

Торайғыров университетінің
ҒЫЛЫМИ ЖУРНАЛЫ

НАУЧНЫЙ ЖУРНАЛ
Торайғыров университета

Торайғыров университетінің ХАБАРШЫСЫ

Экономикалық сериясы
1997 жылдан бастап шығады



ВЕСТНИК

Торайғыров университета

Экономическая серия
Издается с 1997 года

ISSN 2710-3552

№ 3 (2024)

Павлодар

НАУЧНЫЙ ЖУРНАЛ
Торайгыров университета

Экономическая серия
выходит 4 раза в год

СВИДЕТЕЛЬСТВО

о постановке на переучет периодического печатного издания,
информационного агентства и сетевого издания
№ KZ93VPY00029686

выдано
Министерством информации и коммуникаций
Республики Казахстан

Тематическая направленность
публикация материалов в области экономики, управления,
финансов, бухгалтерского учета и аудита

Подписной индекс – 76133

<https://doi.org/10.48081/NCQE5133>

Бас редакторы – главный редактор
Давиденко Л. М.
доктор PhD

Заместитель главного редактора
Ответственный секретарь

Гребнев Л. С., *д.э.н., профессор*
Шеримова Н. М., *магистр*

Редакция алкасы – Редакционная коллегия

Шмарловская Г. А.,	<i>д.э.н., профессор (Беларусь);</i>
Кунязов Е. К.,	<i>доктор PhD, доцент;</i>
Алмаз Толымбек,	<i>доктор PhD, профессор (США);</i>
Мукина Г. С.,	<i>доктор PhD, ассоц. профессор, доцент;</i>
Алтайбаева Ж. К.,	<i>к.э.н.</i>
Мусина А. Ж.,	<i>к.э.н., ассоц. профессор, доцент;</i>
Титков А. А.,	<i>к.э.н., доцент;</i>
Омарова А. Р.	<i>технический редактор.</i>

За достоверность материалов и рекламы ответственность несут авторы и рекламодатели
Редакция оставляет за собой право на отклонение материалов
При использовании материалов журнала ссылка на «Вестник Торайгыров университета» обязательна

<https://doi.org/10.48081/EVDS7897>***A. M. Tyngisheva¹, E. B. Aimagambetov², N. S. Ulakov³**

Kazpotrebsoyuz-Universität Karaganda, Republik Kaschstan, Stadt Karaganda

¹ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1957-4325>²ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8914-4622>³ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6135-9186>*e-mail: ajnur-88@mail.ru

VERGLEICHSANALYSE DER FUNKTIONSWEISE VON KRANKENVERSICHERUNGSSYSTEMEN IN KASACHSTAN UND DEUTSCHLAND

Der Artikel ist der Untersuchung der Krankenversicherung in Kasachstan und Deutschland gewidmet. Von den Autoren wurden die Systeme der gesetzlichen sozialen Krankenversicherung in Kasachstan und Deutschland vergleichend-kontrastiv analysiert. Die Merkmale der Funktionsweise des gesetzlichen sozialen Krankenversicherungssystems wurden identifiziert, Finanzierungsquellen, Finanzierungswege, die Höhe der Gesundheitskosten usw. wurden bestimmt. Basierend auf der Analyse wurden entsprechende Schlussfolgerungen gezogen.

Die Krankenversicherungssysteme Kasachstans und Deutschlands unterscheiden sich in wesentlichen Aspekten wie Beitragsniveau, Verwaltungsstruktur und Regelungsbereichen. In Kasachstan hat sich das Krankenversicherungssystem nicht konsequent entwickelt und ist noch nicht vollständig etabliert. Im Gegensatz dazu hat sich das deutsche System schrittweise weiterentwickelt und wurde unter Berücksichtigung gesellschaftlicher Interessen in verschiedenen Entwicklungsphasen verbessert.

In der vorliegenden Arbeit werden verschiedene wissenschaftliche Methoden angewendet, darunter institutionelle Analyse, Synthese, Literaturüberblick und vergleichende Methoden. Die Ergebnisse der Studie können von Behörden im Gesundheitswesen genutzt werden, um ein optimales Modell der gesetzlichen sozialen Krankenversicherung zu entwickeln. Die empirische Grundlage der Untersuchung besteht aus wissenschaftlichen Arbeiten nationaler und internationaler Forscher,

Gesetzgebungsakten im Gesundheitsbereich, offiziellen Veröffentlichungen sowie analytischen und statistischen Sammlungen.

Schlüsselwörter: Gesundheit, Gesundheitssystem, Krankenversicherung, Gesundheitskosten, erwartete Lebensdauer der Bevölkerung

Einführung

Für viele Menschen sind Sicherheit und Verlässlichkeit hohe Güter in einer Gesellschaft. Besonders geschätzt wird auch ein stabiles Gesundheitssystem wie wir es derzeit in Deutschland haben. Doch Entwicklungen wie Fachkräftemängel im Pflegebereich, enorm steigende Arzneimittelpreise oder die schleppende Weiterentwicklung der Digitalisierung erfordern Reformen, um eine qualitativ hochwertige Versorgung dauerhaft zu sichern und bezahlbar zu gestalten.

Eines der größten institutionellen Probleme im Gesundheitssystem bleibt seit langem die Unvollkommenheit des Finanzierungsmechanismus, nämlich begrenzte Haushaltsmittel, hohe private Ausgaben für die Gesundheitsversorgung und ineffiziente Nutzung der Haushaltsmittel. Es ist zu beachten, dass die Lösung dieser Probleme einen integrierten Ansatz einschließlich neuer institutioneller Veränderungen erfordert.

Derzeit finden im Gesundheitssystem bedeutende Reformen im Zusammenhang mit der Einführung der obligatorischen sozialen Krankenversicherung statt. Das staatlich finanzierte Versicherungsmodell ist schon in solchen Ländern wie Deutschland, den Niederlanden, Polen, Frankreich, Russland usw. verbreitet.

Probleme der Funktionsweise und Entwicklung des öffentlichen Sektors, dessen wichtiger Bestandteil das Gesundheitswesen ist, wurden in den Arbeiten vieler bekannter in- und ausländischer Forscher offengelegt: H. Zhang [1, s. 2], Zarepour, Z. [2], G.M. Utibayev [3, s. 25], L.S. Spankulova [4, s.104], M.R. Rysklova [5, s.11] und anderer Autoren. Die Fragen der Humankapitalbildung wurden unter den Bedingungen der wirtschaftlichen Entwicklung Kasachstans von S. K. Kapysheva, M. M. Sauranova, O.I. Nazarova und N. A. Satanbekov [6, s.111] betrachtet. Sarkodie Owusu untersuchte solche Besonderheiten, wie das Krankenversicherungssystem auf die Qualität und Verfügbarkeit medizinischer Leistungen unter Berücksichtigung der Kostensenkung des Staates für die Gesundheitsfürsorge beeinflusst [7, s. 9]. T. Fukai u.a. tun in ihrem Artikel dar, dass die Krankenversicherung sich positiv auf Haushaltsausgaben auswirkt und Ersparnis des Individuums lebenslang beeinflusst. Größtenteils hängt die Wirksamkeit der Krankenversicherung vom Vorhandensein zusätzlicher Sozialversicherungsprogramme und vom Typ des Haushalts ab [8].

Materialen und Methoden

In Artikel werden methodologische Ansätze oder Modifikationen von bestehenden Ansätzen präsentiert, oder aber quantitative und Daten-analytische Methoden diskutiert.

Ziel des Artikels ist es, die Funktionsweise der gesetzlichen sozialen Krankenversicherung in Kasachstan und Deutschland vergleichend zu analysieren, um spezifische Merkmale sowie Möglichkeiten zur Übernahme erfolgreicher Erfahrungen in die nationale Praxis zu identifizieren.

Gesundheitssysteme dienen der Absicherung der Bevölkerung gegen das Krankheitsrisiko. Je nach Art der Finanzierung werden heute weltweit drei grundlegende Versorgungssysteme unterschieden. Betrachtet man einzelne nationale Gesundheitssysteme, entsprechen diese allerdings in der Regel nicht vollständig einem dieser Typen, sondern stellen meist Mischformen dar.

Sozialversicherungssystem (Bismarck-Modell). In Deutschland gibt es ein Sozialversicherungssystem (Bismarck-Modell). Das bedeutet, dass die Gesundheitsleistungen über die gesetzlichen Krankenversicherungen finanziert werden. Arbeitgeber und Arbeitnehmer teilen sich die gesetzlich vorgeschriebenen Sozialversicherungsbeiträge, deren Höhe sich nach dem Bruttoarbeitslohn richtet.

Die medizinischen Gesundheitsleistungen werden von privaten und öffentlichen Anbietern (Ärzte, Krankenhäuser, Gesundheitsämter, etc.) erbracht. Es werden Vertragsärzte für die ambulante Versorgung eingebunden.

Neben Deutschland gibt es dieses Modell der Gesundheitsversorgung z. b. auch in Belgien, Frankreich, Österreich, Luxemburg.

Staatlicher Gesundheitsdienst (Beveridge-Modell). Das Beveridge-Modell ist ein Gesundheitssystem, bei dem ein nationaler Gesundheitsdienst mit zweckgebundenen Steuern finanziert wird. Die medizinische Versorgung erfolgt über öffentliche Versorgungseinrichtungen und ist praktisch für jeden Bürger kostenlos.

Semashko-Modell. In der UdSSR gab es ein zentral geplantes, staatliches Versorgungssystem mit freiem Zugang für die Gesamtbevölkerung. Der Staat war Leistungsanbieter, Verwalter und Finanzierer (durch Steuern).

Privates System. In Amerika gibt es ein privatwirtschaftliches (marktwirtschaftliches) Gesundheitssystem, bei dem es keine Versicherungspflicht gibt. Der größte Teil der amerikanischen Bevölkerung ist privat krankenversichert. Die Gesundheitsversorgung erfolgt hauptsächlich durch private Anbieter. Sie wird durch Markt und Wettbewerbsmechanismen reguliert. Die Finanzierung des Systems erfolgt überwiegend aus privaten Mitteln der Versicherten.

Das System der obligatorischen sozialen Krankenversicherung hat aufgrund seiner Zuverlässigkeit und Praktikabilität im Rahmen der Entwicklung der

staatlichen Unterstützung für diesen Bereich das Vertrauen aller Länder der Welt gewonnen. Eine wichtige Tatsache bleibt seine weit verbreitete Verwendung in allen GUS-Staaten. Die Gesundheitsversorgung als eine der Hauptausgaben, die in den sozialen Garantien eines Bürgers eines jeden Landes enthalten ist, hat durch die Bedingungen der obligatorischen Krankenversicherung einen zusätzlichen Entwicklungsanreiz erhalten.

Ergebnisse und Diskussion

Die Komplexität der Gesundheitssysteme und der Gesundheitsversorgung hat zu einem wachsenden Feld der Gesundheitssystemforschung geführt. Die Gesundheitssystemforschung beschäftigt sich mit den verschiedenen Komponenten des Gesundheitssystems, mit seinen Prinzipien, Methoden und der praktischen Umsetzung. Dieser noch junge Forschungsbereich untersucht auch Einflüsse auf das System, die u. a. aus der Gesellschaft, der Umwelt und dem Gesundheitswesen stammen können. Es ist somit ein wichtiger Pfeiler für gesundheitspolitische Entscheidungen. Patientinnen stehen im Zentrum eines komplexen Gesundheitsmodells und sind umgeben von ärztlichem und nicht-ärztlichem Personal, der unterstützenden organisatorischen Infrastruktur und dem politischen Umfeld. Modelle von Gesundheitssystemen werden durch die Art und Weise definiert, in der die Gesundheitsversorgung bezahlt, finanziert und erbracht wird. Gesundheitssysteme werden weiter durch ein Netzwerk von Anbietern, angeschlossenen Organisationen und Finanzstrukturen beschrieben. (Abbildung 1).

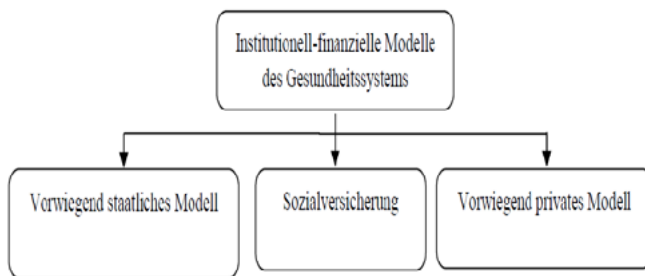


Abbildung 1 – Wesentliche institutionell-finanzielle Modelle des modernen Gesundheitssystems

Die Gesundheitssystemforschung bietet einen Rahmen, um alle miteinander verbundenen Komponenten des Gesundheitssystems zu verstehen.

Kommunikation, Zusammenarbeit und Zusammenhänge sind für eine qualitativ hochwertige Gesundheitsversorgung unerlässlich.

Verschiedene Modelle für Gesundheitssysteme basieren auf der Art und Weise, wie Gesundheitsleistungen bezahlt, finanziert und erbracht werden.

Gesundheitsversorgungssysteme werden durch das Netzwerk von Organisationen und Leistungserbringern innerhalb einer gegebenen Finanzstruktur definiert, wie beispielsweise die gesetzlichen Krankenversicherungen und privaten Krankenkassen.

Das deutsche Gesundheitssystem ist ein sogenanntes duales Krankenversicherungssystem. Versichern kann man sich zum einen in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV), zum anderen existieren private Krankenversicherungen (PKV). Circa 90 Prozent der Gesamtbevölkerung Deutschlands sind gesetzlich versichert. Gesetzlich Versicherte können sich privat zusatzversichern.

In der gesetzlichen Krankenversicherung sind das die Krankenkassen, so genannte Körperschaften des öffentlichen Rechts, also keine Kapitalgesellschaften und damit nicht gewinnorientiert. Die Krankenkassen werden in gewissem Umfang durch die Versicherten und die Arbeitgeber selbstverwaltet (die Arbeitgeber, weil die für die ihre Beschäftigten in der Regel den halben Beitrag zahlen). Die Mitglieder können zwischen fast allen Krankenkassen frei wählen. Ausnahmen gibt es nur für wenige Kassen, die entweder regional begrenzt sind (Allgemeine Ortskrankenkassen – AOK) oder nur Beschäftigte eines bestimmten Unternehmens aufnehmen (geschlossene Betriebskrankenkassen – BKK). Das sind aber nur wenige. Überwacht werden die gesetzlichen Krankenkassen vom Bundesamt für Soziale Sicherung – BAS.

Die gesetzliche Krankenversicherung ist eine Vollversicherung. Grundsätzlich werden alle medizinisch notwendigen Leistungen übernommen. Welche das sind, ist im Wesentlichen gesetzlich festgelegt, sie werden regelmäßig an die medizinische Entwicklung angepasst. Die Leistungen werden über die Versichertenkarte abgerechnet, der Versicherte muss also nicht in Vorlage treten und erhält vom Arzt oder Krankenhaus keine Rechnung. Für einige Leistungen gibt es geringe Eigenbeteiligungen, beispielsweise bei Medikamenten (pro Packung zehn Prozent des Verkaufspreises, mindestens fünf Euro, höchstens zehn Euro) oder auch im Krankenhaus (zehn Euro pro Tag für höchstens 28 Tage im Jahr). Zu den Leistungen gehören auch Kuren und Rehabilitationsmaßnahmen sowie – bei Verdienstausschluss – ein Krankengeld.

Einen Leistungsausschluss bei beim Beitritt bereits bestehenden Leistungen gibt es in der gesetzlichen Krankenkasse nicht. Bei einem Wechsel werden auch laufende Behandlungen von der neuen Kasse weitergeführt und die Kosten dafür übernommen.[9].

Die gesetzliche Krankenversicherung unterscheidet zwischen Personen, die sich gesetzlich versichern müssen (Versicherungspflicht) und Personen, die sich gesetzlich versichern dürfen (freiwillige Versicherung). Der Versicherungspflicht unterliegen beispielsweise Auszubildende, Arbeitnehmer/-innen mit einem Jahresarbeitsentgelt bis 69.300 Euro pro Jahr (Versicherungspflichtgrenze) und Arbeitslose mit Arbeitslosengeldbezug. Auch Bezieher einer inländischen gesetzlichen Rente unterliegen der Versicherungspflicht. Diese tritt allerdings nur ein, wenn sie zu 90 % in der 2. Hälfte ihres Erwerbslebens gesetzlich krankenversichert waren (Vorversicherungszeit). Versicherte mit Kindern können auf diese Zeit pauschal drei Jahre je Kind anrechnen lassen. Eine Anrechnung für nicht-leibliche Kinder ist an spezielle Voraussetzungen geknüpft.

Bestimmte Personengruppen unterliegen der Versicherungsfreiheit und müssen sich nicht gesetzlich krankenversichern. Sie dürfen sich jedoch freiwillig weiterversichern. Dazu gehören vor allem Angestellte mit einem Bruttojahresarbeitsentgelt oberhalb der Versicherungspflichtgrenze, Beamten und hauptberuflich selbstständig Erwerbstätige.

Kinder können unter bestimmten Bedingungen kostenfrei mitversichert werden (Familienversicherung): Bei unverheirateten Eltern reicht dafür in der Regel aus, dass ein Elternteil gesetzlich krankenversichert ist. Sind die Eltern hingegen verheiratet, kommt es darauf an: Sind beide Eheleute in der gesetzlichen Krankenversicherung, besteht die Möglichkeit einer Familienversicherung. Ist der/die höher verdienenden Ehepartner/-in jedoch privat krankenversichert, können die Kinder meist nicht mehr kostenfrei versichert werden. Es besteht dann normalerweise die Möglichkeit der freiwilligen gesetzlichen oder der privaten Versicherung für Kinder.

In Kasachstan erfolgt die Krankenversicherung auf der Grundlage des Gesetzes «Über gesetzliche soziale Krankenversicherung». Gemäß dem Gesetz werden die Mittel für die gesetzliche soziale Krankenversicherung aus den Einnahmen der Versicherungsbeiträge von Arbeitgebern, Arbeitnehmern, Bürgern selbst sowie Zahlungen aus dem Staatshaushalt für sozial schwache Bevölkerungsgruppen und nicht erwerbstätige Bürger gebildet. Versicherungsbeitrag, in % vom Lohnfonds – 5 %.

Ende 2022 betrug die Zahl der Bezugsberechtigten in der medizinischen Versorgung kraft der gesetzlichen sozialen Krankenversicherung 16,3 Millionen Menschen bzw. 82,4 %, davon sind vor allem 11,4 Millionen Anspruchsberechtigte (58,3 %) und 4,9 Millionen Arbeitnehmer (24,8 %). Die Erbringung medizinischer Leistungen im Rahmen der Direktverträge mit dem Fonds erfolgte im Jahr 2022 durch 1438 Beschaffer, davon 685 bzw. 48 % staatlicher Eigentumsform und 753 (52 %) privater. Über 2,1 Billionen Tenge wurden für die Finanzierung der medizinischen Versorgung im Rahmen des garantierten Umfangs der kostenlosen

medizinischen Betreuung und der gesetzlichen sozialen Krankenversicherung gerichtet, davon sind 925 Milliarden Tenge in die gesetzliche soziale Krankenversicherung zuwendet.

Schauen wir uns die Hauptindikatoren des Gesundheitssystems beider Länder an. Wie es bekannt ist, sind die Gesundheitskosten ein wichtiger Indikator für die gesellschaftliche Entwicklung und die Sozialpolitik des Staates. Im Jahr 2022 betrug der Anteil der gesamten Gesundheitsausgaben am Bruttoinlandsprodukt in Kasachstan 3,9 %. Der Wert dieses Indikators liegt um 9,3 % unter dem Indikator in Deutschland (Abbildung 2).

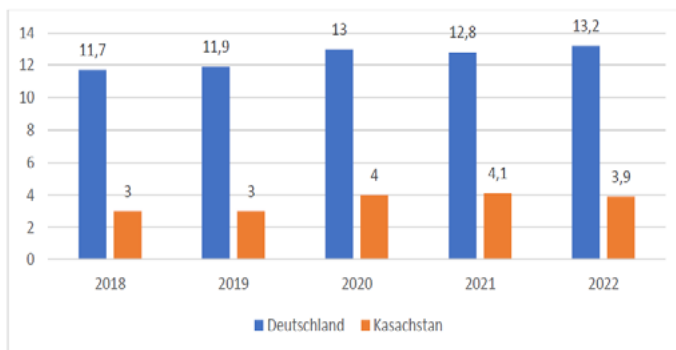


Abbildung 2 – Anteil der gesamten Gesundheitskosten an der Struktur des Bruttoinlandsprodukts

In der weltweiten Praxis ist die Lebenserwartung der Bevölkerung ein Indikator für die Wirksamkeit des Gesundheitssystems (Abbildung 3).

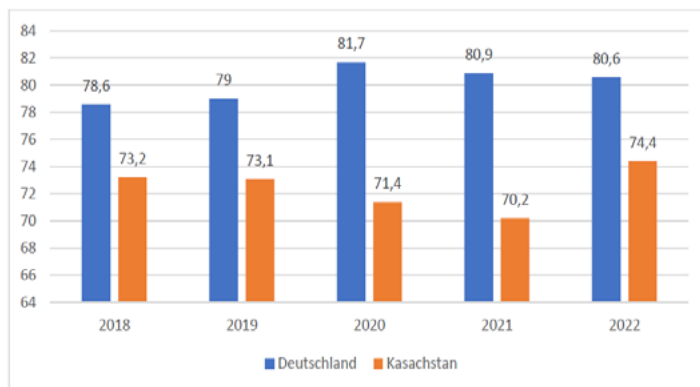


Abbildung 3 – Dynamik der Lebenserwartung der Bevölkerung

Ende 2022 lag die Lebenserwartung der Bevölkerung in Kasachstan bei 74,4 Jahren, während sie in Deutschland bei 80,6 Jahren war[10]. Damit liegt Kasachstan bei der Lebenserwartung im Durchschnitt um 6 Jahre hinter Deutschland und anderen Ländern der Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung zurück[11].

Nach der Analyse der gesetzlichen Sozialversicherungssysteme in Kasachstan und Deutschland werden die Gemeinsamkeiten und Unterschiede hervorgehoben. Zunächst wurde in Kasachstan und Deutschland ein Sozialversicherungsmodell zur Finanzierung des Gesundheitssystems gewählt. Die Hauptfinanzierungsquellen sind Zahlungen aus der gesetzlichen sozialen Krankenversicherung.

Tabelle 1 – Vergleichende Merkmale der Gesundheitsbranche in Kasachstan und Deutschland

	Kasachstan	Deutschland
Erfassung der Bevölkerung mit der gesetzlichen sozialen Krankenversicherung	82 % der Bevölkerung sind mit dem Programm der gesetzlichen sozialen Krankenversicherung erfasst	90 % der Bevölkerung sind mit den Programmen der gesetzlichen Krankenversicherung erfasst, 10 % — mit den Programmen der freiwilligen Krankenversicherung, 3 % von Versicherten mit der gesetzlichen Krankenversicherung haben die freiwillige Krankenversicherung
Form der staatlichen Lenkung der Krankenversicherung	Zentralisiert	Dezentralisiert

Regelsubjekte im Behandlungspflegesystem	Staat	Staat, vereinigte Kostenträgerkommissionen, die sich aus Vertretern von Krankenkassen und Leistungserbringern zusammensetzen, ärztliche Berufsverbände
Versicherungsanstalten im System der gesetzlichen Krankenversicherung	Pflichtsozialversicherungsfonds	Krankenkassen
Versicherungsbeitrag, in % vom Lohnfonds	5%	14,6%
Verteilung des Versicherungsbeitrags zwischen dem Arbeitgeber und dem Arbeitnehmer	60/40	50/50
Vermerk – Es wurde aus Quellen [9; 10; 11] zusammengestellt		

In Deutschland beträgt der Anteil des Versicherungsbeitrags vom Lohnfonds 14,6 %, in Kasachstan – 5 %. Betrachten wir zum Vergleich die Höhe der gesetzlichen Sozialversicherungsbeitragssätze in einigen Ländern: in Frankreich – 13,6 %, Österreich – 18,2 %, Slowenien – 13,45 %, Litauen – 9 % und Moldawien – 9,5 %. Somit hat Kasachstan einen der niedrigsten Versicherungsbeitragssätze. Was die Verteilung des Versicherungsbeitrags zwischen dem Arbeitgeber und dem Arbeitnehmer betrifft, so betragen in Kasachstan die Arbeitgeberbeiträge 3 % des Subjekts der Abzugsberechnung, machen die Arbeitnehmerbeiträge 2 %, und sie werden im Verhältnis 60:40 verteilt. In Deutschland sind die Beiträge zum Pflichtsozialversicherungsfonds einkommensabhängig und werden zum festen Satz (14,6 %) sowohl von Arbeitgebern als auch von Arbeitnehmern (50:50) bezahlt. In Deutschland sind im Jahr 2024 rund 90 Prozent der Bevölkerung bei der gesetzlichen Krankenversicherung versichert. Selbstständige zahlen den Satz dagegen komplett selbst. Die Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung decken unter anderem ärztliche Behandlungen, Krankenhausaufenthalte und Arzneimittelversorgung ab. Zusätzlich zu den Beiträgen wird die gesetzliche Krankenkasse durch Steuermittel getragen. 2024 sind es 14,5 Milliarden Euro.

Das deutsche Gesundheitssystem zeichnet sich noch durch zwei weitere Besonderheiten aus: die Selbstverwaltung und das Sachleistungsprinzip in der

GKV. Krankenkassen und Kassenärztliche Vereinigungen sind Körperschaften des öffentlichen Rechts mit Selbstverwaltung. Sie erfüllen daher die ihnen gesetzlich übertragenen Aufgaben in eigener Verantwortung. Der Staat setzt dazu nur den rechtlichen Rahmen und führt eine Rechtsaufsicht. Das bedeutet, dass diese Körperschaften nicht unmittelbar Teil der staatlichen Verwaltung sind und eine Fachaufsicht des Staates sowie ein damit verbundenes Weisungsrecht nicht bestehen. Zudem gibt es eine gemeinsame Selbstverwaltung der Leistungserbringer und Kostenträger. Anstelle staatlicher Vorgaben sollen diese gemeinsam viele Aspekte des Gesundheitssystems näher ausgestalten. Wichtigstes Organ auf Bundesebene ist hier der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA). Der G-BA hat neben zahlreichen anderen Aufgaben in einer Reihe von Fällen zu entscheiden, welche medizinischen Leistungen in den Leistungskatalog der GKV kommen und welche nicht.

Informationen zur Finanzierung

Der Artikel wurde im Rahmen des Forschungsstipendiums vom Komitee für Wissenschaft des Ministeriums für Wissenschaft und Hochschulbildung der Republik Kasachstan im Rahmen des Projekts AP14972953 «Weiterentwicklung der staatlichen Lenkung des gesetzlichen sozialen Krankenversicherungssystems im Zeitraum nach der Pandemie in der Republik Kasachstan» vorbereitet.

Fazit

Die Untersuchung des Gesundheitsfinanzierungsmodells in Deutschland lässt uns zu dem Schluss kommen, dass es recht effektiv funktioniert, was auch die durchschnittliche Lebenserwartung der Bevölkerung von 80 Jahren bestätigt. Es ist zu beachten, dass die Untersuchung der deutschen Erfahrungen notwendig ist, um sie in der kasachischen Praxis nutzen zu können. Daher wäre es unserer Meinung nach für das kasachische Modell des gesetzlichen Pflichtsozialversicherungssystems zweckmäßig, die deutschen Kenntnisse im Hinblick auf die Dezentralisierung der Verwaltung zu übernehmen und die Möglichkeiten der Öffentlichkeit und den Berufsverbänden zu bieten.

References

- 1 **Zhang, H.** Challenges and approaches of the global governance of public health under COVID-19[Text]// Frontiers in Public Health. Electronic Journal. – 2021. – Vol.9. – P.1-8. – <https://doi.org/10.3389/fpubh.2021.727214>
- 2 **Zarepour, Z., Mebratie, A., Shamebo, D., Shigute, Z., Alemu, G., Bedi, A.S.** Social Health Insurance and Healthcare Seeking Behavior in Urban Ethiopia. Annals of global health. – 2023. – №89(1):84 [Electronic resource]. – <https://doi.org/10.5334/aogh.4240>.

3 **Утибаев, Г. М.** Административно-правовые аспекты управления здравоохранением в Республике Казахстан: монография [Текст]. – Алматы: Изд-во Санат, 1998. – 112 с.

4 **Spankulova, L. S., Mukhamediyev, B. M., Bukatov, Y. B.** Peculiarities of demand for medicines and assessment of the consequences of introducing co-payment in Kazakhstan [Text] // Bulletin of the Karaganda University. – 2023. – №29(113). – P.102–110.

5 **Рыскулова, М. Р.** Актуальные вопросы государственного управления системы здравоохранения Казахстана [Текст] // Вестник Национальной академии наук Республики Казахстан. – 2017. – №4. – С.8–17.

6 **Капышева, С. К., Сауранова, М. М., Назарова О. И., Сатанбеков Н. А.** Проблемы формирования человеческого капитала в современных условиях развития экономики Казахстана [Текст] // Вестник Казахского университета экономики, финансов и международной торговли. – 2023. – №2(51). – С. 109–114.

7 **Sarkodie, A.O.** «Effect of the National Health Insurance Scheme on Healthcare Utilization and Out-of-Pocket Payment: Evidence from GLSS », Palgrave Communications, Palgrave Macmillan. – 2021. – №8(1). – P.1–10. – <https://doi.org/10.1057/s41599-021-00984-7>.

8 **Fukai, T., Ichimura, H., Kitao, S., Mikoshiba, M.** «Medical Expenditures over the Life Cycle: Persistent Risks and Insurance», RIETI. – 2021. – Discussion Paper Series 21-E-073.

9 Die Auseinandersetzung die Digitalisierung des Gesundheitswesens [Elektronische Ressource]. URL:// – <http://www.heise.de /ct/artikel/Die285Auseinandersetzung-um>. (Datum der Bewerbung 23.05.2023)

10 Statista [Elektronische Ressource]. URL: – <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/5463/umfrage/gesundheitsystem-in-deutschland-ausgaben-seit-1992/> (Datum der Bewerbung 23.05.2023)

11 Статистические сборники «Здоровье населения Республики

12 Казахстан и деятельность организаций здравоохранения» [Электронный ресурс]. – URL: – https://nrchd.kz/index.php/ru/?option=com_content&view=article&id=973. (Дата обращения 20.05.2024)

Received 21.07.24

Received in revised form 15.07.24

Accepted for publication 02.09.24

*А. М. Тыңгисиева, Е. Б. Аймағамбетов, Н. С. Улаков

Қазтұтынуодағы Қарағанды университеті,

Қазақстан Республикасы, Қарағанды

01.07.24 ж. баспаға түсті.

15.07.24 ж. түзетулерімен түсті.

02.09.24 ж. басып шығаруға қабылданды.

ҚАЗАҚСТАН МЕН ГЕРМАНИЯНЫҢ ДЕНСАУЛЫҚ САҚТАНДЫРУ ЖҮЙЕЛЕРІНІҢ ҚЫЗМЕТІН САЛЫСТЫРМАЛЫ ТАЛДАУ

Мақала Қазақстан мен Германиядағы медициналық сақтандыруды зерттеуге арналған. Авторлар Қазақстан мен Германиядағы міндетті әлеуметтік медициналық сақтандыру жүйелеріне салыстырмалы талдау жүргізді. Міндетті әлеуметтік медициналық сақтандыру жүйесінің жұмыс істеу ерекшеліктері айқындалды, қаржыландыру көздері, қаржыландыру арналары, денсаулық сақтау шығындарының деңгейі және т.б. Талдау негізінде тиісті қорытындылар жасалды.

Қазақстан мен Германияның медициналық сақтандыру жүйелерінде айтарлықтай айырмашылықтар бар: тарифтердің мөлшері, басқару нысаны, реттеу субъектілері және т.б. Қазақстанда медициналық сақтандыру жүйесі белгілі бір дәрежеде тұрақсыз дамыды және әлі толық қалыптаспаған. Неміс жүйесі бірте-бірте дамып, оның дамуының әртүрлі кезеңдеріндегі қоғам мүдделерінің ерекшеліктерін ескере отырып жетілдірілді.

Жұмыста келесі ғылыми әдістер қолданылады: институционалдық талдау әдісі, синтез, әдебиеттерге шолу, салыстырмалы әдістер. Эмпирикалық базаны отандық және шетелдік зерттеушілердің ғылыми еңбектері, денсаулық сақтау саласындағы заңнамалық актілер, ресми басылымдар, аналитикалық және статистикалық жинақтар құрайды.

Кілтті сөздер: денсаулық сақтау, денсаулық сақтау жүйесі, медициналық сақтандыру, денсаулық сақтау шығындары, халықтың өмір сүру ұзақтығы

*A. M. Tyngisheva, E. B. Aimagambetov, N. S. Ulakov

Karaganda University of Kazpotrebsouz, Republic of Kazakhstan, Karaganda

Received 21.07.24

Received in revised form 15.07.24

Accepted for publication 02.09.24

COMPARATIVE ANALYSIS OF THE FUNCTIONING OF HEALTH INSURANCE SYSTEMS OF KAZAKHSTAN AND GERMANY

The article is devoted to the study of health insurance in Kazakhstan and Germany. The authors conducted a comparative analysis of the systems of compulsory social health insurance in Kazakhstan and Germany. Features of the functioning of the compulsory social health insurance system have been identified, sources of financing, financing channels, the level of healthcare costs, etc. have been identified. Based on the analysis, appropriate conclusions were drawn.

The health insurance systems of Kazakhstan and Germany have significant differences: the size of rates, the form of management, subjects of regulation, etc. The health insurance system in Kazakhstan has developed to a certain extent inconsistently and has not yet been fully formed. The German system developed gradually and was improved taking into account the peculiarities of the interests of society at various stages of its development.

The following scientific methods are used in the work: method of institutional analysis, synthesis, literature review, comparative methods. The results of the study can be used by government regulatory authorities in the healthcare sector to develop an optimal model of compulsory social health insurance. The empirical base consists of scientific works of domestic and foreign researchers, legislative acts in the field of healthcare, official publications, analytical and statistical collections.

Keywords: health, health care system, health insurance, health care costs, life expectancy of the population.

Теруге 02.09.2024 ж. жіберілді. Басуға 30.09.2024 ж. қол қойылды.

Электронды баспа

5,04 Mb RAM

Шартты баспа табағы 17,4

Таралымы 300 дана. Бағасы келісім бойынша.

Компьютерде беттеген: А. К. Мыржикова

Корректоры: А. Р. Омарова, М. М. Нугманова

Тапсырыс № 4278

Сдано в набор 02.09.2024 г. Подписано в печать 30.09.2024 г.

Электронное издание

5,04 Mb RAM

Усл.п.л. 17,4. Тираж 300 экз. Цена договорная.

Компьютерная верстка: А. К. Мыржикова

Корректорлар: А. Р. Омарова, М. М. Нугманова

Заказ № 4278

«Toraighyrov University» баспасынан басылып шығарылған

Торайғыров университеті

140008, Павлодар қ., Ломов к., 64, 137 каб.

«Toraighyrov University» баспасы

Торайғыров университеті

140008, Павлодар қ., Ломов к., 64, 137 каб.

8 (7182) 67-36-69

e-mail: kereku@tou.edu.kz

www.vestnik.tou.edu.kz

www.vestnik-economic.tou.edu.kz