

Л.Н.ГУМИЛЕВ ат. ЕУАЗИЯ ҰЛТТЫҚ УНИВЕРСИТЕТИ
ЕВРАЗИЙСКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ УНИВЕРСИТЕТ имени Л.Н.ГУМИЛЕВА
L.N. GUMILYOV EURASIAN NATIONAL UNIVERSITY
Л.Н. ГУМИЛЕВ ат. ЕҰУ ЖАНЫНДАҒЫ ЗАМАНАУИ ЗЕРТТЕУЛЕР ИНСТИТУТЫ
ИНСТИТУТ СОВРЕМЕННЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ ЕНУ имени Л.Н.ГУМИЛЕВА
IMS OF LN GUMILYOV ENU
ЭКОНОМИКАЛЫҚ ЗЕРТТЕУЛЕР ИНСТИТУТЫ
ИНСТИТУТ ЭКОНОМИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ
ECONOMIC RESEARCH INSTITUTE
«ҚАРЖЫЛЫҚ БҰЗУШЫЛЫҚТАРДЫ ЗЕРТТЕУ ЖӨНІНДЕГІ ОРТАЛЫҚ» РМҚ
РГП «ЦЕНТР ПО ИССЛЕДОВАНИЮ ФИНАНСОВЫХ НАРУШЕНИЙ»
RSE «CENTRE FOR FINANCIAL VIOLATIONS RESEARCH»



**«ӘЛЕМДІК ЭКОНОМИКАНЫҢ ТУРБУЛЕНТТІЛІК РЕЖИМГЕ КІРУ
ЖАҒДАЙЫНДА ЕЛДІҢ СЫРТҚЫ ЭКОНОМИКАЛЫҚ ҚЫЗМЕТІ»**

Халықаралық ғылыми- тәжірибелік конференциясының

ЕҢБЕКТЕРІ

ТРУДЫ

Международной научно-практической конференции

**«ВНЕШНЕЭКОНОМИЧЕСКАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ СТРАНЫ
В УСЛОВИЯХ ВСТУПЛЕНИЯ МИРОВОЙ ЭКОНОМИКИ
В РЕЖИМ ТУРБУЛЕНТНОСТИ»**

Works of the international scientific- practical conference

**«FOREIGN ECONOMIC ACTIVITY OF THE COUNTRY IN CONDITIONS
OF ENTRY OF THE WORLD ECONOMY TO THE MODE
OF TURBULENCE»**

2 часть

2015

Астана

УДК 339.9(063)
ББК 65.5
Ә 52

Редакция алқасы

МАДИЯРОВА Д.М. – төрағасы, э.ғ.д., профессор
РАХМЕТУЛИНА Ж.Б. – төраға орынбасары, э.ғ.к., профессор, Л.Н.Гумилев атындағы ЕҰУ «Экономика» кафедрасының меңгерушісі
АХМЕТЖАНОВА С.Б. - э.ғ.д., профессор, Ғылыми экономикалық сараптама орталығының директоры, Экономикалық зерттеулер институты
АЗАТБЕК Т.А. – э.ғ.д., профессор
ЕГЕМБЕРДИЕВА С.М. – э.ғ.д., профессор
РАИМБЕКОВ Ж.С. – э.ғ.д., профессор
ШАЛБОЛОВА У.Ж. – э.ғ.д., профессор
КӘРІБАЕВ Ә.А. - э.ғ.к., Қолданбалы ғылыми зерттеулер бөлімінің меңгерушісі, Республикалық бюджеттің атқарылуын бақылау жөніндегі есеп комитетінің «Қаржылық бұзушылықтарды зерттеу жөніндегі орталық»
СЫДЫҚНАЗАРОВ М.Қ. - ф.ғ.к., саясаттану PhD докторы, Л.Н. Гумилев атындағы ЕҰУ жанындағы Заманауи зерттеулер институтының директоры
ТЛЕСОВА Э.Б. - э.ғ.к., доцент

Ә 52 «Әлемдік экономиканың турбуленттілік режимге кіру жағдайында елдің сыртқы экономикалық қызметі» халықаралық ғылыми- тәжірибелік конференциясының еңбектері. - Астана: Л.Н.Гумилев атындағы Еуразия ұлттық университеті, 2015.-577б.

Труды международной научно-практической конференции «Внешнеэкономическая деятельность страны в условиях вступления мировой экономики в режим турбулентности».- Астана: Евразийский национальный университет им.Л.Н.Гумилева, 2015.-577с.

Works of the international scientific- practical conference «Foreign economic activity of the country in conditions of entry of the world economy to the mode of turbulence».- Astana: L.N. Gumilyov Eurasian National University, 2015.-p.577.

ISBN 978-601-301-521-7

УДК 339.9(063)
ББК 65.5

© Л.Н. Гумилев атындағы Еуразия ұлттық университеті, 2015
© Евразийский национальный университет им. Л.Н.Гумилева, 2015

ISBN 978-601-301-521-7

Еще одна альтернатива, которую можно представить – объединение валют стран Евразийского экономического союза. Вся суть заключается в том, что все страны будут иметь одну валюту и, посредством того, что экономика этих стран будет взаимосвязанной, будет идти общее ВВП не одной страны, а союза. Хороший тому пример - Европейский союз. Влияние других стран на экономику стран ЕС имеет место быть, но не так значительно, как, например на Казахстан. Объединив валюты 5 стран ЕАЭС – их экономики помимо того, что будут дополнять друг друга, так их общий уровень ВВП вырастет.

Все это шло к тому, что любое положительное изменение производства валового внутреннего продукта практически всегда ведет к усилению курса национальной валюты. Так как повышение количества произведенных товаров в теории увеличивает покупательную способность денежной единицы. Соответственно снижение ВВП - приводит к падению валютного курса [6].

В данной работе было рассмотрена история становления национальной валюты – тенге. Наряду с этим были исследованы все события, которые происходили с валютой Казахстана. Был сделан комплексный мониторинг отношения доллара к тенге, построен график и сделан анализ все событий. Также авторами была предложена своя альтернатива в решение данной проблемы с национальной валютой с учетом всех мировых событий.

Список литературы

1. <http://www.voxpopuli.kz/history/1410-kak-sozdavalsya-tenge.html>
2. http://prodengi.kz/lenta/istoriya_devalvacii_tenge_kak_eto_bylo
3. http://tengrinews.kz/kazakhstan_news/chto-proizoshlo-v-kazahstane-20-avgusta-2015-goda-279544/
4. <http://news.finance.ua/ru/news/-/356641/s-irana-snyali-sanktsii-po-nefti>
5. <http://www.ktk.kz/ru/news/video/2015/09/25/63178>
6. <http://time-forex.com/>
7. <http://365info.kz/2015/09/zachem-natsbanku-rk-nuzhny-valyutnye-interventsii/>
8. <http://rus.azattyq.org/archive/news-azattyq/20150922/360/360.html?i>

МЕДИЦИНСКОЕ СТРАХОВАНИЕ: СКВОЗЬ ПРИЗМУ МИРОВОГО ОПЫТА

А.С. Аленова

Евразийский национальный университет
имени Л.Н. Гумилева, г. Астана, Казахстан
Научный руководитель – Тлесова Э.Б.

В Республике Казахстан планируется введение обязательного медицинского страхования. Решая этот вопрос, логично было бы обратиться к опыту тех стран, где страховая медицина имеет многолетнюю историю.

В мире работают достаточно эффективные модели и системы медицинского страхования. Финансирование системы здравоохранения в стране может осуществляться из государственного бюджета или путем обязательного и добровольного медицинского страхования.

Актуальным является поручение Главы государства изучить целесообразность внедрения обязательного медицинского страхования в Республике Казахстан, данного в Послании народу Казахстана 2014 года «Казахстанский путь 2050: Единая цель, единые интересы, единое будущее». Как отметил Глава государства, солидарная ответственность государства, работодателя и работника за его здоровье это главный принцип, на котором должна основываться вся система здравоохранения [1].

В мировой практике сложились три основные системы предоставления медицинских услуг: государственная, страховая и частная. Государственная система (модель Бевериджа) основана на принципе прямого финансирования лечебно-профилактических учреждений, используя налоговые поступления в государственный бюджет. Она гарантирует бесплатную медицинскую помощь.

Данная система характерна для таких европейских государств, как Дания, Испания, Финляндия, Великобритания, Греция, Италия, Ирландия, Португалия, Швеция. В основу страховой системы (модели Бисмарка) заложен принцип участия граждан, предприятий или предпринимателей в финансировании охраны здоровья напрямую или через посредничество страховых медицинских организаций. Страховая модель характерна для таких европейских стран, как Австрия, Бельгия, Франция, Германия. Частная медицина основана на принципе предоставления платного медицинского обслуживания пациентам частнопрактикующими врачами, клиниками и больницами, находящимися в частной собственности. Частная медицина в той или иной мере присутствует в системе финансирования здравоохранения любой страны [2].

В Великобритании действует, занимая лидирующие позиции, государственная система поддержки здравоохранения и медицинского страхования. Это целое направление социальной политики государства, которое в ходе своего развития только усиливало свое влияние и контроль над деятельностью медицинских и страховых организаций. Эта система доступна для населения при относительно низких затратах на медицинскую помощь. Большая часть средств выделяется из госбюджета и централизованно перераспределяется. В то же самое время это порождает монополию на оказание медицинских и страховых услуг. У пациентов, как правило, отсутствует возможность выбора врача и лечебного учреждения, усложнен контроль за деятельностью медучреждения со стороны пациентов.

Наибольшее распространение в таких странах, как Германия, Франция, Голландия, Австрия, Бельгия, Швейцария, некоторых государствах Латинской Америки, Японии имеет система, базирующаяся на принципах солидарности. Всем участникам этой системы дается возможность контролировать использование страховых средств, а застрахованным выбирать врача, медучреждение. В данной системе есть и свои проблемы, например, как

обеспечить равный доступ и оплату медицинской помощи, оказываемой лицам из групп повышенного риска (престарелые, малоимущие, инвалиды), равномерно распределить средства среди застрахованных [3].

Страховая система финансируется из 3-х источников: 1) страховые взносы предпринимателей – отчисления от доходов; 2) заработки трудящихся – отчисления из заработной платы; 3) средства государственного бюджета [4].

Первая страховая фирма Германии, предложившая клиентам медицинский страховой полис, появилась ещё в 1848 г. В немецкой системе государство не финансирует здравоохранение (за исключением отдельных секторов), но при этом обеспечивает создание страховых фондов работодателями и работниками. Государство выполняет надзорную функцию над работой всей системы медицинского страхования, которая в Германии является децентрализованной. Функционирует примерно 1200 страховых фондов (или касс), которые созданы по профессиональному или территориальному принципу. Таким образом, государственное страхование является основой здравоохранения Германии. Все работники, а также члены их семей на территории Германии с доходом, не превышающим определённую законом сумму, обязаны иметь медицинскую страховку. Сумма годового дохода, которая превышает обязательную для государственной медицинской страховки, меняется ежегодно.

Страховой взнос по системе государственного медицинского страхования составляет 8,9% годового дохода работника. Кроме того, 7% от зарплаты работника платит работодатель. На данный момент в Германии действуют около 150 государственных страховых компаний. Законом установлено, что качество медицинских услуг не зависит от того, в какую кассу платит работник страховые взносы, т.е. 95% услуг, предоставляемых кассами, должны быть абсолютно одинаковыми. В частных страховых компаниях взносы зависят от степени риска, возраста, состояния здоровья и др. По достижении определённого возраста выплаты в государственную страховую систему снижаются, в зависимости от заработанной пенсии. В то же время государство обеспечивает страхование малоимущих и безработных.

По системе государственного медицинского страхования основные медицинские услуги предоставляются бесплатно. Однако есть исключения, например, услуги стоматолога. При этом некоторые страховые кассы предлагают дополнительные пакеты услуг, например, при регулярном посещении стоматолога касса может оплатить 90%. Если застрахованный ведёт здоровый образ жизни, не имеет вредных привычек, регулярно посещает спортзал и ни разу за год не обратился к врачу, то ему могут вернуть некоторую сумму денег. Детям (до 18 лет) все врачебные услуги и медикаменты покрываются страховкой.

В основном система медицинского страхования в США организована на добровольной основе, а расходы по оплате страховки несет каждый гражданин самостоятельно. В США действует преимущественно частная система медицинского страхования, государственное регулирование в этой системе не

предполагается, она децентрализована и обладает высоко развитой инфраструктурой страховых организаций.

Следует отметить, что в настоящее время в США проходит реформа системы здравоохранения и делаются попытки со стороны властей ввести всеобщее медицинское страхование с поддержкой государственных медицинских страховых программ. Застраховаться будут обязаны все граждане страны (сами или через работодателя, или правительство штата). В случае отказа купить страховку, гражданам грозит штраф в размере 2,5 % дохода. В то же время федеральные власти США гарантируют почти 90%-ное покрытие страховки малоимущим гражданам.

Система медицинского страхования строится на том, что каждый гражданин США имеет право приобрести страховку за свои деньги (за исключением услуг стоматолога и окулиста). Страховка стоит не малых средств, поэтому, как правило, за работника это делает его работодатель, т.е. если человек работает на полной занятости, то работодатель предоставляет ему полный «соцпакет», в который и входит определенный вид страховки.

Основное преимущество данной системы – высокое качество оказываемых медицинских услуг. Известно, что в США здравоохранение качественное и высокотехнологичное, но при этом оно дорогое и доступно не всем слоям населения в одинаковой мере. Исторически сложившийся факт – гражданин США должен сам заботиться о своем здоровье, в стране нет обязательного медицинского образования, а врачи не обязаны оказывать бесплатную помощь, за исключением экстренных случаев.

Если гражданин имеет стабильный доход, то он в состоянии приобрести страховку (или за него это может сделать работодатель).

Частные страховые планы бывают разные, это зависит в первую очередь от платежеспособности страхуемого или от выбора его работодателя. Как правило страховка покрывает какие-то определенные виды медицинских услуг, но если в случае заболевания сумма превышена, то застрахованный сам покрывает эти расходы. Обычно, 100%-но страховка покрывает профилактические посещения доктора раз в год, диагностику, связанную с этими профилактическими посещениями, иммунизацию. При этом лучшие тарифы предлагает каждая страховая компания при выборе врачей из ее сети. Большинство американцев имеют частную страховку от работодателя (58% населения), а также через программы «Медикейт» и «Медикер» (20%), а также 2% являются участниками системы добровольного медицинского страхования не по месту работы. Таким образом, около 15% населения не имеют доступа к медицинскому страхованию. В их числе малообеспеченные, безработные, бездомные, а также семьи работников предприятий, которые не имеют системы медицинского страхования. Система медицинского страхования «Медикейт» предназначена для самых бедных слоев общества и является своеобразной социальной защитой [5].

Существует отдельная государственная программа страхования здоровья детей (SCHIP, State Children's Health Insurance Program). Финансируется она из федерального бюджета и из бюджета штатов и позволяет обеспечить

страхование детей из тех семей, которые зарабатывают слишком много, чтобы присоединить их к «Медикейт», но недостаточно для покупки частной страховки. В данный вид страховки обязательно включены медосмотры детей, иммунизация, пребывание в стационаре, стоматологическая помощь, лабораторные анализы и лучевая диагностика. Дополнительные услуги определяются на уровне властей штатов.

В 2010 г. правительство США приняло Акт о доступной медицинской помощи, который существенно расширил возможности «Медикейт», а также роль государства в здравоохранении. Новая программа медстрахования, принятие которой курировал лично президент США, должна привести к снижению цен на страховые продукты. В среднем цена полиса составит менее \$400 в месяц, многие льготные категории смогут приобрести его менее чем за \$100.

Акт о доступной медицинской помощи, получивший в народе название *Obamacare*, до сих пор вызывает в США горячие дискуссии. Оппоненты реформ не перестают утверждать, что обязательная страховка и качественное здравоохранение далеко не одно и то же.

Если рассматривать японскую модель, то по данным ВОЗ Япония занимает одно из первых мест по качеству медицинских услуг. Подтверждением тому является самый высокий показатель в мире по средней продолжительности жизни (мужчины – 79 лет, женщины – 86 лет). Доказывает высокую эффективность системы здравоохранения Японии и самая низкая младенческая смертность в мире.

Система медицинского страхования в Японии предполагает покрытие пациентом услуг до 30% стоимости. Существует одна специальная система страхования по уходу и две системы страхования здоровья:

1. Страхование работников по месту работы и членов их семей.

Такая система организована в частных компаниях, общественных организациях и государственных учреждениях. Страхование наемных работников организовано по производственному (профессиональному) принципу. Государственные служащие и работники крупных предприятий страхуются посредством страховых обществ, разделенных по профессиональному признаку. Взносы платят застрахованные, работодатели и государство. Застрахованный пациент при обращении в медучреждение оплачивает от 20 до 30% стоимости лечения. Размер взноса определяется заработком, но не превышает установленной нормы.

2. Система национального страхования по месту жительства. Гарантирует медицинскую помощь мелким собственникам и членам их семей, а также инвалидам и неимущим. Страховой взнос небольшой, зависит от дохода и состава семьи и финансируется государством наполовину. Страхование организовано через местные органы власти.

3. Страхование для оплаты услуг патронажного ухода. Эта система работает с 1997 г. и связана с одной из серьезных проблем – старением населения.

Существуют специальные программы медобслуживания для таких категорий граждан, как крестьяне, рыбаки и государственные служащие. Каждый застрахованный обязан вносить определенного размера взносы в фонд медицинского страхования. Исключение составляют только безработные, которые остаются участниками страховых схем по прежнему месту работы.

Интересно, что в стране восходящего солнца действует балльная система оплаты медицинских услуг. Другими словами, посещение врача, диагностика, оперативное лечение – все имеет свой балл, причем введена единая система расценок для всех медицинских учреждений Японии. Так, стоимость хирургической операции здесь в 3–4 раза ниже, чем, например, в США.

Счета за лечение медучреждение выставляет не страховым обществам или государственным структурам, а фондам оплаты медицинских услуг, которые проверяют сумму на соответствие общим стандартам лечения. Проверка длится иногда до 2 месяцев, и только после этого счета подлежат оплате.

Медицинская страховка в Японии покрывает большую часть стоимости амбулаторных услуг, а также лечения в стационаре. Застрахованные имеют неограниченную возможность выбора медицинского учреждения, а стоимость лекарственных средств они оплачивают сами, но не по рыночной цене, а по той, которая установлена государством.

Система медицинского страхования в Японии показывает высокую эффективность, взаимосвязанность и высокие результаты, сочетая в себе модели государственного и социального страхования, основанного на частных медицинских услугах, стоимость которых регулируется правительством.

Мировой опыт медицинского страхования разнообразен, главное, что ни одну из сложившихся моделей невозможно скопировать полностью, без учета отечественных реалий [6].

Введение обязательного медицинского страхования ставит много вопросов, например, как обеспечить доступность всего населения ко медуслугам, каким будет пакет этих услуг, как сбалансировать интересы граждан и государства? Главный же вопрос – как обеспечить высокое качество медицинского обслуживания для всего населения – пока остается открытым.

Список литературы

1. Послание Президента РК Н.А. Назарбаева народу Казахстана «Казахстанский путь-2050: единая цель, единые интересы, единое будущее
2. Гришин В.В. Обязательное медицинское страхование: организация и финансирование
3. <http://grandes.kz/novosti/kazahstanskije-novosti-strahovaniya/2014-god-kaz/163-medicinskoe-strahovanie-skvoz-prizmu-mirovogo-opyta-chlen-frakcii-nur-otan-gulnara-iksanova.html>
4. <http://articlekz.com/article/11227> - О финансировании системы здравоохранения в Республике Казахстан
5. <http://siteresources.worldbank.org/>
6. <http://www.insur.kz/>