

ECONOMIC SCIENCES

АНАЛИЗ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ПРОДУКТИВНОСТИ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН НА ОСНОВЕ ДАННЫХ НАЦИОНАЛЬНЫХ СЧЕТОВ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Омирбаева Б.С.

PhD

Национальный научный центр развития здравоохранения

им. Салидат Каирбековой МЗ РК,

г. Астана, Казахстан

Researcher ID: K-5589-2016

ORCID: 0000-0002-5154-4943

Scopus Author ID: 1096854

ANALYSIS OF HEALTHCARE PRODUCTIVITY INDICATORS OF THE REPUBLIC OF KAZAKHSTAN BASED ON THE NATIONAL HEALTH ACCOUNTS

Omirbyeva B.

PhD

*Salidat Kairbekova National research
center for health development MOH RK*

Astana, Kazakhstan

Researcher ID: K-5589-2016

ORCID: 0000-0002-5154-4943

Scopus Author ID: 1096854

Аннотация

Для того, чтобы определить значимость сферы здравоохранения в социальном и экономическом развитии общества в мировой практике используют показатели продуктивности. Это связано с тем, что продуктивность здравоохранения определяется с помощью не одного, а нескольких критериев и показателей. При этом каждый из них отражает одну из сторон процесса в системе здравоохранения.

Понятие продуктивности очень широкое и в системе здравоохранения нельзя проводить его аналогию с общепринятой экономической категорией продуктивности. Специфика здравоохранения такова, что можно использовать самую современную медицинскую технику и соответствующий квалифицированный персонал, а результат может быть не тот, что ожидали.

Поэтому целью данного исследования является провести анализ индикаторов, способствующих оценке продуктивности системы здравоохранения страны для сравнения ее с другими странами. Расчет показателей продуктивности системы здравоохранения проводится как соотношение между входными и выходными данными. Индикаторы были отобраны с учетом соответствия трем условиям: измеримости, доступности данных, сопоставимости с индикаторами других стран и относящихся к трем уровням, системному, суб-секторальному и уровню, основанному на болезни. Тем самым, расчет отобранных индикаторов способствует сравнению системы здравоохранения РК со странами ОЭСР на разных уровнях.

Анализ продуктивности системы здравоохранения проводился с помощью данных статистики по оказываемым населению услугам, кадрам и финансированию в системе здравоохранения Казахстана. Анализ проводился по общим показателям продуктивности, так как при этом не учитываются такие критерии, как сложность заболевания и качество предоставленных медицинских услуг.

Использование показателей продуктивности является информативным и значимым в контексте динамики демографических и эпидемиологических факторов населения.

Abstract

Healthcare system productivity indicators can serve as a criterion of social and economic significance in the society development. In other words, the healthcare productivity is measured by a set of criteria and indicators, each of which characterizes some aspect of the process in the healthcare system.

The concept of healthcare productivity should not be identified with the general economic category of productivity. In healthcare, even with the use of the most qualified labor and the use of modern medical equipment, there can be a "zero" and even a "negative" result.

The purpose of this study is to calculate indicators that contribute to the assessment of the productivity of the country's healthcare system for comparison with other countries. The indicators were selected taking into account compliance with three conditions: measurability, data availability, comparability with indicators from other countries and belonging to three levels: systemic, sub-sectoral and disease-based. Thus, the calculation of the selected

indicators contributes to the comparison of the healthcare system of the Republic of Kazakhstan with the OECD countries at different levels.

The analysis of the healthcare system productivity using statistical data on services provided to the population is carried out according to general indicators of productivity, since they do not take into account the complexity of the disease and the quality of medical services.

Ключевые слова: здравоохранение, продуктивность здравоохранения, эффективность, расходы на здравоохранение.

Keywords: healthcare, healthcare productivity, efficiency, healthcare expenditures.

Введение

Система здравоохранения, как и любая другая система нуждается в постоянном развитии. Стимулирование развития системы осуществляется с помощью показателя эффективности. Поэтому одной из основных задач, стоящих перед здравоохранением является сбалансировать растущий спрос населения на медицинские услуги с ограниченными ресурсами, которые выделяет государство на здравоохранение. По общепринятой экономической теории, эффективность определяется как взаимосвязь между факторами производства и результатом определённого вида деятельности. Основным инструментом выявления эффективности данной деятельности могут служить показатели продуктивности.

Формирование национальных счетов здравоохранения (далее – НСЗ) открывает доступ к ряду данных и показателей, которые в дальнейшем могут быть использованы для обоснованного анализа как системы здравоохранения в целом, так и ее отдельных секторов. Это дает возможность отслеживать стратегически важные показатели и, тем самым, контролировать процесс решения задач и принятия решений.

Формирование национальных счетов здравоохранения осуществляется в таблицах. Таблицы НСЗ показывают, откуда берутся средства и для чего они используются, кто управляет денежными потоками. Такое формирование НСЗ повышает прозрачность и подотчетность в системе здравоохранения. Отслеживание этих финансовых потоков в течение определенного периода времени дает возможность учитывать тренды в динамике финансирования медицинской помощи, а также анализировать потенциальные последствия с точки зрения устойчивости этих показателей. С помощью данных об источниках финансирования и об объемах затраченных средств (с привлечением данных об использовании средств и о доходах), а также о видах поступлений и о бенефициарах можно разработать показатели, характеризующие сбалансированность в распределении средств.

Кроме того, использование информации по расходам с таблиц НСЗ, в сочетании с данными, не относящимися к расходам средств, дает широкую возможность получения более детализированных показателей системы здравоохранения в целом, в части показателей доступности, качества и эффективности медицинских услуг.

Повышение эффективности здравоохранения, которая обычно определяется как соотношение между одним или несколькими затрачиваемыми ресурсами (либо «факторами производства») и одним

или несколькими показателями (как, количеством хирургических операций) или итоговыми результатами работы медицинской сферы (например, продолжительность жизни без заболеваний), обычно считается главной задачей политики в области здравоохранения. Расчет эффективности позволяет установить равновесие между растущим спросом на медицинские услуги и ограниченными возможностями государственного бюджета. В этой связи необходимо рассмотреть продуктивность в здравоохранении.

Измерение продуктивности в здравоохранении необходимо для того, чтобы понять, использование какой комбинации ресурсов позволит получить желаемый результат медицинской деятельности. Показатели оценки продуктивности сферы здравоохранения могут также служить критерием социальной и экономической значимости данной сферы в развитии общества.

Согласно рекомендациям ОЭСР, продуктивность в секторе здравоохранения можно измерять на трех уровнях:

- 1) на системном уровне (макроуровень);
- 2) на субсекторальном уровне (например, больницы, первичной медико-санитарной помощи, фармацевтическая сфера и т.д.)
- 3) на уровне заболеваний (например, онкологическая помощь, помощь в случае сердечно-сосудистых заболеваний, диабета, т.д.).

Каждый из показателей, входящих в вышеуказанные категории, описывает разные аспекты сферы здравоохранения.

Материалы и методы

Анализ индикаторов продуктивности проведен на основании Методики оценки показателей продуктивности системы здравоохранения, разработанной в 2016 году Национальным научным центром развития здравоохранения МЗ РК (Ранее - Центр экономики здравоохранения Республиканского центра развития здравоохранения МЗ РК).

Основные положения

Для оценивания продуктивности в здравоохранении были рассмотрены несколько важных показателей, характерных на системном уровне, субсекторальном уровне и на уровне, основанной на болезни.

Каждый уровень характеризуется своими показателями.

Так, на системном уровне рассмотрены показатель младенческой и материнской смертности, показатель общей заболеваемости населения РК и финансовые показатели. Например, показатель младенческой и материнской смертности в сравне-

нии со странами ОЭСР является достаточно высоким: в среднем по странам-членам ОЭСР показатель младенческой смертности составил 4 на 1000 живорожденных в 2020 году, что более чем в 2 раза ниже, чем в РК.

Поэтому в целях снижения младенческой и материнской смертности в РК, данные показатели включены в соответствующие стратегические документы. Например, «Концепции развития здравоохранения Республики Казахстан до 2026 года», «Национальный проект «Качественное и доступное здравоохранение для каждого гражданина «Здоровая нация», а также «Глобальная Стратегия охраны здоровья женщин, детей и подростков (2016-2030гг)».

В качестве финансовых показателей были рассмотрены текущие расходы на здравоохранение на душу населения, которые в 2021 году составили 171 тыс. тенге на 1 жителя. Доля же расходов домохозяйств в текущих расходах на здравоохранение стабильно сокращается с 2016 года и в 2021 году этот показатель составляет 25%.

На суб-секторальном уровне рассмотрены показатели на амбулаторном и стационарном уровнях.

Так, расходы на оказание амбулаторной помощи в расчете на 1 визит к участковому врачу (ВОП, терапевт, педиатр) в 2020 году выросли. Если сравнить с предыдущим годом, то этот показатель вырос на 22%, что свидетельствует о стремлении государства улучшить ситуацию в сфере здравоохранения за счет повышения финансирования. В стационаре приоритетом является увеличение оборота больничной койки и сокращение средней длительности больничного пребывания. В Казахстане до 2020 года оборот больничной койки увеличивался с 30,1 в 2016 году до 31,9 в 2019 году

Несмотря на позитивные показатели в динамике, в текущий момент в Казахстане показатели обеспеченности больничными койками выше, чем в странах ОЭСР и средняя длительность пребывания в стационаре более продолжительная. Соответственно нет достаточной дифференциации коечного фонда по уровню интенсивности лечения. Это все создает финансовую нагрузку на бюджет здравоохранения. В среднем по ОЭСР количество больничных коек в 2020 году составило 4,4 койки на 1000 человек (в Казахстане 6,8 коек на 1000 населения), а средняя длительность больничного пребывания – 7,6 дней (в Казахстане этот показатель составил 8,9). Такое положение обуславливает необходимость нацеливания здравоохранения на проведение профилактической работы, направленной на предотвращение болезни, а не на ее дорогостоящее лечение.

На уровне, основанной на болезни рассматриваются показатели по каждому отдельному случаю болезни. В их числе наиболее значимыми являются злокачественные новообразования, принятые в качестве примера для проведения анализа.

Обзор литературы

Для расчета данных показателей в качестве информационной базы помимо таблиц НСЗ также используются другие источники статистических данных, доступные в системе здравоохранения РК. К ним относятся такие, как официальный интернет-ресурс Бюро национальной статистики РК (stat.gov.kz), информационно-аналитическая система Талдау (taldau.stat.gov.kz), статистический сборник Министерства здравоохранения РК «Здоровье населения Республики Казахстан и деятельность организаций здравоохранения».

Результаты и обсуждение

Системный уровень

Оценка продуктивности на системном уровне осуществляется с помощью нескольких показателей.

Коэффициенты младенческой и материнской смертности являются важными статистическими показателями, которые характеризуют качество и уровень организации работы современных родовспомогательных учреждений.

В динамике за последние 6 лет с 2016 по 2021 гг., как видно по данным таблицы 1, в стране отмечается нестабильность показателя младенческой смертности, среднее значение которого составило 8,09 на 1000 живорожденных (2016 – 8,59, 2017 г. – 7,93; 2018 г. – 8,11; 2019 г. – 8,35; 2020 г. – 7,69; 2021 г. – 8,34).

В сравнении со странами ОЭСР данный показатель является достаточно высоким: в среднем по странам-членам ОЭСР показатель младенческой смертности составил 4 на 1000 живорожденных¹ в 2020 году, что более чем в 2 раза ниже, чем в РК.

Показатель коэффициента материнской смертности 2021 году равнялся 44,7 на 100 000 живорожденных, что показывает рост на 22% по сравнению с 2020 годом. В целом отмечается тенденция роста показателя материнской смертности. Так, за последние 6 лет с 2016 года материнская смертность в стране возросла в 3,5 раза.

Стоит отметить, что именно с началом пандемии в 2020 году показатель материнской смертности возрос в 2,7 раза (до 36,5 на 100 тыс. живорожденных). При этом в 56,4% случаях причинами смерти явились коронавирусная инфекция COVID-19 и пневмония. В 2021 году отмечались несколько волн коронавирусной инфекции COVID-19. Этот факт соответственно, привел к росту числа заболеваний среди женщин фертильного возраста и беременных в 2,4 раза, а также рост в 2,5 раза беременных с тяжелым течением коронавирусной инфекции. И бумерангом материнская смертность возросла еще на 22,6 % и составила 44,7 на 100 тыс. живорожденных.

В то же время показатель материнской смертности без учета смертности от коронавирусной инфекции составил 13,4 на 100 тыс. живорожденных, что ниже коэффициента материнской смертности до пандемии (2018 г – 14,3, 2019г – 13,7 на 100 тыс.

¹ OECD statistics <https://stats.oecd.org/>

живорожденных). Повышение материнской смертности от COVID-19 и постковидных осложнений, безусловно, связывается с более тяжелым, молниеносным течением болезни COVID-19 у беременных, последствиями карантинных мер, а также недостаточным мониторингом и качеством услуг на уровне ПМСП.

В сравнении со странами-членами ОЭСР данный показатель также является высоким: средний показатель по ОЭСР за 2020 год – 10 на 100 000 живорожденных², что в 4,5 раза ниже показателя по

РК. Для сравнения, наибольший показатель материнской смертности в 2020 году по странам ОЭСР отмечается в Коста-Рике и составил 34,4 на 100 000 живорожденных. Литва и Ирландия показывают наилучший показатель – в этих странах в 2020 году случаев материнской смертности практически не было.

В целях снижения младенческой и материнской смертности в РК, данные показатели включены в соответствующие стратегические документы.

Таблица 1

Показатели национального уровня за 2016-2021 годы

Показатель	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Коэффициент младенческой смертности (от момента рождения до достижения возраста 1 года, на 1000 живорожденных)	8,59	7,93	8,11	8,35	7,69	8,34
Коэффициент материнской смертности (на 100 000 живорожденных)	12,7	12,5	14,3	13,7	36,5	44,7
Общая заболеваемость населения	1,04	1,06	1,04	1,03	1,02	n/a
Общая заболеваемость населения на 100 000 человек	104 368,2	106 458,4	104 376,1	103 473,7	102 436,6	n/a
Первичная заболеваемость	0,56	0,58	0,57	0,54	0,53	n/a
Первичная заболеваемость на 100 000 человек	56 379,92	57 515,27	56 805,5	54 466,2	53 407,2	n/a

Примечание: Составлено автором на основе источников [8; 9; 10; 11]

В 2020 году показатель общей заболеваемости населения РК составил 1,02. В целом с 2016 по 2020 годы данный индикатор показывал тенденцию снижения – на 1,9%, за исключением 2017 года, когда данный показатель увеличился на 1,9% в сравнении с 2016 годом.

В среднем по РК по обращаемости населения за медицинской помощью всеми болезнями (первичная заболеваемость) с 2016 года ежегодно снижалась. В 2020 году данный показатель составил 0,53 пункта, что на 5,3% ниже значения 2016 года.

Оценка продуктивности осуществляется также на основе финансовых показателей. [12] Текущие расходы на здравоохранение на душу населения в 2021 году составили 171 тыс. тенге на 1 жителя. В целом за рассматриваемый период этот показатель увеличился почти в 2 раза. Вместе с тем, государственные расходы на душу населения на этот же период увеличились более чем в 2 раза и составили 113 тыс. тенге на 1 жителя. А частные расходы выросли в 1,5 раза и составили в 2021 году 57 тыс. тенге. (Рисунок 1).



Рисунок 1 – Расходы на здравоохранения на душу населения за 2016-2021 годы

Примечание: Составлено на основе источников [8; 9; 10; 11]

Индикатор расходов на лекарственные средства на душу населения за рассматриваемый период

не изменились и составили в 2021 году 76 долл. США на 1 жителя, за исключением 2020 года, когда

² Health at glance. OECD statistics. <https://stats.oecd.org/>

этот показатель незначительно вырос до 81 долл. США (рис. 2).³ Стоит отметить, что в долларовом выражении расходы снижаются, а в национальной валюте растут (таблица 2).

В структуре расходов на лекарственные средства наибольшая доля приходится на государственные расходы. Однако в 2021 году они показывают

снижение с 61 долл. США до 54 долл. США. Частные расходы на лекарственные средства напротив растут, и в 2021 году составили 22 долл. США на 1 жителя.

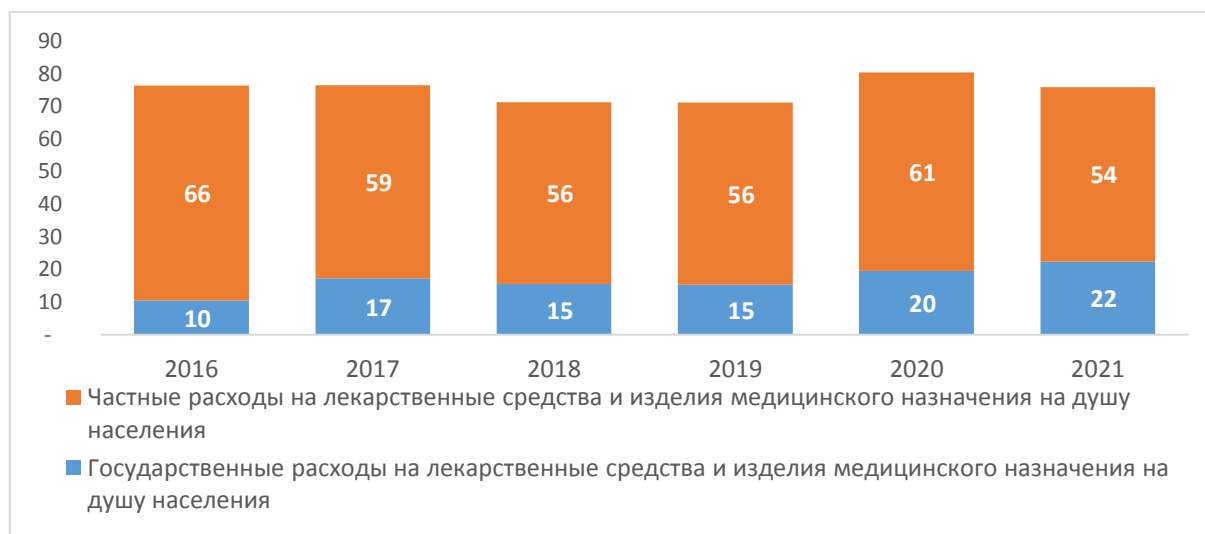


Рисунок 2 – Расходы на ЛС и ИМН на душу населения за 2016-2021 годы, долл. США

Примечание: Составлено на основе источников [8; 9; 10; 11]

Как показывают данные Таблицы 2, доля расходов домохозяйств в текущих расходах на здравоохранение стабильно сокращается с 2016 года и в 2021 году этот показатель составляет 25%.

В таких странах ОЭСР, как Турция, Германия, Словакия данный показатель составляет 16,4%, 11,6%, 18,8% соответственно, а в среднем по странам ОЭСР – 18,3%.

Таблица 2

Расходы на здравоохранение за 2016 – 2021 годы.

Показатель	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Расходы на здравоохранение на душу населения	89 983	91 208	95 987	104 134	141 831	171 113
Государственные расходы на здравоохранение на душу населения	52 895	56 389	59 047	62 434	93 805	113 336
Частные расходы на здравоохранение на душу населения	36 032	34 525	36 939	41 675	47 981	57 619
Расходы на лекарственные средства и изделия медицинского назначения на душу населения	26 149	24 915	24 569	27 230	33 829	32 338
Государственные расходы на лекарственные средства и изделия медицинского назначения на душу населения	3 586	5 630	5 338	5 882	8 233	9 536
Частные расходы на лекарственные средства и изделия медицинского назначения на душу населения	22 563	19 285	19 231	21 348	25 596	22 802
Доля расходов домохозяйств на прямую оплату услуг здравоохранения от общих расходов на здравоохранение	0,36	0,33	0,33	0,34	0,27	0,25

Примечание: Составлено автором на основе источников [8; 9; 10; 11]

³ По средневзвешенному курсу Национального Банка РК за 2021 год 1 долл. США – 426,03 тенге.

По оценкам ВОЗ, устойчивой считается такая система здравоохранения, в которой доля частных расходов в общих расходах на здравоохранение составляет не более 20 процентов. Превышение этого уровня указывает на то, что повышается риск для населения, связанный с приближением его к черте бедности вследствие болезней, которые, в свою очередь, могут затронуть все сферы, а также привести к ухудшению здоровья и демографических показателей.

Суб-секторальный уровень

Чтобы сделать более детализированную оценку состояния системы здравоохранения страны, необходимо провести анализ непосредственных итогов и результатов по отношению к затрачиваемым ресурсам на уровне отдельных видов

медицинских услуг. На долю первичной медицинской помощи, больничных и фармацевтических услуг приходится три четверти всех затрат, выделяемых на здравоохранение, и именно эти виды услуг являются главной целью для наращивания преимуществ от повышения эффективности работы. Поэтому на суб-секторальном уровне выделяются амбулаторный и стационарный уровни оценки продуктивности системы здравоохранения.

Амбулаторный уровень

Расходы на оказание амбулаторной помощи за рассматриваемый период выросли как в расчете на 1 жителя, так и на 1 участкового врача. В 2020 году они составили 42 774 тенге (или 102 долл. США) и 62 538 тыс. тенге (148 578 долл. США) соответственно.



Рисунок 3 – Расходы на оказание амбулаторной помощи за 2016-2021 годы

Примечание: Составлено на основе источников [8; 9; 10; 11]

В 2021 году подушевые расходы на оказание амбулаторной помощи составили 54 385 тенге (или 128 долл. США).

Расходы на оказание амбулаторной помощи в расчете на 1 визит к участковому врачу (ВОП, терапевт, педиатр) в 2020 году также выросли. Прирост

по сравнению с предыдущим годом составил 22%, что свидетельствует о стремлении государства улучшить ситуацию в сфере здравоохранения путем увеличения финансирования.

Таблица 3

Показатели расходов на уровне АПП (тенге)

Показатель	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Расходы на оказание амбулаторной помощи в расчете на 1 жителя	25 416	26 536	31 257	36 808	42 774	54 385
Расходы на оказание амбулаторной помощи в расчете на 1 участкового врача (ВОП, терапевт, педиатр) (тыс. тенге)	54 221	54 579	63 242	54 829	62 538	n/a
Расходы на оказание амбулаторной помощи в расчете на 1 визит к участковому врачу (ВОП, терапевт, педиатр)	4 066	4 395	5 858	6 911	8 454	n/a

Примечание: Составлено автором на основе источников [8; 9; 10; 11]

Число вызовов скорой медицинской помощи на 1 жителя за рассматриваемый период сокращается. В 2020 году данный показатель составил 0,37 на 1 жителя, что на 12% ниже показателя 2016 года

(0,42 на 1 жителя). Объем оказания скорой медицинской помощи на 1000 человек также снижается с 427 в 2016 году до 361 в 2020 году.

Таблица 4

Показатели продуктивности на амбулаторном уровне за 2016–2020 годы.

Показатель	2016	2017	2018	2019	2020
Объем оказания скорой медицинской помощи (на 1000 человек населения)	427	420	414	410	361
Число вызовов скорой медицинской помощи на 1 жителя	0,42	0,41	0,41	0,42	0,37
Примечание: Составлено автором на основе источников [3; 4; 5; 6]					

Стационарный уровень

В стационаре приоритетом является увеличение оборота больничной койки и сокращение средней длительности больничного пребывания. В Казахстане до 2020 года оборот больничной койки увеличивался с 30,1 в 2016 году до 31,9 в 2019 году. Однако в 2020 году происходит снижение данного

показателя до 23,4. Данное явление скорее связано с началом пандемии, когда государство увеличило количество коек с 96 286 коек в 2019 году до 127 464 коек в 2020 году.

Средняя длительность больничного пребывания сократилось на 13,5% и составила 8,9 в 2020 году, по сравнению с 10,3 в 2016 году.

Таблица 5

Показатели продуктивности на стационарном уровне за 2016–2021 годы.

Показатель	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Оборот больничной койки	30,1	31	31,6	31,9	23,4	n/a
Средняя длительность пребывания больного на койке в стационаре	10,3	10,0	9,7	9,4	8,9	n/a
Среднее число дней занятости койки в году	311	309	306	301	202,3	n/a
Расходы на стационарную помощь в расчете на 1 врача (тыс. тенге)	6 761	6 923	6 977	7 201	8 738	13 426
Расходы на стационарную помощь в расчете на 1 койку (тыс. тенге)	4 922	5 021	5 169	5 538	5 241	9 232
Расходы на стационарную помощь в расчете на 1 операцию	517 596	509 879	518 246	751 992	1 027 803	n/a
Частота послеоперационных осложнений	0,0031	0,0022	0,0027	0,0030	0,0040	n/a
Послеоперационная летальность	0,0087	0,0078	0,0072	0,0076	0,0086	n/a
Обеспеченность населения больничными койками на 1 000	5,6	5,5	5,3	5,2	6,8	n/a
Примечание: Составлено автором на основе источников [8; 9; 10; 11]						

Несмотря на позитивные показатели в динамике, в текущий момент в Казахстане показатели обеспеченности больничными койками выше, чем в странах ОЭСР, более продолжительная средняя длительность пребывания в стационаре, недостаточна дифференциация коечного фонда по уровню

интенсивности лечения. Это все создает финансовую нагрузку на бюджет здравоохранения. В среднем по ОЭСР количество больничных коек в 2020 году составило 4,4 койки на 1000 человек (в Казахстане 6,8 коек на 1000 населения), а средняя длительность больничного пребывания – 7,6 дней (в Казахстане этот показатель составил 8,9).



Рисунок 4 – Расходы на стационарную помощь

Примечание: Составлено на основе источников [8; 9; 10; 11]

В 2021 году отмечается значительное увеличение расходов на стационарную помощь. Так, расходы на стационарную помощь в расчете на одну койку в 2021 году составили 9232 тыс. тенге (или 21 670 долл. США), что больше значения 2016 года в 1,8 раз.

Это связано в большей степени со значительным ростом расходов на стационарную помощь в 2021 году. Сокращение больничных коек было незначительным – со 127 464 коек в 2020 году до 125 034 коек в 2021 году.

Расходы на стационарную помощь в расчете на 1 врача имеют нестабильную динамику, год от года то сокращаясь, то увеличиваясь по сравнению с предыдущим отчетным периодом. Это свидетель-

ствует о том, что население продолжает нерационально использовать медицинскую помощь. Учитывая тот факт, что лечение в стационарах является более дорогим видом услуг и, поэтому, население предпочитает получать эти услуги за счет средств государства, большая доля государственных средств уходит в стационар.

Так, в 2021 году расходы на стационарную помощь в расчете на 1 врача составили 13 426 тыс. тенге (или 31 515 долл. США)

Послеоперационные осложнения и послеоперационная летальность постепенно снижались до 2018 года. В 2019 году отмечается рост данных показателей на 11% и на 6% соответственно. А в 2020 году – на 33% и 13% соответственно по сравнению с 2019 годом.



Рисунок 5 – Показатели продуктивности стационарной помощи

Примечание: Составлено на основе источников [8; 9; 10; 11]

Уровень, основанный на болезни

На данном уровне рассматриваются показатели по каждому отдельному случаю болезни. В их числе наиболее значимыми являются злокачественные новообразования, принятые в

качестве примера для проведения анализа. В целом, анализ данных показывает, что доля первичной заболеваемости злокачественными новообразованиями (далее – ЗНО) имеет тенденцию к росту.

Таблица 6

Показатели продуктивности на уровне, основанной на болезни

Показатель	2016	2017	2018	2019	2020
Доля первичной заболеваемости на 3 и 4 стадиях среди общей первичной заболеваемости злокачественными новообразованиями в области Женской молочной железы	0,167	0,149	0,124	0,131	0,158
Доля первичной заболеваемости на 3 и 4 стадиях среди общей первичной заболеваемости злокачественными новообразованиями в области Шейки матки	0,136	0,143	0,117	0,138	0,161
Доля первичной заболеваемости на 4 стадии среди общей первичной заболеваемости злокачественными новообразованиями в области Трахеи, бронхов, легкого	0,237	0,233	0,231	0,263	0,282

Примечание: Составлено автором на основе источников [8; 9; 10; 11]

По показателю доли первичной заболеваемости на 3-4 стадии среди общей первичной заболеваемости злокачественными новообразованиями в области женской молочной железы, шейки матки и

трахеи, бронхов, легкого также наблюдается рост за период 2016-2020 годы. Это говорит о слабой выявляемости злокачественных новообразований на 1 и 2 стадиях.



Рисунок 6 – Доля первичной заболеваемости на 3-4 стадии среди общей первичной заболеваемости злокачественными новообразованиями

Примечание: Составлено на основе источников [8; 9; 10; 11]

Как показывает Рисунок 6 в стране доля первичной заболеваемости на 3 и 4 стадиях среди общей заболеваемости ЗНО в области трахеи, бронхов, легкого преобладает среди всех вышеуказанных индикаторов. При этом данная тенденция сохраняется из года в год.

Заключение

Анализ показателей продуктивности на национальном уровне за рассмотренный период с 2016 по 2021 гг. демонстрирует рост в части увеличения финансирования здравоохранения, и одновременно увеличение показателей заболеваемости.

Так, несмотря на то, что до 2020 года показатель младенческой смертности снижался, то в 2021 году отмечается рост этого показателя и его значение не достигает значения уровня в 2016 году. Показатель материнской смертности также показывает рост и в 2020 и в 2021 гг. и составил 44,7 на 100 тыс. родившихся живыми против 12,7 в 2016г.

Как показывает анализ, расходы на здравоохранение на душу населения увеличиваются ежегодно. Так, за период с 2016 по 2021 годы произошел прирост текущих расходов на здравоохранение на душу населения и составил 92%. Отметим, что

доля расходов домохозяйств от текущих расходов на здравоохранение сокращается и в 2021 году составила 25% (в 2016 году -36%).

Несмотря на то, что текущая политика государства направлена на развитие услуг ПМСП, в структуре затрат все еще наблюдается преобладание расходов на стационарные услуги, хотя разрыв между расходами на стационар и АПП заметно сокращается.

При этом расходы на оказание амбулаторно-поликлинической помощи в расчете на 1 участкового врача сократились на 6% со 158 467 тенге на 1 врача в 2016г. до 148 578 тенге на 1 врача в 2020 году, что связано с ростом количества врачей и не значительным ростом расходов на АПП.

Оборот койки за последний год сократился почти в 2 раза с 41 в 2016 до 23 в 2020 г. Средняя длительность пребывания больного на койке в стационаре также сократилась на 13%, что подтверждает более эффективную работу стационара.

В целом, по данным статистики в области медицины и НСЗ за период 2016-2021 годы отмечается положительная динамика в разрезе отдельных показателей. Вместе с тем, проведенный анализ продуктивности за указанный период показал неблагоприятную динамику по ряду показателей. Следовательно, есть необходимость в мониторинге показателей и проведения соответствующего анализа продуктивности, поскольку этот показатель является информативным. Умелое использование этого показателя в контексте демографических и эпидемиологических факторов населения, позволит корректировать политику здравоохранения в интенсивности проводимых мер.

Список литературы

1. Vesa Johannes Kämäräinen Antti Peltokorpi Paulus Torkki Kaj Tallbacka Measuring healthcare productivity – from unit to system level. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 2016, Vol. 29 Iss 3 pp. 288 – 299. URL: https://www.researchgate.net/publication/301685856_Measuring_healthcare_productivity_-_from_unit_to_system_level
2. Measuring Productivity. 2001, OECD Manual. URL: <https://www.oecd.org/std/productivity-stats/2352458.pdf>
3. Berchet Caroline, Lafortune Gaetan Measuring efficiency in primary care: Where are we? And where should we go? 2016, OECD Publishing, Paris.

4. Louise Sheiner, Anna Malinovskaya Measuring productivity in healthcare: an analysis of the literature. May, 2016. Hutchins Center on Fiscal and Monetary Policy at Brookings. URL: https://www.brookings.edu/wp-content/uploads/2016/08/hp-lit-review_final.pdf

5. Нургожаев А.А, Ишанова А.Б. Методика расчета показателей продуктивности системы здравоохранения: Методические рекомендации// Астана: Республиканский центр развития здравоохранения, 2016 - 19 с.

6. «Core indicators booklet», WHO, 2014.

7. Health at a Glance 2021: OECD Indicators. 2021, OECD Publishing, Paris. URL: <https://doi.org/10.1787/ae3016b9-en>.

8. Таблицы национальных счетов здравоохранения за 2015-2021гг.

9. Официальный интернет-ресурс Бюро национальной статистики РК. URL: <https://www.stat.gov.kz/>

10. Информационно-аналитическая система Талдай. URL: <https://taldau.stat.gov.kz>

11. Здоровье населения Республики Казахстан и деятельность организаций здравоохранения в 2020 году. Статистический сборник. Астана, 2021г. – 324 с.

12. Matthew Jowett, Joseph Kutzin Raising revenues for health in support of UHC: strategic issues for policy makers, Health financing policy brief №1. 2015, World Health Organization.

13. Out-of-pocket medical expenditure, Health at a Glance 2017: OECD Indicators, OECD Publishing, Paris. URL: https://doi.org/10.1787/health_glance-2017-26-en

14. «Целевые ориентиры и индикаторы для политики Здоровье-2020. Версия 3. 2016, Всемирная организация здравоохранения. URL: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/317937/Targets-indicators-Health-2020-version3-ru.pdf?ua=1

15. Choon-Seon Park, Hyojung Choi, Soo-Hee Hwang Trend and Implication OECD Hospital Performance Project. *Quality Improvement in Health Care*. 2016, no 22(1): pp. 11-26. URL: https://www.researchgate.net/publication/305624366_Trend_and_Implication_of_OECD_Hospital_Performance_Project