

Рыночные механизмы и инвестиционный потенциал здравоохранения Казахстана

Алмаз Шарман, доктор медицинских наук, профессор,
Американское агентство по международному развитию



Экономическая самостоятельность и устойчивое развитие страны зависят не только от инвестиционного климата, но и от инвестиций самого государства в здравоохранение и образование. В развитых странах своевременное осознание данной истины явилось основанием для неуклонного роста ассигнований на охрану здоровья как в относительном (доли ВВП), так и абсолютном выражениях. Например, в США расходы на здравоохранение уже давно составляют более 12 процентов ВВП. По масштабам финансовых потоков и инвестиций данный сектор экономики сравним с военно-промышленным комплексом и сферой информационных технологий. Хотя бюджет здравоохранения Казахстана несравнимо меньше, чем в США, перспективы весьма впечатляющи. Как отметил Президент Нурсултан Назарбаев в своем выступлении первого сентября на совместном заседании Парламента, в 2005 году в Казахстане «расходы на здравоохранение

выросли более чем на треть по сравнению с 2004 годом, и их доля в ВВП составит 2,7 процента». Причем в ближайшие три года планируется увеличить эти затраты до четырех процентов ВВП. Значит, общий объем только государственного финансирования отрасли будет составлять более одного миллиарда долларов США. И все это без учета финансовых средств, которые циркулируют в фармацевтической отрасли и в сфере частного медицинского предпринимательства. Насколько рационально будут использованы такие колоссальные ассигнования и что в итоге получат граждане Казахстана — конечные потребители? В ближайшем будущем решение безотлагательных задач в области охраны здоровья связано с реализацией Государственной программы реформирования здравоохранения. Однако в долгосрочной перспективе необходимы принципиально новые решения, направленные на мобилизацию внутренних ресурсов и ограничение зависимости от государственного финансирования. Анализ мировых тенденций позволяет считать, что они могут быть связаны с внедрением модели рыночного здравоохранения.

Госпрограмма — прогрессивный шаг

В рамках Государственной программы реформирования здравоохранения особое внимание будет уделено обеспечению гарантированного объема медицинских услуг, главным образом для уязвимых групп населения. Важно, что госпрограмма предусматривает преимущественное финансирование первичной медицинской помощи. Программа, безусловно, является прогрессивным шагом, который позволит восстановить веру граждан в способность государства решать сложные социальные задачи. Как известно, доверие это было подорвано десятилетиями волонтаризма, безответственных экспериментов. Сегодня государство пытается не только восстановить материальную базу, но и рационализировать принципы государственного финансирования здравоохранения. И уже очень скоро такие меры позволят снять проблемы, долгие годы требовавшие экстренного решения.

Следует отметить, однако, что подход, основанный лишь на увеличении бюджетных ассигнований, является экстенсивным, а ретроспективный анализ показывает, что экстенсивные модели не всегда оказывались жизнеспособными. Это можно продемонстрировать на примере 70-х годов, когда первичная медико-санитарная помощь составляла основу доктрины здравоохранения Казахстана. Казахстанская модель ПМСП того времени была заимствована многими странами мира, включая Финляндию, Норвегию и Бразилию, однако в последующем она потеряла приоритетную значимость. Это произошло в результате лоббирования интересов специализированной медицины, которая субъективно воспринималась элитной и перспективной. Результатом явилось то, что в 80—90-е годы стало происходить истощение материально-технической базы и кадрового потенциала первичной медицинской помощи, массовое закрытие фельдшерско-акушерских пунктов. Система поглощала огромные бюджетные средства без видимого эффекта, в то время как заболеваемость и смертность среди населения продолжали расти.

Хотя сегодня первичная медицинская помощь вновь озвучена в качестве приоритета государственной стратегии здравоохранения, нет гарантии того, что в будущем не произойдет пересмотра этих подходов. В условиях децентрализации финансирования существует множество субъективных условий и правовых лазеек для того, чтобы перенаправить в иррациональное русло растущие потоки средств, выделяемых на здравоохранение. Кроме того, не секрет, что значительная сумма продолжает циркулировать в теневой сфере, а определенная часть государственных денег попросту не используется из-за недостаточной эффективности администрирования и менеджмента. Успех реформы здравоохранения на нынешнем этапе будет определяться рациональностью использования государственных ассигнований как на центральном, так и местном уровне. Важное условие — формирование кадровой структуры. Нужны менеджеры, глубоко понимающие экономические принципы и приоритеты в оказании медицинских услуг.

Нисколько не умаляя значимость нынешнего этапа реформирования, мы позволим себе заглянуть в перспективу и рассмотреть модели здравоохранения в контексте стратегии социально-экономического развития Казахстана на предстоящие десятилетия. В результате повышения конкурентоспособности экономики, а также децентрализации власти и демократизации общества ожидается повышение уровня жизни казахстанцев, формирование среднего класса и гражданского общества. Все это будет диктовать повышение качества и разнообразия медицинских услуг.

Современные модели финансирования: каковы они?

Необходимо отметить, что большинство развитых стран, включая Соединенные Штаты, серьезно обеспокоены неуклонно растущими расходами на здравоохранение и ведут поиски оптимальных моделей. Однако опыт показал, что в такой сложной и многофакторной отрасли, как здравоохранение, не существует моделей, которые удовлетворяли бы всем требованиям. Одним из требований является стабильное улучшение качества и увеличение объема медуслуг эквивалентно росту государственных ассигнований на здравоохранение. На языке экономики это звучит как задача повышения продуктивности, то есть увеличения объема продукции на затраченный доллар.

Принято считать, что данная задача решается путем совершенствования государственной службы здравоохранения или внедрения принципов медицинского страхования. Общим для этих механизмов является то, что во взаимоотношения между потребителями и поставщиками медицинских услуг вмешивается третье лицо — единый плательщик в лице государства или службы медицинского страхования. Распространенная модель единого плательщика предусматривает ключевую роль государства как в предоставлении медицинских услуг, так и

в их оплате. Декларативной основой государственного здравоохранения является обеспечение равного доступа и предоставление медицинских услуг гражданам по потребности, независимо от их платежеспособности. Данный принцип зачастую интерпретируется как бесплатная медицина, но при этом игнорируется тот факт, что государственное здравоохранение финансируется из средств налогообложения или различных социальных отчислений. Так что распространенная ностальгия по «бесплатной медицине» не имеет под собой логического основания.

Привлеченные популистской риторикой о бесплатности, ряд западноевропейских стран внедрили у себя систему государственного здравоохранения. Однако в последующем пришло осознание того, что оно ведет к бюрократизации и трудно контролируемому увеличению расходов. Поиск альтернативных моделей привел к системе медицинского страхования, предусматривающего разделение функций поставщика и плательщика медицинских услуг. Медицинское страхование, безусловно, прогрессивный механизм финансирования здравоохранения. Оно способствует мобилизации внутренних ресурсов и рационализации процесса оплаты медицинских услуг. Однако, как показал опыт Канады и других стран с национальной системой медицинского страхования, данный механизм не позволил решить проблемы адекватного доступа к критически важным медицинским услугам, современным технологиям и жизненно важным лекарствам.

Пройдя тернистый путь доминирования государственного здравоохранения, такие страны, как Германия, Швеция и Австралия, пришли к пониманию того, что наилучший путь выхода из кризиса связан с предоставлением гражданам большей ответственности в принятии решений, касающихся своего здоровья. Предоставление самим потребителям возможности платить и выбирать медицинские услуги в зависимости от типа, качества, стоимости и приемлемости в конкретной ситуации способно создать новый экономический фактор, а именно — рыночный механизм регулирования здравоохранения. Именно этот механизм мог бы способствовать значительному снижению стоимости медицинских услуг и, следовательно, увеличению эффективности системы охраны здоровья.

Рыночное здравоохранение, которое является относительно новой парадигмой, уже лежит в основе систем таких стран, как Швейцария, Сингапур и Южная Африка. В Швейцарии, где в финансировании здравоохранения доминируют рыночные механизмы, почти 70 процентов медицинских услуг оплачивается из средств индивидуальных медицинских счетов, около шести процентов услуг оплачивается работодателями, а остальные 25 процентов — государством. В течение последнего десятилетия почти все европейские страны с государственной системой здравоохранения принялись осуществлять рыночные реформы.

Начиная с 2004 года модель рыночного здравоохранения предлагается американцам в качестве альтернативы традиционным формам медицинского страхования. Президент США Джордж Буш в своем ежегодном Послании к американцам, озвученном 2 февраля 2005 года, предложил широко внедрять эту модель, основанную на индивидуальных накопительных медицинских счетах, не облагаемых налогами. Ожидается, что в ближайшие десять лет ее внедрение в США будет носить всеобъемлющий характер.

Три кита рыночного здравоохранения

Ведущими принципами рыночного здравоохранения являются свободный выбор услуг, конкурентная среда в их предоставлении и прозрачность. Свобода выбора услуг предусматривает то, что граждане (больные и потенциально больные) становятся одновременно потребителями и плательщиками на рынке медицинских услуг и страхования. Модель рыночного здравоохранения предусматривает целевое выделение государством или

работодателем фиксированных сумм денег, которые потребитель может накапливать на специальных накопительных счетах, не облагаемых налогами, и имеет возможность расходовать эти средства на оплату медицинских услуг по своему усмотрению. Помимо снижения налогового бремени, преимуществом медицинских накопительных счетов является естественное стремление экономно расходовать и накапливать средства.

Радикальный путь экономии — это стараться не болеть. В случае же болезни потребитель должен иметь выбор, позволяющий наиболее рационально тратить средства. Так же, как и, скажем, в выборе автомобиля или телевизора: если качество не соответствует запрашиваемой стоимости, потребитель просто не покупает данный продукт и обращается к другим поставщикам. В условиях реального рынка контроль стоимости происходит не за счет уменьшения объема или ассортимента обслуживания, а путем внедрения инноваций.

Свобода предоставления медицинских услуг предусматривает открытую конкуренцию между поставщиками: различными больницами, амбулаториями, частно практикующими врачами. Ключевым условием конкурентоспособности является дифференцированная система оплаты труда медработников, а экономические стимулы предпринимательства создают платформу для инновационных решений в медицине.

Преимущества рыночного здравоохранения можно наглядно продемонстрировать на сравнении канадской системы, базирующейся на жестком государственном регулировании, и японской, где доминируют принципы рыночного регулирования. В отличие от Канады, японские государственные и частные клиники завоевывают права на предоставление медицинских услуг в условиях жесткой конкуренции. При этом цены устанавливаются в зависимости от рыночной конъюнктуры. Даже при наличии медицинской страховки или государственных субсидий японцы обязаны доплачивать 20—30 процентов стоимости услуг из своих карманов. Благодаря этому пациенты в Японии вправе требовать и имеют доступ к широкому спектру альтернатив с точки зрения типа и качества медицинского обслуживания и технологической оснащенности.

Свобода предпринимательства и конкуренция в медицинской сфере являются сильнейшими стимулами для инвестиций и технологических инноваций. Например, в Японии количество компьютерных томографов на один миллион населения составляет 93, а диагностических приборов ядерно-магнитного резонанса — 36. В Канаде и Великобритании, с жестким государственным регулированием, количество компьютерных томографов составляет лишь восемь и шесть, а приборов для ядерного магнитного резонанса — лишь три и четыре на один миллион населения соответственно. При этом 63 процента от общего парка рентгенологического оборудования канадских больниц считается устаревшим, а половина всего арсенала томографического оборудования требует ремонта. В то время как расходы на здравоохранение в Канаде составляют около десяти процентов ВВП, японцам поддержание высокотехнологичной и широкодоступной системы здравоохранения обходится в менее чем восемь процентов ВВП.

Страны с государственной системой здравоохранения склонны лимитировать расходы на охрану здоровья путем ограничения объема и спектра медицинских услуг, а также технологического оснащения лечебно-профилактических учреждений. Результатом такой практики стало сокращение доступа к медпомощи. В Великобритании с населением в 60 миллионов более одного миллиона граждан в данный момент ожидают госпитализации. За последние пять лет в этой стране более полумиллиона хирургических операций было отменено из-за дефицита больничных коек и операционных помещений. В Канаде с населением в 31 миллион почти 900 тысяч ожидают оказания тех или иных медицинских услуг. При этом средняя длительность ожидания составляет 18 недель. Канадцы и британцы

часто вынуждены выезжать за помощью в соседние страны. Ежегодно из Канады «уплывает» более одного миллиарда долларов в США. То есть приграничные с Канадой территории США выступают в роли клапанов, «выпускающих пар» из перегруженной и малоэффективной канадской системы здравоохранения.

Прозрачность в рыночном здравоохранении достигается путем максимальной информированности потребителей о качестве и стоимости на рынке медицинских услуг. Аналогично тому, как фактор информированности потребителей явился причиной увеличения доли Японии на автомобильном рынке США с семи процентов в 1970-е годы до 35 процентов в 2002 году, что в свою очередь способствовало значительному улучшению качества американских автомобилей. Это можно проиллюстрировать и на следующих примерах. Спустя лишь три года после того, как руководство штата Нью-Йорк начало требовать от больниц регулярного опубликования статистики по смертности и повторной заболеваемости, стало отмечаться значительное улучшение основных показателей деятельности медучреждений данного штата. В штате Миннесота активная позиция коалиции потребителей, требовавших регулярной публикации данных об удовлетворенности граждан медицинскими услугами, привело к 20-процентному снижению обращаемости в дорогостоящие лечебные учреждения и 50-процентному росту обращаемости в менее дорогие, но достаточно квалифицированные клиники.

Информированность потребителей и осознание ими своих прав являются доминирующими условиями регулирования цен и качества медицинского обслуживания. В этом важную роль могли бы сыграть неправительственные организации, а также профессиональные ассоциации. Например, в Соединенных Штатах такую функцию выполняет Американская медицинская ассоциация, обладающая широкими полномочиями по аккредитации больниц с предоставлением им прав на проведение постдипломного обучения врачей. Аккредитованные этим неправительственным объединением клиники пользуются большим доверием как среди потребителей, так и среди инвесторов. Причем следует отметить, что, хотя этот механизм реализуется без вмешательства государства, он отвечает жестким стандартам, устанавливаемым государством и профессиональными ассоциациями.

Реализация принципов и роль государства

Как практически можно реализовать принципы рыночного здравоохранения в Казахстане? Конечно же, не путем банальной замены льгот денежными пособиями. Современные модели рыночного здравоохранения предусматривают создание индивидуальных накопительных медицинских счетов, из которых граждане имеют возможность платить за медицинские услуги. Хотя основные вклады вносит государство, широкие возможности создаются для инвестиций и накопления дивидендов. Владельцы счетов вправе манипулировать дивидендами, используя их для реинвестиций, а также для других целей, включая транзакции на банковские счета и получение наличных денег.

Важным условием жизнеспособности данного инструмента должно явиться то, чтобы как первичные вклады, так и дивиденды не облагались налогами. Начиная с 2004 года безналоговая схема предлагается рядовым американцам в рамках нового законодательства, позволяющего открывать так называемые «гибкие медицинские накопительные счета». Причем неиспользованные накопления могут переноситься на последующие годы без налогообложения и передаваться по наследству. По указанной причине накопительные медицинские счета могут оказаться привлекательными как для самих граждан, так и для работодателей, которые наряду с государством имеют возможность вносить дополнительные вклады.

Хотя накопительные медицинские счета являются весьма привлекательными в качестве финансового инструмента, их основным предназначением остается все же оплата медицинских услуг. От болезней и несчастных случаев никто не застрахован. Международный опыт показывает, что разумным является приобретение так называемого «катастрофического» медицинского страхования на случаи тяжелых заболеваний, сложных оперативных вмешательств и обширных травм. Обычно на приобретение такого рода страхования расходуется около 30 процентов медицинского фонда. Остальные средства могут расходоваться, по необходимости, на «рутинные» медицинские услуги. При этом психология достаточно проста: потребители приобретают только те медицинские услуги, в которых они нуждаются, и по той цене, которая им представляется разумной.

Целесообразным является первоочередное внедрение рыночных механизмов в крупных городах, где более высока вероятность формирования конкурентной среды. Причем начинать следует с сектора консультативно-диагностической помощи с дальнейшим вовлечением амбулаторного и больничного секторов. Важным условием является наличие достаточных финансовых средств и рынка медицинских услуг. В этом смысле национальные компании с многочисленным персоналом и большой концентрацией денежных средств могут послужить идеальной средой для рыночного здравоохранения. Вместе с тем внедрение принципов конкурентоспособности в секторе медицинского страхования может оказаться преждевременным из-за рудиментарного уровня развития данного сектора в Казахстане.

В условиях многоукладной экономики ни одна модель не может рассматриваться в качестве панацеи, способной решить все проблемы. Не исключением является и рыночное здравоохранение. Важен поиск многофакторных путей решения проблем охраны здоровья, которые отражали бы потребности и покупательные способности различных социальных слоев общества. Например, с увеличением доходов граждан (скажем, выше 25 тысяч тенге в месяц) востребованной и доступной становится разнообразная и высококвалифицированная медицинская помощь. В этом контексте внедрение принципов рыночного здравоохранения представляло бы большую актуальность.

Для граждан с ограниченными доходами разумным представляется сохранение гарантированного медицинского обслуживания с фокусом на первичную медицинскую помощь. В этом смысле государство могло бы играть ключевую роль путем субсидирования некоторых видов медицинской помощи и медицинского страхования для уязвимых групп населения. Например, в Швейцарии государство субсидирует «катастрофическое» медицинское страхование для малоимущих. Следует отметить, однако, что лишь 33 процента застрахованных в этой стране пользуются такими субсидиями. В США государство обеспечивает медицинским страхованием пенсионеров и малоимущих в рамках программ «Медикэйд» и «Медикэйр», а также финансирует медицинские учреждения, предназначенные для лечения ветеранов и малоимущих граждан.

Хотя модель рыночного здравоохранения предусматривает весьма ограниченную роль государства в непосредственном финансировании лечебно-амбулаторной помощи, компетенцией государства является регулирование монополий и поддержка в формировании конкурентной среды, а также предупреждение правонарушений и контроль качества лекарственных препаратов и пищевых продуктов. Кроме того, прерогативой государства должна оставаться санитарно-эпидемиологическая служба, борьба с социально значимыми заболеваниями, такими как туберкулез и ВИЧ/СПИД, а также проведение вертикальных программ, таких как вакцинация, интегрированное ведение болезней детского возраста, фортификация пищевых продуктов.

Особо следует отметить значимость государственной поддержки больничного сектора, который характеризуется высокими эксплуатационными расходами, зачастую непосильными для частного предпринимательства. Государственные субсидии должны предусматривать четкую сегрегацию государственных и частных финансовых потоков. Ввиду того, что стоимость эксплуатации больниц сохраняется относительно постоянной, независимо от степени их заполнения, больницы в определенном смысле напоминают гражданские самолеты из-за стремления оправдать высокие эксплуатационные расходы максимальной заполняемостью. Такая практика известна как бизнес с высокой фиксированной стоимостью.

В условиях, когда бремя эксплуатационных расходов больниц несет государство, предприниматели, допущенные к коммерческой деятельности в данной больнице без обязательств по оплате эксплуатационных расходов, находятся в исключительно выгодной ситуации по сравнению с частными клиниками. Минуя государство, эти средства зачастую идут в теневую сеть, заинтересованную в максимальном привлечении больных в стационары в противовес первичной медицинской помощи. Все это приводит к серьезному диссонансу в конкурентную среду и ведет к истощению бюджетных ресурсов. Поэтому вмешательство государства в госпитальный сектор должно происходить в условиях прозрачности, реальной конкурентной среды и четкой сегрегации источников финансирования.

Инновации — ключ к успеху

Инновационный подход связан с поиском новых путей, позволяющих предоставить потребителю продукцию такого качества и той стоимости, которая бы его удовлетворяла. При этом кто, как не рядовой потребитель, заинтересован во внедрении новых эффективных вакцин, методов диагностики болезней и способов их лечения? Конкурентоспособность и инновации — ключи к успеху в любом секторе экономики и социальной жизни. Развитие рыночного здравоохранения сопряжено с инновациями в области биомедицинских и информационных технологий, что можно проиллюстрировать на следующих примерах.

Как уже говорилось, информированность потребителей является доминирующим фактором рыночного регулирования в здравоохранении. Однако в рыночном понимании адекватная оценка качества и стоимости медицинских услуг является нелегкой задачей не только для потребителей, но и самих медработников. В этом смысле большую роль могла бы сыграть инициатива по созданию единой информационной системы здравоохранения Казахстана. Это инновационный подход, который позволит предоставлять доступ к объективной информации не только для администраторов, но также для поставщиков и потребителей медицинских услуг.

При всей важности конкурентной среды как условия рыночного здравоохранения весьма затруднительно ее формирование в городах с малочисленным населением, а также в сельских регионах. В таких местах содержание более одной-двух клиник с адекватной материальной базой и подготовленным штатом специалистов является малопрактичным. Однако преодоление подобной асимметрии — дело отнюдь не безнадежное. В настоящее время в Казахстане делаются реальные шаги по сокращению разрыва в доступе горожан и селян к квалифицированной медицинской помощи благодаря телемедицине, дающей возможность жителям глубинки получить медицинские консультации лучших врачей. Внедрение телемедицины и ее последующая коммерциализация позволят распространить конкурентную среду рыночного здравоохранения на удаленные и малонаселенные регионы Казахстана.

Инвестиции в здоровье

Распространение рыночных механизмов повлечет за собой реструктуризацию всей сферы оказания медицинских услуг с вовлечением рынка амбулаторной и больничной помощи,

инструментальной диагностики и терапии, лабораторных услуг и лекарственного обеспечения. Это создаст основу для динамичного развития всего сектора медицинских услуг, который впоследствии может оказаться достаточно привлекательным объектом для инвестиций. К тому имеется ряд объективных предпосылок. Наиболее важной из них является высокая концентрация традиционных инвестиций в нефтегазовой отрасли и сфере телекоммуникаций. Такая перенасыщенность ведет к необходимости поиска крупных и динамично развивающихся объектов для капиталовложений. Этим объектом может стать сфера оказания медицинских услуг, имеющая огромный потенциал развития с точки зрения стабильно растущих государственных ассигнований и развивающейся частной медицины.

Инвестиции в здравоохранение Казахстана могут реализовываться путем создания частных вертикально интегрированных структур, объединяющих в себе функции медицинского страхования и предоставления медицинских услуг. Прототипом данной схемы может явиться американский медицинский консорциум «Kaiser Permanente», характеризующийся миллиардными оборотами, высоким уровнем рентабельности и низкими сроками окупаемости проектов. Данная модель отличается большим охватом потребителей и широким ассортиментом услуг. Внедрение таких инвестиционных моделей в крупных городах Казахстана позволит достаточно быстро обеспечить возврат инвестиций и получать существенный прирост капитала. Следует отметить, что в результате внедрения Госпрограммы реформирования здравоохранения ожидается восстановление и расширение инфраструктуры государственных медицинских объектов. Их эксплуатация без крупных капиталовложений в строительство позволит значительно снизить риски инвесторов.

Важно отметить, что рынок медицинских услуг является относительно независимым от колебаний цен на энергоносители и от общих экономических тенденций. Следовательно, можно ожидать, что частная инвестиционная деятельность в сфере здравоохранения будет характеризоваться устойчивостью и динамичным ростом. Ее результатом может стать мобилизация внутренних ресурсов, прозрачность и повышение качества медицинских услуг, а также постепенное снижение бремени бюджетных расходов на здравоохранение. Вместе с тем государство могло бы сыграть ключевую роль в данном процессе путем стимулирования инвестиций в сферу здравоохранения за счет предоставления льгот по налогообложению и других преимуществ.

Определенный интерес может представлять идея консолидации медицинских счетов с пенсионными фондами и фондами социального страхования, которая позволила бы не только снизить административные расходы, но и открыть новые инвестиционные перспективы для указанных фондов, часть средств которых можно было бы перепрофилировать в альтернативную накопительную систему — медицинские счета, способствуя их дальнейшей капитализации. Также возможно использование накоплений медицинских счетов для решения жилищных, образовательных и других задач социального направления. Например, трансформирование дивидендов медицинских счетов для решения жилищных и образовательных задач может оказаться актуальным для молодой и относительно здоровой части населения, у которой затраты на медицинские услуги минимальны, но имеется большая потребность в приобретении жилья, получении образования и страховании жизни.

Без идеализации, но с оптимизмом

Было бы некорректным идеализировать механизмы рыночного здравоохранения. В отрасли, которая традиционно отличается консервативностью, существует множество обстоятельств, которые создают серьезные трудности в реализации инновационных идей. Они могут быть связаны с административными барьерами, ригидностью общественного сознания, инертностью, а также с коррупцией и отсутствием прозрачности.

Оптимистично же смотреть на перспективы рыночного здравоохранения в Казахстане позволяют примеры из смежных с медициной областей. Одним из них является приватизация аптек, начавшаяся в стране более десятилетия назад. Ранее этот процесс многим представлялся немыслимым, и до сих пор ведутся дебаты о целесообразности восстановления государственного контроля. Положительные результаты коммерциализации фармацевтической сферы проявляются не только в огромном разнообразии лекарственных препаратов, но и в том, что лекарства в Казахстане продаются по ценам, гораздо более доступным, чем для граждан, скажем, соседнего Узбекистана, где господствует государственное регулирование деятельности аптек. Аналогичным образом формирование сети частных стоматологических кабинетов в Казахстане способствовало улучшению качества и разнообразия стоматологической помощи.

Очевидным контраргументом является то, что по сравнению с фармацией и стоматологической помощью оказание медицинских услуг — процесс гораздо более сложный и непредсказуемый. Хотя платные медицинские услуги уже многие годы официально и неофициально практикуются в Казахстане, данное явление, тем не менее, не привело к формированию упорядоченной системы с элементами рыночного здравоохранения. Объясняется это тем, что в условиях доминирования государственного здравоохранения медицинские услуги продолжают восприниматься большинством людей как бесплатные. В такой атмосфере пользователи медицинских услуг не имеют понятия об их реальной стоимости, в то время как плательщики — государство и страховые службы/компании — неадекватно осведомлены о том, как пользователи воспринимают качество предоставляемых услуг. В этих условиях цена имеет тенденцию к росту. Одним из следствий такого восприятия является предоставление «услуг», в которых нет необходимости. И неудивительно, что бюджетные средства, направляемые на здравоохранение, продолжают уходить как вода в песок.

Результатом разумного и поэтапного внедрения рыночного здравоохранения может стать не только уменьшение стоимости индивидуальных медицинских услуг, но и снижение бремени общенациональных расходов на здравоохранение. Рыночное здравоохранение предусматривает индивидуальную ответственность граждан за свое здоровье и финансовое будущее. Оно создает условия для частных инвестиций, но государство при этом может выполнять важную координирующую функцию. Это, безусловно, потребует серьезного переосмысления подходов по формированию рыночной психологии и конкурентной среды в здравоохранении. Если в экономике решение указанных задач ведет к сырьевой независимости и устойчивому развитию страны, то рыночное здравоохранение способствует мобилизации внутренних ресурсов на решение фундаментальной задачи — улучшения здоровья нации.