

A 2010

4841

6.09.10

УДК 614.2 -007:65.012.21/23:336,0(574)

На правах рукописи

БИРТАНОВ ЕЛЖАН АМАНТАЕВИЧ

**Организационно-методические и финансово-экономические основы
инновационно-инвестиционной стратегии развития системы
здравоохранения Республики Казахстан.**

14.00.33 – общественное здоровье и здравоохранение

Автореферат

диссертации на соискание ученой степени
доктора медицинских наук

614.2(574)

Работа выполнена в Алматинском государственном институте усовершенствования врачей Министерства здравоохранения Республики Казахстан.

Научные консультанты:

доктор медицинских наук, профессор
АКАНОВ А.А.

доктор медицинских наук
АХМЕТОВ В.И.

Официальные оппоненты:

доктор медицинских наук, профессор
СЛАЖНЕВА Т.И.

доктор медицинских наук, профессор
ЖАКАШОВ Н.Ж.

| |
|---|
| КАЗАХСТАН РЕСПУБЛИКАСЫНЫҢ ҰЛТТЫҚ АКАДЕМИЯЛЫҚ КІТАПХАНАСЫ |
| № _____ |

доктор медицинских наук,
КАЛАЖАНОВ М.Б.

Ведущая организация:

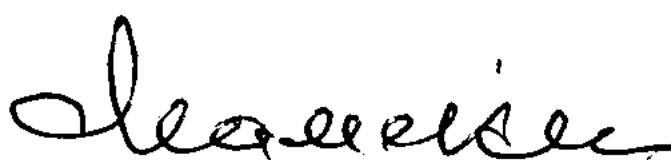
Высшая Школа общественного здравоохранения
Министерства здравоохранения Республики
Казахстан

Защита диссертации состоится «17» сентября 2010 г. в 14.00 часов на заседании диссертационного совета Д 09.01.02 при Казахском национальном медицинском университете имени С.Д. Асфендиярова по адресу: 050012 г. Алматы, ул. Толе би, 88.

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке Казахского национального медицинского университета имени С.Д. Асфендиярова по адресу: 050012 г. Алматы, ул. Богенбай - батыра, 153.

Автореферат разослан « 16 » 08 2010 г.

Ученый секретарь диссертационного совета,
доктор медицинских наук, профессор



Маметов А.Д.

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность проблемы. Президент Республики Казахстан Н.А. Назарбаев в послании народу Казахстана «Новое десятилетие – новый экономический подъем – новые возможности Казахстана» отметил, что: «Здоровье народа – это неотъемлемая составляющая успеха Казахстана в достижении своих стратегических целей» (г. Астана, 29 января 2010 г.).

Намеченный курс получил свое дальнейшее закрепление в Стратегическом плане развития Республики Казахстан до 2020 года, утвержденном Указом Президента Республики Казахстан от 1 февраля 2010 г. № 922, в котором повышение потенциала человеческих ресурсов предусматривается обеспечить за счет комплексной модернизации отечественных систем образования и здравоохранения и эффективного управления трудовыми ресурсами. Для решения поставленной первоочередной задачи повышения доступности и качества медицинских услуг будут пересмотрены подходы к управлению в государственных медицинских организациях и проведению инвестиционной политики в здравоохранении, внедрена система финансирования и оплаты медицинских услуг, ориентированная на результаты, создана эффективная система лекарственного обеспечения (г. Астана, 2 февраля 2010 г.).

Эксперты Всемирного банка, оценивая беспрецедентное улучшение состояния здоровья населения в XX веке, пришли к двум очевидным выводам: во-первых, экономическое развитие и рост доходов положительно влияют на улучшение здоровья населения, но не являются единственным ключевым фактором и, следовательно, единственной стратегией достижения прогресса в области охраны здоровья в будущем; во-вторых, основой для существенного улучшения здоровья, даже если доходы растут медленными темпами или стагнируют, является технический прогресс в самом широком смысле. Таким образом, все больше исследователей приходят к выводу, что значительное улучшение здоровья населения в течение прошедшего столетия связано не столько с повышением благосостояния, сколько с ускорением научно-технического прогресса [Джеймисон Д.Т. с соавт., 2006].

Без преувеличения можно утверждать, что проблемы модернизации отечественной системы здравоохранения стоят наиболее остро, поскольку являются следствием ее развития в сложных общественно-политических и социально-экономических условиях и лишь отчасти унаследованы от прошлой системы, а большей частью – впервые возникли в современной рыночной среде. Отечественное здравоохранение, пройдя через несколько этапов кризисов, десятилетиями финансируемое по остаточному принципу, не обладающее гибкой структурой управления и переживающее внутренний кризис, оказалось не в состоянии быстро, адекватно и эффективно реагировать на быстро меняющиеся потребности общества.

Крупнейшие организаторы здравоохранения отмечают, накопившимися проблемами в отрасли являются: отсутствие ясной и четкой стратегии развития, основанной на базовых ценностях нового общества; неразвитость рыночных

механизмов, неэффективный менеджмент, техническая и технологическая отсталость, трудности с мониторингом и оценкой деятельности системы, органов и организаций здравоохранения, слабая информатизация и неразвитые коммуникационные сети, кадровая неуккомплектованность, незаинтересованность работников здравоохранения в результатах труда и др. [Девятко В.Н., Кульжанов М.К., Аканов А.А., 1995; Девятко В.Н., Аканов А.А., 1999; Аканов А.А., Девятко В.Н., Кульжанов М.К., 2001; Аканов А.А., 2006; Шарманов Т.Ш., 2008; Доскалиев Ж.А., 2009].

Современное общественное здравоохранение нуждается в комплексных исследованиях, которые позволят преодолеть десинхронизацию между затратами и эффективностью здравоохранения и обеспечить баланс между инвестиционным и инновационным развитием системы (Льюис М., 2000.; Камалиев М.А. с соавт., 2000; Сидорина Т.Ю. с соавт., 2001).

Подобные исследования чрезвычайно актуальны для Казахстана, который только начинает вырабатывать собственное видение и представление об основных направлениях и приоритетах модернизации здравоохранения в русле прогрессивных мировых тенденций (Кульжанов М.К. с соавт., 2002; Куракбаев К.К. с соавт., 2005). Учитывая необходимость ускоренной масштабной реорганизации, модернизационный прорыв Казахстана должен быть системным и направленным на устранение политического, технологического, интеллектуального, инфраструктурного отставания отечественной системы здравоохранения и обеспечение его конкурентоспособности (Спиначи С. с соавт., 2006; Шарманов Т.Ш., 2008).

В рамках Стратегии индустриально-инновационного развития Республики Казахстан на 2003-2015 годы, утвержденной Указом Президента Республики Казахстан от 17 мая 2003 года № 1096, основной задачей отрасли здравоохранения определяется создание и развитие собственного научного и инновационного потенциала. Причем, государственная политика в области здравоохранения наряду с традиционными направлениями, такими, как разработка и осуществление комплекса мер государственной медико-социальной и правовой поддержки здравоохранения, укрепление материально-технической базы организаций здравоохранения, будет ориентировать здравоохранение на внедрение современных медицинских технологий, включая применение клинических протоколов диагностики и лечения, с акцентом на ресурсосберегающие, экономически эффективные методы, повышающие доступность для населения медицинской помощи.

Сегодня становится очевидным, что использовавшиеся прежде механизмы управления системой, службами и организациями здравоохранения оказались несовершенными в современных условиях. В результате проводимых реформ усиливается роль и место рынка в секторе здравоохранения (Асатова А.Б., 2009; Абылкасымов Е. с соавт., 2000; Нуралина А.Е. с соавт., 2004).

В Казахстане накопился определенный опыт в области оценки механизмов управления системой здравоохранения (Асатова А.Б., 2009; Ахметов В.И., 2009,

Кульжанов М.К., 2002) вместе с тем системной и комплексной работы по оценке инновационно-инвестиционной стратегии не проводилось.

Цель исследования: Научное обоснование приоритетов модернизации системы здравоохранения Республики Казахстан на основе разработки и внедрения инновационно-инвестиционной стратегии развития.

Задачи исследования:

1. Обобщить мировой опыт инвестиций в модернизацию социальной инфраструктуры и развитие человеческого потенциала.

2. Разработать теоретические и методические аспекты инновационно-инвестиционных процессов в развитии системы здравоохранения.

3. Изучить организационно-экономические механизмы формирования и реализацию стратегических проектов здравоохранения Республики Казахстан.

4. Оценить состав затрат и результатов, связанных с реализацией инвестиционных проектов в системе здравоохранения.

5. Предложить основные методы оценки эффективности инвестиционных проектов и обосновать возможности их применения в сфере здравоохранения.

6. Оценить инвестиционную привлекательность системы здравоохранения и перспективы государственно-частного партнерства.

7. Обосновать основные приоритеты модернизации системы здравоохранения Республики Казахстан.

Научная новизна исследования заключается в теоретическом и прикладном обосновании инновационного развития и решении проблем анализа эффективности инвестиций в систему здравоохранения.

Впервые в истории общественного здоровья и здравоохранения Республики Казахстан:

- разработаны теоретические основы и организационно-экономические механизмы управления здравоохранением в рыночных условиях;

- обоснованы методы анализа эффективности инновационных инвестиционных проектов в здравоохранении на основе анализа затрат и результатов;

- разработаны методические подходы к оценке взаимосвязи объемов инвестирования и уровня результативности деятельности системы здравоохранения;

- предложена система сбалансированных показателей, позволяющих комплексно оценить эффективность деятельности системы здравоохранения;

- сформирована информационная база для анализа эффективности инвестиций в сфере здравоохранения;

- определены рамки и структура государственно-частного партнерства в системе здравоохранения Республики Казахстан с учетом международного опыта;

- выработаны стратегические направления развития государственно-частного партнерства, в том числе по расширению сферы его применения и привлечению инвесторов.

Теоретическая значимость проведенных исследований заключается в разработке теоретико-методологических основ инновационно-инвестиционных процессов в здравоохранении Республики Казахстан.

Большим вкладом в теорию является системное рассмотрение проблемы инновационно-инвестиционной политики в зарубежном и отечественном здравоохранении.

Формирование концептуально-методологической и технологической базы оценки эффективности системы, органов и организаций здравоохранения. Полученные научные выводы представляют собой основу для дальнейшего исследования в области теории и практики анализа инвестиционной деятельности в здравоохранении.

Большим теоретическим вкладом также является разработка концептуальных подходов инновационно-инвестиционной политики системы здравоохранения Республики Казахстан.

Практическая ценность исследования заключается в комплексном ситуационном анализе и мониторинге реформирования и развития здравоохранения Республики Казахстан на основе системного подхода к количественной и качественной оценке реализации инновационных проектов и разработке научно обоснованных рекомендаций по модернизации системы.

Практическая значимость работы заключается в том, что использование предложенных рекомендаций позволит руководителям органов и организаций здравоохранения наиболее эффективно управлять инновационно-инвестиционной деятельностью, направленной на улучшение здоровья населения. Разработанная методика анализа эффективности инвестиционных проектов позволит принимать эффективные управленческие решения по применению альтернативных инвестиционных проектов.

Основные положения, выносимые на защиту

1. Учитывая необходимость ускоренной масштабной реорганизации системы здравоохранения, модернизационный прорыв Казахстана должен быть системным и направленным на устранение нормативно-методологического, экономического, технологического, интеллектуального, инфраструктурного отставания отечественной системы здравоохранения и обеспечение его конкурентоспособности.

2. В современных условиях эффективным механизмом инновационного развития является проектный менеджмент, основанный на управлении инновационными процессами.

3. Важнейшим инструментом исполнения и достижения целей проектного менеджмента в здравоохранении является инвестиционное бюджетирование,

как процесс регулярного планирования, реализации, учета, контроля и анализа финансово-экономического состояния системы, органов и организаций здравоохранения, нацеленный на достижение результата.

4. Инновационно-инвестиционная стратегия развития системы здравоохранения позволит улучшить основные показатели деятельности системы здравоохранения, модернизировать финансирование отрасли, что приведет к повышению качества, доступности и удовлетворенности населения медицинскими услугами, повысит социальное положение медицинских работников, позволит осуществить стратегические задачи отрасли.

Внедрение результатов исследования

Основные результаты исследования были использованы в следующих нормативных документах:

- Кодекс Республики Казахстан «О здоровье народа и системе здравоохранения»;
- Проект Закона Республики Казахстан «О внесении изменения и дополнения в некоторые законодательные акты по вопросам предоставления гарантированного объема бесплатной медицинской помощи»; внесение изменения в Бюджетный Кодекс Республики Казахстан; внесение дополнения в Закон Республики Казахстан «О государственных предприятиях»;
- Стратегический план Министерства здравоохранения Республики Казахстан на 2009-2011 годы, утвержденного постановлением Правительства Республики Казахстан от 23 декабря 2008 г. № 1213;
- Стратегический план развития Республики Казахстан до 2020 года, утвержденного Указом Президента Республики Казахстан от 1 февраля 2010 года № 922;
- Постановление Правительства Республики Казахстан «Об утверждении Плана мероприятий по реализации Единой национальной системы здравоохранения Республики Казахстан» от 4 августа 2009 г. № 1174;
- Постановление Правительства Республики Казахстан «Об утверждении Правил осуществления закупа медицинских услуг по оказанию гарантированного объема бесплатной медицинской помощи» от 19 ноября 2009 г. № 1888;
- Постановление Правительства Республики Казахстан «Об утверждении Правил возмещения затрат организациям здравоохранения за счет бюджетных средств» от 7 декабря 2009 г., № 2030;
- Постановление Правительства Республики Казахстан «Об утверждении Правил и условий оказания платных услуг в организациях здравоохранения» от 30 декабря 2009 г., № 2299;
- Постановление Правительства Республики Казахстан от 13 мая 2008 года №451 «О создании Национального медицинского холдинга»;
- приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан «Об организации обучения по вопросам менеджмента здравоохранения в рамках Единой национальной системы здравоохранения» от 4 сентября 2009 г. № 442;

- проект Государственной программы развития здравоохранения на 2011-2015 гг.

- по материалам диссертации издано 11 методических рекомендаций;

- материалы диссертационной работы используются на курсах повышения квалификации НЦ проблем формирования здорового образа жизни, КазНМУ им. С. Асфендиярова, АГИУВ, Медицинский Университет Атсана, ВШОЗ.

Апробация

Основные положения и результаты исследования доложены и обсуждены на:

- республиканской конференции «Планирование, проектирование и менеджмент организации здравоохранения. Государственно-частное партнерство, международный опыт» (г. Алматы, 6 мая 2008 г.);

- республиканском семинаре-совещании «Система мониторинга и оценки деятельности органов и организаций здравоохранения, направленных на достижение конечных результатов» (г. Астана, 25 декабря 2008 г.);

- секции «Инвестиционная политика в здравоохранении Казахстана. Приоритеты государственного и частного предпринимательства» международной выставки «КИНЕ-2009» (г. Алматы, 13 мая 2009 г.);

- Конференции в рамках проведения университетских чтений «Дни Казахского национального медицинского университета им. С.Д. Асфендиярова» (г. Алматы, 2-4 декабря 2009 г.);

- международной научной интернет-конференции «Стратегические вопросы мировой науки» (www.rusnauka.com, 7-15 февраля 2010 года);

- международной научной интернет-конференции «Перспективные научные исследования» (www.rusnauka.com, 17-25 февраля 2010 года);

- международной научной интернет-конференции «Наука и технологии: шаг в будущее» (www.rusnauka.com, 27 февраля – 5 марта 2010 года);

- республиканской конференции «Государственно-частное партнерство в здравоохранении Республики Казахстан: проблемы, перспективы и пути развития» (г. Алматы, 16 марта 2010 г.);

- коллегиях Министерства здравоохранения Республики Казахстан (г. Астана, 14 декабря 2007 г., 30 апреля 2008 г., 12 сентября 2008 г.);

- заседании Ученого совета Алматинского государственного института усовершенствования врачей (г. Алматы, 16 марта 2010 г.);

- заседании научно-плановой проблемной комиссии Казахского национального медицинского университета им. С.Д. Асфендиярова (г. Алматы, 13 апреля 2010 г., протокол № 6).

Публикации

По теме диссертации опубликовано 43 печатных работы, в том числе 2 монографии и 11 методических рекомендаций.

Личный вклад автора заключается в обосновании направления исследования; создании формата и дизайна исследования; организации и проведении всех его этапов; сборе, обработке и анализе данных; оформлении, представлении и обсуждении результатов.

Структура и объем диссертации. Диссертация состоит из введения, семи разделов, заключения, выводов, практических рекомендаций, списка использованных источников, включающего 259 отечественных и зарубежных авторов, приложений. Диссертация изложена на 335 страницах компьютерного текста, иллюстрирована 30 таблицами и 50 рисунками.

ОСНОВНАЯ ЧАСТЬ

Материалы и методы исследования

Для достижения цели и решения поставленных задач использована методология системного анализа, разработки и внедрения процессов инновационно-инвестиционного развития здравоохранения Республики Казахстан (рис. 1, табл. 1).

Предмет исследования: деятельность системы здравоохранения в новых политических и социально-экономических условиях, заданных стратегией масштабной и форсированной модернизации отрасли; процесс реформирования и развития здравоохранения Республики Казахстан.

Объекты исследования:

по территориальному признаку – органы и организации здравоохранения Республики Казахстан, административных областей, городов Астана и Алматы;

по источникам информации: законодательные, директивные, нормативные, методические, информационные, справочные, учетно-отчетные, литературные и др. материалы.

Методы исследования: информационно-аналитический, статистический, медико-социологический, экономический, экспертных оценок.

Использован массив данных действующих информационных систем межотраслевой и отраслевой статистики.

Привлечены материалы Правительства Республики Казахстан, Министерства здравоохранения Республики Казахстан, ТОО «Мединформ», управлений здравоохранения, медицинских информационно-аналитических центров, АО «Национальный медицинский холдинг».

Экспертная оценка внедрения системы мониторинга и оценки проводилась специалистами комитетов и департаментов Министерства здравоохранения Республики Казахстан, территориальных управлений здравоохранения.

Для анализа уровня материально-технического обеспечения, изучения потребности и определения нормативов оснащения медицинской техникой и изделиями медицинского назначения в организациях здравоохранения

Республики Казахстан изучены технико-экономические показатели (ТЭП) здравоохранения, всего 96 документов с 1484 признаками: сводный отчет о стоимости оборудования, зданий и автотранспорта, находящихся на балансе за 2000-2009 гг.; информация об эффективности использования медицинской техники, находящейся в организации, и стоимостью свыше 2000-кратного МРП; информация о техническом состоянии медицинской техники; информация об оснащенности медтехникой и изделиями медицинского назначения.

Для изучения степени удовлетворенности граждан качеством оказания медицинской помощи и реализации прав пациентов в системе здравоохранения Республики Казахстан проведены социологические исследования, объектами которых определены: 3400 взрослого населения Казахстана в возрасте от 18 лет и старше; 200 экспертов – специалистов государственного (70%) и частного

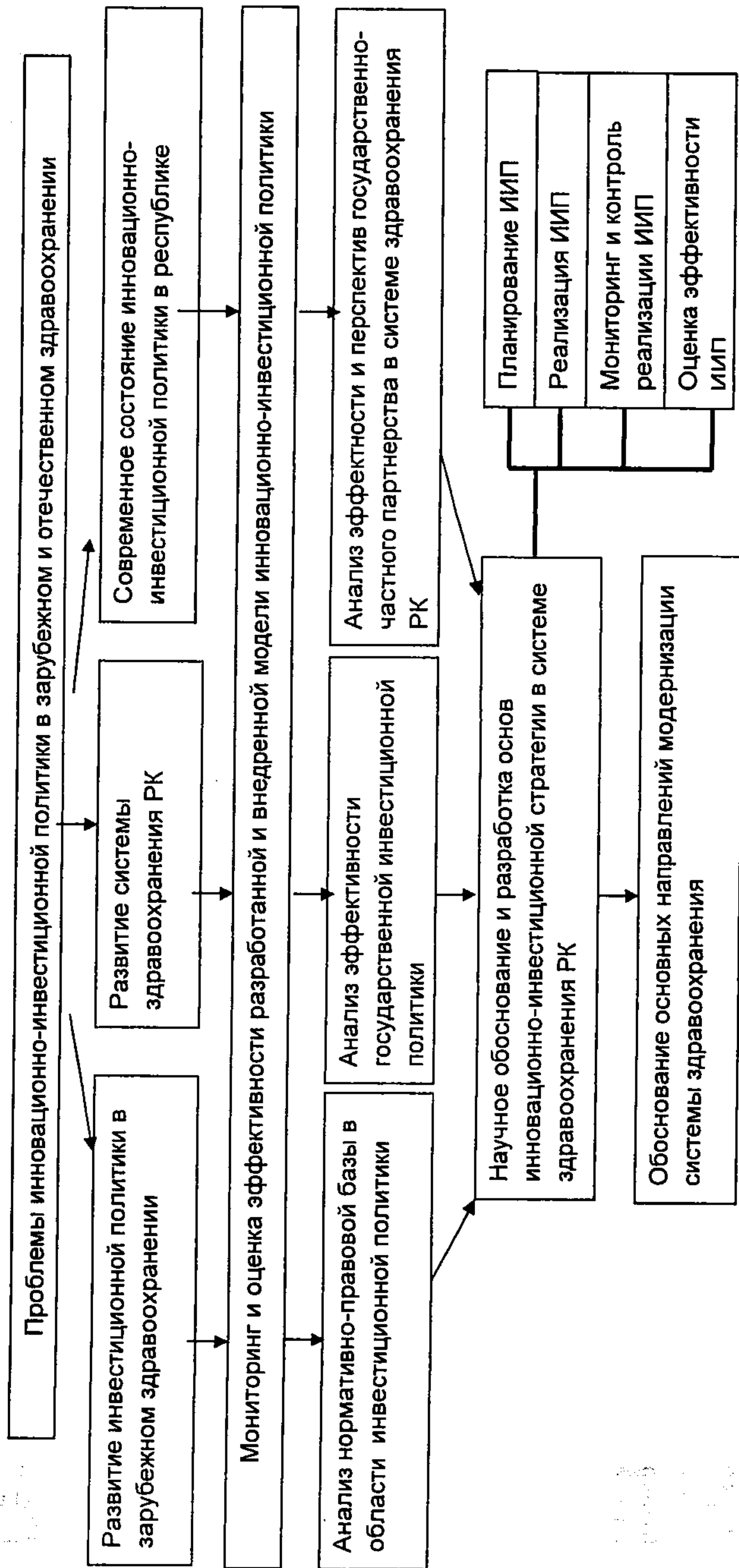


Рисунок 1 – Современные подходы инновационно-инвестиционной стратегии развития здравоохранения

Таблица 1 – Организационно-методическая схема исследования

| Этапы исследования | Методы исследования | Объекты исследования |
|--|--|---|
| Изучение мирового опыта инвестиций в модернизацию социальной инфраструктуры и развитие человеческого потенциала. | Информационно-аналитический Исторический | Источники научно-медицинской и др. информации – 205 Регламентирующие документы – 26 |
| Изучение организационно-экономических механизмов организации и управления развития здравоохранения в рамках государственных целевых программ. | Статистический | Источники научно-медицинской информации – 54 Действующие информационные системы – 15 Отчетные формы медицинской документации – 96 |
| Оценка состава затрат и результатов, связанных с реализацией инвестиционных проектов в системе здравоохранения. Анализ и выбор основных методов оценки эффективности инвестиционных проектов. | Статистический Экономический Экспертных оценок | Действующие информационные системы Отчетные формы медицинской документации – 1243 Органы и организации здравоохранения – 28 Технико-экономические протоколы – 1484 |
| Социологический анализ качества и эффективности системы здравоохранения. | Медико-социологический | Анкетный опрос населения, интервью врачей – 126 |
| Обоснование и внедрение стратегических (инвестиционных) проектов в здравоохранение | Статистический Экономический Экспертных оценок | Органы и организации здравоохранения – 28 Действующие информационные системы – 4 |
| Анализ нормативно-правовой базы в области инвестиционной политики | Информационно-аналитический Контент-анализ | Нормативно-правовые документы – 193 |
| Оценка инвестиционной привлекательности системы здравоохранения и перспективы государственно-частного партнерства | Статистический Аналитический | Действующие информационные системы – 17 |

(30%) секторов системы здравоохранения. Методами сбора данных стали: среди населения – стандартизированное интервью на основе разработанной анкеты опроса; с экспертами – глубинное интервью на основе разработанного интервью-опросника. Социологическое исследование охватило всю территорию Республики Казахстан, включая как городское, так и сельское население шести регионов: Западного (Актюбинская, Атырауская, Западно-Казахстанская, Мангыстауская области), Восточного (Восточно-Казахстанская область), Северного (Костанайская, Павлодарская, Северо-Казахстанская области), Южного (Жамбылская, Кызылординская, Южно-Казахстанская области), Центрального (Акмолинская, Карагандинская области, г. Астана), Алматинского (Алматинская область, г. Алматы).

Разработка и сводка всех полученных в диссертации результатов проводилась на основе созданной базы данных в MS Excel. После статистической обработки, все полученные данные с помощью пакета прикладных программ MS Office и Corel Draw переводились в таблицы, графики, диаграммы и рисунки, что не только позволило говорить о высокой достоверности полученных результатов, но также значительно повысило их информативность и облегчило восприятие материала.

Основные результаты исследования и их обсуждение

Для решения поставленных задач нами проведена оценка реализации и мониторинга государственных целевых программ здравоохранения Республики Казахстан.

Государственная программа «Здоровье народа», утвержденная Указом Президента Республики Казахстан от 16 ноября 1998 г., № 4153 «О государственной программе "Здоровье народа"», является одной из первых системных программ в области здравоохранения. Государственная программа «Здоровье народа» была направлена на повышение качества и доступности медицинской помощи в стране, обеспечение соответствующим ресурсным обеспечением, повышение эффективности деятельности медицинских организаций. Эти мероприятия должны были повлиять на улучшение показателей здоровья населения. Вместе с тем, на тот период не по всем направлениям были определены качественные конечные результаты достижения цели. Кроме соответствующего материально-технического обеспечения, усиления службы СЭС, развития медицинского образования и науки акцентировалось внимание на социально значимые заболевания, вопросы охраны материнства и детства. Практически не была выделена политика снижения распространенности основных хронических неинфекционных заболеваний, злокачественных новообразований, которые определяют наибольшие уровни смертности и влияют на показатель средней ожидаемой продолжительности жизни. Также Программа в большей степени носила концептуальный характер в связи с отсутствием специального финансирования.

Значительную роль в усилении внимания, как системе здравоохранения, так и непосредственно здоровья населения Казахстана сыграло то, что 2002 год был объявлен Президентом Н.А. Назарбаевым Годом здоровья. Для реализации соответствующего Указа Главы государства был разработан и реализован План мероприятий, утвержденный постановлением Правительства Республики Казахстан от 18 января 2002 г., № 59 «О реализации Указа Президента Республики Казахстан от 30 декабря 2001 года «Об объявлении 2002 года Годом здоровья». Выявлены приоритеты охраны здоровья детей, женщин, сельского населения и военнослужащих. Внесены радикальные изменения в улучшении санитарно-эпидемиологической ситуации в регионах. Заложены основы лекарственной политики республики, направленной на обеспечение качества, доступности лекарственных средств для широких слоев населения, развития отечественной фармацевтической индустрии и медицинской промышленности. Год здоровья сопровождался постоянным мониторингом выполнения плана мероприятий и все поставленные задачи были реализованы. Однако, при планировании также не были заложены качественные индикаторы, которые могли бы отразить влияние проводимых мероприятий на конечный результат.

Главной особенностью Программы по противодействию эпидемии СПИДа в Республике Казахстан на 2001–2005 годы является тот факт, что впервые по итогам на основании выделенных ключевых индикаторов проведен мониторинг полученных результатов, ориентированных на качественные конечные результаты. Общий объем денежных ассигнований, необходимый для реализации Программы по противодействию эпидемии ВИЧ-инфекции в Республике Казахстан на 2006-2010 годы, был запланирован в размере 6 708,93 млн тенге. Источники финансирования объединены в две группы – республиканский бюджет и гранты международных организаций. Ход выполнения Программы по противодействию эпидемии ВИЧ-инфекции в Республике Казахстан на 2006-2010 гг. в основном отразил поставленные задачи.

Цель программы усиления борьбы с туберкулезом в Республике Казахстан на 2004-2006 гг. - стабилизация эпидемиологической ситуации по туберкулезу к концу 2006 г., снижение заболеваемости, смертности, инвалидности. В рамках реализации данной программы создан Национальный регистр больных туберкулезом. Разработаны методические подходы к совершенствованию учета и мониторинга результативности выявления, лечения и наблюдения больных туберкулезом. Одним из важных показателей, определяющих своевременность выявления туберкулеза, является удельный вес деструктивных форм среди впервые выявленных больных туберкулезом органов дыхания, который снизился с 48,0% в 2001 г. до 37,9 % в 2004 г. Заболеваемость населения туберкулезом в 2004 г. снизилась на 3,8%, а смертность от туберкулеза на 8,0% по сравнению с 2003 г. и составили соответственно 154,3 против 160,4 в 2003 г.; 20,6 против 22,4 в 2003 г. на 100 тыс. населения. Вместе с тем, несмотря на то, что в Программе усиления

борьбы с туберкулезом в Республике Казахстан на 2004-2006 гг. определены качественные конечные показатели, имелись слабые стороны в системе мониторинга и оценки реализации программы, что потребовало ее подкрепления. Несмотря на положительную динамику основных показателей по заболеваемости населения туберкулезом и смертности от него, эпидситуация в стране оставалась напряженной. Проблемные вопросы улучшения ситуации с туберкулезом неоднократно рассматривались как на уровне Министерства, так и на уровне Правительства Республики Казахстан. Вместе с тем, актуальность данной проблемы велика, учитывая, что качественные показатели эффективности работы по борьбе с туберкулезом будут играть важное значение для вхождения Казахстана в ВТО и число 50 развитых конкурентоспособных государств.

Целью Программы «Совершенствование службы крови в Республике Казахстан на 2008-2010 годы» является обеспечение безопасности, качества и доступности трансфузионной помощи в Республике Казахстан. Оснащенность центров крови колебалась от 40% до 90%, а отделений переливания крови в пределах 10% отметки. При этом от 50% до 85% эксплуатирующегося оборудования имеют 100% износ и подлежат списанию.

Основными задачами программы явились: совершенствование нормативной правовой базы и организационной структуры службы крови; внедрение современных технологий на основе модернизации материально-технической базы; повышение квалификации специалистов службы крови; развитие донорства крови и ее компонентов на основе внедрения международного опыта его организации; создание системы гарантии качества продуктов крови.

Целью Программы «Здоровый образ жизни» на 2008–2016 годы» является оздоровление населения и увеличение средней продолжительности жизни.

В 2003-2004 гг. страна вышла на более устойчивое развитие. В своем Послании народу Казахстана Президент Н.А. Назарбаев 19 марта 2004 года дал прямое указание разработать и внедрить Государственную программу реформирования и развития здравоохранения на 2005-2010 годы (рис. 2).

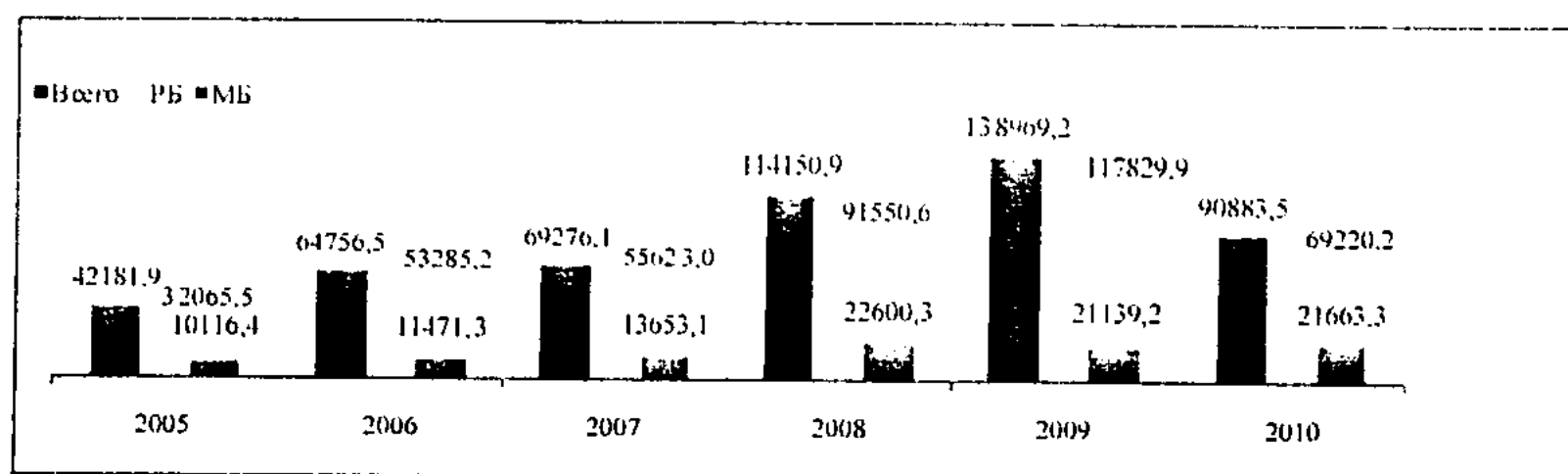


Рисунок 2 – Расходы на реализацию Государственной программы реформирования и развития здравоохранения Республики Казахстан на 2005-2010 годы (тыс. тенге)

За время реализации первого этапа Госпрограммы (2005-2007 гг.) были проведены следующие мероприятия: в отрасли здравоохранения приняты 2 новых, внесены изменения и дополнения в 15 действующих законов, что позволило в целом сформировать законодательную базу здравоохранения; разработан Кодекса «О здоровье народа и системе здравоохранения»; дважды утверждался перечень гарантированного объема бесплатной медицинской помощи (на 2006-2007 годы и 2008-2009 годы); введено льготное и бесплатное лекарственное обеспечение на амбулаторном уровне отдельных категорий населения, а также больных по определенному перечню заболеваний; проводятся профилактические осмотры отдельных категорий граждан с оследующей диспансеризацией и оздоровлением; разработан государственный норматив сети организаций здравоохранения, утвержденный постановлением Правительства Республики Казахстан от 28 декабря 2005 года № 1304 «О мерах совершенствования первичной медико-санитарной помощи населению Республики Казахстан»; проводится оснащение организаций здравоохранения медицинским оборудованием в соответствии с утвержденными нормативами, а также оснащение медицинских ВУЗов учебно-клиническим оборудованием; разработаны программы по противодействию эпидемии СПИДа на 2006-2010 годы, развития кардиологической и кардиохирургической помощи на 2007-2009 годы, снижения материнской и детской смертности на 2008-2010 годы, о мерах по совершенствованию службы крови на 2008-2010 годы, «Здоровый образ жизни» на 2008-2016 годы, утверждены меры по защите населения от туберкулеза; утверждены 200 протоколов диагностики и лечения заболеваний на стационарном и амбулаторно-поликлиническом уровне и 100 протоколов оказания скорой помощи и лечения детей раннего возраста; в регионах республики созданы ассоциации независимых медицинских экспертов, объединенные в республиканский союз; Постановлением Правительства Республики Казахстан от 24 апреля 2006 года № 317 утверждена Концепция реформирования медицинского и фармацевтического образования Республики Казахстан, целью которой является внедрение новой системы подготовки медицинских и фармацевтических кадров на основе международных стандартов с учетом приоритетов и особенностей здравоохранения республики, обеспечивающей конкурентоспособность специалистов на современном рынке труда; внедрены новые Государственные общеобязательные стандарты высшего медицинского и фармацевтического образования, разработанные в соответствии с международными требованиями. Начата подготовка менеджеров здравоохранения и врачей общей практики; проводится внедрение современных информационных технологий: во всех регионах созданы медицинские информационно-аналитические центры, в 8 областях внедрена телемедицина; начат процесс внедрения ЕИСЗ в пилотную эксплуатацию в организациях здравоохранения городов Астаны и Алматы.

Таким образом, анализ реализованных государственных программ показал, что не все запланированные мероприятия были реализованы в полной мере. Зачастую не по всем задачам был достигнут ожидаемый результат в силу отсутствия качественных конечных показателей достижения цели. Многие положения носили концептуальный характер, не имели финансового сопровождения. Ведущаяся официальная статистика также к тому времени не могла реально отразить внедрение тех или иных мероприятий и их результативность.

Одним из основных недостатков реализованных до настоящего времени государственных программ (кроме Программы по противодействию эпидемии СПИДа в Республике Казахстан на 2001-2005 годы и Государственной программы реформирования и развития здравоохранения на 2005-2010 гг.) является отсутствие индикаторов, позволяющих оценить вмешательства на уровне как республики в целом, так и отдельной организации. Вследствие отсутствия качественных индикаторов, позволяющих оценить вмешательства ряд запланированных мероприятий проводились формально. В этой связи в целях совершенствования системы здравоохранения улучшения показателей здоровья населения, все мероприятия должны сопровождаться мониторингом, основанном на внедрении чувствительных индикаторов, позволяющих оценить достижение конечных результатов.

Проведенный анализ показал, что объем государственных расходов на систему здравоохранения, включая медицинское образование, увеличился не только в абсолютном исчислении с 134,7 млрд.тенге в 2004 году до 377,5 млрд.тенге в 2008 году, но и в процентах к внутреннему валовому продукту (с 2,3% в 2004 году до 2,4% в 2008 году). Расходы здравоохранения на душу населения за последние годы также имеют определенный рост: в 2004 году – 8740 тенге, в 2005 году – 12298 тенге, в 2006 году – 15184 тенге, в 2007 году – 20196 тенге, в 2008 году – 24251 тенге.

Позитивными тенденциями можно отметить меры по улучшению эффективного использования ресурсов здравоохранения, такие как внедрение системы управления финансами, ориентированной на получение конечного результата, максимальная программная консолидация, принятие мер по автономности медицинских организаций и совершенствованию тарифной политики. Также немаловажными положительными направлениями является разработка методики формирования тарифов на медицинскую помощь, в части включения в состав тарифов амортизационных отчислений на приобретение активов.

С 1 января 2010 года в республике внедряется Единая Национальная система здравоохранения. Постановлением Правительства Республики Казахстан от 19 ноября 2009 года № 1887 утверждены Правила, которые определяют порядок обеспечения гарантированным объемом бесплатной медицинской помощи. В рамках реализации Единой национальной системы здравоохранения по свободному выбору пациентов заключены договора на

оказание специализированной медицинской помощи с 24 НИИ, НЦ и республиканскими клиниками.

Принцип свободного выбора пациентом медицинской организации реализовали через республиканское и региональные бюро госпитализации, размещенных в Республиканском информационно-аналитическом центре Министерства здравоохранения и его 16 филиалах более 175,8 тысяч пациентов для плановой госпитализации. Из них более 94% пациентов выбрали клиники внутри своей области, до 3% пожелали лечиться в стационарах других регионов и около 3% пациентов предпочли лечение в республиканских клиниках, в том числе сельских жителей около 1/3.

Согласно медико-статистическим данным, за период с января по май 2010 года в стационарах круглосуточного пребывания пролечено 977 898 больных при плане 825 938, что составило 118% выполнения предельных объемов или 49,3% от годового плана. Из всех регионов наибольший удельный вес отклонения от плана наблюдается по Костанайской (135%), Актыбинской (130%), Мангыстауской (128%). По квотам пролечено 29 352 больных. Выполнение усредненного плана предельных объемов составило всего 87,6%. Невыполнение плана отмечается практически по всем регионам, кроме Жамбылской (105%) и Павлодарской (113,4%) областям. Высокоспециализированную медицинскую помощь (ВСМП) получили 29352 чел., что на 18,7% больше, чем за аналогичный период 2009 г. (23861 чел.). Объем стационарной помощи в сравнении с аналогичным периодом 2009 года снизился с 1189678 до 1048944 пролеченных больных по всем источникам финансирования, то есть сократился на 12%. За первое полугодие 2010 г. объем стационарной помощи по бюджетной программе увеличился на 1,2% по сравнению с прошлым годом (977 898 чел., и 965 717 чел. соответственно). Рост экстренной госпитализации наблюдается практически по всем регионам. Удельный вес больных госпитализированных по экстренным показаниям по республике в целом составил 64,3% (61,2% в 2009 г.). Следует отметить однако, что по г. Алматы удельный вес больных госпитализированных по экстренным показаниям снизился по сравнению с 2009 г. на 2,9% (73,3% и 70,4% соответственно). Наибольший удельный вес больных, госпитализированных по экстренным показаниям отмечен в Актыбинской области (70,3%) и по городу Астана, (69,4%). Объем пролеченных больных по источникам финансирования составил по республике в целом 96 %, объем «бесплатной» стационарной помощи составил всего 2,8%, «платно» получили стационарную помощь 6834 пациента или 0,7% от всех пролеченных. В дневном стационаре за первое полугодие 2010 г. пролечено 122 220 больных при плане 370 290, что составило 33 % по республике в целом или 13,8% от годового плана. Ниже республиканского показателя отмечается по г. Алматы (20,8%) и Алматинской (21,9%) области. Госпитальная заболеваемость снизилась на 10,1% в сравнении с аналогичным периодом 2009 года. Уровень госпитализации детей в 2010 году на 23,6% меньше, чем в 2009 г. Повысился показатель летальности среди взрослого населения с 1,1% до 1,3%. Мониторинг реализации ЕНСЗ в регионах

выявил наличие постоянного свободного коечного фонда (18,5%) наряду с перевыполнением плана предельных объемов. При этом на оставшихся 81,5% койках было выполнено 107% от предельных объемов госпитализации, за счет увеличения оборота койки на 30%.

Помимо оценки состава затрат и результатов, связанных с реализацией инвестиционных проектов в системе здравоохранения, проведено изучение общественного мнения по актуальным проблемам здравоохранения. В целом население демонстрирует достаточную степень удовлетворенности качеством медицинской помощи и полученных услуг в поликлинике, так, более двух третей респондентов удовлетворены состоянием своего здоровья после проведенного лечения в амбулаторно-поликлинических организациях. Несколько меньше довольны казахстанцы качеством услуг в стационаре. Достаточно четко по результатам анкетирования обозначилась тенденция к изменению отношения к традиционно признаваемому высоким качеством медицинской помощи, предоставляемой в стационарах, а также уровню квалификации и профессиональных качеств медицинских работников больничных организаций.

60% респондентов отметили улучшение профессионального качества специалистов здравоохранения за прошедшие два года; 70% опрошенных – улучшение лекарственного обеспечения, а также оснащенности организаций здравоохранения медицинской техникой. Более половины позитивно оценивают применение новых методов диагностики и лечения в больницах.

Данные факты практически все опрошенные связывают с проводимыми в отрасли реформами, отмечая, что многие мероприятия Государственной программы реформирования и развития здравоохранения Республики Казахстан на 2005-2010 годы запланированы и проводятся с учетом пожеланий медицинских работников - дифференцированный подход к заработной плате, создание более благоприятных условий для работы, строительство и введение новых организаций здравоохранения, расширение доли государственных грантов для поступающих в медицинские учебные заведения.

Практически все ответившие на вопрос: «Что необходимо сделать, чтобы улучшить качество медицинских услуг?» видят решение в повышении оснащенности современной медицинской техникой (100%) и улучшении лекарственного обеспечения (98,5%).

За уменьшение нагрузки на медицинский персонал высказались 88,5% опрошенных. Однозначно, что врачи в отечественных организациях здравоохранения выполняют подчас несвойственную им работу и несут слишком много дополнительной нагрузки.

В повышении заработной платы и улучшении квалификации медицинских работников видят выход 98,5% опрошенных. 86% отмечают пользу рейтинговой оценки деятельности медицинских организаций.

Достаточно консервативны врачи в решении проблем качества путем передачи больниц в управление медицинскими коллективами (52%). Видимо, причиной такого отношения к реформированию системы управления является

нехватка опыта причастности к управлению и участия в решении проблем своей организации.

По мнению 99% респондентов, на степень удовлетворенности пациентов качеством медицинской помощи в равной степени влияют внимание со стороны персонала, профессиональные качества медицинских работников, возможность получать полную информацию о своем здоровье, комфорт в палатах, уровень лекарственного обеспечения и стоимость медицинских услуг.

По мнению профессиональных медиков, не последнюю роль в удовлетворенности пациентов играют факторы, зависящие не от уровня материально-технического оснащения, а от вполне доступных для выполнения вещей, таких как внимательное отношение, предоставление полной информации, чистота в палатах и забота.

Прогнозируя изменения качества медицинского обслуживания, 75% респондентов ожидают его повышения, связывая его, в первую очередь, с улучшением отношения к пациентам и своим обязанностям со стороны медицинских работников.

В ближайшие два года должна улучшиться квалификация медицинских работников, по мнению 71% респондентов. Повысится уровень оснащенности современной медицинской техникой и лекарственного обеспечения в больницах республики по ожиданиям 77% опрошенных.

От прогресса медицинской науки и применения новых методов лечения ждут улучшения качества медицинских услуг 75,5% опрошенных специалистов. Однозначно, что происходящие в отрасли положительные изменения связаны с реформированием ведущих принципов здравоохранения – финансирования, образования, менеджмента в организациях, отмечает большинство медицинских работников, принявших участие в опросе.

Также налицо тенденция выбора организаций первичного звена для первого обращения за получением медицинской помощи (72% респондентов).

Подавляющее большинство опрошенных специалистов оценивает условия работы как недостаточные для оказания качественных медицинских услуг и повышения своей квалификации. Среди факторов, отрицательно влияющих на качество медицинского обслуживания, в первую очередь указываются: низкая заработная плата специалистов, неполное лекарственное обеспечение, недостаток современного медицинского оборудования, отсутствие условий для повышения квалификации.

Среди факторов, положительно оцениваемых населением при определении уровня качества медицинского обслуживания: улучшение лекарственного обеспечения и материально-технической базы медицинских организаций. Напротив, менее всего удовлетворены участники анкетирования отношением со стороны медицинских работников, уровнем комфорта в медицинских организациях.

Отмечая высокую степень профессиональной нагрузки медработников, население все же желает видеть уровень заработной платы специалистов в зависимости от результатов труда.

Как показал анализ, нормативная правовая база в области инвестирования в системе здравоохранения представлена общими законодательными актами, регламентирующими государственную поддержку инвесторов в Казахстане.

Вместе с тем, реализация положений указанных законодательных актов в системе здравоохранения имеет свои отраслевые особенности, обусловленные рядом объективных факторов.

Инвестиционные налоговые преференции предоставляются по корпоративному подоходному налогу, земельному налогу и налогу на имущество. Инвестиционные налоговые преференции – это освобождение от уплаты корпоративного подоходного налога либо предоставление права дополнительных вычетов из совокупного годового дохода налогоплательщиков юридических лиц, осуществляющих реализацию инвестиционного проекта с целью создания новых, расширения и обновления действующих производств.

Здравоохранение и предоставление медицинских услуг не входят в Перечень приоритетных видов деятельности, по которым предоставляются инвестиционные преференции в соответствии с постановлением Правительства Республики Казахстан от 8 мая 2003 № 436. Причем, в редакции 2003 года здравоохранение входило в данный перечень (конкретно: деятельность в области здравоохранения и деятельность больничных организаций), однако по неизвестной причине данный пункт был исключен.

Исключение сферы здравоохранения из приоритетных видов деятельности лишает инвесторов в здравоохранении того набора преференций, которыми располагают инвесторы в других отраслях экономики Казахстана.

Согласно статье 371 Налогового кодекса на деятельность в сфере медицинских услуг распространяется специальный налоговый режим – особый порядок расчетов с бюджетом, устанавливаемый для отдельных категорий налогоплательщиков и предусматривающий применение упрощенного порядка исчисления и уплаты отдельных видов налогов и платы за пользование земельными участками, а также представления налоговой отчетности по ним.

Вместе с тем, согласно статье 368, частный субъект здравоохранения вправе применять специальный налоговый режим лишь при условии, если является субъектом малого бизнеса. Кроме того, по информации Министерства финансов Республики Казахстан, юридические лица в сфере здравоохранения практически не используют данную норму законодательства ввиду возможной неосведомленности в вопросах существующих налоговых преференций. Чтобы рыночные рычаги работали должна быть большая прозрачность в сфере существующих льгот, направленных на развитие предпринимательства, общество должно быть информировано о преимуществах, возможных недостатках предоставления того или иного вида услуг.

Согласно Закону «О частном предпринимательстве» от 31 января 2006 года основными целями государственного регулирования частного предпринимательства являются создание благоприятных условий для развития частного предпринимательства и защита интересов государства и прав

потребителей путем введения администрирования частного предпринимательства.

Несмотря на то, что коммерческие банки предлагают широкий спектр программ кредитования, большинство малых предприятий, частных предпринимателей и простых граждан используют собственные источники для финансирования бизнеса и потребительских нужд. Основные причины такого положения заключаются в следующем: во-первых, к заемщику предъявляются довольно жесткие требования залогового обеспечения и, во-вторых, процедура получения кредита требует представления большого количества документов и времени. Все это отталкивает потенциальных заемщиков от этого источника финансирования.

Внесение изменений в Закон Республики Казахстан «О микрокредитных организациях» от 8 декабря 2006 года № 198 позволяет вовлечь в микрокредитование более широкий круг лиц, обеспечивает доступность микрокредитов для населения, в том числе и сельского. Увеличен максимальный размер кредита, с 2007 года предельный размер кредита на одного заемщика составляет восемь тысяч месячных расчетных показателей.

Кроме таких традиционных способов финансирования, могут быть использованы и иные способы финансирования здравоохранительной деятельности, которые могут оказаться заметно выгоднее банковского кредита.

Одним из способов такого финансирования является лизинг. В настоящее время законодательная база по лизингу включает в себя традиционное определение финансовой аренды, которое отвечает классификационным признакам, установленным международными стандартами финансовой отчетности. Закон Республики Казахстан «О финансовом лизинге» от 5 июля 2000 года № 78 регулирует отношения, возникающие в процессе финансового лизинга, и направлен на привлечение инвестиций на основе лизинговой деятельности.

Однозначно можно выделить неоспоримые преимущества лизинга, а именно:

- из оборота не отвлекаются значительные объемы средств (в среднем первый авансовый платеж составляет от 15 до 30% от стоимости оборудования или иного предмета лизинга).

- лизингополучатель не несет риски, связанные с условиями исполнения международного контракта.

- вознаграждение по финансовому лизингу (выплата процентов) освобождается от обложения НДС.

В случае, если намеченный проект включен в список наиболее приоритетных секторов экономики для привлечения прямых отечественных и иностранных инвестиций, возможно получение налоговых льгот и преференций, т.к. понятие инвестиции включает в себя предметы лизинга, с момента заключения договора лизинга. Размер платежей по лизингу, в отличие от выплат по кредитам, полностью подлежит исключению из налогооблагаемого дохода у лизингодателя, что дает возможность лизинговым

компаниям предлагать более низкие процентные ставки по финансовому лизингу, чем по кредитам.

Таким образом, лизинг является уникальным инвестиционным инструментом, который позволяет приобрести необходимые средства производства за счет внешнего долгосрочного финансирования. При этом основным обеспечением для лизинговой компании является не залог, а ее право собственности на переданное в лизинг имущество. По окончании срока лизинга при условии выплаты всех лизинговых платежей, лизингополучатель имеет возможность получить право собственности на лизинговое имущество.

Сильной стороной казахстанского законодательства можно считать Закон Республики Казахстан «О концессиях» от 7 июля 2006 года № 167, создавший правовое поле для существования прогрессивной формы сотрудничества государства и частного сектора.

Согласно закону, концессия – это передача по договору объектов государственной собственности во временное владение и пользование в целях улучшения и эффективной эксплуатации. Также концессионер имеет право строительство новых объектов за счет своих средств или на условиях софинансирования государством с последующей передачей таких объектов государству с предоставлением концессионеру прав владения, пользования для последующей эксплуатации.

При этом государство предоставляет следующие виды поддержки концессионера:

- 1) поручительства государства по инфраструктурным облигациям в рамках договоров концессии,
- 2) государственные гарантии по займам, привлекаемым для финансирования концессионных проектов,
- 3) передача исключительных прав, связанных с эксплуатацией объекта концессии,
- 4) предоставление натуральных грантов в соответствии с законодательством Республики Казахстан,
- 5) софинансирование концессионных проектов,
- 6) гарантии потребления государством определенного объема товаров (работ, услуг) в случае, если основным потребителем товаров (работ, услуг), производимых концессионером, является государство,
- 7) компенсация определенного объема инвестиционных затрат концессионера в установленные договором концессии сроки и в определенных им объемах в период действия договора концессии.

В системе здравоохранения на сегодняшний день такие проекты отсутствуют, что вполне объясняется новизной института концессии и отсутствием положительного отечественного опыта, а также высокой затратностью и отсроченной окупаемостью проектов по строительству больниц.

В целях активизации инвестиций в несырьевые отрасли экономики и государственной поддержки этих процессов в Казахстане сформирована

система финансовых институтов развития, которые призваны концентрировать и перераспределять инвестиционные ресурсы в приоритетные и конкурентоспособные секторы экономики. Это АО ФНБ «Самрук-Казына», Банк развития Казахстана, Национальный инновационный фонд, Инвестиционный фонд Казахстана, Фонд развития малого предпринимательства, Центр маркетингово-аналитических исследований, Казахстанский центр содействия инвестициям «Казинвест» и ряд других.

Однако для субъектов общей сети здравоохранения помощь данных государственных институтов остается недоступной, так как направлена на поддержку высокотехнологичных и экспортоориентированных производств, научных исследований, привлечение инвестиций для развития наукоемких производств.

Таким образом, анализ законодательства, регулирующего предпринимательство, налогообложение, инвестиционную политику в Казахстане, демонстрирует, что, в принципе, государство принимает меры по стимулированию предпринимательства и росту конкуренции, предлагая в качестве защиты и поддержки субъектов малого бизнеса целый ряд мероприятий.

Однако, как показывает практика, в здравоохранении предлагаемые меры не работают, что в немалой степени обусловлено спецификой предоставления медицинских услуг. Институты развития не включают в круг своей деятельности развитие объектов социальной сферы, ограничивая свои протекже требованиями инновационности и экспортоориентированности.

Таким образом, необходимо совершенствование нормативно-правовой базы Республики Казахстан в области инвестиционной политики в системе здравоохранения.

Современная экономическая система в здравоохранении характеризуется сочетанием черт административно-командной и рыночной систем управления, что объясняет параллельное существование директивных и программно-целевых методов планирования.

Нами осуществлен анализ использования программно-целевого метода в управлении здравоохранением.

Программно-целевое планирование обеспечивает системный подход к составлению плана, позволяет направить каждое планируемое мероприятие на выполнение определенной цели. Это требует изменение технологии планирования (определение целей и задач, поэтапное выполнение мероприятий, согласование с исполнителями, расчет ожидаемой экономической эффективности и т.д.).

Программно-целевой метод планирования в государственном управлении системой здравоохранения Республики Казахстан привлекает все большее внимание. Программно-целевое управление в Казахстане реализуется через государственные целевые программы, которые представляют собой увязанный по ресурсам, исполнителям и срокам осуществления комплекс научно-исследовательских, опытно-конструкторских, производственных, социально-