

Получена: 15 марта 2018 / Принята: 25 апреля 2018 / Опубликовано online: 28 апреля 2018

УДК 614.252.7-341.321.1

ЛУЧШИЙ ОПЫТ ГАРМОНИЗАЦИИ ОТНОШЕНИЙ МЕЖДУ ГОСУДАРСТВЕННЫМ ЗДРАВООХРАНЕНИЕМ, ПРЕДПРИНИМАТЕЛЯМИ И НАСЕЛЕНИЕМ В МИРОВОЙ ПРАКТИКЕ

Азиза П. Нурбаева¹,

Салтанат С. Кырыкбаева², <http://orcid.org//0000-0001-6151-6025>

Гульнара Ж. Капанова³,

Тогжан С. Хайдарова⁴,

Алмагуль А. Кауышева⁵

¹ Казахский национальный университет им. аль-Фараби, Магистрант по специальности "Менеджмент", г. Алматы, Республика Казахстан

² Государственный медицинский университет города Семей. Кафедра Общественного здравоохранения, докторант 2-го года обучения, по специальности "Общественное здравоохранение"; г. Семей, Республика Казахстан

³ Казахский национальный университет им. аль-Фараби, Заведующая кафедрой политики и организации здравоохранения, доктор медицинских наук, профессор, г. Алматы, Республика Казахстан

⁴ Казахский национальный университет им. аль-Фараби, кафедра политики и организации здравоохранения, доктор медицинских наук, профессор.

⁵ Национальная Палата здравоохранения РК, Заместитель председателя Правления НПЗ, кандидат медицинских наук, г. Астана, Республика Казахстан.

Введение: Роль частного сектора в здравоохранении остается предметом многих дискуссий, особенно в контексте обеспечения всеобщего охвата услугами здравоохранения и качества оказания медицинской помощи. Актуальность данного вопроса на сегодняшний день обосновывается трудностями, стоящими перед государственным сектором в отношении финансирования здравоохранения, менеджмента в здравоохранении и оказания медицинских услуг, так как многие правительства испытывают финансовые ограничения, которые заставляют устанавливать приоритеты и ограничивать государственные расходы. Передовые страны находятся в поиске эффективных политик для улучшения больничного менеджмента и более эффективного использования ресурсов в секторе здравоохранения. В качестве таких механизмов было определено расширение полномочий частного сектора посредством замещения некоторых функций государственных медицинских организаций, и привлечение государственной и частной структуры к финансированию при оказании медицинских услуг здравоохранения.

Цель: Изучить лучший опыт внедрения государственно-частного партнерства и частной практики в системе здравоохранения зарубежных стран, здравоохранение которых считается передовым в мировой практике.

Материалы и методы: проведен анализ подходов и опыта внедрения государственно-частного партнерства и частной практики в системе здравоохранения зарубежных стран. В исследование включены страны-лидеры по уровню развития здравоохранения: Великобритания, Сингапур, Израиль, Финляндия, Франция, Южная Корея, страны Прибалтики, Германия.

Результаты: Проведенный нами анализ показал, что какой бы совершенной не была государственная сеть медицинских организаций, все равно будет существовать спрос на медицинские услуги, предоставляемые коммерческими структурами.

Опыт Великобритании и Финляндии важен для РК на начальном этапе перехода к расширению ГЧП в системе здравоохранения РК. Развитие ГЧП, функционирующего наравне с

государственным сектором, позволит повысить качество оказываемой медицинской помощи населению.

Ориентируясь на опыт Израиля, необходимо оптимизировать функционирование существующих структур, определив алгоритм взаимодействия между государственным и частным сектором, нормативно регламентировав данный процесс.

Для контроля деятельности частных медицинских организаций в РК важным является регуляция их деятельности со стороны государства и мониторинг на соответствие деятельности нормативам и тарифам, как во Франции и Германии.

Введение возможности самостоятельно привлекать инвестиции для частных медицинских организаций, проводить закуп оборудования, регулировать кадровую политику и внедрять новые методы исследования будет способствовать постепенному расширению самостоятельности частного сектора и замещению им определенного объема государственных услуг, как в Сингапуре и Южной Кореи.

Вывод: Изучение лучшего опыта передовых стран позволяет обозначить для РК оптимальные пути развития государственно-частного партнерства и частного сектора в здравоохранении.

Ключевые слова: государственно-частное партнерство, частное здравоохранение, качество оказания медицинской помощи

Summary

BEST EXPERIENCE OF HARMONIZATION OF RELATIONS BETWEEN STATE HEALTH CARE, ENTREPRENEURS AND POPULATION IN WORLD PRACTICE

Aziza P. Nurbayeva ¹,

Saltanat S. Kyrykbayeva ², <http://orcid.org/0000-0001-6151-6025>

Gulnara J. Kapanova ³,

Togzhan S. Khaidarova ⁴,

Almagul A. Kauysheva ⁵

¹ Al-Farabi Kazakh National University, Master in Management, Almaty, the Republic of Kazakhstan;

² Department of Public Health, the 2nd year doctoral student, specialty "Public Health", Semey State Medical University, Semey, the Republic of Kazakhstan;

³ Al-Farabi Kazakh National University, Head of the Department of Health Policy and Organization, Doctor of Medical Sciences, Professor, Almaty, the Republic of Kazakhstan;

⁴ Al-Farabi Kazakh National University, Department of Health Policy and Organization, Doctor of Medical Sciences, Professor, Almaty, the Republic of Kazakhstan;

⁵ National Chamber of Healthcare of the Republic of Kazakhstan, Vice-Chairman of the Board of Directors of ORP, candidate of medical sciences, Astana, Republic of Kazakhstan

Introduction: The role of the private sector in health care are still a subject of many debates, especially in the context of universal coverage of health services and the quality of care. Nowadays the relevance of this issue is justified by the difficulties facing the public sector in relation to health financing, health management and health services, as many governments experience financial constraints that force priorities and limit public spending. Advanced countries are in search of effective policies to improve hospital management and more efficient use of resources in the health sector. Expansion of the powers of the private sector through the replacement of some functions of public health organizations,

and the involvement of the public and private sector in financing for the provision of health care services, all of these were determined as such mechanisms.

Purpose: To study the best experience of implementing public-private partnership and private practice in the healthcare system of foreign countries, whose health care is considered to be the best in world practice.

Materials and methods: The analysis of approaches and experience of implementing public-private partnerships and private practice in the health care system of foreign countries was conducted. The study includes the leading countries in terms of the level of health development: Great Britain, Singapore, Israel, Finland, France, South Korea, the Baltic countries, Germany.

Results: Our analysis showed that no matter how perfect the state network of medical organizations is, there will still be a demand for medical services provided by commercial structures.

The experience of Great Britain and Finland is important for Kazakhstan at the initial stage of the transition to the expansion of PPP (public private partnership) in the healthcare system of the Republic of Kazakhstan. The development of PPP, functioning on an equal footing with the public sector, will improve the quality of medical care provided to the population.

Based on the experience of Israel, it is necessary to optimize the functioning of existing structures, defining an algorithm for interaction between the public and private sectors, regulating this process in a regulatory way.

To control the activities of private medical organizations in the Republic of Kazakhstan, it is important to regulate their activities by the state and monitor compliance with regulations and tariffs, as in France and Germany.

The introduction of the ability to independently attract investments for private medical organizations, purchase equipment, regulate personnel policies and introduce new research methods will help to gradually expand the independence of the private sector and replace it with a certain amount of public services, as in Singapore and South Korea.

Conclusion: The study of the best practices of advanced countries allows Kazakhstan to mark the best ways to develop public-private partnerships and private sector in health care.

Keywords: *public-private partnership, private health care, quality of medical care.*

Түйіндеме

ӘЛЕМДІК ДАҒДЫДА КӘСІПКЕРЛЕР МЕН ХАЛЫҚТЫҢ ЖӘНЕ МЕМЛЕКЕТТІК ДЕНСАУЛЫҚ САҚТАУ АРАСЫНДАҒЫ ҚАРЫМ- ҚАТЫНАСТАРЫН ҮЙЛЕСТІРУІНІҢ ҮЗДІК ТӘЖІРИБЕСІ

Азиза П. Нурбаева ¹,

Салтанат С. Кырыкбаева ², <http://orcid.org/0000-0001-6151-6025>

Гульнара Ж. Капанова ³,

Тогжан С. Хайдарова ⁴,

Алмагуль А. Кауышева ⁵

¹ Әл-Фараби атындағы қазақ ұлттық университеті, «Менеджмент» мамандығы бойынша магистрант, Алматы қаласы, Қазақстан Республикасы;

² Қоғамдық денсаулық сақтау кафедрасы, «Қоғамдық денсаулық сақтау» мамандығы бойынша 2-оқу жылының докторанты, Семей қаласының Мемлекеттік медициналық университеті, Семей қаласы, Қазақстан Республикасы;

³ Әл-Фараби атындағы қазақ ұлттық университеті, Саясат пен денсаулық сақтауды ұйымдастырудың кафедрасын меңгерушісі, медицина ғылымының докторы, профессор, Алматы қаласы, Қазақстан Республикасы.

⁴ **Әл-Фараби атындағы қазақ ұлттық университеті, Саясат пен денсаулық сақтауды ұйымдастырудың кафедрасы, медицина ғылымының докторы, профессор, Алматы қаласы, Қазақстан Республикасы.**

⁵ **ҚР Ұлттық денсаулық сақтау палатасы, ҰДП басқарма төрағасының орынбасары, медицина ғылымдарының кандидаты, Астана қ., Қазақстан Республикасы.**

Кіріспе. Денсаулық сақтауда жеке меншік секторының рөлі, әсіресе денсаулық сақтау қызметтерімен жалпыға бірдей қамту және медициналық қызмет көрсетудің сапасын қамтамасыз ету контекстінде көптеген дискуссиялардың заты болып қалады. Бүгінгі таңда берілген сұрақтың өзектілігі денсаулық сақтауда менеджментті, денсаулық сақтауды қаржыландыру және медициналық қызмет көрсетулер жөнінде мемлекеттік секторының алдында тұрған қиындықтармен негізделеді, себебі көптеген үкіметтер мемлекеттік шығындарды шектеуге және басымдылықтарды орнатуға мәжбүрлейтін қаржылық шектеулерді бастан кешеді. Озық елдер денсаулық сақтау секторында ауруханалық менеджментті жақсарту және ресурстарды неғұрлым тиімді пайдалану үшін тиімді саясаттарды іздеуде болады. Осындай механизмдер ретінде мемлекеттік ұйымдардың кейбір функцияларын алмастыру арқылы жеке меншік секторының өкілеттіктерін кеңейтуі және денсаулық сақтаудың медициналық қызмет көрсетулері кезінде мемлекеттік және жеке құрылымдарын қаржыландыруға жұмылдыруы анықталды.

Мақсаты: Әлемдік тәжірибеде денсаулық сақтау озық болып саналатын, шет елдердің денсаулық сақтау жүйесінде жеке іс-тәжірибені және мемлекеттік-жекеменшік әріптестікті енгізудің және үздік тәжірибесін игеру.

Материалдар мен әдістер: шет елдердің денсаулық сақтау жүйесінде жеке іс-тәжірибені және мемлекеттік әріптестікті енгізудің тәжірибесі мен тәсілдеріне талдау жүргізілді. Денсаулық сақтауда дамытудың деңгейі бойынша зерттеуге көшбасшы елдері қосылды: Ұлыбритания, Сингапур, Израиль, Финляндия, Франция, Оңтүстік Корея, Балтық маңындағы елдер, Германия.

Нәтижелері: Бізбен жүргізілген талдау медициналық ұйымдар желісі қандай жетілген болғанымен де, бәрібір де коммерциялық құрылымдармен ұсынылатын медициналық қызметтерге сұраныстар бар болатынын көрсетті.

ҚР-ның денсаулық сақтау жүйесінде МЖӨ-н кеңейтуге өткендегі бастапқы сатысында ҚР үшін Ұлыбритания мен Финляндияның тәжірибесі маңызды. Мемлекеттік секторымен бірдей жұмыс істейтін МЖӨ-нің дамуы халыққа көрсетілетін медициналық көмектің сапасын арттыруға көмектеседі.

Берілген үдерісті нормативті түрде реттеп және мемлекеттік және жеке секторы арасындағы өзара әрекет ету алгоритмін анықтап алып, Израильдің тәжірибесіне бағдарлана отырып қолданыстағы құрылымдардың жұмыс істеуін оңтайландыру қажет.

Франция мен Германиядағыдай, нормативтер мен тарифтерге қызметтің сәйкес келуінің мониторингі мен мемлекеттің тарапынан олардың қызметтерінің реттелуі, ҚР-да жеке медициналық ұйымдардың қызметін бақылау үшін маңызды болып табылады.

Сингапур мен Оңтүстік Кореядағыдай, жеке меншік медициналық ұйымдар үшін инвестициялардың жеке қатыстыру мүмкіндігін енгізу, жабдықтардың сатып алуын жүргізу, кадрлық саясатты реттеу және зерттеудің жаңа әдістерін енгізу жеке секторының дербестігін біртіндеп кеңейтілуіне және олармен белгілі бір мемлекеттік қызметтердің алмасуына ықпал етеді.

Қорытынды: ҚР үшін озық елдердің үздік тәжірибелерін игеру, денсаулық сақтауда жеке секторы мен мемлекеттік-жекеменшік әріптестігі дамуының оңтайлы жолдарын белгілеуге мүмкіндік береді.

Түйінді сөздер: Мемлекеттік-жекеменшік әріптестік, жеке денсаулық сақтау, медициналық көмек көрсету сапасы.

Библиографическая ссылка:

Нурбаева А.П., Кырыкбаева С.С., Капанова Г.Ж., Хайдарова Т.С., Кауышева А.А. Лучший опыт гармонизации отношений между государственным здравоохранением, предпринимателями и населением в мировой практике // Наука и Здравоохранение. 2018. 2 (Т.20). С. 90-106.

Nurbayeva A.P., Kyrykbayeva S.S., Kapanova G.Zh., Khaidarova T.S., Kauysheva A.A. Best experience of harmonization of relations between state health care, entrepreneurs and population in world practice. *Nauka i Zdravookhranenie* [Science & Healthcare]. 2018, (Vol.20) 2, pp. 90-106.

Нурбаева А.П., Кырыкбаева С.С., Капанова Г.Ж., Хайдарова Т.С., Кауышева А.А. Әлемдік дағдыда кәсіпкерлер мен халықтың және мемлекеттік денсаулық сақтау арасындағы қарым-қатынастарын үйлестіруінің үздік тәжірибесі // Ғылым және Денсаулық сақтау. 2018. 2 (Т.20). Б. 90-106.

Введение

Роль частного сектора в здравоохранении остается предметом многих дискуссий, особенно в контексте обеспечения всеобщего охвата услугами здравоохранения и качества оказания медицинской помощи. В последние годы одной из ведущих задач правительства большинства развитых стран стало развитие партнерства между государством и частным сектором в решении задач социально-экономического развития. Актуальность данного вопроса на сегодняшний день обосновывается в первую очередь трудностями, стоящими перед государственным сектором в отношении финансирования здравоохранения, менеджмента в здравоохранении и оказания медицинских услуг [8]. Многие правительства испытывают финансовые ограничения, которые обязывают внимательно устанавливать приоритеты и ограничивать государственные расходы. Более того, на сегодняшний день многие государственные системы здравоохранения имеют задолженности и испытывают растущее финансовое напряжение, связанное с такими факторами, как старение населения, необходимость повышения качества услуг и инвестирование в дорогое лечение и развитие технологий.

Некоторым странам удалось создать хорошую структуру управления ресурсами и обеспечения долгосрочной финансовой жизнеспособностью больничной сети. В ряде стран устаревшие и нерациональные структуры государственного сектора были заменены более подвижными корпоративными структурами. Горизонтальная интеграция

посредством образования сети государственных больниц и внедрения менеджмента способствовали созданию новой корпоративной культуры [17].

Другие страны находятся в поиске эффективных политик для улучшения больничного менеджмента и более эффективного использования ресурсов в секторе здравоохранения.

На современном этапе развития здравоохранения многие страны считают рациональным внедрение подхода взаимодействия «государство – частный сектор». Мировой опыт показывает высокий уровень развития государственно-частного партнерства (далее-ГЧП) в системе здравоохранения в последнее десятилетие, свидетельствуя о заинтересованности правительства в предоставлении своевременной и качественной медицинской помощи посредством становления частной медицины наравне с государственным сектором здравоохранения [18].

Выбор наиболее оптимального подхода связан со спецификой политической и экономической ситуации в стране, историческими аспектами развития системы здравоохранения и прочими факторами [21].

Подход «государственный сектор» при покрытии расходов характеризуется превалированием государственного бюджета на систему здравоохранения над внебюджетными средствами (частным сектором). Правительство данных стран направляет свои ресурсы на развитие государственных медицинских организаций посредством совершенствования их материально-технической базы, привлечения

высококвалифицированного персонала, понимая, что увеличение доли государственного финансирования выгодно для улучшения результатов системы здравоохранения [19]. Частные структуры оказывают помощь узкой направленности: стоматологические услуги, лабораторные и др. Данный подход характерен для таких европейских стран, как Великобритания, Ирландия, Швеция, Норвегия и Финляндия [18].

Так, в таких европейских странах, как Франция, Бельгия, Австрия, Италия, Греция и Испания предоставление медицинских услуг осуществляется государственными и частными поставщиками

Определяя приоритетностью доступность и квалифицированность медицинских услуг, многие развитые страны осознали, что государственный сектор в силу своей финансовой и ресурсной ограниченности не способен в должной степени покрыть весь объем медицинской помощи населения. Расширение сети медицинских организаций путем привлечения частных поставщиков позволило разгрузить деятельность государственного сектора.

Сегодня данные страны привлекают в большей части государственный бюджет и частично частные финансовые средства. Повышение качества медицинской среды за счет поступаемых внебюджетных средств, позволило улучшить материальное оснащение медицинских организаций, внедрять инновационные технологии в лечении, повысить потенциал медицинского персонала, совершенствовать систему управления организациями и др.

Другой подход подразумевает, что основным поставщиком медицинских услуг населению является частный сектор, финансируемый из частных источников еще и дополняемый государственным бюджетом, что характерно для таких стран, как Германия, Нидерланды, Южная Корея и Канада. Данный подход определяет, что частные структуры являются более рациональным инструментом предоставления общественных благ. Опыт внедрения данного подхода показал его приемлемость не во всех странах, что связано в первую очередь с уровнем экономического

развития и системой здравоохранения страны. Данным странам присущ региональный (федеральный) принцип, характеризующийся разным региональным уровнем развития экономической среды и муниципальным способом финансирования системы здравоохранения, что в свою очередь позволяет привлекать достаточно ресурсов к предоставлению медицинских услуг населению.

Цель. Изучить лучший опыт внедрения государственно-частного партнерства и частной практики в системе здравоохранения зарубежных стран.

Материалы и методы. В данном анализе отражен опыт ряда стран, выбранных на основе проводимых государством инициатив в области развития и становления частного сектора в системе здравоохранения: страны ОЭСР – Великобритания, Финляндия, Германия, Франция, Израиль и Южной Кореи, с учетом территориального признака – Сингапур, и стран Прибалтики – в качестве примера развития стран постсоветского пространства. В качестве примера были выбраны страны с разными моделями государственно-частных взаимоотношений в системе здравоохранения от наличия преимущественно «государственной» до превалирования «частной».

Результаты

На практике границы между государственным и частным обеспечением могут быть размыты; как официальные, так и неформальные схемы возмещения расходов действуют на общественных объектах [8], а двойная практика, в которой поставщики работают как в государственном, так и в частном секторах, широко распространена [7]. Однако, как показывает опыт, ни в одной стране система здравоохранения не выстраивается без участия государственного сектора, чья роль бывает прямой или косвенной, что зависит от социально-экономической ситуации в государстве.

Великобритания.

Национальная система здравоохранения Великобритании (Далее - НСЗ) отличается от других стран ОЭСР структурированной организацией и рациональным распределением обязанностей среди всех

субъектов и объектов системы (Рисунок 1). Великобритания является единственной среди западных стран, где подавляющая часть медицинских организаций (90%) принадлежит государственному сектору. Данная страна придерживается государственной системы здравоохранения, и только в качестве дополнения к ней функционирует

добровольное страхование и платная медицинская помощь. Частная практика в Великобритании также развита и поддерживается на государственном уровне, являясь зеркальным отображением государственного здравоохранения, но на ее долю приходится 10% всего объема [10].

Рисунок 1. Структура системы здравоохранения Великобритании.

(Источник: Surgeryzone, 2015 год)



Определяющей и основополагающей целью является оказание квалифицированной и своевременной медицинской помощи. Решения по принятию в практику проводимых реформ осуществляется на локальном уровне, местными подразделениями НСЗ.

В последние годы правительством Великобритании предпринимаются шаги, направленные на развитие частного сектора: от создания новых медицинских организаций до введения в частный сектор определенного

объема услуг. В качестве одного из эффективных механизмов применяется аутсорсинг для организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь, подразумевающий возможность пользования услугами частных поставщиков при отсутствии каких-либо условий для предоставления полного объема медицинской помощи населению [7].

Сегодня в стране насчитывается около 300 медицинских организаций частного сектора.

Наличие незначительного количества частных клиник в системе здравоохранения связано в первую очередь с дороговизной их услуг. Однако, граждане Великобритании обращаются в данный тип организаций по причине нежелания ждать очередь на госпитализацию в государственную больницу или желая получить услуги узкого специалиста без посещения врача общей практики. Данное обстоятельство определяет тот факт, что частные медицинские структуры оказывают более 95% амбулаторной помощи пациентам всей страны [10].

Большинство частных клиник страны созданы бизнес-структурами, однако и государственная структура (НСЗ) также дает возможность пациентам лечиться в частных отделениях общественных больниц.

В соответствии с нормативными правовыми актами Великобритании все частные медицинские организации должны получить лицензию на медицинскую деятельность у локального органа здравоохранения, с дальнейшим подтверждением ее два раза в год [6].

Несмотря на тот факт, что в последние годы наблюдается тенденция в развитии частного сектора, Великобритания до сих пор отстает от стран ОЭСР в развитии ГЧП, и остается страной с государственной формой управления системой здравоохранения, однако ее опыт в становлении частной медицины является полезным на начальном этапе развития.

Сингапур.

Инфраструктура здравоохранения Сингапура представлена государственными и частными медицинскими организациями, которые предлагают высокое качество медицинской помощи, отличаясь по большой степени только уровнем предоставляемого сервиса. Сегодня инфраструктура Сингапура представлена 18 амбулаторными поликлиниками, 7 государственными больницами и 2000 частными медицинскими организациями [4]. Первичная медицинская помощь в Сингапуре осуществляется посредством частных практикующих специалистов, обеспечивая более 80% всего объема услуг первичного звена, на правительственные медицинские организации приходится 20%.

Медицинские организации государственного сектора направлены на предоставление субсидируемых медицинских услуг населению. Государственный сектор представлен рядом медицинских учреждений: стационары, поликлиники и различного рода амбулатории и финансируется по большей степени правительством, имеет больше ресурсов для развития, устанавливая высокий уровень деятельности (эталон) для частного сектора. Правительством проводится управление и постоянный мониторинг государственных медицинских организаций, позволяющий своевременно реагировать на изменяющуюся ситуацию в системе здравоохранения страны путем осуществления контроля коечной численности, его оборотом, численности медицинского персонала, эффективности введения инновационных медицинских и управленческих технологий и т.д.

Частный сектор медицинских услуг в Сингапуре признан одним из лучших в мире по оказанию своевременной, безопасной и высокоэффективной медицинской помощи. Отсутствие весомой разницы между стоимостью услуг частного сектора и государственными медицинскими организациями позволяет им конкурировать на равных, привлекая пациентов для получения услуг через улучшение сервиса и повышение комфорта, внедрение инновационных технологий и др. Несмотря на то, что для государственных медицинских организаций характерно высокое качество медицинских услуг, уровень обслуживания и время ожидания в частных клиниках Сингапура выше, и охватывает больший процент потребителей медицинских услуг [4].

Результаты здравоохранения в Сингапуре сопоставимы с другими развитыми странами, учитывая, что около 4% валового внутреннего продукта (ВВП) Сингапура ежегодно расходуется на здравоохранение по сравнению с США (17,9% ВВП) и Соединенным Королевством (9,6% ВВП) [23]. Система управления государственным и частным сектором четко выстроена на правительственном уровне посредством разграничения диапазона деятельности медицинских структур. Мониторинг и учет организаций, оказывающих медицинскую помощь населению,

осуществляется посредством системы лицензирования.

Израиль.

В Израиле действует национальная система здравоохранения, которая основывается на более развитой государственной инфраструктуре и включает обязательное медицинское страхование граждан. Проведенные реформы в системе здравоохранения Израиля, способствовали развитию взаимодействия государства, страховых компаний и поставщиков медицинских услуг (государственные и частные организации) [2]

Инфраструктура представлена медицинскими организациями государственного, муниципального, частного и медицинских организаций, принадлежащих различным общественным организациям. Основополагающим в НСЗ определена организационная структура, ответственная за процесс страхования, которая осуществляет распределение всех финансовых средств на медицинские услуги между больничными кассами. Большая часть объема услуг выпадает на государственный сектор в силу их большей мощности [8]. Организации государственной системы имеют ограничения в объемах оказываемых медицинских услуг и в выборе врача. Частная же медицина обеспечивает доступность к самым современным и инновационным методам лечения, дает возможность пациентам право выбора врача и медицинской организации, обеспечивает индивидуальный подход ко всем пациентам [16]. Уровень спроса на частные услуги превалирует над объемами оказанной помощи муниципальными организациями Израиля, что связано со своевременностью оказания помощи населению, быстрым получением результатов диагностических исследований, высокотехнологическим обследованием, в отличие от государственных организаций, где соблюдены принципы равноценного доступа к услугам (очереди на получение услуг и др.).

В Израиле доля частных расходов в национальных расходах на здравоохранение достигла 39% в 2012 году [4]

Расценки государственных больниц примерно на 8-10% ниже расценок частных клиник, однако, из-за продолжительных сроков

диагностики и ожидания очереди на операцию конечная стоимость значительно превышает этот уровень. Несмотря на то, что цены на частные услуги превышают расценки государственных больниц, реальные расходы минимизированы за счет скорости диагностики и выполнения услуг.

С целью сохранения баланса «государство – частник» правительством Израиля распределяются средства между организациями данных секторов, обеспечивая сферу деятельности для всех лицензированных объектов, входящих в реестр медицинских организаций страны. Данный реестр разграничивает функции между всеми структурными подразделениями, отмечая их сферу деятельности и способствует правильному планированию больничной сети, а также исключению перенасыщения рынка определенным видом услуг.

Финляндия.

Организация медицинской помощи в Финляндии считается одной из самых эффективных систем здравоохранения в Европейском Союзе и определена примером для многих стран, особенно в области предоставления услуг первичного звена.

Система здравоохранения Финляндии базируется на муниципальной социальной защите и здравоохранении, субсидируемом государством, построена на пирамидальном принципе, в основе которого лежит первичное звено. В большей степени финансовые средства остаются в основе структуры (пирамиды), так как именно здесь сосредоточен основной объем медицинской помощи (рисунок 2).

Помимо общественного сектора, услуги предоставляются частными предприятиями и негосударственными организациями, которые дополняют предоставляемое медицинское обслуживание. Частные производители услуг могут продавать свои услуги либо муниципалитетам и муниципальным объединениям, либо непосредственно клиентам. На сегодняшний день частные производители предоставляют больше 25% всех социальных и медицинских услуг.

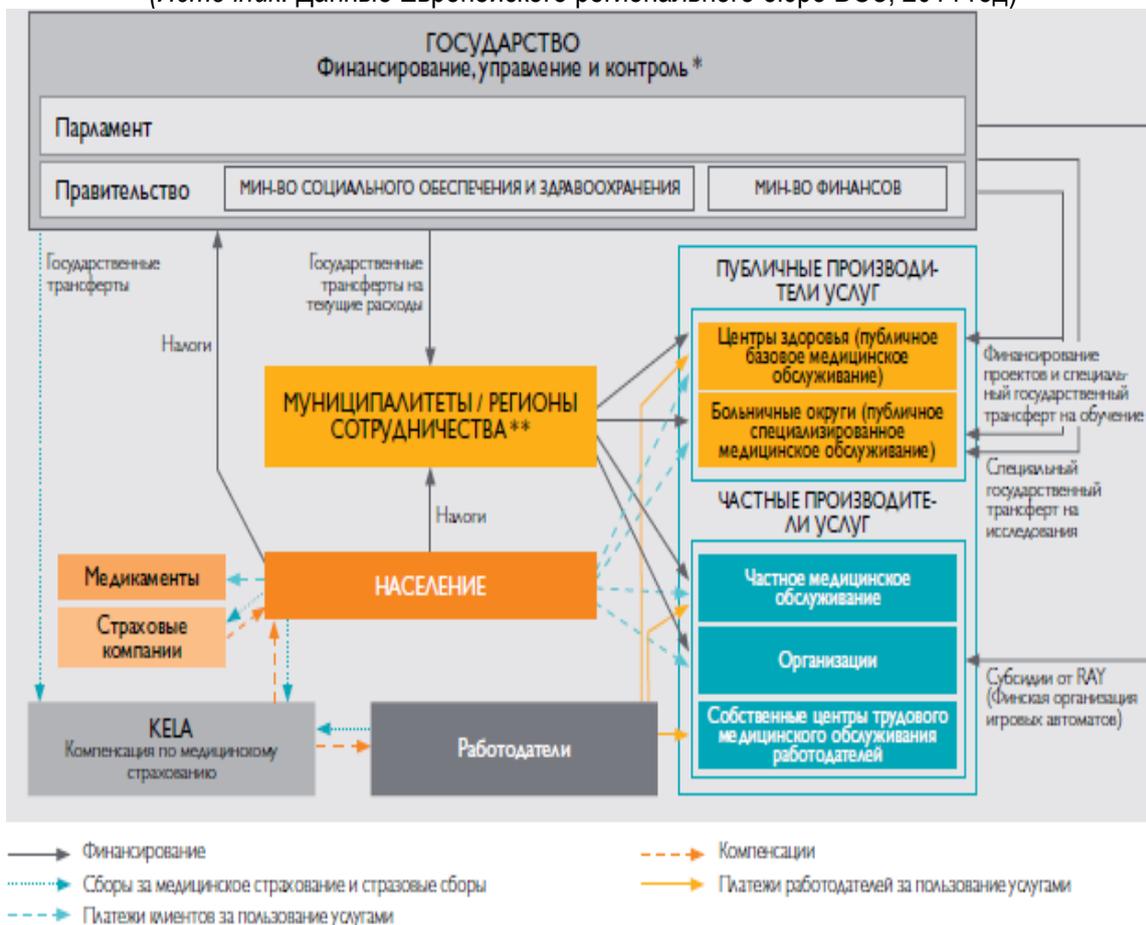
Система здравоохранения Финляндии выстроена на основе децентрализации всех субъектов медицинской помощи. Управление медицинской помощью осуществляется

муниципалитетами, насчитывающими около пятиста административных единиц (средний размер муниципалитета около 11 000 человек) Такой подход, обеспечивает населению страны доступную медицинскую помощь вне

зависимости от их материального статуса, покрывая большую часть финансовых средств из государственного или местного бюджета (за счет налогов).

Рисунок 2. Система взаимодействия государственного и частного сектора системы здравоохранения.

(Источник: Данные Европейского регионального бюро ВОЗ, 2014 год)



В целом система здравоохранения Финляндии финансируется за счет средств муниципалитета – 35% и 25% осуществляется со стороны государства, управления социальным обеспечением Kelea - 15% и домохозяйств – 19%, и только 6% за счет частных и прочих источников финансирования.

Регулирование эффективного взаимодействия всех секторов в здравоохранении осуществляется Министерством, создающим условия для рационального распределения рынка труда между всеми поставщиками медицинских услуг. Эффективно выстроенный процесс взаимодействия государственного и частного сектора в стране способствует формированию здоровой конкурентной среды,

способствуя созданию равнозначных условий для организаций с различными формами собственности [16].

Франция.

В отличие от других стран ОЭСР, именно во Франции государственные и частные медицинские организации конкурируют при оказании медицинской помощи населения, формируя сложную систему взаимодействия между всеми субъектами здравоохранения.

Правительство Франции осуществляет непосредственное руководство системой здравоохранения: мониторинг и контроль деятельности системы, финансирование и управление медицинскими услугами, обеспечение условий для повышения уровня солидарной ответственности.

Несмотря на то, что частные медицинские организации функционируют опосредованно друг от друга, в реальности они жестко регулируются и контролируются государством. Система страхования охватывает почти 100% населения Франции. В перечень услуг, которые подлежат покрытию страховыми компаниями, относится стационарное и амбулаторное лечение, услуги ВОП и некоторых узких специалистов, лабораторно-диагностические процедуры, рецептурный отпуск определенных лекарственных средства, иногда и оказание медицинских услуг на дому.

Пациенты оплачивают около 13% от объема медицинских услуг за счет собственных средств (аналогично населению США). Прямые платежи пациентов за объем оказанных медицинских услуг и расходы страховых компаний на покрытие оплаты негосударственным источникам за участие в медицинском процессе составляет примерно 20% всех расходов страны на систему здравоохранения, что в 2,5 раза меньше, чем в США, но больше, чем в странах с государственной системой здравоохранения [10].

Основополагающим принципом построения системы здравоохранения Франции определен равный доступ пациентов к врачам любого профиля всех секторов (государственный и частный), несмотря на то, что сегодня количество государственных учреждений первичной медицинской помощи преобладает над частными организациями в соотношении 65% и 35%.

На сегодняшний день во Франции зарегистрировано около 1,5 тысяч частных медицинских организаций, которые создают чаще всего коллективы врачей, имеющие определенную категорию. Частные медицинские организации должны получить лицензии и прочие разрешительные документы со стороны уполномоченного органа в области здравоохранения.

В отличие от государственного сектора, где оплата осуществляется за объем оказанных услуг, финансирование государством частного сектора осуществляется посредством комбинированного способа оплаты - за день госпитализации и каждую оказанную услугу населению [3].

Конкуренция не позволяет большинству медицинских работников чрезмерно завышать стоимость услуг.

Частные медицинские организации самостоятельно управляют своим бюджетом, тогда как государственные медицинские организации действуют в рамках годового бюджета, утверждаемого уполномоченным органом.

Медицинские организации частного сектора имеют право самостоятельно организовывать процесс работы с клиентами, привлекать инвестиции, проводить закуп необходимого медицинского оборудования и препаратов, координировать кадровую политику, внедрять новые или собственно разработанные методологии лечения [11].

Южная Корея.

Медицинское обслуживание в Южной Корее представлено преимущественно частным сектором, на который приходится порядка 90% всего коечного фонда страны. Количество медицинских организаций составляет более 55 тысяч, включая более 1,5 тыс. медицинских организаций общего профиля, стоматологические клиники и больницы традиционной медицины [1].

Система здравоохранения Южной Кореи представлена Государственной программой медицинского страхования (Рисунок 3), которая охватывает все население страны и выстроена на основе 4 блоков:

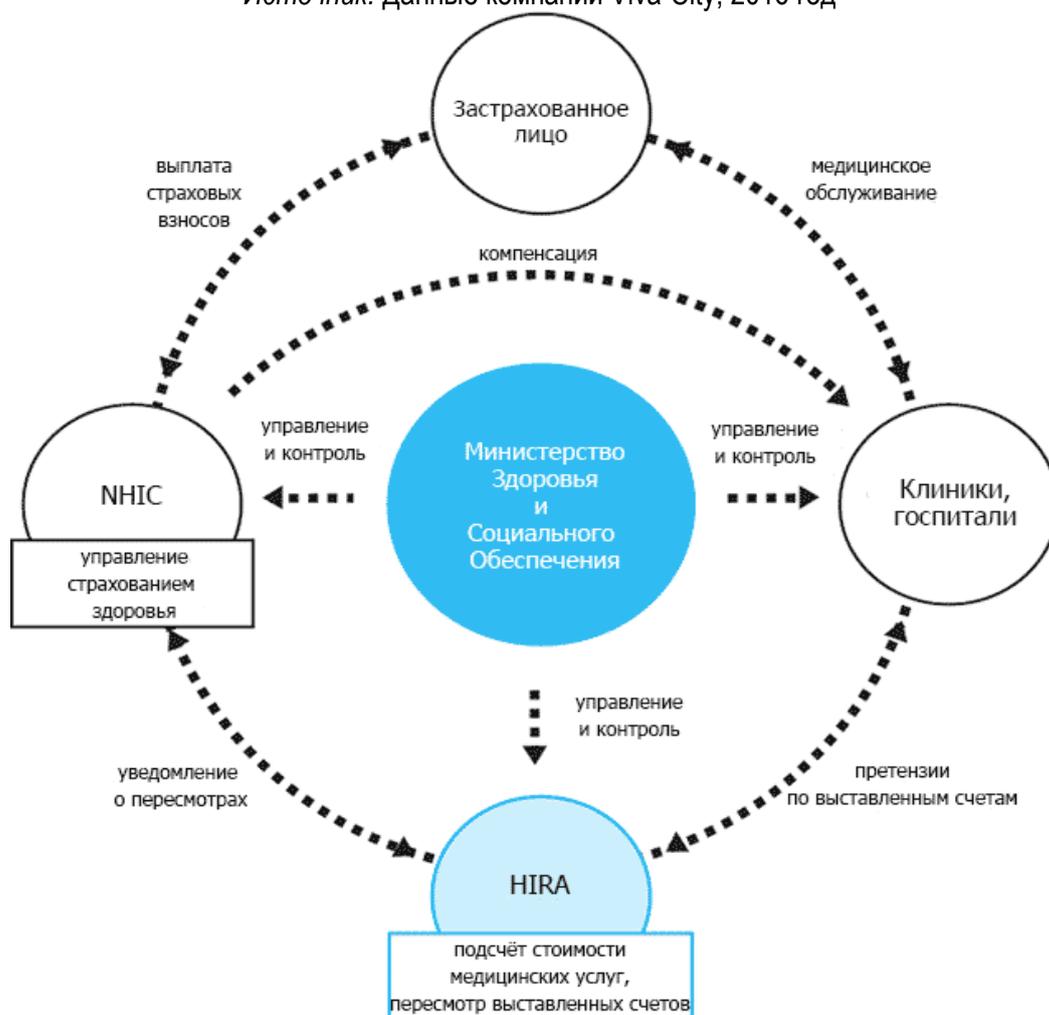
Блок: Государственная программа медицинского страхования призвана отвечать за общее регулирование и принятие решений через их закрепление на законодательном уровне.

Блок: Непосредственно за самоуправление государственной программой страхования здоровья населения (регистрация застрахованных лиц, сбор взносов и др.) осуществляется Государственной Корпорацией Страхования Здоровья (NHIC).

Блок: Агентство по Надзору за Страхованием Здоровья (HIRA) отвечает за рассмотрение медицинских расходов и оценку стоимости медицинских услуг.

Блок: Медицинские организации, предоставляют медицинские услуги населению страны, в соответствии с их потребностями.

Рисунок 3. Государственная программа медицинского страхования Южной Кореи.
 Источник: Данные компании Viva-City, 2016 год



Одной из особенностей медицины Кореи является то, что все медицинские организации (даже частные) считаются некоммерческими, что дает им возможность зарабатывать дополнительные финансовые средства на свое развитие и дальнейшее становление. Важным является тот факт, что в отличие от других стран, доход, полученный от предоставления медицинских услуг населению, не облагается налогом. При этом в качестве важного условия выделен тот факт, что больницы не имеют права перераспределять прибыль от медицинской деятельности в соответствии со своими желаниями. Прибыль должна быть использована только для инвестирования и дальнейшего развития организации (закуп или ремонт оборудования, расширение или реконструкции помещений, премиальные кадровому персоналу по итогам года, повышение потенциала медицинских работников и т.д.). Существующая частная

система здравоохранения способствует эффективности системы медицинской помощи населения, ориентирована на качество. Лицензирование специалистов здравоохранения и мониторинг запланированной деятельности способствует построению структурированного подхода к оказанию медицинских услуг населению.

Прибалтийские страны.

Необходимость сдерживания затрат из-за ограниченности ресурсов и большого спроса на высококвалифицированные медицинские услуги создало необходимость некоторым странам искать инновационные подходы к оптимизации сектора здравоохранения, на долю которого приходится большая часть всех расходов отрасли. Это стало весомой проблемой для стран-членов ЕС из постсоветского пространства, которые унаследовали больничные мощности, превышающие в 2-3 раза страны ЕС, но при

этом с недостаточными ресурсами, которые расходуются на здравоохранение. Данное обстоятельство определило потребности в модернизации систем здравоохранения, включая реформы больничного сектора, ориентированного на достижение высококвалифицированной медицинской помощи.

В данных странах больничный сектор претерпел реструктуризацию и испытывает дальнейшие организационные преобразования в целях сокращения затрат на медицинские услуги, повышения эффективности и улучшения их качества.

Большая часть медицинских организаций Литвы, Латвии, Эстонии и др. стран получили полуавтономный статус, когда больницы оставались в государственном секторе, но управлялись как частные организации и имели право использовать свои активы. Юридическая передача больниц фондам или акционерным компаниям привела к нескольким слияниям отдельных больниц, тем самым рационализируя их деятельность [1].

Германия.

Система здравоохранения Германии определена одной из лучших в мире, в которой отмечается один из наиболее высоких в мире показателей от ВВП (12%).

В Германии существуют больницы четырех видов: государственные; частные (около тысячи медицинских организаций, зачастую, специализированных); Красного Креста; церковные и больницы благотворительных фондов. Все медицинские организации Германии делятся на клиники (Klinik) и структуры оказания частной практики (Privatpraxis). Клиники тоже бывают частными, но в большей степени закреплены за университетами и носят государственный статус.

Около 86% населения страны охвачено государственным обязательным медицинским страхованием, 12% приходится на медицинское страхование частных фондов и только 2% населения составляют представители профессий или когорты людей, подлежащих особому виду страхования.

Государственное обязательное медицинское страхование осуществляют некоммерческие страховые независимые организации – больничные кассы, управление которыми

осуществляет собрание представителей федерального уровня. Больничные кассы являются частными по форме собственности, но реализуют государственные функции в своей деятельности. В общей структуре страхования примерно 40% приходится на долю федеральных касс, 40% – на долю территориальных касс, 20% – на долю производственных касс [15].

Руководство государственных медицинских организаций отчитывается за реализацию и расходование финансовых средств государственного страхования перед министерством здравоохранения.

Германская система медицинского страхования характеризуется двойной структурой статутного медицинского страхования (SHI) и частного медицинского страхования (около 10% всех людей были застрахованы в частном порядке) [20].

При невозможности получения услуг государственного обязательного медицинского страхования 1/6 часть населения Германии получают медицинские услуги не только из системы полного частного страхования и посредством системы неполного частного страхования, тогда как застрахованный пациент имеет право на покрытие какого-то объема услуг через государственное страхование и дополнительные услуги.

В двух обзорах, проведенных в 2010 и 2016 годах, отмечается, что в сфере здравоохранения существует неравенство в зависимости от статуса страхования [12,14].

Амбулаторная помощь в Германии является частной или коммерческой. За пациентами при получении услуг закреплено право выбора врача и других медицинских работников.

Частные медицинские организации тесно взаимодействуют с организациями государственного сектора, так как многие частные клиники включены в процесс оказания медицинской помощи больным, застрахованным в системе государственного медицинского страхования [15]. Планирование не распространяется только на частные больницы, которые не лечат застрахованных в системе государственного медицинского страхования и не обязаны исполнять большинство правил, обеспечивающих равное

распределение, доступность и финансовую устойчивость.

Еще одной важной особенностью системы здравоохранения Германии является соблюдение принципов приватизации, что послужило росту частного сектора здравоохранения. Сохраняющаяся тенденция к приватизации объясняется целым рядом причин: из-за сложной экономической ситуации сокращается государственное финансирование государственного сектора; в государственных больницах работники имеют больше влияния на администрацию, чем в частном секторе, что может мешать рационализации расходов средств; из-за старения населения происходит удорожание дополнительного социального пенсионного страхования [20]

Tiemann et al. [22] исследовали принадлежность больницы и эффективность и

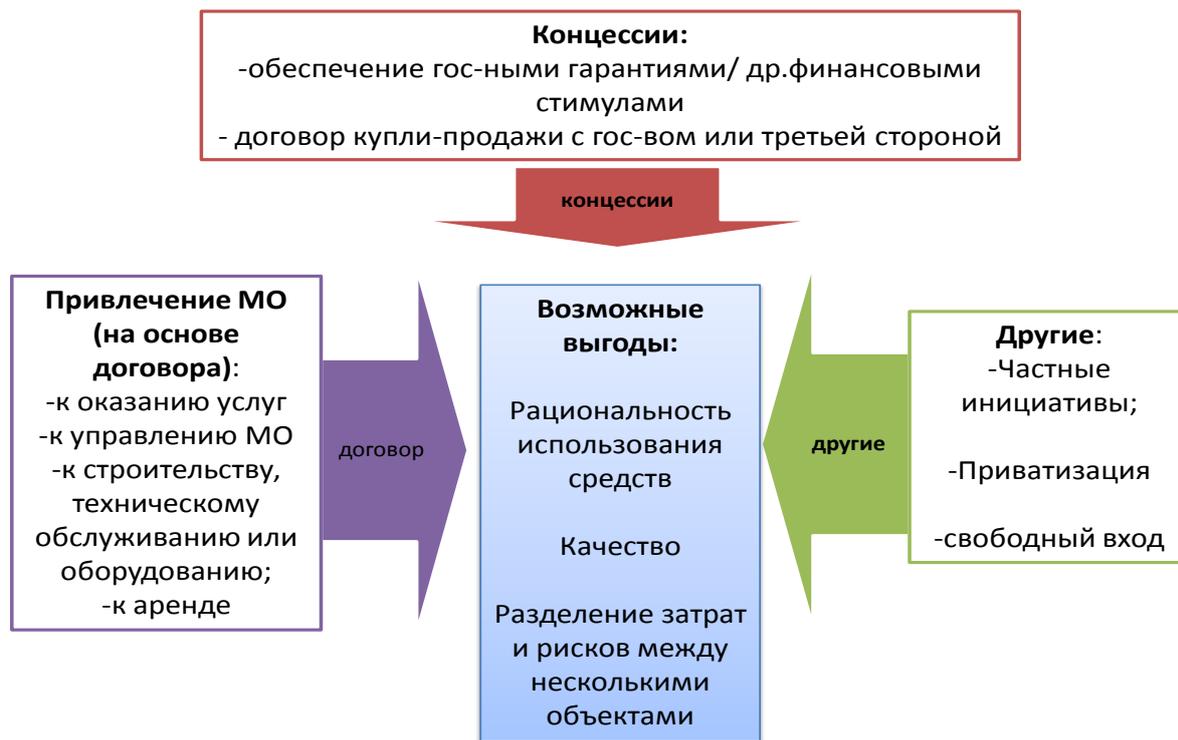
пришли к выводу, что в соответствии с данными, полученными в исследованиях из других стран, особенно из США, данные из Германии свидетельствуют о том, что частная собственность не обязательно связана с более высокой эффективностью по сравнению с государственной принадлежностью.

Выводы.

Проведенный анализ показал, что какой бы совершенной не была государственная сеть медицинских организаций, все равно будет существовать спрос на медицинские услуги, предоставляемые коммерческими структурами.

Международный опыт свидетельствует о том, что на практике часто встречается несколько основных типов сотрудничества между государством и частным сектором в секторе здравоохранения (рисунок 4).

Рисунок 4. Основные типы ГЧП и сотрудничества в здравоохранении.
(Источник: ВОЗ. Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения, 2015 год.)



Все указанные типы сотрудничества между государством и частными организациями имеют разные границы взаимодействия.

Выбор формы государственно-частного партнерства зависит от экономической ситуации, законодательного поля и потенциальных возможностей страны. Эффективное построение сотрудничества

между данными секторами будет способствовать снижению не только государственных расходов, но и повышению рациональности проводимых мероприятий.

Казахстан сегодня разрабатывает нормативную и методологическую основу для развития частного сектора здравоохранения и РК целесообразно ориентироваться на опыт

Германии в построении ГЧП в области здравоохранения.

Опыт Великобритании и Финляндии важен для РК на начальном этапе перехода к расширению ГЧП в системе здравоохранения РК. Развитие ГЧП, функционирующего наравне с государственным сектором, позволит повысить качество оказываемой медицинской помощи населению.

Ориентируясь на опыт Израиля, необходимо оптимизировать функционирование существующих структур, определив алгоритм взаимодействия между государственным и частным сектором, нормативно регламентировав данный процесс.

Для контроля деятельности частных медицинских организаций в РК важным является регуляция их деятельности со стороны государства и мониторинг на соответствие деятельности нормативам и тарифам, как во Франции и Германии.

Введение возможности самостоятельно привлекать инвестиции для частных медицинских организаций, проводить закуп оборудования, регулировать кадровую политику и внедрять новые методы исследования будет способствовать постепенному расширению самостоятельности частного сектора и замещению им определенного объема государственных услуг, как в Сингапуре и Южной Корее.

Таким образом, изучение лучшего опыта передовых стран позволяет обозначить для РК оптимальные пути развития государственно-частного партнерства и частного сектора в здравоохранении.

Вклад авторов.

Нурбаева А.П., Кырыкбаева С.С. – сбор и обработка данных, поиск и анализ литературы, написание манускрипта.

Капанова Г.Ж., Хайдарова Т.С., Кауышева А.А. – научное руководство исследования и корректировка выводов.

Конфликт интересов.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Финансирование.

Финансирование данного исследования не осуществлялось.

Авторы заявляют, что ни одна из частей работы не была опубликована в других изданиях.

Литература:

1. Алумбекова Г.Э. Анализ и оценка системы здравоохранения Республики Корея. Уроки для России // Менеджер здравоохранения. 2011. № 11. С. 47-54

2. *Израильская система здравоохранения* [Электронный ресурс]. URL: <http://www.loveisrael.ru/articles/medicine> (дата обращения: 02.03.2018).

3. *Медицина во Франции: о мед. страховании* [Электронный ресурс]. URL: <http://peopleandcountries.com/article-927-1.html> (дата обращения: 02.03.2018). WHO | Singapore // WHO. 2018.

4. *О высокотехнологичной медицине Сингапура* [Электронный ресурс]. URL: <http://peopleandcountries.com/article-771-1.html> (дата обращения: 02.03.2018).

5. *Системы здравоохранения: время перемен.* http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0010/96427/e80089r.pdf (дата обращения: 02.03.2018).

6. *Система здравоохранения Великобритании – «полвека на страже»* [Электронный ресурс]. URL: <http://health-ua.com/article/16940-sistema-zdravoohraneniya-velikobritanii--polveka-na-strazhe> (дата обращения: 02.03.2018).

7. Brekke K.R., Sjørgard L. Public versus private health care in a national health service // Health Econ. 2007. Т. 16. № 6. С. 579–601.

8. Brugha R., Zwi A. Improving the quality of private sector delivery of public health services: challenges and strategies. // Health Policy Plan. 1998. Т. 13. № 2. С. 107–20.

9. Engelchin-Nissan E., Shmueli A. Private finance of services covered by the National Health Insurance package of benefits in Israel // Isr. J. Health Policy Res. 2015. Т. 4. № 1. С. 45.

10. Exley C. и др. Beyond price: individuals' accounts of deciding to pay for private healthcare treatment in the UK // BMC Health Serv. Res. 2012. Т. 12. № 1. С. 53.

11. Houyez F., Tessier L., Synodinos D. Health care cost-containment measures in the context of the economic crisis: impact analysis // Orphanet J. Rare Dis. 2014. Т. 9. № Suppl 1. С. O21.

12. Huber J., Mielck A. Morbidity and healthcare differences between insured in the

statutory ("GKV") and private health insurance ("PKV") in Germany. Review of empirical studies // Bundesgesundheitsblatt. Gesundheitsforschung. Gesundheitsschutz. 2010. T. 53. № 9. C. 925–38.

13. Khoo H.S., Lim Y.W., Vrijhoef H.J. Primary healthcare system and practice characteristics in Singapore // Asia Pac. Fam. Med. 2014. T. 13. № 1. C. 8.

14. Klein J., Knesebeck O. [Social disparities in outpatient and inpatient care: An overview of current findings in Germany // Bundesgesundheitsblatt. Gesundheitsforschung. Gesundheitsschutz. 2016. T. 59. № 2. C. 238–44.

15. Luque Ramos A., Hoffmann F., Spreckelsen O. Waiting times in primary care depending on insurance scheme in Germany // BMC Health Serv. Res. 2018. T. 18. № 1. C. 191.

16. OECD. Health at a Glance 2013. OECD Publishing, 2013.

17. Patouillard E. et al. Can working with the private for-profit sector improve utilization of quality health services by the poor? A systematic review of the literature // Int. J. Equity Health. 2007. T. 6. № 1. C. 17.

18. Roehrich J.K., Lewis M.A., George G. Are public-private partnerships a healthy option? A systematic literature review // Soc. Sci. Med. 2014. T. 113. C. 110–119.

19. Romaniuk P., Szromek A.R. The evolution of the health system outcomes in Central and Eastern Europe and their association with social, economic and political factors: an analysis of 25 years of transition // BMC Health Serv. Res. 2016. T. 16. № 1. C. 95.

20. Schwierz C. Expansion in markets with decreasing demand-for-profits in the German hospital industry // Health Econ. 2011. T. 20. № 6. C. 675–687.

21. Shaoul J.A critical financial analysis of the Private Finance Initiative: selecting a financing method or allocating economic wealth? // Crit. Perspect. Account. 2005. T. 16. № 4. C. 441–471.

22. Tiemann O., Schreyögg J., Busse R. Hospital ownership and efficiency: a review of studies with particular focus on Germany // Health Policy. 2012. T. 104. № 2. C. 163–71.

References:

1. Алумбекова Г.Э. Анализ и оценка системы

здоровоохранения Республики Корея. Уроки для России [Analysis and evaluation of the healthcare system of the Republic of Korea. Lessons for Russia]. *Menedzher zdravookhraneniya* [Health manager]. 2011. № 11. pp. 47-54 [in Russian]

2. Израильская система здравоохранения [The Israeli health system]. [Elektronnyi resurs]. Available at: <http://www.loveisrael.ru/articles/medicine> (accessed: 02.03.2018). [in Russian]

3. Медицина во Франции: о мед. страховании [Medicine in France: about health insurance] [Elektronnyi resurs]. Available at <http://peopleandcountries.com/article-927-1.html> (accessed: 02.03.2018). WHO | Singapore // WHO. 2018. [in Russian]

4. О высокотехнологичной медицине Сингапура [On high-tech medicine in Singapore] [Elektronnyi resurs]. Available at <http://peopleandcountries.com/article-771-1.html> (accessed: 02.03.2018). [in Russian]

5. Системы здравоохранения: время перемен [Health systems: the time of change.]. [Elektronnyi resurs] Available at: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0010/96427/e80089r.pdf (accessed: 02.03.2018). [in Russian]

6. Система здравоохранения Великобритании – «полвека на страже» [The Great Britain health care system - "half a century on guard"] [Elektronnyi resurs]. Available at: <http://health-ua.com/article/16940-sistema-zdravookhraneniya-velikobritanii--polveka-na-strazhe> (accessed: 02.03.2018). [in Russian]

7. Brekke K.R., Sørsgard L. Public versus private health care in a national health service. *Health Econ.* 2007. T. 16. № 6. C. 579–601.

8. Brugha R., Zwi A. Improving the quality of private sector delivery of public health services: challenges and strategies. *Health Policy Plan.* 1998. T. 13. № 2. C. 107–20.

9. Engelchin-Nissan E., Shmueli A. Private finance of services covered by the National Health Insurance package of benefits in Israel. *Isr. J. Health Policy Res.* 2015. T. 4. № 1. C. 45.

10. Exley C. и др. Beyond price: individuals' accounts of deciding to pay for private healthcare treatment in the UK. *BMC Health Serv. Res.* 2012. T. 12. № 1. C. 53.

11. Houÿez F., Tessier L., Synodinos D. Health care cost-containment measures in the

context of the economic crisis: impact analysis. *Orphanet J. Rare Dis.* 2014. T. 9. № Suppl 1. C. O21.

12. Huber J., Mielck A. [Morbidity and healthcare differences between insured in the statutory ("GKV") and private health insurance ("PKV") in Germany. Review of empirical studies]. *Bundesgesundheitsblatt. Gesundheitsforschung. Gesundheitsschutz.* 2010. T. 53. № 9. C. 925–38.

13. Khoo H.S., Lim Y.W., Vrijhoef H.J. Primary healthcare system and practice characteristics in Singapore. *Asia Pac. Fam. Med.* 2014. T. 13. № 1. C. 8.

14. Klein J., Knesebeck O. von dem. [Social disparities in outpatient and inpatient care: An overview of current findings in Germany]. *Bundesgesundheitsblatt. Gesundheitsforschung. Gesundheitsschutz.* 2016. T. 59. № 2. C. 238–44.

15. Luque Ramos A., Hoffmann F., Spreckelsen O. Waiting times in primary care depending on insurance scheme in Germany. *BMC Health Serv. Res.* 2018. T. 18. № 1. C. 191.

16. *OECD. Health at a Glance 2013.* OECD Publishing, 2013.

17. Patouillard E. et al. Can working with the private for-profit sector improve utilization of

quality health services by the poor? A systematic review of the literature. *Int. J. Equity Health.* 2007. T. 6. № 1. C. 17.

18. Roehrich J.K., Lewis M.A., George G. Are public–private partnerships a healthy option? A systematic literature review. *Soc. Sci. Med.* 2014. T. 113. C. 110–119.

19. Romaniuk P., Szromek A.R. The evolution of the health system outcomes in Central and Eastern Europe and their association with social, economic and political factors: an analysis of 25 years of transition. *BMC Health Serv. Res.* 2016. T. 16. № 1. C. 95.

20. Schwierz C. Expansion in markets with decreasing demand-for-profits in the German hospital industry. *Health Econ.* 2011. T. 20. № 6. C. 675–687.

21. Shaoul J. A critical financial analysis of the Private Finance Initiative: selecting a financing method or allocating economic wealth? *Crit. Perspect. Account.* 2005. T. 16. № 4. C. 441–471.

22. Tiemann O., Schreyögg J., Busse R. Hospital ownership and efficiency: a review of studies with particular focus on Germany. *Health Policy.* 2012. T. 104. № 2. C. 163–71.

Контактная информация:

Нурбаева Азиза Пидамухаметовна – магистрант по специальности "Менеджмент", Казахский Национальный университет им. Аль-араби

Почтовый адрес: Республика Казахстан, 010000 г., Астана, ул. Б.Момышулы, 2/8-54

E-mail: a.nurbaeva@mail.ru

Телефон: +7 707 802 30 90