

С.Е. Орынбасарова

СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ И ОСНОВНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ РЕФОРМ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В КАЗАХСТАНЕ

Казахстан унаследовал от советского периода систему здравоохранения, организованную на базе модели Семашко. Здравоохранение находилось в собственности государства, функционировало на основе централизованного планирования, и одним из ключевых принципов был всеобщий и бесплатный доступ населения к медицинской помощи. До обретения независимости Министерство здравоохранения Казахстана проводило политику, устанавливаемую в Москве, что обеспечивалось централизованной иерархической структурой управления, от республиканского уровня до уровня областных и городских администраций, которым в свою очередь подчинялись органы здравоохранения районного уровня [1].

После обретения в 1991 году независимости стране пришлось разрабатывать собственную политику и систему планирования в области здравоохранения. Происходили частые изменения в руководстве Министерства здравоохранения и в его организационной структуре. Многие функции были децентрализованы и переданы в ведение областей, областные департаменты здравоохранения обладали значительной степенью самостоятельности. Права пациентов пока развиты слабо и законодательно практически не закреплены.

Несмотря на рост доли расходов на оказание первичной медико-санитарной помощи, большая часть по-прежнему приходится на оказание стационарной помощи. В 1996-1998 гг. в стране была введена система медицинского страхования, но в настоящее время Казахстан снова вернулся к модели бюджетного финансирования здравоохранения. В 2004 году была введена программа государственных гарантий предоставления бесплатной медицинской помощи населению, включающей в себя бесплатное лекарственное обеспечение льготных категорий населения при оказании амбулаторной помощи. Но программа носит декларативный характер в связи с тем, что финансово обеспечена на 65%. В стране существует три основных источника финансирования здравоохранения: государственный бюджет, официальные платежи пациентов и неформальные платежи. Начиная с 2005 года, финансовые средства на здравоохранение аккумулируются на уровне области, и областные органы управления здравоохранением выполняют функции единого плательщика.

Что касается здоровья населения, то для Казахстана характерны следующие проблемы: низкая продолжительность жизни, высокая младенческая и материнская смертность, высокий уровень заболеваемости населения туберкулезом, развивающаяся эпидемия ВИЧ/СПИДа [1].

По данным официальной статистики, в 2005 году ожидаемая продолжительность жизни мужчин составляла 60,4 года, а женщин - 71,73 года (таблица 1). Кроме того, у мужчин показатель продолжительности жизни в первой половине 1990-х гг. падал гораздо сильнее, чем у женщин: с 63,9 года в 1990 году до 58,93 года в 1996 году. Наибольший в пропорциональном отношении рост смертности наблюдался среди мужчин трудоспособного возраста. В период с 1987 по 1995 годы показатели смертности среди мужчин в возрасте 30-44 лет более чем удвоились, а среди мужчин в возрасте 34-54 лет увеличились более чем на 75%. Показатели ожидаемой продолжительности жизни в разных регионах страны существенно разнятся. Наиболее благополучными в этом отношении регионами являются Алматы и Астана (табл. 2).

Таблица 1

Ожидаемая продолжительность жизни: официальные данные и оценка ВОЗ, 1990 и 2000-2005 гг.

	Ожидаемая продолжительность жизни при рождении (лет)	Ожидаемая продолжительность жизни при рождении, мужчины (лет)	Ожидаемая продолжительность жизни при рождении, женщины (лет)	Ожидаемая продолжительность жизни при рождении, оценка ВОЗ (лет)
1990	68,81	63,90	73,40	62,49
2000	65,75	60,18	71,65	63,00
2001	65,89	60,61	71,41	63,60
2002	66,15	60,92	71,62	61,00
2003	65,89	60,63	71,47	61,50
2004	66,21	60,72	72,02	-
2005	65,89	60,40	71,73	-

Источник: WHO, 2007/Европейское региональное бюро ВОЗ, июнь 2007.

Таблица 2

Средняя ожидаемая продолжительность жизни населения Республики Казахстан за 2008 год

Область	Всего			Городские поселения			Сельская местность		
	оба пола	мужчины	женщины	оба пола	мужчины	женщины	оба пола	мужчины	женщины
Казахстан	67,11	61,91	72,43	66,69	60,83	72,34	67,72	63,20	72,55
Акмолинская	64,96	59,21	71,29	64,70	58,27	71,89	65,48	60,12	71,62
Актюбинская	67,61	62,31	73,06	66,66	60,95	73,32	68,98	64,49	73,96
Алматинская	67,52	63,04	72,34	65,13	59,11	71,49	68,43	64,43	72,78
Атырауская	67,42	62,26	72,54	67,40	61,82	73,11	67,34	62,68	72,49
Западно-Казахстанская	67,30	62,12	73,15	66,68	60,72	73,35	67,91	63,38	72,91
Жамбылская	67,39	62,41	72,68	66,24	59,76	72,37	68,30	64,03	73,10
Карагандинская	64,64	58,65	70,78	64,47	58,23	70,72	65,56	60,20	70,91
Костанайская	65,59	59,62	71,87	65,50	58,91	72,10	65,63	60,38	71,58
Кызылординская	67,48	63,20	71,78	66,08	61,15	71,50	68,22	64,51	72,43
Мангистауская	66,78	61,87	72,02	63,86	61,91	73,13	69,92	66,02	74,44
Южно-Казахстанская	67,90	63,80	72,19	65,84	60,99	70,81	69,22	65,96	73,02
Павлодарская	66,48	60,82	72,26	66,37	60,28	72,56	66,88	61,87	72,23
Северо-Казахстанская	65,41	59,67	72,03	64,32	57,33	71,99	66,23	61,12	72,24
Восточно-Казахстанская	65,81	60,21	71,73	65,22	58,77	71,86	66,66	61,96	72,00
г. Астана	73,75	70,78	78,18	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
г. Алматы	70,35	64,82	75,20	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

Снижение продолжительности жизни в Казахстане в 1990-х гг. главным образом обусловлено увеличением смертности от сердечно-сосудистых заболеваний, особенно среди мужчин среднего возраста. Показатель ожидаемой продолжительности жизни в 2009 году в Казахстане выше, чем по СНГ и России и детей рождается больше, чем во многих странах мира и СНГ, но высокой остается детская смертность (таблица 3) [2].

Таблица 3

Демографические показатели Казахстана в 2009 году и развитых стран мира

Страна	Число умерших на 1000 чел.	Число родившихся на 1000 чел.	Младенческая смертность (на 1000 родившихся)	Ожидаемая продолжительность жизни (число лет)
Норвегия (2005)	10	13	-	78,7
США(2005)	9	15	-	76,9
Великобритания	11	11	4,84	79,86
Франция (2005)	9	13	-	78,7
Германия (2005)	10	9	3,83	78,0
Испания (2005)	9	10	-	79,1
Казахстан	8,97	22,45	18,23	68,6
Россия	15,21(2006)	10,38 (2006)	10,19 (2007)	66,67 (2006)
ЦАРК	6,77	20,71	17,68 (2005)	69,1 (2005)
СНГ	13,08	12,79	12,78	67,86 (2006)
Турция	6,25 (1998)	18,89 (2005)	28,0	-
Дания	10,16 (2006)	11,96 (2006)	3,4 (2006)	-

Примечание – Составлено автором

Сегодня внутренняя среда системы здравоохранения Казахстана это (таблица 4):

1. Более 3,5 тыс. медицинских организаций, в том числе 2133 самостоятельных амбулаторно-поликлинических учреждений, 524 больниц; 134 частных больничных организаций;
2. Более 756 больничных коек на 100000 чел. населения;
3. Более 378 врачей на 100000 чел. населения;
4. Свыше 9,5 тыс. аптечных учреждений;

В системе здравоохранения страны разветвленная сеть научно-исследовательских институтов и научных центров, 6 высших учебных заведений и 23 медицинских колледжей, институт повышения квалификации врачей, 65 научно-производственных объединений медицинского характера, общественные медицинские академии [1].

Таблица 4

Состояние системы здравоохранения в Казахстане

	Численность врачей всех специальностей, тыс. человек	Численность среднего медицинского персонала, тыс. человек	Число больничных организаций	Число больничных коек, тысяч	Число коек для больных детей, тысяч
1991	65,1	198,9	1805	230,4	46,1
1992	66,4	196,3	1821	228,4	47,4
1993	64,5	189,5	1899	225,4	46
1994	61,1	177,7	1651	205,7	40,9
1995	60,1	168,4	1518	192,6	37,4
1996	57,9	150,1	1244	164,4	31,4
1997	54,5	129,5	1006	136,4	25
1998	53,2	120,4	991	123,5	22,7
1999	50,6	110,4	917	108,2	18,9
2000	49	106,6	938	106,9	18,6
2001	51,3	109,4	981	110,2	18,4
2002	53,7	113,4	1005	111,9	18,4
2003	54,6	115	1029	114,8	20,3
2004	54,8	117	1042	116,6	19,4
2005	55,5	119,6	1063	117,6	20
2006	57,3	125,2	1086	119	20
2007	59,4	130	1055	119,6	19,6
2008	58,9	131,7	1041	120,8	20,4

Примечание – Статистический журнал Агентства по статистике РК № 09-03/124, 2009 г., 27 апреля

Усовершенствование системы управления здравоохранением является одним из приоритетных направлений Государственной программы реформирования и развития здравоохранения. В этой связи предполагается перераспределить полномочия между Министерством здравоохранения и областными органами управления здравоохранением. В 2004 году была введена новая система контроля качества, реализация которой осуществляется под руководством Комитета по контролю качества медицинских услуг Министерства здравоохранения. Однако в настоящее время у работников здравоохранения практически отсутствуют стимулы для улучшения качества своей работы. В данный момент в отрасли параллельно действуют несколько плохо согласованных между собой информационных систем, но ведется активная работа по созданию единой информационной системы здравоохранения.

Несмотря на то, что в 1990-х гг. число больниц и больничных коек было сокращено, сеть медицинских учреждений по-прежнему остается ориентированной преимущественно на стационарную помощь. В данное время на 1000 человек приходится 80 коек. По этому показателю Казахстан впереди планеты всей. Главными причинами высокого уровня госпитализаций были низкое качество первичной медико-санитарной помощи (ПМСП) и недостаточная доступность лекарственного обеспечения при амбулаторном лечении. По данным Министерства здравоохранения, в 1990-х гг. обеспеченность населения медицинскими работниками снизилась. При этом в Казахстане имеют место значительные региональные различия: наибольшая концентрация медицинских кадров наблюдается в крупных городах, а в сельской местности их зачастую не хватает. Решению этой проблемы может способствовать создание комплексной системы планирования трудовых ресурсов и организация механизмов стимулирования медицинских кадров, работающих в сельской местности. Общая нехватка врачей по стране составляет 5 тыс. человек [3]. Несмотря на определенные подвижки в связи с проведением реформ, качество подготовки и переподготовки медицинских кадров все еще остается низким, а зарплаты работников здравоохранения существенно ниже средней заработной платы в экономике страны.

В 2004 году правительством была принята Государственная программа реформирования и развития здравоохранения на 2005-2010 гг. Эта программа имела комплексный характер, предусматривала достижение амбициозных целей и предполагала разумный путь проведения реформ. Цели эта программа не достигла. Другой серьезной проблемой являются личные платежи граждан за медицинские услуги и медикаменты, хотя истинные размеры этих платежей остаются неизвестными. Несмотря на то, что в стране все больше внимания уделяется первичной медико-санитарной помощи (далее - ПМСП), львиная доля финансирования здравоохранения по-прежнему приходится на финансирование стационарного сектора. Кроме того, в программе реформ пока так и не решен вопрос о деятельности специализированных служб и параллельных систем здравоохранения. Больше

внимания следует уделить вопросам повышения качества и эффективности медицинской помощи. Важную роль в этом может сыграть система мониторинга и оценки, а также внедрение руководств по клинической практике. За годы независимости в Казахстане снизилась доступность медицинской помощи населению на всех уровнях ее оказания. Основные проблемы связаны с сокращением доступности медикаментозной помощи при амбулаторном лечении, практикой неформальных платежей за медицинские услуги и значительным межрегиональным неравенством, которое проявляется в распределении медицинских учреждений по территории страны и соответствующего предоставления медицинских услуг, а также в уровнях обеспеченности медицинскими кадрами. В настоящее время в стране проводится новая политика в сфере финансирования здравоохранения. Предполагается, что аккумуляция средств на здравоохранение на уровне областей будет способствовать выравниванию подушевых расходов и введению системы оплаты медицинских учреждений за предоставляемые услуги, а также улучшению качества медицинских услуг. Государственная программа реформирования и развития здравоохранения на 2005-2010 гг. предусматривает постепенное увеличение к 2010 году бюджетных ассигнований на здравоохранение до уровня 4% ВВП. Но помимо увеличения финансовых ассигнований сектор здравоохранения страны нуждается также и в существенных переменах в области организации, управления и предоставления медицинской помощи, а также в укреплении сектора ПМСП и усилении интеграции медицинских услуг.

Литература

1. Kulzhanov M., Rechel B. Kazakhstan: Health system review. Health Systems in Transition, 2007; 9(7): 1-158.
2. Министерство здравоохранения Республики Казахстан. Здоровье населения республики Казахстан и деятельность организаций здравоохранения в 2009 году – Стат. Сб.- Астана-Алматы, 2010, 312 с.
3. Государственная программа реформирования и развития здравоохранения на 2005-2010 гг. www.mz.gov.kz

Мақалада Қазақстанның денсаулық сақтау жүйесінің бүгінгі әл-ауқаты анықталады. Осы жүйенің анализі статистикалық мәліметтер негізінде өткізілді.

This article discusses the current state of the health system in Kazakhstan. On the basis of statistical data analysis of this system.

А.Ж. Касенова

ФОРМИРОВАНИЕ МОДЕЛИ ИННОВАЦИОННО-ПРОМЫШЛЕННОЙ ПОЛИТИКИ РАЗВИТИЯ АПК КАЗАХСТАНА

Государственная политика развития производственных предприятий АПК может быть эффективной только при условии, если она совпадает с идеологией и мотивами деятельности самих хозяйствующих субъектов. Очевидно, что формирование промышленной политики невозможно без установления взаимосвязей между субъектами и требует создания или изменения институтов, определяющих права экономических агентов и формирующих стимулы их экономически активного поведения. Одной из форм объединений, позволяющих согласовать противоречивые интересы хозяйствующих субъектов, являются промышленные кластеры.

Преимущества кластеров заключаются в следующем [1]:

- концентрация соперников, их покупателей и поставщиков способствует росту эффективной специализации производства;
- кластерный подход позволяет вести диалог между представителями предпринимательского сектора и государства, стимулирует создание новых форм объединения знаний;
- будучи общепринятым в наиболее развитых промышленных странах, способствует достижению большего взаимопонимания с лидерами мирового бизнеса.

В экономической литературе имеется значительное количество определений кластера, являющегося основой кластерной теории экономического развития. Так, М. Портер понимает под кластером