции (1983 г.) и Испании (1986 г.). Ее называют государственной, бюджетной.

Третью модель определяют как социально-страховую или систему регулируемого страхования здоровья. Данная модель здравоохранения опирается на принципы смешанной экономики, сочетая в себе рынок медицинских услуг с развитой системой государственного регулирования и социальных гарантий, доступности медицинской помощи для всех слоев населения. Она характеризуется в первую очередь наличием обязательного медицинского страхования всего или почти всего населения страны при определенном участии государства в финансировании страховых фондов. Государство здесь играет роль гаранта в удовлетворении общественно необходимых потребностей всех или большинства граждан в медицинской помощи независимо от уровня доходов, не нарушая рыночных принципов оплаты медицинских услуг. Роль рынка медицинских услуг сводится к удовлетворению потребностей населения сверх гарантированного уровня, обеспечивая свободу выбора и суверенитет потребителей. Многоканальная система финансирования (из прибыли страховых организаций, отчислений от зарплаты, государственного бюджета) создает необходимую гибкость и устойчивость финансовой базы социально-страховой медицины. Наиболее ярко данная модель представляется здравоохранением ФРГ, Франции, Нидерландов, Австрии, Бельгии, Голландии, Швейцарии, Канады и Японии.

В социально-страховую модель включены признаки и государственной, и рыночной моделей. В зависимости от того, какие параметры преобладают, социально-страховая модель может быть ближе либо к государственной, либо к рыночной. Например, социально-страховые модели систем здравоохранения стран Скандинавии и Канады имеют много общего с государственной моделью, а система здравоохранения Франции близка к рыночной.

Необходимо отметить, что подобное деление систем достаточно условно, и лишь поверхностно характеризует взаимоотношения участников процесса оказания медицинской помощи. Вместе с тем, исследованиями определены типичные преимущества и недостатки указанных систем.

Так, например, в рыночной модели из-за острой конкуренции возникают условия для роста качества, поиска и внедрения инноваций, естественного отбора эффективных стратегий и участников процесса. Обратной стороной являются: чрезмерный рост затрат на медицину, сложность осуществления государственного контроля, риск возникновения кризиса перепроизводства, навязывание и производство неоправданных услуг, предпосылки для недобросовестных методов конкуренции, недостаточное внимание к системе профилактики и, самое главное, неравный доступ к медицине.

В государственной модели здравоохранения положительными сторонами является обеспечение доступа к медицинской помощи всем слоям населения, ориентация на профилактику заболеваний, государственный контроль за условиями оказания медицинской помощи, эффективное воздействие на заболеваемость особоопасными инфекциями. Отрицательными сторонами являются отсутствие естественных стимулирующих развитие факторов, приводящее к медленному росту качества медицинской помощи, недостаточной

гибкости организационных структур, длительному использованию неэффективных стратегий и старых медицинских технологий, увеличение сроков ожидания медицинской помощи.

Наибольший интерес и актуальность в настоящее время представляют модели со смешанными, многоканальными системами финансирования. Являясь наиболее гибкой, она позволяет лавировать извлекая наиболее значимые положительные черты двух предыдущих систем. Ярким примером подобной системы является здравоохранение Швейцарии и Сингапура. В Швейцарии, где в финансировании здравоохранения доминируют рыночные механизмы, почти 70 процентов медицинских услуг оплачивается из средств индивидуальных медицинских счетов, около шести процентов услуг оплачивается работодателями, а остальные 25 процентов - государством. В Сингапуре действует система индивидуальных медицинских счетов. Продолжительность жизни в Сингапуре почти такая же, как в Швейцарии (80 лет), а смертность детей еще ниже. При этом сингапурская система в четыре раза дешевле (на душу населения), чем швейцарская. Если брать расходы на здравоохранения, как доля к ВВП, то в Сингапуре эти расходы составляют 3,5% ВВП, а в Швейцарии – 11,4%. В Сингапуре почти на 2/3 меньше врачей на 10 тысяч населения, но больше медицинского персонала на каждого врача, что говорит о рациональном использовании ресурсов. Койко-мест в Сингапуре – только половина от количества в Швейцарии. Главная причина такого расхождения кроется в способе финансирования расходов на медицинские услуги. Если в Швейцарии только около 40% расходов осуществляются на рыночных условиях, в Сингапуре таких расходов 68%. 94% расходов осуществляет в виде наличных платежей, а в Швейцарии – 76%. Эксперты уверяют, что успех сингапурской модели обеспечен за счет гораздо большей свободы выбора потребителей. На долю правительства приходится менее трети всех расходов. Это значит, что каждый человек должен нести ответственность за свое здоровье сам, чтобы не допустить ухудшения качества услуг и их дороговизны. Транзакции (финансовые операции) осуществляются непосредственно между врачами и пациентами, а не между правительством и посредниками в лице страховых компаний.

Роль государства в системе здравоохранения Сингапура остается высокой, но система стимулов, которая создана в этой стране, позволяют сдерживать госрасходы на низком уровне при сохранении высокого качества всей системы. Обязательная система медицинских сбережений, ограничение на суммы, которые могут использоваться на покупку медицинских услуг, требования совместное финансирование со стороны граждан, свобода выбора дополнительной медицинской страховки – комбинация этих факторов создало благоприятную ситуацию в сфере здравоохранения (1).

Система здравоохранения Сингапура признана экспертами ВОЗ лучшей в тихоокеанском регионе. Всемирный банк рекомендует странам перенимать опыт Сингапура в сфере здравоохранения с учетом разницы в уровне доходов, демографического состояния и текущей системы финансирования здравоохранения. Соединенные Штаты Америки, обеспокоенные ростом расходов на здравоохранение, с 2004 года приступили к внедрению модели, основанную на индивидуальных накопительных медицинских счетах, не облагаемых налогами.

«Здоровье народа - это неотъемлемая составляющая успеха Казахстана в достижении своих стратегических целей» так было сказано в Послании Президента РК Н.А.Назарбаева народу Казахстана (2).

Таким образом, проблемные вопросы в здравоохранении рассмотренные выше достаточно актуальны и главное при всем этом нельзя забывать о важном человеческом факторе.

#### Литература

1. Концепция Единой национальной системы здравоохранения РК, май-октябрь 2008 года, Астана
2. Послание Президента народу Казахстана, февраль 2010г, Астана.

\*\*\*

Аталмыш мақалада денсаулық сақтау жүйесінің қабылданған бірыңғай ұлттық Концепциясына сәйкес Қазақстанның денсаулық сақтау жүйесі дамуының өзекті сұрақтары қарастырылады.

\*\*\*

In this article the pressing questions of development of health protection of Kazakhstan are considered in accordance with the accepted Conception about the single national system of health protection

*Г.И. Баймахамбетова*

## **ДИАГНОСТИКА КРИЗИСА В АНТИКРИЗИСНОМ УПРАВЛЕНИИ**

Экономическая диагностика и превентивная санация многочисленных угроз финансовой несостоятельности, организационной дисфункции и других аномалий являются, на наш взгляд, основными понятиями, конституирующими процесс антикризисного управления в целом. Отсюда следует, что диагностика является функцией и специфической стадией антикризисного управления. Это исходный пункт для прогноза альтернативного развития предприятия.

Для высшего руководства и собственников предприятия диагностика есть средство получения достоверной качественной информации о его реальных возможностях на начальной стадии экономического кризиса и основой для введения в действие особых методов и механизмов менеджмента. Опираясь на результаты диагностических и превентивных исследований различных сторон деятельности предприятия, менеджеры и собственники имеют возможность приступить к разработке рефлексивной модели антикризисного управления своим предприятием. Диагностика - это в то же время и оценка достоверности текущего финансового учета и отчетности, база для выдвижения гипотез о закономерностях и возможном неустойчивом финансово-экономическом состоянии. Диагностика позволяет выявлять причинно-следственные связи в дисфункциях менеджмента, а затем переходить к построению объяснительной и прогнозной моделей функционирования и развития предприятия, осуществляя при этом предупреждение его банкротства.

Вместе с тем любой социально-экономической системе соответствует определенная технология управления. Предупредительная санация и диагностика в ходе реализации стратегии управления соотносятся как технология и организация. Поскольку кризис – это периодические потрясения и закономерность живой и неживой природы, можно утверждать, что в закономерных и периодических переменах есть много полезного, несмотря на то, что кризисы весьма разнообразны. Из этого вытекает, что менеджеры в процессе антикризисного управления решают три взаимосвязанные задачи: распознавание «болезни»; устранение причин, препятствующих оздоровлению производства; применение в решаемых задачах нестандартных управленческих антикризисных мер.

В антикризисном управлении видное место должна занимать концепция рефлексии, которая на ранних стадиях развития кризисных ситуаций выступает методологической основой модели, связывающей современные альтернативные микроэкономические теории и динамичную экономическую действительность. Необходимость построения новых «буферных», переходных и имитационных моделей вытекает из факта различий в подходах к экономике предприятия как к абстрактному объекту экономической теории или реальному объекту антикризисного управления.

Среди множества моделей управленческих систем, которые вместе с различным толкованием понятия управления размыывают возможность их доказательной классификации, трудно найти сколько-нибудь значительные общие или частные модели антикризисного управления как вида менеджмента. Отсутствие таких моделей свидетельствует о правильности методологического допущения о радикальном различии абстрактного объекта теории экономической науки, включая теорию менеджмента, и реального объекта антикризисного управления.