

Амитов С.А., Абдрашитова А.Х.

Институционализация медицинского страхования в Казахстане

В статье поднимается вопрос проблемы институционализации медицинского страхования в Казахстане как новой формы социальной защиты населения. Целью научной статьи является изучение этапов формирования медицинского страхования, ее реализации с периода трансформации общественно-экономической системы в стране после обретения независимости и по сей день. Актуальность выбранной темы обусловлена тем, что с ежегодным увеличением бюджетного финансирования на здравоохранение и с развитием современных медицинских технологий также наблюдается увеличение расходов и спроса на медицинские услуги. На сегодня во многих развитых странах эффективность системы здравоохранения обеспечивается по принципу социальной солидарности, которая возможна только при введении медицинского страхования. Принимая во внимание сложность данного вопроса и вызовы, стоящие перед здравоохранением Казахстана в будущем, особенно важным является изучение эффективности введения и институционализации медицинского, в частности обязательного страхования.

Также автор не обходит стороной нормативно-правовую часть всего проекта. Одной из проблем медицинского страхования является конкуренция между страховыми фондами за пациентов. Автор, учитывая прошлый опыт деятельности ФОМС, дает анализ комплексных мер по регулированию этих процессов правоохранительными органами. В РК складывается отличающаяся от других стран организационно-функциональная модель ОМС. Она предполагает отсутствие страховых компаний, поскольку они рассматриваются только как дополнительный посредник между ФОМС, и медицинскими организациями, оказывающими помощь застрахованным. Рыночные отношения в здравоохранении откроют перспективы для развития конкурентоспособности медицинских организаций и повышения уровня и качества оказываемых медицинских услуг, а также дадут толчок к развитию медицинского сервиса.

Ключевые слова: медицинское страхование, обязательное медицинское страхование, Фонд медицинского страхования, институционализация медицинского страхования, здравоохранение, этапы перехода здравоохранения в систему обязательного медицинского страхования, бесплатная медицинская помощь, медицинские услуги, защита социально уязвимого населения.

Amitov S., Abdrashitova A.

Institutionalization of health insurance in Kazakhstan

The article raises the question of the problem of the institutionalization of health insurance in Kazakhstan as a new form of social protection. The purpose of a scientific article is to study the stages of formation of health insurance and its implementation with the transformation of the socio-economic system in the country since independence to the present day. The relevance of the topic chosen due to the fact that the annual increase budget financing of health care and the development of modern medical technology and an increase in costs and demand for medical services. Today, in many developed countries health system effectiveness is provided by the principle of social solidarity, which is possible only with the introduction of health insurance. Taking into account the complexity of the issue and the challenges facing health care in Kazakhstan in the future, it is particularly important to study the effectiveness of the introduction and institutionalization of health, in particular the compulsory insurance.

The author also does not shy away from the legal portion of the project. One of the problems of health insurance is the competition between the insurance funds for the patients. In Kazakhstan develops differs from other countries in the organizational and functional model of the compulsory health insurance. It suggests a lack of insurance companies, because they are only considered as an additional mediator between HIF and health care organizations that provide assistance to the insured. Market relations in health care will open the prospects for the development of the competitiveness of the medical institutions and improving the level and quality of medical services, as well as give impetus to the development of medical services.

Key words: health insurance compulsory health insurance, Health Insurance Fund, the institutionalization of health insurance, health care, health care transition stages in the compulsory health insurance system, free medical assistance, medical services, social protection of vulnerable populations.

Амитов С.А., Абдрашитова А.Х.

Қазақстандағы медициналық сақтандырудың институционалануы

Мақалада еліміздің тұрғындарды әлеуметтік қорғаудың жаңа формасы ретінде медициналық сақтандырудың институционалдануы мәселесі қарастырылады. Ғылыми мақаланың мақсаты медициналық сақтандырудың қалыптасу кезеңдерін, оның жүзеге асырылуын зерттеу болып табылады.

Жыл өткен сайын денсаулық сақтау саласына бөлінетін қаржының көлемінің артуы мен жаңа медициналық технологиялардың дамуы медициналық шығындар мен сұраныстардың да көбеюіне әкеледі. Сондықтан бүгінде көптеген елдерде денсаулық сақтаудың тиімді жүйесі әлеуметтік ниеттестік қағидасы арқылы іске асырылады. Болашақта Қазақстанның денсаулық сақтау жүйесінің алдында тұрған мәселелер мен қауіптерді назарға ала отырып, медициналық, оның ішінде міндетті медициналық сақтандыруды енгізу мен институционалдануын зерттеу маңызды. Тақырыптың өзектілігі осымен түсіндіріледі.

Түйін сөздер: медициналық сақтандыру, міндетті медициналық сақтандыру, Медициналық сақтандыру қоры, тегін медициналық көмек, медициналық қызмет, әлеуметтік қорғалмаған тұрғындарды қорғау.

ИНСТИТУЦИОНА- ЛИЗАЦИЯ МЕДИЦИН- СКОГО СТРАХОВАНИЯ В КАЗАХСТАНЕ

Введение

В условиях рыночной экономики одной из преобладающих форм социальной защиты населения, наряду с социальным обеспечением и помощью, становится медицинское страхование. Институционализация медицинского страхования в Казахстане была обусловлена необходимостью улучшения здоровья всех граждан страны для обеспечения устойчивого социально-демографического развития государства. Трансформация общественно-экономической системы в Казахстане в начале 90-х годов привела к увеличению таких социальных рисков, как потеря работы, повышение стоимости жизни, возникновение трудностей в получении медицинской помощи и пенсионного обеспечения. Вызовы, с которыми столкнулась система здравоохранения страны, привели к увеличению расходов на здравоохранение. Несмотря на это, уровень финансирования здравоохранения в РК был чрезвычайно низким – в 1994 г. реальные расходы на здравоохранение составляли всего 37% от уровня, который был зарегистрирован до обретения страной независимости [1]. Согласно данным государственной программы развития здравоохранения РК «Денсаулық» на 2016-2020 годы, расходы населения свыше 20% являются признаком низкой финансовой устойчивости системы здравоохранения и характеризуют повышенный риск для населения [2]. Для сравнения, в богатых странах на долю сектора здравоохранения, как правило, приходится большая доля ВВП, а доля государственных расходов в общих расходах на здравоохранение положительно коррелирует с ростом национального дохода. Это означает, что в более бедных странах большая доля расходов на здравоохранение приходится на частные расходы и зачастую это происходит за счет личных платежей граждан. Согласно Кодексу о здоровье народа и системе здравоохранения должен быть реализован принцип солидарной ответственности. В данном случае солидарная ответственность означает перераспределение средств от более высокооплачиваемых к менее обеспеченным, от молодых и одиноких – к пожилым и лицам, имеющим большие семьи. А с введением ОМС общие расходы на здравоохранение в % от ВВП должны возрасти, что поможет обеспечить высокий уровень качества и доступность медицинских услуг.

Основная часть

Институционализация медицинского страхования в стране началась с 1992 года, после того, как Верховный Совет, а затем и Президент Н.А. Назарбаев приняли Закон Республики Казахстан от 10 января 1992 года «Об охране здоровья народа в Республике Казахстан». Во исполнение Закона последовательно принимаются следующие Постановления: «О неотложных мерах по совершенствованию здравоохранения в условиях перехода к рынку» (5 августа 1992 г.) и «Вопросы внедрения медицинского страхования» (23 ноября 1993 г.). Для реализации второго Постановления Министерство здравоохранения издает приказ «Об определении экспериментальных регионов по внедрению обязательного медицинского страхования» (5 января 1994 г.) [3]. Согласно приказу были определены три экспериментальные области: Жезказганская, Кокшетауская, Южно-Казахстанская. Позднее в их число была включена Западно-Казахстанская область. Внедрение медицинского страхования осуществлялось по трем этапам: внедрение нового хозяйственного механизма; внедрение обяза-

тельного медицинского страхования на отдельных территориях области; введение обязательного медицинского страхования на всей территории области.

При введении ОМС был изучен международный опыт с привлечением специалистов Всемирного банка и независимых международных экспертов, непосредственно занимающихся вопросами медицинского страхования в странах со схожей системой здравоохранения. Модель ОМС в Казахстане формировалась на опыте классической модели Германии, учитывался опыт России, как близкой по нормативному полю и менталитету страны, Литвы, Словакии, Чехии и Польши, так как организация системы здравоохранения в данных постсоциалистических странах чрезвычайно схожая с РК. Но в большинстве случаев внедрение происходило довольно трудно, и к лету 1995 года можно было говорить о неполном введении ОМС в этих областях.

Переход здравоохранения на систему обязательного медицинского страхования в любом регионе можно разделить на четыре основных этапа: подготовительный, организационный, переходный, завершающий.

Таблица 1 – Этапы перехода здравоохранения в систему обязательного медицинского страхования [4]

Этапы	Период	Мероприятия
Подготовительный	С сентября по декабрь 1995 г.	Принятие документов, регламентирующих деятельность субъектов ОМС; создание инфраструктуры ОМС; определение численности различных контингентов населения, подлежащих ОМС; разработку системы учета оказанных медицинских услуг.
Организационный	С января по март 1996 г.	Аккумуляция финансовых средств для финансирования переходного этапа; подготовки перехода от сметно-затратного механизма финансирования здравоохранения к финансированию из расчета на одного жителя и на одного пролеченного больного, на основе ценообразования; установления порядка финансирования медицинских организаций в условиях смешанного финансирования здравоохранения; тиражирования полисов ОМС, заключения договоров со страхователями и медицинскими организациями, обеспечения населения полисами; создания информационной базы по застрахованным, страхователям и медицинским организациям, заключившим договор на оказание медицинской помощи в рамках базовой программы ОМС; формирования системы оценки качества оказываемой медицинской помощи; подготовки кадров для системы ОМС.
Переходный	С апреля по июнь 1996 г.	Перераспределительные функции; сбор страховых платежей по ОМС; оплата медицинских услуг в рамках базовой программы ОМС из отделений Фонда; создание второй очереди информационной системы ОМС; подготовку и обучение кадров для системы ОМС; формирование системы оценки качества оказываемой медицинской помощи.
Завершающий	С июля по август 1996 г.	Создание третьей очереди информационной системы ОМС; завершение формирования системы оценки качества оказываемой медицинской помощи; продолжение подготовки и обучения кадров для системы ОМС.

При системе обязательного медицинского страхования были введены две программы бесплатной медицинской помощи: программа гарантированного объема бесплатной медицинской помощи (ГОБМП) и базовая программа бесплатной медицинской помощи.

Бесплатная медицинская помощь в рамках ГОБМП предоставлялась всем гражданам страны за счет государственных средств. В эту программу входили такие услуги, как скорая медицинская помощь при неотложных состояниях, услуги по переливанию крови, услуги специализированных республиканских больниц научно-исследовательских институтов (например, онкологического и психиатрического профиля), услуги, оказываемые отдельным группам населения (инвалидам, ветеранам войны, престарелым и детям), и помощь при инфекционных болезнях (например, туберкулезе).

Вторая программа – базовая программа бесплатной медицинской помощи, обеспечивала предоставление медицинских услуг только для застрахованных лиц, хотя теоретически медицинское страхование было обязательным для всего населения. Базовая программа включала амбулаторную и большую часть стационарной помощи. В целом, четкого разграничения между двумя программами не было, что приводило к путанице и возникновению ложных стимулов для медицинских организаций. Несмотря на то, что модель страховой медицины, действовавшей в стране в период с 1996 по 1998 год, создала у населения определенные ожидания, они столкнулись рядом сложных проблем.

Одной из проблем медицинского страхования являлась конкуренция между страховыми фондами за пациентов. В этих условиях лица старшего возраста, имеющие хронические заболевания, дети и беременные являются нежелательными клиентами ввиду высокого риска наступления страховых случаев и могут лишиться доступа к медицинской помощи из-за отказа предоставить страховую защиту или ее высокой стоимости. Для преодоления этого неравенства ВОЗ рекомендует формировать единый пул средств, что реализуется во многих странах путем создания только одного фонда как, например, в Корее, Японии, Венгрии и др. странах, либо поэтапного слияния фондов как в Эстонии, а также при помощи механизмов выравнивания рисков как в Германии, Франции, Бельгии. В связи с этим в январе 1996 года в Казахстане был создан Фонд обязательного медицинского страхования (ФОМС). Министерс-

тво здравоохранения РК продолжало заниматься объединением финансовых средств и закупками медицинских услуг за счет бюджета, а ФОМС приступил к объединению финансовых ресурсов и закупкам медицинских услуг за счет средств, поступающих от налогов в фонд заработной платы. Программы, проводимые Минздравом РК и ФОМС, были независимы друг от друга, охватывали разные группы населения и предусматривали различные пакеты услуг. Из-за различий в схемах объединения финансовых средств и в пакетах услуг для различных групп населения возникало неравенство в медицинском обслуживании.

В РК складывается отличающаяся от других стран организационно-функциональная модель ОМС. Она предполагает отсутствие страховых компаний, поскольку они рассматриваются только как дополнительный посредник между ФОМС и медицинскими организациями, оказывающими помощь застрахованным. В связи с их полным отсутствием все функции страховщиков принимают на себя областные отделения ФОМС. Таким образом, из системы ОМС исключены страховые медицинские организации (компании), которые в других странах не входят в систему здравоохранения, осуществляют свою деятельность по специальной лицензии и составляют основу всей системы медицинского страхования. В результате страховым делом в системе ОМС в стране могут заниматься только государственные некоммерческие организации, которые представлены ФОМС и его отделениями в областях и г. Алматы [5]. На ФОМС и его отделения возлагается контроль за объемом и качеством медицинской помощи и срокам предоставления медицинских услуг. Отделения ФОМС определяют территориальную программу ОМС в соответствии с потребностью населения в медицинской помощи и имеющимися финансовыми средствами. Важно отметить, что финансовые средства Фонда являются собственностью государственной системы медицинского страхования, не входят в состав бюджетов или других фондов и изъятию не подлежат.

В 1998 г. система ОМС была прекращена в силу ряда причин. Во-первых, ФОМС испытывал сильнейший дефицит средств и в 1998 г. оказался не в состоянии выполнить некоторые из своих договорных обязательств. В 1996 году ФОМС внес лишь 15% в общие расходы на здравоохранение страны вместо планируемых 25%, а в 1998 году эта доля составила около 40%, хотя в последнем случае половина этой суммы

поступала от государства, которое оплачивало взносы на неработающее население [6]. В стране, которую затронул финансовый кризис в России, многие предприятия имели большие долги и были не в состоянии выплатить налог с фонда заработной платы. Из-за этого международные финансовые организации рекомендовали Казахстану закрыть все внебюджетные фонды, включая ФОМС, и перейти к системе целевого бюджетного финансирования здравоохранения. Кроме того, примерно четверть населения не была охвачена системой ОМС (в том числе самозанятое население и фермеры), и многие не платили взносы на ОМС. Но главная причина состояла в том, что области не выплачивали взносы на неработающее население. В результате к концу 1998 г. долг областных органов исполнительной власти перед ФОМС составил 27 млрд. тенге. ФОМС оказался не в состоянии выполнить свои договорные обязательства и задолжал медицинским организациям в общей сложности 8 млрд. тенге [7]. Также немаловажную роль сыграл тот факт, что областные органы исполнительной власти не перечисляли средства на обязательное медицинское страхование социально уязвимых групп населения. Наконец, доверие к ФОМС было подорвано в связи с обвинениями в коррупции и незаконном присвоении средств. В 1999 году Казахстан вновь вернулся к системе бюджетного финансирования здравоохранения, в то время как внебюджетные фонды, такие, как ФОМС, прекратили свое существование.

После упразднения ОМС финансовое положение системы здравоохранения улучшилось на некоторое время, так как государственный бюджет стал единственным источником финансирования здравоохранения. Помимо этого, консолидация ресурсов здравоохранения стала осуществляться на уровне области. А в 2000 году был утвержден перечень медицинских услуг, оказываемых населению в государственных организациях бесплатно. Но все же идея создания и реализации ФОМС не потеряла свою актуальность и по сей день, так как он является одним из важных составных частей системы ОМС. Во время выступления на открытии четвертой сессии Парламента РК пятого созыва Президент Н.А. Назарбаев сказал следующее: «С 2017 года необходимо трансформировать Комитет по оплате медицинских услуг Министерства здравоохранения и социального развития, создав Фонд обязательного медицинского страхования. Ныне действующая Единая национальная система здравоохранения будет базой для данного Фонда» [8]. Вполне возмож-

но, что Фонд начнет свою деятельность уже в текущем году. Помимо этого, в 2015 году Правительством разработан Закон «Об обязательном социальном медицинском страховании», который вступил в силу 1 марта 2016 года.

Ставка взносов государства за граждан особых категорий (социально-уязвимые слои населения) составит 7% от среднемесячной заработной платы. При этом размер ставки будет поэтапно повышаться: 4% в 2017 году, 5% с 2018 года, 6% в 2023 году, с 2024 года – 7%. Общий размер ставки взносов работодателей составит 5% от дохода, при этом отчисления начинаются с 2% в 2017 году, 3% в 2018 году, 4% в 2019 году и с 2020 года – 5%. Ставка взносов работников составит 2% от дохода, при этом их отчисление начнется с 2019 года – 1%, с 2020 года – 2%. Максимальная ставка взносов самозанятых граждан составит 7% от дохода. При этом 2% в 2017 году, 3% в 2018 году, 5% в 2019 году и с 2020 года – 7% [10].

Новая система предусматривает всеобщий охват населения ОМС. Это принципиально важно. Потому что до сих пор, например, не охвачена системой накопительного пенсионного обеспечения значительная часть общества. В новой системе предусматривается не только ответственность работодателя, но и самого работника, правда, только через три года. За это время можно будет оценить, насколько участие каждого работника финансово необходимо.

Нельзя не отметить, что и новый ФОМС будет сталкиваться со многими рисками, как снижение экономической активности в стране, сокращение доходов и заработных плат, риски перепотребления медицинских услуг и другие. Поэтому в стране будут приняты комплексные меры по регулированию этих процессов. Касательно скрытых реальных заработных плат и выдачи остальной части в конвертах, в нашей стране такая практика носит массовый характер, работодателями разработано множество схем так называемой оптимизации. С этой ситуацией активно борются налоговые органы, которые могут обратить внимание на организацию, если:

- 1) заработная плата сотрудников ниже прожиточного минимума по региону, ниже средне-рыночного уровня (по конкретному региону), ниже среднеотраслевой заработной платы;
- 2) уровень заработной платы руководства по официальным документам ниже заработка рядовых сотрудников;
- 3) при поступлении информации о выплатах заработной платы «в конвертах» (например, анонимный звонок);

4) при более низком уровне заработной платы у сотрудника на новом месте работы в сравнении со старым (по данным справок ГЦВП), то есть он сменил работу на менее выгодных условиях;

5) при предоставлении в банк справки для получения кредита, где фигурирует большая сумма заработной платы, чем в реальном отчете по конкретной организации.

Для достижения поставленной цели необходимо последовательно решить следующие задачи:

1. Обеспечение сбалансированности доходов системы обязательного медицинского страхования и ее обязательств по предоставлению гарантированной медицинской помощи застрахованным гражданам.

2. Обеспечение эффективных механизмов целевого и рационального использования средств всеми субъектами системы обязательного медицинского страхования.

3. Устранение недостатков, накопившихся в системе за период ее существования.

4. Гармонизация правовых и организационно-экономических механизмов взаимодействия обязательного медицинского страхования, здравоохранения и граждан.

Результаты, которые ожидаются после введения ОМС:

Для населения: доступность качественной медицинской помощи; система здравоохранения, способная отвечать потребностям населения; улучшение здоровья, увеличение продолжительности жизни; расширение амбулаторно-лекарственного обеспечения; снижение уровня неформальных платежей на здравоохранение.

Для государства: универсальный/всеобщий охват медицинской помощью; солидарная ответственность граждан; финансово-устойчивая система здравоохранения, позволяющая сбалансировать объемы потребления; совершенствование рыночных механизмов здравоохранения; стимулы для развития частного здравоохранения и индустрии здравоохранения (дополнительные рабочие места и технологии); повышение эффективности использования финансовых ресурсов; подотчетность перед обществом по использованию ресурсов.

Внедрение системы обязательного медицинского страхования позволит стимулировать

развитие медицинских учреждений, повысит эффективность и качество медобслуживания, доступность основных медуслуг, ответственность населения за свое здоровье, также позволит в полной мере реализовать право человека лечиться там, где ему нравится». Несомненно на современном этапе человеческий капитал становится важнейшим фактором экономического роста. Сегодня человеческий капитал включает в себя уровень образования, медицинскую помощь и другие сферы социальной политики, ведущие к увеличению благосостояния населения.

Заключение

Медицинское страхование может явиться одним из рычагов повышения экономической заинтересованности, роста человеческого капитала, ответственности организации здравоохранения и медицинских работников за конечный результат своей деятельности. Рыночные отношения в здравоохранении откроют перспективы для развития конкурентоспособности медицинских организаций и повышения уровня и качества оказываемых медицинских услуг, а также дадут толчок к развитию медицинского сервиса.

Процесс перехода к обязательному медицинскому страхованию должен быть планомерным, продуманным и поэтапным, после детального изучения международного опыта с учетом недостатков в других государствах. При рассмотрении вопроса введения ОМС необходимо учесть особенности нашей развивающейся экономики, географических условий и различной плотности проживания населения на обширных и малонаселенных территориях Казахстана, а также обеспеченность медицинскими организациями каждого региона и доступность медицинской помощи. Как было сказано Президентом Республики Казахстан Н.А. Назарбаевым в своем Послании народу Казахстана «Казахстанский путь – 2050: Единая цель, единые интересы, единое будущее» от 18 января 2014 года: «...Следует изучить вопрос о введении обязательного медицинского страхования. Солидарная ответственность государства, работодателя и работника за его здоровье – главный принцип всей системы медицинского обслуживания».

Литература

- 1 Нарматова Г.С. О финансировании системы здравоохранения в Республике Казахстан. // Алматы, Вестник КазНПУ. 2011

Г.

- 2 Государственная программа развития здравоохранения Республики Казахстан «Денсаулық» на 2016-2020 годы.
- 3 Абылкасымов Е. Исторические, теоретические и организационно-экономические основы введения системы обязательного медицинского страхования в Республике Казахстан: Автореферат. – М., 1996.
- 4 Абылкасымов Е. Методическое обеспечение введения системы обязательного медицинского страхования граждан в Республике Казахстан: Методическое пособие. – Алматы, 1995. – 83 с.
- 5 Марат А.А. Государственная система финансирования здравоохранения Республики Казахстан. <http://group-global.org/ru/publication/21317-gosudarstvennaya-sistema-finansirovanie-zdravoohraneniya-respubliki-kazahstan>
- 6 Казахстан. Обзор системы здравоохранения. Системы здравоохранения: время перемен. – Том 14. – №4. – 2012. – 94 с.
- 7 Казахстан. Обзор системы здравоохранения. Системы здравоохранения: время перемен. – Том 14. – №4. – 2012. – 138 с.
- 8 Выступление Президента Казахстана Н.Назарбаева на открытии четвертой сессии Парламента РК пятого созыва. 02.09.2014 г. Официальный сайт Президента Республики Казахстан. <http://www.akorda.kz/>
- 9 Галкина И. Получат ли выгоды казахстанцы от введения обязательного медицинского страхования? 05.02. 2016 г. Интернет-газета <https://zonakz.net>

References

- 1 Narmatova G.S. O finansirovanii sistemy zdavoohraneniya v Respublike Kazakstan. Almaty, Vestnik KazNPU. 2011 g.
- 2 Gosudarstvennaja programma razvitija zdavoohraneniya v Respublike Kazakstan «Densaulyk» na 2016-2020 gg.
- 3 Abylkasymov E. Istoricheskie, teoreticheskie i organizacionno-economichekie osnovy vvedenija ob`jazatel`nogo medicinskogo strahovaniya v Respublike Kazakstan. Avtoreferat. Moskva, 1996 g.
- 4 Abylkasymov E. Metodicheskoe obespechenie vvedenija sistemy ob`jazatel`nogo medicinskogo strahovaniya v Respublike Kazakstan: Metodicheskoe posobie. Almaty, 1995 g. 83 s.
- 5 Marat A.A. Gosudarstvennaja sistema finansirovaniya zdavoohraneniya v Respublike Kazakstan. <http://group-global.org/ru/publication/21317-gosudarstvennaya-sistema-finansirovanie-zdravoohraneniya-respubliki-kazahstan>
- 6 Kazakstan. Obzorsistemyzdavoohraneniya.Sistemyzdavoohraneniya: vremjaperemen. Tom 14. №4. 2012g. 94 s.
- 7 Kazakstan. Obzorsistemyzdavoohraneniya.Sistemyzdavoohraneniya: vremjaperemen. Tom 14. №4. 2012g. 138 s.
- 8 VystupleniePrezidentaKazakstanaN.NazarbaevanaotkrytiichetvertoisessiiParlamentaRKp`jatogosozyva. 02.09.2014 g. Oficial`nyisaitPrezidentaRespublikiKazakstan.<http://www.akorda.kz/>
- 9 Galkina I. Poluchat li vygody kazakstancy ot vvedenija ob`jazatel`nogo medicinskogo strahovaniya? 05.02. 2016 g. Internet-gazeta<https://zonakz.net>

ҚазҰУ хабаршысы Психология және Әлеуметтану сериясының
Open Journal Systems жүйесіндегі жаңа сайты.

ВЕСТНИК КАЗНУ СЕРИЯ ПСИХОЛОГИИ И СОЦИОЛОГИИ

РАЗМЕР ШРИФТА



КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА

высшее образование
глобализация
интеграция
культура
личность
модель **МОЛОДЕЖЬ**
мотив
мотивация
образование
развитие
семья
социализация
социальная защита
социальная работа
стресс
университет
ценности
ценностные ориентации
человеческий капитал

УВЕДОМЛЕНИЯ

[Просмотреть](#)
[Подписаться](#)

[ГЛАВНАЯ](#) [О НАС](#) [ВХОД](#) [ПОИСК](#) [ТЕКУЩИЙ ВЫПУСК](#) [АРХИВЫ](#)
[РЕДАКЦИЯ](#)

[Главная > Том 57, № 2 \(2016\)](#)

ВЕСТНИК КАЗНУ СЕРИЯ ПСИХОЛОГИИ И СОЦИОЛОГИИ

ТОМ 57, № 2 (2016): ВЕСТНИК КАЗНУ. СЕРИЯ
ПСИХОЛОГИИ И СОЦИОЛОГИИ

СОДЕРЖАНИЕ

ПСИХОЛОГИЯ

КОНТЕНТ ЖУРНАЛА

Поиск

Область поиска

Все

Просматривать

[По выпускам](#)

[По авторам](#)

[По названию](#)

ПОЛЬЗОВАТЕЛЬ

Имя

пользователя

Пароль

Запомнить меня

<http://bulletin-psysoc.kaznu.kz/index.php/1-psy>

Сайтта 2010ж. бастап журналдың архивіне қолжетімділік бар және де мақаланың толық нұсқасын PDF форматында жүктеуге болады.