

МРНТИ: 06.71.47

JEL Classification: H51

DOI: <https://doi.org/10.52821/2789-4401-2026-3-196-209>

ФИНАНСИРОВАНИЕ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ КАЗАХСТАНА: СОВРЕМЕННЫЕ ВЫЗОВЫ И ПУТИ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ

Б. С. Омирбаева^{1*}, Е. К. Жакупов¹

¹Казахстанский институт стратегических исследований при Президенте РК,
г. Астана, Казахстан

АННОТАЦИЯ

Цель исследования – проанализировать проблемные аспекты действующей модели финансирования здравоохранения Казахстана, выявить ключевые институциональные и экономические ограничения и обосновать целесообразность перехода к финансированию на основе Единого подушевого норматива (ЕПН) как инструмента повышения эффективности, финансовой устойчивости и ориентированности системы на результат.

Методология – в работе применены методы сравнительного и ретроспективного анализа, системного подхода, изучения медико-статистических данных за 1990-2024 годы, а также институциональный анализ механизмов финансирования и сопоставления с международной практикой. Таким образом, исследование направлено не на оценку клинических эффектов, а на анализ институционально-финансовых стимулов и перераспределения ресурсов при переходе к модели ЕПН.

Оригинальность / ценность исследования – показана связь между конфигурацией финансовых стимулов и результативностью системы здравоохранения, обоснованы преимущества перехода к ЕПН для укрепления ПМСП и более рационального использования ресурсов. Научная значимость исследования заключается в институциональной интерпретации ЕПН как инструмента стратегической закупки, а не только механизма подушевой оплаты.

Результаты исследования – в ходе исследования было выявлено, что действующая модель финансирования ориентирована на освоение бюджета и не стимулирует профилактику, что приводит к фрагментарности оказания помощи, искусственному завышению доли экстренности госпитализаций, перепотреблению консультативно-диагностических услуг и низкой эффективности ПМСП. Предложен переход к ЕПН, предусматривающему финансирование ПМСП с учетом оплаты услуг других уровней для прикрепленного населения, что позволит снизить необоснованные госпитализации, усилить профилактику и улучшить доступность помощи в удаленных регионах.

Ключевые слова: финансирование здравоохранения, подушевое финансирование, первичная медико-санитарная помощь, ресурсоэффективность, ОСМС, ГОБМП.

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность вопроса. Эффективное финансирование здравоохранения является ключевым условием обеспечения доступности и качества медицинской помощи, устойчивости системы и реализации принципа «деньги следуют за пациентом». Для Казахстана этот вопрос особенно значим в условиях ограниченности ресурсов, роста потребности в медицинских услугах и демографических изменений, включая старение населения и рост распространенности хронических заболеваний. Несмотря на существенный рост бюджетных расходов на здравоохранение в последние годы, сохраняются дефицит финансирования, неравномерность распределения ресурсов и недостаточная результативность вложений. Это указывает на необходимость пересмотра механизмов финансирования и перехода к моделям, стимулирующим профилактику и повышение эффективности первичного звена.

Обзор литературы. ВОЗ рассматривает финансирование здравоохранения через три ключевые функции – мобилизацию ресурсов, их объединение и стратегическую закупку услуг. В глобальных обзорах 2017-2022 гг. ВОЗ подчеркивает важность перехода от затратного финансирования к стратегическому контрактному с ориентацией на результаты. Также в издании «How to make budgets work for health? A practical guide to designing, implementing and monitoring program budgets in health» (2022) представлен анализ глобальных тенденций финансирования здравоохранения: рост государственных расходов, а также вызовы для устойчивости систем здравоохранения. Доклад акцентирует внимание на том, как страны могут сбалансировать источники финансирования и обеспечить движение к всеобщему охвату услугами здравоохранения [1].

Значительный массив зарубежных исследований посвящен анализу результатов внедрения подушевого финансирования и механизмов фондодержания в различных странах. Так, работы Saltman [2], Busse и Figueras [3] показывают, что подушевое финансирование в первичном звене при наличии корректных корректирующих коэффициентов (возраст, пол, социальные и эпидемиологические факторы) способствует сдерживанию роста затрат и смещению акцента в сторону профилактики и раннего вмешательства, однако без встроенных механизмов контроля качества может приводить к рискам недооказания помощи. Аналогичные выводы представлены в исследованиях ОЭСР [4, 5] и ВОЗ [6], где подчеркивается, что эффективность подушевого финансирования напрямую зависит от его сочетания с показателями качества и результативности оказания медицинской помощи.

Отдельное направление исследований связано с фондодержанием и интегрированными моделями закупки услуг. На примере NHS England показано, что переход к «place-based systems of care» и усиление координации между организациями при сохранении роли публичного закупщика повышают управляемость потоков, улучшают преемственность между уровнями помощи и снижают долю необоснованных госпитализаций, при этом успешность таких моделей зависит от институциональной зрелости системы, прозрачности финансовых потоков и наличия четких клинично-экономических регуляторов [7].

Среди современных исследований стоит отметить работу Luyten (2024), где проанализированы прогрессивность и перераспределительный потенциал существующих моделей финансирования здравоохранения. Автор отмечает, что без изменения тарифной политики и внедрения индикаторов качества системы сохраняют ориентацию на освоение бюджета, а не на результат [8]. В систематическом обзоре Hsu (2025) выделены характеристики национальных систем финансирования, которые наиболее существенно влияют на успешность реформ: прозрачность потоков, наличие механизмов оценки качества и финансовая защита пациентов [9].

В Казахстане вопросы финансирования здравоохранения анализировались в исследованиях Байжунусова Э.А., Тынгисhevой А.М., Кулкаевой Г.У., Искаковой З.Д. и другими. Так, Кулкаева Г.У., Байжунусов Э.А. (2024) провели системный анализ государственных программ развития здравоохранения Республики Казахстан за период 1998-2024 гг. и показали эволюцию от бюджетных моделей финансирования к смешанным схемам [10].

Тынгисheva А.М., Аймагамбетов Е.Б. (2024) рассмотрели современное состояние финансового обеспечения системы здравоохранения Казахстана. В исследовании проведен сравнительный анализ структуры источников финансирования (бюджетные ассигнования, ОСМС, частные расходы населения), а также сопоставление с практиками стран ОЭСР. Авторы отметили сохраняющиеся дисбалансы и обозначили риски недофинансирования отдельных сегментов системы [11].

Искакова З.Д., Капенова А.Ж., Зенченко С.В. (2025) сосредоточили внимание на механизмах функционирования финансовых потоков в здравоохранении. В их работе раскрываются роли государства, фонда социального медицинского страхования (ФСМС) и частного сектора, а также предлагаются направления совершенствования: оптимизация распределения средств, повышение прозрачности и внедрение инструментов контроля эффективности [12].

Таким образом, в отечественной литературе уже достаточно подробно изучены вопросы эволюции государственных программ и институциональной архитектуры финансирования. Однако остаются неисследованными пробелы в части эффективных механизмов финансирования, которые определили цель настоящего исследования – провести анализ финансирования системы здравоохранения Казахстана, выявить проблемы и предложить практические рекомендации по их решению.

Методология исследования. Исследование выполнено с использованием комплексного аналитического подхода, сочетающего элементы институционального, сравнительного и финансово-экономического анализа. Анализ охватывает период 1990-2024 гг., что позволяет оценить функционирование действующей модели финансирования здравоохранения в условиях внедрения и развития системы обязательного социального медицинского страхования.

В качестве ключевых индикаторов использовались:

- совокупные расходы на здравоохранение по структуре источников финансирования (ГОБМП, ОСМС);
- медико-демографические показатели (смертность, рождаемость, материнская и младенческая смертность, смертность от БСК, доля экстренных госпитализаций);
- объемы оказания медицинской помощи по уровням (ПМСП, КДП, СМП, ВТМП).

Источниками данных послужили официальные статистические и административные базы Министерства здравоохранения Республики Казахстан, Фонда социального медицинского страхования, Бюро национальной статистики, а также материалы Национальных счетов здравоохранения. Использовались агрегированные годовые данные, что соответствует задачам макро- и мезоуровневого анализа финансовой устойчивости системы.

Сопоставление периодов осуществлялось с использованием методов описательной статистики и анализа трендов. Для сопоставления с международной практикой изучены отчеты Всемирной организации здравоохранения, Организации экономического сотрудничества и развития, Всемирного банка, а также публикации в рецензируемых зарубежных и отечественных научных журналах. В работе использовались методы описательной статистики, структурно-функционального и сравнительного анализа, а также качественный анализ нормативных документов и научных источников. Ограничения исследования связаны с агрегированным характером доступных официальных данных, что не позволяет провести микроуровневый анализ на уровне отдельных медицинских организаций или пациентов, которые могут не в полной мере отражать национальные институциональные особенности, однако данные ограничения не снижают обоснованность сделанных выводов и предложенных рекомендаций.

ОСНОВНАЯ ЧАСТЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

С момента обретения независимости система здравоохранения Республики Казахстан развивалась в рамках последовательных государственных реформ, реализуемых через программные и концептуальные документы. За период 1998-2026 гг. было принято восемь государственных программ и стратегических инициатив в сфере здравоохранения, каждая из которых различалась по целям, масштабам и уровню ресурсного обеспечения [10]:

Реализованные программы условно можно сгруппировать по характеру финансовой поддержки. На начальных этапах (1998-2002 гг.) реформы носили преимущественно организационный характер и осуществлялись без существенного увеличения бюджетного финансирования. В последующий период (2005-2015 гг.) государственная политика в сфере здравоохранения сопровождалась значительным наращиванием финансовых ресурсов, что отразилось в реализации программ реформирования и развития здравоохранения, а также программы «Саламатты Казахстан». С 2016 года последующие стратегические документы реализовывались в условиях ограниченных бюджетных возможностей и без дополнительного ресурсного обеспечения, при одновременной трансформации модели финансирования в сторону страховой.

Ретроспективный анализ макроуровневых медико-статистических показателей позволяет выявить устойчивую ассоциацию между объемами финансирования и динамикой результатов функционирования системы здравоохранения. В частности, в период 2005-2015 гг., характеризующийся ростом государственных расходов на здравоохранение и доведением их доли до порядка 4% ВВП, наблюдалась наиболее благоприятная динамика рождаемости и смертности населения (рис. 1), а также значительное улучшение ключевых медико-демографических показателей (рис. 2).

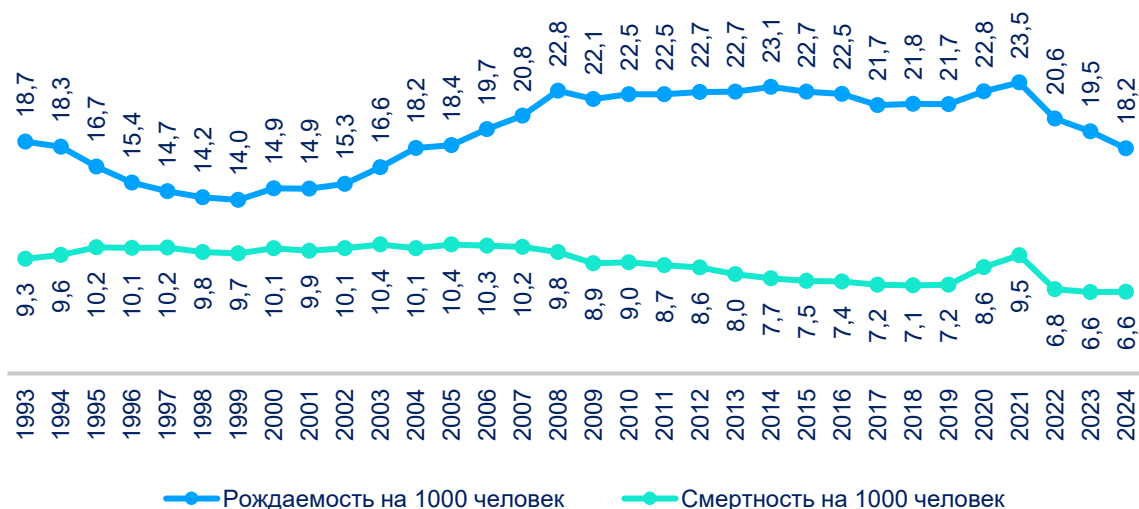


Рисунок 1 – Показатели рождаемости и смертности населения Казахстана за 30 лет

Примечание – Составлено авторами на основе [13]

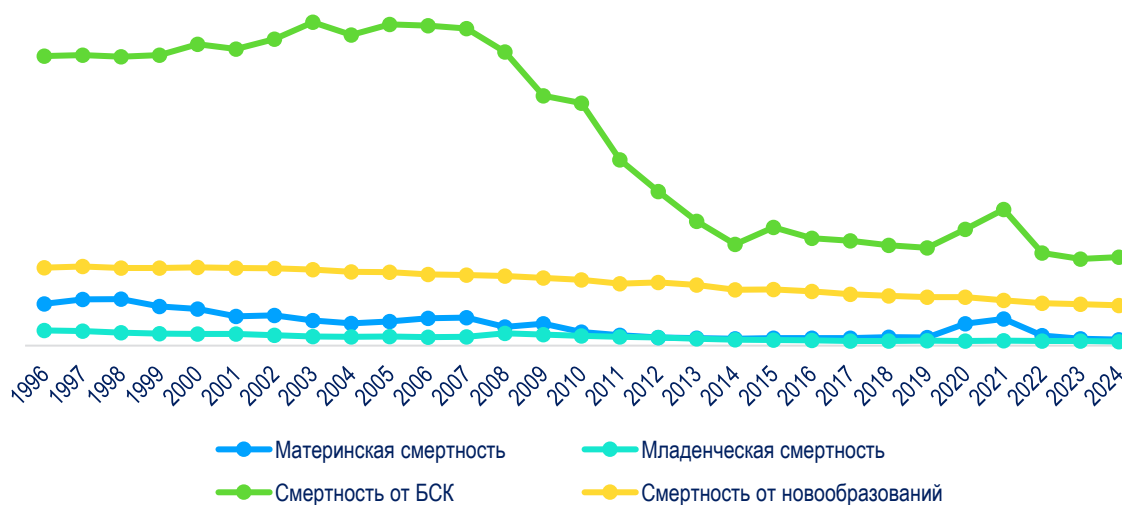


Рисунок 2 – Медико-демографические показатели Казахстана за 30 лет

Примечание – Составлено авторами на основе [13]

За указанный период были достигнуты заметные успехи в снижении младенческой смертности и смертности от болезней системы кровообращения, что в совокупности способствовало стабилизации демографической ситуации и переходу от кризисных тенденций 1990-х годов к устойчивому росту численности населения. Эти результаты свидетельствуют о том, что при наличии достаточного ресурсного обеспечения действовавшая на тот момент преимущественно бюджетная модель финансирования обладала определенным потенциалом результативности.

Вместе с тем к середине 2010-х годов стало очевидно, что возможности исключительно бюджетного финансирования здравоохранения объективно ограничены. Рост численности населения, изменение возрастной структуры, увеличение распространенности хронических неинфекционных заболеваний, а также удорожание медицинских технологий привели к устойчивому росту потребности в ресурсах,

опережающему бюджетные возможности государства. В этих условиях внедрение обязательного социального медицинского страхования рассматривалось как институционально необходимый шаг, направленный на диверсификацию источников финансирования и повышение финансовой устойчивости отрасли.

Введение ОСМС действительно позволило увеличить совокупные расходы на здравоохранение и расширить объемы финансируемой медицинской помощи (рис. 3). Однако последующий анализ показывает, что количественный рост финансирования не сопровождался сопоставимым улучшением результатов деятельности системы. Несмотря на увеличение расходов с 1,1 трлн тенге в 2019 году до 3 трлн тенге в 2024 году, сохраняется хронический дефицит средств, формируется значительная кредиторская задолженность медицинских организаций (117 млрд. тенге в 2024 г., 108 млрд. тенге в 2025 г.) и усиливаются ограничения доступа пациентов к медицинской помощи.

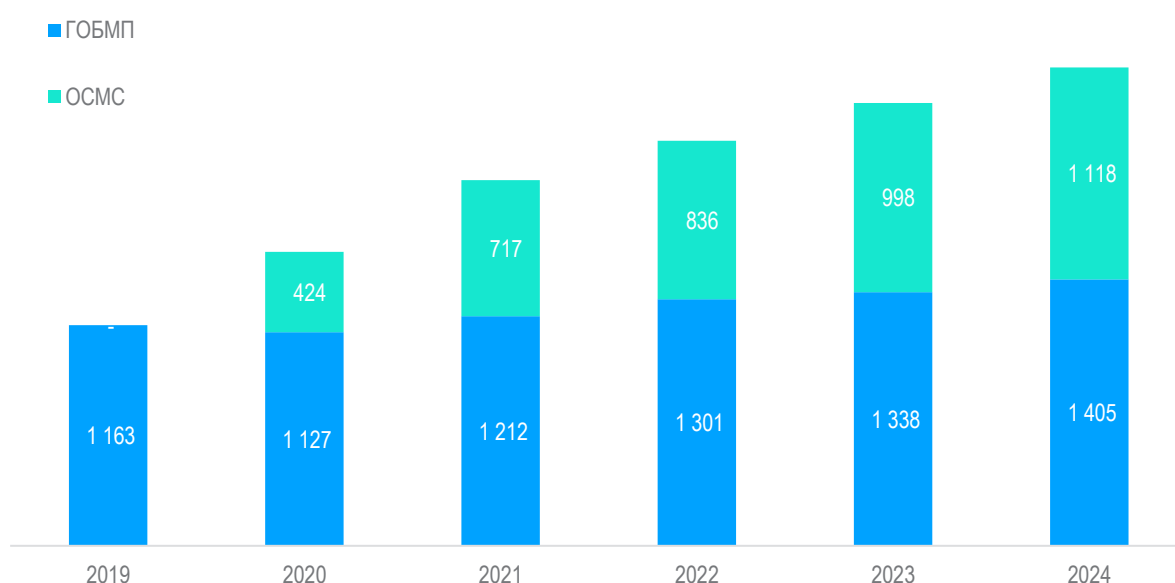


Рисунок 3 – Текущая ситуация финансирования здравоохранения

Примечание – Составлено авторами на основе [14]

Причина данной диспропорции заключается в том, что новая страховая модель в значительной степени воспроизводит прежний затратный подход к финансированию. Оплата медицинской помощи по-прежнему ориентирована на объемы и факт оказания услуг, а не на клинические, профилактические и социально-экономические результаты. Отсутствие прямой связи между расходами и исходами лечения, дублирование финансирования в рамках ГОБМП и ОСМС, а также планирование объемов «сверху» формируют искаженные стимулы для поставщиков медицинских услуг и не способствуют рациональному использованию ресурсов.

При низких тарифах поставщики компенсируют расходы за счет приоритета дорогостоящих и массовых диагнозов, что может формировать стимулы к перепотреблению и искусственному завышению объемов. Это еще больше увеличивает бюджетный разрыв.

В результате даже при росте финансирования не достигается устойчивого улучшения ключевых показателей здоровья населения: сохраняется высокая доля экстренных госпитализаций (ежегодный рост в среднем на 5% [15]), растет смертность от отдельных классов заболеваний (стандартизированный показатель смертности от болезней системы кровообращения вырос со 144,45 на 100 тыс. населения в 2023 году до 147,7 в 2024 году [15]), увеличивается объем дорогостоящих диагностических и консультативных услуг (с 2019 по 2024 годы объем потребления КДУ увеличился на 687%, в том числе по ПЭТ – на 136%, по стоматологическим услугам – на 184%, по КТ и МРТ – на 600% [15]), а карманные расхо-

ды населения остаются на уровне около 30%. Это свидетельствует о том, что дальнейшее наращивание финансирования без изменения принципов его распределения и оплаты не обеспечивает перехода от количественного расширения системы к повышению ее эффективности и качества.

Дополнительным проявлением структурной неэффективности является сохранение избыточного коечного фонда. Фактическое развертывание коек сверх нормативной потребности (100 тыс. коек при нормативе 92 тыс.) сопровождается ростом постоянных расходов на содержание инфраструктуры и персонала, что снижает гибкость системы и усиливает финансовую нагрузку. При этом в существующей модели отсутствует полноценный механизм измерения качества оказанных услуг и учета клинических исходов при финансировании, что ограничивает возможности управляемого перераспределения ресурсов.

Таким образом, текущий этап развития системы здравоохранения характеризуется не столько абсолютным дефицитом ресурсов, сколько институциональной несбалансированностью механизма их распределения и использования. В этих условиях особую значимость приобретает переход от планирования «сверху», ориентированного на освоение бюджета, к модели, позволяющей выявлять реальные потребности и управлять финансовыми потоками на основе результатов. Эффективность здравоохранения в большей степени определяется качеством управленческих решений и структурой расходов, чем абсолютными объемами финансирования.

Указанные обстоятельства обуславливают необходимость постепенного отхода от сметного бюджетного финансирования и внедрения элементов стратегической закупки и управляемых рыночных механизмов. Вместе с тем специфика медицинских услуг, где ценность помощи не всегда поддается прямой калькуляции, предполагает сохранение активной роли государства в определении общего уровня расходов на здравоохранение при одновременном развитии прозрачных инструментов оценки стоимости и качества медицинской помощи.

В данном контексте ключевое значение приобретает анализ структуры потребления медицинских услуг и их средней стоимости (табл. 1). Представленные данные демонстрируют, что подавляющая доля услуг оказывается на уровне первичной медико-санитарной помощи (89%), тогда как наиболее дорогостоящие виды медицинской помощи формируют непропорционально высокую нагрузку на систему при сравнительно низком объеме оказания (0,001%). Это подтверждает необходимость институционального и финансового усиления первичного звена как базового элемента устойчивости системы здравоохранения.

Таблица 1 – Структура потребления медицинских услуг и стоимость услуг

	Количество оказанных услуг	Доля	Средняя стоимость одной услуги (тенге)
Высоко-технологичная медицинская помощь (ВТМП)	23 083	0,001%	3 595 720
Стационарная медицинская помощь (СМП)	4 857 150	2,95%	228 735
Консультативно-диагностическая помощь (КДП)	13 237 946	8,05%	23 644
Первичная медико-санитарная помощь (ПМСП)	16 422 564	88,99%	34 587
Примечание – составлено авторами на основе [15]			

Анализ деятельности ПМСП также указывает на рост числа госпитализаций с осложнениями за последние годы, несмотря на расширение лекарственного обеспечения и увеличение финансирования. Данные по обеспечению лекарственными средствами и структуре экстренных госпитализаций (рис. 4-5) свидетельствуют о том, что действующая модель финансирования в ограниченной степени стимулирует профилактику и раннее вмешательство.



Рисунок 4 – Количество обеспеченных лекарственными средствами пациентов
Примечание – Составлено авторами на основе [15]

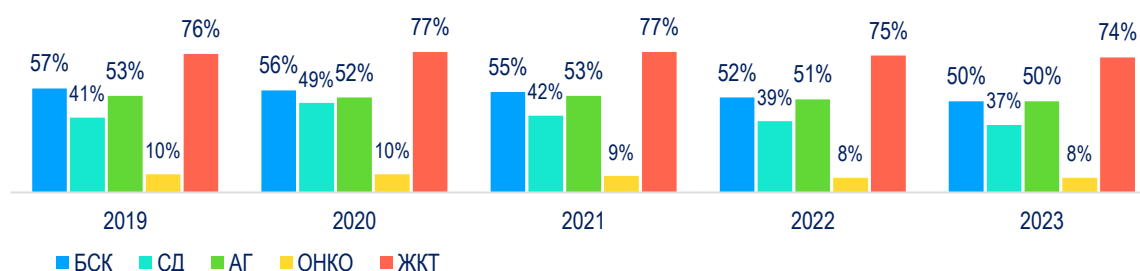


Рисунок 5 – Доля экстренных госпитализаций по группам нозологий
Примечание – Составлено авторами на основе [15]

*БСК – болезни системы кровообращения

СД – сахарный диабет

АГ – артериальная гипертензия

ОНКО – онкология

ЖКТ – желудочно-кишечный тракт

Фрагментация финансовых потоков между уровнями оказания помощи нарушает преемственность наблюдения и лечения пациентов, снижает эффективность организации ухода и формирует доминирование экстренных случаев в структуре расходов. Это соответствует выводам международных исследований. Данные ВОЗ подтверждают, что фрагментация финансирования ограничивает стратегическую закупку, снижает возможности объединения фондов и препятствует достижению всеобщего охвата медицинской помощью [16]. Результаты эмпирических исследований также указывают, что разрыв финансовых потоков между уровнями оказания помощи ассоциирован со снижением равенства доступа, качества услуг и доверия к системе первичной медико-санитарной помощи [17].

Отсутствие прозрачности в планировании объемов медицинской помощи и финансировании остается серьезной преградой на пути повышения эффективности здравоохранения. Как подчеркивает ВОЗ, необходимы усиление прозрачности расходов и механизмов мониторинга финансовых потоков (включая объединение фондов и стратегическую закупку), чтобы улучшить эффективность и справедливость системы [18].

Вместе с тем, преобладание такого подхода, когда финансируются объемы, а не потребность, порождает избыточное потребление медицинских услуг. Исследования показывают, что чрезмерное использование диагностического тестирования значительно увеличивают расходы без соответствующего улучшения здоровья пациентов [19]. При этом такая практика, включая риски необоснованного увеличения объемов, искажает статистику и снижает доверие к качеству оказания медицинской помощи.

В совокупности полученные результаты подтверждают необходимость трансформации модели финансирования здравоохранения с приоритетным усилением роли первичной медико-санитарной помощи. Одним из наиболее эффективных способов повышения результативности системы здравоохранения в условиях ограниченности ресурсов является переход от фрагментарного финансирования отдельных видов медицинской помощи к финансированию на основе Единого подушевого норматива (ЕПН). ЕПН представляет собой механизм подушевой оплаты, ориентированный на интеграцию финансовых потоков и формирование экономических стимулов, направленных на профилактику, управление маршрутом пациента и рациональное использование ресурсов.

В отличие от действующего комплексного подушевого норматива (КПН), охватывающего преимущественно деятельность амбулаторно-поликлинического звена, ЕПН включает расходы на медицинскую помощь прикрепленного населения по всем уровням (включая стационарную помощь). Тем самым ЕПН создает основу для взаиморасчетов и управления потоков, служит базой для распределения ресурсов внутри системы здравоохранения и позволяет связать финансирование первичного звена с результатами использования специализированной и стационарной помощи.

Формирование ЕПН осуществляется путем агрегирования общего объема финансирования медицинской помощи и его распределения в расчете на численность прикрепленного населения с учетом корректирующих коэффициентов. В обобщенном виде расчет ЕПН может быть представлен следующим образом:

$$\text{ЕПН} = (\Sigma \text{расходов на медицинскую помощь в рамках ГОБМП и ОСМС}) / \text{численность прикрепленного населения} \times K,$$

где K – система корректирующих коэффициентов, учитывающих половозрастную структуру населения, плотность населения, сельский характер территории и продолжительность отопительного сезона.

Ключевой институциональной особенностью модели ЕПН является сохранение функций фондодержателя и стратегического закупщика за ФСМС. В отличие от классических моделей полного фондодержания, при которых финансовые риски концентрируются на уровне медицинских организаций, в предлагаемой модели ФСМС аккумулирует финансовые ресурсы, осуществляет оплату услуг сторонних поставщиков и обеспечивает централизованные взаиморасчеты между уровнями оказания медицинской помощи.

Организации первичной медико-санитарной помощи получают расширенный финансовый лимит на прикрепленное население, превышающий текущие объемы финансирования по КПН, поскольку в расчет ЕПН включаются потенциальные расходы на медицинскую помощь, оказываемую пациентам на других уровнях – в стационарах, консультативно-диагностических центрах и иных медицинских организациях по направлению. Финансирование осуществляется по итогам отчетного периода с учетом взаиморасчетов между ПМСП и поставщиками специализированной помощи через ФСМС, после чего остаток средств перечисляется организации ПМСП [20].

Данная модель формирует у организаций ПМСП экономическую заинтересованность в управлении маршрутом пациента. Расходы на стационарную, диагностическую и иную специализированную помощь, оказанную прикрепленному населению, учитываются как издержки, ассоциированные с деятельностью соответствующей организации ПМСП, и подлежат списанию с ее подушевого норматива. Соответственно, рост необоснованных направлений и госпитализаций сопровождается увеличением финансовых списаний, тогда как снижение частоты осложнений, повторных обращений и экстренных госпитализаций приводит к относительной экономии средств в пределах ЕПН.

В результате ключевой финансовый стимул для организаций ПМСП смещается от наращивания объемов оказанных услуг к управлению состоянием здоровья прикрепленного населения. Экономическая мотивация формируется в развитии профилактики, раннего выявления заболеваний, эффективного диспансерного наблюдения и рациональной маршрутизации пациентов. Повышение клинической результативности и качества ведения пациентов создает условия для сохранения части средств подушевого норматива, которые могут быть направлены на оплату труда персонала, развитие инфраструктуры и внедрение стационарозамещающих технологий.

Вместе с тем, внедрение финансирования медицинской помощи через ЕПН может сопровождаться рядом системных рисков, связанных как с изменением экономического поведения поставщиков медицинских услуг, так и с трансформацией структуры оказания медицинской помощи. Указанные риски носят управляемый характер и могут быть минимизированы при условии корректной тарифной, нормативной и институциональной настройки модели.

1. Риск необоснованных задержек при направлении пациентов в стационар. Формирование у организаций ПМСП ответственности за расходы на стационарную помощь потенциально может создавать стимулы к избыточному сдерживанию направлений в стационар с целью экономии средств в пределах подушевого норматива. Это, в свою очередь, может привести к задержкам госпитализации пациентов, реально нуждающихся в специализированной помощи. Механизмом нивелирования данного риска является дифференциация тарифной политики: оплата осложненных, запущенных и поздно выявленных случаев должна осуществляться не по усредненным клинико-затратным группам, а с применением повышающих коэффициентов либо по фактическим затратам. Это позволяет устранить финансовую мотивацию к задержкам и выровнять стимулы между амбулаторным и стационарным уровнями.

2. Риск роста доли экстренных госпитализаций. При недостаточной экономической мотивации к плановому лечению и раннему выявлению заболеваний возможен рост экстренных госпитализаций вследствие позднего обращения пациентов или отсроченного направления. В текущей структуре госпитализаций доля экстренной помощи существенно превышает долю плановой, что свидетельствует о неэффективной маршрутизации пациентов. Для снижения данного риска целесообразно использовать тарифные и организационные инструменты, включая повышение относительной стоимости экстренной госпитализации по сравнению с плановой, а также формирование у ПМСП экономической заинтересованности в раннем выявлении заболеваний и плановом лечении пациентов.

3. Риск финансовой неустойчивости малых амбулаторных организаций. Небольшие семейные врачебные амбулатории могут оказаться более уязвимыми в условиях перераспределения финансовых потоков, что особенно чувствительно для сельских и малонаселенных территорий. В качестве институционального решения предлагается развитие механизмов субподряда с консультативно-диагностическими центрами и центрами амбулаторной хирургии, а также организационное укрупнение или интеграция малых амбулаторий в более крупные медицинские структуры. Это позволяет сохранить доступность первичной помощи при одновременном повышении финансовой устойчивости поставщиков.

4. Риск вытеснения высокотехнологичной медицинской помощи (ВТМП). Концентрация ресурсов в рамках ЕПН может создать предпосылки для относительного сокращения финансирования высокотехнологичных и затратных видов медицинской помощи. Для предотвращения данного эффекта целесообразно выделить ВТМП в отдельный контур финансирования через Фонд социального медицинского страхования с сохранением централизованного стратегического закупа и целевого распределения средств.

5. Риск нецелевого или неэффективного использования средств на уровне ПМСП. Увеличение объема финансовых ресурсов, аккумулируемых в амбулаторно-поликлиническом звене, требует усиления механизмов контроля и прозрачности их использования. Минимизация данного риска предполагает нормативное закрепление направлений использования средств ГОБМП и ОСМС, приоритетное финансирование оплаты труда, повышения квалификации персонала и развития стационарозамещающих технологий, а также развитие инструментов финансового и клинико-экономического мониторинга.

В целом внедрение финансирования на основе ЕПН ориентировано на достижение системных положительных эффектов для здравоохранения. Ожидается снижение доли необоснованной и дорогостоящей

стационарной помощи за счет усиления требований к госпитализации и переноса части услуг в амбулаторное звено, более рациональное использование коечного фонда и смещение экономических стимулов в сторону профилактики и раннего вмешательства. Усиление роли первичной медико-санитарной помощи создает институциональные предпосылки для сокращения экстренных госпитализаций, снижения частоты осложнений и повышения качества наблюдения пациентов с хроническими заболеваниями.

ПОЛУЧЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ (ВЫВОДЫ)

Проведенный анализ показывает, что переход к финансированию на основе Единого подушевого норматива может рассматриваться как институциональный инструмент интеграции финансовых потоков и усиления роли первичной медико-санитарной помощи в системе здравоохранения Республики Казахстан. Предлагаемая модель представляет собой модифицированный вариант фондодержания, адаптированный к текущей архитектуре финансирования ГОБМП и ОСМС.

В отличие от классического полного фондодержания, при котором фондодержателем выступает медицинская организация, в модели ЕПН функции аккумулирования средств, стратегической закупки и проведения взаиморасчетов сохраняются за Фондом социального медицинского страхования. ФСМС формирует единый финансовый пул, распределяет ресурсы с учетом нормативов и корректирующих коэффициентов, а также оплачивает услуги сторонних поставщиков, к которым направляются пациенты. Такой подход снижает концентрацию финансовых рисков на уровне отдельных медицинских организаций и обеспечивает управляемость финансовых потоков при сохранении роли централизованного закупщика.

Концентрация функций стратегической закупки в ФСМС создает предпосылки для усиления контроля качества медицинской помощи и прозрачности финансирования. Мониторинг соблюдения требований маршрутизации, клинических протоколов и стандартов оказания помощи, а также сопоставимость финансовых потоков по пакетам ГОБМП и ОСМС позволяют ограничивать риски дублирования расходов и повышать обоснованность распределения ресурсов. Вместе с тем для устойчивости модели ЕПН необходимы развитие инструментов независимой оценки результатов, внедрение показателей качества и клинических исходов, а также прозрачные механизмы стимулирования профилактики.

Изменение логики взаиморасчетов в модели ЕПН формирует экономические стимулы для организаций ПМСП к управлению маршрутом пациента и снижению необоснованных направлений на стационарный уровень, а также к более рациональному использованию консультативно-диагностических и лабораторных услуг. При корректной настройке тарифной политики и механизмов контроля качества это способно усилить профилактическую направленность первичного звена, повысить качество диспансерного наблюдения и сократить долю экстренных госпитализаций, связанных с поздним обращением и осложнениями хронических заболеваний.

Для пациентов потенциальные эффекты внедрения ЕПН выражаются в следующем:

- повышение прозрачности финансирования. Единый подход к расчету нормативов устраняет влияние субъективных факторов, обеспечивая более честное распределение средств и предсказуемость затрат;
- стимулирование профилактической медицины. Финансирование зависит от численности и потребностей населения, что направляет усилия на профилактику и амбулаторное лечение;
- улучшение доступности медицинской помощи. Распределение финансирования пропорционально численности населения в регионах, включая удаленные и сельские зоны, что улучшает доступность медицинской помощи.

Главный ожидаемый результат данной модели – перевод всей отрасли от экстенсивной к интенсивной, что позволит эффективно использовать имеющиеся ресурсы и превратить здравоохранение из зарегулированной к саморегулируемой системе, где основным критерием оценки служб будет удовлетворенность пациента качеством медицинской помощи, что приведет к реализации принципа «деньги идут за пациентом» и сделает последнего реальным источником финансирования и соответственно главным звеном всей системы.

СПИСОК ИСТОЧНИКОВ

1. H. Barroy, M. Blecher, & J. Lakin (Eds.), How to make budgets work for health?: A practical guide to designing, managing and monitoring programme budgets in the health sector (pp. 106). World Health Organization <https://www.who.int/publications/i/item/9789240049666>
2. Saltman, R. B., Rico, A., & Boerma, W. (Eds.). (2006). Primary care in the driver's seat? Organisational reform in European primary care. Maidenhead: Open University Press / European Observatory on Health Systems and Policies. p. 251 ISBN: 978 0 335 21365 8.
3. Busse, R., Figueras, J., Robinson, R., & Jakubowski, E. (2007). Strategic purchasing to improve health system performance: key issues and international trends. *HealthcarePapers*, 8 Spec No, 62–76. <https://doi.org/10.12927/hcpap.2007.19221>
4. OECD (2016), Better Ways to Pay for Health Care, OECD Health Policy Studies, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/9789264258211-en>.
5. OECD. (2014). Paying for performance in health care: Implications for health system performance and accountability. OECD Publishing, Paris. <https://doi.org/10.1787/9789264224568-en>
6. WHO: Mathauer, I., Dale, E., & Meessen, B. (2017). Strategic purchasing for universal health coverage: Key policy issues and questions. Geneva: World Health Organization; 2017. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
7. Ham, C.J., & Alderwick, H. (2015). Place-based systems of care: A way forward for the NHS in England. London: The King's Fund.
8. Luyten, E., & Tubeuf, S. Equity in healthcare financing: A review of evidence // *Health Policy*. – 2025. – №152. – P. 1-8. – DOI: <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2024.105218>
9. Hsu, J. et al. What influences the impact of health financing reforms? Using qualitative comparative analysis to identify patterns in health financing systems and their effects on financial protection. – *Health Systems*. – 2025. - №4. – DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ssmhs.2025.100055>
10. Кулкаева Г.У., Байжунусов Э.А., Юшицина Н.Г., Карашутова Ж.Н. Анализ реализации государственных программ развития здравоохранения Республики Казахстан с 1998 по 2024 годы [Электронный ресурс] // *Journal of health development*. – 2025. – URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/analiz-realizatsii-gosudarstvennyh-programm-razvitiya-zdravoohraneniya-respubliki-kazahstan-s-1998-po-2024-gody>
11. Тынгишева А.М., Аймагамбетов Е.Б. Современное состояние финансового обеспечения системы здравоохранения в Республике Казахстан. // *Вестник ЕНУ им. Л.Н.Гумилева. Серия Экономическая*. – 2024. - №1. – Стр.223-236. – DOI: 10.32523/2789-4320-2024-1-223-236
12. Искакова З.Д., Капенова А.Ж., Зенченко С.В. Механизм финансирования здравоохранения в Казахстане и направления его совершенствования. // *Вестник ЕНУ им. Л.Н.Гумилева. Серия Экономическая*. – 2025. - №2. – Стр. 179-193. – DOI: <https://doi.org/10.32523/2789-4320-2025-2-179-193>
13. Статистика здравоохранения и социального обеспечения. Бюро национальной статистики АС-Пир РК // <https://stat.gov.kz/ru/industries/social-statistics/stat-medicine/>
14. Национальные счета здравоохранения // <https://nrchd.kz/health-accounts>
15. Статистические данные информационных систем МЗ РК
16. Pooling revenues and reducing fragmentation // <https://www.who.int/activities/pooling>
17. Gatome-Munyua, A., Sparkes, S., Mtei, G., Sabignoso, M., Soewondo, P., Yameogo, P., Hanson, K., & Cashin, C. Reducing fragmentation of primary healthcare financing for more equitable, people-centred primary healthcare. // *BMJ global health*. – 2025 - №10(1), e015088. – DOI: <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2024-015088>
18. Carlos Avila Implementing health financing policies to overhaul the healthcare delivery system in Ukraine // *Journal of Hospital Management and Health Policy* – 2025. – Vol.5 – DOI: <http://dx.doi.org/10.21037/jhmhp-20-97>
19. Lavaste, K. Overuse of medical imaging and effects of payer-provider integration: quasi-experimental evidence from Finland. // *Health Economic Review* – 2025. - №15, 4. – DOI: <https://doi.org/10.1186/s13561-025-00592-0>
20. Does global capitation prospective payment promote integrated delivery networks? Evidence from China's compact county medical communities // *International Journal for Equity in Health* – 2025. - №24:164 – DOI: <https://doi.org/10.1186/s12939-025-02490-7>

REFERENCES

1. H. Barroy, M. Blecher, & J. Lakin (Eds.), How to make budgets work for health?: A practical guide to designing, managing and monitoring programme budgets in the health sector (pp. 106). World Health Organization. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240049666>
2. Richard B. Saltman, Ana Rico and Wienke G. W. Boerma. (2006). Primary care in the driver's seat? Organisational reform in European primary care. International Journal of Integrated Care, Open University Press: Maidenhead. 2006. p. 251 ISBN: 978 0 335 21365 8.
3. Busse, R., Figueras, J., Robinson, R., & Jakubowski, E. (2007). Strategic purchasing to improve health system performance: key issues and international trends. HealthcarePapers, 8 Spec No, 62–76. <https://doi.org/10.12927/hcpap.2007.19221>
4. OECD (2016), Better Ways to Pay for Health Care, OECD Health Policy Studies, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/9789264258211-en>.
5. OECD/WHO (2014), Paying for Performance in Health Care: Implications for Health System Performance and Accountability, Open University Press - McGraw-Hill, Buckingham, <https://doi.org/10.1787/9789264224568-en>.
6. Mathauer I, Dale E, Meessen B. Strategic purchasing for Universal Health Coverage: key policy issues and questions. A summary from expert and practitioners' discussions Geneva: World Health Organization; 2017. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
7. Ham, C.J., & Alderwick, H. (2015). Place-based systems of care.
8. Luyten, E., & Tubeuf, S. Equity in healthcare financing: A review of evidence // Health Policy. – 2025. – №152. – R. 1-8. – DOI: <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2024.105218>
9. Hsu, J. et al. What influences the impact of health financing reforms? Using qualitative comparative analysis to identify patterns in health financing systems and their effects on financial protection. – Health Systems. – 2025. - №4. – DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ssmhs.2025.100055>
10. Kulkaeva G.U., Bajzhunusov Je.A., Jushicina N.G., Karashutova Zh.N. Analiz realizacii gosudarstvennyh programm razvitiya zdavoohranenija Respubliki Kazahstan s 1998 po 2024 gody [Jelektronnyj resurs] // Journal of health development. – 2025. – URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/analiz-realizatsii-gosudarstvennyh-programm-razvitiya-zdavoohraneniya-respubliki-kazahstan-s-1998-po-2024-gody>
11. Tyngisheva A.M., Ajmagambetov E.B. Sovremennoe sostojanie finansovogo obespechenija sistemy zdavoohranenija v Respublike Kazahstan. // Vestnik ENU im. L.N.Gumileva. Serija Jekonomicheskaja. – 2024. - №1. – Str.223-236. – DOI: 10.32523/2789-4320-2024-1-223-236
12. Iskakova Z.D., Kapenova A.Zh., Zenchenko S.V. Mehanizm finansirovanija zdavoohranenija v Kazahstane i napravlenija ego sovershenstvovaniya. // Vestnik ENU im. L.N.Gumileva. Serija Jekonomicheskaja. – 2025. - №2. – Str. 179-193. – DOI: <https://doi.org/10.32523/2789-4320-2025-2-179-193>
13. Statistika zdavoohranenija i social'nogo obespechenija. Bjuro nacional'noj statistiki ASPiR RK // <https://stat.gov.kz/ru/industries/social-statistics/stat-medicine/>
14. Nacional'nye scheta zdavoohranenija // <https://nrchd.kz/health-accounts>
15. Statisticheskie dannye informacionnyh sistem MZ RK
16. Pooling revenues and reducing fragmentation // <https://www.who.int/activities/pooling>
17. Gatome-Munyua, A., Sparkes, S., Mtei, G., Sabignoso, M., Soewondo, P., Yameogo, P., Hanson, K., & Cashin, C. Reducing fragmentation of primary healthcare financing for more equitable, people-centred primary healthcare. // BMJ global health. – 2025 - №10(1), e015088. – DOI: <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2024-015088>
18. Carlos Avila Implementing health financing policies to overhaul the healthcare delivery system in Ukraine // Journal of Hospital Management and Health Policy – 2025. – Vol.5 – DOI: <http://dx.doi.org/10.21037/jhmhp-20-97>
19. Lavaste, K. Overuse of medical imaging and effects of payer-provider integration: quasi-experimental evidence from Finland. // Health Economic Review – 2025. - №15, 4. – DOI: <https://doi.org/10.1186/s13561-025-00592-0>
20. Does global capitation prospective payment promote integrated delivery networks? Evidence from China's compact county medical communities// International Journal for Equity in Health – 2025. - №24:164 – DOI: <https://doi.org/10.1186/s12939-025-02490-7>

ҚАЗАҚСТАНДАҒЫ ДЕНСАУЛЫҚ САҚТАУ ЖҮЙЕСІН ҚАРЖЫЛАНДЫРУ: ҚАЗІРГІ ЗАМАНҒЫ МӘСЕЛЕЛЕР ЖӘНЕ ЖЕТІЛДІРУ ЖОЛДАРЫ

Б. С. Омирбаева^{1*}, Е. К. Жакупов¹

¹Қазақстан Республикасының Президенті жанындағы Қазақстанның стратегиялық зерттеулер институты, Астана, Қазақстан

АНДАТПА

Зерттеу мақсаты – Қазақстандағы денсаулық сақтау жүйесін қаржыландырудың қолданыстағы моделінің проблемалық аспектілерін талдау, негізгі институционалдық және экономикалық шектеулерін айқындау және тиімділікті, қаржылық тұрақтылықты және жүйенің нәтижеге бағдарлануын арттыру құралы ретінде Бірыңғай жан басына шаққандағы норматив (БЖН) негізінде қаржыландыруға көшудің орындылығын негіздеу.

Әдіснамасы – зерттеуде салыстырмалы және ретроспективтік талдау әдістері, жүйелік тәсіл, 1990-2024 жылдар аралығындағы медициналық-статистикалық деректерді зерттеу, сондай-ақ қаржыландыру механизмдерінің институционалдық талдауы және оларды халықаралық тәжірибемен салыстыру қолданылды. Осылайша, зерттеу клиникалық әсерлерді бағалауға емес, БЖН моделіне көшу жағдайында институционалдық-қаржылық ынталандырулар мен ресурстарды қайта бөлу тетіктерін талдауға бағытталған.

Зерттеудің бірегейлігі / құндылығы – қаржылық ынталандырулар конфигурациясы мен денсаулық сақтау жүйесінің нәтижелілігі арасындағы өзара байланыс көрсетілді, медициналық-санитариялық алғашқы көмекті (МСАК) нығайту және ресурстарды неғұрлым ұтымды пайдалану үшін БЖН-ге көшудің артықшылықтары негізделді. Зерттеудің ғылыми маңыздылығы БЖН-ді тек жан басына шаққандағы төлем тетігі ретінде ғана емес, стратегиялық сатып алу құралы ретінде институционалдық тұрғыдан түсіндіруімен айқындалады.

Зерттеу нәтижелері – зерттеу барысында қолданыстағы қаржыландыру моделінің бюджетті игеруге бағытталғаны және профилактиканы жеткілікті деңгейде ынталандырмайтыны анықталды. Бұл медициналық көмектің фрагментарлы түрде көрсетілуіне, шұғыл госпитализация үлесінің жасанды түрде артуына, консультативтік-диагностикалық қызметтердің артық тұтынылуына және МСАК тиімділігінің төмен болуына әкеледі. Зерттеуде тіркелген халық үшін басқа деңгейлерде көрсетілетін қызметтерді қаржыландыруды ескеретін БЖН моделіне көшу ұсынылады, бұл негізсіз госпитализацияларды азайтуға, профилактиканы күшейтуге және шалғай өңірлерде медициналық көмектің қолжетімділігін арттыруға мүмкіндік береді.

Түйін сөздер: денсаулық сақтауды қаржыландыру, жан басына шаққандағы қаржыландыру, алғашқы медициналық-санитариялық көмек, ресурс тиімділігі, МӘМС, ТМҚКК.

FINANCING OF THE HEALTHCARE SYSTEM IN KAZAKHSTAN: CURRENT CHALLENGES AND WAYS FOR IMPROVEMENT

B. Omirbayeva^{1*}, E. Zhakupov¹

¹Kazakhstan Institute for Strategic Studies under the President of the Republic of Kazakhstan,
Astana, Kazakhstan

ABSTRACT

Purpose of the research – to analyze the problematic aspects of the current healthcare financing model in Kazakhstan, identify key institutional and economic constraints, and substantiate the feasibility of transitioning to a Unified Per Capita Payment Mechanism (UPCPM) as a tool to enhance efficiency, financial sustainability, and outcome-oriented performance of the healthcare system.

Methodology – the study employs comparative and retrospective analysis, a systems approach, and the examination of medical and statistical data for the period 1990-2024, as well as an institutional analysis of healthcare financing mechanisms and their comparison with international practices. Accordingly, the research focuses not on clinical outcomes, but on institutional and financial incentives and resource allocation patterns associated with the transition to the UPCPM.

Originality / value of the research – the study demonstrates the relationship between the configuration of financial incentives and healthcare system performance, and substantiates the advantages of transitioning to the UPCPM to strengthen primary healthcare (PHC) and promote more efficient resource use. The scientific contribution lies in the institutional interpretation of the UPCPM not merely as a capitation payment tool, but as a mechanism of strategic purchasing.

Findings – the study reveals that the current financing model is predominantly oriented toward budget execution rather than outcomes, which contributes to fragmented service delivery, a high share of emergency hospitalizations, overuse of diagnostic services, and low efficiency of primary healthcare. The paper proposes a transition to the UPCPM, under which PHC financing incorporates the costs of services delivered at other levels of care for the enrolled population, thereby reducing unjustified hospitalizations, strengthening prevention, and improving access to healthcare services in remote regions.

Keywords: healthcare financing, capitation, primary healthcare, resource efficiency, mandatory social health insurance, guaranteed volume of free medical care.

ОБ АВТОРАХ

Омирбаева Б.С. – доктор PhD, главный эксперт отдела анализа экономической политики Казахстанского института стратегических исследований при Президенте РК, ул. Бейбитшилик, 4, 010000, Астана, Казахстан, bibigulomirbayeva@gmail.com, ORCID 0000-0002-5154-4943*

Жакупов Е.К. – доктор PhD, руководитель отдела глобальной экономики и устойчивого развития Казахстанского института стратегических исследований при Президенте РК, ул. Бейбитшилик, 4, 010000, Астана, Казахстан, ORCID 0000-0002-1550-4063

МРНТИ: 06.73.55

JEL Classification: G21

DOI: <https://doi.org/10.52821/2789-4401-2026-3-209-233>

ЦИФРОВАЯ ТРАНСФОРМАЦИЯ И ЭКОСИСТЕМНАЯ ЭВОЛЮЦИЯ БАНКОВ КАЗАХСТАНА: ИНТЕГРАТИВНЫЙ ОБЗОР И КОНЦЕПТУАЛЬНАЯ МОДЕЛЬ

Л. Т. Копбаева^{1*}

¹Алматы Менеджмент Университет, Алматы, Казахстан

АННОТАЦИЯ

Цель исследования. Целью данной статьи является обобщение и структурирование существующих знаний об экосистемной конкурентоспособности банков Казахстана в контексте перехода к цифровым экосистемным моделям, а также разработка концептуальной модели.

Методология. Для исследования применён метод интегративного обзора литературы, основанный на методологических рекомендациях с использованием базы данных Scopus, Google Scholar and