

Р.А. Байжолова, Б.С. Омирбаева

*Евразийский национальный университет им. Л.Н. Гумилева, Астана, Казахстан
(E-mail: bibigul88@mail.ru)*

Сравнительный анализ систем здравоохранения Казахстана и Южной Кореи, основанный на глобальном индексе конкурентоспособности

В настоящее время система здравоохранения Казахстана претерпевает ряд изменений и реформируется для улучшения качества и доступности услуг здравоохранения. В этой связи в 2017 г. в Казахстане вводится обязательное социальное медицинское страхование, основной принцип которого основан на солидарной ответственности. Для введения обязательного социального медицинского страхования изучен опыт ряда зарубежных стран. История, культура и менталитет Южной Кореи очень близки Казахстану, а также Корея имеет многолетний опыт в формировании и развитии модели медицинского страхования. Более того, Корея значительно опережает Казахстан по многим показателям здоровья, таким как детская смертность, материнская смертность, количество консультаций, уровень расходов на здравоохранение и другие. И это не удивительно, потому что Корея много лет использует высокие технологии диагностики и лечения заболеваний. Изучение модели здоровья Кореи будет полезно для Казахстана, и использование корейского опыта улучшит оказание медицинской помощи населению в соответствии с международными стандартами. В статье также анализируются показатели конкурентоспособности здравоохранения на основе индекса глобальной конкурентоспособности, приводится анализ статистических показателей.

Ключевые слова: система здравоохранения, Корея, Казахстан, глобальный индекс конкурентоспособности, показатели здравоохранения.

Влияние здоровья на экономическое развитие реализуется путем улучшения социальных показателей как прямо, так и косвенно. Таким образом, защита общественного здоровья является национальным приоритетом государственной политики каждой страны.

Документ первого уровня в Казахстане «Стратегия развития Республики Казахстан до 2050 года» определил ключевые принципы социальной политики Казахстана и провозгласил, что здоровье нации является основой нашего успешного будущего [1].

Хорошее здоровье является одним из важнейших компонентов для человека в том смысле, что оно предоставляет множество различных возможностей, включая расширение доступа к образованию и рынку труда, повышение производительности труда и уровня благосостояния, снижение медицинских расходов, хорошие социальные отношения и более длительную жизнь. Мониторинг состояния здоровья граждан с точки зрения социального обеспечения необходим, чтобы более уверенно интегрировать здравоохранение населения в общую стратегию развития, тем самым заложив основу для лидеров, которые определяют национальную политику по улучшению условий жизни и экономического благосостояния населения [2].

В Послании народу Казахстана «Стратегия «Казахстан-2050»: новый политический курс состоявшегося государства» Глава государства Нурсултан Назарбаев поставил перед Республикой Казахстан стратегическую цель — стать одной из 30 наиболее развитых стран мира. Для достижения этой цели необходимо преодолеть существующий разрыв в развитии между странами ОЭСР и Казахстаном во всех секторах и сферах деятельности, включая здравоохранение.

В этой связи мы проведем сравнительный анализ систем здравоохранения в Южной Кореи и Казахстане, чтобы понять различия в показателях здоровья между Казахстаном и странами ОЭСР. Выбор Южной Кореи не случаен. История, культура и менталитет Южной Кореи очень близки Казахстану. Модель развития Кореи может быть очень полезна для Казахстана потому, что, во-первых, обе страны придерживаются восточной культуры (идеи конфуцианства, некоторые традиции и культура), чьи ценности не являются личными интересами, а потребностями общества в целом; во-вторых, у них есть колониальное прошлое [3].

Южная Корея входит в десятку стран международного медицинского туризма. Поскольку больницы и клиники полностью оснащены передовыми технологиями, а также удостоены сертификатами качества, Корея, несомненно, является лидером в области медицинского туризма: современное новейшее медицинское оборудование и обширный богатый опыт. Сейчас Южная Корея является одной из крупнейших экономик мира. Примечательно, что Корею удается сочетать

передовые технологии и свою культуру, сохраняя традиции и обычаи. В стране чтят историю, и в то же время страна идет вперед, развивается в ногу со временем и находится в одном ряду с передовыми западными державами.

Южная Корея является одной из самых быстроразвивающихся стран в мире, и качество жизни корейцев в целом все больше улучшается, в том числе благодаря уровню медицинского обслуживания.

Система здравоохранения Южной Кореи состоит из трех направлений: Национальной программы медицинского страхования (National Health Insurance Program), Программы медицинской помощи (Medical Aid Program) и Программы долгосрочного ухода (Long-term Care Program). Все люди в Южной Корее имеют право на получение страховки в рамках Национальной программы медицинского страхования. До 1977 г. в Корее была только добровольная медицинская страховка. А в 1977 г. президент Чунг-Хи принял закон, который предусматривал обязательное медицинское страхование [4]. Таким образом, постепенно Корея достигла всеобщего охвата медицинским страхованием к 2000 г.

Национальная программа медицинского страхования охватывает 97 % всего населения. Застрахованные делятся на 2 группы: работники и самозанятые [5]. Оставшиеся 3 % от общей численности населения охвачены Программой медицинской помощи. Эта программа, созданная для пациентов, которые не могут оплачивать медицинское обслуживание, охватывает пациентов с редкими, трудноизлечимыми и хроническими заболеваниями, а также детей в возрасте до 18 лет. Программа медицинской помощи финансируется центральными и местными органами власти.

Таким образом, Национальная программа медицинского страхования в Корее имеет три источника финансирования: взносы, государственные субсидии и акцизы на табачные изделия. Сотрудники вносят 5 % своей заработной платы. Работник и работодатель оплачивают по 50 % этой суммы поровну. Правительство предоставляет 14 % годового запланированного бюджета по программам. А дополнительная плата за табачные изделия составляет 6 % от общего бюджета по программам. Следует отметить, что обязательное страхование покрывает от 50 до 80 % стоимости лечения, остальная часть суммы оплачивается самим пациентом [5].

В Казахстане только начинают внедрять схемы медицинского страхования. Закон обязательного социального медицинского страхования был принят 16 ноября 2015 г., согласно которому источниками финансирования являются: (i) взносы и (ii) другие источники, не запрещенные законодательством Республики Казахстан [6].

Следует отметить, что в течение последних десятилетий Южная Корея переживает старение населения. Это большая проблема для властей, поскольку забота о пожилых людях является бременем для семейного бюджета. Кроме того, увеличение числа пожилых людей приводит к увеличению расходов на медицинское обслуживание. Чтобы решить эту проблему, правительство Кореи ввело программу долгосрочного страхования. Эта программа охватывает пожилых людей старше 65 лет, а также тех, кто младше 65 лет, но страдает от возрастных заболеваний, таких как болезнь Альцгеймера, болезнь Паркинсона или паралич из-за инсульта [5].

Еще одна особенность системы здравоохранения Кореи заключается в том, что все медицинские учреждения (даже частные) считаются некоммерческими. А это означает, что доходы, получаемые от предоставления медицинских услуг, не облагаются налогом. Это очень высокая мотивация в предоставлении доступных и качественных медицинских услуг. Все медицинские учреждения освобождаются от налогов. В этом случае прибыль может быть использована только для реинвестирования. Поэтому медицинские учреждения тратят всю свою прибыль на оснащение клиник современным дорогостоящим оборудованием для лабораторных исследований и научного развития, которые невероятно дороги. Даже небольшая клиника может быть оборудована, например, хирургическими роботами, так как есть возможности для этого. Соответственно, государство определяет цены на все виды медицинских услуг. Кроме того, корейцы очень амбициозны и обладают высокоразвитым конкурентным духом, что создает благоприятную конкурентную среду. Поэтому южнокорейские врачи активно отслеживают все события и быстро внедряют новые технологии в здравоохранении.

Тем не менее, в начале введения медицинского страхования Корея столкнулась с определенными трудностями. Проводилась постоянная политическая и институциональная борьба за объединение обществ медицинского страхования в рамках национальной системы и за децентрализацию. Те, кто был за децентрализацию, утверждали, что объединение приведет к передаче страховых премий от промышленных работодателей и работников к самозанятым. Но те, кто был за централизацию, подчеркивали солидарность всех работников и социальных классов.

В Казахстане правительство также хочет добиться солидарности всех членов общества. Это означает, что богатые платят за бедных, здоровые — за больных и молодые — за старых. Министерство здравоохранения Республики Казахстан отвечает за надзор и принимает политические решения [7].

В 2015 г. расходы на здравоохранение в Казахстане составили 1,5 трлн тенге (6,7 млрд долларов США). В соответствии с Программой реформы и развития здравоохранения, принятой правительством Республики Казахстан, обеспечивается постепенное увеличение государственных расходов на сектор здравоохранения.

В последние годы государство предприняло ряд мер, направленных на реформирование и развитие здравоохранения. В период с 2011 по 2015 гг. в Казахстане была реализована Государственная программа развития здравоохранения «Саламатты Казахстан». В рамках этой программы показатели материнской и младенческой смертности были значительно сокращены. Также улучшились показатели кардиологической и кардиохирургической помощи. В настоящее время Государственная программа «Денсаулык» реализуется на 2016–2019 гг.

Казахстан переживает важный этап в развитии национальной системы здравоохранения. С 1 июля 2017 г. действует обязательное социальное медицинское страхование (далее – ОСМС). ОСМС гарантирует равный доступ к медицинскому обслуживанию и фармацевтическим товарам из средств Фонда обязательного социального медицинского страхования (далее – ФОСМС) для всех застрахованных граждан Казахстана, независимо от пола, возраста, социального статуса, места жительства и дохода. До этого времени предоставление медицинских услуг осуществлялось за счет государственных (республиканских и местных) бюджетных средств, фондов добровольного медицинского страхования и кредитов международных финансовых учреждений для реализации международных проектов.

Государство посредством внедрения ОСМС ожидает достижения общественной солидарности путем укрепления собственного здоровья и распределения бремени защиты здоровья населения. Кроме того, внедрение ОСМС обеспечит финансовую устойчивость системы за счет создания устойчивости системы к внешним факторам и увеличения издержек, а также прозрачности и справедливости системы. Кроме того, эффективность системы будет улучшена за счет обеспечения высокой конкурентоспособности системы, достижения эффективных показателей, полноты и качества услуг.

Взносы в Фонд обязательного социального медицинского страхования для лиц, освобожденных от оплаты, оплачиваются государством из республиканского бюджета. Согласно Закону «Об обязательном социальном медицинском страховании» существует 15 категорий граждан, которые освобождены от уплаты взносов в Фонд. В свою очередь, все активное население будет вносить взносы (табл. 1).

Т а б л и ц а 1

Уровень взносов в ФОСМС, выплачиваемых активным населением [6]

Население	2017 г.	2018 г.	2019 г.	2020 г.
Работодатели	2 % от ФОТ	3 % от ФОТ	4 % от ФОТ	5 % от ФОТ
Работники	-	-	1 % от заработной платы	2 % от заработной платы
Самозанятые	2 % от доходов	3 % от доходов	5 % от доходов	7 % от доходов

Примечание. Источник: Закон Республики Казахстан «Об обязательном социальном медицинском страховании».

Как мы видим, объем финансирования здравоохранения в Корее и Казахстане отличается. Государственные взносы в ФОСМС в Казахстане очень низки по сравнению с Кореей: Казахстан будет отчислять 7 % (с 1 января 2018 г.) [6], тогда как государственные взносы Южной Кореи составляют 14 %. Для сравнения: общие расходы на здравоохранение в Казахстане в 2015 г. составляли 3,6 % ВВП, а в Корее — 7,2 % ВВП [9].

Фонд ОСМС будет распределять деньги следующим образом: одна часть будет направлена на оплату услуг в медицинские организации, а другая — в Национальный банк, который будет инвестировать средства и полностью управлять активами.

Таким образом, система обязательного социального медицинского страхования предусматривает 2 пакета медицинских услуг:

(1) Пакет гарантированного объема бесплатной медицинской помощи (далее – ГОБМП), который включает гарантированный государством объем медицинских услуг и финансируется из республиканского бюджета. Он будет доступен для всех граждан Казахстана и включает следующие услуги:

- санитарная авиация и скорая медицинская помощь;
- медицинское обслуживание социально значимых заболеваний и неотложных случаев;
- профилактические прививки;
- амбулаторная помощь с предоставлением амбулаторных препаратов (до 2020 г., т.е. до введения универсальной декларации).

(2) Пакет ОСМС, который включает объем медицинских услуг, превышающий ГОБМП, финансируемый за счет обязательных страховых взносов государства, работодателей и работников в Фонд ОСМС. Его предоставляют лицам, которые являются участниками ОСМС. Он включает следующие услуги:

- амбулаторная помощь (включая предоставление лекарств);
- стационарное лечение (за исключением социально значимых заболеваний);
- стационарозамещающая помощь (за исключением социально значимых заболеваний);
- реабилитация;
- паллиативная помощь;
- высокотехнологичная помощь.

Таким образом, благодаря внедрению обязательного социального медицинского страхования в Казахстане правительство рассчитывает предоставить гражданам доступную качественную медицинскую помощь, улучшить здоровье граждан и увеличить их продолжительность жизни.

На современном этапе развития экономики конкурентоспособность страны оценивается в соответствии с Глобальным индексом конкурентоспособности (далее — ГИК). ГИК — это исследование, проведенное Всемирным экономическим форумом (далее — ВЭФ), которое оценивает страны с точки зрения показателей экономической конкурентоспособности.

Хорошо известно, что страны с высокими показателями национальной конкурентоспособности, как правило, обеспечивают более высокий уровень благосостояния своих граждан и, соответственно, социального обеспечения. Этот показатель помогает странам принимать решения в экономической политике и разрабатывать стратегии дальнейшего экономического развития и повышать конкурентоспособность национальной экономики.

В рейтинге ГИК на 2016–2017 гг. Казахстан занял 53-е место (табл. 2)

Т а б л и ц а 2

Рейтинг глобальной конкурентоспособности

Rank	Country	GCI 2016-2017
1	Швейцария	5.81
2	Сингапур	5.72
3	США	5.70
4	Нидерланды	5.57
5	Германия	5.57
6	Швеция	5.53
7	Великобритания	5.49
8	Япония	5.48
9	Гонконг	5.48
10	Финляндия	5.44
26	Южная Корея	5.03
53	Казахстан	4.41

Примечание. Источник: Global Competitiveness Report 2012–2016, World Economic Forum.

По данным ВЭФ, конкурентоспособность национальной экономики Казахстана в 2016 г. была на среднем уровне (см. табл. 3).

Таблица 3

Позиции Казахстана в Глобальном индексе конкурентоспособности 2012–2016 гг.

Показатели	Годы					Динамика
	2012	2013	2014	2015	2016	
ГИК	51/144	50/148	50/144	42/140	53/138	-2
Институты	66	55	57	50	49	+17
Инфраструктура	67	62	62	58	63	+4
Макроэкономическая среда	16	23	27	25	69	-53
Здоровье и начальное образование	92	97	96	93	94	-2
Высшее образование и профессиональная подготовка	58	54	62	60	57	+1
Эффективность рынка товаров	71	56	54	49	62	+9
Эффективность рынка труда	19	15	15	18	20	-1
Развитость финансового рынка	115	103	98	91	104	+11
Технологическая готовность	55	57	61	61	56	-1
Размер рынка	55	54	52	46	45	+10
Конкурентоспособность компаний	99	94	91	79	97	-2
Инновации	103	84	85	72	59	+44

Примечание. Источник: Global Competitiveness Report 2012–2016, World Economic Forum.

Текущий рейтинг ГИК позволяет выявлять проблемные области и принимать своевременные решения об улучшении позиций по тем или иным факторам.

В связи с этим рассмотрим более подробно фактор «Здоровье и начальное образование» в рейтинге ГИК. Этот показатель является одним из наиболее проблемных факторов в рейтинге, позиции которого практически не улучшаются. В 2016 г. (94-е место) по сравнению с 2012 г. (92-е место) значение фактора ухудшается на 2 позиции. Этот показатель состоит из 10 подфакторов, которые в основном характеризуют развитие и эффективность здравоохранения и начального образования (см. табл. 4).

Таблица 4

Позиции Казахстана в ГИК по фактору «Здоровье и начальное образование»

Показатели	Годы					Динамика
	2012	2013	2014	2015	2016	
Влияние малярии на ведение бизнеса	1	1	n/d	n/d	n/d	
Случаи малярии на 100 тыс. населения	1	1	n/d	n/d	n/d	
Влияние туберкулеза на ведение бизнеса	112	111	111	107	106	+6
Случаи туберкулеза на 100 тыс. населения	107	105	102	101	92	+15
Влияние ВИЧ/СПИДа на ведение бизнеса	73	76	81	80	81	-8
Распространенность ВИЧ, в % к взрослому населению	12	45	1	1	1	+11
Детская смертность, на 1000 родившихся живыми	98	98	81	78	71	+27
Ожидаемая продолжительность жизни	104	103	99	95	90	+14
Качество начального образования	72	69	64	63	70	+2
Охват населения начальным образованием	102	118	116	118	118	-16

Примечание. Источник: Global Competitiveness Report 2012–2016, World Economic Forum.

По всем соответствующим подфакторам Казахстан за последние 5 лет улучшил свои позиции в рейтинге, но по-прежнему занимает слабую позицию. Ситуация с младенческой смертностью значительно улучшилась (71-е место, +27). Кроме того, наиболее заметны улучшения в 2016 г. по таким

подфакторам: туберкулез (92-е место, +15), ожидаемая продолжительность жизни (90-е место, +14), распространенность ВИЧ (+11).

Ситуация с воздействием туберкулеза на ведение бизнеса улучшилась, но этот показатель по-прежнему остается проблематичным. В 2016 г. Казахстан занял 106-е место по этому подфактору.

Мы проведем сравнительный анализ Казахстана по значениям подфакторов фактора «Здоровье и начальное образование» с Южной Кореей, рассмотрев только показатели здоровья. Позиции Южной Кореи в индексе глобальной конкурентоспособности представлены в таблице 5.

Т а б л и ц а 5

Позиции Казахстана и Южной Кореи в ГИК по фактору «Здоровье и начальное образование»

Показатели	Южная Корея	Казахстан
ГИК по фактору «Здоровье и начальное образование»	29	94
Влияние малярии на ведение бизнеса	22	n/d
Случаи малярии на 100 тыс. населения	16	n/d
Влияние туберкулеза на ведение бизнеса	86	106
Случаи туберкулеза на 100 тыс. населения	89	92
Влияние ВИЧ/СПИДа на ведение бизнеса	80	81
Распространенность ВИЧ, в % к взрослому населению	1	1
Детская смертность, на 1000 родившихся живыми	13	71
Ожидаемая продолжительность жизни	10	90
Качество начального образования	37	70
Охват населения начальным образованием	54	118

Примечание. Источник: Global Competitiveness Report 2012-2016, World Economic Forum.

Согласно таблице 5 мы видим значительный разрыв в рейтинге между Южной Кореей (29-е место) и Казахстаном (94-е место) по фактору «Здоровье и начальное образование». Кроме того, Казахстан отстает от Кореи по всем подфакторам.

Например, рассмотрим такой показатель, как «ожидаемая продолжительность жизни». В Южной Корее средняя продолжительность жизни увеличилась для мужчин с 52 лет (в 1960 г.) до 78,8 года в среднем (в 2015 г.), а для женщин — с 54 лет до 85,5 года соответственно [10]. Такие результаты стали возможными благодаря компетентной национальной системе здравоохранения. Важным фактором успеха является также престиж профессии врача.

В Казахстане, например, система здравоохранения сохранила принципы распределения средств, главным образом, для поддержания сети, контроля бюджета, фиксированной заработной платы и административных методов управления. Это приводит к тому, что врачи могут скрывать истинную информацию и манипулировать статистикой. Специальность доктора остается неэффективной и непривлекательной для самого врача, который считает себя самым незащищенным звеном, когда ему приходится работать практически во всех профильных службах и вести большую отчетность. Так, например, один врач должен обслуживать 2500 человек, тогда как в странах ОЭСР среднее число человек на 1 врача составляет 1500 человек. Средняя месячная зарплата врача составляет 115 тысяч тенге (350 долларов США) [8].

Кроме того, одним из основных пунктов обеспечения высокого качества жизни в Южной Корее являются запланированные обследования врачей. Например, первый Закон о медицинском страховании, который вступил в силу в 1963 г., призвал все компании предоставлять программы медицинского страхования. В результате каждый трудоспособный гражданин юридически обязан проходить плановый медицинский осмотр один раз в год. Он включает в себя: общие тесты, колоноскопию и гастроскопию, ЭКГ, ультразвук всех органов, осмотр гинеколога, окулиста и т.д. Специалисты будут определять индекс массы тела и давать рекомендации по здоровому питанию и образу жизни. В общем все так же, как и в Казахстане. Разница заключается в следующем. Пациенты в Южной Корее строго придерживаются требований закона. Эксперты уверяют, что эти ежегодные исследования позволяют выявить многие болезни на самых ранних стадиях и успешно справиться с ними. Южная Корея занимает первое место в лечении рака, но только потому, что больных диагностируют и лечат вовремя, на ранних стадиях.

Более того, в Южной Корее пациент не может самостоятельно лечиться. Поскольку лекарства в требуемой дозировке и требуемое количество даются по назначению врача в больнице, их нельзя ку-

пить нигде. Каждый пациент получает электронную карточку со всеми диагнозами и лечением. Это позволяет быстро получить консультацию профессионалов в единой системе в любой точке страны.

Следующий момент, примечательный для этой страны, — ориентация граждан на здоровый образ жизни. Они всегда прислушиваются к мнению врачей, обладающих большой властью. Это достигается посредством массовой пропаганды среди населения регулярных профилактических осмотров через средства массовой информации и рекламы.

Анализ ГИК по фактору «Здоровье и начальное образование» показал значительный разрыв в рейтинге между Южной Кореей и Казахстаном во многих подфакторах. Тем не менее в нем указаны только те позиции, которые заняли страны, и не дается полной картины понимания дел. Для более детального анализа рассмотрим статистические показатели здоровья в Казахстане и Корее.

Как было отмечено выше, в Южной Корее средняя продолжительность жизни увеличилась для мужчин с 52 лет в 1960 г. до 78,8 года в среднем в 2015 г., а для женщин — с 54 лет до 85,5 года соответственно [10]. В Казахстане ожидаемая продолжительность жизни населения увеличилась с 67,6 года в 1991 г. до 72 лет в 2015 г.: в частности, для мужчин — с 62,6 до 67,5 года, а для женщин — с 72,4 до 76,9 года.

Несмотря на значительный разрыв между Казахстаном и Кореей по этому показателю, тем не менее, в Казахстане наблюдается тенденция к увеличению продолжительности жизни. Это связано с такими факторами, как улучшение качества жизни, образования, а также прогресс в области медицины. Исследования, проведенные в ряде европейских стран, доказали, что люди с более высоким уровнем образования склонны расходовать больший объем личных средств на медицинские нужды, что объясняется лучшей информированностью о здоровье и необходимой медицинской помощи, а также готовностью инвестировать в здоровье [11].

Рассмотрим показатели материнской и младенческой смертности. Коэффициент младенческой смертности как в Казахстане, так и в Корее имеет тенденцию к снижению. В обеих странах он сократился на 36 %. Но Южная Корея имеет значительное преимущество, поскольку детская смертность в 3,24 раза ниже, чем в Казахстане (рис. 1).

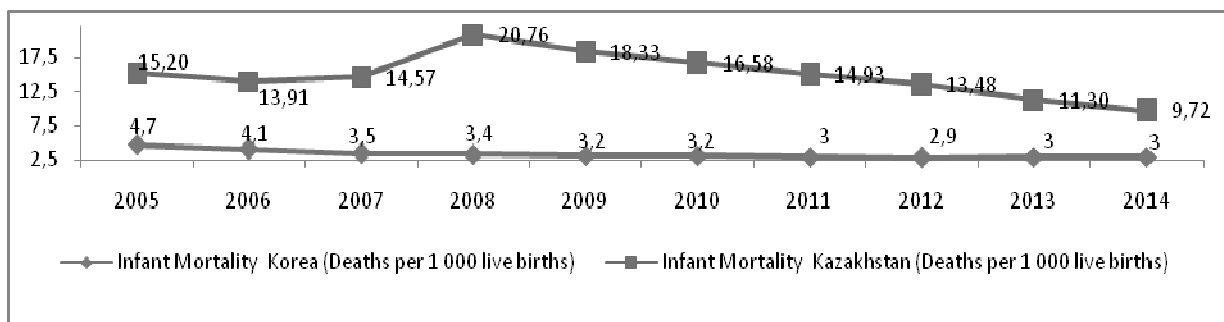


Рисунок 1. Младенческая смертность в Казахстане и Южной Корее (источник: Комитет по статистике МНЭ РК, www.stat.gov.kz. OECD Health Statistics, www.stats.oecd.org)

Коэффициенты материнской смертности в Казахстане и Корее в 2014 г. почти равны и составляют соответственно 11,7 и 11 (рис. 2).

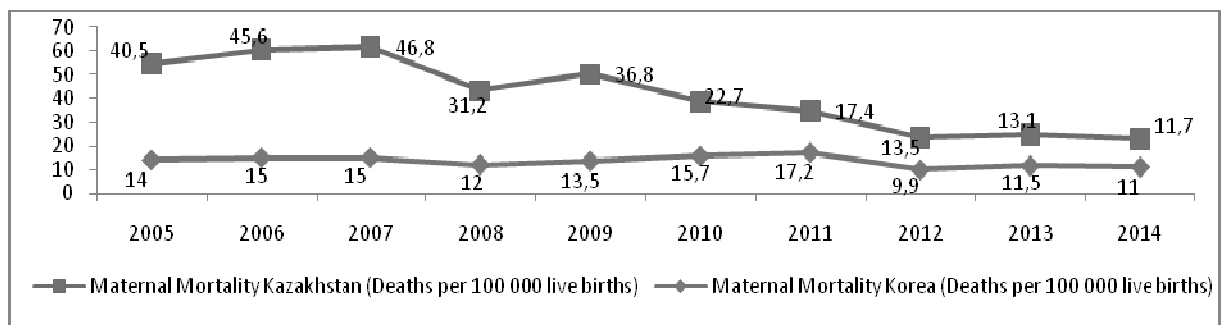


Рисунок 2. Материнская смертность в Казахстане и Южной Корее (источник: Комитет по статистике МНЭ РК, www.stat.gov.kz. OECD Health Statistics, www.stats.oecd.org)

Обычно качество медицинской помощи измеряется такими показателями, как количество консультаций, коэффициент использования различных диагностических и хирургических процедур, средняя продолжительность пребывания в больницах и развитие амбулаторной хирургии.

Так, например, ежегодное число посещений врачей в Южной Корее в 2013 г. составило 14,6 консультации на одного человека, что является самым высоким среди стран ОЭСР (см. рис. 3). В Казахстане число посещений врачей в 2013 г. составило 6,6 консультации на одного человека, что равно среднему показателю для ОЭСР. Стоит отметить, что в 2015 г. этот показатель в Казахстане сокращается и составляет 6,07 консультации на человека.

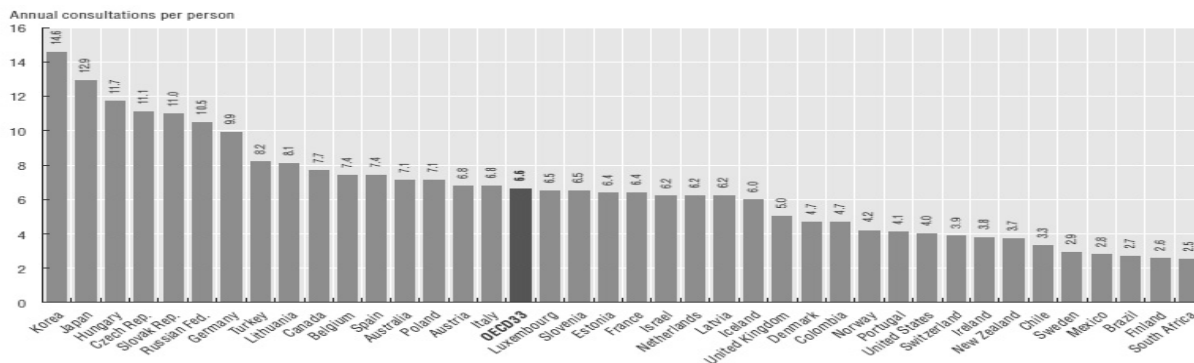


Рисунок 3. Ежегодное количество консультаций в странах ОЭСР в 2013 г. (источник: Health at a Glance 2015: Health at a Glance, OECD, 2015)

Кроме того, одним из основных показателей, характеризующих качество и доступность медицинской помощи, является количество врачей. В ряде стран медленный рост числа врачей общей практики вызывает озабоченность по поводу доступа населения к первичной медико-санитарной помощи. Например, в Казахстане количество врачей снижается, и в 2012 г. на 1000 человек приходилось 3,6 врача. В Корее этот показатель в 1,7 раза меньше и равен 2,1 врача на 1000 человек населения. Однако показатель имеет тенденцию к росту, хотя и незначительную (рис. 4).

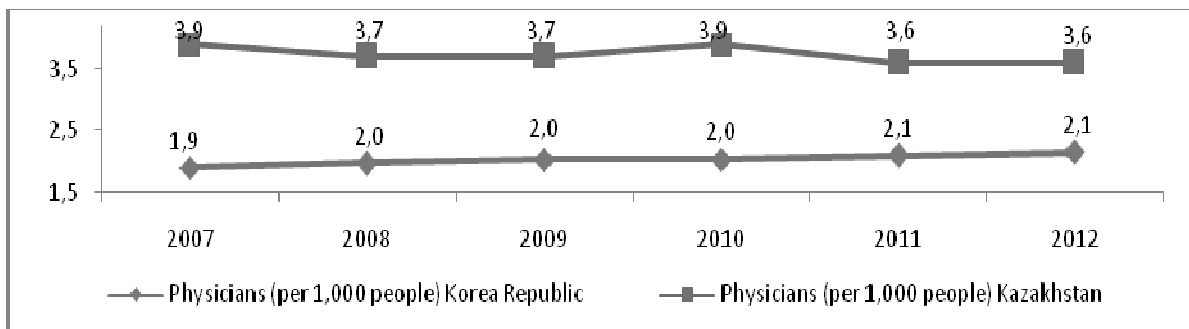


Рисунок 4. Количество врачей на 1000 населения в Казахстане и Южной Корее (источник: World Bank Data. <http://data.worldbank.org>.)

Другой важный показатель, характеризующий эффективность и устойчивость системы здравоохранения, — частные расходы на медицинские услуги. Расходы домашних хозяйств могут создавать барьеры для доступа к услугам здравоохранения. В среднем для стран ОЭСР около 20 % медицинских расходов оплачиваются непосредственно пациентами. В домохозяйствах с низким доходом вероятность того, что их медицинские и стоматологические потребности не удовлетворяются по финансовым или иным причинам, в четыре-шесть раз выше, чем у домохозяйств с высоким доходом.

Кроме того, согласно оценкам ВОЗ, та система здравоохранения считается устойчивой, в которой на частные расходы приходится не более 20 % общих расходов на здравоохранение. Высокий уровень частных расходов объясняется недостаточным государственным финансированием и невозможностью получить медицинские услуги бесплатно в рамках общественной системы здравоохранения. Вследствие чего населению приходится прибегать к личным расходам на здравоохранение, что увеличивает риск для населения, связанный с подходом к уровню бедности. Это, в свою оче-

редь, может затронуть все сферы, а также привести к ухудшению состояния здоровья и демографических показателей. Поэтому государству необходимо сократить этот показатель для достижения более устойчивого уровня развития системы здравоохранения.

Расходы на здравоохранение в Корее в 2013 г. составили 6,9 % ВВП, это все еще значительно ниже среднего показателя в 8,9 % в странах ОЭСР (рис. 5). Для сравнения: в Казахстане общие расходы на здравоохранение составили 3,6 % от ВВП в 2013 г.

Государственный сектор является основным источником финансирования здравоохранения почти во всех странах ОЭСР. Однако в Корее частный сектор играет гораздо более важную роль, и только 56 % расходов на здравоохранение в 2013 г. финансировались из государственных источников. В Казахстане частные расходы на медицинские услуги составляют 36 % от общих расходов на здравоохранение. Если мы исходим из расчета ВВП, то частные расходы составляют 1,3 % от ВВП, а государственные — 2,3 % от ВВП.

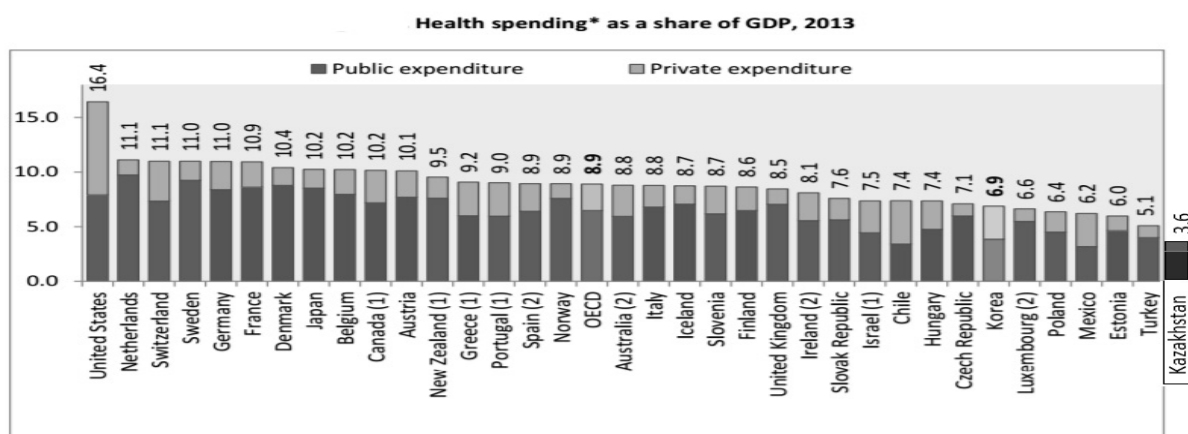


Рисунок 5. Расходы на здравоохранение (% от ВВП) в странах ОЭСР и в Казахстане в 2013 г.

Таким образом, этот сравнительный анализ между Казахстаном и Южной Кореей позволяет сделать вывод, что основной лозунг здоровья Кореи: «Плохо быть больным», но в государственном масштабе это еще и невыгодно. Менеджмент даже небольшой компании понимает, что здоровые сотрудники — это высокая производительность труда. Реализация этого лозунга, конечно, обусловлена экономическим механизмом регулирования здравоохранения в стране, таким как финансирование, предоставление независимости медицинским учреждениям в распределении прибыли, регулирование цен по видам медицинских услуг посредством государства. Все это — положительный опыт, который будет полезен для здравоохранения Казахстана.

Несомненно, Корея превосходит Казахстан по многим показателям экономического развития, включая развитие здравоохранения. Но стоит иметь в виду, что в Корее обязательное медицинское страхование со всеобщим страхованием существует уже 40 лет, а закон о медицинском страховании был принят более 50 лет назад.

В Казахстане в настоящее время внедряется обязательное социальное страхование. И правительство хочет немедленно добиться всеобщего охвата. Конечно, не исключаются риски, такие как моральный риск, как у пациента, так и у поставщиков медицинских услуг, что так распространено в моделях страхования многих стран. Существуют также риски дефицита финансовых поступлений или сокрытия истинных доходов. Но, как показывает опыт Кореи, главное — своевременно реагировать на изменения в системе, отслеживать движение финансовых поступлений и проводить регулярный мониторинг предоставляемых медицинских услуг. И в ближайшем будущем Казахстан достигнет тех же высоких показателей в здравоохранении, что и в Корее.

Список литературы

- 1 Послание Президента Республики Казахстан — Лидера нации Нурсултана Назарбаева народу Казахстана «Стратегия «Казахстан-2050»: новый политический курс состоявшегося государства». [Электронный ресурс]. — Режим доступа: <http://www.akorda.kz/kz>.
- 2 Marc Suhrcke, Martin McKee, Lorenzo Rocco. Investing in health: a key condition for the successful economic development of the countries of Eastern Europe and Central Asia // European Observatory on Health Systems and Policies, 2008.
- 3 Cho, Eun John. Possibilities and limitations of applying the experience of South Korea's economic development to Kazakhstan // Alfaraby KazNU Bulletin, 2013, Almaty.
- 4 Jong-Chan Lee. Health Care Reform in South Korea: Success or Failure? // American Journal Public Health, 93(1). — January, 2003. — P. 48–51.
- 5 Young Joo Song. The South Korean Health Care System // Japan Medical Association. — Vol. 52. — No. 3, 2009, May/June.
- 6 Закон Республики Казахстан «Об обязательном социальном медицинском страховании». [Электронный ресурс]. — Режим доступа: <http://online.zakon.kz>.
- 7 Кодекс Республики Казахстан «Об здоровье народа и системе здравоохранения». [Электронный ресурс]. — Режим доступа: <http://adilet.zan.kz>.
- 8 Комитет по статистике министерства национальной экономики Республики Казахстан. [Электронный ресурс]. — Режим доступа: <http://adilet.zan.kz>.
- 9 OECD Health Statistics. [Электронный ресурс]. — Режим доступа: www.stats.oecd.org.
- 10 Bilger M., Chaze J.-P. What Drives Individual Health Expenditure in Switzerland? // Swiss Journal of Economics and Statistics. 2008. № 144 (3).
- 11 Life Expectancy Data by Country, World Health Organization, 2015.
- 12 World Bank Data. [Электронный ресурс]. — Режим доступа: <http://data.worldbank.org>
- 13 Hee-Chung Kang. Korean Healthcare Quality Report I – Developing National Healthcare Quality Report, Korea Institute for Health and Social Affairs, 2015.
- 14 Soonman Kwon, Tae-jin Lee, Chang-yup Kim. Republic of Korea: Health System Review // Health Systems in Transition, Vol. 5 No. 4, 2015; World Health Organization, 2015 (on behalf of the Asia Pacific Observatory on Health Systems and Policies).
- 15 Sang-Hyop Lee, Andrew Manson, Kwang Eon Sul. Social Policy at a Crossroads: Trends in Advanced Countries and Implications for Korea. Korea Development Institute, 2008.
- 16 Kwang Choi. Fiscal and Public Policy in Korea. Korea Institute of Public Finance, 2004.

Р.А. Байжолова, Б.С. Омирбаева

Әлемдік бәсекеге қабілеттілік индексіне негізделген Қазақстан мен Оңтүстік Кореядағы денсаулық сақтау жүйелерін салыстырмалы талдау

Қазіргі кезде Қазақстанның денсаулық сақтау жүйесі бірқатар өзгерістерге ұшырап отыр және медициналық қызметтердің сапасы мен қолжетімділігін арттыру үшін реформаланып жатыр. Осыған байланысты 2017 жылы Қазақстанда негізгі әлеуметтік жауапкершілікке негізделген әлеуметтік сақтандыру енгізілді. Міндетті әлеуметтік сақтандыруды енгізу үшін бірқатар шет елдердің тәжірибесі зерделенді. Оңтүстік Кореяның тарихы, мәдениеті және менталитеті Қазақстанға өте жақын, ал Кореяда медициналық сақтандыру моделін қалыптастыру мен дамытуда көпжылдық тәжірибе бар. Сонымен қатар Корея көптеген нәрестелердің өлім-жітімі, ана өлімі, кеңестер саны, денсаулық сақтау шығындарының деңгейі және басқалары сияқты денсаулық сақтау саласындағы көптеген көрсеткіштер бойынша Қазақстаннан алда келеді. Бұл таңқаларлық жағдай емес, себебі Корея көптеген жылдар бойы ауруларды диагностикалау мен емдеудің жоғары технологияларын қолданады. Сондықтан Кореяның денсаулық сақтау үлгісін зерттеу Қазақстан үшін пайдалы болады, ал корейлік тәжірибені пайдалану халыққа халықаралық стандарттарға сәйкес медициналық көмек көрсетуді едәуір жақсартады. Сондай-ақ жаһандық бәсекеге қабілеттілік индексіне негізделген денсаулық сақтау саласындағы бәсекеге қабілеттілік және статистикалық көрсеткіштер жан-жақты талданды.

Кілт сөздер: денсаулық сақтау жүйесі, Корея, Қазақстан, жаһандық бәсекеге қабілеттілік индексі, денсаулық сақтау индикаторлары.

R.A. Baizholova, B.S. Omirbaevva

Comparison of Healthcare system between Kazakhstan and South Korea based on GCI

Currently, Kazakhstan's healthcare system is undergoing a number of changes and being reformed to improve the quality and accessibility of healthcare services. In this regard in 2017 in Kazakhstan, mandatory social health insurance is introduced, the main principle of which is based on solidary responsibility. For the introduction of mandatory social health insurance, the experience of a number of foreign countries was studied. The history, culture and mentality of South Korea are very close to Kazakhstan, and Korea has many years of experience in the formation and development of the health insurance model. Moreover, Korea is far ahead of Kazakhstan in many health indicators, such as infant mortality, maternal mortality, the number of consultations, the level of health care expenditure and others. And this is not surprising, because Korea has used high technologies of diagnosis and treatment of diseases for many years. Therefore, the study of the health model of Korea will be useful for Kazakhstan, and the use of Korean experience will improve the provision of medical assistance to the population in accordance with international standards. The article also analyzes healthcare competitiveness indicators based on the Global Competitiveness Index, as well as analysis of statistical indicators.

Keywords: healthcare system, Korea, Kazakhstan, global competitiveness index, healthcare indicators.

References

- 1 Poslanie Prezidenta Respubliki Kazakhstan — Lidera natsii Nursultana Nazarbayeva narodu Kazakhstana «Stratehiia «Kazakhstan-2050»: novyi politicheskii kurs sostoiavshehosia hosudarstva» [Message of the President of the Republic of Kazakhstan - the Leader of the Nation N.Nazarbayev to the People of Kazakhstan «Strategy «Kazakhstan-2050»: A New Political Course held of the State]. *akorda.kz/kz*. Retrieved from <http://www.akorda.kz/kz> [in Russian].
- 2 Marc Suhreke, Martin McKee, Lorenzo Rocco. (2008). Investing in health: a key condition for the successful economic development of the countries of Eastern Europe and Central Asia. *European Observatory on Health Systems and Policies*.
- 3 Cho, Eun John. (2013). Possibilities and limitations of applying the experience of South Korea's economic development to Kazakhstan. *Alfaraby KazNU Bulletin*. Almaty.
- 4 Jong-Chan Lee. (2003). Health Care Reform in South Korea: Success or Failure? *American Journal Public Health*, 93(1), January, pp. 48-51.
- 5 Young Joo Song. (2009). The South Korean Health Care System». *Japan Medical Association*, Vol. 52, No. 3, May/June.
- 6 Zakon Respubliki Kazakhstan «Ob obiazatelnom sotsialnom meditsinskom strakhovanii» [The Law of the Republic of Kazakhstan on Mandatory Social Health Insurance]. *online.zakon.kz*. Retrieved from <http://online.zakon.kz> [in Russian].
- 7 Kodeks Respubliki Kazakhstan «O zdorove naroda i sisteme zdavookhraneniia» [Codex of the Republic of Kazakhstan, «About People's Health and Health Care System»]. *adilet.zan.kz*. Retrieved from <http://adilet.zan.kz> [in Russian].
- 8 Komitet po Statistike Ministerstva Natsionalnoi Ekonomiki Respubliki Kazakhstan [Committee on Statistics of the Ministry of National Economy of the Republic of Kazakhstan]. *adilet.zan.kz*. Retrieved from <http://adilet.zan.kz> [in Russian].
- 9 *OECD Health Statistics*. *stats.oecd.org*. Retrieved from www.stats.oecd.org.
- 10 *Life Expectancy Data by Country*, World Health Organization, 2015.
- 11 Bilger M., Chaze J.-P. What Drives Individual Health Expenditure in Switzerland? // *Swiss Journal of Economics and Statistics*. 2008. № 144 (3).
- 12 World Bank Data. *data.worldbank.org*. Retrieved from <http://data.worldbank.org>.
- 13 Hee-Chung Kang. (2015). *Korean Healthcare Quality Report I – Developing National Healthcare Quality Report*, Korea Institute for Health and Social Affairs,
- 14 Soonman Kwon, Tae-jin Lee, Chang-yup Kim. Republic of Korea. Health System Review». *Health Systems in Transition*, Vol. 5, No. 4, 2015; World Health Organization, 2015 (on behalf of the Asia Pacific Observatory on Health Systems and Policies)
- 15 Sang-Hyop Lee, Andrew Manson, Kwang Eon Sul. (2008). *Social Policy at a Crossroads: Trends in Advanced Countries and Implications for Korea*, Korea Development Institute.
- 16 Kwang Choi. (2004). Fiscal and Public Policy in Korea, Korea Institute of Public Finance.