

Research paper/Оригинальная статья

<https://doi.org/10.51176/1997-9967-2021-3-177-191>

МРНТИ 06.71.47

JEL H51, I11, I18, H51, I13



The Impact of Socio-Economic Factors on the Willingness of the Population to Maintain and Accumulate Health Capital

Lazat S. Spankulova^{1*}, Yeldar Nuruly¹, Azamat R. Kerimbayev¹, Aizat Sh. Aimakhanova²

¹*Al-Farabi Kazakh National University, 71 al-Farabi Ave., 050040, Almaty, Kazakhstan,*

²*Asfendiyarov Kazakh National Medical University, 94 Tole bi str., 050000, Kazakhstan*

Abstract

Purpose of the article is to identify the relationship between willingness to support, family living standards and individual's health self-assessment within the framework of the Kazakhstani population participation of in health insurance. The empirical basis of the study was the archive of sociological survey data, which is based on the population responses, taking into account the opinions in the pharmaceutical industry experts, medical workers and specialists in the insurance market. The results of the statistical analysis showed the presence of significant links between "Willingness to support" and "Self-assessment of individual health", between "Willingness to support" and "Average monthly income per capita in the family", as well as between "Willingness to support" and "Family living standards". It was also found that the willingness to support is different for different strata of the population: among the population with a high self-assessment of health, a high standard of living and a high level of per capita income in the family, it is higher. In addition, the article analyzes the current state of health insurance market in the Republic of Kazakhstan, where, as a result, it was revealed that due to quarantine measures, the number of concluded insurance contracts has almost halved. The results obtained can be used by authorized state bodies in the development of health insurance programs, as well as measures to ensure the safety of the health care system of the Republic of Kazakhstan and policies in the field of effective health care.

Keywords: willingness to pay for health care, family living standards, self-reported health, health insurance, threshold of willingness to pay for health services.

For citation: Spankulova, L.S., Nuruly, Y., Kerimbayev, A.R. & Aimakhanova, A.Sh. (2021). The Impact of Socio-Economic Factors on the Willingness of the Population to Maintain and Accumulate Health Capital. *Economics: the Strategy and Practice*, 16(3), 177-191, <https://doi.org/10.51176/1997-9967-2021-3-177-191>

* **Corresponding author:** Lazat S. Spankulova - Doctor of Economics, Associate Professor, Al-Farabi Kazakh National University, 71 al-Farabi Ave., 050040, Almaty, Kazakhstan, Chief Research Fellow, +77474176754, e-mail: lyazzat.spankulova@kaznu.kz

Conflict of interests: the authors declare that there is no conflict of interest

Financial support: The article was prepared as part of the grant funding project under the Science Committee of the Ministry of Education and Science of the Republic of Kazakhstan on the topic "Development of a quantitative methodology for identifying population groups willing to support the introduction of drug insurance and financial stability assessment of this insurance type in Kazakhstan" (IRN AP09259811).

The article received: 22.08.2021

The article approved for publication: 31.08. 2021

Date of publication: 30.09.2021

Әлеуметтік-экономикалық факторлардың халықтың денсаулық капиталын қолдауға және жинақтауға дайындығына әсері

Спанкулова Л.С.^{1*}, Нұрұлы Е.¹, Керимбаев А.Р.¹, Аймаханова А.Ш.²

¹ *әл-Фараби атындағы Қазақ ұлттық университеті, қ., әл-Фараби д., 71, 050040, Алматы, Қазақстан*

² *С.Ж. Асфендияров атындағы Қазақ ұлттық медицина университеті, Төле би к., 94, 050000, Алматы қ., Қазақстан*

Түйін

Мақаланың мақсаты Қазақстан халқының медициналық сақтандыруға қатысуы шеңберінде қолдауға әзір болуы, отбасының өмір сүру деңгейі және жеке адамның денсаулығын өзін-өзі бағалауы арасындағы байланысты анықтау болып табылады. Зерттеудің эмпирикалық негізін фармацевтика өнеркәсібі мамандарының, медицина қызметкерлері мен сақтандыру нарығындағы мамандардың пікірлерін ескеретін, халықтың жауаптарына негізделген әлеуметтік зерттеулер деректерінің мұрағаты құрады. Статистикалық талдау нәтижелері келесі зерттелмелі факторлар «Қолдауға әзірлік» пен «Өз денсаулығын бағалау», «Қолдауға әзірлік» пен

«Отбасындағы жан басына шаққандағы орташа айлық табыс», сондай-ақ «Қолдауға әзірлік» және «Отбасының өмір сүру деңгейі» араларында маңызды байланыстардың болуын көрсетті. Сондай-ақ, халықтың әр түрлі топтары үшін қолдау көрсетуге дайындық әр түрлі екендігі анықталды: өз денсаулығын бағалауы жоғары, өмір сүру деңгейі жоғары және отбасының жан басына шаққандағы табысы жоғары тұрғындар арасында оның деңгейі де сәйкесінше жоғары. Сонымен қатар, мақалада Қазақстан Республикасындағы медициналық сақтандыру нарығының заманауи жағдайы талданған, соның нәтижесінде карантиндік шаралардың арқасында жасалған сақтандыру шарттарының саны екі есеге жуық қысқарғандығы анықталған. Алынған нәтижелерді уәкілетті мемлекеттік органдар медициналық сақтандыру бағдарламаларын, сондай-ақ Қазақстан Республикасының денсаулық сақтау жүйесінің қауіпсіздігін қамтамасыз ету шаралары мен тиімді денсаулық сақтау саласындағы саясатты әзірлеуде қолдана алады.

Түйін сөздер: денсаулықты қолдау үшін ақы төлеуге әзірлік, отбасының өмір сүру деңгейі, өз денсаулығын бағалау, медициналық сақтандыру, медициналық қызметтер үшін ақы төлеуге әзірліктің шекті шамалары.

Дәйексөз алу үшін: Спанкулова Л.С., Нұрұлы Е., Керимбаев А.Р., Аймаханова А.Ш. (2021). Әлеуметтік-экономикалық факторлардың халықтың денсаулық капиталын қолдауға және жинақтауға дайындығына әсері. Экономика: стратегия және практика, 16(3), 177-191, <https://doi.org/10.51176/1997-9967-2021-3-177-191>

* **Хат-хабаршы авторы:** Спанкулова Лазат Сейтказиевна – экономика ғылымдарының докторы, доцент, әл-Фараби атындағы Қазақ ұлттық университеті, 050040, Алматы қ., әл-Фараби даңғылы, 71, Қазақстан, бас ғылыми қызметкер, +77474176754, e-mail: lyazzat.spankulova@kaznu.kz

Мүдделер қақтығысы: авторлар мүдделер қақтығысының жоқтығын мәлімдейді.

Қаржыландыру. Мақала «Дәрілік сақтандыруды енгізуді қолдауға дайын халық топтарын анықтаудың сандық әдіснамасын әзірлеу және Қазақстанда сақтандырудың осы түрінің қаржылық тұрақтылығын бағалау» тақырыбы бойынша ҚР БҒМ Ғылым комитетінің желісі бойынша гранттық қаржыландыру жобасын іске асыру шеңберінде әзірленді (ЖТН АР09259811).

Мақала редакцияға түсті: 22.08.2021

Жариялау туралы шешім қабылданды: 31.08.2021

Жарияланды: 30.09.2021

Влияние социально-экономических факторов на готовность населения поддерживать и накапливать капитал здоровья

Спанкулова Л.С.^{1*}, Нурулы Е.¹, Керимбаев А.Р.¹, Аймаханова А.Ш.²

¹ *Казахский национальный университет имени аль-Фараби, пр. аль-Фараби, 71, 50040, г. Алматы, Казахстан*

² *Казахский национальный медицинский университет им. С.Д. Асфендиярова, ул. Толе би, 94, 050000, г. Алматы, Казахстан*

Аннотация

Целью статьи является выявление связи между готовностью населения поддерживать и накапливать капитал здоровья, уровнем жизни семьи и самооценкой здоровья индивида в рамках участия казахстанского населения в медицинском страховании. Эмпирической основой исследования послужил архив данных социологического опроса, который опирается на ответы населения с учетом мнений экспертов фарминдустрии, медицинских работников и специалистов страхового рынка. Результаты статистического анализа показали наличие значимых связей между следующими исследуемыми факторами: «Готовностью поддержать» и «Самооценкой здоровья индивида»; «Готовностью поддержать» и «Среднемесячным доходом на душу в семье»; «Готовностью поддержать» и «Уровнем жизни семьи». Также установлено, что готовность поддержать различна у разных слоев населения: у населения с высокой самооценкой здоровья, высоким уровнем жизни и высоким уровнем дохода на душу в семье она выше. Кроме того, в статье проанализировано текущее состояние рынка медицинского страхования в Республике Казахстан, в результате которого выявлено, что из-за карантинных мер, количество заключенных договоров страхования сократилось почти в два раза. Полученные результаты могут быть использованы уполномоченными государственными органами при разработке программ медицинского страхования, а также мер по обеспечению безопасности системы здравоохранения РК и политики в области эффективного здравоохранения.

Ключевые слова: готовность платить за поддержание здоровья, уровень жизни семьи, самооценка здоровья, медицинское страхование, порог готовности платить за медицинские услуги.

Для цитирования: Спанкулова Л.С., Нурулы Е., Керимбаев А.Р., Аймаханова А.Ш. (2021). Влияние социально-экономических факторов на готовность населения поддерживать и накапливать капитал здоровья. Экономика: стратегия и практика, 16(3), 177-191, <https://doi.org/10.51176/1997-9967-2021-3-177-191>

* **Корреспондирующий автор:** Спанкулова Лазат Сейтказиевна – доктор экономических наук, доцент, Казахский национальный университет имени аль-Фараби, 050040, г. Алматы, пр. аль-Фараби, 71, Казахстан, главный научный сотрудник, +77474176754, e-mail: lyazzat.spankulova@kaznu.kz

Конфликт интересов: авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Финансирование. Статья подготовлена в рамках реализации проекта грантового финансирования по линии Комитета науки МОН РК по теме «Разработка количественной методологии выявления групп населения, готовых поддержать внедрение лекарственного страхования и оценка финансовой устойчивости этого вида страхования в Казахстане» (ИРН АР09259811).

Статья поступила в редакцию: 22.08.2021

Принято решение о публикации: 31.08.2021

Опубликовано: 30.09.2021

Введение

В результате распространения пандемии коронавируса в мире, казахстанская экономика столкнулась с финансовыми и экономическими проблемами. В первую очередь, Казахстан пострадал от сокращения внешнего финансирования, торговли и инвестиций. В макроэкономическом обзоре ЕАБР отмечается, что уровень ВВП Казахстана под влиянием пандемии снизился на 2,6 %¹. Известно, что казахстанская экономика зависит от цены на нефть и нефтепродукты на мировом рынке энергоносителей. Доходы от реализации нефти на мировых рынках пополняют государственный бюджет. Следовательно, казахстанская экономика недополучила финансовые ресурсы. Кроме того, ужесточение ограничительных мер для населения и бизнеса со стороны государства привело к снижению предпринимательской и инвестиционной активности, росту уровня безработицы, снижению покупательской способности населения.

Нынешняя демографическая ситуация также несет в себе немало проблем. Основное из них низкая рождаемость, старение населения, большой разрыв в средней продолжительности жизни населения, высокий уровень разводов. Каждый из этих показателей ухудшают показатели здоровья населения. В настоящее время в период пандемии COVID-19 в стране неизбежно ухудшение общественного здоровья. Уровень смертности тесно связан с экономическими и социальными условиями как подъем безработицы и рост бедности среди населения. Известно, что смертность безработных и бедных значительно превышает смертность работающих и обеспеченных [1]. Информация о распространении инфекции и потерях населения, также оказывает негативное влияние на сознание людей. Последствия вынужденной гиподинамии, возможных стрессов или депрессий населения в связи с жесткой изоляцией или нежелательных поведенческих реакций также могут оказать отрицательное влияние на общественное здоровье.

В целом, казахстанская система здравоохранения обеспечивает доступ к гарантированному объему бесплатной медицинской помощи. Однако низкий уровень здоровья граждан требует внедрения новой формы институциональной инновации – медицинского страхования (лекарственного обеспечения) на условиях со-финансирования. Внедрение такого способа медицинского

страхования позволит обеспечить переход к новым формам государственного регулирования в сфере здравоохранения, сделать предоставление услуг по лекарственному страхованию общественно финансируемой отраслью. Стоит отметить, что здоровье не является рыночным товаром, который имеет четко определенную стоимость. Дело в том, что представление о здоровье как о бесценной категории приводит к замалчиванию темы «готовности платить».

С точки зрения перечисленных выше особенностей системы общественного здоровья в Казахстане, мы считаем *актуальными* направления исследований, позволяющих изучить проблемы медицинского страхования на институциональном уровне с целью выработки мер экономической политики в этой сфере. Поэтому *целью настоящего исследования* является выявление связи между готовностью поддержать, уровнем жизни семьи и самооценкой здоровья индивида в рамках участия казахстанского населения в медицинском страховании.

Отсюда следует *гипотеза исследования*: «Степень одобрения и готовности вступить в программы лекарственного страхования среди населения в Казахстане будет зависеть от уровня жизни семьи и самооценки здоровья индивида».

Литературный обзор

Современное состояние исследований по данной проблеме можно охарактеризовать как интенсивно развивающееся. Обзор предшествующих научных исследований, проведенных методом условной (субъективной) оценки в Венгрии [2], России [3-4], Китае [5], Украине [6] показывает, что готовность вступить в различные программы медицинского социального страхования зависит от демографических, социально-экономических, культурных характеристик региона или страны. Если люди готовы платить за конкретную услугу, это является явным признаком того, что она оценивается, тогда можно будет генерировать денежные средства, необходимые для поддержания аналогичных проектов [7]. В свою очередь, термин «определение порога готовности платить» означает предпочтение потребителя по отношению к изменениям в страховых услугах [8, 9].

Проблема оценки порога готовности платить за медицинские услуги и лекарства исследуется в разных странах на протяжении многих лет [10, 11, 12]. Позже начали осуществляться оценки предпочтительных затрат отдельных групп лиц в отношении

¹ Винокуров, Е. и др. (2021). Макроэкономический обзор ЕАБР: Сильный восстановительный рост в 2021 году. – М.: Евразийский банк развития.

товаров и услуг медицинского назначения [13, 14, 15]. Началась разработка оценок порога готовности платить, то есть оценок максимальной части дохода, которую человек готов и способен потратить на товары или услуги по лечению [16].

О.В. Зеленовой методом анкетирования случайной выборки респондентов сделана попытка определить порог готовности платить за медицинские услуги и лечение в России. В результате исследования были выделены следующие наиболее значимые факторы, влияющие на порог готовности платить в порядке убывания: статус занятости, возраст, образование респондента. В исследовании сделан вывод о том, что половой признак респондента оказывает существенно меньшее влияние на готовность платить [17].

В исследовании иранского профессора медицины Р. Мехрдад констатируется, что люди готовы платить именно за те медицинские услуги, качество которых их устраивало бы [18]. Также он называет отсутствие точных данных об удовлетворенности пациентов главным препятствием развития платных медицинских услуг в его стране. Другими словами, готовность пациентов получать платные услуги определяется уровнем удовлетворенности этими услугами.

Схожее мнение выражается в работе А. Данилова и др. [6]. Авторами был проведен эмпирический анализ возможностей осуществления официальных сборов с пациентов за медицинские услуги в Украине. Данные условной оценки, полученные от 303 респондентов, были использованы для анализа следующих вопросов: возражение против оплаты, неспособность платить и уровень готовности платить. Результаты исследования показали, что вероятность возражения против оплаты в основном определяется качественными характеристиками услуг и не связана с соответствующим поведением в реальной жизни. Вероятность неспособности платить связана с более старым возрастом, низким доходом или его отсутствием у большинства членов домохозяйства. Согласно построенной исследователями модели, уровень готовности платить за медицинские услуги у украинцев повышается на 7% на 1000 гривен увеличения дохода.

В Казахстане работ, в которых детально анализировалась проблематика воздействия уровня жизни и дохода семьи, самооценки здоровья на готовность индивида платить за поддержание и накопление капитала здоровья, на данный момент не обнаружено.

Методология

Методология исследования строится на методах субъективной оценки нерыночных ресурсов² кросс-табуляционного анализа и анализа статистических связей с помощью критерия хи-квадрата Пирсона.

Для эмпирической проверки выдвинутой гипотезы мы обратились к данным социологического опроса³, проведенного в рамках проектной работы «Разработка количественной методологии выявления групп населения, готовых поддержать внедрение лекарственного страхования и оценка финансовой устойчивости этого вида страхования в Казахстане». Социологическое обследование проводилось в период с апреля по июнь 2021 года и опирается на отношение населения, экспертов, фарминдустрии и медицинских работников. На основе данных социологического опроса определяется готовность индивида платить за поддержание и накопление капитала здоровья [19]. Вопросы анкеты включают: демографическую статистику, в том числе возраст, количество детей и семейное положение; вид деятельности; уровень образования; уровень дохода семьи; использование лекарств; оценка состояния здоровья и другие. При проведении опроса авторами была налажена связь с фокус-группой среди опрашиваемых респондентов с целью дальнейшего изучения готовности поддержать населением внедрение лекарственного страхования. Данная работа проводилась с помощью инструментов онлайн-опроса «Google Forms», видеоконференций, онлайн-обсуждений посредством современных коммуникативных дистанционных технологий, таких как «Zoom», «Google Meet» и др.

Посредством кросс-табуляционного анализа были созданы таблицы сопряженности. Далее был проведен анализ статистических связей критерия хи-квадрат Пирсона в пакете SPSS Statistics.

Результаты и обсуждение

Текущее состояние рынка медицинского страхования в Республике Казахстан

Анализ состояния медицинского страхования считаем необходимым начать с рассмотрения показателей рыночного управ-

² Contingent valuation

³ С вопросником можно ознакомиться по следующей гиперссылке: https://docs.google.com/forms/d/1hOAlFvr1EbEB6CUBw__MKi-GV8qb4sGOhrWWDfXdeg/viewform?edit_requested=true#responses

ления медицинских расходов в республике за 2008-2020 годы.

В 2020 году, в период пандемии, физические и юридические лица заключили почти 395 тысяч договоров медицинского страхования на общую сумму 31,7 млрд. тенге. Значительная часть договоров страхования заключена с физическими лицами, а именно 387,7 тысяч

договоров (рисунок 1). Юридические лица заключили 7 310 договоров в 2020 году, при этом застрахованный персонал, т.е. работники компаний медицинские расходы, которых покрываются в рамках страхования составил более 300 тысяч человек⁴. Более того, в 2020 году, в первую очередь из-за карантинных мер, количество заключенн

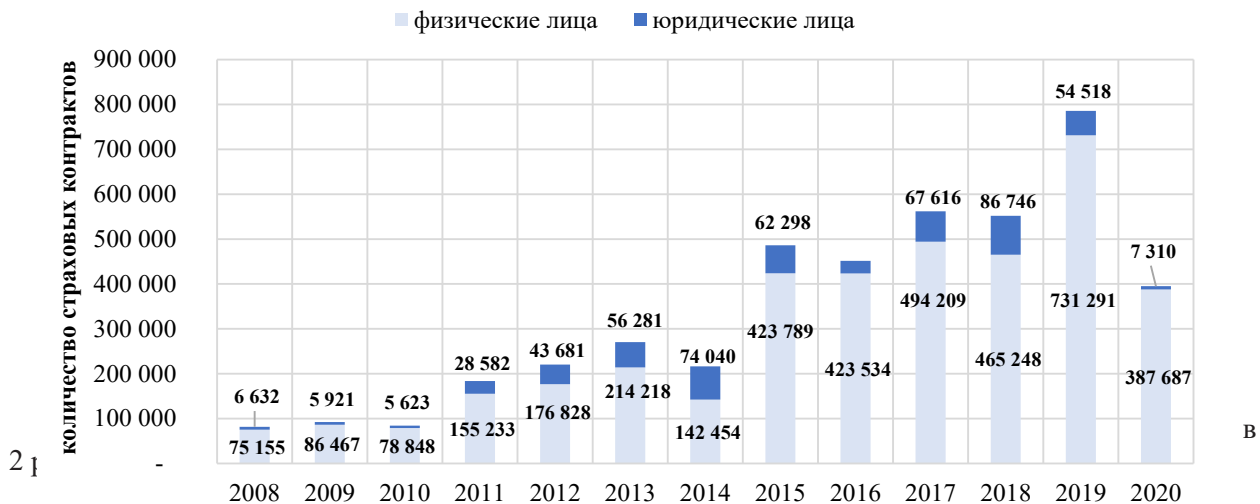


Рисунок 1 – Динамика страховых контрактов за 2008-2020 гг.
Figure 1 – Dynamics of insurance contracts for 2008-2020

Стоит отметить, что в 2019 году, до года пандемии, добровольным медицинским страхованием было охвачено более 1,2 миллиона человек, из них около 420 тысяч

человек приобрели страховые полисы в рамках бюджета работодателей, т.е. почти 785 тысяч граждан самостоятельно купили добровольное медицинское страхование (рисунок 2).

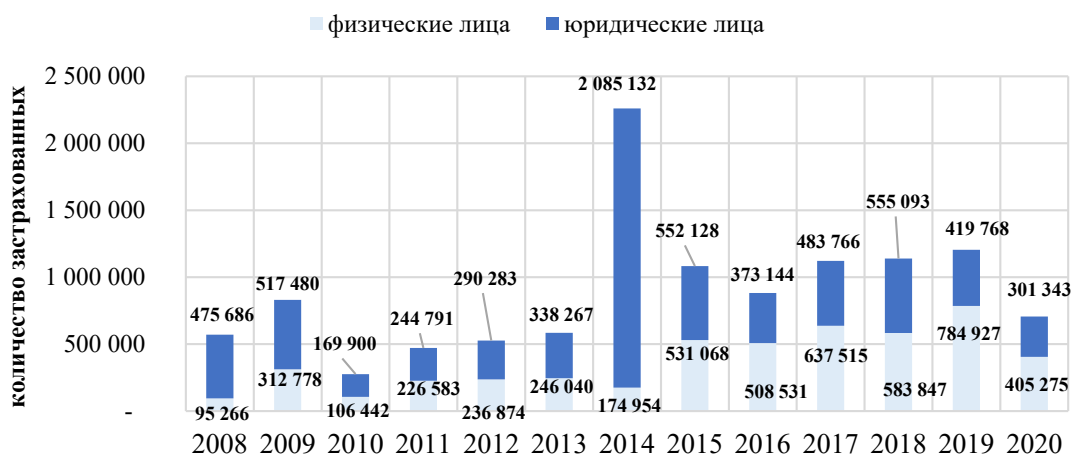


Рисунок 2 – Динамика застрахованного населения в рамках добровольного медицинского страхования
Figure 2 – Dynamics of the insured population within the framework of voluntary health insurance

⁴ Источник: «Отраслевые данные по страховому сектору НБ РК». URL: <https://nationalbank.kz>

На рисунке 2 представлена динамика численности застрахованного населения в рамках добровольного медицинского страхования. Начиная с 2008 года и вплоть до 2013 года, в динамике численность застрахованного населения наблюдалась стагнация. В 2014 году произошло стремительное увеличение численности застрахованных юридических лиц, а в 2015 году наоборот резкое их снижение. Далее показатель почти не менялся, лишь немного снизился в 2020 году. Отметим переломный характер показателя в 2014 году еще в одном

отношении, доля застрахованных юридических лиц резко возросла. Динамика численности застрахованного населения в рамках добровольного медицинского страхования в 2017, 2018 и 2019 годы практически повторяет динамику за 2011, 2012 и 2013 годы.

Динамика численности населения за последние 5 лет, покрывающих свои медицинские расходы представлена ниже в рисунке 3. Отсюда можно заключить, что добровольное медицинское страхование, которое получило свое новое развитие в 2019 году, к сожалению, потеряло темпы роста из-за пандемии в 2020 году.

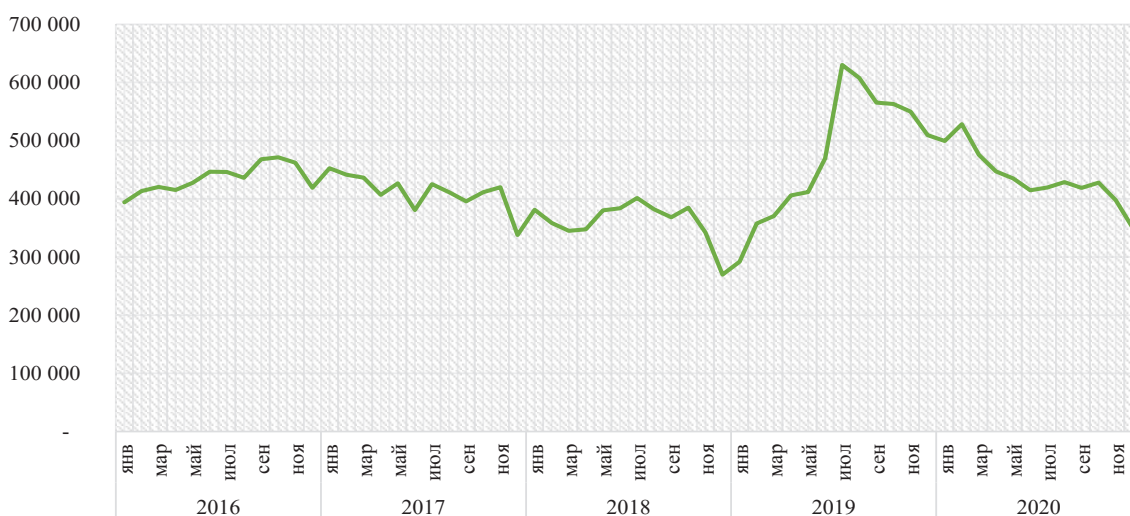


Рисунок 3 – Динамика постоянно застрахованных граждан в рамках добровольного медицинского страхования

Figure 3 – Dynamics of permanently insured citizens within the framework of voluntary health insurance

На текущий момент в Республике Казахстан зарегистрировано 27 страховых организаций. Из них 22 страховщика занимаются медицинским страхованием. Рейтинг страховых компаний по сборам страховых премий представлен ниже (таблица 1).

Как видно из таблицы 1, ТОП-4 страховые компании в 2020 году заняли 73 % всего рынка медицинского страхования. Из них 2 страховые организации занимаются исключительно медицинским страхованием: СК «ИНТЕРТИЧ» и СК «SINOASIA». Каждый страховщик, входящий в ТОП-4 рейтинга, имеет свою производственную инфраструктуру для оказания широкого спектра медицинских услуг по всей территории Республики Казахстан.

Как известно, с 1 января 2020 года в Республике Казахстан запущена система медицинского страхования (ОСМС), где государство сохраняет гарантированный объем бесплатной медицинской помощи. В связи с этим, в Казахстане на текущий момент внедряют и используют информационную систему ФСМС «Saqtandyru», которая разработана для определения статуса пользователя медицинских услуг. От определения статуса будет зависеть как будет профинансирована помощь пациенту: за счет гарантированного бесплатного объема медицинских услуг или же расширенного страхового пакета. Однако, в данной системе численность незастрахованного населения формируется некорректно и достигает порядка 4,2 миллиона человек.

Таблица 1 – Рейтинг страховых компаний по сборам страховых премий⁵

Table 1 – Rating of insurance companies by insurance premiums collection

Страховая компания	тыс. тенге					
	Сборы премий		Доля рынка		Изменение	
	2019	2020	2019	2020	%	Сумма
СК «ХАЛЫК»	9 512 904	9 169 959	27.8%	28.9%	-4%	-342 945
СК «ИНТЕРТИЧ»	8 250 325	7 250 826	24.2%	22.9%	-12%	-999 499
СК «ЕВРАЗИЯ»	4 137 379	3 527 773	12.1%	11.1%	-15%	-609 606
СК «SINOASIA»	1 876 590	3 228 327	5.5%	10.2%	72%	1 351 737
СК «ЛОНДОН»	2 911 866	1 611 916	8.5%	5.1%	-45%	-1 299 950
СК «НСК»	1 653 959	1 589 282	4.8%	5.0%	-4%	-64 677
СК «НОМАД»	1 782 945	1 035 467	5.2%	3.3%	-42%	-747 478
КСЖ «КМ»		1 009 807		3.2%		1 009 807
СК «КОММЕСК»	1 109 503	951 033	3.2%	3.0%	-14%	-158 470
СК «JYSAN»	926 437	719 937	2.7%	2.3%	-22%	-206 500
СК «КАЗАХМЫС»	945 149	689 220	2.8%	2.2%	-27%	-255 929
СК «СЕНТРАС»	730 683	598 743	2.1%	1.9%	-18%	-131 940
СК «АМАНАТ»	233 026	97 567	0.7%	0.3%	-58%	-135 459
СК «FREEDOM»	12 784	70 854	0.0%	0.2%	454%	58 070
КСЖ «ЕВРОПЕЙСКАЯ»		45 893		0.1%		45 893
СК «АСКО»	54 620	43 592	0.2%	0.1%	-20%	-11 028
СК «BASEL»		17 050		0.1%		17 050
КСЖ «FREEDOM»	7 802	15 936	0.0%	0.1%	104%	8 134
КСЖ «ХАЛЫК»	816	10 953	0.0%	0.0%	1242%	10 137
КСЖ «STANDARD»	10 697	9 467	0.0%	0.0%	-11%	-1 230
СК «ВИКТОРИЯ»	4 144	1 178	0.0%	0.0%	-72%	-2 966
КСЖ «ЕВРАЗИЯ»		1 000		0.0%		1 000
Общий итог	34 161 629	31 695 780			-7%	-2 465 849

Результаты социологического опроса

В ходе исследования была сформирована эмпирическая выборка: всего в исследовании в качестве респондентов приняли участие 718 человек, где часть выборки составляла целевая аудитория телеграм-канала KERIMBAYEV⁶. Из них 602 человека (83.8 %) имеют высшее образование, 70 респондентов (9.7%) неполное высшее образование (уровень бакалавра), 28 человек (3.9 %) среднеспециальное образование, а 17 ответивших (2.4 %) имеют только среднее образование. По виду деятельности 296 человек (41.2%) были заняты в сфере «Образование, наука, культура», 69 (9.6 %) человек были заняты в сфере «Финансы и банки», 38 (5.3 %) респондентов работают в сфере торговли и предоставления услуг, а 44 респондента (6.1 %) выбрали в качестве ответа «Другие услуги».

Из всего опрошенных 601 (83.7%) человек проживало в городах, 53 (7.4%) респондентов в поселках городского типа, а оставшиеся 64 (8.9%) человек проживают в сельской местности.

Семейное положение следующее: 235 опрошенных (32.7%) не состоят в зарегистрированном браке, 386 респондентов (53.8%) состоят в зарегистрированном браке, 58 респондентов (8.1%) разведены, а оставшиеся 22 человека (3,1%) овдовевшие (вышеприведенные данные визуально проиллюстрированы в рисунке 4).

⁵ Корпоративные отчеты страховых компаний на 1 января 2021 года.

⁶ Информационно-аналитический канал о страховом рынке Казахстана. Гиперссылка на канал: <https://t.me/KerimbayevOnline>

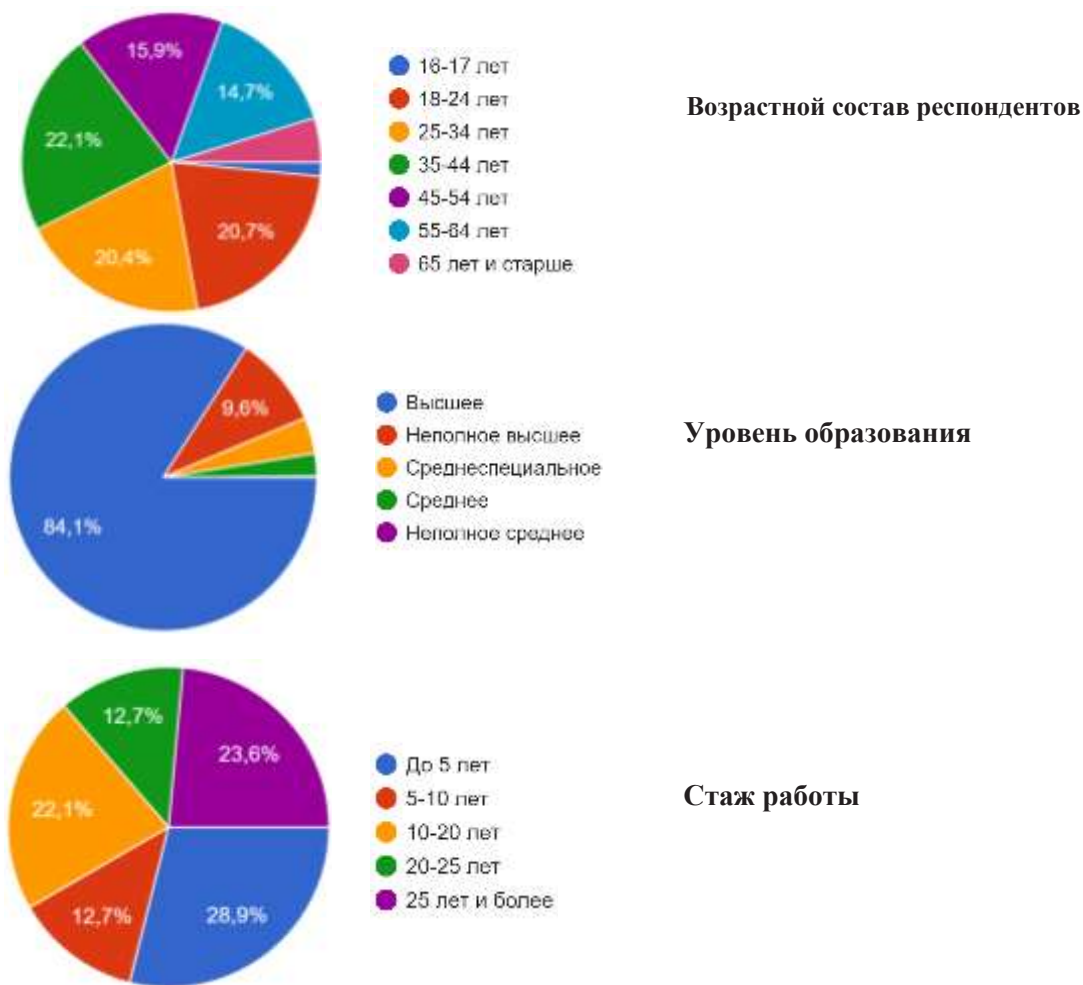


Рисунок 4 – Визуализированные данные эмпирической выборки
Figure 4 – Visualized empirical sample data

Сведения в разрезе регионов проживания респондентов представлены в рисунке 5.

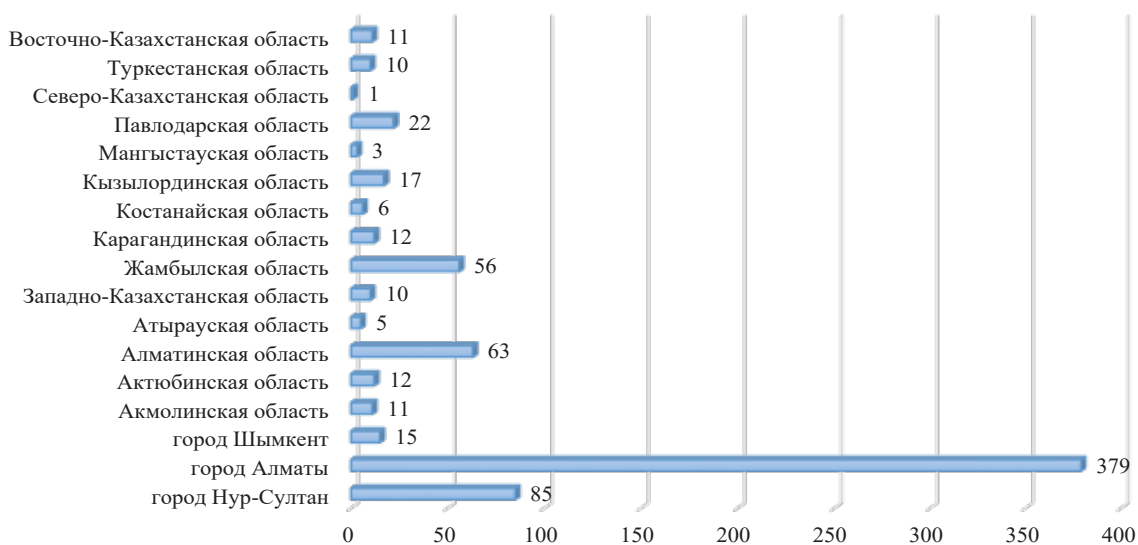


Рисунок 5 – Респонденты в разрезе регионов Казахстана
Figure 5 – Respondents by regions of Kazakhstan

Таблица 2 – Описание данных социологического опроса
Table 2 – Description of the sociological survey data

Параметры	Описание
Тип выборки	Территориальная стратифицированная случайная выборка домохозяйств. Репрезентирует взрослое население страны (от 16 лет и старше) по гендеру, возрастному составу, уровню образования и типу населенного пункта (местожительства).
Регионы выборки	Опрос проводился во всех 14 областях Казахстана и в городах республиканского значения Нур-Султан, Алматы и Шымкент.
Метод исследования	Метод случайного отбора по системе «снежный ком» (поиск через друзей и знакомых, через людей, которые уже участвовали в исследовании).
Тип доступа к данным	Открытый доступ.
Дополнительные сведения	Респонденту предоставляется возможность познакомиться и высказать свое мнение об исследовании в целом. Для этого был указан адрес электронной почты администратора опроса.

Для исследования и изучения статистических связей между двумя вопросами были построены комбинационные таблицы. В частности, в комбинационной таблице 3 показано совместное распределение двух переменных. Для выявления связи между переменными проведен кросс-табуляционный анализ. Проверка независимости признаков, измеренных в качественной шкале, была реализована на основе таблицы сопряженнос-

ти в пакете SPSS Statistics посредством двумерного распределения. Это означает, что каждый респондент выбирает вариант по-своему в зависимости от личного опыта и личностных особенностей, то есть каждый выбирает то, что наиболее актуально для него. Для оценки сходства или различия распределений по частоте встречаемости тех или иных качественных признаков применены непараметрические критерии.

Таблица 3 – Результаты распределения ответов на вопросы анкеты под № 1 и № 4
Table 3 – Results of answers distribution to the questionnaire questions under No. 1 and No. 4

		1. Готовы ли Вы приобрести полис лекарственного страхования?					Всего
		да	затрудняюсь ответить	не знаю	нет	отказ от ответа	
4. Самооценка здоровья?	Отличное	76	6	12	21	2	117
	Очень плохое	1	0	0	0	0	1
	Плохое	3	9	1	3	0	16
	Удовлетворительное	116	22	45	37	2	222
	Хорошее	198	33	54	77	0	362
Всего		394	70	112	138	4	718

Как можно заметить из таблицы 4 критерии и V Крамера, Пирсона, Пирсона с поправкой на правдоподобие, коэффициента неопределенности и критерии -Гудмана и Краскала показывают связь между «Готовностью поддержать» и «Самооценкой здоровья индивида».

На основе полученных результатов расчета (см. таблицу 4) сделан вывод, что респонденты действительно готовы участвовать и поддерживать внедрение лекарствен-

ного страхования, если в своем стремлении поддерживается самосохранительное поведение. Все остальное имеет меньшую значимость.

В таблице 6 представлены статистические характеристики критериев Тау-b и Тау-с Кендалла, а также γ Гудмана-Краскала, доказывающих наличие значимых статистических связей между «Готовностью поддержать» и «Среднемесячным доходом на душу в семье».

Таблица 4 – Результаты анализа категориальных данных с помощью статистических критериев на основе таблиц сопряженности (вопросы № 1 и № 4)

Table 4 – Results of categorical data analysis using statistical criteria based on the conjugacy tables (questions No. 1 and No. 4)

Критерий Пирсона	= 58,541; df=16; p=0,000
Критерий Пирсона с поправкой на правдоподобие	= 43,174; df=16; p=0,000
Критерий Крамера	,286; P=0,000
Критерий V Крамера	V=0,143; P=0,000
Критерий Коэффициент сопряженности Пирсона	C=0,275; P=0,000
Критерий коэффициент неопределенности	U=0,025; P=0,000 ^d
Критерий -Гудмана и Краскала	,012; ,012

Примечание - df (degress of freedom) – число степеней свободы, P – доступный уровень статистической значимости.

Таблица 5 – Результаты распределения ответов на вопросы анкеты под № 1 и № 15

Table 5 – Results of answers distribution to the questionnaire questions under No. 1 and No. 15

		1. Готовы ли Вы приобрести полис лекарственного страхования?					Всего
		да	затрудняюсь ответить	не знаю	нет	отказ от ответа	
15. В какой интервал попадает средне-месячный доход на одного человека Вашей семьи?	Меньше 42 500 тг.	34	5	6	6	1	52
	От 42 500 до 72 000 тг.	59	10	16	11	1	97
	От 72 000 до 90 000 тг.	51	9	17	18	0	95
	От 90 000 до 120 000 тг.	57	13	21	14	0	105
	От 120 000 до 150 000 тг.	60	9	21	25	0	115
	От 150 000 до 300 000 тг.	81	18	20	37	2	158
	Свыше 300 000 тг.	52	6	11	27	0	96
Всего		394	70	112	138	4	718

Таблица 6 – Результаты анализа категориальных данных с помощью статистических критериев на основе таблиц сопряженности (вопросы № 1 и № 15)

Table 6 – Results of categorical data analysis using statistical criteria based on the conjugacy tables (questions No. 1 and No. 15)

Критерий Тау-б Кендалла	=0,068; P=0,026
Критерий Тау-с Кендалла	=0,062; P=0,026
Критерий Гудмена-Краскела	=0,093; P=0,026

В комбинационной таблице 7 представлен кросс-табуляционный анализ между «Готовностью поддержать» и «Уровнем жизни семьи» с пятью вариантами ответов.

Как видно из таблицы 8 критерии Пирсона, Пирсона с поправкой на правдоподобие, Макнемара-Баукера, и V Крамера и критерий коэффициента сопряженности Пирсона демонстрируют связь на среднем уровне между «Готовностью поддержать» и «Уровнем жизни семьи» (таблица 8).

Как можно заметить из таблицы 8, в определенной степени объяснительную силу имеет фактор материальной обеспеченности [20], так как имеется возможность предположить, что ее могут поддерживать, прежде всего, наиболее обеспеченные респонденты. С помощью медицинского страхования у респондентов открывается доступ к жизненно необходимым и ранее недостижимым лекарствам [20].

Таблица 7 – Результаты распределения ответов на вопросы анкеты под № 1 и № 11
Table 7 – Results of answers distribution to the questionnaire questions under No. 1 and No. 11

		1. Готовы ли Вы приобрести полис лекарственного страхования?					Всего
		да	затрудняюсь ответить	не знаю	нет	отказ от ответа	
11. Как бы Вы могли охарактеризовать уровень жизни своей семьи? Выберите наиболее подходящее высказывание	Финансовых средств сейчас не хватает даже на покупку продуктов питания	18	4	7	4	1	34
	Финансовых средств сейчас хватает только на покупку продуктов питания	49	8	13	15	1	86
	Финансовых средств хватает для приобретения необходимых продуктов питания и одежды, более крупные покупки приходится откладывать на потом	204	37	61	58	0	360
	Затрудняюсь ответить	25	7	11	22	2	67
	Приобретение товаров длительного пользования у нас не вызывает трудностей, но приобретение автотранспорта, дачного участка и др. нам сейчас недоступна	98	14	20	39	0	171
Всего		394	70	112	138	4	718

Таблица 8 – Результаты анализа категориальных данных с помощью статистических критериев на основе таблиц сопряженности (вопросы № 1 и № 11)

Table 8 – Results of categorical data analysis using statistical criteria based on the conjugacy tables (questions No. 1 and No. 11)

Критерий Пирсона	= 32,275; df=16; p=0,009
Критерий Пирсона с поправкой на правдоподобие	= 29,356; df=16; p=0,022
Критерий Макнемара-Баукера	; df=10; P=0,000
Критерий	V=0,212; P=0,009
Критерий V Крамера	V=0,106; P=0,009
Критерий Коэффициент сопряженности Пирсона	C=0,207; P=0,009

Таким образом, проведенный кросс-табуляционный анализ и анализ статистических связей критерий хи-квадрат Пирсона подтвердили гипотезу настоящего исследования. Можно сделать вывод о том, что программа, должна быть направлена на помощь больным. Очевидно, что интерес в присоединении к программе лекарственного обеспечения должны проявлять группы населения, испытывающие нужды при покупке жизненно необходимых лекарств.

Заключение

В результате изучения взаимосвязи между социально-экономическими характеристиками и готовностью населения платить за поддержание и накопление капитала здоровья удалось выявить значимые факторы, достоверно связанные с готовностью поддержать.

Во-первых, самым значимым фактором оказалась самооценка здоровья. Это статистически достоверно по критерию хи-квадрат Пирсона. Готовность поддержать зависит от уровня самооценки здоровья: чем выше самооценка, тем выше готовность поддержать. Если лица с удовлетворительной самооценкой здоровья готовы поддержать в

29 % случаев, то лица с хорошей самооценкой здоровья готовы поддержать в 50 % случаев.

Во-вторых, значимым фактором оказался «среднемесячный доход на душу в семье». Готовность поддержать зависит от уровня доходов на душу в семье: чем выше доход, тем выше готовность поддержать. Если лица с среднемесячным доходом на душу в семье от 72 000 до 90 000 тенге готовы поддержать в 12 % случаев, то среди лиц с доходом на душу в семье более 150 000 тенге в месяц «готовы поддержать» в 21 % случаев.

В-третьих, значимым фактором оказался уровень жизни семьи. Готовность поддержать зависит от уровня жизни семьи: чем выше уровень жизни семьи, тем выше готовность поддержать. Если лица с высоким уровнем жизни готовы поддержать в 52 % случаев, то среди лиц с низким уровнем жизни готовы поддержать в 4 % случаев.

Таким образом, готовность поддержать различна у разных слоев населения: у населения с высокой самооценкой здоровья, высоким уровнем жизни и высоким уровнем дохода на душу в семье она выше. Полученный результат может указывать на один из факторов, определяющих сложившееся в нашей стране неравенство в здоровье, связанное с доходом.

Список использованных источников

1 Currie, J., & Schwandt, H. (2016). Mortality inequality: The good news from a county-level approach. *The Journal of Economic Perspectives*, 30(2), 29–52. <https://doi.org/10.1257/jep.30.2.29>

2 Baji, P., et al. (2014). The link between past informal payments and willingness of Hungarian population to pay formal fees for health care services: results from a contingent valuation study. *European Journal of Health Economics*, 15(8), 853–867. <https://doi.org/10.1007/s10198-013-0531-y>

3 Канева М.А., Авксентьев Н.А., & Байдин В. М. (2015). Готовность платить за добровольное медицинское страхование на условиях софинансирования: регрессионный анализ. *Финансовый журнал*, 5(27), 80–90.

4 Gerry, C.J., Kaneva, M., & Zasimova, L. (2017). Reforming voluntary drug insurance in Russian healthcare: does social solidarity matter? *Health policy*, 121(11), 1177–1185. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2017.09.001>

5 Zhang, L., et al. (2006). Social capital and farmer's willingness-to-join a newly established community-based health insurance in rural China. *Health policy*, 76(2), 233–242. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2005.06.001>

6 Danyliv, A., et al. (2013). Willingness to pay for physician services at a primary contact in Ukraine: results of a contingent valuation study.

BMC Health Services Research, 13, 208. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-13-208>

7 Yasunaga, H. (2008). Willingness to pay for mass screening for prostate cancer: A contingent valuation survey. *International Journal of Urology*, 15(1), 102–105.

8 Ягудина Р.И. и др. (2015). Определение порога «готовности платить» при одобрении медицинских технологий в условиях российского здравоохранения, рассчитанного на основе паритета покупательной способности. *Фармакоэкономика: теория и практика*, 3(3), 5–9.

9 Кацнельсон Б.А. и др. (2007). Концепция «приемлемого» риска – ключевой дискусионный вопрос оценки и управления рисками для здоровья населения. *Гигиена и санитария*, 3, 76–80.

10 Gyrd-Hansen, D. (2003). Willingness to pay for a QALY. *Health Economics*, 12, 1049–1060.

11 Laupacis, A., et al. (1992). How attractive does a new technology have to be to warrant adoption and utilization? Tentative guidelines for using clinical and economic evaluations. *Canadian Medical Association Journal*, 146, 473–481.

12 Kaplan, R. M. & Bush, J. W. (1982). Health-related quality of life measurement for evaluation research and policy analysis. *Health Psychology*, 1, 61–80.

13 Ubel, P.A., et al. (2003). What is the price of life and why doesn't it increase at the rate of inflation? *Archives of Internal Medicine*, 163, 1637–1664.

14 Hirth, R.A., et al. (2000). Willingness to pay for a quality-adjusted life year: in search of a standard. *Medical Decision Making*, 20, 32–34.

15 Тепцова Т.С. и др. (2018). Возможные методики определения порога готовности платить для принятия решений о финансировании технологий здравоохранения за счет бюджетных средств. *Фармакоэкономика. Современная фармакоэкономика и фармакоэпидемиология*, 11(3), 13–22. <https://doi.org/10.17749/2070-4909.2018.11.3-013-022>

16 Tambor, M., et al. (2014). Willingness to pay for publicly financed health care services in Central and Eastern Europe: Evidence from six countries based on a contingent valuation method. *Social Science & Medicine*, 116, 193–201.

17 Зеленова О.В. (2011). Исследование определения порога готовности платить методом условной оценки за услуги медицинского назначения и лечение. *Социальные аспекты здоровья населения*, 21 (5), 7–17.

18 Mehrdad, R. (2009). Health System in Iran. *JMAJ*, 52(1), 69–73.

19 Спанкулова Л.С. (2016). Удовлетворенность качеством жизни, связанного со здоровьем в зависимости от уровня доходов населения, проживающих в областях с высоким экологическим риском. Психологическое здоровье личности: теория и практика: сборник научных трудов по материалам III Всероссийской научно-практической конференции, 128–130.

20 Новицкая К. Е. (2009). Индивидуальные стратегии участников госпрограммы дополнительного лекарственного обеспечения. Социологические исследования, 5(301), 59–69.

References

- 1 Currie, J., & Schwandt, H. (2016). Mortality inequality: The good news from a county-level approach. *The Journal of Economic Perspectives*, 30(2), 29–52. <https://doi.org/10.1257/jep.30.2.29>
- 2 Baji, P., et al. (2014). The link between past informal payments and willingness of Hungarian population to pay formal fees for health care services: results from a contingent valuation study. *European Journal of Health Economics*, 15(8), 853–867. <https://doi.org/10.1007/s10198-013-0531-y>
- 3 Kaneva, M.A., Avksent'ev, N.A., & Bajdin, V.M. (2015). Gotovnost' platit' za dobrovol'noe medicinskoe strahovanie na uslovijah sofinansirovanija: regressionnyj analiz. *Finansovyj zhurnal*, 5(27), 80–90.
- 4 Gerry, C.J., Kaneva, M., & Zasimova, L. (2017). Reforming voluntary drug insurance in Russian healthcare: does social solidarity matter? *Health policy*, 121(11), 1177–1185. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2017.09.001>
- 5 Zhang, L., et al. (2006). Social capital and farmer's willingness-to-join a newly established community-based health insurance in rural China. *Health policy*, 76(2), 233–242. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2005.06.001>
- 6 Danyliv, A., et al. (2013). Willingness to pay for physician services at a primary contact in Ukraine: results of a contingent valuation study. *BMC Health Services Research*, 13, 208. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-13-208>
- 7 Yasunaga, H. (2008). Willingness to pay for mass screening for prostate cancer: A contingent valuation survey. *International Journal of Urology*, 15(1), 102–105.
- 8 Jagudina, R.I. i dr. (2015). Opredelenie poroga «gotovnosti platit'» pri odobrenii medicinskih tehnologij v uslovijah rossijskogo zdravooohranenija, rasschitanogo na osnove pariteta pokupatel'noj sposobnosti. *Farmakojekonomika: teorija i praktika*, 3(3), 5–9.
- 9 Kacnel'son, B.A. i dr. (2007). Konceptcija «priemlemogo» riska – kljuchevoj diskussionnyj vopros ocenki i upravlenija riskami dlja zdorov'ja naselenija. *Gigiena i sanitarija*, 3, 76–80.
- 10 Gyrd-Hansen, D. (2003). Willingness to pay for a QALY. *Health Economics*, 12, 1049–1060.
- 11 Laupacis, A., et al. (1992). How attractive does a new technology have to be to warrant adoption and utilization? Tentative guidelines for using clinical and economic evaluations. *Canadian Medical Association Journal*, 146, 473–481.
- 12 Kaplan, R.M. & Bush, J.W. (1982). Health-related quality of life measurement for evaluation research and policy analysis. *Health Psychology*, 1, 61–80.
- 13 Ubel, P.A., et al. (2003). What is the price of life and why doesn't it increase at the rate of inflation? *Archives of Internal Medicine*, 163, 1637–1664.
- 14 Hirth, R.A., et al. (2000). Willingness to pay for a quality-adjusted life year: in search of a standard. *Medical Decision Making*, 20, 32–34.
- 15 Tepcova, T.S. i dr. (2018). Vozmozhnye metodiki opredelenija poroga gotovnosti platit' dlja prinjatija reshenij o finansirovanii tehnologij zdravooohranenija za schet bjudzhetnyh sredstv. *Farmakojekonomika. Sovremennaja farmakojekonomika i farmakojepidemiologija*, 11(3), 13–22. <https://doi.org/10.17749/2070-4909.2018.11.3-013-022>
- 16 Tambor, M., et al. (2014). Willingness to pay for publicly financed health care services in Central and Eastern Europe: Evidence from six countries based on a contingent valuation method. *Social Science & Medicine*, 116, 193–201.
- 17 Zelenova, O.V. (2011). Issledovanie opredelenija poroga gotovnosti platit' metodom uslovnoj ocenki za uslugi medicinskogo naznachenija i lechenie. *Social'nye aspekty zdorov'ja naselenija*, 21 (5), 7–17.
- 18 Mehrdad, R. (2009). Health System in Iran. *JMAJ*, 52(1), 69–73.
- 19 Spankulova, L.S. (2016). Udovletvorennost' kachestvom zhizni, svjazannogo so zdorov'em v zavisimosti ot urovnja dohodov naselenija, prozhivajushhij v oblastjakh s vysokim jekologicheskim riskom. *Psihologicheskoe zdorov'e lichnosti: teorija i praktika: sbornik nauchnyh trudov po materialam III Vserossijskoj nauchno-prakticheskoj konferencii*, 128–130.
- 20 Novickaja, K E. (2009). Individual'nye strategii uchastnikov gosprogrammy dopolnitel'nogo lekarstvennogo obespechenija. *Sociologicheskie issledovanija*, 5(301), 59–69.

Information about the authors

***Lazat S. Spankulova** – Doctor of Economics, Associate Professor, Al-Farabi Kazakh National University, Chief Research Fellow, Kazakhstan, e-mail: lyazzat.spankulova@kaznu.kz, ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-1865-4681>

Yeldar Nuruly – PhD student, Al-Farabi Kazakh National University, Research Fellow Lecturer, Kazakhstan, e-mail: yeldar.nuruly@kaznu.kz. ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-9321-2285>

Azamat R. Kerimbayev – PhD, Al-Farabi Kazakh National University, Senior Research Fellow, Kazakhstan, e-mail: azamat@kerimbayev.com. ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0001-6125-2728>

Aizat Sh. Aimakhanova – Candidate of Physical and Mathematical Sciences, Associate Professor of Mathematics, Asfendiyarov Kazakh National Medical University, Kazakhstan, e-mail: aizat.68@mail.ru. ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0001-9724-8720>

Авторлар туралы мәліметтер

* **Спанкулова Лазат Сейтказиевна** – экономика ғылымдарының докторы, доцент, әл-Фараби атындағы Қазақ ұлттық университеті, бас ғылыми қызметкер, Қазақстан, e-mail: lyazzat.spankulova@kaznu.kz, ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-1865-4681>

Нұрұлы Елдар – PhD-докторант, әл-Фараби атындағы Қазақ ұлттық университеті, ғылыми қызметкер, оқытушы, Қазақстан, e-mail: yeldar.nuruly@kaznu.kz. ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-9321-2285>

Керімбаев Азамат Рашидович – PhD, әл-Фараби атындағы Қазақ ұлттық университеті, аға ғылыми қызметкер, Қазақстан, e-mail: azamat@kerimbayev.com. ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0001-6125-2728>

Аймаханова Айзат Шалхаровна – физика-математика ғылымдарының кандидаты, математика доценті, С.Ж. Асфендияров атындағы Қазақ ұлттық медицина университеті, Қазақстан, e-mail: aizat.68@mail.ru. ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0001-9724-8720>

Сведения об авторах

* **Спанкулова Лазат Сейтказиевна** – доктор экономических наук, доцент, Казахский национальный университет имени аль-Фараби, главный научный сотрудник, Казахстан, e-mail: lyazzat.spankulova@kaznu.kz. ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-1865-4681>

Нурулы Елдар – PhD-докторант, Казахский национальный университет имени аль-Фараби, научный сотрудник, преподаватель, Казахстан, e-mail: yeldar.nuruly@kaznu.kz. ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-9321-2285>

Керімбаев Азамат Рашидович – PhD, Казахский национальный университет имени аль-Фараби, старший научный сотрудник, Казахстан, e-mail: azamat@kerimbayev.com. ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0001-6125-2728>

Аймаханова Айзат Шалхаровна – кандидат физико-математических наук, доцент математики, Казахский национальный медицинский университет им. С.Д. Асфендиярова, Казахстан, e-mail: aizat.68@mail.ru. ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0001-9724-8720>