

УДК 346.543.61

М. Азимбердиев, Е. Койшыбайулы  
Казахский национальный университет имени аль-Фараби, Казахстан, г. Алматы  
E-mail: azimmiko@mail.ru

### Государственное регулирование рынка медицинских услуг

**Аннотация.** В данной статье были рассмотрены теоретические положения национального и регионального законодательства в здравоохранении Республики Казахстана. Также текущее состояние медицинских учреждений развитых стран в сфере здравоохранения.

**Ключевые слова:** финансово-экономические показатели, медико-социальной помощи, рост расходов, интенсивная миграция, страховая система, региональный рынок.

В соответствии с Законом Республики Казахстан «О системе здравоохранения» под системой здравоохранения понимается совокупность государственных органов и субъектов здравоохранения, деятельность которых направлена на обеспечение прав граждан на охрану здоровья и получение медицинской помощи.

Главной целью охраны здоровья является поддержание долголетней активной жизни, которое достигается сохранением и укреплением физического и психического здоровья каждого человека, предоставлением ему медицинской помощи в случае утраты здоровья. Неотъемлемое право на охрану здоровья обеспечивается охраной доброкачественности продуктов питания, а также предоставлением населению доступной медико-социальной помощи.

Приоритетом должно оставаться формирование системы охраны здоровья, а все ее компоненты должны стать самостоятельными подсистемами. Система охраны здоровья должна определяться показателями, характеризующими каждую ее составляющую. В этом случае появится реальная возможность оценивать влияние на здоровье населения всех включенных в систему компонентов, в том числе и здравоохранения.

В настоящее время наименее разработаны финансово-экономические показатели, позволяющие оценить влияние на здоровье факторов социально-экономического благополучия, здорового образа жизни, влияния экологии.

В основу формирования систем охраны здоровья и здравоохранения должны быть заложены

принципы государственной ответственности за здоровье граждан и ответственности граждан за свое здоровье.

Необходима модернизация и повышение эффективности здравоохранения исходя из главного приоритета – сохранение и укрепление здоровья человека.

Формирующиеся рыночные отношения на основе различных видов собственности изменили здравоохранение как социальный институт, в котором остались прежние принципы финансирования сети учреждений при снижении относительных показателей их обеспеченности финансовыми ресурсами. При этом государственные учреждения здравоохранения вынуждены приобретать материально-технические ресурсы по рыночным ценам. Возник дисбаланс доходов и расходов учреждений.

До настоящего времени развитие здравоохранения в нашей стране не приобрело характер зависимости от потребностей граждан как потребителей медицинской помощи. Человек не стал центральной фигурой при формировании правоотношений на получение медицинской помощи. Потребности человека, государства, направленные на обеспечение необходимого уровня здоровья, не стали основой формирования организационно-экономической модели здравоохранения.

Реформирование здравоохранения должно основываться на национальных целях, стратегии приоритетов, оптимальном использовании ресурсов и целостном подходе.

Цены на платные медицинские услуги устанавливаются не ниже тарифа аналогичной медицинской услуги, устанавливаемого администратором бюджетных программ для государственного объема бесплатной медицинской помощи.

Платные медицинские услуги оказываются организациями здравоохранения при соответствии профиля заболевания и лицензии на медицинскую и врачебную деятельность.

В мировой практике под простой медицинской услугой понимается неделимая медицинская услуга, имеющая законченное, самостоятельное лечебное или диагностическое значение.

Сложившаяся практика, когда тариф искусственно подгоняется под смету поставщика, нивелирует все ожидаемые результаты от используемых методов финансирования, делает невозможным создание «здоровой» конкурентной среды между поставщиками, и не стимулирует менеджеров осуществлять меры по повышению эффективности хозяйствования.

Новая методика Министерства здравоохранения Республики Казахстан определяет подходы по определению тарифов на следующие виды медицинской помощи, оказываемые в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи: первичную медико-санитарную помощь (ПМСП); консультативно-диагностическую помощь; стационарную помощь; стационарозамещающую медицинскую помощь.

Администраторы местных бюджетных про-

грамм путем установления тарифов могут создавать необходимые мотивации для поставщиков медицинских услуг и контролировать необоснованный рост расходов.

Установление единых тарифов на одни и те же виды медицинских услуг ставит поставщиков медицинских услуг в равные условия в процессе конкурентной борьбы за объемы медицинских услуг. При этом в более выгодном положении окажутся медицинские организации, сумевшие добиться снижения затрат, то есть снижения себестоимости медицинских услуг по сравнению с установленными тарифами. И наоборот, медицинские организации, допускающие неоправданно высокие расходы, при оказании медицинских услуг оказываются в невыгодном положении, терпят убытки.

В настоящее время можно выделить три основные принципиально отличающиеся системы здравоохранения:

- преимущественно государственная (Великобритания);
- преимущественно страховая система, представленная в таких европейских странах, как Германия, Франция, Голландия, Австралия, Бельгия, Австрия, некоторых государствах Латинской Америки, Японии и других, в них проживает более 1 млрд. человек – свыше четверти всего населения мира;
- преимущественно частная (платная) система (Соединенные Штаты Америки, Швейцария).

Практически ни в одной из достаточно развитых стран указанные системы не представлены в

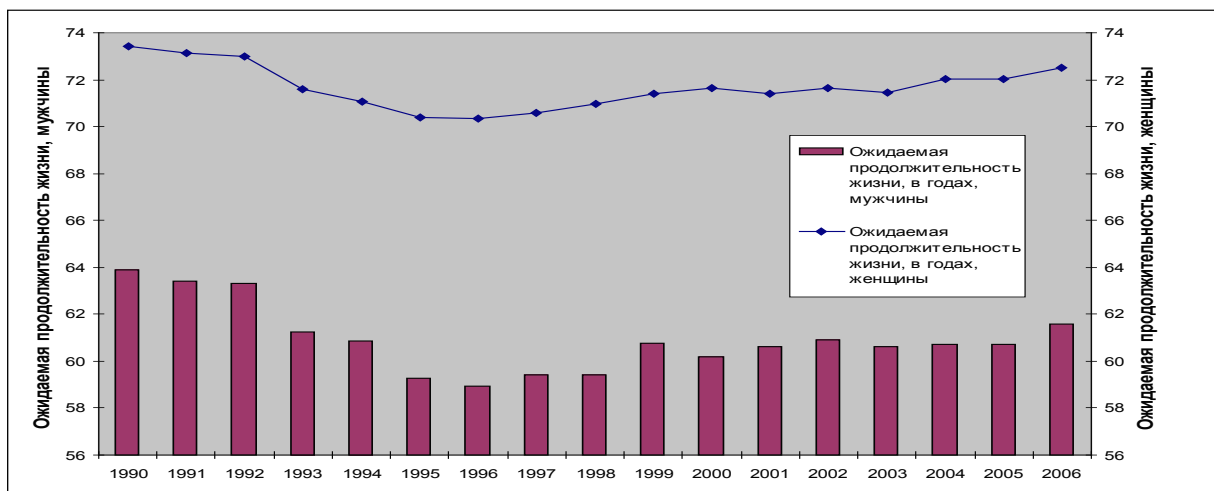


Рисунок 1 – Ожидаемая продолжительность жизни

Примечание – Составлено автором на основе статистических данных Агентства Республики Казахстан по статистике [1]

чистом виде. Более того, в ряде стран получает преимущественное развитие то одна, то другая система.

В огромной степени именно новые механизмы прямого финансирования от пациента к врачу ведут к изменениям в системе оказания медицинских услуг, являясь одновременно одним из решающих факторов при принятии решений о перечне предлагаемых услуг

Контроль и регулирование финансовых потоков – тоже функция и прерогатива государства. Здесь речь идет о регулировании финансирования государственной системы здравоохранения и о фискальном, налоговом контроле движения финансовых ресурсов у других субъектов рынка.

Воздействие за счет имиджа и авторитетности организации возможно тогда, когда организацию выдвигает ассоциация других организаций либо когда организация отличается большой численностью своих членов или сотрудников. Воздействие за счет личного авторитета, как и за счет авторитета организации, может быть в том случае, если существует общественное признание, если есть общественное влияние. Оценивая состояние здоровья населения, можно сказать, что индикаторы, складывающиеся на протяжении многих лет, по ряду позиций продолжают сохранять негативные тенденции, как показано на рисунке 1.

Причины сильных колебаний смертности до конца не ясны, но существует общее мнение, что изменения, в состоянии здоровья населения связаны с глубокими социально-экономическими

проблемами, такими, как нестабильность, безработица, интенсивная миграция. За последние годы наблюдается устойчивая тенденция роста потребления населением психоактивных веществ, в том числе алкоголя и наркотиков. Существенным фактором является загрязнение окружающей среды.

Так, показатель ожидаемой продолжительности жизни при рождении снизился к 1998 году больше, чем на 4 года. С 1998 года он стал увеличиваться и теперь составляет 66,9 лет, что еще мало по сравнению с 78,6 лет в Европейском Союзе, и даже 67,2 для всего СНГ.

В соответствии с рисунком 2 основными причинами смертности населения Республики являются следующие заболевания.

В структуре основных причин смерти населения наибольший удельный вес имели сердечно-сосудистые заболевания (свыше 50% случаев), высока случайная смертность, от несчастных случаев, отравлений и травм (15-20%), отмечается рост смертности от различных онкологических заболеваний (12%).

По данным Всемирной организации здравоохранения, возникновение болезней на 50% обусловлено особенностями образа жизни человека и лишь на 15-20% зависит от деятельности органов здравоохранения.

На развитие системы здравоохранения влияет целый комплекс факторов, напрямую связанных с проблемой финансового обеспечения и эффективного управления.

Правительство Казахстана сумело заметно увеличить расходы на здравоохранение. Между

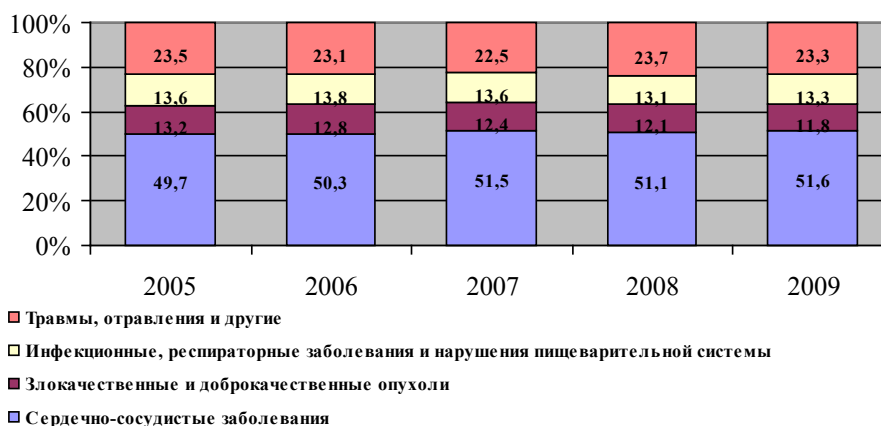


Рисунок 2 – Выборочные показатели смертности

Примечание – Составлено автором на основе статистических данных Агентства Республики Казахстан по статистике [2]

Таблица 1 – Макроэкономические показатели развития РК в разрезе расходов на здравоохранение

Индикаторы	Годы							
	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
ВВП, млрд. тенге	2,600	3,250	3,776	4,612	5,870	7,453	9,738	11,542
ВВП, млрд. долл. США	18	22	25	31	43	56	77	93
Население, млн. человек	14,9	14,9	14,9	14,9	15,0	15,1	15,2	15,4
ВВП на душу населения, долл. США	1229	1490	1659	2074	2886	3722	5074	6080
Расходы государства, млн. тенге	496,9	759,6	834,2	947,6	1062,6	1946,1	2150,5	2678,2
Расходы государства на здравоохранение, млн. тенге	44,9	62,3	71,1	79,2	89,7	185,5	223,4	299,4
Расходы на здравоохранение на душу населения, тенге	3,019	4,182	4,772	5,312	5,983	12,281	14,695	19,440
Расходы домохозяйств на здравоохранение, на душу населения, тенге	921	1268	1442	1696	2014	2397	2685	2974
Здравоохранение, от общих расходов государства в %	9,05	8,2	8,5	8,3	8,4	9,5	10,4	11,2

2000 и 2007 годами государственные расходы на здравоохранение выросли в 4,4 раза в номинальном выражении (таблица 1).

Если в 2000 году на здравоохранение было направлено 44 990 млн. тенге, что составляет 1,7% от валового внутреннего продукта (ВВП), то в 2007 году эта доля составила 2,6% от ВВП, или 299,38 млн. тенге.

Значение данного показателя остается низким, в сравнении с показателями стран Европейского союза, где 7% является средним показателем, а по рекомендациям Всемирной организации здравоохранения минимальным уровнем расходов государства на здравоохранение от ВВП считается 4%.

Все эти организации также оказывают влияние, но в основном косвенное, в виде тарифов, штрафов, нормативов и требований, обязательных для исполнения субъектами рынка, их список представлен в таблице 1. Эти организации могут усложнять или упрощать деятельность субъектов на рынке медицинских услуг, определять условия вхождения на рынок и отсеивать не исполняющих законы.

В приведенном списке выделены не все организации, косвенно влияющие на субъектов рынка медицинских услуг. Региональный рынок

медицинских услуг не является изолированной системой, он лишь элемент регионального потребительского рынка, который, в свою очередь, представляет собой составную часть республиканского рынка. И все изменения, касающиеся этих систем мезо- и макроуровня, например постановления Правительства, отражаются на региональном уровне.

Для достижения целей Концепции развития здравоохранения Казахстана необходима региональная программа, учитывающая местные особенности. Программа для Павлодарской области должна охватывать проблемы воздействия загрязнения окружающей среды на здоровье человека, изменение образа жизни людей в сторону профилактики заболеваний в контексте процесса формирования и развития инфраструктуры рынка медицинских услуг в целях улучшения состояния здоровья населения и доступности квалифицированной медицинской помощи. Программа развития здравоохранения Павлодарского региона, в первую очередь, содержит мероприятия по совершенствованию работы государственных ЛПУ – внедрение инновационных технологий и комплексных методик улучшения здоровья населения. В программе должны быть мероприятия по организации работы

на рынке коммерческого сектора – обеспечение свободной конкуренции, равных условий при входе на рынок, поддержки малого и среднего бизнеса, защиты и лоббирования их интересов, контроль и самоконтроль их деятельности. Кроме того, необходимо уделять внимание вопросам развития неправительственных общественных организаций – интегрировать и согласовывать их инициативы с работой государственного и коммерческого сектора. Отдельно в региональной программе должны присутствовать мероприятия по организации условий для возникновения обратной связи между пациентами и производителями медицинских услуг, по защите пациентов как потребителей услуг [3].

В работе департамента здравоохранения области требуется ряд нововведений, направленных на организацию обратной связи с пациентами, государственными ЛПУ, коммерческим и некоммерческим секторами. Здесь наиболее эффективным методом можно считать организацию «круглых столов» по спорным, сложным вопросам, в которых затрагиваются интересы сразу нескольких сторон. Подобная демократичная форма взаимодействия всех трех секторов рынка медицинских услуг и самих пациентов позволяет государству оценить свою деятельность под различными углами зрения вплоть до внедрения новых идей в организацию здравоохранения, в процессе и после преобразований и скорректировать дальнейшие мероприятия, развивая те элементы своей политики, где достигаются наибольшая эффективность и взаимовыгодность для всех участников диалога. Негосударственные же структуры и сами пациенты благодаря этой схеме взаимодействия получают рычаги для взаимовыгодного диалога с властью, выражения своих надежд и претензий в отношении организации рынка медицинских услуг и по работе конкретных ЛПУ.

Существует ряд проблем в организации диагностики заболеваний. Применяемые устаревшие технологии в процессе аналитических исследований не позволяют точно определить сами заболевания и причины их возникновения. В этих условиях мощности вновь построенного в 2002 году, оснащенного современным диагностическим оборудованием диагностического центра следует использовать для централизованного проведения анализов и диагностики. Целесообразна организация на базе этого центра

мощной централизованной лаборатории, чтобы СВА, небольшие ЛПУ, как государственные, так и частные, имели возможность быстро получить высокоточные аналитические данные о здоровье пациентов, даже не располагая собственной лабораторией. Таким образом можно повысить точность диагностики, сократить затраты, снизить и упорядочить цены на аналитические исследования. Желательно создание выездного диагностического комплекса для проведения анализов и диагностики в сельских районах, где жители не имеют возможности качественного обследования здоровья. Кроме того, желательно изыскание средств на проведение сплошных профилактических осмотров на регулярной основе, особенно в сельских районах, пострадавших от воздействия ядерного полигона.

В работе коммерческого сектора также необходим ряд изменений, которые могут быть осуществлены при поддержке областных департаментов экономики и здравоохранения. Государственным органам управления рынком медицинских услуг, прежде всего, следует разработать мероприятия по легализации некоторых «теневых» видов деятельности и мероприятия по организации прозрачности их деятельности как для государства, так и для общества, но без вмешательства силовых, контролирующих структур. Эту проблему и проблему организации честной, добросовестной конкуренции можно решить путем создания объединения медицинских коммерческих структур в рамках общественной организации. Будучи сформированной из уважаемых и хорошо зарекомендовавших себя представителей коммерческого сектора рынка медицинских услуг, эта организация могла бы взять на себя некоторые функции по защите прав и интересов предпринимателей, работающих на этом рынке, а также функции «народного контроля» за добросовестностью участников рынка, за соблюдением ими правил честной конкуренции.

Выявленную проблему создания обратной связи потребителей медицинских услуг (пациентов) и производителей медицинских услуг (государственных и негосударственных ЛПУ) можно решить также путем формирования общественной организации типа общества защиты прав потребителей. Сотрудничая с областным департаментом здравоохранения, а также с руководителями ЛПУ она могла бы разрешать конфликтные ситуации и претензии

пациентов к работе отдельных ЛПУ, медицинских сотрудников. В круг рассматриваемых этой организацией проблем должны входить и проблемы соблюдения врачебной этики, ошибки врачей, фармацевтов и другие аналогичные явления. В целях объективного рассмотрения конфликтов предпочтительно включение в число членов этой организации как инициативных пациентов, так и медицинских сотрудников, что позволит одновременно через «корпоративный горизонтальный контроль» [4] сдерживать проблему неформальных платежей пациентам врачам. В случаях, когда проблему невозможно разрешить путем взаимных уступок и единственным способом разрешения конфликта является судебный процесс, эта организация по защите прав пациентов должна выступать в суде на стороне потребителей медицинских услуг, защищая их интересы или ущемленные права. Финансироваться эта организация может за счет средств организаций-доноров, поддерживающих правозащитные институты, и из других источников, включая пожертвования пациентов.

Для достижения целей развития рынка медицинских услуг и государственного здравоохранения через механизмы и методики, предложенные в качестве элементов региональной программы развития здравоохранения Павлодарской области, требуются дополнительные материальные и финансовые ресурсы. Часть из них можно привлечь из республиканского бюджета на решение проблем государственного сектора и на формирование здорового образа жизни у населения в рамках республиканских программ здравоохранения. Наиболее значительные ресурсы можно получить из местного бюджета, для чего необходимо тесное взаимодействие всех заинтересованных сторон с маслихатом и акиматами. Дополнительные ресурсы можно получить в результате использования стационарозамещающих форм лечения, экономии неэффективных затрат, сокращения посреднических цепочек при закупках оборудования, расходных материалов. Немаловажную роль в этих условиях играют прозрачность движения финансовых потоков (как для населения, так и для субъектов рынка) и наличие детального контроля расходования средств со стороны контролирующих организаций. Вместе с тем необходимо четко распределить контрольные функции среди небольшого числа ревизирующих органов, чтобы излишние

контрольно-ревизионные процедуры не вредили финансово-хозяйственной деятельности субъектов рынка.

Существуют проблемы в изыскании дополнительных ресурсов в коммерческом и некоммерческом секторах рынка медицинских услуг. Со стороны областного департамента экономики необходимо проведение мероприятий по привлечению инвестиций, в том числе иностранных, в медицинский сектор. В качестве стимулов этого процесса можно применять налоговые льготы для новых проектов. Банковские структуры неохотно кредитуют медицинские проекты ввиду больших инсталляционных расходов и долгой окупаемости дорогостоящего оборудования. В этой ситуации департамент экономики может помочь в осуществлении кредитования на льготных условиях для предприятий, занимающихся медицинской деятельностью, в том числе используя ресурсы, предназначенные для развития малого бизнеса. Особое значение имеет поддержка уже существующих негосударственных больничных учреждений для того, чтобы они могли конкурировать с государственными ЛПУ и повысилось качество предоставляемых услуг.

Для негосударственного некоммерческого сектора значительный эффект может дать уже внедряемая система государственного социального заказа. С одной стороны, она будет поддерживать социальные инициативы НПО, а с другой – даст государству новый инструмент регулирования развития и работы НПО. Основная проблема здесь состоит в соблюдении равноудаленности всех негосударственных организаций от источника финансирования, чтобы не было разделения на «аффилированные» НПО, которые забирают значительную долю заказов, и «простые», которые не имеют реальных шансов получить заказ.

Следующий элемент инфраструктуры рынка медицинских услуг Павлодарской области, в котором нуждается население, – справочная служба по медикаментам. Существующая система 003 не предоставляет информации по ценам и дополнительным условиям – она лишь информирует о ближайших к клиенту аптеках, где можно приобрести требуемый препарат. Можно дополнить ее либо информационной базой о ценах и фасовке медикаментов, либо на базе системы платных справочных услуг ОАО «Казактелеком» доступных по номеру 8-168 добавить в их реестр

ценовых справок информацию о ценах на медикаменты.

На наш взгляд, необходима разработка стратегии социального маркетинга и принципов связи с общественностью в области профилактики заболеваний, в частности болезней системы кровообращения. Как известно, Казахстан занимает лидирующие позиции в мире по проценту населения, злоупотребляющего курением. В 1996 году по данным общенационального исследования распространенность курения среди мужчин была 60%, а среди женщин – 7% и эти цифры ежегодно увеличиваются, опередив в 1997 году все государства Европейского союза и Центральноазиатского региона. Отношение казахстанцев к своему здоровью все еще на низком уровне.

В Казахстане, как правило, внедрение каких-либо социальных программ идет «сверху вниз», то есть обычно правительственные программы «спускаются вниз» на уровень регионов через соответствующие министерства, областные органы только выполняют программы, не являясь их инициаторами. Между тем возможно проведение и самостоятельных региональных программ на основе расширяющейся финансовой самостоятельности бюджетов областного уровня, так как рассматриваемые в Парламенте законы о местном и государственном самоуправлении позволят регионам свободнее распоряжаться своими финансовыми средствами. Например, департамент здравоохранения (на основе исследований здоровья населения региона или при поддержке общественных организаций) области может инициировать программу по борьбе с курением и пропаганде здорового образа жизни, внеся ее на рассмотрение акимата области. В случае наличия свободных финансовых ресурсов программа может быть заложена в бюджет области на следующий год, а очередная сессия маслихата будет решать вопрос о включении или невключении в бюджет затрат на эту программу. Общественные организации (так называемый «третий сектор») могут проводить социальные программы за счет собственных ресурсов и средств, выделяемых благотворительными фондами и другими небюджетными организациями. Инициаторами программ могут быть общественные организации, департамент здравоохранения, а сторонами, решающими судьбу программы, будут акимат и маслихат. Есть также возможность

внесения предложений депутатами маслихата, но она практически не используется.

В случае же внедрения программ национального уровня возникает аналогичная ситуация. Инициаторами здесь могут быть общественные организации, министерство здравоохранения, а решать судьбу программы будут правительство и парламент. Но есть одно отличие – в последнее время все большее распространение получает практика внесения предложений в парламент не правительством, а парламентариями. Поэтому возможен и вполне реален вариант, когда общественные организации вносят предложение о социальной программе через лоббирующих их интересы мажилисменов. Поэтому при осуществлении национальных профилактических программ очень важно иметь политическую и организационную поддержку от политиков, лиц, владеющих ресурсами и решающих проблемы здравоохранения. Социальный маркетинг в данной ситуации преследует цель – заинтересовать этих людей в поддержке таких программ и убедить их в том, что первичная профилактика поможет сэкономить ресурсы системы здравоохранения, необходимые для проведения лечения больных. В качестве аргументов можно использовать и то, что основные проблемы здравоохранения можно решать путем проведения профилактики заболеваний, можно добиться значительного успеха при очень незначительном дополнительном финансировании, профилактика заболеваний поможет сэкономить ресурсы не только в области здравоохранения, но и других сфер экономики. Количественными и качественными индикаторами эффективности подобной стратегической программы могут служить результаты реализации этого проекта. Очевидно, что конкретный и более измеримый результат может быть получен только через несколько лет после осуществления проекта, так как изменение общественного мнения не происходит мгновенно и процесс оздоровления населения, вызванный переориентацией людей на профилактику заболеваний, требует нескольких лет для развития положительного эффекта.

Таким образом, предлагаемые мероприятия по развитию рынка медицинских услуг и формированию его инфраструктуры позволят при минимальных материально-финансовых издержках добиться повышения качества медицинских услуг, их доступности, а также

повышения информированности всех участников рынка. Все это будет способствовать повышению экономической эффективности системы здравоохранения Казахстана в процессе поддержания здоровья населения страны.

### Литература

1 Статистический ежегодник Казахстана: статистический сборник / под ред. А.Е. Мешим-

баевой /Агенство Республика Казахстан по статистике – Астана, 2007.

2 Отчет о человеческом развитии в Казахстане. Задачи и проблемы, 2010.

3 Индейкин Е.Н. Об эффективности стационаров на дому (из библиотеки Кохрейна) // Главный врач. – 2002, №4. – С. 16 – 18.

4 Чирикова А. Шишкин С. Неформальные платежи в медицине: новый взгляд на старую проблему // Общество и экономика. – 2002, №10 – 11. – С. 258 – 291.

М. Азимбердиев, Е. Қойшыбайұлы

### Мемлекеттік реттеу нарығындағы денсаулық сақтау қызметі

Ғылыми мақалада Қазақстан Республикасындағы денсаулық сақтау салаларында мемлекеттік басқару туралы кешенді түрде теориялық негіздерінің аймақтық және регионалды заңдылықтары зерттелген. Сонымен қатар, қазіргі дамыған елдердің медициналық ұйымдарының денсаулық сақтау саласындағы күйі.

**Түйін сөздер:** қаржы-экономикалық көрсеткіштер, әлеуметтік медициналық көмектер, табыс өсуі, интенсивті миграция, сақтандыру жүйесі, регионалдық нарық.

M. Azimberdiev, Ye. Koishybaiuly

### The government regulation of medical services

This article has the theoretical positions of national and regional health by legislation in the Republic of Kazakhstan. As well, the current state of medical institutions in developed countries in the field of health care.

**Keywords:** financial - economic performance, health and social care, rising costs, intensive migration, the insurance system, the regional market.