

6. Тарасов Е.Ф. Язык и культура: методологические проблемы// Язык-культура-этнос.- М; Наука, 1994

ТҮЙІН

Мақалада осы тілде сөйлеттін тұлғаны үйретудегі мәтіннің әлеуметтік мәдениерекшеліктері сөз болады.

SUMMARY

The article is focusing on the authentic text peculiarities as a maker survey of social-culture information.

Н.У. КАДРАЛИНА

кандидат экономических наук

Н.У. ХАСЕНОВА

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ СИСТЕМ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН И СТРАН С РАЗВИТОЙ ЭКОНОМИКОЙ

Актобинский университет «Дуние», г.Актобе

Актюбинский гуманитарно-технический колледж, г.Актобе

В начале октября 2009 года в Докладе о человеческом развитии ПРООН был опубликован список стран мира, ранжированных по критерию качества жизни. Всего список включает 182 страны мира. Однако при составлении списка использовались данные, собранные в 2007 году, то есть до начала глобального экономического кризиса. Как заявил представитель программы ООН по развитию, составившей рейтинг, он демонстрирует глубокие различия в уровне развития между богатыми и бедными странами. В тройку самых благоприятных для жизни стран входят, помимо Норвегии, также Австралия и Исландия. Казахстан оказался на 73-м месте.

Для всех нас не секрет, что одним из критериев оценки качества жизни является уровень развития системы здравоохранения, а также качество и доступность медицинских услуг. Попробуем же рассмотреть системы здравоохранения ведущих стран мира и нашей Родины, Республики Казахстан.

В Норвегии существует три уровня здравоохранения: муниципальный, областной и государственный. К муниципальному уровню относятся все разделы оказания первичной медицинской помощи врачом общей практики. К данному уровню относятся медицинский центр, дом для долечивания пациентов, и дом для пожилых людей, нуждающихся в уходе. В медицинском центре работают 1-2 врача общей практики, физиотерапевт, эрготерапевт, медсестры и акушерки. При первичном обращении пациент консультируется врачом общей практики. Здесь осуществляется наблюдение за больными и проходит период долечивания пациентов физиотерапевтом. В медицинском центре также проводится наблюдение за детьми, беременными, вакцинации. При необходимости пациент направляется в областное медицинское учреждение.

На областном уровне оказывается госпитальная и консультативная помощь. В поликлинических отделениях проводятся консультации специалистов для пациентов с направлениями от врача общей практики, и оказывается специализированная госпитальная помощь в больницах.

На государственном же уровне оказывается высокоспециализированная помощь, - лечение редких заболеваний, трансплантация органов и другое.

Здравоохранение в Норвегии финансируется государством. Правительство оплачивает большую часть стоимости медицинских услуг, примерно 95%. Пациенты платят небольшую сумму, примерно 5%. При беременности и родах помощь оказывается бесплатно...

Стандарт оказания медицинских услуг и медицинский сервис очень высоки. Служба здравоохранения на севере страны оказывает высококвалифицированную и специализированную медицинскую помощь

трем областям, - Норланд, Тромс и Финнмарк. Это самый большой по территории регион оказания медицинских услуг в стране с населением менее 500 тыс. человек. Основная проблема северных территорий - это те усилия, которые требуются человеку для того, чтобы чисто физически добраться до врача и больницы. Чтобы обеспечить «дистанционную» консультацию на месте, и была придумана телемедицина, тем более что она совершенно реальна в небольшой Норвегии. Ныне телемедицина развивается в соответствии с государственными и региональными планами. В середине 80-х годов норвежская компания Теленор создала сеть студий для проведения сеансов в медицинских целях. В 1986 г. начали проводиться первые сеансы дистанционного обучения и телеконференции между отдельными больницами. Проект оказался удачным настолько, что в 1996 г. Норвегия стала первой в мире страной, официально включившей тарифы на телемедицину в бюджет здравоохранения. В настоящее время правительство разрабатывает законодательные нормы использования телемедицины. Телемедицина развивается по многим направлениям: радиология, общая патология, дерматология, лабораторная диагностика, психиатрия, гастроэнтерология, кардиология и другие. Координирует работу в данной области Национальный центр телемедицины /НЦТ/. С 2001 г. каждый житель страны получил предложение иметь постоянного врача, т.н. фастлеге. Пациент имеет право выбора лечащего врача, менять врача можно 2 раза в год. Пациент, естественно, не привязан к врачу по месту жительства. Фастлеге выписывает больничный в случае болезни, направляет на различные обследования к специалистам. На каждого пациента заводится электронный журнал, где сохраняются результаты всех обследований и анализов. Вся информация о пациенте хранится строго конфиденциально.

Норвежская система построена также на разделении ответственности между местными властями и центральным правительством. Стационарная помощь оплачивается из бюджета страны. Амбулаторно - поликлиническая помощь оказывается семейными врачами, к которым приписано все

население Норвегии. За амбулаторную помощь отвечают муниципалитеты /их около 435/, которые получают средства от центрального правительства. Распределение средств производится на основании ряда важнейших демографических показателей.

Норвегия - страна, имеющая любопытную структуру, присутствие которой говорит о соответствующем уровне цивилизованности охраны здоровья. Речь идет об инспекции здравоохранения Норвегии, которая является национальным правительственным агентством, находящимся в административном подчинении министерства здравоохранения и социального обеспечения. Этот надзор осуществляется за всеми предписанными законом услугами, независимо от того, представлены ли они государственными лечебными учреждениями, муниципальными учреждениями, частными компаниями или медицинскими работниками, у которых есть собственная врачебная практика. Органы надзора не зависят от политической конъюнктуры, и имеют значительную степень свободы, а основной метод действия их - отраслевой мониторинг. Занимаются они также рассмотрением любых недочетов, несоответствия установленным критериям, и жалоб физических лиц.

Область здравоохранения Австралии представляет собой «микс» мирового опыта и культур. Общие расходы на здравоохранение в стране составляют 8,5% валового внутреннего продукта. Средства на здравоохранение поступают в первую очередь за счет обязательной универсальной системы государственного страхования, а также систем частного страхования.

Австралийское здравоохранение имеет под собой государственную и частную основу. Все врачи, скорая помощь, частные и государственные больницы, аптеки и т.д. работают через систему социального и медицинского страхования.

Надо отметить, что государство, федеральное, местное правительство и администрация постоянно финансирует государственный сектор медицины и

контролирует частную врачебную практику как в плане качества и стандартов, так и цен на услуги через местные здравоохранительные департаменты и комиссии. В Австралии существует официальный список расценок на каждый вид лечения, утвержденный правительством, хотя врачи могут лечить и по более высоким расценкам.

Государственное медицинское страхование, которое называется Медикэр, получило статус Государственного в 1984 г. и было принято для того, чтобы система здравоохранения была доступна для всех австралийцев, чтобы дать гражданам возможность доступа ко всем областям медицины, необходимых для здоровья и предоставить высококвалифицированное лечение. Это относится и к специализированной - стоматологической - помощи.

Граждане имеют право бесплатно лечиться в государственных больницах и в некоторых (субсидируемых) частных клиниках, а также получать неотложную помощь у окулистов и дантистов. Медикэр гарантирует плату за врачебную консультацию, включая узких специалистов, тесты, диагностические обследования и анализы, а также основное хирургическое и терапевтическое лечение и услуги стоматолога. Если пациент лечится вне больницы, - у частного врача, то Медикэр возвращает ему 85% расходов, оставшиеся 15% плюс разницу оплачивает больной. В стране более 40 страховых компаний. Причем государство поддерживает систему страхования. Так, гражданам, достигшим 30-летнего рубежа, государственная система здравоохранения настойчиво рекомендует заключить страховку в частной компании. Устроено так, что человек должен платить тем дороже, чем он старше. Австралия - одна из самых «пожилых» наций, это результат правительственной заботы и мирового опыта, внедренного в систему здравоохранения.

Те, кто имеет право на карточку льготного медицинского обслуживания, получают бесплатные услуги скорой помощи и другое медицинское обслуживание по сниженным ценам. Медицинское обслуживание в

Австралии очень дорогое, если платить за лечение из своего кармана, можно очень быстро разориться. Медицинская страховая компания обычно компенсирует от 80% до 100% стоимости лечения. Виды услуг страхования зависят от типа медицинской страховки. Выплата страховки осуществляется еженедельно или ежемесячно. В Австралии существует официальный список расценок на каждый вид лечения, утвержденный правительством.

Первичная медицинская помощь представлена так называемым «общим» врачом, или по-нашему, терапевтом и педиатром. Этот врач лечит «общие» болезни, не грозящие жизни человека, именно этот врач направляет больного к специалистам разного профиля, а те назначают лечение. Каждый человек может выбрать любого «общего» врача независимо от места проживания. Общие врачи работают в поликлиниках, которые бывают как частные, так и государственные.

Во время госпитализации в государственных больницах Медикэр покрывает весь существующий перечень услуг и лечение после выписки из больницы. Если человек попросил госпитализации в частной больнице, то Медикэр покроет, как уже говорилось, только 75 % цены от списка утвержденных цен. Частным медицинским страхованием охвачены примерно 32 % австралийцев. Есть тенденция к уменьшению этой цифры.

Несколько лет назад в Австралии действовали 705 государственных больниц неотложной помощи, 48 государственных психиатрических больниц, 323 частных клиники неотложной помощи в психиатрии, 203 государственных лечебницы и 124 государственных профилактория. Есть в стране еще и так называемые государственные медицинские центры АСТ. В них работают медицинские сестры и врачи-педиатры. Центры эти предоставляют следующие услуги: прием детей и проведение программ иммунизации, стоматологическая и ортопедическая помощь, физиотерапия, медицинское обслуживание пожилых людей. Кроме того, центры оказывают разнообразную консультативную помощь. Многие из этих услуг бесплатны.

В Исландии большое внимание уделяется здравоохранению. Показателями заботы государства о здоровье населения служат большая продолжительность жизни (76 лет для мужчин и 81 год для женщин в начале 1997) и очень низкая детская смертность (ок. 5,3 на 1000 новорожденных). Страна разделена на 50 медицинских округов. Функционируют 25 больниц, которые оказывают медицинскую помощь, включая оперативную, на самом высоком уровне. Некогда подлинным бичом в Исландии был туберкулез, в настоящее время он практически искоренен. Имеются два санатория и один великолепно оборудованный реабилитационный центр, которые раньше предназначались для больных туберкулезом, а затем были перепрофилированы. В Рейкьявике имеется психиатрическая клиника. По оценке ведущей инициативной группы по изучению качества медицинского обслуживания Health Consumer Powerhouse, Исландия занимает третье место среди европейских стран по качеству системы здравоохранения. Опережают ее только Голландия и Дания.

Согласно Закону Республики Казахстан от 4 июня 2003 года № 430-III «О системе здравоохранения» система здравоохранения в Республике Казахстан состоит из государственного и негосударственного секторов здравоохранения. Государственный сектор здравоохранения состоит из государственных органов в области здравоохранения, организаций здравоохранения, научных организаций и организаций образования в области здравоохранения, основанных на праве государственной собственности.

Негосударственный сектор здравоохранения состоит из организаций здравоохранения, научных организаций, организаций образования в области здравоохранения, основанных на праве частной собственности, а также физических лиц, занимающихся частной медицинской практикой.

Финансирование организаций здравоохранения осуществляется в следующем порядке. Финансирование организаций здравоохранения осуществляется в следующем порядке.

Финансовое обеспечение государственных организаций здравоохранения осуществляется за счет:

- средств государственного бюджета;
- средств медицинского страхования;
- средств, полученных за оказание медицинских услуг на платной основе;
- иных источников, не противоречащих законодательству Республики Казахстан.

Финансовое обеспечение негосударственных организаций здравоохранения осуществляется за счет:

- средств государственного бюджета за оказание гарантированного объема бесплатной медицинской помощи;
- средств медицинского страхования;
- средств, полученных за оказание медицинских услуг на платной основе;
- иных источников, не противоречащих законодательству Республики Казахстан.

Расходы консолидированного государственного бюджета на здравоохранение с 2001 по 2007 гг. в % к ВВП

За период 2005-2007 гг. произошел рост расходов государственного бюджета на здравоохранение по сравнению с 2004 годом на 67,7%. Финансирование затрат на оказание гарантированного объема бесплатной медицинской помощи осуществляется в соответствии с законодательством Республики Казахстан. Вместе с тем система здравоохранения Республики Казахстан в значительной мере нуждается в дальнейшей структурной реформе и совершенствовании системы финансирования. Актуальные проблемы сегодняшнего дня включают следующие вопросы:

- бюджетная модель финансирования здравоохранения в силу недостаточности выделяемых денежных средств не покрывает потребности населения в гарантированном объеме бесплатной медицинской помощи, определенном законодательством республики;

- снизилась доступность медицинской помощи для большинства населения и качество предоставляемых услуг;
- присутствует замещение бесплатной медицинской помощи платными услугами из-за отсутствия четкого разграничения между гарантированным объемом и медицинскими услугами, оказываемыми гражданам на платной основе;
- не разделены "покупатель" медицинских услуг (кто оплачивает) и "поставщик" медицинских услуг (медицинские организации);
- невозможность получения гражданами бесплатной медицинской помощи вне места постоянного проживания;
- отсутствует единая тарифная политика за предоставляемые медицинские услуги.

В этой связи, в целях построения оптимальной организационной структуры и модели финансового обеспечения здравоохранения, гарантирующей доступность и качество медицинского обслуживания, предлагаются три уровня финансирования:

- первый уровень - гарантированный объем бесплатной медицинской помощи, финансируемый из государственного бюджета;
- второй уровень - обязательное медицинское страхование;
- третий уровень - добровольное медицинское страхование услуг, не предусмотренных в гарантированном объеме бесплатной медицинской помощи и программе обязательного медицинского страхования, а также платные услуги.

Государственная программа реформирования и развития здравоохранения Республики Казахстан на 2005-2010 годы определила задачи разделения ответственности за охрану здоровья между государством и человеком; переход на международные принципы организации оказания медицинской помощи с переносом центра тяжести на первичную медико-санитарную помощь (далее - ПМСП); создание новой модели управления здравоохранением и единой информационной системы отрасли; укрепление

здоровья матери и ребенка, улучшение медико-демографической ситуации; ежегодное снижение уровня социально значимых заболеваний; реформирование медицинского образования.

80 % медицинских учреждений Казахстана находятся в государственной собственности. Именно поэтому государство играет важную роль в вопросах медицины. Доля частной медицины больше в отдельных секторах (например, 70 % стоматологических клиник — частные), однако, в общем, здравоохранение подконтрольно республиканским и муниципальным государственным органам.

Проект создания Единой национальной системы здравоохранения Республики Казахстан разработан в соответствии с поручениями Главы государства, данными в мае и ноябре 2008 года. Создание Единой национальной системы здравоохранения РК предлагается выполнить в два этапа: с 1 января 2010 г по 2015 год; с 1 января 2016 г по 2020 год.

Внедрение Единой национальной системы здравоохранения будет способствовать:

- Формированию конкурентной среды оказания медицинских услуг;
- Свободному выбору пациентом врача и медицинской организации;
- Прозрачности оказываемых медицинских услуг (оплата по фактическим затратам);
- Ориентацию на конечный результат.

Министерством здравоохранения организовано 2-х этапное обучение руководителей и специалистов здравоохранения по вопросам внедрения Единой национальной системы здравоохранения в Республике Казахстан. На первом этапе – с 7 по 11 сентября текущего года обучено 38 человек. Это – преподаватели кафедр организации здравоохранения медицинских вузов и специалисты региональных Департаментов Комитета контроля в сфере оказания медицинских услуг МЗ РК, а также медицинских информационно-аналитических центров (МИАЦ).

Силами данных специалистов на втором этапе – с 21 сентября по 12 декабря текущего года планируется обучить более 5,6 тыс. руководителей и специалистов здравоохранения нашей страны. Обучение будет проводиться на базе медицинских вузов страны, а также с выездом преподавателей в регионы.

Затраты на обучение специалистов по вопросам внедрения Единой национальной системы здравоохранения в размере около 200 млн.тенге предусмотрены в рамках средств Всемирного банка. Таким образом, до 12 декабря текущего года система здравоохранения будет подготовлена к работе в новых условиях оплаты медицинских услуг.

Национальная система здравоохранения является продолжением реформирования, которое осуществляется в рамках госпрограммы развития системы здравоохранения на 2005-2010 гг. Также она является компонентом проекта долгосрочного развития системы здравоохранения до 2020 года. По мнению специалистов, преобразования решат многие проблемы в этой сфере. В частности, средства для больниц теперь будут поступать из республиканского бюджета, а не из местных, как раньше. Для этого в проект бюджета на ближайшие три года заложено 850 тысяч долларов. Кроме того, тарифы на медицинскую помощь теперь будут одинаковыми для всех граждан Казахстана. Комитет по оплате медицинских услуг будет следить, чтобы деньги пациента использовались по назначению.

Использованные источники информации:

1. www.zakon.kz
2. www.mz.gov.kz
3. mirtv.ru
4. presidentfoundation.kz
5. www.medportal.kz
6. www.astanazdorovie.kz
7. ru.wikipedia.org

ТҮЙІН

Мақалада авторлар ҚР және экономикасы дамыған мемлекеттердің денсаулық сақтау жүйесімен жағдайының жеке бағанын көрсетеді.

SUMMARY

In this article the author presents his own point of view on the system of Kazakhstan's public health and countries with highly developed economy.

Ж.Ж. КАРАБАЛИНА

СПЕЦИФИКА МАРКЕТИНГА УСЛУГ

Актюбинский университет «Дуние», г.Актобе

Наряду с рынками товаров, капиталов, рабочей силы существует и взаимодействует с ними обширнейший рынок услуг. Сфера услуг является одной из самых перспективных, быстроразвивающихся отраслей экономики. В промышленно развитых странах доля услуг в валовом внутреннем продукте превышает 70 %. При этом одновременно происходит увеличение числа занятых в сфере услуг.

Несмотря на быстрое развитие этой сферы и усиление ее роли в экономике, до сих пор не выработано общепринятое определение понятия «услуги». По определению Ф. Котлера, «услуги — это объекты продажи в виде действий, выгод или удовлетворений». Из данного определения вытекает, что услуги несохраняемы и клиенту предлагается нечто, не имеющее материальной формы.