

Česká zemědělská univerzita v Praze

Provozně ekonomická fakulta

Katedra ekonomických teorií



Bakalářská práce

Problematika financování zdravotnictví v Kazachstánu

Tsepke Dmitriy

ČESKÁ ZEMĚDĚLSKÁ UNIVERZITA V PRAZE

Provozně ekonomická fakulta

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Dmitriy Tsepke

Provoz a ekonomika

Název práce

Problematika financování zdravotnictví v Kazachstánu

Název anglicky

Problems of Funding of Health Care Service in Kazakhstan

Cíle práce

Cílem práce je zhodnocení zajištění a financování zdravotnictví v Kazachstánu. V rámci práce bude rozebrán vliv státu za fungování zdravotnictví a zajištění zdravotní péče. Budou identifikovány hlavní nedostatky stávajícího systému a případně navržena opatření k jejich eliminaci.

Metodika

Pro zpracování literární rešerše bude využita metoda studia odborné literatury. Informace budou získávány nejen z českých materiálů, ale i zahraničních, především kazašských. Aktuální informace budou čerpány z odborných časopisů a internetových zdrojů. Významným zdrojem dat je databáze kazašského statistického úřadu, příslušných ministerstev a pojišťoven. Využita bude metoda deskripce, komparace, analýzy a syntézy.

Doporučený rozsah práce

30 – 40 stran

Klíčová slova

ekonomika, financování, Kazachstán, systém zdravotnictví, rozvoj, vláda, zradovní péče

Doporučené zdroje informací

- AKANOV, A. Systém zdravotnictví Republiky Kazachstán: současný stav, problémy, perspektivy. 1.vydání. Moskva: Sociální aspekty zdraví obyvatelstva, 2010, 6 stran. UDC 614.2:614.39
- AUBAKIROVA, A. Rozpočtové financování Republiky Kazachstán: problémy a cesty k rozvoje. 1.vydání. Karaganda: B. I., 2009. 24 strany. UDC 336.127+336.12
- BAEVA, A. Základy managementu v ochraně zdraví.1.vydání. Kyjev:MAUP, 2007. 328 stran.
- ISHKININA, G. Ekonomický rozvoj systému zdravotnictví v Kazachstánu: teorie a praxe. Autoreferát. 1.vydání. Almaty: 2008. 34 strany. UDC 330.34:61(574.4)
- KATSAGA, A. Kazachstán: Přehled systémy zdravotnictví. 1. vydání. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2012. 211 stran. ISSN 2072-3555
- Ministerstvo zdravotnictví Republiky Kazachstán. Metodika formování tarifů a plánování nákladů na poskytnutí bezplatné zdravotnické pomoci. Zákoník Republiky Kazachstán, 2009. 18 stran. № 801.
- Ministerstvo zdravotnictví Republiky Kazachstán. O zdraví obyvatelstva a systému zdravotnictví. Zákoník Republiky Kazachstán, 2009. 196 stran. № 193-IV
- NARMATOVA, G. O financování zdravotnictví Republiky Kazachstán. 1.vydání. Almaty: KazNPU, 2011. 10 stran. ISSN 1728-5402
- VASILIEVA, I. Analýza modelů financování zdravotnictví. Autoreferát. 1.vydání. Moskva: CEMI RAN, 2015. 13 stran.
- YERGALIEVA, Ž. Zvláštnosti financování zdravotnictví Republiky Kazachstán. 6.vydání. Semipalatinsk: Věda a zdravotnictví, 2014. 1 strana. ISSN 2410 –4280
-

Předběžný termín obhajoby

2016/17 LS – PEF

Vedoucí práce

Ing. Dana Stará, Ph.D.

Garantující pracoviště

Katedra ekonomických teorií

Elektronicky schváleno dne 30. 10. 2016

doc. PhDr. Ing. Lucie Severová, Ph.D.

Vedoucí katedry

Elektronicky schváleno dne 1. 11. 2016

Ing. Martin Pelikán, Ph.D.

Děkan

V Praze dne 11. 03. 2017

Čestné prohlášení

Prohlašuji, že svou bakalářskou práci "Problematika financování zdravotnictví v Kazachstánu" jsem vypracoval samostatně pod vedením vedoucího bakalářské práce a s použitím odborné literatury a dalších informačních zdrojů, které jsou citovány v práci a uvedeny v seznamu použitých zdrojů na konci práce. Jako autor uvedené bakalářské práce dále prohlašuji, že jsem v souvislosti s jejím vytvořením neporušil autorská práva třetích osob.

V Praze dne 15.03.2017

Poděkování

Rád bych touto cestou poděkoval Ing. Daně Staré, Ph.D. za odborné vedení mé práce, za poskytnuté rady, cenné připomínky a doporučení.

Problematika financování zdravotnictví v Kazachstánu

Souhrn

Cílem této práce je zhodnotit zajištění a financování zdravotnictví v Kazachstánu. Tato práce obsahuje analýzu zdravotnického sektoru státu, principy státního modelu financování a důležité zvláštnosti tohoto modelu. V teoretické části jsou probrány historický vývoj zdravotnického systému, nejdůležitější změny v čase a jejich vliv na ekonomiku sektoru. Také byl probrán nový model zdravotnictví, založený na povinném zdravotním pojištění, který bude spuštěn v březnu roku 2017. V současné době je potřeba najít nové řešení ve vývoji zdravotnického sektoru. Celý model zdravotnictví státu se vychází ze systému zdravotnictví SSSR a zahrnuje mnozí jeho principy, které již zastarali. Řešením vzniklých problémů se může stát uplatňování nového zdrojů financování na základě povinného pojištění. Tento přístup může zlepšit státní rozpočet ve zdravotnictví, zlepšit kvalitu lékařských služeb a zvýšit zájem obyvatel ke záchraně zdraví.

Klíčová slova: ekonomika, financování, Kazachstán, systém zdravotnictví, rozvoj, vláda, zdravotní péče, zdravotní pojištění, modely zdravotnictví

Problems of Funding of Health Care Service in Kazakhstan

Summary

The purpose of this work consists of the Kazakhstan Health financing estimation. The work contains the health sector analysis, governmental financing model and the specialities of this model. In theoretical part of this work next steps were performed: the healthcare development analysis, the mainest changes in system and it's influence on the economic part of the sector. Also, the new model of health care was created, it's based on the compulsory health insurance, which starts it's action since the march of 2017. At this time, it's necessary to find another ways of development for the healthcare sector. The healthcare 's governmental financing model takes it's roots from USSR model and contains the majority of it's principals, which were outdated. The resolution of these problem can be found within the implementing of the new financing source based on compulsory health insuring. This approach may increase the governmental budget in healthcare scope, improve the medical service quality and enhance the public's interest in protecting their health.

Keywords: economics, finance, Kazakhstan, the health system, development, government, health care, health insurance, health care models

Obsah

1	Úvod.....	11
2	Cíl práce a metodika.....	13
3	Teoretická východiska hodnocení zdravotnictví Kazachstánu	14
3.1	Kazachstán coby stát Střední Asie.....	14
3.2	Modely financování zdravotnictví.....	19
3.2.1	Státní, rozpočtový model.....	20
3.2.2	System zdravotnictví založený na povinném zdravotním pojištění	22
3.2.3	Soukromé zdravotnictví. System založený na soukromém pojištění	24
3.3	Východiska při vytváření současného systému financování zdravotnictví Republiky Kazachstán	27
3.3.1	Období Sovětského svazu a přechodné období	27
3.3.2	Rozdělení finančních prostředků ve struktuře zdravotnictví.....	29
3.3.3	Současný systém financování zdravotnictví.....	30
3.4	Druhy lékařské péče a struktura jejich financování.....	34
3.4.1	Ambulantní – klinická péče (dále AKP)	34
3.4.2	Nemocniční péče	35
3.4.3	Záchranná služba	35
3.5	Ostatní zdroje financování zdravotnictví Republiky Kazachstán.....	36
3.6	Vývoj systému povinného zdravotního pojištění	38
4	Vlastní práce.....	41
4.1	Hodnocení ekonomiky Kazachstánu v období 2010-2016.....	41
4.2	Ohodnocení zdravotnického systému Kazachstánu	44
4.3	Hodnocení systému povinného zdravotního pojištění.....	56
5	Zhodnocení výsledků a diskuse	58
6	Závěr	62
7	Seznam použitých zdrojů	63
8	Přílohy.....	I

Seznam tabulek

Tabulka 1 Makroekonomické ukazatele Kazachstán v letech 1990–2010 a 2015	15
Tabulka 2 Průměrné měsíční příjmy zaměstnanců ve sféře zdravotnictví ve srovnání s národním hospodářstvím v letech 2010-2016, (v KZT na obyvatele)	16
Tabulka 3 Objem financování služeb GOBLP, 2007-2016. mln. KZT	32
Tabulka 4 Celkové investice do sektoru zdravotnictví Kazachstánu v letech 2009-2015, (mln.KZT)	47
Tabulka 5 Vybrané ukazatele pro výpočet celkových ročních vkladů do fondu SZP	57
Tabulka 6 Kurz USD v Kazachstánu v letech 2009-2017, (KZT)	I
Tabulka 7 Tempo růstu HDP a míra inflace v Kazachstánu v letech 2010-2016 (%)	I
Tabulka 8 Podíl zdrojů financování na celkových výdajích v Kazachstánu v letech 2010-2016, (%)	II
Tabulka 9 Podíl výdajů na zdravotnictví dle druhů zdravotní péče	II
Tabulka 10 Průměrný měsíční příjem zaměstnanců ve sféře zdravotnictví a v národním hospodářství (tis. KZT)	II
Tabulka 11 Objem financování (tis.KZT) a počet obyvatele podle oblasti v roce 2015	III
Tabulka 12 Roční indexy cen v národním hospodářství a zdravotnictví v Kazachstánu v letech 2010-2016, (%)	III
Tabulka 13 Celkové investice do sektoru zdravotnictví Kazachstánu v letech 2010-2015, (mln.KZT)	III
Tabulka 14 Státní dluh v Kazachstánu v letech 2010-2016, (mlrd.KZT)	IV
Tabulka 15 Celkový počet nemocničních lůžek v Kazachstánu v letech 2010-2016, (tis. jednotek)	IV
Tabulka 16 Celkové výdaje na zdravotnictví Republiky Kazachstán v letech 2010-2016, (mln.KZT)	IV

Seznam schémat

Schéma 1 Struktura systému financování zdravotnictví Republiky Kazachstán	31
---	----

Seznam grafů

Graf 1 Tempo růstu HDP Kazachstánu, 1996–2014, (%)	15
Graf 2 Vývoj hodnot ročního tempa růstu HDP a míry inflace v Kazachstánu v letech 2010-2016, (v % k minulému roku)	41
Graf 3 Meziroční tempo růstu USD vůči KZT v Kazachstánu v letech 2010-2016, (%)	42
Graf 4 Celkový státní dluh v Kazachstánu v letech 2010-2016, (mlrd.KZT)	43
Graf 5 Celkové průměrné roční výdaje na jednoho pacienta v Kazachstánu v letech 1995-2016 (USD/pacienta)	44
Graf 6 Celkové výdaje na zdravotnictví ve vybraných státech (% HDP)	45
Graf 7 Podíl zdrojů financování na celkových výdaje ve zdravotnictví v Kazachstánu v letech 2010-2016, (mln.KZT)	46
Graf 8 Celkové investice do sektoru zdravotnictví Kazachstánu v letech 2010-2015, (mln.KZT)	47
Graf 9 Procentuální podíl státních výdajů mezi třemi druhy zdravotní péče v Kazachstánu v letech 2010-2016, (%)	48
Graf 10 Celkový počet nemocničních lůžek v Kazachstánu v letech 2010-2016, (tis. jednotek)	49
Graf 11 Celkové státní dotace ve zdravotnictví na obyvatele v Kazachstánu dle regionů v roce 2015 (tis KZT/obyvatele)	50
Graf 12 Bilance státních výdajů a příjmů ve sféře zdravotnictví Kazachstánu v letech 2010-2016 (tis. KZT)	51
Graf 13 Meziroční tempo růstu státních výdajů na financování GOBLP v Kazachstánu, (v % k minulému roku)	52
Graf 14 Průměrné měsíční příjmy zaměstnanců ve sféře zdravotnictví a národním hospodářství v Kazachstánu v letech 2010-2016, (%)	53
Graf 15 Počet lékařů a středního lékařského personálu v Kazachstánu v letech 2005–2015, (lékař/na 10 000 obyvatel)	54
Graf 16 Roční indexy cen v národním hospodářství a zdravotnictví v Kazachstánu v letech 2010-2016, (v % k minulému roku)	55
Graf 17 Podíl občanů na hranici životního minima v Kazachstánu (%)	56

1 Úvod

Úroveň zdravotnického systému již od doby vzniku prvních států slouží coby ukazatel rozvinutosti a vyspělosti země. Lidstvo vždy přisuzovalo medicíně velký význam a snažilo se ji zdokonalit.

Ve zdravotnickém systému existuje složitá struktura, která se skládá ze systému financování, systému řízení a marketingu, systému poskytování zdravotní péče a systému rozvoje medicínské vědy. Jednou z nejdůležitějších součástí je systém financování zdravotnictví. Cílem politiky financování zdravotnictví je zlepšení zdravotního stavu obyvatelstva a vytvoření systému zdravotní péče dostupné pro všechny občany. Politika financování je spojená s finančně-ekonomickou efektivitou dosahování kvantitativních výsledků.

V současné době bez pravidelného rozdělování státního rozpočtu nelze vytvořit rozvinutý a moderní systém zdravotnictví. Tato otázka se obzvláště naléhavě týká rozvojových států, jako je například Republika Kazachstán (dále „Kazachstán“). Kazachstán je jedním z nejrozvinutějších států Střední Asie a klade si dlouhodobé cíle ve sféře rozvoje všech struktur země. Jedním z hlavních faktorů rozvoje je soustavná modernizace všech sfér společnosti: vytvoření nových systémů řízení a financování, kontrola kvality a realizace těchto systémů. V diplomatickém sdělení „Kazachstán 2030“ patří zdraví občanů mezi nejdůležitější priority rozvoje státu. Jedním z hlavních úkolů je modernizace a zlepšení kvality zdravotních služeb. Tohoto cíle lze dosáhnout pouze prostřednictvím reformy mechanismů řízení, financování a kontroly v oblasti zdravotnictví.

Kazachstán po rozpadu SSSR a získání nezávislosti v roce 1991 prošel velkými změnami ve všech odvětvích včetně sféry zdravotnictví. Tyto změny jsou ovšem charakteristické pro celý region Střední Asie. Prostřednictvím popsání této problematiky na příkladu Kazachstánu lze charakterizovat hlavní a obecné problémy v oblasti financování zdravotnictví států, jež byly součástí SSSR. Systém zdravotnictví, který existoval v SSSR, přestal fungovat a před vládou nového nezávislého státu vyvstala otázka, jak vytvořit nový systém financování zdravotnictví. Během 25 let nezávislosti Kazachstánu prošel jeho systém financování zdravotnictví mnoha změnami. Vláda uplatňovala různé způsoby řešení krize 90. let a také různé způsoby financování hlavních odvětví hospodářství. V současné době se systém financování zdravotnictví nachází ve stádiu

rozvoje a stále postrádá stabilní základ. Rozvoj oblasti zdravotnictví vstupuje do etapy institučních transformací, zlepšení kvality medicínských služeb a rozvoje infrastruktury. Po konci krize 90. let byla vláda Kazachstánu postavena před otázku optimálního rozdělení rozpočtových finančních prostředků mezi všechny státní sféry. V krizových podmínkách je velmi důležitá správná úspornost státního rozpočtu a včasné investování do jednotlivých ekonomických sektorů. Kazachstán stále čeká dlouhá cesta, než se dostane na úroveň světové ekonomiky. Díky své vládě a občanům ovšem Kazachstán během 25 let nezávislosti získal vedoucí pozici mezi státy Střední Asie. Právě tato skutečnost činí Kazachstán nejzajímavějším objektem pro výzkum s ekonomického hlediska.

2 Cíl práce a metodika

Cílem práce je zhodnotit zajištění a financování zdravotnického systému v Kazachstánu. V rámci práce bude prozkoumán vliv státu na fungování zdravotnictví a zajištění zdravotní péče. Budou určeny hlavní nedostatky stávajícího systému a případně navržena opatření k jejich odstranění.

Literární rešerše bude zpracována na základě studia odborné literatury. Informace budou získávány nejen z českých materiálů, ale i zahraničních, především kazašských. Aktuální informace budou čerpány z odborných časopisů a internetových zdrojů. Významným zdrojem dat je databáze kazašského statistického úřadu, příslušných ministerstev a pojišťoven. V důsledku toho, že statistický úřad Kazachstánu neobsahuje všechny potřebné údaje, pomoci využití metod analýzy a syntézy budou provedené vlastní výpočty dat. Pomoci metody komparace dat budou určeny souvislosti mezi jednotlivými ukazateli. Na základě dosažených výsledků bude provedená prognóza, pomocí které bude vytvořen výhled do budoucnosti.

V praktické části budou použity grafy, články a tabulky z oficiálních webových stránek Ministerstva zdravotnictví Republiky Kazachstán, Statistického úřadu Republiky Kazachstán, Eurostatu a databáze Světové zdravotnické organizace. Sledované období se zahrnuje novější periodu Kazachstánu od roku 2010 do 2016. Na základě srovnání ekonomických údajů budou určeny problémy systému financování zdravotnictví v Kazachstánu. Pro výpočty v praktické části budou použity následující vzorky:

Tempo růstu rovná se:

$$\frac{y_i}{y_{i-1}} \cdot 100 \quad (1)$$

Podíl ukazatelů rovná se:

$$\frac{\text{ukazatel 1}}{\text{ukazatel 2}} \quad (2)$$

Bilance státních výdajů a příjmů rovná se:

$$\text{příjem} - \text{výdaj} \quad (3)$$

Bakalářská práce se skládá z několika částí, které vedou k dílčím závěrům. Jednotlivé dílčí závěry umožňují lépe popsat danou problematiku. V závěrečné části se na základě dílčích závěrů a praktických údajů věnuje hlavní problematice bakalářské práce.

3 Teoretická východiska hodnocení zdravotnictví Kazachstánu

3.1 Kazachstán coby stát Střední Asie

Kazachstán je jedním z největších států Střední Asie. Rozloha Kazachstánu je 2 725 000 km², což ho činí 9. nejrozsáhlejší zemí na světě. Po rozpadu SSSR v roce 1991 získal Kazachstán nezávislost, tak jako ostatní státy Sovětského svazu. Kazachstán je unitárním státem s prezidentskou formou vlády. Prvním a zároveň jediným prezidentem Kazachstánu je Nursultan Nazarbajev. Stát vlastní velké zásoby ropy, nerostů a drahých kovů. Díky rozsáhlým stepím má Kazachstán velký zemědělský potenciál jak pro pěstování obilnin, tak i pro chov dobytku. V době Sovětského svazu byl Kazachstán největším vývozcem zemědělské produkce. Rozvoj agrárního sektoru představuje v současnosti hlavní cíl státní ekonomiky.

Podle Katsagy (2012, s. 4) Kazachstán po rozpadu SSSR kvůli ukončení provozní a ekonomické spolupráce s ostatními státy bývalého SSSR a přechodu k tržní ekonomice prošel ekonomickou krizí ve všech sférách a důsledkem této krize byl i rozpad systému nabídky a poptávky. Katsaga tvrdí, že v roce 1992 dosáhla hyperinflace výše 3000 %. Roku 1993 přestal v Kazachstánu platit rubl. Od tohoto roku až do současnosti je státní měnou Kazachstánu tenge (dále KZT). V roce 1996 se ekonomika začala stabilizovat a krize z roku 1993 pomíjet. Tento proces ekonomického růstu se ovšem zastavil v roce 1998 kvůli ekonomické krizi v sousedním Rusku.

Ajagan (2010, cit. 2016-09-2), charakterizuje kazašskou ekonomiku v prvních letech 21. století jako rozvinutou. V roce 1999 odborníci zaznamenali obnovu ekonomiky, která pokračovala i v následujících letech díky rychlému tempu růstu energetického sektoru.

Podle WorldFactbook (2014), dosáhl růst HDP 10 %, což představovalo nejrychlejší rozvoj ekonomiky mezi všemi státy Střední Asie. Jak ovšem uvádí Ajagan (2010, cit. 2016-09-2), v roce 2008 se v důsledku snížení cen energetických surovin a propuknutí globální ekonomické krize tempo růstu HDP snížilo. Podle WorldFactbook (2014) dosáhl HDP v roce 2008 hodnoty 3,3 % a v roce 2009 dokonce 1,2 %. Ovšem v roce 2010 se HDP zvýšil o 7 %.

Pro lepší popsání ekonomické situace v Kazachstánu po rozpadu SSSR je vhodné použít tabulku 1 makroekonomických ukazatelů.

Tabulka 1 Makroekonomické ukazatele Republiky Kazachstán v letech 1990–2010 a 2015.

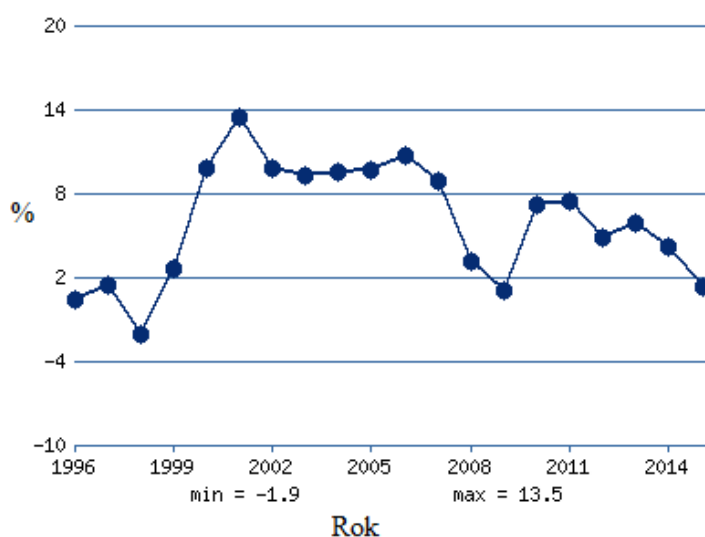
Makroekonomický ukazatel	1990	1995	2000	2005	2009	2010	2015
Nominální HDP, mld. USD	26,90	20,40	18,30	57,10	115,00	143,00	184,00
Nominální HDP na občana, USD	1 647	1 288	1 229	3 771	7 241	8 764	10 510
Roční tempo růstu HDP, %	0,0	-8,20	9,8	9,70	1,20	7,00	-18,9
Tempo růstu inflace, %	0,0	60,39	13,3	7,9	7,4	7,1	13,53

Zdroj: vlastní zpracování, Katsaga, 2012

Od roku 2000 začala ekonomika země výrazně růst díky zvýšení cen základních surovin na světovém trhu – nafty, drahých kovů a zemědělských výrobků. Podle tab. 1, v roce 2000 vzrostl HDP o 9,8 %, zatímco v roce 1999 pouze o 1,7 %. Od začátku roku 2001 bylo tempo růstu HDP jedním z nejvyšších na světě. V roce 2005 úroveň HDP vzrostla o 9,7 %. V době ekonomické krize roku 2009 se ukazatel HDP snížil na 1,2 %. V letech 2010 až 2011 bylo tempo růstu HDP kolem 7,0 %, ale od roku 2012 znovu došlo ke snížení ukazatele. V roce 2015 tento ukazatel dosáhl záporného bodu -18,9 %.

Pro podrobnější zobrazení vývoje tempa růstu HDP je vhodně využít graf 1.

Graf 1 Tempo růstu HDP Kazachstánu, 1996–2014, (%).



Zdroj: vlastní zpracování, World Factbook, 2014.

Náklady na zdravotnictví v % HDP dosahují také nízkých indexů. Podle SZO je tento ukazatel jedním z nejdůležitějších ukazatelů při hodnocení kvality systému zdravotnictví, a

proto může sloužit jako ukazatel rozvoje zdravotnického sektoru. V roce 2016 byla úroveň tohoto ukazatele 3,72 %, což přisuzuje Kazachstánu až 153. místo v celosvětovém měřítku. Podle doporučení SZO musí stát poskytovat na rozvoj zdravotnictví minimálně 5 % HDP. V evropských státech se tento ukazatel pohybuje okolo 6–10 %. (Národní zdravotní účty, 2016).

Dalším velkým problémem států bývalého SSSR byl podle Ajagana (2010) rychlý růst inflace. V současné době se Kazachstán z tohoto období ekonomické krize vymanil. Vláda Kazachstánu provádí správnou peněžní politiku. Jejím hlavním cílem je řídit příliv cizí měny bez stimulace inflace. Podle tabulky 1, za poslední deset let zůstala úroveň inflace pod kontrolou státu a došlo k její snížení. Tempo růstu inflace v rocích 2000 až 2010 dosahovala od 7,1 % do 13,3 %, což je výrazným snížením oproti roku 1995, kde inflace dosahovalo kolem 60,39%. V roce 2015 míra inflace dosahovala až 13,53%. Míra inflace udává změnu cenové hladiny za určité období, která se vypočítává jako poměr vybraného cenového indexu na konci a na začátku období.

Ještě jedním problémem současného systému zdravotnictví Kazachstánu jsou nízké mzdy zaměstnanců ve srovnání s národním hospodářstvím. Dle Katsagy (2008), zvýšení průměrné mzdy ve zdravotnictví je součástí kvalitního systému zdravotnictví. Pro podrobnější zobrazení hodnot průměrných mezd v zdravotnictví a národním hospodářství je vhodně využít tabulku 2. Z tabulky 2 vyplývá, že průměrné měsíční mzdy se neustále roste:

Tabulka 2 Průměrné měsíční příjmy zaměstnanců ve sféře zdravotnictví ve srovnání s národním hospodářstvím v letech 2010-2016, (v KZT na obyvatele).

roky	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
zdravotnictví	55 135	66 193	73 976	75 941	85 942	90 601	103 117
národní hospodářství	78805	97256	100 584	108 836	119111	124656	141187

Zdroj: vlastní zpracování, věstník č. 27, 2016

Zaměstnanci ve zdravotnickém sektoru mají ve srovnání s průměrnou mzdou v ostatních sférách národního hospodářství nižší mzdu. Tento vztah přitom existuje na všech úrovních. Pro srovnání: nejvyšších průměrných mezd, kolem 183 000 tenge, dosahují zaměstnanci v ropném a důlním průmyslu (věstník č. 17, 2016).

Kazašská ekonomika a ekonomika celého regionu Střední Asie je závislá na hodnotě amerického dolaru a cenách ropy. Rusko, jako hlavní partner Kazachstánu, má zároveň velký vliv na ekonomickou situaci ve státech bývalého Sovětského svazu. Tato situace se

projevuje i v dnešní době: ekonomická stabilita regionu střední Asie přímo závisí na Rusku jako hlavním dovozci zboží a statků na tento trh.

Vláda a prezident Kazachstánu přikládají velký význam vývoji mezinárodních vztahů se státy Evropy, Asie a východních států. V programu „Strategie Kazachstán 2030“ prezident Nursultan Nazarbajev stanovil hlavní myšlenky a prioritní cíle v budoucím rozvoji Kazachstánu. Tyto ideje se týkají rovněž zahraniční politiky (Nazarbajev, 1997, cit. 2016-07-22).

Jak tvrdí prezident Kazachstánu Nursultan Nazarbajev ve svém diplomatickém sdělení „Strategie Kazachstán 2030“ (1997, cit. 2016-07-22), pro zabezpečení svojí nezávislosti a teritoriální integrity musí být Kazachstán silným státem a udržovat přátelské vztahy se sousedními státy: Ruskem, Čínou a státy Střední Asie. Druhým prvkem zahraniční politiky Kazachstánu je podle prezidenta posílení vztahů s hlavními demokratickými a ekonomicky vyspělými státy včetně Spojených států amerických. Třetím prvkem je aktivní členství v mezinárodních organizacích, jako jsou OSN, MMF, Světová banka, Asijská rozvojová banka, Evropská centrální banka a Islámská rozvojová banka.

Kazachstán je v současné době členem OSN, Společenství nezávislých států, Šanghajské organizace pro spolupráci a OBSE. Členství Kazachstánu v mezinárodních organizacích přináší výhody jak v rozvoji tržní ekonomiky a importu/exportu výrobků a služeb, tak i přebírání zkušeností sousedních vyspělých států v rozvoji státních a sociálních struktur. Výsledkem členství Kazachstánu v OSN byl vstup do Světové zdravotnické organizace.

Dle SZO bylo v roce 1994 v městě Almaty vytvořeno zastoupení SZO v Kazachstánu. Podle webové stránky SZO jsou hlavními cíli, které SZO sleduje, zlepšení kvality poskytnuté zdravotnické péče a řešení globálních problémů v oblasti medicíny. V Kazachstánu SZO vykonává práci pro zlepšení ochrany zdraví obyvatelstva a rozvoj mezinárodních vztahů mezi vyspělými státy. Další role SZO spočívá v podpoře států v otázkách politiky a struktury zdravotnictví. Po rozpadu SSSR měla tato podpora pro formování zdravotnického sektoru velký význam. SZO pořádá různé konference a mezinárodní kongresy pro zlepšení zdravotnictví v asijském regionu.

Kazachstán je v současné době členem několika finančních organizací, jež uskutečňují investice do sektoru zdravotnictví: Mezinárodní banky pro obnovu a rozvoj, Evropské banky pro obnovu a rozvoj, Asijské rozvojové banky a Islámské rozvojové banky.

Nezbytné je zdůraznit účast státu při ratifikaci mezinárodních dohod týkajících se zdravotnických systémů a politiky: Úmluvy OSN o právech dítěte, Úmluvy OSN o odstranění všech forem diskriminace žen, Mezinárodní úmluvy o odstranění všech forem rasové diskriminace, Mezinárodního paktu o hospodářských, sociálních a kulturních právech.

Podle Katsagy (2012) se Kazachstán skládá ze 14 administrativních oblastí a dvou hlavních měst republikového významu: Astany a Almaty. Tyto oblasti jsou dále rozděleny na 220 krajů. Prezident státu jmenuje předsedy oblastí (*akim*), kteří mají pravomoc řídit svou oblast a odpovědnost za sociální i finanční aspekty řízení. Předseda oblasti (*akim*) proto odpovídá za financování oblastního zdravotnictví, které se uskutečňuje na oblastní úrovni. Ministerstvo zdravotnictví a sociálního rozvoje Republiky Kazachstán je hlavním orgánem řízení politiky v sektoru zdravotnictví. Strategické plánování se uskutečňuje prostřednictvím strategických plánů rozvoje zpracovaných Ministerstvem zdravotnictví Republiky Kazachstán.

Podle programu „Kazachstán 2030“ (Nazarbajev, 1997, cit. 2016-07-22), v současné době je možné strategický plán Ministerstva zdravotnictví Republiky Kazachstán charakterizovat následovně: zlepšení zdraví obyvatelstva, zvyšování efektivity systému zdravotnictví a rozvoj personálních zdrojů.

3.2 Modely financování zdravotnictví

„Systém péče o zdraví (nebo také systém zdravotní péče) z pohledu společenské reality je systémem s širokým záběrem do nejrůznějších zdravotnických i nezdravotnických oblastí. Zasahují do něj činnosti dalších resortů, orgánů, institucí (školy, orgány státní správy a samosprávy, občanská sdružení, aj.), ovlivňuje jej také životní prostředí kultura a etická úroveň dané společnosti, postavení vědy a výzkumu, ekonomická situace, životní způsob i životní styl obyvatel. Vychází ze stávajícího zdravotního stavu populace, z potřeb a požadavků společnosti i celkové sociální a ekonomické situace a jeho cílem je následný zdravotní stav populace. Z toho pohledu jsou konkrétní zdravotnické služby (tedy systém zdravotnictví čili systém zdravotnické péče) jeho subsystém, jsou jen jednou ze součástí systému péče a zdraví“ (Ivanová a kol., 2005, s.123).

Podle odborného článku Iriny Vasiljevové (2015) zdravotnictví, tak jako jiné oblasti činnosti státu, potřebuje kvalitní a včasné financování. Každý stát stojí před otázkou, jak rozdělit finanční prostředky mezi jednotlivá odvětví, tak aby financování zároveň vedlo k rozvoji oblasti ve všech směrech. Tato otázka se týká i zdravotnického sektoru.

Podle Aubakirovové (2009, s. 5) je systém financování sektoru zdravotnictví, který si daný stát zvolí, nedílně spojen s politickými otázkami a prioritními cíli budoucího vývoje. Státní zdravotnická politika se netýká pouze systému financování, ale také uskutečňování všech funkcí zdravotnictví. Aubakirovová tvrdí že systém financování musí odpovědět na tři otázky: jak se získají finanční prostředky, jak se rozdělí a jak se účinně využijí.

Dle Tusejevové (2008) je přitom nejdůležitější otázkou správné rozdělení finančních prostředků na makro a mikro úrovni. Efektivita rozdělení prostředků spočívá v tom, že společnost musí vynakládat na rozvoj sféry zdravotnictví značné množství finančních prostředků, ale nikoliv takové množství, aby došlo k potlačení ostatních sociálních a státních sfér.

Podle Aubakirovové (2009, s. 5) závisí finanční prostředky systému zdravotnictví na úrovni příjmů obyvatelstva, politických prioritách a vytvářejí se na základě sociálních a soukromých zdrojů.

V důsledku ekonomických, sociálních a teritoriálních rozdílů mezi státy nelze najít univerzální model financování sféry zdravotnictví. Vasiljevová (2015) ovšem na základě historického vývoje a reforem zdravotnické oblasti různých států předkládá tři základní modely. Tyto modely mají ovšem spíše teoretický charakter, protože neexistuje žádný stát, který by používal pouze jediný takový model: V současné době se vyskytují různé kombinace modelů financování zdravotnictví.

„Téměř ve všech soudobých zemích existují takové zdravotnické systémy, kde do vztahu mezi zdroji a potřebami vstupuje stát jako fenomén, jenž v různém smyslu, různém rozsahu a s různou intenzitou moderuje nebo přímo ovlivňuje jejich průběh. Právě v charakteru a v míře tohoto vlivu je podstata a smysl reforem zdravotnických systémů v jednotlivých státech, které se snaží nalézt optimum mezi potřebou a možnými zdroji. Do tržních vztahů, tvořících v podstatě podstatu poskytování zdravotnických služeb, tak vstupují dva významné momenty, vycházející z tradičních hodnot daného společenství: princip solidarity a regulační role státu. Jejich váha a proporce jsou v různých zemích vyjádřeny různě prostřednictvím jejich vlastních systémů zdravotní péče. Povaha a míra jejich uplatnění vyplývá ze zájmu státu na zdraví populace a vtělení těchto zájmů do určité zdravotní politiky“ (Ivanová a kol., 2005, s.128).

Dle Dolanského (2008, s.35) je možné přejít ke klasifikaci těchto třech základních organizační-ekonomických variant formování nacionálních systémů zdravotnictví:

- Státní (rozpočtový);
- Systém zdravotnictví, založený na sociálním (povinném) pojištění;
- Tržní zdravotnictví. Systém, založený na soukromém pojištění.

„Každý systémový model péče o zdraví je nutno chápat jako určitou abstrakci vyjadřující jen některé charakteristiky. Záleží hlavně na tom, které stránky procesu považujeme za důležité a zda je chceme ovlivňovat“ (Ivanová a kol., 2005, s.124).

3.2.1 Státní, rozpočtový model

Podle Vasiljevové (2015) je princip tohoto modelu založen na financování zdravotnictví ze státního rozpočtu a charakterizuje se podstatným omezením tržního vztahu mezi lékařem a pacientem. Bezplatná lékařská péče je garantována státem a s výjimkou některých nákladných a složitých medicínských služeb se poskytuje všem občanům nezávisle na jejich sociálním a finančním postavení. Zdravotnictví je financováno ze státních daní. Vasiljevová v rámci státního modelu rozlišuje dvě varianty financování

zdravotnictví: prostřednictvím přímého financování a prostřednictvím státních pojistných fondů, jejichž rezervy se používají pro financování zdravotnictví.

“Základním principem je úhrada veškerých zdravotnických úkonů ze státního rozpočtu – z daní, kdy pacient nemá přehled o cenách za poskytované služby. Podle výše příjmů se platí odvody – daně do státního rozpočtu. Z něho jsou pak přidělovány rozpočtem finanční prostředky poskytovatelům zdravotní péče, kteří jsou vesměs státní. Vše je plánováno a kontrolováno. Převládají extensivní ukazatele výkonnosti systému, lékaři a další zdravotničtí pracovníci jsou minimálně zainteresováni na fungování systému” (Dolanský, 2008, s.36).

Podle Bajevové (2007) spočívá přednost rozpočtového modelu před jinými modely v nízkých nákladech. Na rozdíl od pojistného systému je model státního zdravotnictví charakteristický vysokou úsporností, což se projevuje v nízkých nákladech na jeho řízení. Díky tomu je systém státního zdravotnictví pro společnost výrazně levnější než model povinného pojištění. V podmínkách rozpočtových omezení musejí lékařští pracovníci projevovat maximální šetrnost při používání nákladných materiálů a techniky. Tato skutečnost, že lékař v modelu státního financování je nájemným dělníkem, snižuje pravděpodobnost zneužití zdravotnických zdrojů. Podle Bajevové (2007) je stát hlavním odběratelem a dodavatelem lékařských služeb. Trh lékařských služeb se proto nachází pod státní kontrolou. Ve značné míře je tento model obsažen ve zdravotnických systémech takových států, jako je Velká Británie, Irsko, Finsko, Kanada, Švédsko, Itálie, Rusko a další. (Vasiljevová, 2015, s. 3) Tento model existuje i v Kazachstánu, ale v posledních rocích se zpracovává nový model, který je založený na povinném zdravotním pojištění.

Fungování systému státního zdravotnictví má celou řadu výhod. Hlavní výhodou tohoto modelu podle Vasiljevové (2015, s. 4) spočívá v tom, že stát má úplnou kontrolu nad poskytováním lékařské péče a činností všech zdravotnických zařízení. Každý občan státu získává sociální záruku poskytnutí lékařské péče. Kvalita práce nemocnic a zdravotnických pracovníků je kontrolována Ministerstvem zdravotnictví, což poskytuje úplnou informaci o jejich kvalifikaci.

Tento systém, tak jako všechny ostatní, má ovšem své vady a nevýhody. Vasiljevová (2015) uvádí několik hlavních nevýhod státního modelu. V ekonomicky nestabilních státech se v době krize a deficitu finančních prostředků projevuje neefektivním rozdělením materiálních zásob ve sféře zdravotnictví. Tento problém se obzvláště dotýká

zdravotnických zařízení malých měst a vesnic. Pacienti nemají možnost vybrat si mezi lékaři a nemocnicemi: každý pacient je přiřazen ke konkrétní nemocnici v závislosti na místě jeho bydliště. Protože je stát jediným zaměstnavatelem na pracovním trhu, mzda za práci lékaře je velmi nízká. Protože stát stojí před otázkou rozdělení rozpočtových prostředků, objem financování sektoru zdravotnictví přímo závisí na politických prioritách státu. Mimo jiné dle Dolanského (2008, s.39) je nedostatek motivace obyvatel k péči o vlastní zdraví a dlouhé čekací doby na některé neurgentní výkony.

3.2.2 *Systém zdravotnictví založený na povinném zdravotním pojištění*

Dalším modelem zdravotnictví je model zdravotního pojištění. Podle Dolanského (2008, s.36), tento model se začal ve Velké Británii uplatňovat od r.1948. Systém zdravotnictví je založen na financování odvětví prostřednictvím povinného zdravotního pojištění. Na rozdíl od rozpočtového modelu je v tomto modelu lékař svobodným dělníkem, který nabízí své služby na trhu zdravotních služeb. Stát ukládá občanům povinnost provádět vklady do fondu zdravotního pojištění. Částka, kterou je pracující občan povinen odvádět do fondu, se vypočítává jako fixní měsíční procento mzdy a skládá se z povinného vkladu zaměstnance a jeho zaměstnavatele. Jinými slovy, zaměstnavatel má také povinnost provádět vklady za své zaměstnance.

“Lze konstatovat, že zdravotnictví Velké Británie je jedním z nejvíce demokratizovaných a socializovaných systémů, které se vyvinuly v kapitalistických zemích a udržely se do dnešní doby. Zdravotní péče je převážně hrazena z veřejných prostředků, které jsou získávány z větší části z daně z příjmu obyvatel (80%) a z menší části (15%) z doplňkové platby národního pojištění. Do fondu národního pojištění přispívají jak zaměstnanci, tak zaměstnavatelé i osoby samostatně výdělečně činné. Daň z příjmu je daní progresivní v rozmezí 25-40 %, příspěvek na národní pojištění je ve výši 2-3 % z příjmu. Daň platí však pouze osoby nad určitou stanovenou příjmovou hranici. Znamená to, že občané, kteří jsou osvobozeni od daňové povinnosti, přesto konzumují zdravotní péči jako plátcí daně. Je to velmi solidární systém. Doplňujících 5 % se získává z doplateků na léky. Existují i přímé soukromé platby nebo doplácení ze soukromých zdravotních pojistek” (Dolanský, 2008, s.36)

V různých zemích se provádí platba pojistných vkladů v různých výších. Například, jak uvádí Bajevová (2007), v Německu je výše vkladů zaměstnanců a zaměstnavatelů

stejná, zatímco ve Francii zaměstnavatel hradí větší část nákladů na financování pojistných fondů.

Podle Vasiljevové (2015, s. 5) spočívá v modelu zdravotního pojištění princip profesionální solidarity, který předpokládá existenci pojistných fondů pod vedením nájemných pracovníků a podnikatelů. Podle principu solidarity nemusí sociální status občana určovat jeho přístup ke zdravotnickému systému ani k ostatním sociálním službám, jako je vzdělání, stravování atd. Jinými slovy, každému občanovi jsou zdravotní služby poskytovány ve stejné míře nezávisle na jeho sociálním statusu.

Akumulace prostředků se uskutečňuje v nevládních neziskových fondech, které jsou prostředníkem mezi pojištěncem a dodavatelem zdravotních služeb. V řadě států EU se pojistné fondy organizují na profesionálním, teritoriálním a politickém základě. Ve většině států jsou fondy řízeny zástupcem pojištěnců (Bajejová, 2007). Jak zdůrazňuje Bajejová, pojistné fondy mají ve srovnání se státními fondy v rozpočtovém modelu zdravotnictví celou řadu výhod. Vzniká rozdělení funkcí financování a poskytování zdravotních služeb: pojistné fondy odpovídají za různé sektory zdravotnictví. Další výhodou zdravotního pojištění spočívá v tom, že vzniká možnost kontroly činnosti pojistných fondů, používání a rozdělení pojistných prostředků. Pojištěnci mají možnost vybrat si lékaře a nemocnice, což v modelu státního financování není možné. Na trhu pojistných fondů dochází ke značné konkurenci, která zaměstnavatelům a zaměstnancům umožňuje výběr mezi různými variantami.

Tak jako systém rozpočtového financování, i model zdravotního pojištění má ovšem své nevýhody. Systém povinného zdravotního pojištění je dražší než model státního zdravotnictví. Vysoké náklady na podporu systému činí zdravotní pojištění nákladným pro pacienty. Kvůli decentralizovanému charakteru systému je slabinou tohoto modelu také náročný systém řízení a koordinace činnosti zdravotnictví (Vasiljevová, 2015, s. 7).

Dále je podle Bajejové (2007) životaschopnost modelu omezena ekonomickými a demografickými změnami. Například demografické změny ve struktuře obyvatelstva rozvinutých evropských států, jako je stárnutí obyvatelstva a pokles porodnosti, se stávají hlavními příčinami krize moderních systémů zdravotního pojištění.

3.2.3 *Soukromé zdravotnictví. Systém založený na soukromém pojištění*

Dalším druhem zdravotního pojištění je soukromé zdravotnictví založené na soukromém pojištění. Na rozdíl od modelu zdravotního pojištění, kde pojistné fondy mají státní a neziskový status, v modelu soukromého zdravotnictví jsou fondy a zdravotnická zařízení ve většině případů soukromými organizacemi (Bajejová, 2007).

V systému soukromého financování jsou zdrojem financování zdravotních služeb individuální příjmy občanů a zaměstnavatelů. Tento model lze také jmenovat jako privátní model (Němec, 2008, s.21).

„Charakteristickým rysem, privátního zdravotního pojištění je jeho dobrovolnost. S výjimkou Spojených států, kde je model pojistného krytí populace založen převážně na privátním zdravotním pojištění, a Švýcarska, do jeho reformy zdravotního pojištění v roce 1996, je privátní zdravotní pojištění ve vyspělých zemích jen určitým doplňkem ke statutárním systémům zdravotního pojištění označují souhrnně jako komplementární zdravotní pojištění nebo též zdravotní připojištění“ (Němec, 2008, s.21-22).

V systému soukromého pojištění zaměstnavatel vystupuje jako jediný nákupce lékařských služeb. Zaměstnavatel nakupuje všem svým zaměstnancům pojištění u pojistných podniků, které si navzájem konkurují. Tyto podniky mohou být jak komerčními, tak i nekomerčními organizacemi. V tomto systému má pacient právo výběru lékaře, tak jako v modelu zdravotního pojištění. Mezi lékaři existuje konkurence, jež vede k rovnováze na trhu zdravotních služeb. V modelu soukromého pojištění Spojených států amerických funguje princip financování podle počtu pojištěnců. Pojišťovna určuje objem lékařské péče, náklady na léčbu jednoho pacienta v konkrétním medicínském případě a na základě počtu pojištěnců plánuje své výdaje na příští rok. Odpovědnost spočívá na pojišťovně. V případě, že klient nebude spokojený s objemem zdravotních služeb nebo kvalitou jejich poskytnutí, může si najít jinou pojišťovnu, což vede ke konkurenci mezi pojišťovnami (Vasiljevová, 2015, s. 9).

Podle Vasiljevové v modelu placeného zdravotnictví vyzdvihnout existuje jedna hlavní přednost před jinými formami financování zdravotnického sektoru: kvalita zdravotních služeb je mnohem vyšší než v systému státního financování. Kromě toho na trhu zdravotních služeb existuje vysoký počet nemocnic a zdravotnických zařízení různé ceny a kvality, což zajišťuje uspokojení různých individuálních potřeb. Zaměstnanci ve zdravotnické sféře mají ve srovnání s rozpočtovým modelem vysoké mzdy a jejich

kvalifikace je mnohém vyšší než u lékařů v rozpočtovém systému. (Vasiljevová, 2012, s. 9)

Avšak tržní model zdravotnictví podle názoru Dolanského (2008, s.35) mají i velké nedostatky:

„Tržní model zdravotního systému je typický výraznou nerovností ve zdravotní péči, je drahý, má nedostatečné kontrolní mechanismy, omezenou dostupnost, vysoké administrativní finanční zatížení (až 20 % z celkového objemu výdajů) a neřeší úhrady za dlouhodobou domácí péči a chronicky nemocné. Navíc finanční motivace a pohled na zdraví, jako na zboží, vede k mnoha soudním sporům mezi lékaři a „poškozenými pacienty“. Tržní zdravotnictví založené na principu volného trhu považuje zdravotní péči za zboží s tržní cenou. Hlavními atributy je konkurence, privatizace nabídka-poptávka dobrovolný vztah, smluvní vztah. Vlivem konkurence ceny péče rostou, značná část péče poskytovaná nadbytečně, dochází k nadbytečné spotřebě, žádná péče nezbude, tudíž žádný poskytovatel nezkrachuje. Části populace se péče nedostává, neboť so ji nemůže koupit. Trh není schopen zajistit kontrolu objemu péče a vynaložených prostředků, ani racionální strukturu sítě zdravotnických zařízení” (Dolanský, 2008, s.36).

Podle Dolanského (2008, s.40) lze vydělit základní rysy současného stavu ve struktuře financování zdravotnictví:

- Dosud nebyl nalezen ideální model financování;
- Ve všech případech musí zasahovat stát;
- Žádný model není absolutně spravedlivý, aby nerozlišoval bohaté a chudé pacienty;
- Ve všech vyspělých státech je zdravotnímu systému přikládána celospolečenská důležitost s odrazem do politické reality každého státu;
- Každý model se snaží o určitou regulaci poptávky.

Podle Dolanského (2008, s.40) se proto kvůli nepřítomnosti jediného modelu financování ve většině států používá kombinace základních modelů. Ve státech, jako jsou Spojené království, Dánsko, Irsko, Itálie, Rusko, Kazachstán ostatní státy socialistického bloku, převládá bezplatná státní lékařská péče. Financování soukromými pojišťovkami na principu placeného zdravotnictví funguje v USA. Ve většině vyspělých států, jako jsou Francie, Německo, Španělsko a Česká Republika má financování zdravotnictví ovšem smíšený charakter. V současné době státy uplatňují jak principy rozpočtového modelu, tak i modelu zdravotního pojištění. Příčinou používání smíšeného modelu financování

je skutečnost, že žádný existující model s jediným zdrojem financování nemůže pokrýt náklady na zabezpečení kvalitní a dostupné lékařské péče.

Vláda a státní orgány při vytváření systému řízení zdravotnictví přijímají jako základ znalost světových standardů politiky v oblasti zdravotnictví, jež byly vytvořeny mezinárodními organizacemi OSN a SZO: zaprvé vysokou kvalitu lékařské péče při minimálních nákladech, zadruhé zabezpečení dostupné lékařské péče na základě solidarity mezi bohatými a chudými občany a mezi mládeží a seniory, zatřetí model musí být ekonomicky efektivní (Bajejová, 2007, s. 49).

3.3 Východiska při vytváření současného systému financování zdravotnictví Republiky Kazachstán

Historie rozvoje systému zdravotnictví Republiky Kazachstán se skládá z 6 etap. Při analýze problém současného systému je nezbytně předtím rozebrat každou z těchto etap a popsat změny a vliv na zdravotnický sektor. Pro chronologické rozdělení etap je vhodně použít následující tabulku 2:

Tabulka 2 Etapy rozvoje systému financování zdravotnictví v Republice Kazachstán.

Roky	Systém zdravotnictví
1992-1995	Státní model, zděděný z doby Sovětského Svazu
1996-1998	První pokus zavedení povinného zdravotního pojištění
1999-2004	Návrat ke státnímu modelu financování zdravotnictví
2005-2009	Státní model, založený na rozdělování rozpočtu na úrovni oblastí
2010-2017	Státní model, založený na rozdělování rozpočtu na národní úrovni
Od roku 2017	Systém založený na povinném zdravotním pojištění

Zdroj: vlastní zpracování, Katsaga, 2012.

Za celou dobu existování nezávislého Kazachstánu byli použity dva modely zdravotnictví: státní model a model povinného zdravotního pojištění. Přitom změny se týkali rozdělování rozpočtu v státním modelu zdravotnictví.

3.3.1 Období Sovětského svazu a přechodné období

G. Narmatovová (2011) ve své publikaci charakterizuje stav systému financování zdravotnictví v 90. letech 20. století jako velmi nedostatečný.

V době Sovětského svazu nepředstavovalo zdravotnictví Kazachstánu hlavní směr rozvoje státu. V 80. letech se stav zdravotnického systému zhoršoval. Podle názoru vlády nebyla oblast zdravotnictví ve srovnání s ostatními sférami výkonná a bylo třeba ji rychle rozvinout. V podmínkách nedostatečného rozpočtového financování nemohla nabídka lékařských služeb vést k uspokojení poptávky. Zdravotnická zařízení kvůli tomu vytvořila systém neformálních plateb, aby uhradila část nákladů na poskytnutí zdravotní péče (Katsaga, 2012).

Podle Narmatovové (2011) bylo snížení státních výdajů na zdravotnictví způsobeno několika faktory: prudkým poklesem HDP, vysokým růstem inflace, ukončením subvence z Moskvy a nedůsledným výběrem daní. Kvůli značnému snížení rozpočtových zdrojů

se stěží udržela samotná existence zdravotnického systému. V roce 1994 představovaly reálné výdaje na zdravotnictví pouze 37 % výše před vyhlášením nezávislosti.

Kazachstán po vyhlášení nezávislosti v roce 1991 zdědil sovětský model zdravotnictví, jenž byl státním rozpočtovým modelem a měl centralizovaný charakter (Katsaga, 2012). Podle Katsagy byl jedním ze základních principů tohoto systému všeobecný a bezplatný přístup obyvatelstva ke zdravotním službám. Tento princip ovšem působil některé problémy v sociálně slabších vrstvách obyvatelstva.

Jak uvádí Tusejevová (2008), občané neměli zájem pečovat o své zdraví. Protože zaměstnavatel za své zaměstnance hradil 100 % výše nemocenské dávky, pro zaměstnance bylo výhodné zůstat na nemocenské dovolené. Na druhou stranu měl i zdravotnický sektor zájem na vysokém počtu nemocných: čím vyšší počet stacionárních míst a pacientů v nemocnici, tím větší suma státních dotací. Také Tusejevová zdůrazňuje tendence překračování finančních prostředků. Hlavním ukazatelem efektivity ve sféře zdravotnictví byl počet nemocnic, zdravotnických zařízení a lékařů. Na začátku 90. let byl počet stacionárních míst a lékařů na 1000 občanů mnohem vyšší než ve státech západní Evropy. Podle Tusejevové ve struktuře financování zdravotnictví převládal nemocniční sektor: 75 % finančních prostředků bylo použito na nemocniční sektor. Kvůli neracionálnímu použití lidských zdrojů, léků a nemocnic nevedl tento přístup k efektivnímu zlepšení stavu státního zdravotnictví.

Ve struktuře nového státu se tento model ukázal být neefektivním, a proto po rozpadu SSSR došlo k rozsáhlým reformám v oblasti zdravotnictví. Hlavní změny ve struktuře a regulaci systému zdravotnictví byly provedeny v 90. letech a zahrnovaly takové reformy, jako jsou pokusy předat pravomoci řízení místním úřadům, zavedení povinného zdravotního pojištění a také změny ve struktuře první lékařské pomoci. V roce 1996 byl vytvořen paralelní Fond povinného zdravotního pojištění (FPZP) a jediný státní systém povinného zdravotního pojištění (s výjimkou armády, která měla svůj zdravotnický systém). Zaměstnavatelé hradili do fondu 3 % ze mzdy, orgány místní samosprávy prováděly vklady za sociálně slabé skupiny obyvatelstva (např. studenty, děti, nezaměstnané a seniory). Systém povinného zdravotního pojištění byl řízen prostřednictvím almatinského městského oddělení FPZP a 14 oblastních oddělení. V roce 1998 byl systém povinného zdravotního pojištění z několika příčin zrušen (Katsaga, 2012).

Jak uvádí Narmatovová (2011), FPZP zaprvé vykazoval obrovský deficit finančních prostředků a v roce 1998 nemohl plnit některé ze svých povinností. V roce 1996 přinesl FPZP do výdajů na zdravotnictví pouze 15 % namísto plánovaných 25 %. Mnohé podniky měly velké dluhy a nemohly hradit vklady z mezd. Dále asi čtvrtina obyvatelstva neplatila povinné pojistné. Hlavní příčina zrušení systému povinného pojištění ovšem spočívala v tom, že regiony neprováděly platby pojistného za nepracující občany. Důsledkem byl dluh regionálních orgánů vůči FPZP, který ke konci roku 1998 dosahoval 27 mld. tenge. FPZP proto nemohl plnit své povinnosti vůči zdravotnickým zařízením a jeho dluh dosáhl 8 mld. Tenge. Mezinárodní finanční organizace (MMF a Světová banka) v roce 1998 kvůli finanční krizi v Rusku doporučily vládě Kazachstánu, aby zrušila všechny fondy včetně Fondu povinného zdravotního pojištění a přešla k systému cílového rozpočtového financování. Důvěra vůči FPZP poklesla také kvůli obviněním vedoucích fondu z korupce.

3.3.2 Rozdělení finančních prostředků ve struktuře zdravotnictví

Po rozpadu Sovětského svazu se model rozdělování finančních prostředků v systému zdravotnictví několikrát změnil. Kazachstán prošel třemi etapami konsolidace finančních prostředků zdravotnictví.

V první etapě v letech 1995 až 1999 existoval systém vertikálního sloučení finančních prostředků. Jeho hlavní příčinou byl systém zdravotního pojištění, který v té době existoval. Jako bylo řečeno v kapitole 3.3, v roce 1996 byl vytvořen Fond povinného zdravotního pojištění (Iškininová, 2008).

Druhá etapa pokrývá období let 1999–2004 (Akanov, 2010). Toto období je charakteristické horizontálním rozdělením finančních prostředků mezi kraje a přenesením pravomocí na okresní úřady. Jak tvrdí Akanov, taková decentralizace způsobila nerovnosti mezi městy, protože ve finančních prostředcích různých oblastí existovaly rozdíly.

Vláda Kazachstánu proto v roce 2005 učinila rozhodnutí přejít na rozdělování finančních prostředků na úrovni oblastí. Tento systém byl založen na státním programu reformy a rozvoje zdravotnictví Kazachstánu v letech 2005–2010. Podle Akanova (2010) je oblastní rozpočet ve sféře zdravotnictví vytvářen z daňových příjmů a subvencí ze státního rozpočtu, jež jsou určeny pro realizaci prioritních národních programů ve sféře zdravotnictví.

Katsaga tvrdí, že výsledkem 3. etapy konsolidace finančních prostředků na úrovni oblastí bylo zvýšení efektivity, spravedlnosti a dostupnosti lékařských služeb. Bez ohledu na pozitivní výsledky 3. etapy začal v roce 2010 proces další konsolidace prostředků zdravotnictví na národní úrovni. V roce 2010 proto začala 4. etapa konsolidace prostředků. Prvním krokem bylo podle Katsagy (2012) sjednocení rozpočtů stacionárních nemocnic na národní úrovni. V následující etapě se provede konsolidace finančních prostředků zdravotnictví, které jsou zdrojem financování služeb Garantovaného objemu bezplatné lékařské péče (GOBLP). Ministerstvo zdravotnictví Republiky Kazachstán doufá, že konsolidace rozpočtu zdravotnictví na národní úrovni vytvoří lepší podmínky pro vyrovnání nákladů na zdravotnictví ve všech oblastech a také zlepší regulaci sektoru zdravotnictví.

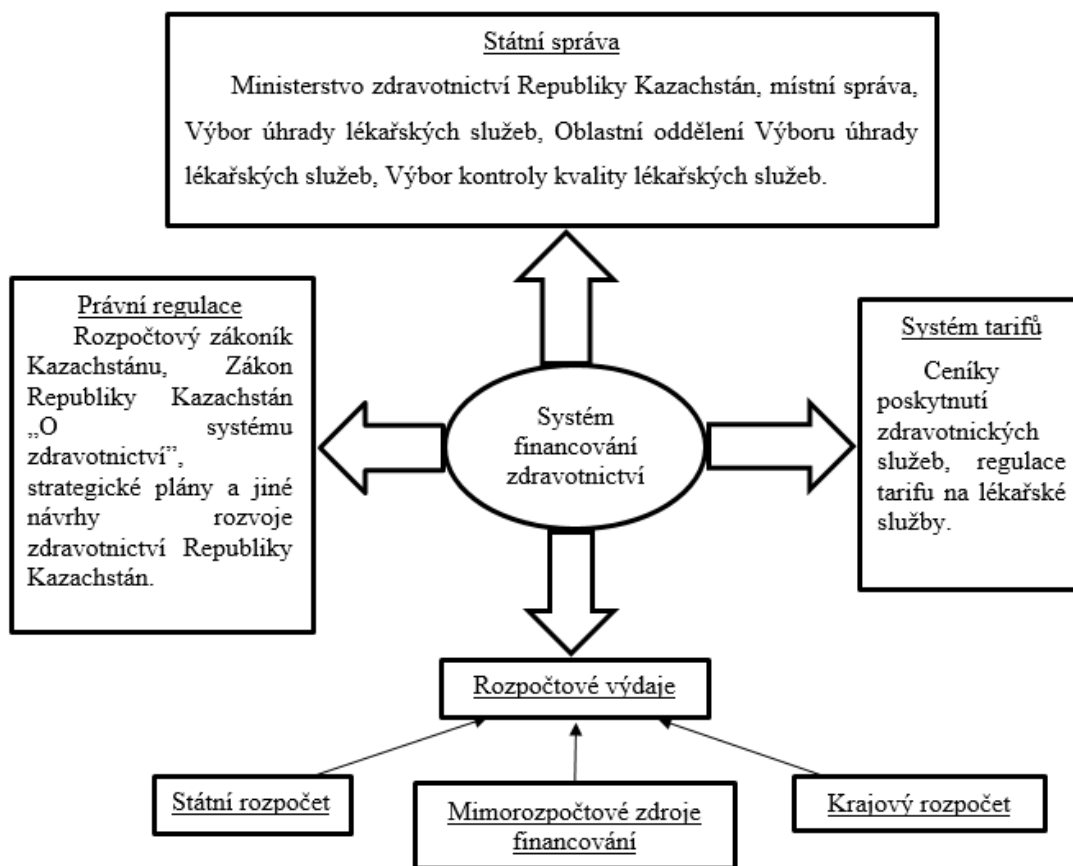
3.3.3 Současný systém financování zdravotnictví

Jak uvádí Akanov (2010), Kazachstán se v roce 1998 vrátil zpět k rozpočtovému modelu a fond povinného pojištění přestal fungovat. Návratem k předchozímu modelu se zlepšila situace ve financování zdravotnictví, nicméně všechny nedostatky rozpočtového modelu se znovu objevily.

Podle Aubakirovové (2009, s. 6) je rozpočtový model jediným modelem, který vede k rozvoji zdravotnického sektoru Kazachstánu. Financování zdravotnictví ze státního rozpočtu představuje nejefektivnější způsob, jak vytvořit systém dostupné lékařské péče pro všechny občany. Jak uvádí Aubakirovová, listina nákladů je základním dokladem pro stanovení výše, směřování a rozdělení finančních prostředků mezi zdravotnickými institucemi a zařízeními. Na základě této listiny mají Ministerstvo zdravotnictví a sociálního rozvoje a okresní úřady přístup k informacím o objemu financování všech regionů státu, což zabezpečuje pravidelné měsíční přidělování prostředků na poskytování lékařských služeb.

Na následujícím schématu 1 je představena současná struktura systému financování zdravotnictví Kazachstánu.

Schéma 1 Struktura systému financování zdravotnictví Republiky Kazachstán.



Zdroj: vlastní zpracování, Aubakirovová, 2009.

Základními složkami ve struktuře rozdělování rozpočtových prostředků jsou státní správa, systém právní regulace a systém tarifů. Jako doplňkový zdroj financování zdravotnictví slouží poskytování placených lékařských služeb, dobrovolné zdravotní pojištění a finanční podpora ze strany mezinárodních finančních fondů. "

Podle Iškininové (2008) je při současném rozvoji kazašského systému rozpočtového financování v podmínkách krizových jevů státní ekonomiky nutné používat analýzu finančních nákladů na upevnění zdraví obyvatelstva. Iškininová rovněž tvrdí, že každá z úrovní systému zdravotnictví plní své funkční úkoly a v rámci těchto úkolů vytváří své cíle a cesty k řešení těchto úkolů. Proto je podle Iškininové nutné vypracovat takové finanční projekty, které mohou vést k efektivním výsledkům zdravotnických zařízení a státního aparátu a zároveň přinést výhodu spotřebitelům lékařských služeb. Iškininová přikládá financování coby nedílné složce struktury zdravotnictví velký význam a označuje ho jako jeden ze stimulů zvýšení dostupnosti a kvality lékařských služeb.

Podle Akanova (2010) má rozpočtové financování zdravotnictví za cíl nahradit zdravotnickým zařízením výdaje na poskytování bezplatných lékařských služeb občanům podle sociálního standardu. Proto byl v roce 2000 schválen seznam lékařských služeb, které se všem občanům státu poskytují zdarma. Jedním z hlavních programů reformy bylo vytvoření seznamu Garantovaného objemu bezplatné lékařské péče (dále GOBLP) v letech 2005–2010.

Tento program byl vytvořen na základě následujících principů: souladu s finančními možnostmi státu, sociální spravedlivosti, dostupnosti lékařské péče a rozdělení státní odpovědnosti, odpovědnosti zaměstnavatelů a občanů za ochranu zdraví. Ve vyhlášce č. 815 jsou určena pravidla poskytnutí lékařské péče a vytvořen objem bezplatných zdravotních služeb v rámci ústavní péče. GOBLP určuje, které lékařské služby se hradí z finančních prostředků státního rozpočtu. Balík služeb zahrnuje služby záchranné a ambulantní pomoci a ústavní péče. Každé dva roky se provádí přezkoumání seznamu služeb. Hrazení služeb GOBLP je nezákonné kromě placených služeb, kterých nejsou v seznamu GOBLP. Tyto placené služby občané hradí ze soukromých zdrojů nebo ze zdrojů zaměstnavatele (vyhláška č. 815, 2004).

Stát neustále zvyšuje objem financování služeb GOBLP. Podkladem k tomu může sloužit tabulka 3

Tabulka 3 Objem financování služeb GOBLP, 2007-2016. mln. KZT.

roky	Objem GOBLP
2007	42219
2008	52477,2
2009	64780,4
2010	90454,3
2011	118471
2012	139572,8
2013	195327
2014	227862,2
2015	288181,8
2016	354576,7

Zdroj: vlastní zpracování, výbor statistiky ministerstva národní ekonomiky republiky Kazachstán, 2017.

V roce 2014 v Kazachstánu vytvořen státní orgán „Výbor úhrady lékařských služeb Ministerstva zdravotnictví a sociálního rozvoje Republiky Kazachstán“. V souladu s nařízením Ministerstva zdravotnictví Republiky Kazachstán č. 146. je hlavním cílem nového výboru provádět kontrolu kvality a objemu lékařských služeb v rámci GOBLP. Výbor vystupuje jako zákonný zástupce státu v otázkách zdravotnického sektoru a vykonává práci pro zlepšení mechanismů financování zdravotnictví (nařízení č. 146, příloha č. 1, kap. 2, oddíl 13). Výbor úhrady lékařských služeb plní celou řadu dílčích funkcí: úhradu lékařských služeb v rámci GOBLP ze zdrojů státního rozpočtu, vytvoření metodiky pro stanovování tarifů a plánování nákladů na lékařské služby GOBLP, výběr dodavatele služeb GOBLP, zavedení systému oceňování motivace zaměstnanců zdravotnických zařízení, provádění kontroly, koordinace a monitoringu zavedení a realizace programů v rámci jednotného národního systému zdravotnictví (nařízení č. 146, příloha č. 1, kap. 2, oddíl 14). Výbor má pravomoc plně kontrolovat činnost všech zdravotnických zařízení a institucí v rámci GOBLP, a to jak z hlediska kvality poskytovaných lékařských služeb, tak i z hlediska ekonomické činnosti při nakládání se státním rozpočtem (nařízení č. 146, příloha č. 1, kap. 2, oddíl 15). Při realizaci nových programů financování zdravotnictví má výbor právo spolupracovat s různými zahraničními organizacemi, které se zabývají otázkami úhrady lékařských služeb a rovněž pořádat semináře pro zlepšení kvalifikace pracovníků. Financování výboru se provádí ze státního rozpočtu a pod kontrolou Ministerstva zdravotnictví a sociálního rozvoje. Výbor má povinnost vést účetnictví a sestavovat finanční výkaz své činnosti (nařízení č. 146, příloha č. 1, kap. 2, oddíl 15). Prostřednictvím činnosti Výboru úhrady lékařských služeb proto vláda státu řídí kontrolu systému financování a poskytování lékařské péče.

Protože jediný výbor ovšem nemůže zabezpečit úplnou kontrolu činnosti všech zdravotnických zařízení v rámci GOBLP, je Výbor úhrady lékařských služeb rozdělen na 16 oddělení. Oddělení výboru úhrady lékařských služeb Ministerstva zdravotnictví a sociálního rozvoje Republiky Kazachstán je teritoriálním odborem výboru a má pravomoc plnit všechny funkce výboru. Každé z 16 oddělení tedy ve svém regionu odpovídá za kontrolu kvality a objemu lékařských služeb v rámci GOBLP. Činnost oddělení je pod kontrolou výboru a je financována ze státního rozpočtu (nařízení č. 146, příloha č. 2, kap. 1, oddíl 1).

3.4 Druhy lékařské péče a struktura jejich financování

Při plánování rozpočtových nákladů na zdravotnictví je nutné mít předem jasnou představu o objemu finančních prostředků, které se rozdělují podle stanovených tarifů (Aubakirovová, s. 8). Tyto tarify jsou stanoveny na zákonodárné úrovni podle nařízení Ministerstva zdravotnictví Republiky Kazachstán č. 801. Tarify na lékařské služby zahrnují výdaje spojené s činností zdravotních zařízení v rámci GOBLP: platby mezd zaměstnancům, daně a jiné povinné platby, nákup léků a medicínských materiálů, stravování pacientů, zlepšení kvalifikace zaměstnanců, komunální služby.

V souladu s nařízením Ministerstva zdravotnictví Republiky Kazachstán č. 801 se tento systém tvorby tarifů rozšiřuje na následující formy lékařské péče:

- Ambulantní – klinická péče (dále AKP).
- Nemocniční léčba.
- Záchraná služba.

3.4.1 *Ambulantní – klinická péče (dále AKP)*

Podle definice zákona č. 193-IV, ambulantní – klinická péče zahrnuje preventivní, diagnostické a lékařské služby. Výpočet tarifů AKP se provádí podle komplexního normativu AKP.

Komplexní normativ AKP se stanovuje na základě výpočtu na jednoho občana, který je zaregistrován v registru obyvatel a vyjadřuje hodnotu poskytnutí lékařských služeb v rámci AKP (nařízení č. 801, paragraf 1, článek 8). Tento normativ se skládá z garantované složky komplexního normativu AKP a stimulační složky komplexního normativu. Garantovaná složka komplexního normativu AKP zahrnuje náklady spojené s lékařskou činností subjektu první lékařské – sanitární pomoci (dále PLSP) na poskytnutí ambulantních služeb podle seznamu GOBLP (nařízení č. 801, paragraf 1, články 9–10). Stimulační složka komplexního normativu zahrnuje náklady na zvýšení kvalifikace zaměstnanců ve sféře bezplatného zdravotnictví PLSP a také cestovní náhrady. Z názvu tohoto normativu je rovněž patrné, že plní také funkci materiální motivace zaměstnanců. Výpočet komplexního normativu AKP na jednoho obyvatele měsíčně se provádí podle následujícího vzorce (5) (nařízení č. 801, paragraf 1, článek 13):

$$KN_{akp} = KN_{gar} + S_{sskn} \quad (4)$$

KN_{akp} – komplexní normativ AKP.

KNgar – garantovaná složka komplexního normativu AKP.

Ssskn – součet stimulační složky komplexního normativu.

Pomocí následujícího vzorce (6) (nařízení č. 801, paragraf 1, článek 14), je možné zjistit objem financování subjektu PLSP v následujícím roce nebo období, za předpokladu že je znám komplexní normativ APP:

$$V_{plsp} = P_{plsp} \times KN_{akp} \times m \quad (5)$$

V_{plsp} – objem financování subjektu PLSP v následujícím roce nebo období.

P_{plsp} – počet obyvatel přiřazených k subjektu PLSP.

KN_{akp} – komplexní normativ AKP.

m – počet měsíců v období, v němž se vypočítává objem financování.

3.4.2 *Nemocniční péče*

Tomuto druhu lékařské péče je věnován největší podíl výdajů na zdravotnictví. Podle údajů z webových stránek kazašského Ministerstva zdravotnictví a sociální péče představovaly výdaje za nemocniční léčbu v roce 2013 až 51 % z celkových výdajů.

Tarify na poskytování nemocniční léčby se vypočítávají podle počtu dnů, které pacient strávil ve stacionáři, a podle počtu uzdravených pacientů (nařízení č. 801, paragraf 2, článek 22). Tyto tarify se vypočítávají stejným způsobem podle následujícího vzorce (7):

$$T = V_{fin} \div P \quad (6)$$

T – tarif subjektů zdravotnictví v rámci nemocniční léčby.

V_{fin} – objem financování nemocniční léčby v plánovaném období na den, který pacient stráví ve stacionáři, nebo podle jednoho uzdraveného pacienta.

P – počet dnů, které pacient strávil ve stacionáři nebo počet uzdravených pacientů.

3.4.3 *Záchranná služba*

V souladu s nařízením č. 269 z roku 2015 je záchranná lékařská služba formou poskytnutí lékařské péče při vypuknutí nemoci a zdravotních stavech, které potřebují mimořádnou lékařskou pomoc, aby se zabránilo nebezpečí smrti. Také do složky záchranné služby patří náklady na sanitární letectví. Úhrada nákladů na poskytnutí záchranné služby se počítá podle tarifu za jedno volání záchranné služby (nařízení č. 801, paragraf 4, článek 33).

3.5 Ostatní zdroje financování zdravotnictví Republiky Kazachstán

Od vyhlášení nezávislosti je hlavním zdrojem financování kazašského zdravotnictví státní rozpočet. Dalším důležitým zdrojem jsou v souladu se zákonem č. 193-IV soukromé platby občanů (oficiální a také neoficiální placené služby). Doplnkovými zdroji jsou dobrovolné zdravotní pojištění (dále DZP) a mezinárodní finanční fondy, které slouží jako pomocné zdroje.

Velký podíl na celkových výdajích ve zdravotnictví jsou soukromé platby občan. Nemocnice a jiná zdravotnická zařízení mají v současnosti právo vybírat platby za poskytnutí lékařských služeb, které nejsou v seznamu Garantovaného objemu bezplatné lékařské péče (zákon č. 193-IV, 2009). Tyto služby nejsou životně důležité, jedná se například o služby kosmetické chirurgie a některé stomatologické služby. Platba za lékařské zboží a služby byla legalizována v roce 1995 (Katsaga, 2012). Podle zákona č. 193-IV, mají orgány oblastní správy právo stanovovat výše těchto plateb a určovat ceníky služeb, které nejsou zahrnuty v GOBLP. Mnohá zdravotnická zařízení byla ovšem nucena zavádět placené služby v důsledku rozpočtového omezení. Pacienti následně platí za služby, které by měly být bezplatné. Pacienti takto hradí kupříkladu stravu v nemocnicích a léky

Podle Katsagy (2012, s. 67) neformální či „neoficiální“ poplatky byly po mnoho let charakteristickým rysem zdravotnických systémů států východní Evropy a bývalého Sovětského svazu. Je těžké určit výši těchto poplatků. Ministerstvo zdravotnictví Republiky Kazachstán přiznává existenci neoficiálních poplatků. Podle Katsagy lze určit několik hlavních příčin vzniku systému neformálních poplatků. Jsou jimi: nízké mzdy zdravotnických pracovníků, nedostatečné financování GOBLP, špatný monitoring realizace GOBLP a absence výrazného rozdělení služeb v rámci GOBLP a placených služeb.

Neformální platby mají zpravidla největší dopad na sociálně slabé vrstvy obyvatel. Kvůli nedostatku peněžních prostředků jsou chudí občané nuceni odmítat léčbu ve zdravotnických zařízeních a léčit se doma. Zavádění placených lékařských služeb může také vést k neefektivitě v oblasti poskytování lékařské péče (Tuseeva, 2008).

Vláda Kazachstánu podporuje zavedení DZP coby prostředku rozšíření zdrojů financování zdravotnictví. DZP v současnosti hradí zaměstnanci velkých průmyslových podniků, finančního a bankovního sektoru a sektoru ropného a plynárenského průmyslu.

Pojišťovny nabízejí 3 až 14 různých pojistných balíčků na pokrytí léčby různých druhů nemocí a také služby úrazového pojištění. Velmi populárním druhem je kupříkladu pojištění osob, které jedou do ciziny na dovolenou nebo na služební cestu. Zdravotní pojištění se poskytuje rovněž pro studenty v cizině. Výše minimálního pojištění činí 70 USD, přičemž pojistné krytí je 900 USD. Cena maximálního pojištění s pojistným krytím 30 000 USD činí 2000 USD (Iškininová, 2008).

Protože DZP je nepovinné, občané Kazachstánu se pro ně rozhodují pouze v případě krajní potřeby. Bez pojištění kupříkladu nelze obdržet víza na cesty do zahraničí, které bývají jednou z hlavních příčin koupě dobrovolného pojištění. Podle Katsagy je pro obyvatele lepším řešením zaplatit za placené lékařské služby v nemocnici než provádět měsíční platby pojistného dobrovolného pojištění. Mnozí odborníci tvrdí, že nedůvěra k DZP je spojená s národní mentalitou obyvatel států bývalého Sovětského svazu. V době Sovětského svazu neexistovaly pojistné fondy a zdravotnictví, tak jako jiné služby, bylo bezplatné. Pokud jde o dobrovolné zdravotní pojištění, Kazachstán tedy zatím nenabyl zkušenosti západních států, a DZP proto nepředstavuje významný zdroj financování zdravotnického rozpočtu (Katsaga, 2012).

Spolupráce s jinými státy a mezinárodními organizacemi je jednou z klíčových strategií rozvoje sféry zdravotnictví Kazachstánu. Podle Ministerstva zdravotnictví a sociálního rozvoje Kazachstán podepsal smlouvy o spolupráci s 50 státy a mezinárodními organizacemi včetně SZO, USAID (agentura USA pro mezinárodní rozvoj) a UNICEF. V roce 2015 vklady ze zahraničních zdrojů představovaly 0,2 % celkových příjmů do zdravotnictví (Národní zdravotní účty). Hlavními investory jsou Světová banka, SZO, UNICEF, Rozvojový program OSN, Asijská rozvojová banka, EU, Mezinárodní červený kříž a další. Světové organizace také uskutečňují podporu projektů reformy financování zdravotnictví (Iškininová, 2008).

3.6 Vývoj systému povinného zdravotního pojištění

Za této situace nestability systému financování zdravotnictví stojí vláda a Ministerstvo zdravotnictví před otázkou, jak zvýšit objem financování sektoru, a tím i celého systému zdravotní péče. Jedním ze způsobů je vytvoření nového zdroje financování, který by nejlépe vyhovoval podmínkám tržní ekonomiky. Tím by stát přešel k ideji vytvoření systému povinného zdravotního pojištění (PZP), který bude spuštěn v březnu roku 2017.

Podle zákona č. 405-V bude vytvořen Fond povinného zdravotního pojištění, který bude provádět akumulace vkladů a nákup zdravotních služeb v předpokládaných objemech v souladu se smlouvou o nákupu zdravotních služeb. Tak jako v době prvního pokusu zavedení povinného zdravotního pojištění, i tento fond bude nekomerční organizací. Systém povinného zdravotního pojištění bude vytvořen na základě povinných pojistných vkladů od státu, zaměstnanců, zaměstnavatelů a také soukromých osob. Všechny aktivity fondu budou umístěny v Národní bance. Tento systém povinného zdravotního pojištění bude otevřen rovněž pro občany. Každý zaměstnanec má podle zákona právo sledovat stav svých peněžních vkladů do fondu. Zaměstnavatel má povinnost do 15. dne každého měsíce poskytnout informace o srážkách na zdravotní pojištění.

Ministryně zdravotnictví a sociálního rozvoje Tamara Dujsenovová při představení nového zákona rozlišila tři druhy balíčků lékařských služeb (Kochetkov, 2015, cit. 2016-04-12). První, základní balíček zahrnuje státem garantovaný objem lékařské péče, který je financován ze státního rozpočtu. Tento balíček je dostupný všem občanům Kazachstánu. Stát má za povinnost financovat Garantovaný objem bezplatné lékařské péče, který zahrnuje záchrannou službu a mimořádné zákroky. Druhý pojistný balíček obsahuje ambulantní péči, nemocniční léčbu, stabilizovanou léčbu a zdravotní rehabilitaci. Právo na tento balíček mají občané a cizinci, za něž se provádějí vklady do fondu zdravotního pojištění, tj. jsou účastníky programu povinného zdravotního pojištění. Třetí balíček představuje služby soukromého (dobrovolného) pojištění, které je financováno prostřednictvím dobrovolných pojistných vkladů ze strany obyvatel.

Jak tvrdí ministryně zdravotnictví a sociálního rozvoje Tamara Dujsenovová, zákon oficiálně vstoupil v platnost 1. března 2016, ale zavedení systému povinného pojištění bude probíhat postupně od roku 2017 až do roku 2024 (Kochetkov, 2015, cit. 2016-04-12). Zaměstnanci začnou odvádět platby pojistného ve výši 1 % příjmu od roku 2019 a ve výši 2 % příjmu v roce 2020. Zaměstnavatelé budou odvádět vklady ve výši 5 % příjmu

zaměstnanec. Výše vkladů tedy bude činit 2 % v roce 2017, 3 % v roce 2018, 4 % v roce 2019 a 5 % v roce 2020 (zákon č. 405-V, 2015). Tamara Dujsenová také podotkla, že stát bude provádět vklady do fondu pojištění za sociálně slabé vrstvy lidstva, aby zmenšil deficit finančních prostředků ve fondu pojištění (Kochetkov, 2015, cit. 2016-04-12). V roce 2017 bude tento vklad činit 4 % průměrné měsíčné mzdy, v roce 2018 5 %, od roku 2023 6 % a od roku 2024 7 %. Stát zůstane důležitým a hlavním zdrojem financování sektoru (zákon č. 405-V, 2015). Sazba vkladů samostatně výdělečných osob nebude převyšovat 7 % jejich příjmu. Tak jako v předchozích případech, zvýšení procentní sazby bude postupné. V 2017 roce bude výše srážek na zdravotní pojištění činit 2 %, v roce 2018 3 %, v roce 2019 5 % a v roce 2020 7 % (zákon č. 405-V, 2015). Částka, ze které se bude vypočítávat procentní sazba, nebude přesahovat 15 minimálních měsíčních mezd. Díky tomuto opatření bude naplňován princip solidarity: občané s vysokým příjmem nebudou ze své mzdy odvádět příliš vysoké platby.

Ministerstvo zdravotnictví a sociálního rozvoje považuje za hlavní cíl vytvoření nového systému principů sociální solidarity, který povede ke zlepšení zdraví občanů státu. Odpovědnost za ochranu zdraví je v novém systému rozdělena mezi stát a občany. Systém povinného zdravotního pojištění bude odolný vůči vnějším vlivům a ekonomickým krizím. Kvalita služeb se díky zvýšení konkurenceschopnosti mezi zdravotnickými zařízeními dostane na novou úroveň (Kochetkov, 2015, cit. 2016-04-12).

Velkými změnami prochází systém mezd v oblasti zdravotnictví. Podle Ministerstva zdravotnictví a sociálního rozvoje se mzda pracovníků ve zdravotnictví výrazně zvýší. Očekávané zvýšení v roce 2017 bude dosahovat přibližně 28 %. Výše mzdy bude od roku 2017 záviset na výkonnosti zaměstnance. To znamená, že k nominální mzdě budou připočteny příplatky za provedenou činnost podle počtu uzdravených pacientů. Podle názoru Ministerstva zdravotnictví mohou tyto příplatky zvýšit zájem lékařů poskytovat pacientům kvalitní lékařskou péči a motivovat je ke zvýšení výkonnosti. Podle plánu rozvoje nového mzdového systému se reálné mzdy lékařů v roce 2030 zvýší 2–2,5krát a mzdy středního zdravotnického personálu se zvýší 1,4–2krát. Celkový počet lékařů a zdravotnického personálu se do roku 2030 také zvýší. Předpokládaný růst celkového počtu zaměstnanců v oblasti zdravotnictví dosáhne 1,8násobku současného stavu. (věstník č. 25, 2015).

Program rozvoje systému povinného zdravotního pojištění bude probíhat současně s jinými reformami, které se týkají základního směřování státního programu rozvoje zdraví obyvatel v letech 2016–2020 (Ministerstvo zdravotnictví a sociálního rozvoje Republiky Kazachstán, 2015, cit. 2016-08-12). Tyto reformy budou probíhat v osmi krocích:

- Zakládání služeb národního zdravotnictví.
- Rozvoj první lékařské – sanitární pomoci (PLSP).
- Integrace všech druhů zdravotnických služeb na základě zájmu pacientů.
- Kontrola kvality zdravotních služeb.
- Rozvoj managementu ve zdravotnické sféře.
- Účinné využití lidského faktoru.
- Zvýšení počtu moderních zařízení ve zdravotnickém sektoru.
- Rozvoj infastruktury.

Podle zákona č. 405-V bude stát zároveň provádět kontrolu plateb vkladů do pojistného fondu. Při neuhrazení platby bude vyměřena pokuta ve výši 2,5 sazby refinancování za každý den prodlení. V případě dlouhodobého neplacení bude vydáno nařízení zabavení finančních prostředků neplatiče.

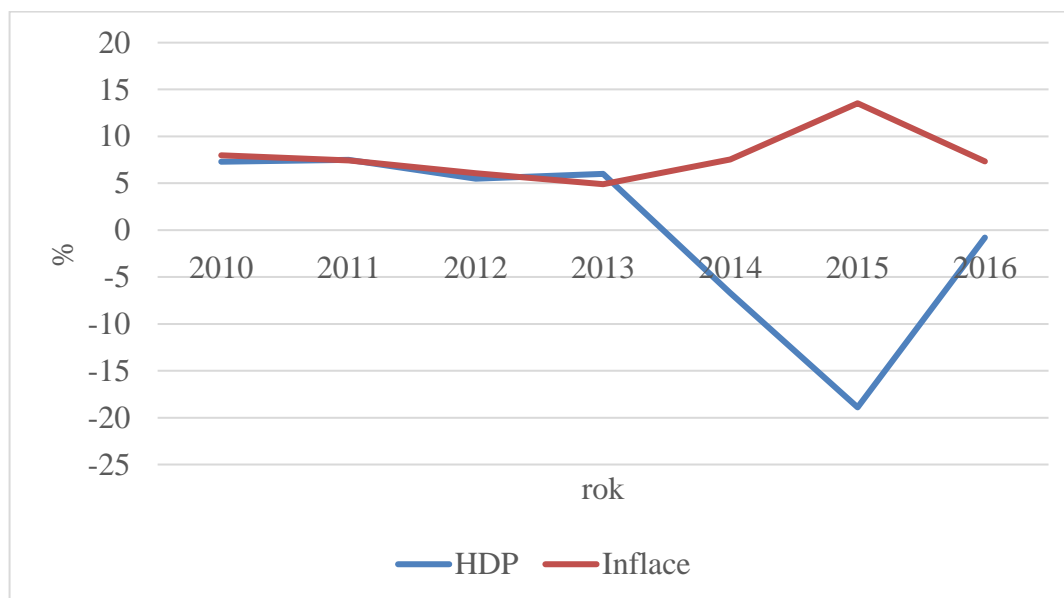
4 Vlastní práce

4.1 Hodnocení ekonomiky Kazachstánu v období 2010-2016

Zdravotnictví, tak jako ostatní oblasti sociálních služeb, má složitý systém, který závisí na mnoha faktorech. Protože zdravotnictví je jednou z nejdůležitějších oblastí, musí stát věnovat jeho rozvoji zvláštní pozornost. Cesta rozvoje zdravotnického sektoru je v každém státu jiná a závisí na prioritních politických cílech, ekonomické stabilitě, životní úrovni občanů státu atd. Těchto faktorů je nekonečně mnoho, ale hlavní z nich jsou finanční prostředky a jejich správné rozdělení mezi jednotlivá zdravotnická odvětví. Kazachstán, coby jeden z největších států Střední Asie, obzvláště silně pociťuje vliv ekonomického faktoru.

Kazachstán se stále nachází v období krize. Důkazem jsou nízké hodnoty základních ekonomických ukazatelů. HDP v roce 2016 dosáhl pouze 128,11 mld. USD, což je nejnižší hodnota za posledních 8 let. Ukazatel tempa růstu HDP dosáhl v roce 2016 záporného bodu -0,8 %. Ukazatel míry inflace v roce 2016, je 7,33. Na grafu 2 jsou uvedeny vývoj hodnot tempa růstu HDP a míry inflace za poslední 10 let:

Graf 2 Vývoj hodnot ročního tempa růstu HDP a míry inflace v Kazachstánu v letech 2010-2016, (v % k minulému roku)



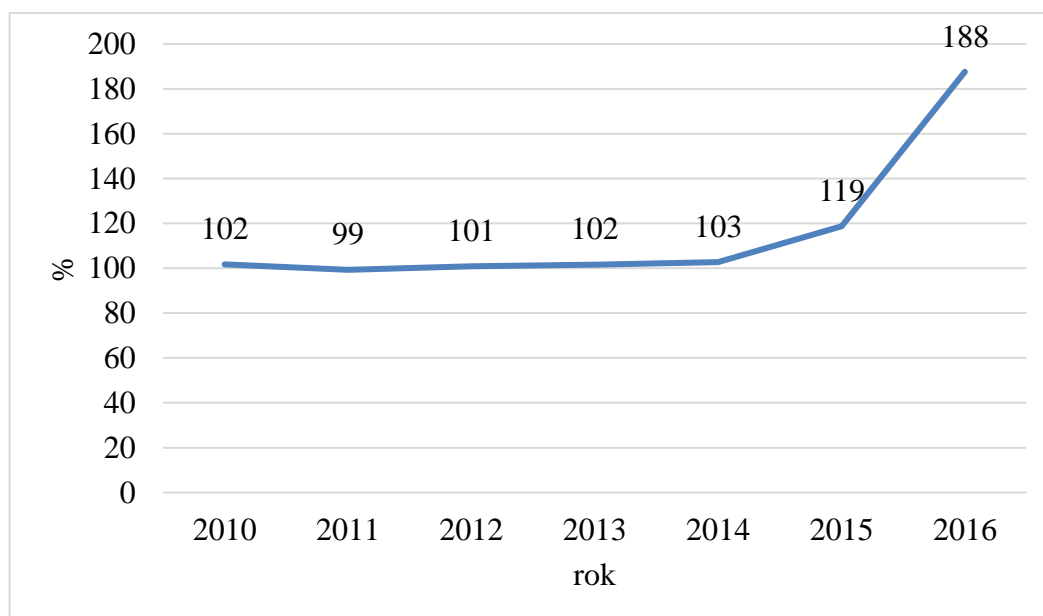
Zdroj: vlastní zpracování, data z: statistický úřad Republiky Kazachstán, 2016

Od roku 2010 až do roku 2013 tyto ukazatele se nacházejí na stejné úrovni. V této periodě Kazachstán se nalézal v době ekonomické stability.

V roce 2015 lze pozorovat ekonomickou krizi v Kazachstánu, která se však začala od konce roku 2013. V roce 2015 při vysoké míře inflace (7,33 %) roční tempo růstu HDP se dosahovalo záporné hodnoty -18,9 %. Oba z těchto ukazatelů v roce 2015 dosahovaly nejhorších hodnot za poslední 8 let. Ovšem lze říci, že v roce 2016 situace se trochu zlepšila.

Tento výrazný pokles ukazatelů je způsoben poklesem národní měny tenge vůči americkému dolaru. Tempo růstu tohoto poklesu je také uvedeno na grafu 3.

Graf 3 Meziroční tempo růstu USD vůči KZT v Kazachstánu v letech 2010-2016, (%)

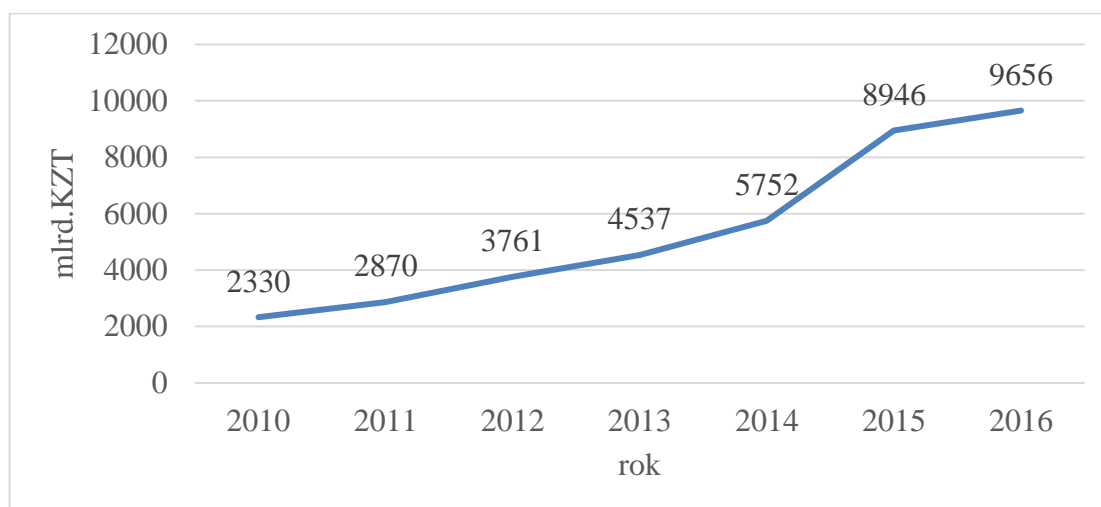


Zdroj: vlastní zpracování, data z: statistický úřad Republiky Kazachstán, 2016

Od roku 2014 tenge se neustále oslabuje. Malé posílení kazašské měny lze poznamenat jen v roce 2011, kde tenge posílilo o 99 %. V roce 2015 kurz byl 183,67 KZT/USD oproti roku 2014 – 154,793 KZT/USD. Výrazné oslabení KZT bylo mezi roky 2015 a 2016, kde kurz se zvýšil z 183,67 KZT/USD až do 344,52 KZT/USD. V roce 2016 tenge se oslabil o 187 % oproti předchozímu roku. Toto zvýšení lze také ztotožnit z ekonomickou krizí v roce 2014. Lze říct, že snížení tempa růstu HDP a opačného zvýšení míry inflace jsou přímo spojeny z devalvaci kazašské měny. Naopak v roce 2016 lze pozorovat zlepšení všech makroekonomických ukazatelů, nicméně krizový stav dosud existuje v ekonomice Kazachstánu.

Dalším problémem ekonomiky Kazachstánu je neustálé zvyšování státního dluhu. Podle grafu 4 lze vysledovat změnu státního dluhu v čase.

Graf 4 Celkový státní dluh v Kazachstánu v letech 2010-2016, (mlrd.KZT)



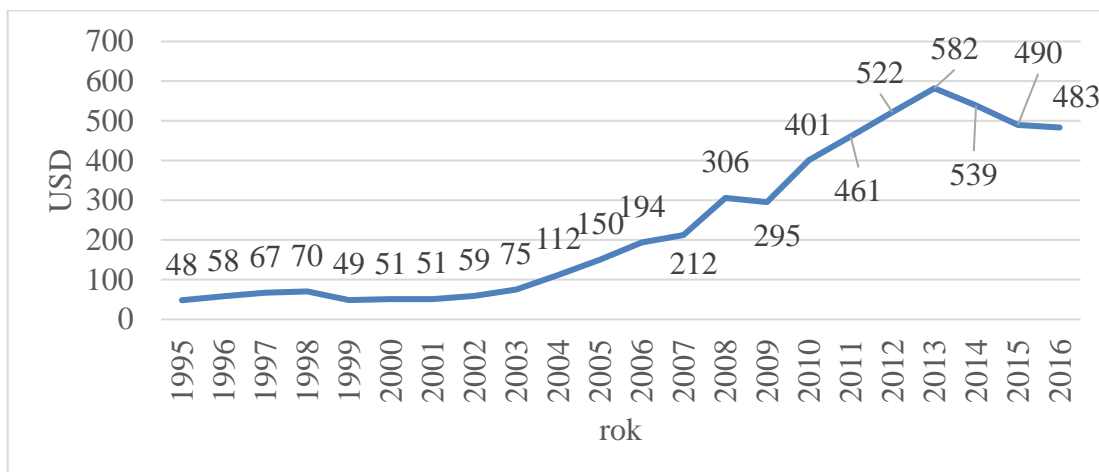
Zdroj: vlastní zpracování, data z: statistický úřad Republiky Kazachstán, 2016

V rámci celého sledovaného období se státní dluh neustále zvyšuje. Od roku 2010 do roku 2014 toto zvýšení probíhá postupně a státní dluh se zvyšuje o 1000 mlrd, KZT. V rocích ekonomické krize 2014-2015 se státní dluh výrazně zvýšil o 3194 mlrd. KZT. Toto výrazné zvýšení byli vyvoláno inflačními změnami a devalvaci národní měny. V roce 2016 se státní dluh zvýšil jenom o 710 mld. KZT, což způsobeno zlepšením ekonomické situace ve státě. Ale celková situace se doposud nachází ve kritickém stavu.

4.2 Ohodnocení zdravotnického systému Kazachstánu

Celkové roční výdaje na jednoho pacienta v Kazachstánu jsou příliš malé. Pro lepší zobrazení této skutečnosti je vhodně využít vývoj celkových průměrných měsíčních výdajů na jednoho pacienta v Kazachstánu. Dle grafu 5 lze vysledovat vývoj tohoto ukazatele:

Graf 5 Celkové průměrné roční výdaje na jednoho pacienta v Kazachstánu v letech 1995-2016 (USD/pacienta)

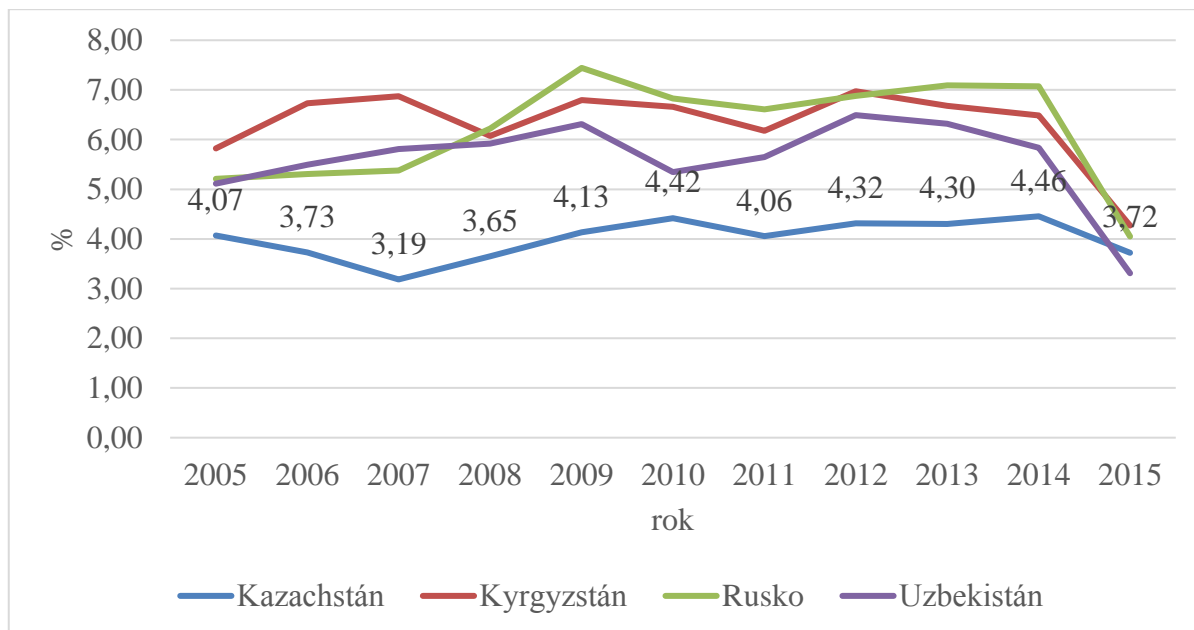


Zdroj: vlastní zpracování, data z: data: národní zdravotní účty, 2016

Do celkových průměrných výdajů se zahrnují složky státních a soukromých zdrojů financování zdravotnictví. Z grafu 5 vyplývá, že výdaje na jednoho pacienta ve sféře zdravotnictví se neustále rostli do roku 2013 a dosahovali hodnoty 582 USD/pacienta. Výrazné zvýšení od roku 2004 lze spojit s navrácením se ke státnímu modelu financování, který je založen na rozdělování rozpočtu na úrovni oblastí. V tomto případě tyto změny ve státním modelu zdravotnictví měly pozitivní vliv na financování tohoto sektoru. V roce 2013 ukazatel dosahuje svého maxima a pak už neustále klesá. Tento pokles lze spojit s vznikem ekonomické krize posledních let a devalvaci národní měny KZT. Pokles celkových průměrných ročních výdajů na jednoho pacienta je také způsoben růstem indexu cen ve zdravotnictví: v roce 2013 index cen byl 108 %, zatímco v roce 2015 dosáhnul bodu 116 %, což je nejvyšším indexem za poslední 6 let. Pokles také zároveň ovlivněn zvýšením státního dluhu v posledních letech.

V největších státech bývalého Sovětského Svazu jsou výdaje na zdravotnictví v % HDP také nízké. Vývoj ukazatele ve srovnání s ostatními státy Střední Asie je zobrazen na následujícím grafu 6.

Graf 6 Celkové výdaje na zdravotnictví ve vybraných státech v letech 2005–2015 (% HDP)



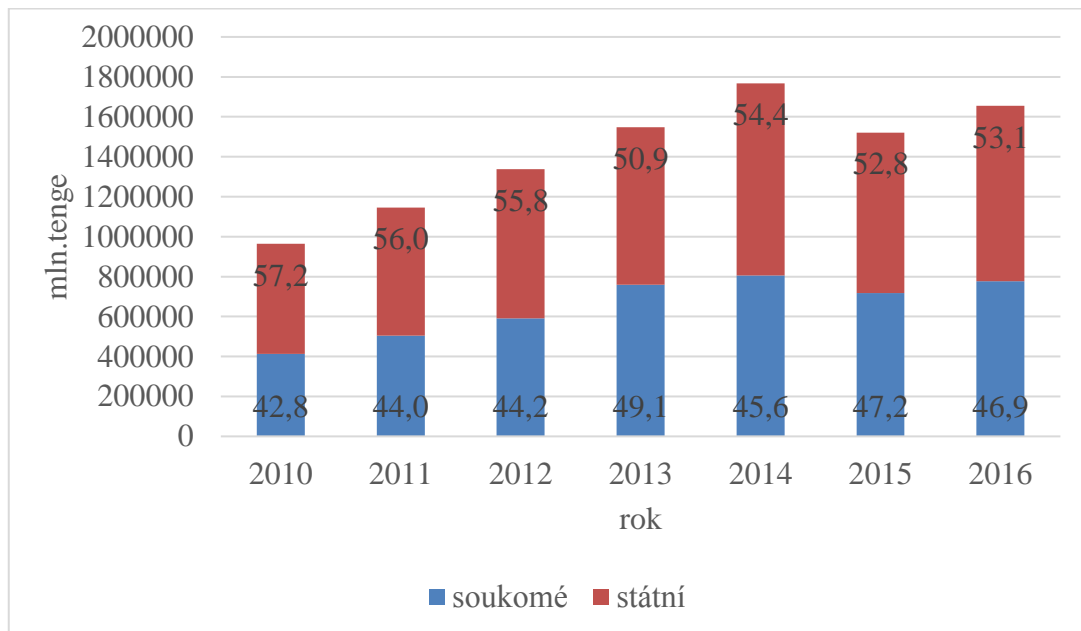
Zdroj: vlastní zpracování, data: národní zdravotní účty, 2015.

Ukazatel celkových výdajů na zdravotnictví v % HDP dosáhl v Kazachstánu nejvyššího bodu v roce 2010, a to pouze 4,42 %. V Kazachstánu v žádném ze sledovaných roků tento ukazatel nedosahoval bodu požadovaných 5 %. Hodnoty tohoto ukazatele je výrazně menší než v jiných Státech střední Asie, jenom od roku 2015 lze vidět, že došlo k výraznému poklesu podílu výdajů na % HDP ve všech sledovaných státech. Od roku 2007 lze vidět že se podíl výdajů na zdravotnictví v % HDP v Kazachstánu zvýšil. Jako i v grafu 5 zvýšení ukazatele lze také spojit s vrácením k principům státního systému zdravotnictví s rozdělením rozpočtu na úrovni oblasti. Ovšem všechny státy v současné době nedodrží podmínky podílu výdajů na zdravotnictví 5 % HDP, což je problémem celého regionu. V Kazachstánu tento pokles podílu výdajů na zdravotnictví je způsoben snížením celkového HDP v roce 2015 oproti roku 2014. Avšak při přepočítání na KZT, celkový HDP se zvýšil na 1 208 300,7 mln.KZT. Ale při propočtu na USD dojde k jinému výsledku: HDP Kazachstánu v roce 2015 se snížil na 43,08 mlrd.USD oproti roku 2014. Může to být důkazem oslabení národní měny.

Další zásadní problém spočívá v nesprávném provádění politiky státního financování. Hlavním zdrojem financování ve státním modelu je státní rozpočet. Ve skutečnosti ovšem v Kazachstánu velký podíl celkových výdajů na zdravotnictví představují soukromé výdaje.

Pro lepší zobrazení podílové účasti všech zdrojů financování je vhodné použít graf 7.

Graf 7 Podíl zdrojů financování na celkových výdajích ve zdravotnictví v Kazachstánu v letech 2010-2016, (%)



Zdroj: vlastní zpracování, národní zdravotní účty, 2016

Do soukromých zdrojů zdravotnictví patří především soukromé, neformální platby občan, investice rezidentů a nerezidentů, podpora mezinárodních fondů a prostředky fondů DZP. V roce 2016 celkové soukromé výdaje činili výši 776 431 mln.KZT a 46,9 % celkových nákladů. Například v Česku tento ukazatel dosahoval pouze 15,46 %. Výdaje ze státního rozpočtu v roce 2016 byli 879 072 mln.KZT, co jenom na 104 641 mln.KZT vyšší než soukromé výdaje. Z toho vyplývá, že role soukromých plateb občanů a činnost soukromých zdravotnických zařízení je v Kazachstánu velmi vysoká. Přitom tento podíl se zůstává ve stagnaci a nedochází k výrazným změnám. V roce 2013 došlo k nejmenšímu podílu státních dotací za poslední 6 let a procento soukromých zdrojů naopak nabylo nejvyšší hodnoty 49,1 % a částky 759 897 mln.KZT, oproti výše výdajů ze státního rozpočtu - 787 755 mln.KZT. Z grafu 5 je patrné že v roce 2013 průměrné celkové náklady na jednoho pacienta Kazachstánu dosahovali své nejvyšší hodnoty. Ale tuto vyšší tvoří především velký podíl soukromých zdrojů – 49,1 %. Zde opět lze říci o vlivu ekonomické krize, kvůli čemu stát neměl možnost provádět dostatečné financování sféry ze svých zdrojů.

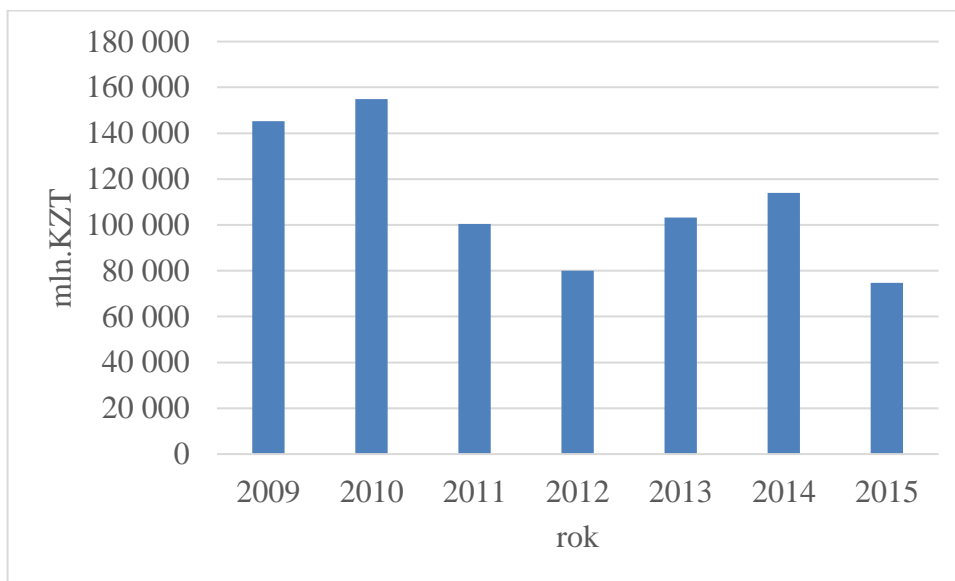
Tabulka 4 Celkové investice do sektoru zdravotnictví Kazachstánu v letech 2009-2015, (mln.KZT).

Roky	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Celkové investice	145 302	154 900	100 439	79 987	103 250	113 950	74 649
Změna (%)	-	6,61	-35,16	-20,36	29,08	10,36	-34,49

Zdroj: vlastní zpracování, výbor statistiky ministerstva národní ekonomiky republiky Kazachstán, 2016.

V této tabulce lze vidět výši celkových investic a jejich změnu v čase. V roce 2010 celkové investice do zdravotnictví byly 154 900 mln.KZT, což je nejlepší hodnotou za poslední 6 let. V tomto roce podíl investic na celkových výdajích na zdravotnictví činil jenom 1,6 %. V roce 2015 došlo ke snížení celkových investic do sektoru na 74 649 mln.KZT oproti roku 2014 ale podíl investic na celkových výdajích činil 4,9 %. Pro lepší zobrazení změn výši celkových investic je vhodně využít graf 8.

Graf 8 Celkové investice do sektoru zdravotnictví Kazachstánu v letech 2009-2015, (mln.KZT)



Zdroj: vlastní zpracování, statistický úřad Republiky Kazachstán, 2016

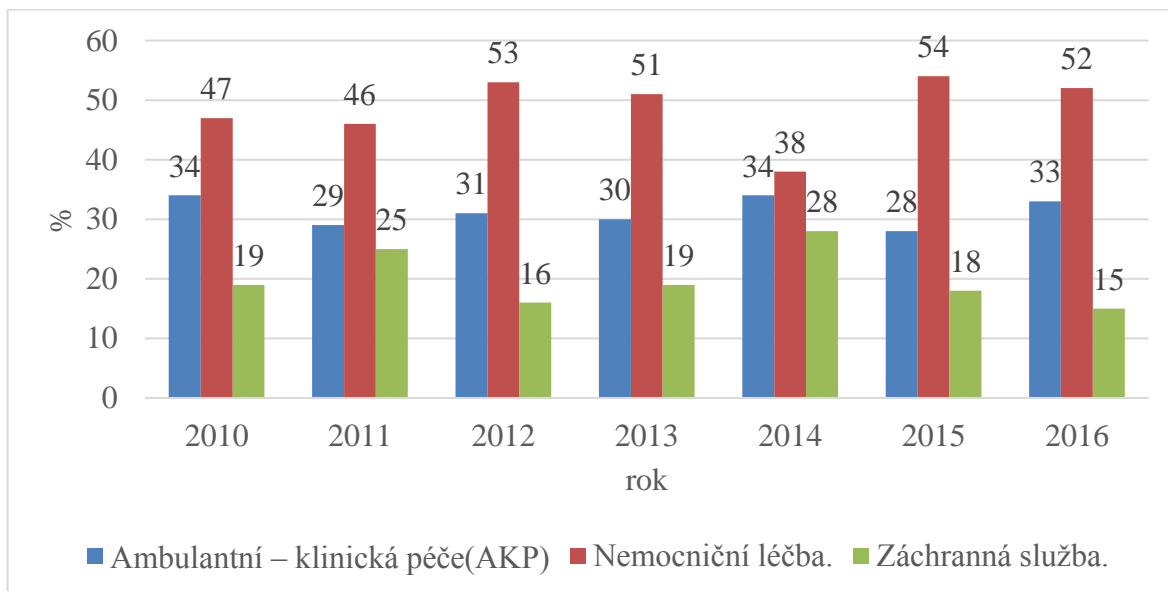
Výši celkových investic se závisí na čase a ekonomické situaci. Graf 8 ukazuje nerovnoměrnost investování do zdravotnictví. V roce 2011 došlo k poklesu investic do sektoru zdravotnictví oproti roku 2010. V roce 2013 oproti roku minulému sledován progresivní růst celkových investic. V tomto období celkové roční investice do sektoru zdravotnictví se zvýšily na 103 250 mln.KZT. Lze to spojit s reformy ve systému

zdravotnictví. Od tohoto roku uplatňuje rozdělování rozpočtu na národní úrovni. Zájem investorů také přímo závisí na ekonomické situaci. Proto v důsledku inflaci a devaluaci národní měny od konce roku 2014 došlo ke snížení celkové výše investic. V roce 2015 celkové investice činili 74 649 mln.KZT a se snížili oproti roku 2014 na 39 301 mln.KZT.

Situaci dále zhoršuje skutečnost, že občané státu nemají zájem o vedení zdravého životního stylu a břemeno zabezpečení ochrany zdraví leží pouze na Ministerstvu zdravotnictví a sociální péče. Po dlouhé období existence státního modelu zdravotnictví si společnost ke zdravotní péči vytvořila spotřebitelský přístup.

Z grafu 9 vyplývá, že největší podíl výdajů mezi základními druhy zdravotní péče činí výdaje na nemocniční léčbu.

Graf 9 Procentuální podíl státních výdajů mezi třemi druhy zdravotní péče v Kazachstánu v letech 2010-2016, (%)



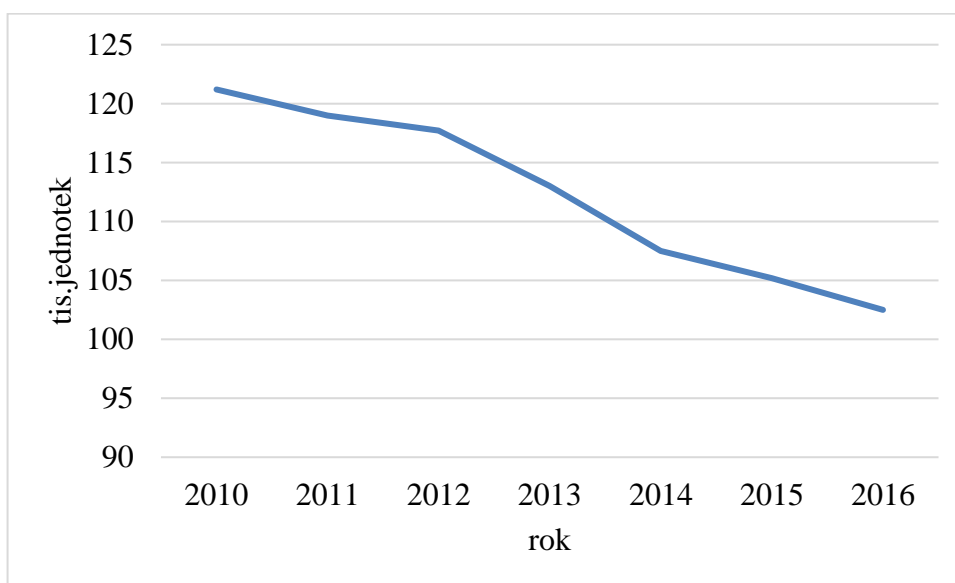
Zdroj: vlastní zpracování, statistický úřad Republiky Kazachstán, 2016

Z lze učinit závěr, že stát přikládá velký význam poskytování zdravotní péče pacientům v nemocnicích a dispenzářích. V roce 2014 lze pozorovat pokles výše výdajů na nemocniční léčbu, a zároveň zvýšení procentuálního podílu výdajů na poskytnutí AKP a záchranné služby. V tomto roce ambulantní – klinická péče a nemocniční léčba měli skoro stejný podíl na výdajích– 38 % a 34 %. Ale v roce 2015 podíl výdajů na nemocniční léčbu znovu vzrostl a dosáhl bodu 54 %. Tato skutečnost je vychází z doby Sovětského Svazu, kde podíl výdajů na nemocniční léčbu dosahoval 75 %. Tento přístup není k ochraně zdraví v moderní společnosti efektivní. Vyspělé státy stojí před otázkou poskytování

kvalitní lékařské péče již v prvních etapách nemoci, což snižuje význam nemocniční léčby. Jinými slovy, z ekonomického hlediska je mnohem efektivnější bojovat s nemocemi již v prvních etapách než provádět financování poměrně nákladného systému nemocniční léčby.

Ovšem bez ohledu na zvýšený zájem státu ve financování nemocniční léčby se celkový počet nemocničních lůžek neustále snižuje. Podle grafu 10 lze vysledovat tento pokles počtu lůžek.

Graf 10 Celkový počet nemocničních lůžek v Kazachstánu v letech 2010-2016, (tis. jednotek)



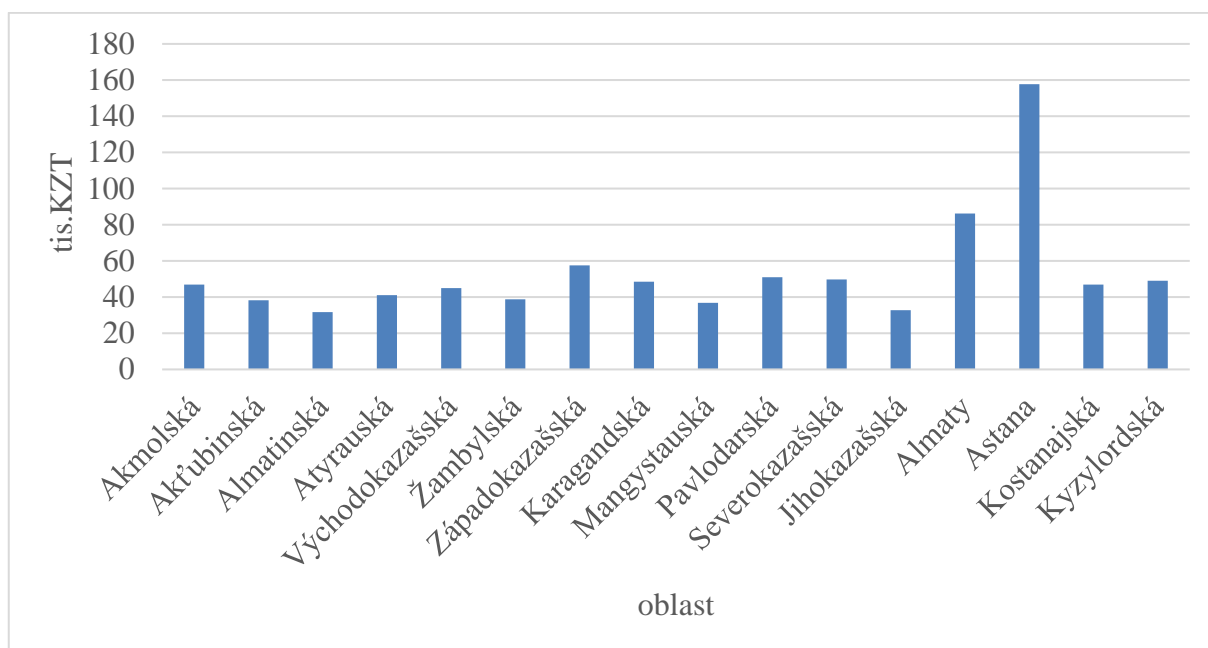
Zdroj: vlastní zpracování, statistický úřad Republiky Kazachstán, 2016

Nejvýraznější pokles počtu nemocničních lůžek je vysledován v letech 2012-2014, kde se počet lůžek snížil o 10,2 tis. jednotek. Tento pokles je vyvolán snížením podílu státních výdajů na nemocniční léčbu v roce 2014 na 38 %. V současnosti se situace také zhoršuje, ale pokles je pomalejší než v minulých letech. V roce 2016 celkový počet nemocničních lůžek činil 102,5 tis. jednotek co na 3,3 tis. menší než v předchozím roce. Podle propočtu na 10 000 obyvatel, v roce 2016 počet nemocničních lůžek činil jenom 58,9 jednotek. Například v Rusku v roce 2016 na 10 000 obyvatel se přicházelo kolem 97 nemocničních lůžek, v Bělorusku – 112 lůžek. Na prvním místě je Japonsko – 139 lůžek na 10 000 obyvatel. Ale ve celosvětovém měřítku snížení počtu lůžek není špatný jev. V případě, jestli stát dává přednost ambulatorní léčbě, lze hovořit o záměrném snížení počtu lůžek. Kazachstán dává ve své řadě přednost nemocniční léčbě. Důkazem k tomu slouží velký podíl státních výdajů na sektor nemocniční léčby. Z toho lze očekávat růst

počtu nemocničních lůžek, ale ve skutečnosti je pozorován opačný jev: celkové vysoké výdaje na nemocniční léčbu nezvyšují počet lůžek.

Před státem také stojí otázka pravidelného rozdělování finančních prostředků mezi oblasti. Rozdělování finančních prostředků probíhá v systému zdravotnictví mezi 14 oblastmi státu a dvěma městy republikového významu – Astanou a Almaty. V grafu č.9 jsou uvedeny výsledky propočtu nákladů na zdravotnictví v jednotlivých oblasti na jednoho obyvatele.

Graf 11 Celkové státní dotace ve zdravotnictví na obyvatele v Kazachstánu dle regionů v roce 2015 (tis KZT/obyvatele)



Zdroj: vlastní zpracování, statistický úřad Republiky Kazachstán, 2015

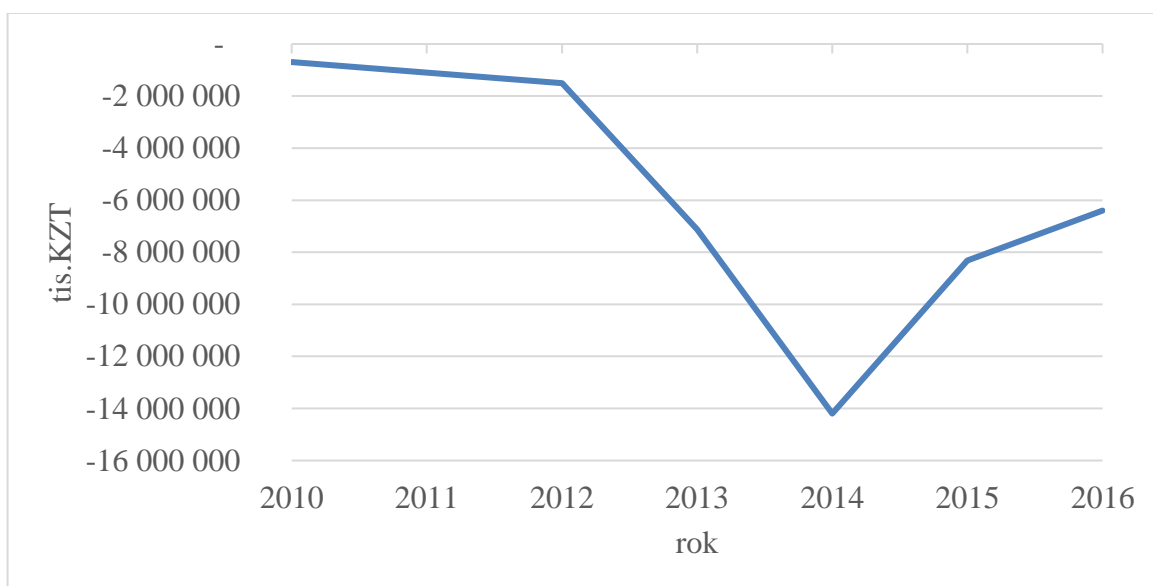
Z tohoto grafu 11 vyplývá, že mezi jednotlivými oblastmi republiky existují v objemu financování velké rozdíly. Tento rys se týká nejen zdravotně-sociálního sektoru, ale také ostatních sfér. Velké města republikového významu dostávají z rozpočtu nejvyšší dotace. Venkov a malá města v této situaci pociťují nedostatek finančních prostředků. Přitom nezávisí na počtu obyvatele oblasti: Aстана, jako hlavní město dostává nejvyšší dotaci ze státního rozpočtu: 158 000 KZT v propočtu na obyvatele. Ve srovnání s Jihokazašskou oblastí (33 000 KZT v propočtu na obyvatele) tento rozdíl je kolosální. Přitom počet obyvatelů Jihokazašské oblasti je 2 841 307, zatímco v Astaně bydlí okolo 872 619. Z toho plyne, že kvalita poskytnuté lékařské péče přímo závisí na bohatství a významu regionu.

Na venkově žije kolem 42 % občanů, přičemž na venkov v roce 2015 připadlo pouze 15 % dotací ze státního rozpočtu. Proto je kvalita poskytování lékařských služeb na nízké úrovni.

Tyto principy tržní ekonomiky se ovšem nemusí týkat zdravotnického sektoru. Ve zdravotnické sféře existuje morálně-sociální bariéra. Rozvinuté státy musí v současné době zajistit lékařskou péči pro obyvatele ze všech sociálních vrstev. Každý občan nezávisle na svém majetku musí dostávat kvalitní lékařskou péči.

Ideální varianta státního modelu financování zdravotnictví musí garantovat bezplatnou péči všem občanům. V Kazachstánu ale Ministerstvo zdravotnictví nemůže zajistit kvalitní bezplatnou lékařskou péči. Bez ohledu na to, že tento systém státního financování je nejlevnější ze všech systémů, stát nemůže pokrýt náklady na zdravotnictví. Pro důkaz lze vysledovat vývoj bilance státních nákladů a příjmů ve sféře zdravotnictví. Pomocí tohoto ukazatele lze udělat související poznámky ohledně toku peněz ve zdravotnickém sektoru.

Graf 12 Bilance celkových výdajů a příjmů ve sféře zdravotnictví Kazachstánu v letech 2010-2016 (tis. KZT)



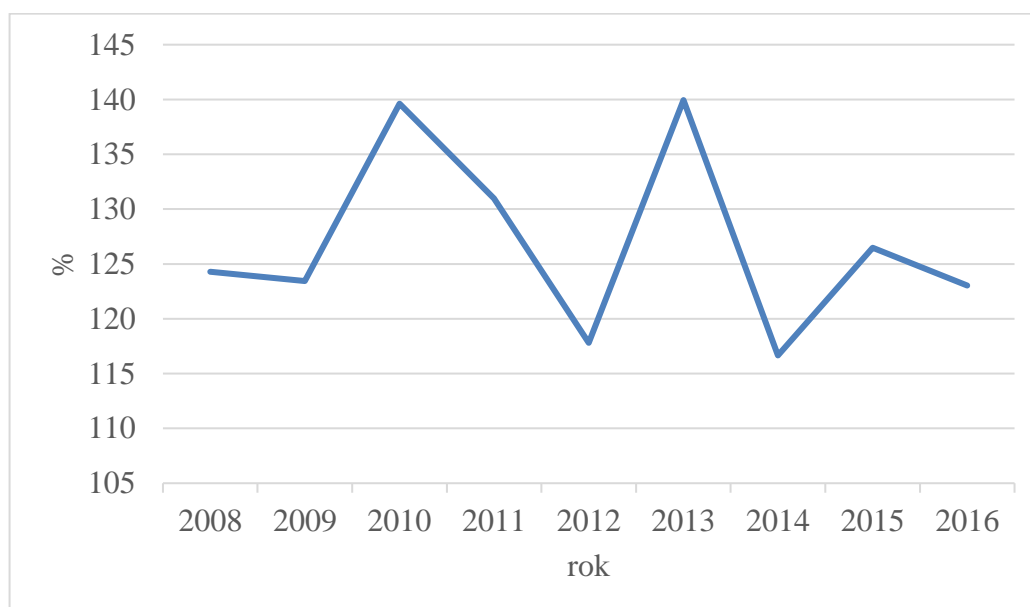
Zdroj: vlastní zpracování, statistický úřad Republiky Kazachstán, 2016

Z grafu 12 vyplývá, že v roce 2016 výše státních výdajů na zdravotnictví a na sociální péči převýšila výši příjmů až o 6 398 455 tis. tenge. Avšak převýšení je pozorováno ve všech sledovaných obdobích. V letech 2012-2014 došlo k úpadku hodnoty tohoto ukazatele. Ale zároveň kvůli nedostatečným příjmům ve zdravotnické sféře, dosahuje bilance příjmů a výdajů záporného znaménka. Svého minima dosahoval ukazatel v dobu ekonomické krize roku 2014. V posledních letech lze pozorovat poměrné zlepšení situace. Záporné

hodnoty tohoto ukazatele slouží důkazem k tomu, proč ve struktuře zdravotnictví podíl soukromých zdrojů je na takové vysoké úrovni. Aby udržet vyrovnaný rozpočet, oblastní výbory Ministerstva zdravotnictví uplatňují metodu neformálních plateb.

Nelze ovšem říci, že stát neprovádí potřebná opatření pro řešení problémů a zlepšení této situace. Otázka zlepšení GOBLP je pro stát velmi naléhavá. Pro výpočet tempa růstu byli použiti daty z tabulky 3.

Graf 13 Meziroční tempo růstu státních výdajů na financování GOBLP v Kazachstánu, (v % k minulému roku)

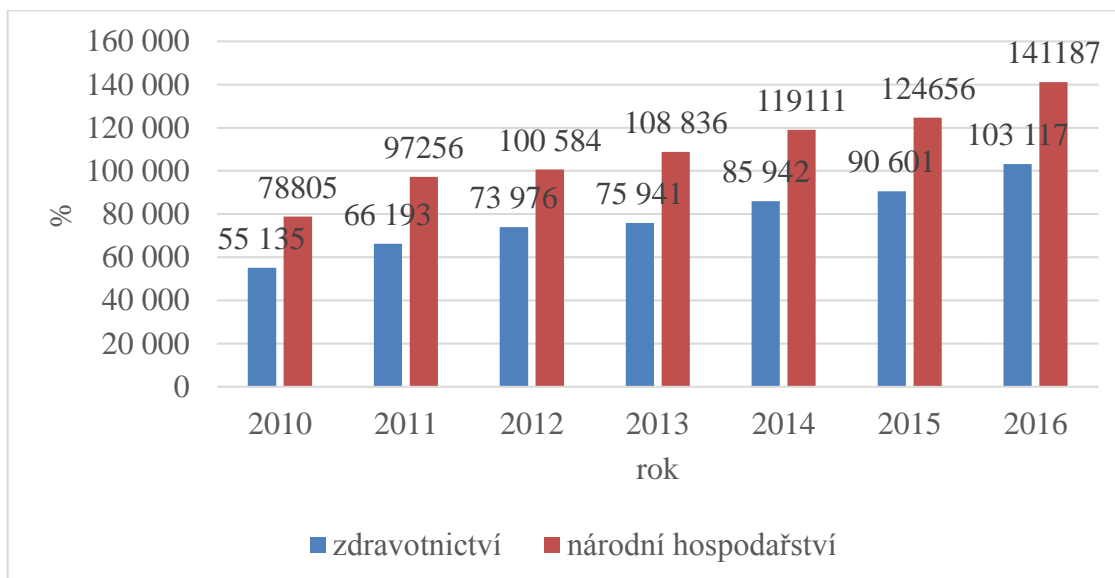


Zdroj: vlastní zpracování, statistický úřad Republiky Kazachstán, 2016

Podle tabulky 3 stát neustále zvyšuje objem financování. Ale jak vyplývá z grafu 13, tempo růstu výše výdajů na GOBLP nabývá různých a opačných hodnot. V roce 2013 je sledován nejrychlejší růst výše státních výdajů – nárůst na 140 % hodnoty předchozího roku. Tato skutečnost se koreluje i z celkovými výdaje v roce 2013 na zdravotnictví na obyvatele Kazachstánu, kde výdaje na obyvatele dosáhly nejvyšší hodnoty. Opět nízké výsledky jednotlivých roků lze spojit s ekonomickou situací ve státě: tempo růstu financování GOBLP se výrazně snížil v roce 2014 a nabyl hodnoty 117 %. V roce 2016 objem financování GOBLP dosáhl nejvyšších hodnot - 354576,7 mln. KZT ale tempo růstu ukazatele nebyl vysokým oproti minulému roku – 123 %.

Je také důležité posoudit výše průměrné mzdy zaměstnanců ve sféře zdravotnictví. Pro lepší představu je vhodné použít graf průměrných měsíčních příjmů zaměstnanců ve sféře zdravotnictví a národním hospodářství.

Graf 14 Průměrné měsíční příjmy zaměstnanců ve sféře zdravotnictví a národním hospodářství v Kazachstánu v letech 2010-2016, (%)

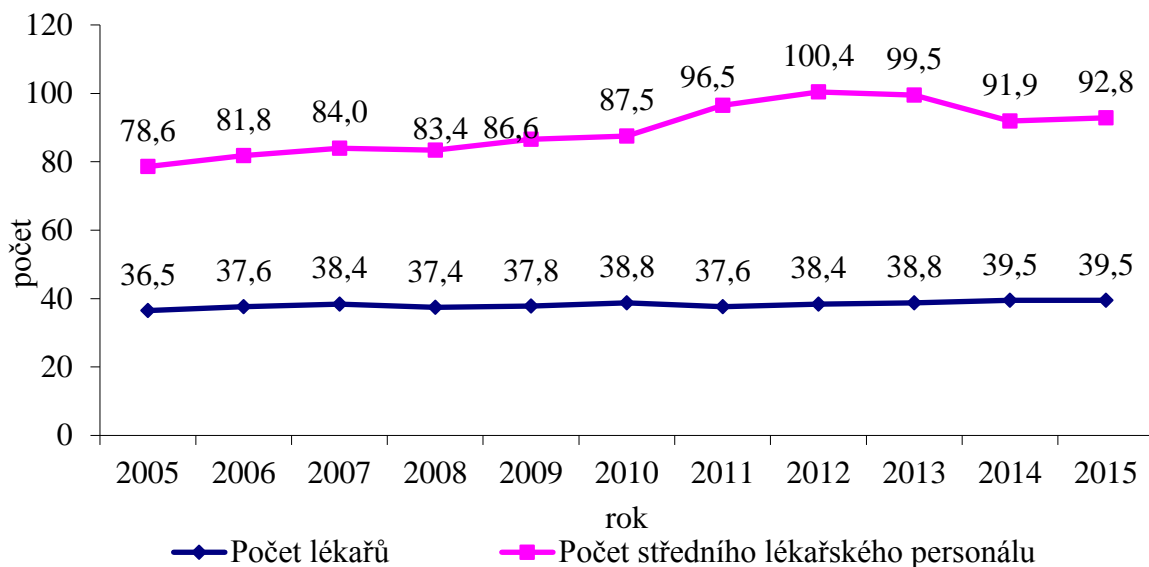


Zdroj: vlastní zpracování, statistický úřad Republiky Kazachstán, 2016

Zaměstnanci ve zdravotnickém sektoru mají ve srovnání s průměrnou mzdou ostatních sfér národního hospodářství nižší mzdu. Tento vztah přitom existuje na všech úrovních. Podle grafu 14 lze pozorovat postupné zní mzdy jak v národním hospodářství, tak i ve zdravotnictví. Zvýšení mzdy ve zdravotnickém sektoru je vyšší než v národním hospodářství. Celková mzda ve zdravotnictví od roku 2014 vykazuje prudký růst. Od roku 2012 až do roku 2015 došlo ke zpomalení růstu průměrných mezd v národním hospodářství kvůli ekonomické krize a nedostatku státního rozpočtu. Od konce roku 2015 se změna mezd obojích ukazatelů ve stejné míře zrychluje díky zlepšení ekonomické situace a státní politiky zvýšení mezd ve všech sférách národního hospodářství. Ale s časem se tento rozdíl ve výši mezd nemění. V roce 2015 mzda v národním hospodářství je vyšší než ve zdravotnictví na 34 055 KZT, zatímco v roce 2016 – na 38 070 KZT. V tomto případě lze říkat o tom, že průměrné mzdy v národním hospodářství rostou rychleji než ve zdravotnictví.

Existují také disproporce zaměstnanců ve zdravotnictví.

Graf 15 Počet lékařů a středního lékařského personálu v Kazachstánu v letech 2005–2015, (lékař/na 10 000 obyvatel)

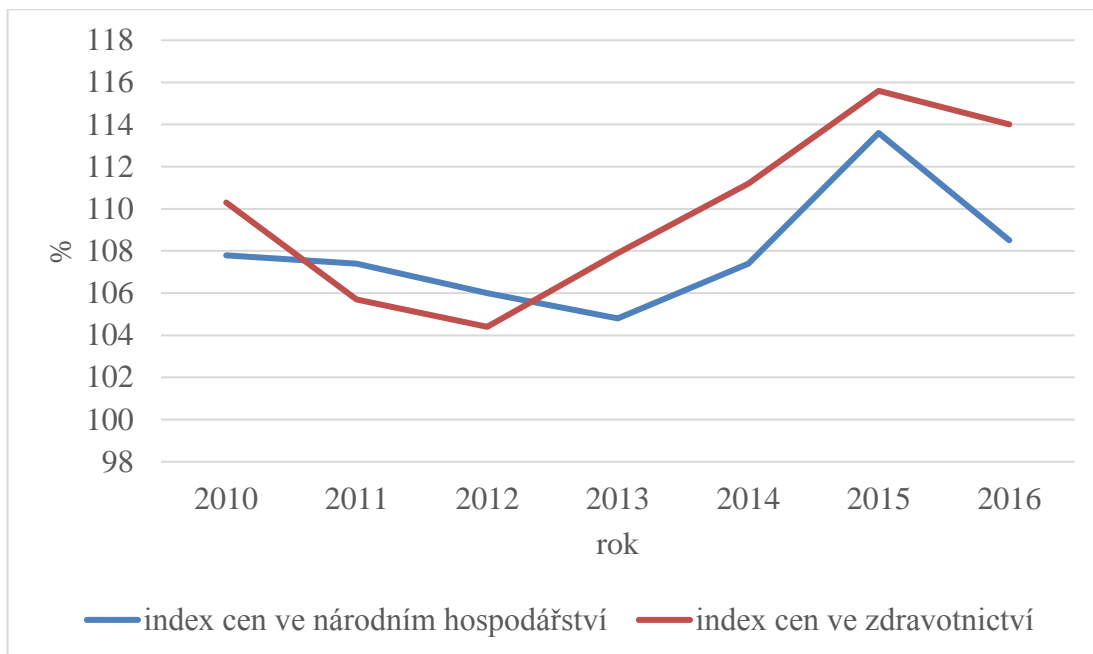


Zdroj: vlastní zpracování, věstník č. 17, 2016.

Z grafu 15 lze odvodit, že počet středního lékařského personálu se neustále zvyšuje a v roce 2012 dosahoval 100 zaměstnanců na 10 000 obyvatel. Počet lékařů vyšší kvalifikace je 2–2,5krát nižší, než počet středního lékařského personálu. Kupříkladu, v Rusku v roce 2015 počet lékařů na 10 000 obyvatel byl 51,2 když v Kazachstánu jenom 39,5. Nedostatek odborných lékařů je tedy rovněž velkým problémem současného kazašského systému zdravotnictví. Tento problém je spojen s nízkou mzdou specialistů ve sféře zdravotnictví. Avšak tempo růstu mzdy výrazně neovlivňuje počet zaměstnanců ve zdravotnickém sektoru. Bez ohledu na zvýšení průměrné mzdy lékařského personálu, mzda ovšem se zůstává nízkou.

Pro zobrazení vývoje cen v zdravotnictví lze použít graf 16. Tento graf 16 zobrazuje roční indexy cen ve zdravotnictví a národním hospodářství. Index spotřebitelských cen (CPI) představuje změnu cen statků a služeb v národním hospodářství a jednotlivých odvětvích.

Graf 16 Roční indexy cen v národním hospodářství a zdravotnictví v Kazachstánu v letech 2010-2016, (v % k minulému roku)



Zdroj: vlastní zpracování, statistický úřad Republiky Kazachstán, 2016

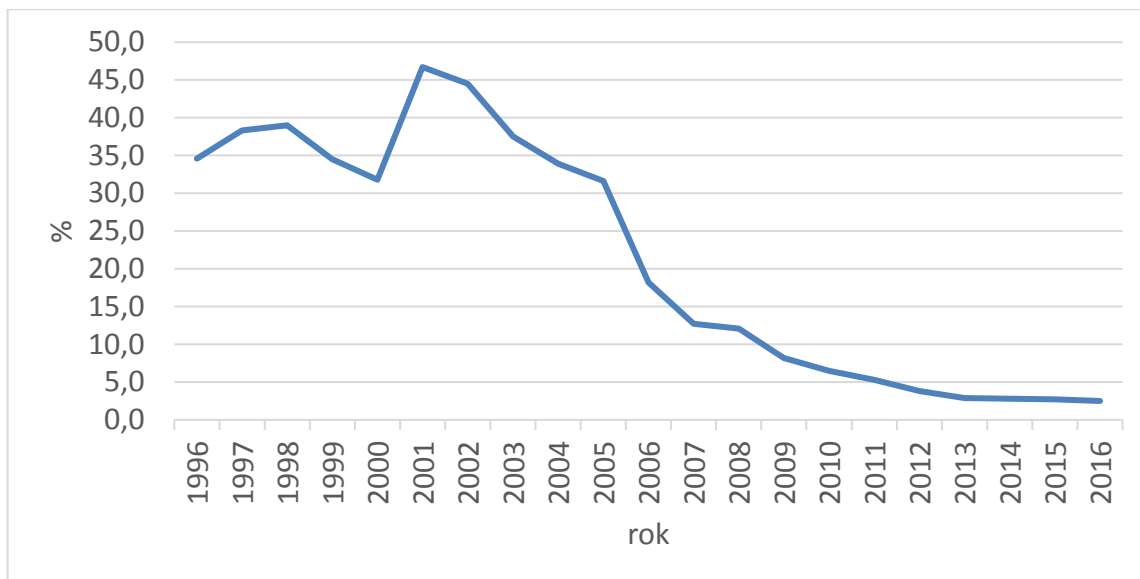
Změna cen na služby a statky ve zdravotnictví je vyšší než v národním hospodářství. Jenom v letech 2011-2012 jsou indexy cen ve zdravotnictví nižší. Od roku 2013 následuje růst ročních indexu cen v národním hospodářství, zatímco se růst cen ve zdravotnickém sektoru začal až od roku 2012. Svého maxima dosahuje ukazatel v roce 2015. Tento růst cen ve zdravotnictví je především způsoben inflací a devalvací národní měny. Od roku 2015 lze sledovat pokles indexu spotřebitelských cen v národním hospodářství o 5 %, ve zdravotnictví o 2 %. Pokles indexu spotřebitelských cen vyvolán zvýšením v posledních letech výdajů do zdravotnického sektoru. Tento pokles lze spojit s tím, že stát v současných podmínkách inflaci a devalvací měny našel cesty ke snížení růstu cen.

4.3 Hodnocení systému povinného zdravotního pojištění

Aby lépe určit budoucí vliv systému PZP na zdravotnický sektor, je potřeba provést jeho analýzu a určit jeho přínosy do zdravotnického sektoru.

Důležitým faktorem možného úspěchu nového systému financování zdravotnictví je rovněž nízký podíl občanů, kteří se nachází na hranici životního minima.

Graf 17 Podíl občanů na hranici životního minima v Kazachstánu v letech 1996-2016 (%)



Zdroj: vlastní zpracování, statistický úřad Republiky Kazachstán, 2016

V letech 1996 až 2001 tento ukazatel dosahoval velkých hodnot oproti současnosti. Je velmi důležité brát v úvahu hodnoty ukazatele v letech prvního pokusu zavedení modelu SZP. Při prvním pokusu zavedení tohoto modelu v roce 1996 podíl obyvatel, kteří se nacházeli pod hranicí životního minima, dosahoval 38 %. To je kolosální rozdíl oproti roku 2016, kde tento ukazatel dosahuje hodnoty 2,5 %. V modelu PZP si stát jako zdroj financování musí udržovat určitou roli. Ze státního rozpočtu se financuje pojištění sociálně slabých vrstev obyvatelstva a financování služeb GOBLP. Při nízkém podílu těchto vrstev bude státní rozpočet používán zejména pro financování prvního balíčku PZP, který je poskytován všem občanům a zahrnuje služby GOBLP.

Podle procentních sazeb lze také udělat předpoklad možné vyšší celkových vkladu občan do rozpočtu fondu SZP. Všechny výsledky budou jenom vzorové a predikční. Pro výpočet je potřeba znát výše průměrné měsíčné mzdy zaměstnanců ve sledovaném období, výše celkových příjmů všech zaměstnanců, celkové příjmy samostatně samostatně výdělečných osob a počet občan, které se nacházejí na hranici životního minima.

Pomoci dat ze statistického úřadu Republiky Kazachstán lze vytvářít tabulku potřebných dat. Za sledované období je vhodně vybrat nejnovější daty roku 2016.

Tabulka 5 Vybrané ukazatele pro výpočet celkových ročních vkladů do fondu SZP

Průměrné měsíční mzdy	141 187 KZT
Celkové příjmy všech zaměstnanců a samostatně výdělečných osob	5 914 277 mln.KZT
Počet občan, které se nacházejí na hranici životního minima	448 163

Zdroj: vlastní zpracování, statistický úřad Republiky Kazachstán, 2016

Z těchto údajů lze snadno spočítat průměrnou výše všech vkladů do fondu SZP. Od března roku 2017 zaměstnavatelé budou odvádět vklady ve výši 2 % příjmu zaměstnance.

A to:

$$5\,914\,277 \cdot 0,02 = 118\,285,54 \text{ (mln. KZT).}$$

Vklady se strany státu za sociálně slabé vrstvy lidstva se budou rovnat v roce 2017 výši 4 % průměrné měsíční mzdy:

$$141\,187 \cdot 0,04 = 5\,647,48 \text{ (KZT na obyvatele)}$$

Roční vklad:

$$5\,647,48 \cdot 12 = 67\,769,76 \text{ (KZT na obyvatele)}$$

Celkový vklad ze strany státu za sociálně slabé vrstvy lidstva:

$$141\,187 \cdot 67\,769,76 = 9\,568,2 \text{ (mln. KZT)}$$

Z výsledků těchto výpočtů lze určit celkovou vyšší vkladu občan do fondu SZP:

$$9\,568,2 + 118\,285,54 = 127\,853,7 \text{ (mln. KZT)}$$

Avšak ve srovnání s celkovými státními výdaje na zdravotnický sektor, tento vklad nemůže nahradit účast státu jako hlavního zdroje financování. Státní náklady na zdravotnický sektor v roce 2016 sestavovali 1 655 502 mln.KZT a přepočítaný přibližný vklad pokrývá jenom 7,72 % celkových výdajů. Ale s každým rokem částka vkladu se strany občan bude postupně zvyšovat.

5 Zhodnocení výsledků a diskuse

Efektivní financování zdravotnického sektoru Kazachstánu se souvisí s mnoha faktory. Lze zde především zdůraznit ekonomickou situaci Kazachstánu a nízké ekonomické ukazatele, například nízké indexy nákladů na zdravotnictví v % HDP, vysoká míra inflace, devalvace národní měny a neustálý růst státního dluhu. Přitom jsou tyto ekonomické ukazatele propojeny mezi sebou. Při srovnání ukazatelů v čase lze pozorovat ekonomickou krizi v letech 2013 až 2015, která je způsobena nestabilitou státu proti vnějším vlivům a také oslabením národní měny tenge. V situaci ekonomické krize lze stěží hovořit o efektivním zavádění nových programů v nejdůležitějších odvětvích. Tyto změny se musí provádět společně s růstem státní ekonomiky. V době krize 2014 roků náklady na jednoho pacienta ve zdravotnickém sektoru jsou nízké jako i tempo růstu bilance státních nákladů a příjmů ve sféře zdravotnictví. Lze to spojit s nízkým podílem výdajů na zdravotnictví v % HDP. Tato krizová perioda je spojená se státním modelem financování, při kterém se dochází ke konsolidaci rozpočtu ve zdravotnictví na národní úrovni. V důsledku snížení nákladů na zdravotnictví v této periodě lze hovořit o tom, že tento systém zdravotnictví nedodrжуje stabilitu a ohrožen vůči vnějším vlivům.

Další problém spočívá v nesprávném nastavení systému státního financování, který je také spojen se systémem konsolidaci rozpočtu na národní úrovni. Politika státního financování v Kazachstánu vychází z politiky Sovětského svazu a zahrnuje mnozí její principy. Důkazem je velký podíl soukromých výdajů občanů, jež lze považovat za neformální platby, které se s průběhem času výrazně nemění. Přitom v době ekonomické krize tento podíl se zvyšuje: v roce 2013 došlo k nejmenšímu podílu státních dotací za poslední 6 let, a naopak ke zvýšení podílu soukromých plateb. Takový velký podíl soukromých zdrojů je způsoben nízkými hodnotami bilance státních výdajů a příjmů ve sféře zdravotnictví. Při dodržení principu státního systému financování musí být hlavním zdrojem financování státní rozpočet. I v tomto případě existují neformální platby, ale jsou stanoveny na základě seznamu plateb a zahrnují pouze specifické a drahé lékařské služby, které nejsou v seznamu státem garantovaného objemu bezplatné lékařské pomoci. Mezitím je potřeba uvést že stát postupně zvyšuje náklady na financování GOBLP, ale tempo růstu státních nákladů na financování bezplatné lékařské pomoci je nerovnoměrné a závisí na ekonomické stabilitě. V kazašském systému zdravotnictví jsou občané nuceni platit i za ty

služby, které jsou ve skutečnosti zahrnuty do seznamu bezplatných služeb. Tato situace vznikla v důsledku nedostatku financí ve zdravotnickém rozpočtu.

V současné době Kazachstán nebudí zájem u investora a roční míra růstu celkových investic do sektoru zdravotnictví se klesá s časem v posledních letech. Tento pokles vyvolán nestabilní ekonomické situací v Kazachstánu, inflací a devalvaci národní měny. Přitom v současnosti podíl výše investic na celkových nákladech na zdravotnictví je velmi nízký oproti předchozím rokům.

Problémem je rovněž nesprávné rozdělení rozpočtu mezi regiony státu a s ním spojený nedokonalý systém managementu v oblasti zdravotnictví. Nejvyšších dotací z rozpočtu dostávají velká města republikového významu. Venkov a malá města v této situaci pocítují nedostatek finančních prostředků. Zatímco tato skutečnost se nezávisí na počtu obyvatelů regionu, ale pouze na jeho významu pro stát.

Index cen ve zdravotnictví je vyšší než v národním hospodářství. Ovšem je potřeba uvést, že v roce 2016 lze sledovat výrazné snížení změny cen v národním hospodářství a zároveň i v zdravotnickém sektoru.

Celý systém zdravotnictví není transparentní: Ministerstvo zdravotnictví a sociálního rozvoje nemůže kontrolovat všechny činnosti probíhající uvnitř systému, což zvyšuje riziko růstu korupce a nesprávného využití finančních prostředků. Také tento problém je spojen s nedostatky struktury tarifů při rozdělování finančních prostředků podle druhů lékařské péče. Rozdělení prostředků mezi druhy lékařské péče je nerovnoměrné: největšího podílu dosahuje náklady na nemocniční léčbu, která je nejvíc důležitá pro sféru zdravotnictví. Ovšem počet lůžek v odvětví nemocniční léčby neustále klesá v čase a velké výdaje na nemocniční sektor neovlivňují jejich počet.

Za dílčí problémy lze považovat nízký počet lékařů a dalšího zdravotnického personálu a nízké mzdy ve sféře zdravotnictví. Tyto problémy jsou navzájem propojeny a jsou důsledkem ekonomické nestability ve státu. Ministerstvo zdravotnictví a sociálního rozvoje nemůže poskytovat zaměstnancům vyšší mzdy kvůli nedostatečnému rozpočtu. Ve srovnání s národním hospodářstvím je průměrná měsíční mzda zaměstnanců ve sféře zdravotnictví mnohem menší. Avšak lze říci, že tempo růstu průměrné měsíční mzdy ve zdravotnictví se koreluje s hodnoty v národním hospodářství, a v posledních letech se neustále zvyšuje. Zatímco ostré úpadky tempa růstu mzdy ve zdravotnictví jsou ovlivněny celkovou krizí ve státě.

V takové situaci lze říci, že stát potřebuje nové cesty rozvoje systému zdravotnictví a sociální péče. Je potřeba vytvořit takový systém který by byl stabilním a ohrožen vůči ekonomické krizi. Ve sféře zdravotnictví je to naprosto nezbytné. Na rozdíl od jiných hospodářských sektorů, sektor zdravotnictví nemusí zahrnovat principy tržního prostředí. Každý občan musí mít přístup k léčení a zdravotní péče, nezávisle na jeho blahobytu a ekonomické situace ve státě. Proto bude od března roku 2017 zaveden nový systém povinného zdravotního pojištění. Podle názoru Ministerstva zdravotnictví Kazachstánu je zavedení povinného zdravotního pojištění vynucené opatření, protože současný rozpočtový systém nemůže zajistit dostatečné financování zdravotnické sféry.

Při porovnání současného systému povinného zdravotního pojištění se systémem, který existoval v letech 1996–1998, lze nalézt v jejich struktuře značné rozdíly. Především současné ekonomické podmínky jsou pro zavedení nového systému mnohem lepší než v roce 1996. V 90. letech se stát nacházel ve velké krizi postsovětského období. V současné době je Kazachstán jedním z nejrozvinutějších států Střední Asie. Zavedení nového systému bude také postupné a spojené s dalšími rozvojovými programy, jež budou probíhat současně. Nejdůležitějšími z nich jsou strategie „Kazachstán 2030“ a státní program rozvoje zdraví obyvatelstva v letech 2016–2020.

Ve srovnání se periodou zavedení modelu povinného SZP, podíl občanů, kteří se nacházejí na hranici životního minima je velice nízký. V tomto případě lze říct o tom, že státní rozpočet používán zejména pro financování prvního balíčku PZP, který je poskytován všem občanům a zahrnuje služby GOBLP.

Nelze ovšem říci, že nový systém se bude výrazně lišit od současného rozpočtového systému zdravotnictví. Stát coby nejdůležitější zdroj financování bude dále plnit své funkce. Kromě bezplatných lékařských služeb bude stát provádět platby za sociálně slabé vrstvy. Břemeno financování zdravotnické sféry proto nebude spočívat pouze na občanech. Platby občanů a cizinců představují dodatečný zdroj financování. Proto nelze říkat o tom že nový model bude pouze pojistní. Nový systém zdravotnictví bude obsahovat rovněž některé principy rozpočtového systému, což nám umožňuje označit ho jako smíšený systém financování zdravotnictví. V současné době neexistuje stát s jediným systémem financování zdravotnictví: každý systém zahrnuje principy různých modelů financování. Také Kazachstán hledá pozitivní aspekty bývalého rozpočtového systému zdravotnictví a využívá je v novém systému.

Může se ovšem stát, že programy nepřinesou pozitivní výsledky a ceny za lékařské služby se výrazně zvýší. Nový systém bude úspěšně existovat pouze v případě, že všichni jeho účastníci budou plnit své povinnosti: stát, Fond PZP, obyvatelé i zdravotnická zařízení. Jak se ovšem tento systém bude rozvíjet a jak se bude vyvíjet sféra zdravotnictví v Kazachstánu, ukáže budoucnost.

6 Závěr

Na základě zpracovaného materiálu a analýzy ekonomických údajů byly zodpovězeny hlavní otázky práce a vyjádřeny problémy financování zdravotnictví Kazachstánu, které jsou spojené s ekonomickou situací, vlivu státního rozpočtu na fungování zdravotnického systému, nedostatkem prostředků a jejich nesprávného rozdělení. Pomocí stručného prostudování historického vývoje kazašského systému zdravotnictví byly popsány souvislosti a zákonitosti, které měly vliv na utváření současného systému. Byl popsán vliv státu na fungování zdravotnictví v různých obdobích jeho vývoje a důležitá specifika každého období. Velký vliv na současný systém zdravotnictví prokázala postsovětská perioda: některé zákonitosti státního modelu SSSR se také projevují i v současnosti. Mezi nimi jsou konzumní vztah občanů k zdravotní péči, velký podíl soukromých tzv. neformálních plateb a nerovnoměrné rozdělování rozpočtu na zdravotnictví mezi oblastmi a městy.

Důležitou složku práce představuje analýza základních modelů zdravotnictví a jejich pozitivních i negativních rysů. Dále byl popsán jejich vliv na rozpočet v oblasti zdravotnictví a celkový přínos do systému zdravotní péče. Pomocí poznatků o modelech zdravotnictví lze říct, že pro Kazachstán nejlepší variantou bude smíšený model zdravotnictví, kde jsou uplatňovány principy různých modelů.

Hlavním objektem zkoumání byl ovšem současný systém zdravotnictví Kazachstánu. Pomocí ekonomických údajů statistického úřadu Republiky Kazachstán a zahraničních statistických zdrojů byly charakterizovány problémy státní ekonomiky a její vliv na oblast zdravotní péče. Ekonomická situace ve státu výrazně ovlivňuje zdravotnický sektor a celkový tok peněz ve sféře. Nestabilita současného modelu je velkým problémem pro Kazachstán. Státní model financování, který je založen na rozpočtu na národní úrovni nespĺňuje svých funkci a potřebuje modernizace.

Řešením je zavedení modelu povinného SZP, který ovšem je smíšeným modelem. Zavedení tohoto modelu se začíná od březnu roku 2017. Fond povinného SZP bude vystupovat jako monopolní nákupce lékařských služeb a statků. Vyšší vklady občanů do fondu budou určeny podle zákonných sazeb, které se budou zvyšovat postupně. Ale této vklady jsou jenom dodatkovým zdrojem: role státu jako hlavního zdroje financování zůstává nedocenitelnou.

7 Seznam použitých zdrojů

Literatura.

1. AKANOV, A. *Systema zdavoohraneniya Respubliki Kazachstan: nyneshnee sostoyanie, problémy, perspektivy*. Autoreferát. 1.vyd. Moskva: Sociální aspekty zdraví obyvatelstva, 2010. 6 s. ISSN 2071-5021
2. BAJEVOVÁ, A. *Osnovy menedzhmenta v ohrane zdorov'ya*. 1.vyd. Kyjev: MAUP, 2007. 328 s. ISBN 30-45-741-1312-7
3. AUBAKIROVOVÁ, A. *Byudzhethnoe finansirovanie zdavoohraneniya v Respublike Kazachstan: problemy i puti povysheniya ehffektivnosti*. Originál: 1.vyd. Karaganda: B. i., 2009. 24 s. UDC 336.127+336.12
4. DOLANSKÝ, H. *Ekonomika zdravotnických a sociálních služeb*. Opava: Slezská univerzita, 2008. 133 strany. ISBN 978-80-7248-482-9
5. IŠKININOVÁ, G. *Ehkonomicheskoe razvitie sistemy zdavoohraneniya v Kazahstane: teoriya i praktika*. Autoreferát. 1.vyd. Almaty: 2008. 34 s. UDC 330.34:61(574.4)
6. IVANOVÁ, K., ŠPIRUDOVÁ, L., KUTNOHORSKÁ, J. *Multikulturní ošetrovatelství*. Praha: Grada 2005. 248 s. ISBN 80-247-1212-1
7. JERGALIJEVOVÁ, Ž. *Razlichiya v sisteme zdavoohraneniya Respubliki Kazachstan*. Článek. 1.vyd. Semipalatinsk: Věda a zdravotnictví, 2014. 1 s. ISSN2410 –4280
8. KATSAGA, A. *Kazakhstan: Health system review. Health Systems in Transition*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2012. 211 s. ISSN 2072-3555 Vol. 14 No. 4
9. NARMATOVOVÁ, G. Originál: *O finansirovanii zdavoohraneniya Respubliki Kazachstan*. Almaty: KazNPU, 2011. Autoreferát. 10 s. ISSN 1728-5402.
10. NĚMEC, J. *Principy zdravotního pojištění*. 1. vyd. Praha: Grada, 2008. 240 s. ISBN 978-80-247-2628-1
11. TUSEJEVOVÁ, M. *Finansirovanie zdavoohraneniya Kazahstana*. Originál: Almaty: Print-S, 2008. 220 s. ISSN 9965-15-723-5
12. VASILJEVOVÁ, I. *Analiz modelej finansirovaniya zdavoohraneniya*. Autoreferát. 1.vydání. Moskva: CEMI RAN, 2015. 13 s. ISBN 978-5-8211-0660-5

Elektronické zdroje.

1. AJAGAN, B. *Vneshnyaya politika Kazahstana*. 2010 [online]. [cit. 2016-09-2]. Dostupné z: <http://e-history.kz/ru/contents/view/171>
2. KOCHETKOV, D. *Zakon ob obyazatel'nom medicinskom strahovanii prinyat parlamentom RK*, 2012 [online]. [cit. 2016-04-12], Dostupné z: <http://alau.kz/zakon-ob-obyazatelnom-medicinskom-straxovanii-prinyat-parlamentom-rk/>
3. MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ A SOCIÁLNÍHO ROZVOJE REPUBLIKY KAZACHSTÁN., *Gosudarstvennaya programmarazvitiya zdavoohraneniya Respubliki Kazahstan «Densaulyq» na 2016-2020 gody*, 2015. [online]. [cit. 2016-08-12] Dostupné z: <http://www.npzdravrk.kz/index.php/health-c/112-2>
4. NAZARBAJEV, N. „*Strategiya Kazahstan 2030* ”, 1997. [online]. [cit. 2016-07-22] Dostupné z: <http://www.tarih-begalinka.kz/ru/history/independent/history/page3385/>

Zdroje dat

1. NÁRODNÍ ZDRAVOTNÍ ÚČTY. *Statistická data*, [online], Dostupné z: <http://knoema.ru/WHONHA2016/national-health-accounts-1995-2014>
2. OFICIÁLNÍ WEBOVÁ STRÁNKA SZO. *Rozdělení podle státu: Kazachstán* [online], Dostupné z: <http://www.euro.who.int/en/countries/kazakhstan/who-country-office>
3. OFICIÁLNÍ WEBOVÁ STRÁNKA STATISTICKÉHO ÚŘADU REPUBLIKY KAZACHSTÁN. [online], Dostupné z: <http://www.stat.gov.kz>
4. VÝBOR STATISTIKY MINISTERSTVA NÁRODNÍ EKONOMIKY REPUBLIKY KAZACHSTÁN. *Věstník č. 17: Statistika práce a zaměstnanosti*, 2016. [online], Dostupné z: <https://goo.gl/VxdOPa>
5. VÝBOR STATISTIKY MINISTERSTVA NÁRODNÍ EKONOMIKY REPUBLIKY KAZACHSTÁN. *Věstník č. 25: O finanční činnosti zdravotnických organizací Republiky Kazachstán*, 2015. [online], Dostupné z: <https://goo.gl/37UXNc>
6. VÝBOR STATISTIKY MINISTERSTVA NÁRODNÍ EKONOMIKY REPUBLIKY KAZACHSTÁN. *Věstník č. 27: Základní ukazatele důchodu obyvatelstva*, 2015. [online], Dostupné z: <https://goo.gl/sJsphX>
7. WORLDFACTBOOK. *Statistické daty Republiky Kazachstánu za roky 1996-2014*, 2014 [online], Dostupné z: <https://www.cia.gov/index.html>

8 Přílohy

Příloha 1. Přehled použitých zákonů a vyhlášek Republiky Kazachstán

Metodika vytváření tarifů a plánování nákladů na poskytnutí bezplatné zdravotní péče.	Vyhláška č. 801 z roku 2009.
O zdraví obyvatelstva a systému zdravotnictví.	Zákon č.193-IV z roku 2009.
Zákon o povinném zdravotním pojištění.	Zákon č. 405-V z roku 2015.
O schválení pravidel poskytování garantovaného objemu bezplatné lékařské péče.	Vyhláška č. 815 z roku 2004.
O některých otázkách Ministerstva zdravotnictví a sociálního rozvoje. (Ve znění výnosu č.875 a usnesení č.1005)	Nařízení č. 146 z roku 2014.
O schválení pravidel poskytování záchranné lékařské služby	Nařízení č. 269 z roku 2015.
O reformě systému státní správy Republiky Kazachstán	Nařízení č. 875/2014 Sb.

Zdroj: vlastní zpracování, legislativa Ministerstva zdravotnictví a sociálního rozvoje Republiky Kazachstán a Zákoníku Republiky Kazachstán.

Příloha 2. Přehled použitých tabulek s daty

Tabulka 6 Kurz USD v Kazachstánu v letech 2009-2017, (KZT)

roky	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
ceny USD	145,578	148,146	147,088	148,356	150,675	154,793	183,668	344,523	331,267

Zdroj: vlastní zpracování, výbor statistiky ministerstva národní ekonomiky republiky Kazachstán, 2017.

Tabulka 7 Tempo růstu HDP a míra inflace v Kazachstánu v letech 2010-2016 (%)

roky	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
HDP	7,3	7,5	5,5	6	-6,7	-18,9	-0,8
Inflace	7,97	7,43	6,06	4,9	7,54	13,53	7,33

Zdroj: vlastní zpracování, výbor statistiky ministerstva národní ekonomiky republiky Kazachstán, 2016.

Tabulka 8 Podíl zdrojů financování na celkových výdajích v Kazachstánu v letech 2010-2016, (%).

roky	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
státní	57,2	56	55,8	50,9	54,4	52,8	53,1
soukromé	42,8	44	44,2	49,1	45,6	47,2	46,9

Zdroj: vlastní zpracování, výbor statistiky ministerstva národní ekonomiky republiky Kazachstán, 2016.

Tabulka 9 Podíl výdajů na zdravotnictví dle druhů zdravotní péče v letech 2010-2016 (%).

roky	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Ambulantní – klinická péče(AKP)	34	29	31	30	34	28	33
Nemocniční léčba.	47	46	53	51	38	54	52
Záchranná služba.	19	25	16	19	28	18	15

Zdroj: vlastní zpracování, výbor statistiky ministerstva národní ekonomiky republiky Kazachstán, 2016.

Tabulka 10 Průměrný měsíční příjem zaměstnanců ve sféře zdravotnictví a v národním hospodářství (tis. KZT)

roky	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
zdravotnictví	55 135	66 193	73 976	75 941	84 942	90 601	103 117
národní hospodářství	78805	97256	100 584	108 836	119111	124656	141187

Zdroj: vlastní zpracování, věstník č. 27, 2016.

Tabulka 11 Objem financování (tis.KZT) a počet obyvatel podle oblasti v roce 2015

Oblast	Objem financování v roce 2015	Počet obyvatelů
Akmolská	34 936 089	744386
Akt'ubinská	31 886 840	834768
Almatinská	61 801 211	1947481
Atyrauská	24 390 329	594562
Východokazašská	62 669 435	1395797
Žambylská	43 008 118	1110907
Západokazašská	36 636 245	636852
Karagandská	67 246 920	1384889
Mangystauská	23 095 555	626793
Pavlodarská	38 700 167	758479
Severokazašská	28 329 955	569446
Jihokazašská	93 134 004	2841307
Almaty	146 881 625	1703482
Astana	137 568 476	872619
Kostanajská	41 385 931	883640
Kyzylordská	37 477 475	765171

Zdroj: vlastní zpracování, výbor statistiky ministerstva národní ekonomiky republiky Kazachstán, 2016.

Tabulka 12 Roční indexy cen v národním hospodářství a zdravotnictví v Kazachstánu v letech 2010-2016, (%)

Roky	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Index cen v národním hospodářství	107,8	107,4	106,0	104,8	107,4	113,6	108,5
Index cen ve zdravotnictví	110,3	105,7	104,4	107,9	111,2	115,6	114,0

Zdroj: vlastní zpracování, výbor statistiky ministerstva národní ekonomiky republiky Kazachstán, 2016.

Tabulka 13 Celkové investice do sektoru zdravotnictví Kazachstánu v letech 2010-2015, (mln.KZT).

Roky	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Celkové investice	145 302	154 900	100 439	79 987	103 250	113 950	74 649

Zdroj: vlastní zpracování, výbor statistiky ministerstva národní ekonomiky republiky Kazachstán, 2016.

Tabulka 14 Státní dluh v Kazachstánu v letech 2010-2016, (mlrd.KZT)

roky	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
státní dluh	2330	2870	3761	4537	5752	8946	9656

Zdroj: vlastní zpracování, výbor statistiky ministerstva národní ekonomiky republiky Kazachstán, 2016.

Tabulka 15 Celkový počet nemocničních lůžek v Kazachstánu v letech 2010-2016, (tis. jednotek)

roky	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
počet lůžek	121,2	119	117,7	113	107,5	105,2	102,5

Zdroj: vlastní zpracování, výbor statistiky ministerstva národní ekonomiky republiky Kazachstán, 2016.

Tabulka 16 Celkové výdaje na zdravotnictví Republiky Kazachstán v letech 2010-2016, (mln.KZT)

rok	výdaje
2010	964337,9
2011	1145326
2012	1338401
2013	1547652
2014	1767931
2015	1520889
2016	1655502

Zdroj: vlastní zpracování, výbor statistiky ministerstva národní ekonomiky republiky Kazachstán, 2016