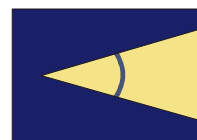


Европейская **обсерватория**

по системам здравоохранения



Системы здравоохранения: время перемен

Казахстан



Европейская обсерватория по системам здравоохранения сотрудничает с Европейским региональным бюро ВОЗ, правительствами Греции, Норвегии и Испании, Европейским инвестиционным банком, Институтом «Открытое общество», Всемирным банком, Лондонской школой экономических и политических наук, Лондонской школой гигиены и тропической медицины.

Системы здравоохранения: время перемен

Казахстан 1999

AMS 5001888 (KAZ)

CARE 04 01 03

Target 19

1999 R

Ключевые слова

Медицинское обслуживание

Исследования

Финансирование здравоохранения

Реформа здравоохранения

Принципы организации здравоохранения — структура и управление

Казахстан

© Европейская обсерватория по системам здравоохранения, 2000 год

Данный обзор распространяется бесплатно, использовать его полностью или частично для коммерческих целей запрещается. Права на издание обзора или его части можно получить в Секретариате Европейской обсерватории по системам здравоохранения по адресу: Secretariat of the European Observatory on Health Care Systems, WHO Regional Office for Europe, Scherfigsvej 8, DK-2100 Copenhagen, Denmark. Европейская обсерватория по системам здравоохранения приветствует подобные обращения.

Определения и подача материала данного обзора не отражают взгляды какого бы то ни было отделения или члена Европейской обсерватории по системам здравоохранения на правовой статус страны, района, области, города и их властей, равно как и на определение их границ. В обзоре использованы названия стран и районов, принятые на момент его составления.

Обзор содержит точки зрения только его авторов, не всегда совпадающие с решениями и официальной политикой Европейской обсерватории по системам здравоохранения и ее членов.

Европейская обсерватория по системам здравоохранения

Европейское региональное бюро ВОЗ

Правительство Норвегии

Правительство Испании

Европейский инвестиционный банк

Всемирный банк

Лондонская школа экономических и политических наук

Лондонская школа гигиены и тропической медицины

Содержание

Предисловие	v
Благодарности	vii
Введение и историческая справка	1
Общие сведения.....	1
Демографические показатели и состояние здоровья населения.....	3
История здравоохранения.....	9
Структура и управление	12
Структура.....	12
Планирование, нормирование и управление.....	16
Децентрализация здравоохранения.....	17
Источники финансирования и затраты	19
Основная система финансирования.....	19
Набор медицинских услуг.....	21
Дополнительные источники финансирования.....	22
Добровольное медицинское страхование.....	23
Затраты на здравоохранение.....	24
Структура затрат на здравоохранение.....	26
Медицинское обслуживание	31
Первичное медицинское обслуживание.....	32
Общественное здравоохранение.....	35
Специализированное медицинское обслуживание.....	37
Медико-социальная помощь.....	40
Медицинские кадры и обучение медицинских работников.....	41
Лекарственные средства и медицинские технологии.....	51
Распределение средств	53
Бюджет здравоохранения и распределение средств.....	53
Финансирование больниц.....	54
Заработная плата врачей.....	55
Реформы здравоохранения	57
Цели и задачи.....	57
Содержание и правовая основа реформ.....	58
Заключение	62
Литература	64

DFID Департамент
Международного
развития

Выражаем благодарность
Департаменту международного развития,
Великобритания

Предисловие

Каждый обзор здравоохранения страны переходного периода содержит всесторонний анализ системы здравоохранения и ее реформ — проводимых и разрабатываемых. Обзоры служат основой деятельности Европейской обсерватории по системам здравоохранения.

Европейская обсерватория по системам здравоохранения — уникальная организация, в которой сотрудничают Европейское региональное бюро ВОЗ, правительства Греции, Норвегии и Испании, Европейский инвестиционный банк, Институт «Открытое общество», Всемирный банк, Лондонская школа экономических и политических наук, Лондонская школа гигиены и тропической медицины. Цель этого сотрудничества — поддерживать и развивать научно обоснованные методы управления здравоохранением, разработанные на основе глубокого и всестороннего изучения опыта разных европейских стран.

Обзоры здравоохранения стран переходного периода призваны предоставить информацию для сравнения и помочь руководителям и исследователям совершенствовать и преобразовывать здравоохранение в странах Европы и за ее пределами. Обзоры представляют собой составные элементы мозаики, которые позволяют:

- подробно узнать о различных методах финансирования, организации и предоставления медицинских услуг;
- точно описать развитие, содержание и проведение реформ здравоохранения;
- обозначить частые трудности, а также области, которые требуют более глубокого исследования;
- предоставить руководителям и исследователям европейских стран возможность делиться сведениями о здравоохранении и обмениваться опытом его реформ.

В каждой стране над созданием обзора работают местные специалисты вместе с научными руководителями и сотрудниками Европейской обсерватории по системам здравоохранения. Чтобы данные обзоров разных стран были сопоставимы, разработаны стандартные правила и план составления обзора — подробное руководство и перечень вопросов, определений и примеров. Количественные показатели получают из разных источников: в первую очередь это база данных «Здоровье для всех» Европейского региональ-

ного бюро ВОЗ, медицинская база данных Организации экономического сотрудничества и развития, Всемирный банк.

Составление обзоров сопряжено с рядом методических сложностей. Во многих странах относительно немного данных о здравоохранении и результатах реформ. Большая часть сведений получена из местных источников и обработана международными специалистами в той или иной области. Подобный подход, однако, не исключает субъективности некоторых утверждений и выводов. К тому же нет единой общепризнанной терминологии для описания многообразия европейских систем здравоохранения, поэтому сходные данные нередко понимают и толкуют по-разному. Разработан ряд общих определений, но и они не позволяют полностью избежать разночтений. С подобными трудностями сталкиваются все сравнительные исследования в области здравоохранения.

Обзоры служат источником описательных, свежих и сопоставимых данных о здравоохранении разных стран и дают руководителям возможность извлекать уроки из международного опыта. В обзорах также содержатся все данные для глубокого сравнительного анализа реформ. Выпуск обзоров продолжается. Подобные обзоры будут составлены для всех европейских стран, все сведения будут регулярно обновляться, что позволит постоянно следить за ходом реформ. Обзоры можно найти на сайте Европейской обсерватории по системам здравоохранения: <http://www.observatory.dk>.

Благодарности

Авторы обзора системы здравоохранения Казахстана — Максут Кульжанов (Казахская высшая школа общественного здравоохранения) и Джудит Хили (Европейская обсерватория по системам здравоохранения). Авторы благодарят Айкана Аканова (заместитель председателя Государственного комитета по здравоохранению Республики Казахстан) за помощь в подготовке обзора. Помощь оказали также: Наиля Алмагамбетова (Школа общественного здравоохранения Казахстана), Курал Куралбаев (Школа общественного здравоохранения Казахстана) и Альма Акинова-Фармер (Европейская обсерватория по системам здравоохранения).

Европейская обсерватория по системам здравоохранения благодарит рецензентов обзора за их замечания: Майкла Боровица (Департамент международного развития, Великобритания), Джека Лангенбруннера (Всемирный банк), Черил Уикем (Управление международного развития США, проект Zdrav Reform) и Гюлин Гедик (Европейское региональное бюро ВОЗ). Мы признательны Министерству здравоохранения Республики Казахстан за поддержку.

Обзоры из серии «Системы здравоохранения: время перемен» для республик Средней Азии были подготовлены при поддержке программы «Политика и системы здравоохранения» под руководством Сердара Саваса, директора Европейского регионального бюро ВОЗ по управлению программами, и по согласованию с Гюлин Гедик, сотрудником проекта по странам — участницам Таможенной конвенции о карнете АТА. Мы благодарны Департаменту международного развития (Великобритания) за поддержку, оказанную при подготовке обзоров из серии «Системы здравоохранения: время перемен» для республик Средней Азии.

Данная серия обзоров подготовлена научными руководителями и сотрудниками Европейской обсерватории по системам здравоохранения.

Европейская обсерватория по системам здравоохранения сотрудничает с Европейским региональным бюро ВОЗ, правительствами Греции, Норвегии и Испании, Европейским инвестиционным банком, Институтом «Открытое общество», Всемирным банком, Лондонской школой экономических и политических наук, Лондонской школой гигиены и тропической медицины.

В Европейской обсерватории по системам здравоохранения коллектив создателей обзоров работает под руководством генерального секретаря

Джозепа Фигераса; научные руководители — Мартин Мак-Ки, Элиас Моссиалос и Ричард Солтман. Координатор проекта — Сузи Лессоф. Редакторы серии — Анна Диксон, Джудит Хили и Элизабет Керр.

Научный руководитель работы над обзором системы здравоохранения Казахстана — Мартин Мак-Ки.

Административной поддержкой, проектированием и изданием обзоров руководит Филлис Дал при участии Мириам Андерсен, Сью Гаммермана и Анны Марессо. Отдельную благодарность авторы выражают: Европейскому региональному бюро ВОЗ за предоставление сведений по медицинскому обслуживанию из Европейской базы данных «Здоровье для всех»; Организации экономического сотрудничества и развития — за предоставление данных о здравоохранении в странах Западной Европы; Всемирному банку — за предоставление данных о затратах на здравоохранение в странах Центральной и Восточной Европы. Авторы также благодарят государственные статистические службы за предоставление официальных данных.

Введение и историческая справка

Общие сведения

Казахстан — независимая республика, расположенная в степях Средней Азии. Занимает площадь 2,7 млн км² (примерно равную площади всех пятнадцати стран Европейского союза). Имеет протяженную границу с Россией на севере; на востоке граничит с Китаем, на юге — с Кыргызстаном, Узбекистаном и Туркменистаном. Казахстан не имеет выхода к морю, но его граница проходит по двум внутренним морям: Аральскому и Каспийскому. Ландшафты Казахстана разнообразны — от обширных степных равнин до высоких горных хребтов Тянь-Шаня и Алтая на юго-востоке. Столица страны была перенесена из Алматы (старое название — Алма-Ата), на север, в Астану (Акмола). В 1997 г. население составляло 15,7 млн человек (табл. 1). Разнообразен и этнический состав (хотя его оценки расходятся). Доля русских выше, чем в других республиках Средней Азии. Основные этнические группы — казахи (52%), русские (31%), украинцы (4%) и немцы (2%); остальные 11% представлены множеством национальных меньшинств (33). Считается, что большинство населения Казахстана — атеисты; основная часть верующих — мусульмане-сунниты и православные христиане. Официальные государственные языки — казахский и русский, причем последний широко используется в повседневной и деловой жизни. Еще в XIX в. казахи вели кочевой образ жизни; сейчас около 60% населения проживает в городах.

Ранний период истории Казахстана характеризуется сменой империй кочевых народов на территории, простиравшейся далеко на север от живших вдоль Великого Шелкового пути более оседлых народов Трансоксианы (современный Узбекистан) (27, 28). В начале XIII в. Казахстан, как и вся Средняя Азия, вошел в состав империи Чингисхана. Казахи стали обособляться от потомков монголов и других тюркских народов по мере распада Золотой Орды. В XVI в. возникло Казахское ханство, которое позднее разделилось на три жуза, или орды: Старший (на юге), Средний (в центре и на северо-востоке) и Малый (мигрировал на запад). В каждый жуз (ставший впоследствии самостоятельным ханством) входили несколько родов, а во главе жуза стоял

Рисунок 1. Карта Казахстана¹.

хан. В начале XVIII в. эти ханства страдали от нашествий ойратов — воинственного монгольского племени.

Ханы всех трех жузов искали защиты от ойратов у царской России, а вскоре приняли российское подданство. Россия постепенно укрепляла свои позиции в Казахстане, и к 1850 г. ханства перестали существовать как политические единицы. Восстания казахов жестоко подавлялись, и в Казахстан стали переселяться русские.

После российской революции 1917 г. многие тысячи людей погибли либо бежали. Националистическая казахская организация Алаш Орда во время гражданской войны приняла сторону большевиков, но впоследствии была ими ликвидирована. Советская власть определила границы республик Средней Азии, и русские окончательно утвердились на территории Казахстана. В 1925 г. Казахстан получил статус автономной советской социалистической республики, а в 1936 г. — полноправной советской социалистической республики.

Кочевых казахов, пастухов и скотоводов, в 1920-е гг. заставили объединиться в колхозы. Многие погибли от болезней и голода или бежали в Китай. Считается, что в это время население Казахстана уменьшилось на многие тысячи человек. В 1930-е и 1940-е гг. оно пополнилось за счет переселенцев, приехавших из других районов СССР в новые промышленные центры, или сосланных Сталиным в исправительно-трудовые лагеря на севере Ка-

¹ Представленные в данном обзоре карты не отражают взгляды какого бы то ни было отделения или члена Европейской обсерватории по системам здравоохранения на правовой статус страны, района, области, города и их властей, равно как и на определение их границ.

Таблица 1. Демографические показатели

Показатель	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997
Население, млн чел. ^a	16,5	16,7	17,0	17,1	16,9	16,6	16,5	15,9	15,8
Доля населения моложе 15 лет, % ^a	31,8	31,5	31,3	31,1	30,9	30,7	30,1	29,8	29,5
Смертность на 1000 населения ^a	7,6	7,7	8,0	8,1	9,1	9,5	10,2	10,4	10,2
Рождаемость на 1000 населения ^a	23,1	21,8	20,9	19,8	18,7	18,5	16,7	15,9	14,8
Суммарный коэффициент рождаемости ^b	2,9	2,7	—	2,5	2,3	—	2,3	2,0	2,0

Источник:

^a База данных программы «Здоровье для всех» Европейского регионального бюро ВОЗ;

^b база данных TransMONEE, версия 3.0, ЮНИСЕФ.

захстана. В 1950-е гг. русские прибыли в Казахстан для освоения целинных земель в северных степных районах (этот эксперимент потерпел неудачу). В Казахстане, как в отдаленном и малонаселенном крае, был построен крупнейший в СССР ядерный полигон (Семипалатинск, или Семей), а также космодром «Байконур».

После распада СССР в 1991 г. Казахстан последним из бывших союзных республик объявил о своей независимости в декабре 1991 г. Распад СССР имел весьма серьезные последствия для республики с ее давними и прочными связями с Россией и большим количеством русского населения.

Демографические показатели и состояние здоровья населения

В 1990-х гг. численность населения Казахстана уменьшилась. Достоверность оценок нынешней численности населения сомнительна; первая после обретения независимости перепись населения, которая была проведена в 1999 г., может дать более точные сведения на этот счет. С 1992 по 1997 г. численность населения, вероятно, сократилась на 1,4 млн человек, главным образом вследствие эмиграции русских и других этнических групп. Рождаемость снизилась с 23,1 на 1000 населения в 1989 г. до 14,8 на 1000 населения в 1997 г. (табл. 1). Суммарный коэффициент рождаемости (число детей, которое рождает женщина в течение жизни) начал снижаться еще в 1970-х гг., прежде всего среди русских (20). По этому показателю (2,0 в 1997 г.) Казахстан отстает от многих стран со средним уровнем доходов, но все же опережает страны Европейского союза. Доля пожилых несколько

выше, чем в других республиках Средней Азии; тем не менее почти 30% жителей Казахстана моложе 15 лет. Благодаря недавним демографическим сдвигам казахи вновь преобладают в большинстве областей, особенно в сельской местности; русские и иные национальные меньшинства сосредоточены в городах (33).

Начиная с 1950 г. здоровье населения Казахстана улучшалось, однако с 1980-х гг. оно стало ухудшаться (19) (табл. 2). Средняя продолжительность жизни мужчин сократилась с 63,9 года в 1990 г. до 59,4 года в 1997 г., а средняя продолжительность жизни женщин — с 73,4 года в 1990 г. до 70,6 года в 1997 г. (в странах Европейского союза в 1996 г. эти показатели составляли 74,2 и 80,8 года соответственно). В то время как в Казахстане средняя продолжительность жизни снижалась, в странах Европейского союза она неуклонно росла. Тем не менее данный показатель все же выше, чем это можно было бы ожидать в стране с уровнем доходов ниже среднего; в этом отношении Казахстан опережает соседние страны, например Турцию.

С начала 1990-х гг. в Казахстане, как и в большинстве других стран бывшего СССР, возросла заболеваемость незаразными болезнями, возможно, вследствие вредных привычек, таких, как курение, злоупотребление алкоголем, чрезмерное употребление жирной пищи. Стандартизованная по возрасту смертность мужчин от ишемической болезни сердца резко увеличилась в 1990-е гг. (табл. 2). В 1997 г. этот показатель достиг 207 на 100 000 населения (по сравнению с 45 на 100 000 населения в странах Европейского союза). Как и в Российской Федерации (17), среди русского населения Казахстана высоки заболеваемость, обусловленная злоупотреблением алкоголя, и частота несчастных случаев (20). Стандартизованная по возрасту смертность от онкологических заболеваний, особенно от рака пищевода и рака легких, — самая высокая среди республик Средней Азии.

Вновь появились ранее побежденные инфекционные заболевания, в том числе обусловленные бедностью. Именно рост числа малоимущих (см. ниже) во многом обусловил ухудшение здоровья населения. Очень высока частота зарегистрированных случаев туберкулеза легких и смертность от него. Заболеваемость всеми формами туберкулеза составляла в 1997 г. 91,4 на 100 000 населения (по сравнению с 67,4 в странах бывшего СССР в среднем и 13,2 в странах Европейского союза в среднем, табл. 2). Увеличилась и заболеваемость другими инфекциями, такими, как дифтерия и гепатит.

Детская смертность (25,3 на 100 000 новорожденных в 1997 г.) более чем в четыре раза превышает среднюю по странам Европейского союза (5,7 на 100 000 новорожденных). Однако нужно иметь в виду, что в Казахстане эти показатели до сих пор рассчитывают так же, как и при советской власти, то есть не учитывают случаи рождения недоношенных и детей с низким весом при рождении, умерших в течение первых 7 дней жизни (2,20). Если бы детскую смертность определяли в соответствии с международными стандартами, она была бы значительно выше. Смертность детей младше 5 лет в пять раз превышает среднюю по странам Европейского союза (35,2 на 1000 детей в 1996 г.). Основные причины смерти по большей части предотвратимые — заболевания органов дыхания, понос и несчастные случаи.

Таблица 2. Показатели состояния здоровья населения

Показатель	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997
Средняя продолжительность жизни женщин ^а , годы	73,4	73,1	73,0	71,6	71,1	70,4	70,3	70,6
Средняя продолжительность жизни мужчин ^а , годы	63,9	63,7	63,6	61,0	60,5	59,3	58,9	59,4
Стандартизованная по возрасту смертность мужчин моложе 65 лет от ишемической болезни сердца на 100 000 населения	143	143	150	178	187	215	220	207
Заболеваемость всеми формами туберкулеза на 100 000 населения	65,8	64,4	64,4	60,9	62,4	67,1	87,6	91,4
Детская смертность на 1000 новорожденных ^а	26,7	27,6	26,3	28,8	27,4	27,9	25,9	25,3
Смертность детей младше 5 лет на 1000 детей данной возрастной группы ^б	34,9	35,6	34,2	38,1	36,2	38,4	35,2	—
Материнская смертность на 100 000 родов ^а	54,8	48,0	56,9	49,6	48,3	57,4	52,9	59,0
Число абортс на 100 родов ^а	70,2	74,8	102,0	91,9	85,4	80,9	76,7	67,4

Источник:

^а База данных Европейского регионального бюро ВОЗ «Здоровье для всех»;

^б версия 3.0 базы данных TransMONEE, ЮНИСЕФ.

Материнская смертность очень высока (59,0 на 100 000 новорожденных в 1997 г. — это более чем в восемь раз выше средней по странам Европейского союза) и в течение 1990-х годов не снижалась. Почти все роды проходят в больничных условиях.

Одна из самых серьезных проблем казахского здравоохранения — анемия. Хотя оценки ее распространенности расходятся, анемией той или иной степени тяжести страдают, вероятно, около половины женщин репродуктивного возраста (20,12). Причины тому — частые роды, нелеченные гинекологические заболевания, нехватка железа в рационе (употребление большого количества жиров, недостаток овощей и фруктов), особенности питания, способствующие снижению всасывания железа в кишечнике.

Как и в других странах бывшего СССР, в Казахстане основным методом регулирования рождаемости по-прежнему остаются аборты; их число настолько велико, что в отдельные годы оно сравнимо с числом родов. Количество абортс в Казахстане (67,4 на 100 родов в 1997 г.) больше, чем в среднем в странах Европейского союза (45 на 100 родов), но меньше, чем в среднем в странах бывшего СССР (184 на 100 родов). Тем не менее распространенность контрацептивных средств возросла, и в 1993 г. уже около трети женщин репродуктивного возраста пользовались внутриматочными или пе-

роральными контрацептивами. К сожалению, эти методы не всегда доступны и слишком дороги (20).

Вызывают беспокойство ухудшение экологической обстановки и загрязнение окружающей среды, которые отрицательно сказываются на здоровье населения и приводят к росту заболеваемости и смертности. Бассейн высыхающего Аральского моря сильно засолен, поскольку вода питающих его рек отводится в оросительные системы, и загрязнен промышленными и сельскохозяйственными отходами. Загрязнение окружающей среды ограничивает и без того скудное снабжение населения пресной водой. Особенно неблагоприятна экологическая обстановка в промышленных районах. И в городах, и в сельской местности ухудшились санитарные условия; питьевая вода загрязнена солями, токсинами и бактериями. Уровень радиоактивного загрязнения тоже высок из-за ядерных испытаний в районе Семипалатинска (подземные испытания ядерного оружия продолжались там вплоть до 1991 г.) и неудовлетворительного состояния хранилищ радиоактивных отходов.

Социально-экономические показатели

Показатели гуманитарного развития Казахстана, как и соседних среднеазиатских республик, достаточно высоки, но в последнее время снизились (32). По индексу гуманитарного развития (0,709 в 1997 г.) Казахстан оказался в группе стран с промежуточным уровнем развития; в странах с переходной экономикой этот показатель в среднем чуть выше (34). Все основные показатели, по которым рассчитывают индекс (средняя продолжительность жизни, уровень грамотности и уровень образования взрослого населения, ВВП на душу населения), в течение 1990-х гг. снижались. В то же время во всех республиках Средней Азии уровень грамотности и уровень образования взрослого населения достаточно высокие, причем в Казахстане эти показатели даже выше, чем в соседних странах (13% населения страны в возрасте 18—22 лет учатся в высших учебных заведениях) (34).

Снижение показателей гуманитарного развития — результат обнищания населения. С обретением независимости уровень бедности и различия в доходах между разными слоями населения возросли (10). Вследствие экономических и социальных потрясений 1990-х гг. значительно увеличилось число малоимущих, которые не в состоянии платить за необходимые товары и услуги, в том числе медицинские. Естественно, это отрицательно сказывается на здоровье населения. По данным финансируемого Всемирным банком Национального исследования уровня жизни, в 1996 г. более 30% населения Казахстана находилось за чертой бедности (33). В рамках Программы развития ООН используется иной показатель бедности (доход менее 4 долларов США в день на человека), согласно которому за чертой бедности живет почти половина населения страны (33).

В 1990-е гг. экономика Казахстана переживала серьезный спад (13,23). Наибольшее сокращение ВВП (на 17,8%), зарегистрированное в 1994 г., свидетельствовало о почти полном ее обвале (табл. 3). Величина ВВП на

Таблица 3. Макроэкономические показатели

Показатели	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997
Изменение ВВП, % ^б	-0,04	-13,0	-2,9	-10,4	-17,8	-8,9	1,1	2,0
ВВП на душу населения, доллары США ^а	—	—	1682	1445	741,4	982,1	1316	1415
ВВП на душу населения по паритету покупательной способности, доллары США ^а	4716	4490	4270	3710	3284	—	2296 ^в	—
Инфляция, % в год ^а	—	191	1615	1758	1977	276	22	12
Государственные расходы, % ВВП ^б	31,4	32,9	31,8	25,2	25,9	20,7	18,5	—
Реальная заработная плата, в % от уровня 1991 г. ^б	—	100	64,8	49,1	32,9	33,4	34,4	—
Официальный уровень безработицы ^а	—	0,1	0,9	0,6	1,1	2,1	4,1	3,8

Источник:

^а База данных программы «Здоровье для всех» Европейского регионального бюро ВОЗ;

^б база данных TransMONEE версии 3.0, ЮНИСЕФ;

^в данные Отдела разведывательной экономической информации.

душу населения в разных источниках разная из-за существенных колебаний оценок ВВП и численности населения. Так, Программа развития ООН приводит более низкие значения ВВП (по данным Отдела разведывательной экономической информации) (33). После замены в ноябре 1993 г. рубля казахским тенге инфляция усилилась, но уже с 1996 г. ее темпы уменьшились. В 1994 г. валютный курс составлял 48,4 тенге за 1 доллар США, в 1996 г. — 67,3 тенге, в середине 1997 г. — 75,3 тенге, а в декабре 1998 г. — 85 тенге. В 1990 г. ВВП на душу населения с учетом инфляции составлял 4716 долларов США (по паритету покупательной способности), но затем снизился до 2296 долларов США. Покупательная способность тенге упала в том числе и потому, что с 1991 г. из Москвы перестали поступать субсидии на потребительские товары. В 1996 г. величина ВВП на душу населения в разных областях существенно различалась — от 86 до 130% от среднего уровня по стране (33).

Реальная заработная плата в 1996 г. составляла около трети от уровня 1991 г. Официальный уровень безработицы (4% в 1997 г.) не отражает ни ее истинные размеры (при расчете применялись слишком узкие критерии безработицы), ни значительные масштабы эмиграции. При использовании более широких критериев уровень безработицы составил бы в 1997 г. около 12% (38).

Государственные расходы (в % ВВП) снизились с 31% в 1990 г. до 19% в 1996 г. (табл. 3). Вместе с общим снижением ВВП это свидетельствует о бюд-

жетно-налоговом кризисе. Государственные доходы резко сократились после того, как основным источником их стали не отчисления государственных предприятий, а налоги с частных лиц и корпораций. Сбор налогов — серьезная проблема для всех республик Средней Азии. Например, в Казахстане в 1997 г. объем налоговых сборов составил менее 13% от ВВП (7). Кроме того, в 1991 г. прекратилось поступление бюджетных средств из Москвы, на которые ранее приходилось около 12% ВВП республики (10). Снижение государственных доходов, а следовательно, и расходов — основная трудность для всех стран, которые переживают этап перехода от социалистической экономики.

Тем не менее восстановление экономики Казахстана идет более успешно, чем это можно было бы ожидать исходя из тяжелого положения, в котором она оказалась. Резкое сокращение ВВП сменилось в 1996—1997 гг. некоторым ростом этого показателя (8).

Основная причина экономического кризиса состоит в том, что главные статьи экспорта республики зависели от рынка СССР, так что обвал спроса на ее товары привел к резкому сокращению масштабов экономики страны. Казахстан обладает огромными запасами ископаемого топлива, а также других полезных ископаемых, в том числе металлов. Республика намерена разрабатывать свои природные ресурсы и расширять торговые связи за пределы бывшего СССР. В целом экономические перспективы Казахстана благоприятны благодаря его природным богатствам. В частности, государство возлагает большие надежды на эксплуатацию запасов нефти и газа. В декабре 1996 г. подписано соглашение о создании Каспийского консорциума для строительства нового нефтепровода от казахского нефтяного месторождения Тенгиз к Черному морю; сейчас ведутся переговоры о постройке других линий нефтепроводов. Однако увеличение объемов экспорта нефти зависит от цен на нее: ведь доходы от продажи нефти должны покрывать затраты на добычу и транспортировку. Казахстан не имеет выхода к морю, поэтому нефтепроводы проходят через другие страны, политические режимы в которых неустойчивы.

В СССР Казахстан был одним из основных производителей зерна. Республика располагает обширным сельскохозяйственным сектором, в котором представлены разведение крупного рогатого скота, производство пшеницы и целого ряда других культур, особенно на пахотных землях юга страны. В 1996 г. доля сельского хозяйства в ВВП составляла 13% (38). Казахстан ищет новые рынки сбыта для промышленной продукции, однако спрос на традиционную для страны продукцию тяжелой промышленности невысок; кроме того, промышленные предприятия остро нуждаются в ремонте.

С 1991 г. экономическая политика Казахстана направлена на развитие рыночных отношений. В 1993 г. началась программа структурных реформ, а в 1994 г. была принята система антикризисных мероприятий. С 1995 г. развернута государственная программа экономических реформ и приватизации. Она началась с продажи большей доли акций малых и средних предприятий, передачи договоров об управлении крупными государственными предприятиями, выдачи концессий на разработку месторождений нефти,

газа и других полезных ископаемых иностранным инвесторам, приватизации большей части совхозов и колхозов. Кроме того, государство приступило к преобразованию банковского и финансового секторов экономики и предприняло крупную реформу пенсионной системы (38).

Государственное управление

Казахстан — унитарное государство с президентской формой правления (20). Нынешний президент республики Нурсултан Назарбаев возглавляет страну с 1990 г., а прежде, с 1989 г., он был главой Коммунистической партии республики. Президент Казахстана избирается на пятилетний срок и назначает премьер-министра, кабинет министров и глав областных администраций. Назарбаев расширил президентские полномочия своим указом. Парламент был дважды, в 1993 и 1994 г., распущен до истечения сроков его полномочий. Назарбаев был вновь избран президентом в 1995 г., а затем и в 1999 г. (в обоих случаях на выборах он был единственным кандидатом). В январе 1999 г. президент утвердил новый состав кабинета министров из 14 членов, возглавляемый Нурланом Балгимбаевым.

В 1993 г. была принята первая постсоветская Конституция, а в 1995 г. — вторая. Сейчас парламент страны состоит из двух палат, а его члены избираются на четырехлетний срок. В Сенате — 47 мест: 7 сенаторов назначаются президентом, а остальные 40 — областными советами (по два представителя от каждой области). Нижняя палата, Меджлис, насчитывает 67 мест по количеству избирательных округов страны, а члены этой палаты избираются всенародным голосованием. В стране зарегистрировано много политических партий, хотя их политическая деятельность развита слабо, поскольку более двух третей депутатов парламента, избранного в 1995 г., не принадлежат ни к одной из партий.

Прежде страна была поделена на 20 административных единиц: 19 областей и столица. Президентский указ 1997 г. сократил число областей до 14. Области, в свою очередь, делятся на 220 районов. Президент назначает глав областной администрации — акимов. Власть акима достаточно велика: он наделен большими полномочиями и играет важную роль в управлении здравоохранением. Столь же значительны полномочия областного департамента финансов. Местные советы, маслихаты, созданы в 1994 г. для развития местного самоуправления, но аким имеет право отменять решения маслихата.

История здравоохранения

Созданная в годы советской власти разветвленная государственная система здравоохранения была централизованной, а медицинское обслуживание — общедоступным и бесплатным. До обретения независимости Министерство здравоохранения Казахстана проводило политику, разрабатывавшуюся в Москве, с помощью централизованной многоуровневой структуры: от цен-

трального (республиканского) уровня к областному и городскому, а от него — к районному (41).

В начале XX в. население Казахстана лечилось в основном у народных целителей. В начале 1900-х гг. российское правительство организовало медицинское обслуживание русских поселенцев силами разъезжавших по стране фельдшеров и акушеров, создало медицинские пункты и больницы.

С 1920-х гг. началась борьба с инфекционными заболеваниями, стали создаваться учреждения первичного медицинского обслуживания в сельских районах. В соответствии с жесткой многоуровневой структурой здравоохранения каждый житель был приписан к определенному фельдшерскому пункту в сельской местности или к определенной поликлинике в городе. В 1950—1970 гг. приоритет был отдан специализированному медицинскому обслуживанию и больницам. Было построено много больниц и поликлиник, а финансирование первичного медицинского обслуживания сократилось. Чрезмерное вложение средств в подготовку специалистов и стационарное лечение основывалось на принципах Семашко, согласно которым ведущую роль играет не повышение эффективности медицинского обслуживания, а увеличение числа врачей и больничных коек.

В 1980-х гг. положение здравоохранения ухудшилось, а недостатки существующей системы управления стали очевидными. В системе приоритетов советской экономики здравоохранение стояло гораздо ниже производительных секторов экономики. По мере сокращения бюджетных средств объем предоставляемых медицинских услуг сокращался и уже не удовлетворял потребностей населения. Поэтому медицинские учреждения были вынуждены неофициально взимать плату за свои услуги.

Недостатки прежней системы здравоохранения — централизованное управление и жесткое бюджетное финансирование — не позволяли руководителям проявлять инициативу и гибкость в управлении. Бюджетные средства распределялись в соответствии с расходами за предшествующий год, количеством медицинского персонала и числом больничных коек. Медицинские учреждения не были заинтересованы в более рациональном использовании средств, наоборот, они стремились раздувать штаты и коечный фонд. Сокращение финансирования и недовольство медицинского персонала своим положением привели к тому, что нормы медицинского обслуживания перестали соблюдаться. Это неудивительно, поскольку финансирование не зависело ни от качества медицинской помощи, ни от объема услуг. Больные, в свою очередь, тоже были недовольны ухудшением качества обслуживания, снижением доступности медицинских услуг и отсутствием возможности выбрать врача.

Ряд реформ здравоохранения был предпринят в Казахстане еще до выхода из состава СССР. В 1989 г. в пяти медицинских учреждениях начался эксперимент по внедрению так называемого нового хозяйственного механизма. В 1990 г. эксперимент был свернут, но реформы остались одним из направлений политики здравоохранения.

После обретения независимости в 1991 г. в сфере здравоохранения поначалу мало что изменилось, поскольку первоочередное значение тогда имели

политические и экономические преобразования. По мере ухудшения социально-экономических условий состояние здоровья населения ухудшалось. На совершенствование материально-технической базы медицинского обслуживания и повышение его качества не хватало средств. Обсуждались несколько вариантов решения этих проблем. В четырех областях (Джезказган, Семипалатинск, Южный Казахстан и Алматы) прошел показательный эксперимент, в ходе которого были опробованы такие методы, как реорганизация первичного медицинского обслуживания, финансирование за счет медицинского страхования, введение платных медицинских услуг и новых схем финансирования медицинских учреждений. После введения в 1995 г. обязательного медицинского страхования темп реформ ускорился. Существенные изменения, происшедшие с тех пор в системе здравоохранения Казахстана, изложены в следующих разделах обзора.

Структура и управление

Структура

После обретения независимости в 1991 г. Казахстану пришлось разрабатывать собственную политику здравоохранения и развивать планирование в этой сфере. В условиях приоритета исполнительной власти, возглавляемой президентом, политика разрабатывается в значительной мере централизованно. Первоочередной задачей стало преобразование системы государственного управления, раздробленного на многочисленные министерства и вертикальные структуры (37). В результате реформ число министерств сократилось с двадцати до четырнадцати, а вместо двенадцати государственных комитетов осталось только два (33). На верхнем уровне системы здравоохранения находится Комитет здравоохранения, однако на деле управлением занимаются областные (региональные) департаменты здравоохранения, довольно самостоятельные в организации медицинского обслуживания на своей территории. Ведущие элементы системы здравоохранения представлены в следующем разделе (рис. 2).

Комитет здравоохранения

Комитет здравоохранения (бывшее Министерство здравоохранения) стремится взять на себя функции, которые в прежней системе здравоохранения выполняла Москва. Комитет определяет политику здравоохранения, разрабатывает правовую базу и основные направления реформ, руководит научными исследованиями, следит за состоянием здоровья населения и ходом реформ, обеспечивает подготовку медицинских кадров. Кроме того, комитет составляет бюджет здравоохранения, следит за распределением бюджетных средств на центральном уровне, за работой государственных научно-исследовательских институтов и центральных больниц, осуществляет общий надзор за системой здравоохранения. С помощью санитарно-эпидемиологической службы комитет следит за состоянием окружающей среды.

Областные и городские органы власти

Центральное звено в управлении здравоохранением — четырнадцать областных и столько же городских департаментов здравоохранения, которые

непосредственно организуют работу большей части больниц и поликлиник. После принятия в 1995 г. Закона о местном самоуправлении большая часть полномочий, включая лицензирование медицинских учреждений, была передана с центрального на региональный (областной) уровень. Во главе областных органов власти стоят акимы, которых назначает президент. Областные власти собирают наибольшую часть государственных доходов, значительная доля которых остается в их распоряжении. Таким образом, областные власти (в том числе департаменты финансов и здравоохранения) обладают широкими полномочиями, хотя по доходам и, соответственно, возможностям области существенно различаются.

Рисунок 2. Структура системы здравоохранения



Власти районов подчинены областным властям. Базовым специализированным и почти всем первичным медицинским обслуживанием обычно руководит главный врач центральной районной больницы. Государство стремится предоставить областным и районным учреждениям здравоохранения большую самостоятельность в распоряжении бюджетными средствами и организации медицинского обслуживания (см. ниже).

Министерство финансов

Обсуждает вместе с другими министерствами государственный бюджет, разрабатывает утверждаемый парламентом проект бюджета, выделяет средства для Комитета здравоохранения. Министерству финансов подчинены областные финансовые управления.

Министерство труда и социального обеспечения

Определяет шкалу заработной платы в масштабе страны, а также дополнительные выплаты, например, за вредные или опасные условия труда. Оно же отвечает за разработку и исполнение трудового законодательства.

Центр оплаты медицинских услуг

Организован в декабре 1998 г. вместо Фонда обязательного медицинского страхования и призван стать ведущим учреждением в сфере оплаты медицинских услуг. Фонд обязательного медицинского страхования был создан на основе президентского указа в июне 1995 г., начал работать с 1996 г., но просуществовал недолго. Фонд подчинялся кабинету министров, однако впоследствии утратил свой полуавтономный статус. Сейчас здравоохранение вновь финансируется за счет налоговых отчислений из заработной платы. Более подробно финансирование обсуждается в следующем разделе.

Самостоятельные медицинские учреждения

Некоторые медицинские учреждения (больницы, крупные поликлиники, учреждения первичного медицинского обслуживания) имеют право приобретать статус юридического лица и самостоятельно управлять своей деятельностью. Это право обеспечил принятый в 1995 г. Закон о самоуправлении, а также последующие поправки к нему и постановления. Теперь области должны сами решать (разумеется, в определенных пределах), какие медицинские учреждения управляются и финансируются государством, а какие будут преобразованы в коммерческие предприятия. Последние получают право самостоятельно распоряжаться своим бюджетом и вести прямые переговоры с Центром оплаты медицинских услуг. Сейчас началась постепенная реализация этого проекта.

Частные медицинские учреждения

Аптеки и стоматологические клиники в основном превратились в частные коммерческие предприятия. Большинство больниц, санитарно-эпидемиологических станций и поликлиник остались в собственности государства.

Ведомственные медицинские учреждения

Ряд министерств и правительственных учреждений страны (Министерство внутренних дел, Комитет национальной безопасности, Департамент железных дорог) содержат свои собственные, ведомственные, медицинские учреждения, которые теоретически подотчетны Комитету здравоохранения. На ведомственные учреждения приходится значительная часть предоставляемых в стране медицинских услуг. Так, в 1996 г. в таких

Рисунок 3. Структура регионального и местного здравоохранения



учреждениях насчитывалось 14 695 больничных коек (9% от общего количества). В 1997 г. этот показатель сократился до 9365 коек (7%). До 1992 г. медицинские учреждения существовали и при некоторых крупных государственных предприятиях, но большинство таких учреждений закрылись.

Профессиональные союзы и другие профессиональные организации

При советской власти членство в профессиональных союзах было фактически обязательным, а сами они обладали значительной властью. В те времена эти организации представляли интересы работодателя (государства), а не работников, но в то же время предоставляли последним разнообразные льготы (отпуска, медицинскую помощь и другие). Финансировались профессиональные союзы за счет взносов из заработной платы. Принятый в 1994 г. закон разрешил создавать и регистрировать новые профессиональные союзы, так что сейчас наряду с прежними монопольными организациями появились новые (18).

Федерация профессиональных союзов Казахстана объединяет 50 членов, в том числе имеющих свои отделения во всех 14 областях профессиональный союз медицинских работников — один из крупнейших в стране (в 1998 г. он насчитывал 300 000 членов). До обретения независимости в профессиональный союз входили все медицинские работники, да и теперь число его членов достигает 95%. Вступление в профессиональный союз происходит почти автоматически, а членские взносы вычитаются из заработной платы. Федерация профсоюзов по-прежнему владеет значительными активами (гостиницы, административные здания, санатории). Профессиональный союз медицинских работников не входит в правительственные комитеты, но поддерживает тесные связи с правительством и участвует в согласовании программных документов.

Неформальные профессиональные организации представителей всех медицинских специальностей существовали еще при советской власти. Созданные в 1990-х гг. несколько ассоциаций врачей пока не играют существенной роли, поскольку они не имеют законодательной базы и не представлены в центральных органах власти, определяющих политику здравоохранения. Эти ассоциации пока лишь высказывают свое мнение по поводу сертификации специалистов и государственной политики здравоохранения.

Планирование, нормирование и управление

Административный стиль руководства в Казахстане подразумевает, что государственная политика здравоохранения разрабатывается на центральном уровне. Однако Комитет здравоохранения не имел для этого ни технических возможностей, ни соответствующих полномочий. В результате разработка политики и планирование в сфере здравоохранения стали развиваться лишь

после наступления бюджетного кризиса. Основные направления этой политики содержатся в посланиях президента к стране («Казахстан 2030» и «Здоровье нации»).

Комитет здравоохранения определяет принципы планирования и намеревается ввести систему государственных стандартов и аккредитации медицинских учреждений. Взаимодействие отдельных структур в системе здравоохранения затруднено, поскольку большинство государственных программ реализуется через вертикальные административные структуры, а осуществлением политики здравоохранения и нормированием занимаются областные органы власти. Последние сами решают, какие действия они будут предпринимать для достижения общегосударственных целей.

Фонд обязательного медицинского страхования (1996—1998 гг.) был создан как центральный орган системы здравоохранения, так как он распоряжался половиной бюджета здравоохранения. Сменивший его Центр оплаты медицинских услуг подчиняется непосредственно правительству.

Децентрализация здравоохранения

С 1991 г. в Казахстане началась приватизация многих государственных предприятий, таких, как заводы и колхозы. В сфере здравоохранения она распространялась главным образом на аптеки и стоматологические учреждения (в 1997 г. более 90% всех аптек уже были частными) (33).

Хотя принятый в 1991 г. закон «Об охране здоровья народа» разрешил частную медицинскую практику, к январю 1997 г. платные медицинские услуги предоставляли только 834 (1,6%) врача (33).

В январе 1997 г. правительство подготовило список государственных медицинских учреждений, подлежащих приватизации (615 из 8000, то есть 8%) (30). Но к настоящему времени приватизированы лишь немногие из них. Более того, до сих пор не ясно, сколько учреждений должны стать частными, каким будет их статус и как должна проходить реорганизация. В принятом в 1997 г. постановлении правительства «О секторных программах приватизации и реструктуризации» приведены 30 типов медицинских учреждений, которые не подлежат приватизации и будут финансироваться из государственного бюджета. Решать, какие именно государственные учреждения останутся в государственной собственности, а какие станут частными и будут финансироваться по договорам с Центром оплаты медицинских услуг (с учетом указанных выше исключений), должны областные департаменты при участии представителей Комитета здравоохранения. Вместе с тем такие понятия, как коммерческое и некоммерческое предприятие, пока четко не определены.

Приватизация подразумевает сосуществование государственных и частных медицинских учреждений. К 2000 г. около четверти всех медицинских учреждений должны были перейти в частную собственность (25). Однако программа приватизации столкнулась с рядом трудностей, включая отсутствие централизованной системы лицензирования и системы контроля за

профессиональной подготовкой медицинских работников, незаконную приватизацию ряда медицинских учреждений и незаконную коммерческую деятельность, нецелевое использование приватизированных учреждений, злоупотребления при оформлении договоров медицинского страхования. Необходимо усовершенствовать нормативно-правовую базу, регулирующую деятельность частных медицинских учреждений.

Источники финансирования и затраты

Основная система финансирования

В начале 1990-х гг. здравоохранение Казахстана полностью финансировалось государством (не считая взимаемой с больных неофициальной платы за услуги). Созданный в 1996 г. Фонд обязательного медицинского страхования собирал страховые взносы до конца 1998 г. Однако уже с начала 1999 г. Казахстан вернулся к прежней системе финансирования за счет налоговых вычетов из заработной платы. Таким образом, на сегодняшний день здравоохранение финансируется в основном за счет государственного бюджета и платных медицинских услуг. Информация об источниках финансирования (см. ниже) крайне скудна (табл. 4).

Официальные данные на этот счет занижены, поскольку не учитывают значительный объем платных медицинских услуг, на которые, по данным национального исследования, приходится около трети расходов на здравоохранение (4).

В 1996 г. была введена двойная система финансирования здравоохранения. Из государственного бюджета финансируются неотложная помощь, высокоспециализированное медицинское обслуживание (например, лечение онкологических заболеваний) и общественное здравоохранение. Согласно официальной статистике, в 1998 г. из государственного бюджета поступало более половины всех средств (табл. 4). Обязательное медицинское страхование должно было покрывать расходы на амбулаторную помощь, а также большую часть затрат на стационарное лечение и лекарственные средства. Нынешняя реорганизация предполагает сохранение двойной системы финансирования здравоохранения: государственные некоммерческие медицинские учреждения будут финансироваться из государственного бюджета, а коммерческие — на основе договоров с Центром оплаты медицинских услуг.

Дополнительные источники финансирования здравоохранения — доходы областных органов власти. Как правило, в распоряжении областей остается около половины налоговых сборов (в разных областях эта доля существенно различается), и часть средств может расходоваться на здравоохране-

Таблица 4. Основные источники финансирования здравоохранения, %

Источник финансирования	1995	1996	1997	1998
Государственные				
Государственный бюджет	100	88	55	55
Обязательное медицинское страхование	—	12	40	40
Частные				
Платные медицинские услуги*	—	—	5*	5*
Добровольное медицинское страхование	—	—	—	—
Иные	—	—	—	—

Источник: Министерство здравоохранения, образования и спорта.

* По оценкам из других источников, доля платных услуг значительно больше.

ние. Доля этого источника в финансировании здравоохранения точно не установлена.

В заключение следует отметить, что здравоохранению катастрофически не хватает средств: в отдельные годы реальное финансирование составляло лишь треть от заложенного в бюджет. Бюджетное финансирование, в свою очередь, может многократно урезаться в течение финансового года.

Фонд обязательного медицинского страхования

Фонд обязательного медицинского страхования был создан в 1996 г. как полугосударственная организация, но уже в 1999 г. он был преобразован в чисто правительственное учреждение. В 1996—1998 гг. в стране была создана единая система обязательного медицинского страхования, охватывавшая все население страны (за исключением военных, у которых имеются свои медицинские учреждения). За работников взносы платили работодатели (3% заработной платы, в действительности это был налог с заработной платы), за неработающих — областные органы власти. Частные предприниматели были обязаны сами выплачивать страховые взносы. Эти взносы объединялись со взносами социального страхования. Система медицинского страхования управлялась через филиалы Фонда, созданные во всех 14 областях и в городе Алматы.

Фонд медицинского страхования не смог собрать запланированный объем страховых взносов и в 1998 г. отказался от выполнения ряда своих обязательств. В 1996 г. доля страховых взносов в бюджете здравоохранения составила всего 15% вместо запланированных 25%, а в 1998 г. — около 40% (в последнем случае половину составили взносы государства за неработающих). Причин тому несколько. Во-первых, многие предприятия не могли выплачивать страховые взносы из-за больших долгов. Во-вторых, многие частные

предприниматели и мелкие фермеры (а это почти четверть населения) вообще не платили взносы на медицинское страхование. В-третьих, в условиях роста безработицы возрастали взносы за неработающих, а областные власти эти взносы не выплачивали. К концу 1998 г. долг областей Фонду обязательного медицинского страхования составлял 27 млрд тенге (26). В-четвертых, Фонд отказался от выполнения своих обязательств, задолжав медицинским учреждениям 8 млрд тенге. В результате эти расходы вынуждены были покрывать областные власти (26). И наконец, доверие к Фонду было подорвано после того, как в его адрес были выдвинуты обвинения в коррупции и растрате резервного капитала.

С декабря 1998 г. правительство ужесточило контроль за Фондом обязательного медицинского страхования, а сам Фонд был переименован в Центр оплаты медицинских услуг. Страховые взносы теперь собирают как часть единых социальных сборов (на январь 1999 г. эти сборы составляли 21% фонда заработной платы) и включают в государственный бюджет, из которого ежегодно выделяют средства Центру оплаты медицинских услуг. Цель этих преобразований — ужесточить государственный контроль за сбором и расходованием средств.

Набор медицинских услуг

При советской власти медицинское обслуживание было всеобъемлющим, бесплатным и общедоступным. Созданная в 1996 г. система медицинского страхования (1996—1998 гг.) поколебала эти принципы, но население продолжало, как и раньше, пользоваться услугами государственного здравоохранения ввиду отсутствия четких общепринятых критериев, позволяющих разделить застрахованных и незастрахованных. А в декабре 1998 г. медицинское страхование вообще прекратило свое существование.

В рамках системы обязательного медицинского страхования выделяли два набора медицинских услуг: гарантированный и основной. Гарантированный набор услуг предоставлялся всем гражданам страны и включал неотложную помощь (угрожающие жизни состояния), переливание крови, услуги специализированных центральных больниц и научно-исследовательских учреждений (например, лечение онкологических и психических заболеваний), услуги, предоставляемые отдельным группам населения (инвалиды, ветераны войны, пенсионеры, дети), и программы по борьбе с инфекционными заболеваниями, такими, как туберкулез. Кроме того, в гарантированный набор входили услуги общественного здравоохранения, например иммунизация и санитарно-эпидемиологические мероприятия. С 1999 г. перечисленные услуги финансируются государством через Комитет здравоохранения.

Основной набор медицинских услуг предоставлялся только застрахованным (хотя теоретически медицинское страхование было обязательным и, следовательно, охватывало все население). Он включал все виды амбулаторного медицинского обслуживания и большую часть больничных услуг.

С 1999 г. услуги, входящие в основной набор, финансируются из местных бюджетов (областных, городских и районных), а также по договорам с Центром оплаты медицинских услуг.

Сохранились и платные медицинские услуги, ограничивающие доступность медицинского обслуживания. Постановление правительства № 70 от 1999 г. обязало Комитет здравоохранения подготовить перечень таких услуг. Согласно этому постановлению, плата должна взиматься за посещение специалистов без направления врача общей практики. Таким образом предполагалось предоставить врачам общей практики возможность регулировать доступ к специализированному медицинскому обслуживанию.

Основной вид платных медицинских услуг — лекарственные средства. В больнице лекарственные средства должны предоставлять бесплатно (хотя в действительности многие больницы не в состоянии их оплачивать). Препараты, назначаемые амбулаторно, оплачивают сами больные (за исключением некоторых наиболее уязвимых групп населения и ряда категорий больных, например с онкологическими заболеваниями). Поэтому чтобы не платить за препараты, больные стремятся попасть в стационар. В разных областях обеспеченность лекарственными средствами неодинакова.

Дополнительные источники финансирования

Значительную долю в финансировании здравоохранения составляют выплаты частных лиц, как официальные (платные услуги), так и неофициальные (приобретение лекарственных средств и питание в стационаре, а также взятки медицинским работникам).

Платные медицинские услуги

Доля платных медицинских услуг, предоставляемых в больницах и других медицинских учреждениях, неуклонно растет. Такие услуги были узаконены в 1995 г. Областные органы власти имеют право устанавливать тарифы на них. Во многих областях имеются прейскуранты, включающие платные услуги, которые не относятся к жизненно необходимым (например, некоторые стоматологические услуги, пластические операции). Многие медицинские учреждения вынуждены взимать плату за те товары и услуги, на которые не хватает бюджетных средств. В стационаре больным нередко приходится обеспечивать себя питанием и лекарственными средствами, хотя и то, и другое в принципе должно предоставляться бесплатно. Перед госпитализацией больному обычно выдают список препаратов и других медицинских изделий, которые он должен приобрести. Кроме того, больные оплачивают лекарственные средства, протезы и другие медицинские приспособления в амбулаторных медицинских учреждениях. Доля официально платных услуг в финансировании здравоохранения стала весьма значительной (например, в Алматинской области в 1996 г. она составляла около 10%) (5).

Согласно результатам проведенного в 1996 г. исследования уровня жизни,

в котором участвовали 2000 семей, большая часть семей довольно много тратит на услуги государственных медицинских учреждений (например, расходы больного на госпитализацию могут в два раза превышать месячную заработную плату) (33). По данным из разных источников, выплаты больных составляют не менее трети всех затрат на здравоохранение (4, 39). На самом деле этот показатель еще больше, поскольку значительную часть расходов составляют взятки, масштабы которых точно не установлены.

Взятничество давно и прочно укоренилось в здравоохранении стран Восточной Европы (3). Поскольку это неофициальные выплаты, оценить их размеры трудно. Взятки дают как отдельным сотрудникам, так и медицинским учреждениям, в денежной или в натуральной (например, сельскохозяйственные продукты) форме. В последние годы распространенность взятничества возросла. Причины тому — снижение объема медицинских услуг, который уже не удовлетворяет потребности населения, низкая заработная плата медицинских работников и развитие частной медицины.

Добровольное медицинское страхование

Закон разрешает создавать коммерческие (частные и государственные) страховые фонды, в том числе иностранные. Добровольным медицинским страхованием охвачена лишь малая часть населения; большинство пользуются услугами государственного здравоохранения, сами оплачивают медицинские услуги или просто не в состоянии платить страховые взносы.

Иностранные инвестиции

В здравоохранении Казахстана действуют множество проектов, финансируемых из внешних источников (3), хотя государственные отчеты не содержат сведений о каждом из таких источников в отдельности. Проекты финансируются Всемирным банком, ВОЗ, Управлением международного развития США, ЮНИСЕФ (Детский фонд ООН), Программой развития ООН, ЮНФПА (Фонд ООН по деятельности в области народонаселения), Азиатским банком развития, Европейским союзом, Международным Красным Крестом, Департаментом международного развития (Великобритания) и другими организациями. Большинство этих проектов касаются первичного медицинского обслуживания, системы финансирования услуг больниц, программ по профилактике заболеваний и укреплению здоровья населения, поставок медицинского оборудования и лекарственных средств.

За 1999—2002 гг. Всемирный банк вложил в здравоохранение Казахстана 49,5 млн долларов США. Эти средства были направлены на повышение рентабельности медицинского обслуживания, особенно первичного, поддержку комплексной реформы системы здравоохранения, совершенствование управления здравоохранением, поддержку программ по укреплению здоровья населения. В масштабах всей страны Всемирный банк финансирует программы по борьбе с туберкулезом и укреплению здоровья населения,

Таблица 5. Динамика расходов на здравоохранение в 1990—1998 гг.

Затраты на здравоохранение	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998
В текущих ценах (млн тенге)	1472,5 (руб.)	3127 (руб.)	24 260 (руб.)	601 192 (руб.)	7699	23 447	31 503	46 100	63 000 (оценка)
В постоянных ценах (млн тенге) ^д	—	—	—	—	389	8495	14 319	38 417	—
В постоянных ценах на душу населения (доллары США) ^в	183	203	86	86	56	—	—	—	—
В % ВВП ^а	3,3	4,4	2,1	2,5	2,0	2,0	2,7	3,2	3,5
В % от величины государственного бюджета ^{б,г}	9	10	7	11	10	13	14	9	—
В % от бюджета здравоохранения в 1990 г. ^в	100	118	54	56	37	—	—	—	—

Источник:

^а База данных «Здоровье для всех» Европейского регионального бюро ВОЗ;

^б Комитет здравоохранения (11);

^в Klugman & Schieber 1999 (14, 15);

^г Европейская экспертная служба, 1998 г. (9).

Примечание:

^д С учетом инфляции.

разработку политики здравоохранения и оценку его эффективности, подготовку врачей общей практики, а в регионах (прежде всего в Восточном Казахстане и Алматинской области) — развитие первичного медицинского обслуживания, совершенствование структуры медицинских учреждений, совершенствование управления, в том числе финансовой деятельностью. Проект Всемирного банка рассчитан на 10 лет; его общая стоимость составляет 162,5 млн долларов США (40).

Затраты на здравоохранение

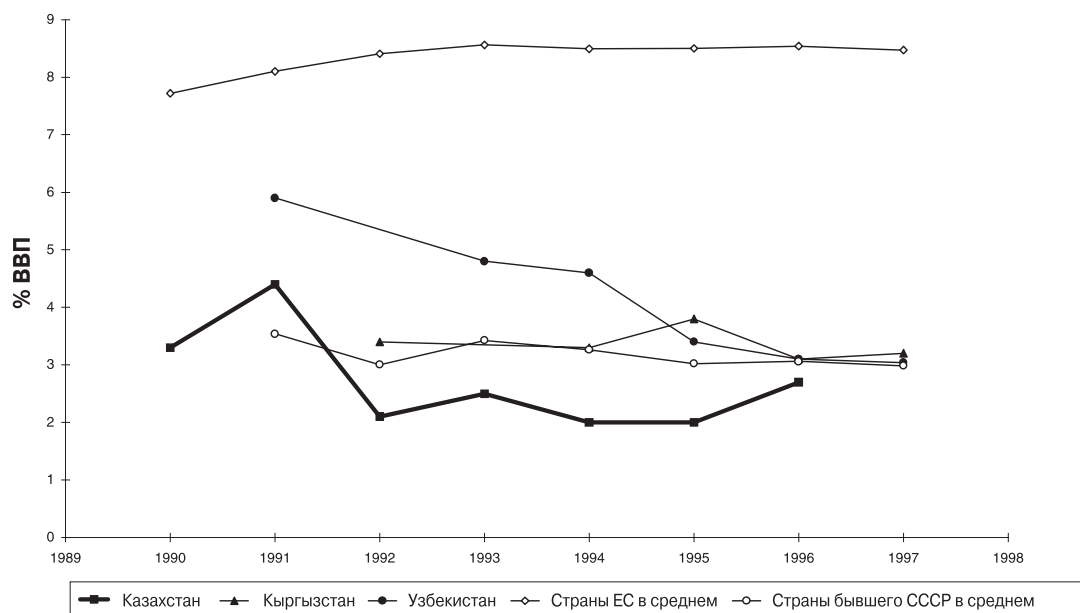
В 1990-х гг. государственные затраты сильно сократились по ряду причин, в том числе из-за резкого падения ВВП, высокой инфляции, прекращения

субсидий из Москвы и недостаточного сбора налогов. В результате в 1992—1995 гг. бюджет здравоохранения настолько уменьшился, что система едва держалась на плаву. К середине 1990-х гг. и без того низкая доля ВВП, расходуемая на здравоохранение, еще больше сократилась и только в 1998 г. несколько возросла, составив 3,5% (табл. 5). По данным ВОЗ, это один из самых низких в Европе показателей. В 1996 г. Казахстан затратил на здравоохранение лишь 2,7% ВВП (по сравнению с 3,1% в среднем в странах бывшего СССР и 8,4% в среднем в странах Западной Европы, рис. 5). Расходы на здравоохранение в расчете на душу населения составили 58,1 доллара США — это очень мало по сравнению со средним значением этого показателя по странам Европейского союза (1645 долларов США) (рис. 6).

На протяжении многих лет бюджет системы здравоохранения составлял около 10% государственного бюджета. Однако из-за высокого уровня инфляции расходы на здравоохранение в постоянных ценах (то есть с учетом инфляции) в 1993—1994 гг. существенно сократились. Положение стало понемногу улучшаться лишь с 1997 г., когда уровень инфляции снизился (табл. 5). В 1994 г. реальные затраты на здравоохранение составляли всего 37% от таковых до обретения независимости (36). В 1999 г. официальный бюджет здравоохранения равнялся 51 млрд тенге (26).

Реальные расходы были меньше запланированных в бюджете. В 1998 г. на

Рисунок 4. Объем финансирования здравоохранения (в % ВВП) в Казахстане и некоторых других странах в 1990—1997 г.



ЕС — Европейский союз

Источник: База данных «Здоровье для всех» Европейского регионального бюро ВОЗ

Таблица 6. Структура затрат на здравоохранение (% от общих затрат) в 1991—1997 гг.

Категория затрат	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997
Стационарное лечение	—	—	—	—	—	—	—
Заработная плата	41,3	31,8	34,1	28,1	33,6	37,1	39,8
Лекарственные средства	6,8	6,8	9,3	14,8	17,4	12,6	9,3
Капитальные вложения	8,3	6,9	5,6	5,3	—	3,1	1,6

Источник: База данных «Здоровье для всех» Европейского регионального бюро ВОЗ.

здравоохранение предполагалось затратить 63 млрд тенге, затем его бюджет был сокращен до 49 млрд, а реальные расходы, возможно, оказались еще ниже. Из года в год реальный бюджет здравоохранения не соответствовал запланированному уровню и в 1996 г., например, достиг лишь 85% плановых значений (33).

Структура затрат на здравоохранение

В Казахстане, как и в других странах бывшего СССР, расходы на здравоохранение обозначались в бюджете одной статьей, поэтому определить, какая доля расходов приходилась на те или иные нужды, например на стационарное лечение, трудно.

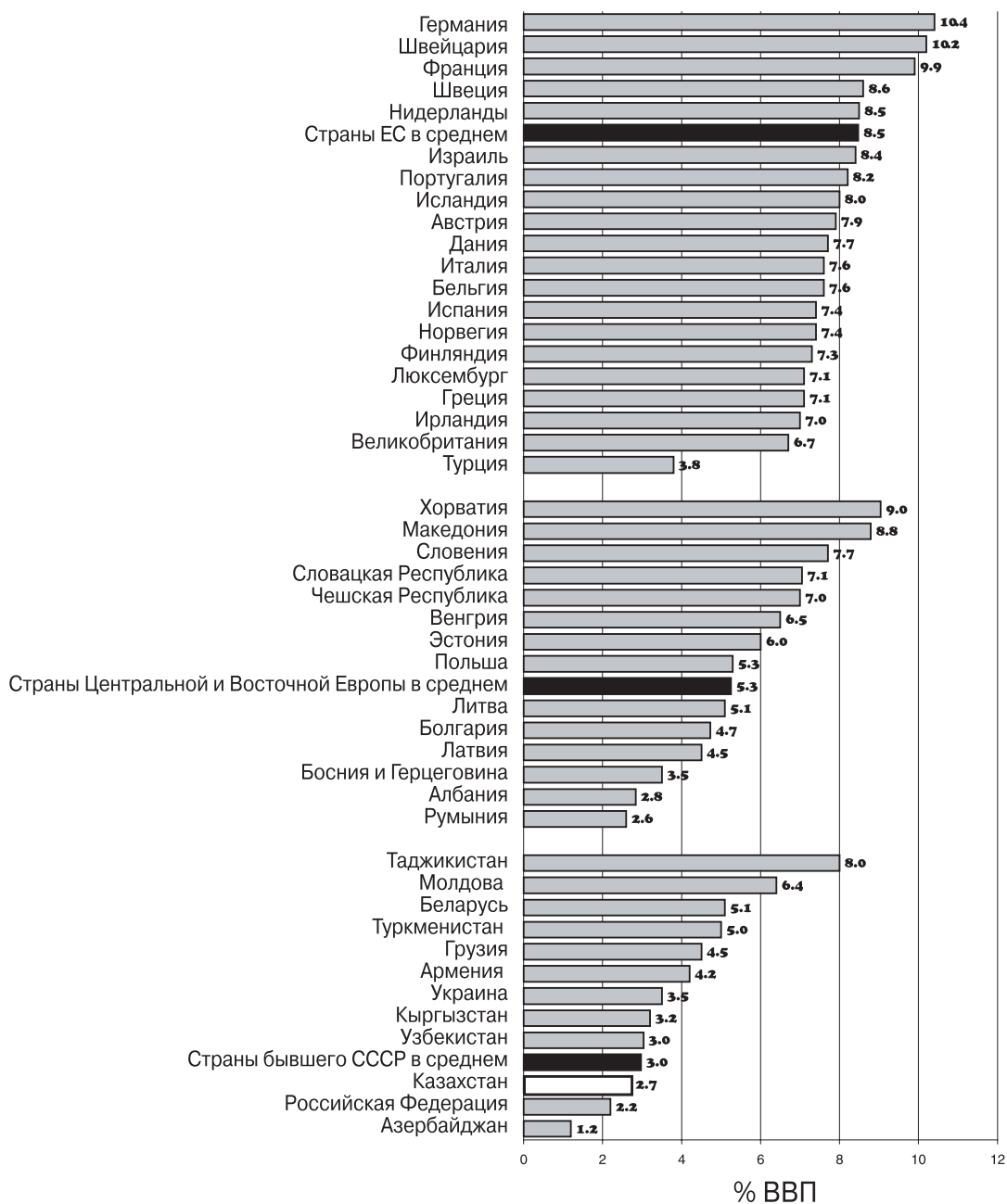
Доля бюджетных средств, предназначенных для заработной платы медицинским работникам, в середине 1990-х гг. упала ниже 30%, а затем немного возросла (табл. 6 и 7). Численность медицинского персонала до последнего времени поддерживалась в основном на прежнем уровне, правда, за счет дальнейшего снижения и без того низкой заработной платы.

В 1995 г. доля государственных расходов на лекарственные средства возросла почти до 17% бюджета здравоохранения (табл. 6). Расходы населения на эти цели тоже достаточно велики. Считается, что государство покрывает потребность в лекарственных средствах лишь на 40% (25).

В 1990-е гг. из-за уменьшения бюджета здравоохранения резко сократились вложения в закупку и ремонт медицинского оборудования, состояние которого оставляет желать лучшего. Медицинские учреждения зачастую не обеспечены самым необходимым, например в некоторых фельдшерских пунктах нет даже шприцев и весов. В столь же удручающем состоянии находятся и здания. Многие из них, особенно в сельской местности, постепенно ветшают.

Средства на оплату накладных расходов и коммунальных услуг (например, электричества) не урезались (табл. 7), иначе медицинские учреждения

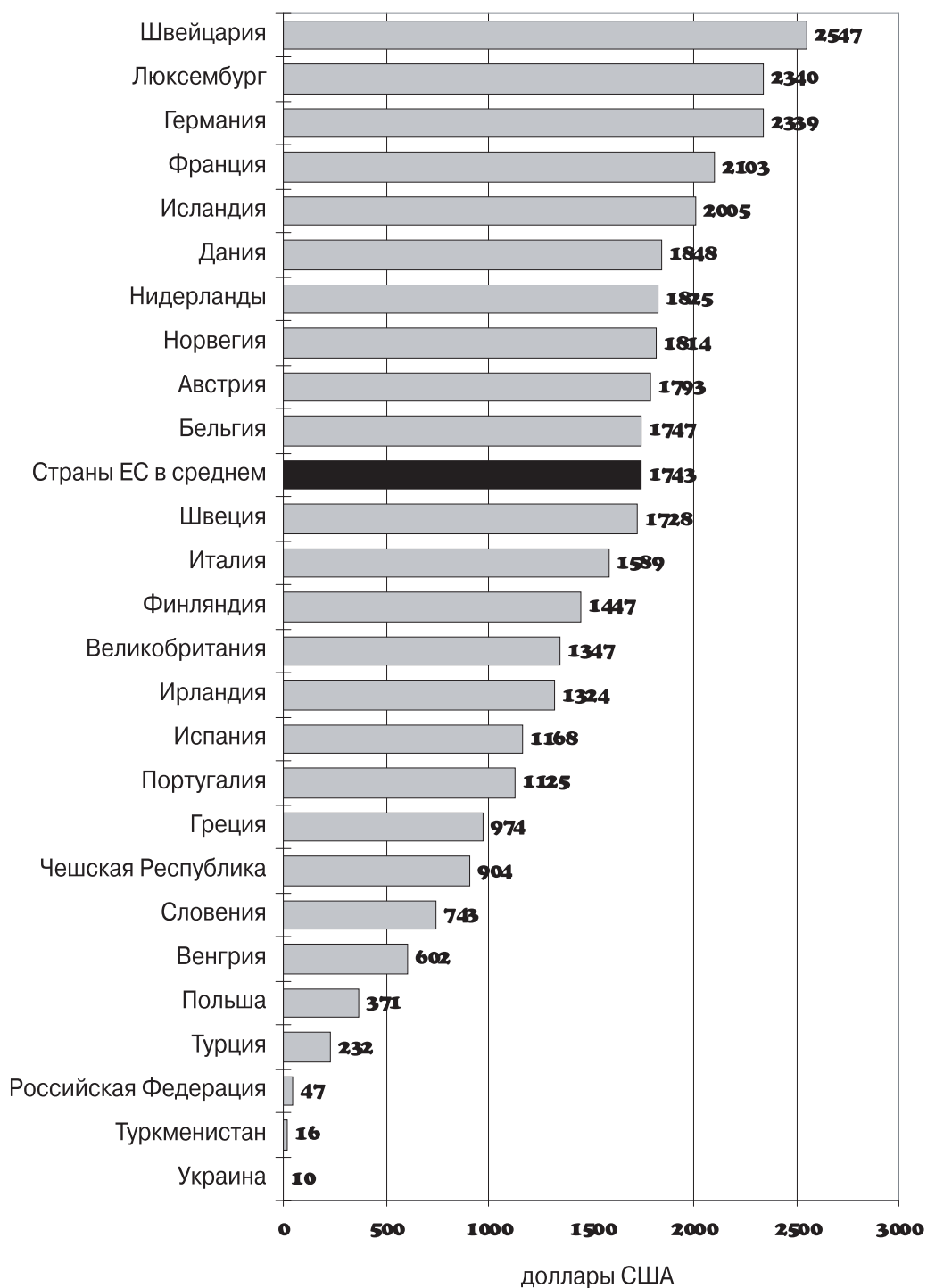
Рисунок 5. Объем финансирования здравоохранения (% ВВП) в Европейском регионе ВОЗ в 1997 г. В отсутствие данных за 1997 г. приведены самые последние из имеющихся данных



ЕС — Европейский союз

Источник: База данных "Здоровье для всех" Европейского регионального бюро ВОЗ

Рисунок 6. Расходы на здравоохранение (в долларах США на душу населения) в Европейском регионе ВОЗ в 1997 г. В отсутствие данных за 1997 г. приведены самые последние из имеющихся данных



Источник: База данных «Здоровье для всех» Европейского регионального бюро ВОЗ
ЕС — Европейский союз

Таблица 7. Структура бюджета здравоохранения (% от общегосударственного бюджета здравоохранения и местных бюджетов) в 1991—1998 гг.

Статья бюджета	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998
Заработная плата (без вычетов)	45,3	32,6	31,5	30,0	31,2	37,1	47,6	30,9
Накладные расходы и коммунальные услуги	10,3	21,1	21,2	23,4	24,1	22,3	17,5	8,1
Питание	7,7	11,5	10,5	12,5	13,8	8,8	5,4	6,0
Лекарственные средства	6,8	7,0	9,3	13,9	16,2	12,6	8,7	7,7
Другие расходы	29,9	27,6	23,9	20,2	14,7	19,2	20,8	47,3

Источник: Министерство финансов.

Таблица 8. Структура затрат на здравоохранение (% от общегосударственного бюджета здравоохранения и местных бюджетов) в 1991—1997 гг.

Категория затрат	1992 ^a	1993 ^a	1994 ^a	1995	1996	1997
Больницы	73,6	71,7	73,1	—	—	—
Поликлиники	6,1	6,8	6,5	—	—	—
Фельдшерско-акушерские пункты	1,1	1,0	0,8	—	—	—
Общественное здравоохранение	4,1	5,1	4,5	—	—	—
Капитальные вложения	1,0	0,5	0,2	—	—	—
Другие	14,0	14,9	14,8	—	—	—

Источник:

^a Всемирный банк (37).

стали бы закрываться. В 1996 г. после отмены государственного регулирования тарифы на коммунальные услуги возросли.

Медицинские учреждения оказались в долгах, поскольку средств на покрытие издержек не хватало. Так, в 1996 г. сумма долга достигла 9,5 млрд тенге, в том числе задолженность по заработной плате — 3,3 млрд тенге (33).

Доля больниц в расходах на здравоохранение очень велика; в 1994 г. она составила почти 75% (более свежие данные отсутствуют, табл. 8). В 1980-х гг. на эти цели выделяли еще больше средств, до 85%. В европейских странах бюджет больниц куда более скромный, от 45 до 75% (43). Например, в Великобритании, где существует государственная система здравоохранения, на больницы приходится менее половины бюджета здравоохранения.

Расходы на специализированную амбулаторную помощь включены в бюджет больниц и составляют примерно четверть от его величины (18). Поликлиники существуют при многих стационарах (амбулаторные отделения). В то же время некоторые поликлиники имеют небольшое число коек. На амбулаторное обслуживание вне стационаров приходится около 6% бюджета здравоохранения (табл. 8).

На долю первичного медицинского обслуживания остается очень незначительная часть бюджетных средств. Вместе с тем разграничить услуги поликлиник на первичное и специализированное медицинское обслуживание трудно. В целом в середине 1990-х гг. на первичное медицинское обслуживание приходилось не более 10% бюджета здравоохранения.

Большая часть средств (85% в 1994 г.) поступает через областные и городские органы власти (44). На центральном уровне финансируются центральные больницы, научно-исследовательские институты и общенациональные программы. В 1994—1997 гг. на эти цели расходовалось около 10% бюджета здравоохранения (11).

С 1995 г. организация медицинского обслуживания подверглась значительным преобразованиям (см. следующий раздел). Каким образом эти перемены отразились на распределении финансовых средств, пока не ясно.

Медицинское обслуживание

Организация медицинского обслуживания в городах и сельской местности несколько различается. В сельских районах первичным медицинским обслуживанием занимаются фельдшерские пункты, врачебные амбулатории и небольшие больницы. В городах первичное и специализированное медицинское обслуживание предоставляют в поликлиниках, основные специализированные стационарные услуги — в районных больницах, более сложное стационарное лечение — в региональных (областных и городских) больницах, а высокоспециализированное медицинское обслуживание — в центральных специализированных институтах.

Таблица 9. Число медицинских учреждений разных типов

Медицинские учреждения	1994	1995	1996	1997	Изменение за 1994—1997 (%)
Научно-исследовательские институты	14			17	21
Областные и городские больницы	36			36	0
Специализированные больницы	199			204	3
Обычные больницы	43	43	41	42	-2
Родильные дома	44			44	0
Центральные районные больницы	219	218	214	157	-28
Сельские районные больницы	684	577	341	208	-70
Всего больниц	1649	1518	1245	963	-42
Пункты неотложной помощи	279				
Поликлиники и амбулаторные отделения больниц	3527	3405	3156	2726	-23
Сельские врачебные амбулатории	1365	1462	1523	1457	+7
Фельдшерские пункты	4980	4898	4706	4377	-12

Источник: Комитет здравоохранения (11); Аканов (1).

Общая черта всей системы здравоохранения — стремление направлять больных на более высокий уровень медицинского обслуживания. В настоящее время медицинское обслуживание переживает период реорганизации. Основная цель реформ — организовать первичную медицинскую помощь на уровне семейных врачей, что позволит закрыть многие мелкие больницы. Уровни медицинского обслуживания, типы медицинских учреждений и их число (табл. 9) описаны в следующих разделах.

Первичное медицинское обслуживание

Фельдшерско-акушерские пункты

Фельдшерско-акушерский пункт — первый уровень медицинского обслуживания в сельской местности. Это небольшие медицинские учреждения, располагающие всего несколькими комнатами и одним, редко двумя или тремя медицинскими работниками: фельдшером, акушеркой и медицинской сестрой. В фельдшерско-акушерских пунктах предоставляли самые простые виды лечения, родовое и послеродовое наблюдение (роды принимали в близлежащих больницах), а также основные профилактические мероприятия (иммунизация, санитарное просвещение). Здесь же выдавали прописанные врачом лекарственные средства. Врачи соседней амбулатории, поликлиники или районной больницы регулярно посещали фельдшерско-акушерские пункты. Каждый пункт обслуживал от 700 до 1000 жителей. В настоящее время система фельдшерско-акушерских пунктов пребывает в запустении. Их число снизилось с 4980 в 1994 г. до 4377 в 1997 г. (табл. 9). Многие пункты находятся в плачевном состоянии, зачастую не располагают не только самым простым оборудованием и лекарственными средствами, но и водопроводом, электричеством и канализацией (29).

Сельские врачебные амбулатории

Штат сельской амбулатории обычно включает терапевта, педиатра, медицинскую сестру и акушерку, иногда — хирурга и стоматолога, которые предоставляют амбулаторную медицинскую помощь. Персонал амбулатории подчиняется районным службам здравоохранения. В 1997 г. в стране насчитывалось 1457 таких амбулаторий (табл. 9). Работающие в них врачи предоставляют основные виды первичного медицинского обслуживания, посещают фельдшерско-акушерские пункты и принимают направленных оттуда больных.

Поликлиники

Прежняя система поликлиник в настоящее время реорганизуется с тем, чтобы более четко разделить первичное и специализированное медицинское

обслуживание. Поликлиники могут существовать как независимые медицинские учреждения или входить в состав больницы в качестве одного из ее отделений. Городские поликлиники предоставляют как первичное, так и специализированное амбулаторное обслуживание. В 1997 г. в стране насчитывалось 2726 самостоятельных поликлиник и амбулаторных отделений больниц, причем с 1994 г. их число сократилось более чем на 20% (табл. 9). Городские поликлиники — это крупные медицинские учреждения, в которых имеются 10—20 специалистов и собственные диагностические (в том числе лабораторные) службы. Существует три вида поликлиник: взрослые, детские поликлиники и женские консультации. Таким образом, многим семьям приходится ездить в разные учреждения, часто расположенные в разных районах города. Врачи, предоставляющие первичное медицинское обслуживание (а это главным образом терапевты, педиатры и гинекологи), обслуживают территорию с населением от 1500 до 1800 человек. Прежде больной был приписан к участковому врачу по месту жительства. Сейчас предлагается постепенно организовать первичное медицинское обслуживание вне поликлиник, в отдельных учреждениях, силами врачей, прошедших переподготовку в области семейной медицины.

Пункты и станции скорой помощи

Пункты скорой помощи предоставляют медицинскую помощь круглые сутки. Они могут существовать как самостоятельные учреждения или входить в состав больницы. Персонал таких пунктов представлен врачами, фельдшерами и медицинскими сестрами, а нередко и специалистами, например кардиологом. Больной звонит по телефону в службу скорой помощи, а приехавший по вызову врач решает, лечить ли больного на дому либо направить его в поликлинику или больницу. Врач приезжает в большинстве случаев, за исключением самых простых. Сведения о мерах, принятых службой скорой помощи, передаются затем участковому врачу. Машин скорой помощи не хватает, равно как и средств на их поддержание в рабочем состоянии. Иногда даже нет бензина, чтобы отвезти больного в стационар. Недостает также лекарственных средств и оборудования. Иногда больного, которому необходима неотложная помощь, приходится везти довольно далеко, поскольку не все близлежащие стационары предоставляют такую помощь или же оказывают ее только по определенному графику.

Планирование семьи

Консультации по вопросам планирования семьи входят в обязанности фельдшерских пунктов и женских консультаций. Тем не менее число абортов в стране остается высоким; многие женщины не могут позволить себе пользоваться средствами контрацепции. В послании президента к стране «Казахстан 2030» (1997 г.) содержится призыв к укреплению здоровья женщин и детей и излагается политика поощрения рождаемости, направленная на то, чтобы ограничить снижение численности населения. Казахские

семьи издавна были многодетными, а при советской власти женщина, имеющая семеро детей или больше, получала звание «Матери-героини» и пользовалась дополнительными льготами (20). Под руководством Института охраны здоровья матери и ребенка разработана государственная программа, которая реализуется главным образом через систему женских консультаций, а не учреждения первичного медицинского обслуживания.

Реформы первичного медицинского обслуживания

Сельское здравоохранение не только больше всего пострадало от сокращения бюджетных средств, но и перестало получать материальную поддержку (в том числе в виде продуктов питания и ремонта помещений) от коллективных хозяйств, многие из которых распущены. Прежде такая поддержка была весьма существенной (4). Затруднен и доступ к медицинскому обслуживанию: между поселениями и районным центром отсутствует развитая система общественного и личного транспорта. Еще одна трудность — нехватка медицинского персонала. В настоящее время более 1500 сельских населенных пунктов не располагают медицинскими учреждениями (34).

Реформа первичного медицинского обслуживания была утверждена Комитетом здравоохранения в приказах № 500 и 501, которые, помимо прочего, разрешили семейным врачам организовывать независимую практику. Значительную финансовую и техническую помощь в реорганизации первичного медицинского обслуживания оказывают Всемирный банк, Управление международного развития США (проект Zdrav Reform) и Департамент международного развития Великобритании. Первым шагом на этом пути стало создание групповой врачебной практики. Конечная цель реформ — слияние прежних форм первичного медицинского обслуживания (терапевты и педиатры в поликлиниках, гинекологи в женских консультациях) в единую систему. В некоторых сельских районах уже появились центры первичного медицинского обслуживания, объединяющие несколько фельдшерско-акушерских пунктов, амбулаторию и сельскую больницу. В перспективе такие центры могут стать самоуправляемыми медицинскими учреждениями с независимым финансовым и юридическим статусом, способными самостоятельно управлять средствами, выделяемыми на душу населения, и предоставлять медицинские услуги на договорной основе.

В городах первичное медицинское обслуживание тоже постепенно переходит из ведения поликлиник в центры первичного медицинского обслуживания. Ряд таких центров уже существует. Работающие в них врачи (терапевт, акушер-гинеколог и педиатр) размещаются в отдельном здании или в помещении поликлиники. Эти специалисты должны в будущем пройти переподготовку в области общей практики. Пока врачей общей практики очень мало, поскольку до середины 1990-х гг. такой специальности в Казахстане не существовало. В идеале врач общей практики обслуживает около 2000 человек, а больные имеют право выбирать врача.

В 1997 г. насчитывалось уже 172 сельских и 87 городских центров семейной медицины (33). Всемирный банк поддерживает организацию новых

центров первичного медицинского обслуживания в двух областях; в течение 10 лет такие центры планируется создать по всей стране. Еще в четырех районах при поддержке Управления международного развития США и Департамента международного развития Великобритании проходят экспериментальные проекты, в рамках которых предполагается вывести терапевтов, педиатров и акушеров-гинекологов из состава поликлиник, организовать короткие курсы переподготовки и поощрять их работать вместе, перенимая друг у друга опыт и знания. Впоследствии этот проект планируется распространить еще на 17 районов.

Предполагается, что в экспериментальных центрах первичного медицинского обслуживания первостепенное внимание будет уделяться заболеваниям, лечение которых эффективно с точки зрения затрат (острые респираторные заболевания у детей младше 5 лет, анемия у женщин детородного возраста, понос у детей, туберкулез, вирусный гепатит) (35).

Общественное здравоохранение

При советской власти существовала развитая сеть санитарно-эпидемиологических станций и были достигнуты большие успехи в борьбе с инфекционными заболеваниями. До настоящего времени санитарно-эпидемиологические станции административно отделены от других медицинских служб и образуют собственную вертикальную структуру: от центральных через областные и городские до районных. За работу санитарно-эпидемиологических станций отвечает заместитель председателя Комитета здравоохранения. Санитарно-эпидемиологические станции занимаются профилактикой инфекций и заболеваний, обусловленных загрязнением окружающей среды, а также борьбой с этими болезнями; следят за соблюдением санитарно-гигиенических норм на производстве, за безопасностью продуктов питания и питьевой воды. В 1996 г. в стране насчитывалось 57 санитарно-эпидемиологических станций. В связи с возрождением инфекций, ранее считавшихся побежденными (таких, как туберкулез), ухудшением водоснабжения и санитарно-гигиенических условий прежние задачи санитарно-эпидемиологических станций вновь становятся актуальными. Во многих районах системы фильтрации и очистки воды пришли в негодность; в сельской местности примерно половина системы водоснабжения вообще не работает (25).

Крупнейшие санитарно-эпидемиологические станции располагают своими лабораториями и проводят бактериологические исследования для больниц. Специалистов санитарно-эпидемиологической службы готовят на отдельных факультетах, которые одновременно занимаются научно-исследовательской работой и участвуют в санитарно-эпидемиологическом надзоре. В последние годы число таких специалистов сократилось. Многие лаборатории находятся в плачевном состоянии, они вынуждены работать на устаревшем оборудовании в условиях нехватки самых необходимых материалов.

Санитарно-эпидемиологическая служба совместно с районными отдела-

ми здравоохранения отвечает за иммунизацию населения. Начиная с 1992 г. иммунизация перестала проводиться систематически, и степень охвата ею детей снизилась. Программы иммунизации подростков и взрослых вовсе не проводятся (25). Тем не менее удалось вновь организовать иммунизацию детей против шести основных инфекций. Международные организации содействуют иммунизации против полиомиелита; охват детей вакцинацией против кори (97%) снова достаточно высок (рис. 7).

Заболеемость туберкулезом приобрела в Казахстане размеры эпидемии. Число зарегистрированных случаев туберкулеза легких — одно из самых высоких в Европе; смертность от туберкулеза тоже высока и продолжает расти. В 1998 г. в туберкулезные больницы были госпитализированы примерно 13 000 больных (25). Международные организации (Управление международного развития США, Всемирный банк, Центр по контролю заболеваемости) финансируют проекты по выявлению и лечению туберкулеза. Например, в начале 1999 г. правительство Люксембурга помогло оборудовать специальную микробиологическую лабораторию. Казахский научно-исследовательский институт туберкулеза недавно одобрил разработанную ВОЗ схему лечения туберкулеза (включая систему краткосрочной контролируемой амбулаторной терапии), которая основана на стандартизованном амбулаторном лечении и не требует длительной госпитализации.

Казахстан также предпринимает усилия по борьбе со СПИДом (включая санитарное просвещение, профилактику и диагностику), поскольку ожидается, что заболеваемость СПИДом будет расти. В 1998 г. было выявлено 815 ВИЧ-инфицированных. Больше всего инфицированных в центральных областях Казахстана, Карагандинской и Джезказганской, включая пришедший в упадок центр черной металлургии Темиртау. В основном инфекция передается половым путем и среди инъекционных наркоманов (31). Увеличилась и заболеваемость другими инфекциями, передающимися половым путем, включая сифилис. Растет распространенность наркомании (в том числе злоупотребление опиоидами, марихуаной и психотропными веществами). В борьбе с инфекциями, передающимися половым путем (в том числе ВИЧ-инфекцией), туберкулезом и наркоманией с правительством Казахстана сотрудничают международные организации, помогая реализовать экспериментальные программы для населения из групп риска (например, население Темиртау, заключенные) (31).

Программ санитарного просвещения и укрепления здоровья населения прежде не существовало. Такая работа, если и велась, то только на уровне учреждений первичного медицинского обслуживания. В послании президента «Казахстан 2030» (24) была представлена 30-летняя программа по улучшению благосостояния населения, в которой первоочередная роль отведена развитию общественного здравоохранения и укреплению здоровья населения. Основные направления программы — профилактика заболеваний, пропаганда здорового образа жизни, борьба с наркоманией и наркоторговлей, борьба с курением и злоупотреблением алкоголем, охрана материнства и детства, улучшение питания, решение экологических проблем. Современные методы работы по укреплению здоровья населения стали

применяться только в течение двух последних лет. В 1997 г. в стране был создан Национальный центр пропаганды здорового образа жизни со своей собственной вертикальной структурой. В 1997 г. учрежден межотраслевой Совет по укреплению здоровья населения. В 1998 г. постановлением правительства была одобрена Национальная концепция пропаганды здорового образа жизни на 1998—2000 гг. Несмотря на многочисленные проекты, достижений в борьбе против курения и злоупотребления алкоголем пока очень мало.

Охрана окружающей среды, хотя и признается первостепенной задачей, не получает достаточного внимания ни со стороны правительства, ни со стороны системы здравоохранения (21). Прежняя развитая система охраны труда и окружающей среды существует и поныне. Тем не менее в Казахстане практически не проводилось систематизированных исследований, посвященных влиянию ухудшающейся экологической обстановки на здоровье населения. В настоящее время три района страны объявлены зонами экологического бедствия: это район Аральского моря, с его пришедшими в полную негодность почвой и водой, бывший ядерный полигон в Семипалатинске и Восточный Казахстан, территория которого загрязнена тяжелыми металлами.

Специализированное медицинское обслуживание

Выделяют следующие типы учреждений специализированного медицинского обслуживания (табл. 9).

Поликлиники (самостоятельные медицинские учреждения либо амбулаторные отделения больниц) предоставляют первичную и специализированную медицинскую помощь и располагают целым рядом специалистов. Амбулаторные отделения городских больниц имеют собственного руководителя и свой персонал, который не входит в штат больницы. Большинство (95%) поликлиник государственные. Примерно 400 поликлиник имеют больничные койки, которые могут использоваться либо как дневные стационары, либо для более длительного лечения. Часть поликлиник закрылась (с 1994 по 1997 г. их число сократилось примерно на 20%). Причины тому — не только закрытие больниц, но и организация первичного медицинского обслуживания вне поликлиник. Цель реформ — повысить уровень подготовки персонала и расширить финансовые возможности с тем, чтобы в перспективе поликлиники смогли взять на себя часть диагностических и лечебных услуг стационаров.

Сельские больницы. Небольшие сельские больницы на 20—25 коек в свое время использовались для оказания неотложной помощи (в сложных случаях), основных видов специализированных медицинских услуг и помощи роженицам. В таких больницах предоставлялась как стационарная, так и амбулаторная помощь. В 1990-е гг. сельские больницы сильно обветшали и сейчас уже не располагают необходимыми для работы оборудованием и лекарственными средствами. По сравнению с другими странами в Казахстане

слишком много больниц, особенно небольших, однако их закрытие существенно уменьшило доступность медицинских услуг в сельской местности, поскольку система первичного медицинского обслуживания там пока не налажена. В 1997 г. насчитывалось всего 208 сельских больниц. По сравнению с 1994 г. (684) их число сократилось на 70% (в 1991 г. таких больниц было 830).

Центральные районные больницы на 100—300 коек размещены, как правило, в самом крупном городе района и имеют в своем штате разных специалистов. При многих больницах существуют поликлиники. В 1997 г. насчитывалось 157 центральных районных больниц; с 1994 г. их число сократилось почти на 30%.

Областные и городские больницы на 600—1000 коек размещены в областных центрах, располагают более широким кругом специалистов и оснащены более сложным оборудованием. В 1994 г. насчитывалось 36 таких больниц; к 1997 г. их число практически не изменилось.

Специализированные больницы. Многие заболевания и ряд категорий населения лечат в специализированных больницах, поэтому таких больниц в стране очень много (290 в 1997 г.): например, детские, кардиологические, туберкулезные, психиатрические, неврологические больницы, больницы неотложной помощи и родильные дома.

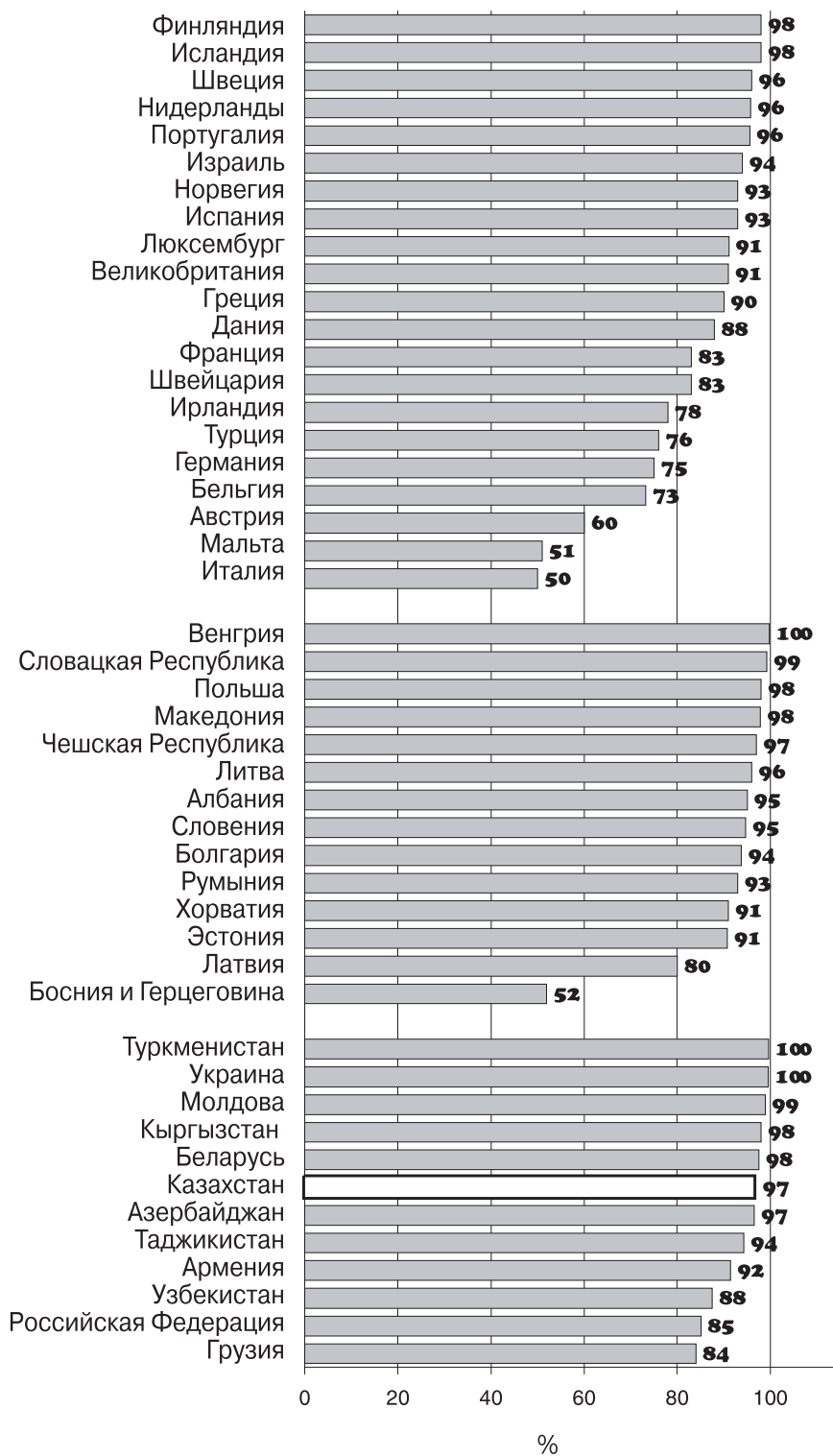
Центральные больницы и научно-исследовательские институты занимаются высокоспециализированным медицинским обслуживанием и научными исследованиями. Это институты онкологии, неврологии, акушерства и гинекологии, педиатрии, психиатрии, туберкулеза. В 1998 г. в стране насчитывалось 17 научно-исследовательских центров, 10 из них — на базе больниц.

Стационарное лечение

В 1990 г. число больничных коек в Казахстане было одним из самых высоких в Европе. В последние годы оно несколько снизилось и стало ближе к среднему значению этого показателя по странам Европейского союза (рис. 8 и 9). Число больниц на 100 000 населения сократилось с 10,7 в 1990 г. до 6,1 в 1997 г., а число больничных коек на 1000 населения — с 13,7 в 1990 г. до 8,4 в 1997 г. (табл. 10). Уменьшилось и количество больничных коек по отдельным профилям (терапевтических, хирургических, акушерско-гинекологических, педиатрических) (табл. 11). Таким образом, за очень короткое время произошло резкое сокращение коечного фонда (хотя прежде какая-то часть коек не использовалась). С 1990 по 1997 г. число больниц уменьшилось на 46% (то есть практически наполовину), а число больничных коек — на 44%. В результате в сельских районах медицинское обслуживание стало гораздо менее доступным, поскольку его альтернативные формы пока не развиты.

Таким образом, государственная политика, направленная на оптимизацию структуры медицинских учреждений, была сведена к сокращению числа стационаров и коечного фонда (25). В особенности это коснулось небольших сельских больниц. Сокращения будут продолжаться и в дальнейшем (табл. 9).

Рисунок 7. Уровень иммунизации против кори в европейских странах в 1997 г. В отсутствие данных за 1997 г. приведены самые свежие из имеющихся данных



Источник: База данных «Здоровье для всех» Европейского регионального бюро ВОЗ

На государственном уровне были разработаны критерии оценки работы медицинских учреждений. Однако требовать от больниц соответствия установленным стандартам трудно. Качество медицинского обслуживания во многих больницах очень низкое. Это неудивительно, учитывая их удручающее состояние. Почти две трети оборудования устарели или нуждаются в ремонте (25), отсутствуют самые необходимые препараты, например антисептики. Считается, что одна из причин высокой материнской и неонатальной смертности — большая частота больничных инфекций.

Коечный фонд в Казахстане избыточен, а медицинское обслуживание в стационарах не удовлетворяет потребностей населения. Об этом свидетельствуют низкая средняя занятость койки (менее 80%) и снижение числа госпитализаций на 100 населения в 1990-х гг. (табл. 10).

Средняя длительность госпитализации в Казахстане по-прежнему высока (табл. 10). В 1995 г. этот показатель составлял 14,5 сут по сравнению с 8,7 сут в странах Европейского союза (43).

Причин тому несколько. Во-первых, увеличению числа госпитализаций и более длительному пребыванию в стационаре потворствует сама система финансирования больниц. Во-вторых, госпитализированные больные, в отличие от амбулаторных, получают лекарственные средства бесплатно, поэтому иногда больных держат в стационаре лишь затем, чтобы они гарантированно прошли курс лечения. В-третьих, многие виды лечения, которые в Европейском союзе проводят амбулаторно, в Казахстане требуют госпитализации. Так, в Казахстане большинство госпитализированных больных терапевтические, а не хирургические, как в Европейском союзе (6). В-четвертых, стандарты стационарного лечения предусматривают более длительное, чем в странах Европейского союза, пребывание в больнице. Например, после родов женщин выписывают гораздо позже, чем в Великобритании. Туберкулезные больные длительно находятся в больнице, а затем им предоставляется еще и санаторное лечение, тогда как в странах Европейского союза таких больных, как правило, лечат амбулаторно в соответствии с разработанной ВОЗ интенсивной схемой лечения (35). Чтобы сократить сроки госпитализации, необходимо изменить схемы лечения и его методы, усовершенствовать амбулаторное обслуживание и уход после выписки из стационара.

Медико-социальная помощь

Социальная помощь — это не относящаяся к медицинскому обслуживанию помощь категориям населения, нуждающимся в постороннем уходе, в первую очередь престарелым и инвалидам. В Казахстане, как и во всех странах бывшего СССР, социальная помощь развита слабо, поскольку за престарелыми и инвалидами ухаживали в основном персонал больниц или родственники. В результате недавнего закрытия многих небольших сельских больниц уход за такими больными лег на плечи членов семьи.

В большинстве стран, входящих в Организацию экономического сотруд-

Таблица 10. Показатели работы больниц

	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997
Число больниц на 100 000 населения	10,73	10,58	10,64	10,72	9,95	9,18	7,82	6,11
Число больничных коек на 1000 населения	13,7	13,6	13,3	13,3	12,4	11,6	10,3	8,4
Число госпитализаций на 100 населения	23,6	23,1	21,8	21,2	18,5	17,1	15,9	15,1
Средняя длительность госпитализации для всех больниц (дни)	16,0	16,0	16,3	16,3	16,8	17,1	17,3	16,5
Средняя длительность госпитализации для обычных больниц (дни)	14,3	13,7	14,0	14,0	14,3	14,5	14,6	13,6
Средняя занятость койки (%)	79,0	78,7	77,7	76,1	73,9	72,1	73,7	80,8

Источник: База данных «Здоровье для всех» Европейского регионального бюро ВОЗ.

ничества и развития, уход за больными с хроническими заболеваниями стремятся перевести из стационара во внебольничные условия — в дома престарелых, дневные стационары, на дом (например, на дому организуют кормление и сестринский уход). Как уже говорилось, социальная помощь в Казахстане развита слабо, поэтому пока ничего другого не остается, как госпитализировать таких больных и держать их в больнице как можно дольше.

В Казахстане существуют дома престарелых, но медицинский уход в них не предоставляется. Дома престарелых находятся в ведении областных органов власти. Появившиеся в 1990-х гг. негосударственные организации пока не занимаются оказанием социальной помощи. Она рассматривается как одна из обязанностей семьи (33). Забота о детях с задержкой психического развития находится в ведении Министерства образования. Больные с хроническими психическими расстройствами обслуживаются в областных психиатрических больницах.

Медицинские кадры и обучение медицинских работников

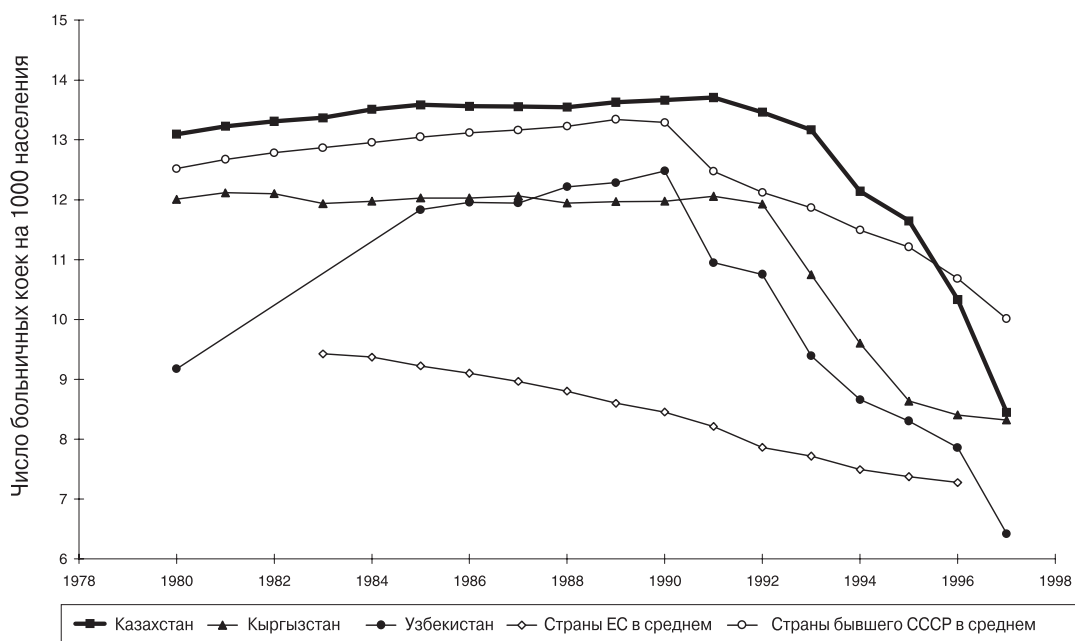
В государственном секторе Казахстана уровень занятости высокий. В середине 1990-х гг. этот показатель был одним из самых высоких в мире, причем 40% всех государственных служащих составляли медицинские работники

Таблица 11. Структура коечного фонда в Казахстане

	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997
Психиатрические койки ^а	—	—	—	—	13 555	12 995	12 107	10 845
Общее число больничных коек ^а	227 810	230 397	228 418	225 386	205 243	192 627	164 529	133 095
Число терапевтических коек на 1000 населения ^б	1,97	1,97	1,97	1,94	1,63	1,4	1,0	0,79
Число хирургических коек на 1000 населения ^б	0,8	0,8	0,79	0,78	0,75	0,73	0,63	0,58
Число коек в родильных домах на 1000 населения ^б	1,3	1,12	1,1	1,08	1,05	0,99	0,83	0,71
Число педиатрических коек на 1000 населения ^б	2,81	2,73	2,65	2,61	2,35	2,17	1,84	1,55

Источник: ^аКомитет здравоохранения (11); ^бКульжанов, 1998 (16).

Рисунок 8. Число больничных коек на 1000 населения в Казахстане и некоторых других странах в 1990—1998 гг.



ЕС — Европейский союз

Источник: База данных «Здоровье для всех» Европейского регионального бюро ВОЗ

Таблица 12. Показатели работы больниц европейских стран в 1997 г. В отсутствие данных за 1997 г. приведены самые свежие из имеющихся данных

Страна	Число больничных коек на 1000 населения	Число госпитализаций на 100 населения	Средняя продолжительность госпитализации, дни	Средняя занятость койки, %
Западная Европа				
Австрия	6,4 ^a	24,7 ^a	7,1 ^a	74,0 ^a
Бельгия	5,2 ^b	18,0 ^b	7,5 ^b	80,6 ^b
Дания	3,6 ^b	18,8 ^b	5,6 ^b	81,0 ^b
Финляндия	2,4	20,5	4,7	74,0 ^b
Франция	4,3 ^a	20,3 ^b	6,0	75,7 ^a
Германия	7,1 ^a	19,6 ^a	11,0 ^a	76,6 ^a
Греция	3,9 ^c	—	—	—
Исландия	3,8 ^b	18,1 ^b	6,8 ^b	—
Ирландия	3,4 ^a	14,9 ^b	6,7 ^b	82,3 ^b
Израиль	2,3	18,4	4,2	94,0
Италия	4,6 ^a	16,5 ^a	7,0 ^a	76,0 ^a
Люксембург	5,6 ^a	18,4 ^г	9,8 ^b	74,3 ^г
Мальта	3,9 ^a	—	4,5	72,2 ^a
Нидерланды	3,4	9,2	8,3	61,3
Норвегия	3,3	14,7 ^b	6,5 ^b	81,1 ^b
Португалия	3,1	11,9	7,3	75,5
Испания	3,1 ^b	10,7 ^b	8,5 ^b	76,4 ^b
Швеция	2,7 ^a	16,0 ^b	5,1 ^b	77,5 ^b
Швейцария	5,2 ^b	14,2 ^d	11,0 ^a	84,0 ^a
Турция	1,8	7,1	5,5	57,3
Великобритания	2,0 ^b	21,4 ^b	4,8 ^b	—
Страны Центральной и Восточной Европы				
Албания	2,8 ^a	—	—	—
Босния и Герцеговина	3,4 ^ж	7,4 ^ж	9,7 ^ж	70,9 ^ж
Болгария	7,6 ^b	14,8 ^b	10,7 ^b	64,1 ^b
Хорватия	4,0	13,4	9,6	88,2
Чешская Республика	6,5	18,4	8,8	70,8
Эстония	6,0	17,9	8,8	74,6
Венгрия	5,8	21,7	8,5	75,8
Латвия	—	—	—	—
Литва	—	—	—	—

Таблица 12 (окончание)

Польша	—	—	—	—
Румыния	—	—	—	—
Словацкая Республика	7,1	19,3	10,3	77,9
Словения	4,6	15,9	7,9	75,4
Македония	3,5 ^а	8,1	8,9	66,5
Новые независимые государства				
Армения	6,0	6,0	10,7	30,2
Азербайджан	8,0	5,6	—	—
Беларусь	—	—	—	88,7 ^г
Грузия	4,6 ^б	4,8 ^б	8,3 ^б	26,8 ^г
Казахстан	6,6	14,9	13,0	91,2
Кыргызстан	6,7	15,8	12,9	81,7
Молдова	9,1	16,9	15,4	77,6
Российская Федерация	9,0	19,9	14,0	82,5
Таджикистан	6,2	9,7	13,0	59,9 ^б
Туркменистан	6,0 ^а	12,4 ^а	11,1 ^а	72,1 ^а
Украина	7,4	17,9	13,4	88,1
Узбекистан	—	—	—	—

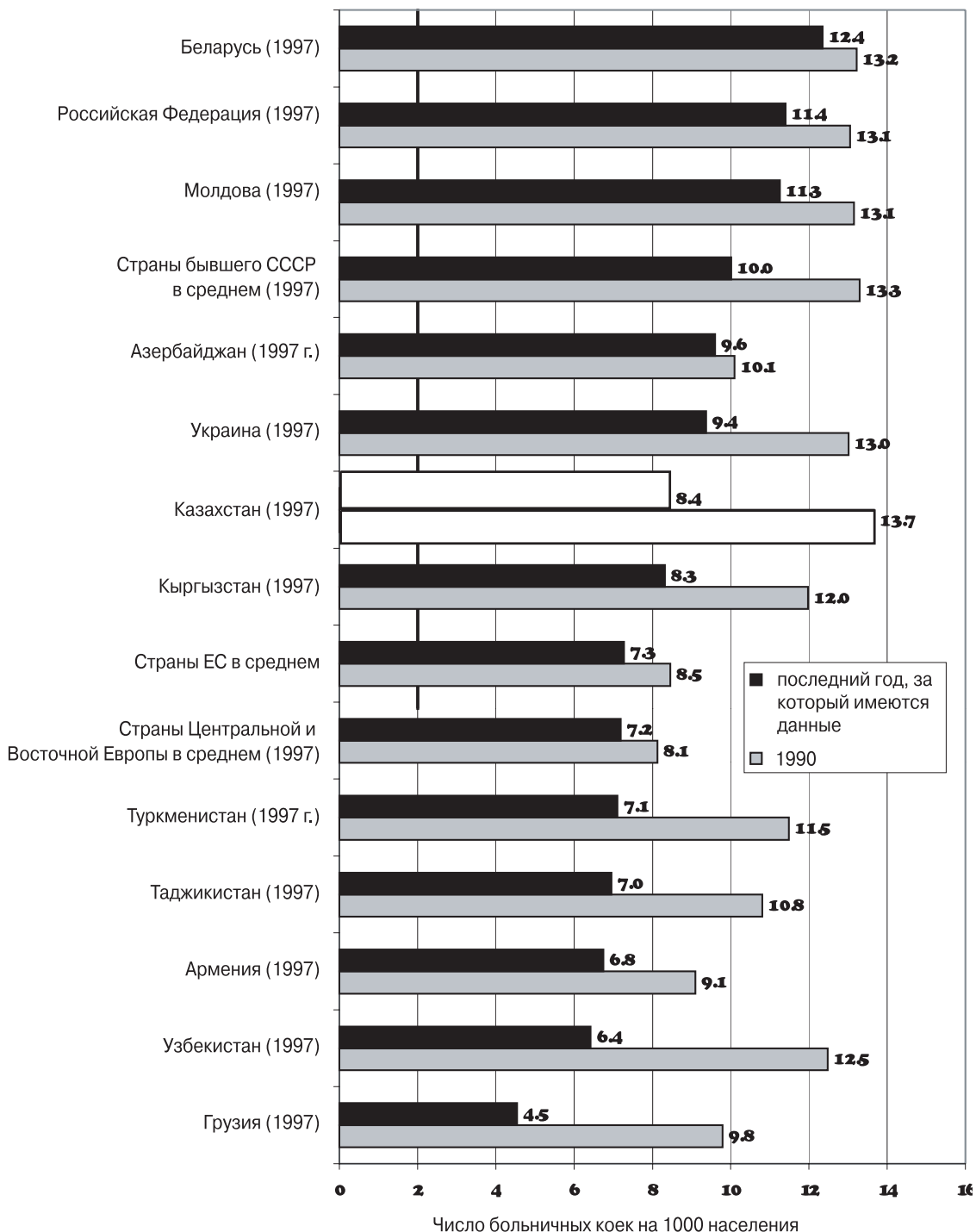
Источник: База данных «Здоровье для всех» Европейского регионального бюро ВОЗ.

Примечание: ^а 1997, ^б 1996, ^в 1995, ^г 1994, ^д 1993, ^е 1992, ^ж 1991.

(37). В целом страна перенасыщена медицинскими кадрами, в том числе врачами (особенно специалистами).

В 1990—1997 гг. число медицинских работников большинства специальностей сократилось более чем на 20% (табл. 14). Оценить реальную численность медицинского персонала трудно, так как значительная их часть не работает, а только числится в штате, чтобы иметь право на некоторые льготы. Сокращения отчасти коснулись этой категории, а также работников, достигших пенсионного возраста. Небольшая часть медицинских кадров (стоматологи и фармацевты) перешла в частный сектор и в официальной статистике не учитывается. С 1990 по 1997 г. число врачей в стране снизилось на 22%, а дипломированных медицинских сестер — почти на 30% (табл. 14). Тем не менее точные масштабы сокращения численности медицинских работников не известны.

Рисунок 9. Число больничных коек на 1000 населения в странах бывшего СССР в 1990 г. и 1998 г. В отсутствие данных за 1998 г. приведены самые свежие из имеющихся данных (год указан в скобках)



Источник: База данных «Здоровье для всех» Европейского регионального бюро ВОЗ
ЕС — Европейский союз

Врачи

Число врачей в Казахстане — одно из самых больших среди стран Европейского региона ВОЗ. В 1995 г. оно равнялось 3,6 на 1000 населения — это выше, чем в среднем в странах Европейского союза (3,0 на 1000 населения, рис. 10 и 11). С 1993 г. общая численность врачей и обеспечение врачами населения неуклонно снижаются (табл. 13 и 14). Отчасти это обусловлено переходом медицинского персонала в частный сектор здравоохранения или другие сферы экономики, отчасти — эмиграцией русского населения.

В 1998 г. в Казахстане насчитывалось пять медицинских институтов, один медицинский факультет в крупнейшем университете страны и один частный медицинский институт. Студенты проходят шестилетний курс обучения со специализацией на шестом году. Специальность терапевта получает лишь небольшая часть выпускников (эта специальность ближе всего к врачу общей практики). Педиатров готовят по отдельной программе, врачей санитарно-эпидемиологической службы — на специальных факультетах (в течение 5 лет). Стоматологов также обучают отдельно в течение 5 лет.

С 1997 г. в программу обучения стали вносить изменения с тем, чтобы медицинское образование соответствовало международным стандартам. Согласно этим изменениям, шестой год обучения должен быть посвящен подготовке врачей общей практики, а год после окончания института — практической работе в медицинском учреждении (интернатура). Созданы новые кафедры по подготовке семейных врачей, но преподавателей на этих кафедрах не хватает. Подготовка большинства специалистов (по шести основным и 80 дополнительным специальностям) перенесена на последипломный уровень.

Последипломное образование проходит на базе Института повышения квалификации врачей или одного из научно-исследовательских институтов. Каждые пять лет врачи обязаны проходить короткий курс повышения квалификации, а каждые три года прослушивать лекции по клиническим дисциплинам. Однако в связи с сокращением бюджета здравоохранения и невозможностью совмещать работу с учебой это требование перестало быть обязательным. В 1995 г. в программу обучения была введена новая специальность — семейный врач. Пока это короткий четырехмесячный курс в Институте повышения квалификации врачей и столь же короткие курсы в других высших учебных заведениях.

Техническую и финансовую помощь в подготовке врачей общей практики (как для студентов, так и для врачей) оказывают Департамент международного развития Великобритании и Всемирный банк.

В 1997 г. в Алматинском институте общественного здравоохранения были созданы курсы повышения квалификации в области общественного здравоохранения. При Казахском институте управления и стратегических исследований и при Центре медицинских и экономических исследований открылись курсы, на которых готовят руководителей здравоохранения.

Серьезной проблемой для выпускников медицинских высших учебных

Таблица 13. Число медицинских работников на 1000 населения в 1980—1997 гг.

	1980	1985	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997
Врачи	3,04	3,63	3,98	3,80	3,87	3,81	3,67	3,64	3,64	3,30
Стоматологи	0,31	0,37	0,42	0,41	0,43	0,43	0,41	0,41	0,38	0,27
Дипломированные медицинские сестры	7,08	8,08	8,94	8,57	9,37	9,03	8,61	8,29	7,76	6,68
Акушерки	1,06	1,15	0,94	1,02	0,95	0,86	0,82	0,75	0,71	0,62
Фармацевты	0,71	0,84	0,87	0,87	0,85	0,75	0,67	—	—	—

Источник: База данных «Здоровье для всех» Европейского регионального бюро ВОЗ.

заведений стала безработица (в 1990-е гг. их число продолжало расти, не смотря на нехватку рабочих мест, табл. 15). В будущем, вероятно, уровень безработицы еще более возрастет.

Средний медицинский персонал

Общее число дипломированных медицинских сестер и акушерок, как и обеспеченность этими кадрами населения, в течение 1990-х гг. снижались (табл. 13 и 14). Отчасти это обусловлено низкой заработной платой медицинских сестер. Число медицинских сестер (6,5 на 1000 населения) в Казахстане меньше, чем в большинстве стран Европейского региона ВОЗ, хотя в разных странах этот показатель существенно различается (рис. 11).

В стране насчитывается 26 медицинских училищ (два из них — частные), где готовят медицинских сестер и другой средний медицинский персонал. В училище можно поступать по окончании 9-го класса средней школы (полный курс школьного обучения — 11 лет). Младших медицинских сестер готовят в течение 1 года. Диплом медицинской сестры выдают после успешного окончания двухлетней программы обучения, а для получения специализации необходимо учиться еще в течение года. Акушерки проходят трехлетний, а фельдшеры — четырехлетний курс обучения. Подготовку медицинских сестер затрудняют малое число рабочих мест, низкий социальный статус этой профессии, необходимость постоянно повышать квалификацию и нехватка преподавателей. С 1991 г. в Алматинском медицинском колледже открылся четырехлетний курс подготовки медицинских сестер. В 1998 г. была введена должность главной медицинской сестры страны, то же самое было сделано и в ряде областей. В настоящее время существует Ассоциация медицинских сестер Республики Казахстан.

Фельдшеры проходят курс обучения, обязательный для медицинских сестер и акушерок, и дополнительный курс, посвященный выписыванию лекарственных средств и диагностике. Профессиональные обязанности фельдшеров находятся примерно посередине между обязанностями меди-

Таблица 14. Общее число медицинских работников в 1990—1997 гг.

	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	Изменение 1990—1997, %
Врачи	66 277	64 517	66 301	64 465	60 901	60 125	57 941	51 998	–22
Стоматологи	6924	6910	7130	7326	6786	6716	6034	4215	–39
Дипломированные медицинские сестры	149 037	162 296	160 449	152 600	142 728	137 006	123 507	105 212	–29
Акушерки	15 624	17 342	16 208	14 576	13 535	12 476	11 234	9 739	–38
Фармацевты	14 580	14 724	14 590	12 703	11 096	–	–	–	–

Источник: База данных «Здоровье для всех» Европейского регионального бюро ВОЗ.

Таблица 15. Число выпускников медицинских высших и средних учебных заведений в 1980—1997 г.

	1980	1985	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997
Число врачей на 1000 населения	0,20	0,19	0,15	0,15	0,17	0,18	0,20	0,21	0,22	0,21
Число медицинских сестер на 1000 населения	0,62	0,70	0,66	0,65	0,66	0,63	0,64	0,61	0,38	0,45
Общее число врачей	–	3005	2419	2527	2984	3110	3314	3393	3462	3235
Общее число медицинских сестер	–	11 084	11 024	11 052	11 250	10 629	10 585	10 088	6047	7120

Источник: База данных Европейского регионального бюро ВОЗ «Здоровье для всех».

цинской сестры и врача. В сельской местности фельдшеры занимаются первичным медицинским обслуживанием.

Согласно официальным данным, число стоматологов и фармацевтов с 1990 по 1997 г. тоже сократилось, хотя значительная часть их просто перешла в частный сектор.

Заработная плата и условия труда

При советской власти здравоохранение стояло гораздо ниже производительных секторов экономики, таких, как горнодобывающая промышленность, поэтому и заработная плата медицинского персонала была ниже среднего

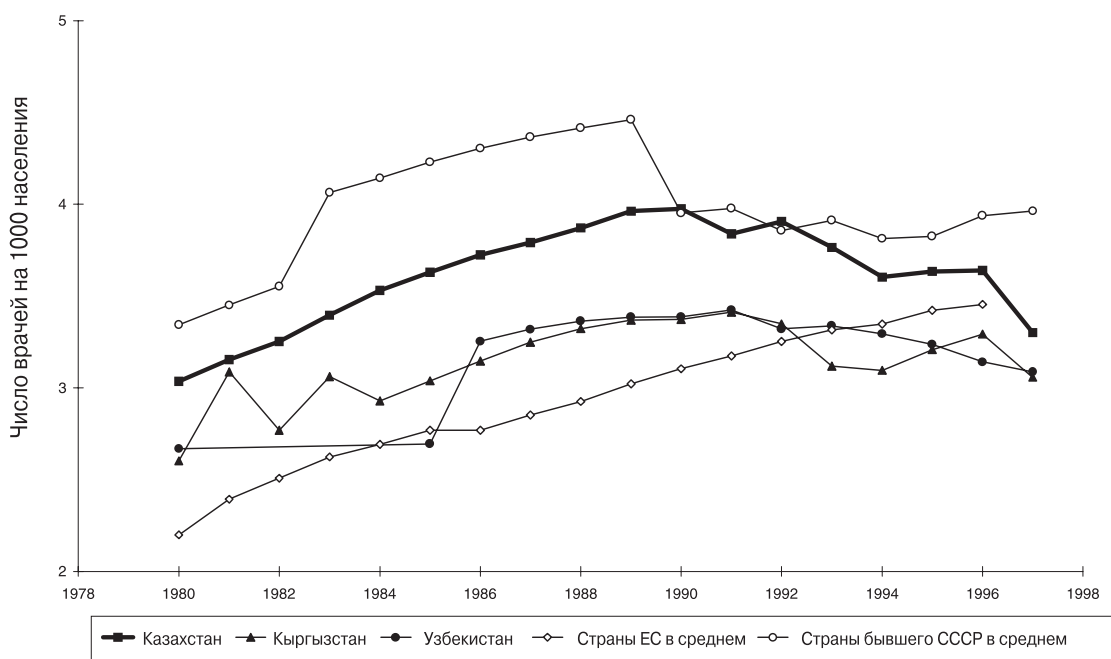
уровня. В настоящее время шкала заработной платы насчитывает 14 категорий и охватывает разные профессии. Уровень заработной платы повышается по мере накопления опыта работы. Медицинские работники отнесены к 1-й группе, средняя заработная плата в которой в 1997 г. равнялась 5726 тенге в месяц. Самая высокая заработная плата у работников 3-й группы (строительство и промышленность) — более 13 300 тенге в месяц (34, 9).

Средняя заработная плата врачей в 1998 г. была ниже среднего уровня заработной платы в стране, а средняя заработная плата среднего медицинского персонала — еще меньше (табл. 16). В больницах диапазон окладов врачей более широкий. Заработок врачей лишь на треть превышает заработок медицинских сестер.

Однако реальные доходы врачей выше благодаря официальным надбавкам и неофициальной оплате услуг больными. Кроме того, врач может занимать более одной ставки. Как бы то ни было, именно низкая оплата труда вынуждает медицинских работников покидать сферу здравоохранения и вызывает у врачей недовольство своим профессиональным и социальным статусом.

И государственные, и частные медицинские учреждения имеют значительную задолженность по заработной плате, нередко за три месяца и более. В 1998 г. такая задолженность составляла 2051 млн тенге (34). В том же 1998 г.

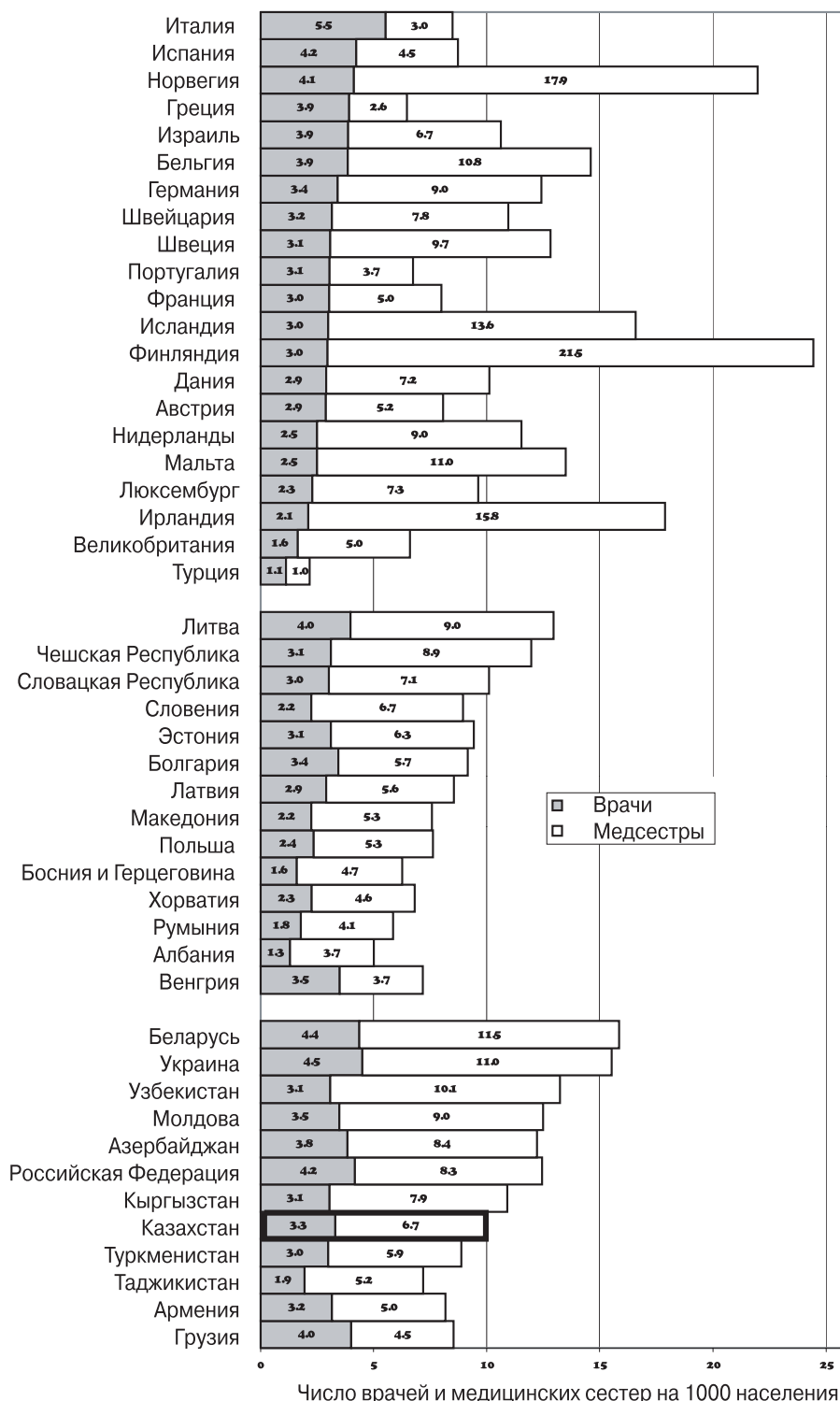
Рисунок 10. Число врачей на 1000 населения в Казахстане и некоторых других странах в 1980—1997 гг.



ЕС — Европейский союз

Источник: База данных «Здоровье для всех» Европейского регионального бюро ВОЗ

Рисунок 11. Число врачей и медицинских сестер на 1000 населения в Европейском регионе ВОЗ в 1998 г. В отсутствие данных за 1998 г. приведены самые свежие данные



Источник: База данных «Здоровье для всех» Европейского регионального бюро ВОЗ

Таблица 16. Средняя заработная плата

	1995	1996	1997	1998
Средняя месячная заработная плата (тенге) ^а	5233	7777	8649	9816
Средняя месячная заработная плата (доллары США) ^а	85	105	114	125
Средняя месячная заработная плата врачей ^б (тенге)				8675
Средняя месячная заработная плата среднего медицинского персонала (тенге) ^б				5509
Средняя месячная заработная плата младшего медицинского персонала (тенге) ^б				4335

Источник:

^а Европейская экспертная служба, 1998; табл. 5.1 (9);

^б Программа развития ООН, 1998:41 (34).

Фонд медицинского страхования отказался от выполнения своих обязательств по договорам с медицинскими учреждениями, а последние оказались не в состоянии рассчитаться со своими сотрудниками. В сельской местности ситуация еще хуже, там медицинские работники порой не получают заработной платы по шесть месяцев и дольше.

В настоящее время во многих европейских странах профессиональная структура здравоохранения преобразуется с тем, чтобы увеличить долю медицинских сестер. Соотношение числа медицинских сестер и врачей в Казахстане составляет 2:1, а в Норвегии, где этот показатель один из самых высоких, — 5:1 (рис. 11). В Казахстане врачи нередко вынуждены выполнять работу, которую в странах Западной Европы делают медицинские сестры, а медицинские сестры, в свою очередь, — обязанности, которые во многих странах находятся в ведении младшего медицинского персонала. С одной стороны, в Казахстане заработная плата медицинских сестер мало отличается от заработной платы врачей, с другой — уровень подготовки первых значительно ниже, чем вторых.

Сельские районы гораздо хуже обеспечены медицинскими работниками, чем города. В последние годы ситуация усугубилась из-за того, что многие врачи уезжают из сельской местности. В 1996 г. в областях с преимущественно сельским населением на 1000 жителей приходилось 1,6 врача, а в областях с преимущественно городским населением — 3,5; обеспеченность средним медицинским персоналом составляла 6,7 и 7,5 на 1000 населения соответственно (11). Прежде каждый выпускник был обязан отработать в сельской местности три года, но лишь немногие оставались там по истечении этого срока.

В настоящее время в Казахстане разрабатывается новый Закон о труде.

Лекарственные средства и медицинские технологии

Сфера распределения лекарственных средств в Казахстане в основном приватизирована, а занимавшаяся этим ранее государственная компания «Фар-

мация» прекратила свое существование. Сейчас в стране имеется десять крупных оптовых фирм и сотни небольших розничных фирм. Более 90% аптек приватизированы в результате проводившихся с 1995 г. аукционов (33).

После обретения независимости в снабжении лекарственными средствами наступали перебои, да и сейчас Казахстан испытывает значительную нехватку препаратов. Более 95% лекарственных средств импортируется, еще большее их количество ввозится в страну нелегально.

Государство намерено развивать собственную фармацевтическую промышленность. В этом направлении уже предпринят ряд мер, призванных ослабить зависимость страны от импорта лекарственных средств.

Расходы на лекарственные средства составляют лишь малую долю от общего бюджета здравоохранения (10% в 1997 г.) по сравнению с большинством стран Европейского союза. Многие больные вынуждены сами покупать препараты, даже находясь в больнице, где в принципе лекарственные средства должны предоставляться бесплатно.

При советской системе здравоохранения лекарственные средства были общедоступными, а их использование в медицинских учреждениях поощрялось. Тогда в стране существовал длинный официальный перечень препаратов, многие из которых не входили в международные классификации. В 1995 г. Комитет здравоохранения утвердил перечень жизненно необходимых лекарственных средств в соответствии с классификацией ВОЗ; к 1998 г. в этом перечне насчитывалось 290 препаратов. Помимо утверждения данного перечня, государство никак не регламентирует импорт и продажу лекарственных средств, так что сейчас на рынке представлены самые разные препараты.

Государству пока только предстоит создать систему контроля за медицинскими технологиями. Больницы в настоящее время могут закупать новые технологии на те средства, которые они получают от больных, и на денежные пожертвования от местных предпринимателей. Внедрение новых технологий, безусловно, способствует привлечению все большего числа больных, готовых платить за услуги, но в конечном счете ведет к росту затрат на здравоохранение.

Распределение средств

Бюджет здравоохранения и распределение средств

Казахстан — централизованное государство, поэтому бюджеты областей и городов в основном определяют на центральном уровне. В распоряжении областей остается лишь часть их доходов, остальные средства направляются в распоряжение центральной власти, которая затем перераспределяет их более или менее равномерно в соответствии с численностью населения. Размеры бюджета здравоохранения зависят от финансовых ресурсов, которые имеются в стране. Так, в 1998 г. Комитет здравоохранения запросил 120 млрд тенге, а Министерство финансов смогло выделить лишь 49 млрд тенге (то есть 40% от запрашиваемой суммы).

В обсуждении бюджета здравоохранения участвуют областные и городские власти, а на центральном уровне — Комитет здравоохранения и Министерство финансов. Бюджет обычно состоит из 38 статей, в которых отражены затраты за прошлый год с учетом изменений. Недавно в бюджет стали вводить поправки, учитывающие численность населения. Составление бюджета — процесс не только политический, но и исторический. По расходам на здравоохранение в расчете на душу населения области значительно различаются (44). В последние годы этот процесс претерпел существенные изменения.

С 1996 по 1998 г. в стране существовала система двойного финансирования здравоохранения: из государственного и местных бюджетов с одной стороны и из средств Фонда обязательного медицинского страхования с другой. Фонд финансировал преимущественно медицинские услуги, находившиеся в ведении местных властей (большую часть амбулаторных медицинских учреждений и больниц). Комитет здравоохранения выделял средства на неотложную помощь, специализированные медицинские учреждения (например, туберкулезные больницы), государственные программы и общественное здравоохранение.

Данная система продолжает действовать и в настоящее время. Согласно постановлению № 737 от 1998 г., все центральные медицинские учреждения должны финансироваться Комитетом здравоохранения, а местные (об-

ластные, городские и районные) — из местных бюджетов и средств Центра оплаты медицинских услуг. В зависимости от формы собственности и источника финансирования все медицинские учреждения подразделяют на государственные учреждения, государственные коммерческие предприятия и частные коммерческие предприятия.

Центр оплаты медицинских услуг должен финансировать местные медицинские учреждения на договорной основе. Необходимо разработать государственные стандарты как в сфере составления договоров, так и в сфере обеспечения качества медицинского обслуживания, упорядочить принципы и методы работы областных филиалов Центра оплаты медицинских услуг. При заключении договоров с государством на определенный набор услуг на конкурсной основе будут применяться законодательные и нормативные акты, регламентирующие правила закупки государством товаров и услуг (система госзаказа) (30).

Центр оплаты медицинских услуг и Комитет здравоохранения совместно разрабатывают тарифы на медицинские услуги, а затем представляют их на рассмотрение акимов областей.

Финансирование больниц

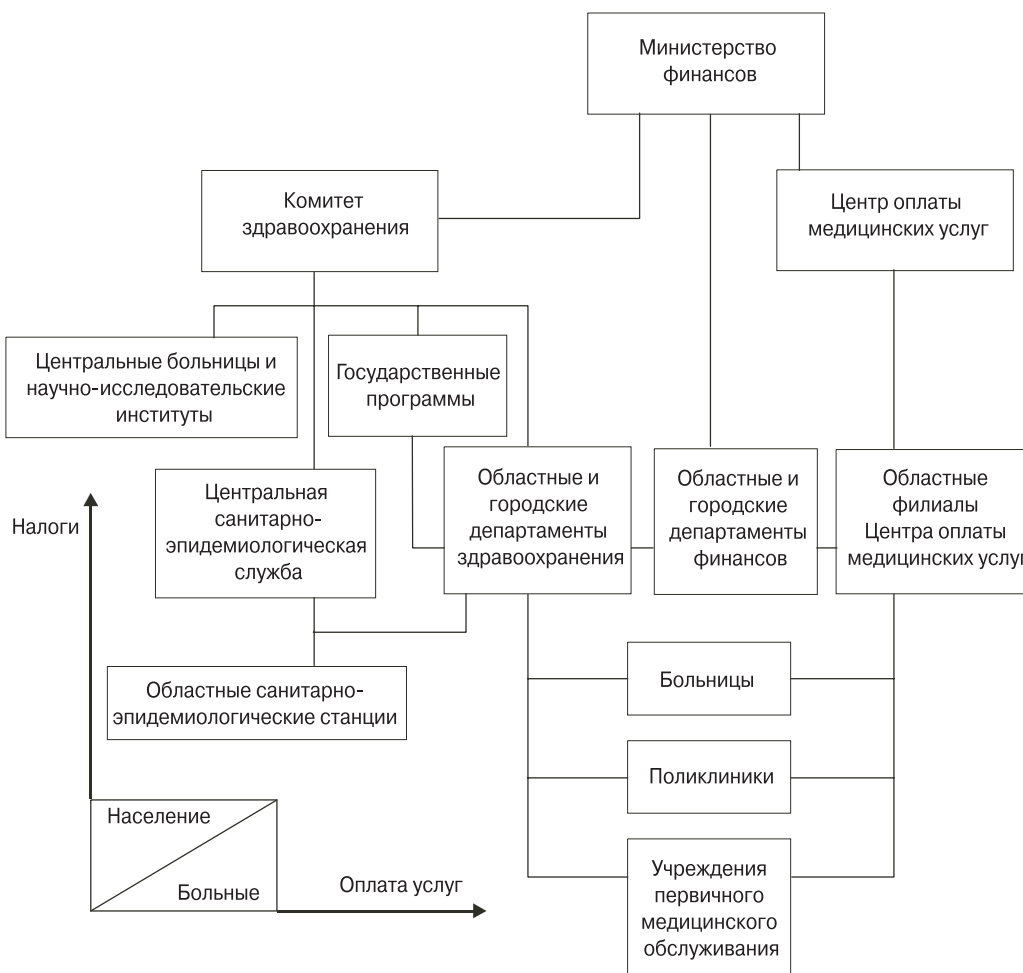
В советской системе здравоохранения больницы финансировались центральными или местными органами власти на основании бюджета за предшествующий год (который включал до 18 статей), но главным образом объем финансирования зависел от количества персонала и числа больничных коек. Больницы не могли направить выделенные по определенной статье средства на другие цели и распоряжаться сэкономленными ресурсами, а потому не были заинтересованы в более рациональном их использовании. Наоборот, такая система финансирования поощряла более частые и длительные госпитализации.

С 1996 по 1998 г. больницы заключали договоры с Фондом обязательного медицинского страхования и получали средства в зависимости от объема работы, то есть числа обслуженных больных. Были установлены тарифы на каждую медицинскую услугу. Однако новая система оплаты находилась в зачаточном состоянии и не была стандартизована, тем более что единица стоимости, в соответствии с которой должны рассчитываться эти тарифы, не была четко определена.

На 1999—2002 гг. было запланировано проведение первого этапа финансируемых Всемирным банком экспериментальных проектов в Восточном Казахстане и в Алматы. Цель этих проектов — внедрение новой системы оплаты, основанной на объеме работы с учетом клинико-затратных групп.

Центр оплаты медицинских услуг намеревается ввести схему финансирования по числу обслуженных больных, которых со временем предполагается разбивать на клинико-затратные группы. Поликлиники будут финансировать по числу обращений за медицинской помощью с учетом стоимости

Рисунок 12. Схема финансирования здравоохранения



предоставленных услуг. Новая система финансирования пока только разрабатывается.

Зарботная плата врачей

В государственных медицинских учреждениях врачи получают фиксированный оклад в соответствии со шкалой заработной платы, утвержденной Министерством труда. В ряде областей начали внедрять новую систему оплаты, которая состоит из гарантированного базового оклада, надбавки за число принятых больных и надбавки за предоставленные услуги. В разных областях страны (в том числе в Семипалатинской и Джезказганской) проходит апробация целого ряда схем оплаты труда врачей.

В сфере первичного медицинского обслуживания некоторые врачи работают по договорам с прежним Фондом обязательного медицинского страхования на основе частичного фондодержания. Их труд оплачивался в соответствии с численностью прикрепленного населения (в 1997 г. эта оплата составляла 25—33 тенге, или 0,40 доллара США, в месяц на душу населения). При этом население не разделялось на категории по группам риска. Не контролировались ни уровень заработной платы, ни регистрация больных у врача общей практики. С 1998 г. в ряде приказов (особенно в приказах № 500 и 501) правительство выразило намерение преобразовать систему первичного медицинского обслуживания и придать семейным врачам независимый юридический статус. Они должны стать фондодержателями и получать финансирование из расчета на душу населения. Однако эта схема так и не была до конца утверждена. В сфере первичного медицинского обслуживания предлагалось также сочетать финансирование на душу населения и оплату услуг больными либо оплачивать работу врача в соответствии с тарифами, утвержденными для каждой услуги.

Реформы здравоохранения

Цели и задачи

Реформы здравоохранения Казахстана были призваны решить несколько задач: упрочить финансовую базу здравоохранения, бороться с ухудшением здоровья населения, перераспределить финансовые ресурсы в более рентабельные области здравоохранения и, наконец, восстановить доверие граждан к системе здравоохранения. На ход реформ влияют и финансирующие их иностранные инвесторы.

К 1994 г. необходимость реформ стала очевидной. Бюджет здравоохранения тогда сократился почти до трети от бюджета времен СССР. Медицинское обслуживание едва держалось на плаву, главным образом за счет платных медицинских услуг.

Здоровье населения стало заметно ухудшаться еще в 1980-е гг., когда средняя продолжительность жизни в Казахстане уменьшилась, в то время как в странах Западной Европы она, напротив, возросла. В 1990-х гг. различия по этому показателю между Казахстаном и странами Западной Европы стали еще больше. В Казахстане вновь возродились инфекционные заболевания, которые, казалось, были побеждены. Возросла и заболеваемость незаразными болезнями, например сердечно-сосудистыми.

Почти три четверти бюджета здравоохранения уходило на поддержание обширной, дорогостоящей системы больниц, так что на долю первичного медицинского обслуживания оставались жалкие крохи. Медицинские учреждения не были заинтересованы в повышении эффективности и рентабельности своей работы.

Росло и недовольство больных, которых не удовлетворяло низкое качество медицинского обслуживания и отсутствие возможности выбрать медицинское учреждение.

Все эти трудности заставили Министерство здравоохранения утвердить в 1992 г. *Концепцию реформы здравоохранения*, в которой были провозглашены следующие направления преобразований:

- введение системы медицинского страхования;
- децентрализация управления здравоохранением;
- сокращение числа больничных коек;

- приоритетное развитие первичного медицинского обслуживания;
- развитие частной медицинской практики;
- обеспечение больным права выбора врача;
- совершенствование подготовки медицинского персонала.

Содержание и правовая основа реформ

Начало реформирования казахского здравоохранения откладывалось вплоть до середины 1990-х гг. Причиной тому был глубокий политический и экономический кризис, который разразился после выхода республики в 1991 г. из состава СССР и заставил в первую очередь прибегнуть к экономическим реформам. Отход от социалистической экономики и развитие нового внутреннего и внешнего рынков до сих пор вызывают много трудностей, так что до тех пор, пока экономические реформы не будут завершены (после 2000 г.), гуманитарное развитие вряд ли будет стоять на первом месте (33).

Фонд обязательного медицинского страхования просуществовал с 1996 по 1998 г. Он испытывал огромный дефицит средств, поскольку объем страховых взносов из фонда заработной платы оказался гораздо меньше, чем предполагалось, а областные власти не переводили взносы за льготные категории населения, нуждавшиеся в социальной защите. В результате Фонд отказался от выполнения своих обязательств перед медицинскими учреждениями. Пришедший ему на смену в 1999 г. Центр оплаты медицинских услуг должен финансировать значительную часть медицинского обслуживания из государственных доходов.

Большинство медицинских учреждений до сих пор принадлежат государству (в лице центральных или местных властей). Областные и городские власти управляют медицинским обслуживанием и подчиняются общегосударственным планам лишь до определенной степени. Самое важное, но пока медленно реализуемое нововведение заключается в том, что медицинские учреждения получили право приобретать статус юридического лица и самостоятельно управлять своей деятельностью, в том числе финансовой.

В 1991 г. была разрешена частная медицинская практика. Хотя большинство фармацевтов и стоматологов уже перешли в частный сектор, их примеру последовала лишь небольшая доля врачей других специальностей. Начиная с 1997 г. стала развиваться групповая врачебная практика (полуавтономные группы семейных врачей, которые финансируются в соответствии с численностью обслуживаемого ими населения).

Система здравоохранения Казахстана все еще крайне малоэффективна с экономической точки зрения, хотя реформы постепенно поощряют медицинские учреждения к более рациональному использованию средств. В частности, это децентрализация управления, внедрение принципов самоуправления в деятельность лечебных учреждений, развитие рыночных отношений (например, договоры между поставщиками и покупателями меди-

цинских услуг), изменение системы финансирования медицинских учреждений. В настоящее время проводится ряд экспериментов по введению новых схем финансирования, основанных на объеме и качестве медицинских услуг.

К сожалению, реформы носят разрозненный характер, поскольку их реализация в разных областях существенно различается, а проекты, осуществляемые на областном уровне, не согласуются с государственной политикой в сфере здравоохранения.

Эта политика, направленная на «оптимизацию деятельности медицинских учреждений», привела к крупномасштабным сокращениям. Обеспеченность населения больничными койками с 1990 по 1997 г. сократилась более чем на четверть, а число больниц — почти наполовину (в основном за счет небольших сельских больниц).

Цель нынешних преобразований — перевести часть медицинских услуг, предоставляемых сейчас в больницах, на более низкий уровень медицинского обслуживания. Один из способов достижения этой цели — сокращение числа больничных коек во избежание ненужных госпитализаций. Другие меры включают сокращение сроков пребывания в стационаре, организацию некоторых видов стационарного лечения в поликлиниках, регулицию доступа к стационарному лечению с помощью врачей первичного медицинского обслуживания и, наконец, повышение уровня подготовки медицинского персонала, которое позволит предоставлять услуги, оказываемые сейчас в больницах, силами амбулаторных медицинских учреждений. Все перечисленные новшества постепенно входят в жизнь.

Прежде первичным медицинским обслуживанием, по существу, пренебрегали, поскольку большая часть бюджета здравоохранения шла на нужды больниц. И хотя существенных изменений в распределении средств до сих пор не произошло, с 1997 г. семейные врачи могут организовывать независимую практику, а некоторые специалисты уже прошли переподготовку в области семейной медицины.

Реформы в сфере медицинского образования и медицинских исследований включают совершенствование учебных программ, устранение крена в сторону подготовки специалистов узкого профиля. Эти изменения стали внедрять преимущественно после 1997 г., когда в медицинских высших учебных заведениях стали готовить врачей общей практики, а подготовку большинства специалистов перенесли на последипломный уровень. Здравоохранение Казахстана по-прежнему перенасыщено кадрами, но число их постепенно сокращается.

С 1997 г. здоровью населения уделяется значительно большее внимание. В послании президента стране «Казахстан 2030» представлены основные задачи социальной политики (24). Среди восьми направлений политики здравоохранения — пропаганда здорового образа жизни, а также другие задачи по укреплению здоровья и предупреждению заболеваний. В указе президента № 3956 от 18 мая 1998 г. «О первоочередных мерах по улучшению состояния здоровья граждан Республики Казахстан» (25) широко освещены стоящие перед страной задачи в области здравоохранения, их приоритеты и пути

реализации реформ к 2008 г. Для самых разных областей здравоохранения (всего их более 20) были в общем виде сформулированы концепция развития и отдельные цели, выраженные количественно. Предполагается, что данная программа будет финансироваться не из существующих государственных фондов, а из других источников. В декабре 1998 г. правительство создало Национальный центр пропаганды здорового образа жизни и утвердило соответствующую государственную программу.

Важнейшие законодательные акты и другие документы

Нормативно-правовые акты могут провозглашаться в форме президентских указов, парламентских законов, постановлений правительства или распоряжений министерств и ведомств. Ниже приводится перечень наиболее важных из этих документов, касающихся сферы здравоохранения.

- Закон «Об охране здоровья народа» (1991 г.)
- Исполнительная директива «*Концепция реформы здравоохранения*» (1992 г.)
- Закон «О республиканском бюджете» (1992 г.)
- «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения» (1994 г.)
- Закон «О местном самоуправлении» (1995 г.)
- Президентский указ «*Об обязательном медицинском страховании*» (1995 г.)
- Президентский указ «*О приватизации*» (1995 г.)
- «*О поддержке развития фармацевтической промышленности*» (1996 г.)
- «*О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании*» (1996 г.)
- «*О дополнительных мерах по борьбе с инфекциями*» (1996 г.)
- «*О профилактике СПИДа*» (1996 г.)
- Постановление правительства №246 «*Приватизация и реструктуризация государственной собственности*» (1997 г.)
- Постановление правительства №65 «*О секторных программах приватизации и реструктуризации*» (1997 г.)
- Постановление правительства «*О мерах по реструктуризации государственного управления*» (1997 г.)
- Послание президента стране «*Казахстан 2030*» (1997 г.)
- Указ № 1387 «*О реорганизации Фонда обязательного медицинского страхования*» (1997 г.)
- Закон «*о семейном медицинском обслуживании*» (1998 г.)
- Президентский указ «*О первоочередных мерах по улучшению состояния здоровья граждан Республики Казахстан*» (1998 г.)
- Президентский указ «*Программа «Здоровье нации»*» (1998 г.)
- Президентский Указ № 737 «*О принятии программ и подпрограмм Министерства здравоохранения, образования и спорта для проекта государственного бюджета на 1999 г.*» (1998 г.)
- Указ № 70 «*О гарантированном наборе услуг*» (1999 г.)
- Поправки к налоговому кодексу (1999 г.)

Здоровье для всех

В послании президента стране «Здоровье нации» отражены вопросы, соответствующие принципам программы ВОЗ «Здоровье для всех», хотя отдельные цели четко не определены.

Заключение

Реформы казахского здравоохранения стали последовательно проводиться только с 1994 г., поэтому оценить их эффективность пока не представляется возможным. Важнейшие изменения происходят в сферах финансирования и управления. Социально-экономические потрясения и обнищание населения затрудняют реализацию реформ.

Первостепенной задачей было укрепление финансового положения здравоохранения. К 1995 г. государственные расходы на здравоохранение упали до 2% ВВП (это один из самых низких в европейском регионе ВОЗ показателей). Впоследствии, правда, бюджет здравоохранения вновь увеличился до уровня 1991 г., но для обеспечения населения должным медицинским обслуживанием средств пока не хватает.

Наиболее радикальным преобразованиям подверглись больницы и система первичного медицинского обслуживания. Политика «оптимизации деятельности учреждений здравоохранения» привела к резкому сокращению числа больниц и коечного фонда (прежде по этим показателям страна занимала одно из первых мест в Европейском регионе ВОЗ). Реорганизация первичного медицинского обслуживания направлена на создание групп семейных врачей (групповая врачебная практика).

Советская система здравоохранения основывалась на принципе общедоступности медицинского обслуживания. В 1990-х гг. бюджетный кризис поколебал этот принцип. По мере сокращения бюджета здравоохранения рос объем платных медицинских услуг, ограничивавший доступ малоимущих слоев населения к медицинскому обслуживанию. Около четверти населения не было охвачено обязательным медицинским страхованием, что также способствовало краху прежней системы здравоохранения. От сокращения финансирования и закрытия больниц больше всего пострадало сельское население. До тех пор, пока в сельских районах не будет создана система первичного медицинского обслуживания, они по-прежнему будут оставаться без медицинской помощи. Еще одна важная проблема — существенные различия между областями по состоянию здоровья населения и финансовым ресурсам. При планировании оптимального (с точки зрения медицинского обслуживания и финансирования) числа больниц нужно обязательно учитывать численность населения и расстояние между населенными пунктами.

Реформы пока не привели к явному повышению эффективности медицинского обслуживания. Система здравоохранения остается крайне раздробленной, что неизбежно ведет к дублированию функций и ухудшает эффективность. Например, ряд министерств и крупных предприятий имеют собственные ведомственные медицинские учреждения. В результате одни и те же услуги предоставляются на разных административных уровнях, а часть населения и отдельные категории больных обслуживаются вне основной системы здравоохранения. Значительная доля средств тратится на дорогостоящее стационарное лечение и услуги большого числа специалистов. Больных стремятся направить на более высокий уровень медицинского обслуживания. Сейчас внедряются новые методы управления и финансирования, которые должны значительно повысить эффективность медицинского обслуживания. Однако затраты на здравоохранение будут расти, поскольку медицинский персонал требует повысить заработную плату до уровня, соответствующего их квалификации и степени ответственности.

Больные получают возможность выбирать врача в рамках новых объединенных семейных врачей, которые сейчас создаются по всей стране. Решение такого вопроса, как повышение качества медицинского обслуживания, не столь очевидно, тем более что переподготовка медицинских работников еще только начинается. К тому же они по-прежнему работают в очень плохих условиях и получают низкую заработную плату, что также не способствует повышению качества работы.

Судя по таким показателям, как средняя продолжительность жизни и материнская смертность, явного улучшения здоровья населения пока не наблюдается, особенно на фоне роста уровня бедности. Вместе с тем Казахстан располагает значительными природными и людскими ресурсами и имеет возможность осуществить столь необходимые реформы здравоохранения. Это позволяет надеяться, что в будущем положение страны улучшится.

Литература

1. AKANOV A.A. Trends in health care reform in Kazakhstan: In Feachem, Z., Hensher, M and Rose, L. Implementing Health Sector Reform in Central Asia: Papers for a health policy seminar held in Ashgabad, Turkmenistan, June 1996 The World Bank Washington, DC, 1999.
2. BOBADILLA, J. L., COSTELLO, C. A. & MITCHELL (EDS) Premature deaths in the new independent states. National Academy Press, Washington, 1999.
3. DELCHEVA, E., BALABANOVA, D. & MCKEE, M. Under-the-table payments for health care: evidence from Bulgaria. Health Policy 42: 89-100 (1997).
4. ENSOR, T. & SAVELIEVA, L. Informal payments for health care in the former Soviet Union: some evidence from Kazakhstan. Health Policy and Planning 13 (1): 41-49, 1998.
5. ENSOR, T. What role for state health care in Asian transition economies? Health Economics 6: 445-454, 1977.
6. ENSOR, T. & RITTMAN. Reforming health care in the Republic of Kazakhstan. International Journal of Health Planning and Management 12: 219-234 (1997).
7. EUROPEAN BANK FOR RECONSTRUCTION AND DEVELOPMENT (EBRD). Transition Report 1997, EBRD, London, 1997.
8. EUROPEAN BANK FOR RECONSTRUCTION AND DEVELOPMENT (EBRD). Transition Report Update, EBRD, London, 1998.
9. EUROPEAN EXPERTISE SERVICE. Kazakhstan Economic Trends October-December 1998. Government of the Republic of Kazakhstan and the European Commission Tacis Program, Almaty, 1998.
10. FALKENHAM, J. Welfare in transition: trends in poverty and well-being in Central Asia CASE paper 20, Centre for Analysis of Social Exclusion. London School of Economics, 1999.
11. COMMITTEE OF HEALTH. Dept of Medical Statistics, Health of the population of the Republic of Kazakhstan and activities of health care institutions. Almaty, selected years.
12. ISMAIL S. & HILL, H. Draft final report of a survey of anaemia in three districts of Kzyl-Orda, Kazakhstan. London School of Hygiene & Tropical Medicine, 1996.
13. KALYUZHNOVA, Y. The Kazakhstani economy: independence and transition. Macmillan, Basingstoke, UK, 1998.

14. KLUGMAN, J., SCHIEBER, G., HELENIAK, T. & HON, V. A survey of health reform in Central Asia. World Bank Technical Paper No. 344, Social Challenges of Transition Series, The World Bank, Washington, DC, 1996.
15. KLUGMAN J. & SCHIEBER, G. A survey of health reform in Central Asia, in 'Implementing Health Sector Reform in Central Asia', Economic Development Institute of the World Bank, World Bank, Washington, DC, 1999.
16. KULZGANOV, M. Paper presented at CARNET Meeting on Reforming Hospital Services, Istanbul, Turkey, December 1998.
17. LEON, D.A., CHENET, L., SHKOLNIKOV, V.M., ZAKHAROV, SHAPIRO, J., RAKHAMANOVA, G., VASSIN, S. & MCKEE, M. 'Huge variations in Russian mortality rates 1984-1994: artefact, alcohol or what?' The Lancet Vol. 350: 383-388 (1997).
18. LINES, T. Public Services Trade Unions in Central Asia: Fact-Finding Mission on Kazakhstan, Kyrgyzstan, Tajikistan, Turkmenistan and Uzbekistan April-July 1995, Public Services International, Geneva 1995.
19. MCKEE, M., FIGUERAS, J. & CHENET, L. Health sector reform in the former soviet republics of Central Asia. International Journal of Health Planning and Management 13, 131-147, 1998.
20. NATIONAL INSTITUTE OF NUTRITION (KAZAKHSTAN) & MACRO INTERNATIONAL INC. Kazakhstan Demographic and Health Survey, 1995. National Institute of Nutrition and Macro International Inc. 1996.
21. NATIONAL ENVIRONMENTAL HEALTH ACTION PLAN (MEHAP). Republic of Kazakhstan (Draft report in Russian), Republic of Kazakhstan and WHO Regional Office for Europe, 1997.
22. OLCOTT, M.B. 'The growth of political participation in Kazakhstan': In Dawisha, K & Parrott, B. (eds) Conflict, cleavage, and change in Central Asia and Caucasus Cambridge University Press, Cambridge UK.
23. POMFRET, R. The economies of Central Asia. Princeton University Press, 1996.
24. PRESIDENT OF KAZAKHSTAN. Kazakhstan 2030: prosperity, security and welfare all the people of Kazakhstan, Message of the President of Kazakhstan, Almaty, 1997.
25. PRESIDENT OF KAZAKHSTAN. The Health of the Nation, Kazakhstan, 1998.
26. RAHIPBEKOV, Chairman of Committee of Health, Speech, Almaty, 1999.
27. RASHID, A. The resurgence of Central Asia: Islam or nationalism? Zed Books, London, 1994.
28. SERIKNAEVA, K. Kazakhstan. Flint River Press, London, 1995.
29. SHARMANOV, T., MACALISTER, A. & SHARMANOV, A. Health care in Kazakhstan. World Health Forum Vol. 17: 197-199, 1996.
30. SIMIDJIYSKI, Y. Overview of the regulatory environment for health care reforms in Kazakhstan. ZdravREFORM, Almaty, 1998.
31. UNAIDS. UN-facilitated response to HIV/AIDS, STD and drug abuse in Centrak Asian countries (Kazakhstan, Kyrgyzstan, Tajikistan, Turkmenistan and Uzbekistan) 1996-1998 Almaty, 1999.

32. UNDP REGIONAL BUREAU FOR EUROPE AND THE CIS. Poverty in transition. UNDP, New York 1998.
33. UNDP. Human Development Report. UNDP, Kazakhstan, 1997.
34. UNDP. Human Development Report. UNDP, Kazakhstan, 1998.
35. UNIVERSITY OF YORK. Project preparation for the Kazakhstan health sector project: final report Centre for Health Economics, University of York, UK, 1998.
36. WORLD BANK. Kazakhstan: The impact of transition on budgetary expenditures in health and education. World Bank, Washington DC, 1996a.
37. WORLD BANK. Republic of Kazakhstan: transition of the state. Report No. 15353-KZ Volume I, World Bank, Washington DC, 1996b.
38. WORLD BANK. <http://www.worldbank.org/html/extdr/offrep/eca/kz.htm>
39. WORLD BANK. Kazakhstan living standards during the transition. Report No. 17520-KZ World Bank, Washington DC, 1998.
40. WORLD BANK. Project appraisal document on a proposed loan in the amount of US \$42.50 million equivalent to the Republic of Kazakhstan for health reform program, February 22, 1999. Report Mo. 19007, World Bank, Washington DC, 1999.
41. WORLD HEALTH ORGANIZATION. HiT on Kazakhstan: Profile on Health Care in Transition. WHO Regional Office for Europe, Copenhagen, Preliminary draft 1994.
42. WORLD HEALTH ORGANIZATION. Ussataev, M. Liaison Officer Report. Kazakhstan, 1998.
43. WORLD HEALTH ORGANIZATION. WHO Regional Office for Europe health for all database, WHO, Copenhagen.
44. WORLD HEALTH ORGANIZATION, central Asian republics Network. Financial Resource Allocation Mechanisms in CARNET Countries, CARNET Series No. 1, WHO Regional Office for Europe, 1998.