ISSN: 1563-2415 (Print), ISSN: 2959-0469 (Online)

Статистика, учет и аудит, 2(97)2025. стр. 271-285
DOI: https://www.doi.org/10.51579/1563-2415.2025.-2.20

Междисциплинарные исследования в экономике
МРНТИ 76.01.11
УДК 338.012

РЕГУЛИРОВАНИЕ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ В УСЛОВИЯХ СОЦИАЛЬНОГО НЕРАВЕНСТВА: СИСТЕМАТИЧЕСКИЙ ОБЗОР И ЭКОНОМЕТРИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ

Н.Б.Султанова[1]*, Л.С.Спанкулова[2], А. Кудебаева[3], Е.Б. Букатов[4]

[1] Кызылординский университет имени Коркыт Ата, Кызылорда, Казахстан
[2]Казахский национальный университет имени Аль-Фараби, Алматы, Казахстан
[3] KIMEP University, Алматы, Казахстан
[4]Карагандинский университет Казпотребсоюза, Караганда, Казахстан

**Corresponding author e-mail: nurgulkultanova3@gmail.com*

Аннотация. *В данном исследовании анализируются текущие тенденции в регулировании первичной медико-санитарной помощи (ПМСП) путём изучения научных публикаций за 2015 по 2025 годы. Следуя протоколу PRISMA и применяя методы кодирования, было систематчески рассмотренно 17 научных статей. Исследование показывает, что государственное регулирование, направленное на сокращение социального неравенства, расширение доступа и повышение качества услуг, оказывается эффективным только тогда, когда инициативы адаптированы к конкретным контекстам, координируются в рамках системы здравоохранения и адекватно финансируются. Системные, организационные и ресурсные ограничения тесно взаимосвязаны: нехватка персонала и оборудования усиливает клиническую неопределённость, в то время как административные барьеры ограничивают гибкость работников здравоохранения, что приводит к изменчивости качества ухода. Анализ моделей оплаты показывает, что каждая из них имеет свои преимущества и недостатки; комплексный подход, адаптированнный к социально-экономическим условиям страны, считается оптимальным. Кроме того, социальные и организационные факторы совместно определяют эффективность ПМСП: в странах с высоким неравенством критическими барьерами являются дефицит общественной осведомлённости и нехватка специалистов, тогда как в развитых условиях решающими являются организационные механизмы, такие как финансирование врачей и регулирование медсестёр. Эмпирические данные подтверждают что увеличение финансирования влияет на снижение уровня неравенства в регионах. Данная зависимость также касается и сферы ПМСП. Результаты подчеркивают взаимозависимость регулирования, организационных ограничений, моделей оплаты и социальных факторов.*

Ключевые слова: *первичная медико-санитарная помощь, регулирование, систематический обзор, PRISMA, здравоохранение.*

Основные положения. В рамках проведённого исследования были рассмотрены актуальные направления регулирования ПМСП на основе научных публикаций за 2015-2025 годы. Проанализировано 17 научных работ с применением протокола PRISMA. В работе был проведён анализ географического распределения

Cite this article as: Kultanova N., Spankulova L., Kudebayeva A., Bukatov Y. Regulation of primary health care in contexts of social inequality: a systematic review and econometric analysis. *Statistics, accounting and audit.* 2025, 2(97), 271-285. (In Russ.). DOI: https://www.doi.org/10.51579/1563-2415.2025.-2.20

исследований по регулированию ПМСП, динамики количества публикаций за последние 11 лет, а также выявление основных направлений научного интереса в данной области. Авторами был проведён анализ влияния государственного регулирования ПМСП на её доступность и качество, с целью выявления ключевых механизмов воздействия. Кроме того, исследовалось воздействие системных, организационных и ресурсных ограничений на процессы принятия решений медицинскими работниками первичного звена и качество оказываемых ими услуг. В рамках исследования была дана оценка влияние различных моделей оплаты и регулирования здравоохранения на эффективность и доступность услуг ПМСП, а также внимание уделялось изучению влияния социальных и организационных факторов на качество оказания ПМСП. С помощью линейной регрессионной модели было установлено, что увеличение государственных расходов на первичное здравоохранение в регионах способствуют снижению неравенства в обществе.

Введение. Здравоохранение занимает центральное место в системе социального развития общества, являясь неотъемлемой частью обеспечения благополучия населения. Качественная медицинская помощь выступает залогом продолжительности жизни, улучшения здоровья и устойчивого развития регионов. Однако доступ к медицинским услугам по-прежнему остаётся значимой проблемой, особенно в условиях социально-экономического неравенства и географической изолированности. Вопросы развития здравоохранения приобретают особую актуальность в контексте целей устойчивого развития, провозглашенных ООН, где здоровье выступает одним из ключевых приоритетов.

Рассмотрев роль и актуальность ПМСП, важно обратиться к вопросам её регулирования. В своих работах российские исследователи рассматривали проблему удовлетворённости работников качеством и условиями медицинской помощи, особенно в контексте программы диспансерного наблюдения. Оказание ПМСП в амбулаторных условиях является одним из приоритетных направлений здравоохранения в связи с исключительной важностью раннего выявления, лечения и профилактики заболеваний [1]. Исследователь из Индии отмечает, что врачи работают в условиях: неадекватных государственных инвестиций, слабого регулирования и низкого общественного доверия [2]. Поэтому целью данного исследования является изучение существующих исследований для предоставления актуального систематического обзора того, как происходит влияние государственного регулирования прямой первичной помощи на доступность и качество ПМСП.

В связи с этим цель исследования – провести анализ научных работ, опубликованных в период с 2015 г. по 2025 г. для формирования актуального систематического обзора, раскрывающего механизмы влияния государственного регулирования прямой первичной помощи на доступность и качество ПМСП. К задачам исследования относятся: проанализировать географическое распределение исследований по регулированию ПМСП, динамику количества публикаций за последние 10 лет и определить их основные области научных интересов; исследовать влияние государственного регулирования ПМСП на её доступность и качество, выявить ключевые механизмы воздействия; определить влияние системных, организационных и ресурсных ограничений на процессы принятия решений медицинскими работниками первичного звена и качество оказываемой помощи; оценить влияние различных моделей оплаты и регулирования здравоохранения на эффективность и доступность услуг ПМСП; изучить воздействие социальных и

организационных факторов на качество оказания ПМСП. Данный систематический обзор позволит обобщить современные подходы к регулированию ПМСП и выявить ключевые направления для дальнейшего исследования.

Материалы и методы. В этом исследовании методология систематического обзора, соответствующая рекомендациям PRISMA [3], была использована для решения пяти ключевых исследовательских вопросов. Методологические стандарты строго соблюдались на каждом этапе, обеспечивая структуру и прозрачность исследовательского процесса. Исследование началось с отбора научных статей на основе четко определённых критериев, включая временные рамки, качество и тип публикации (рисунок 1).

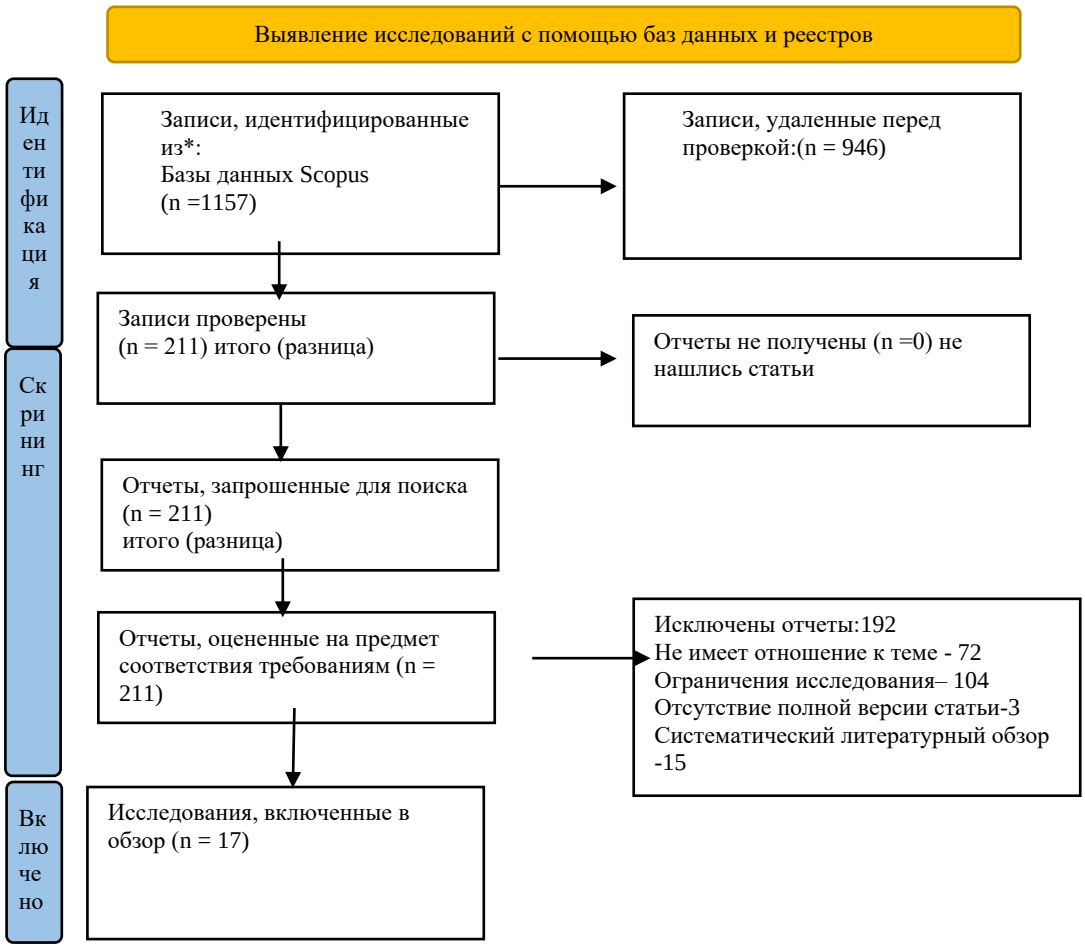

Рисунок 1 – Блок-схема PRISMA идентификации и проверки статей [3]

Использование исключительно базы данных Scopus позволило избежать дублирования. После этого были проведены извлечение данных и тематическое кодирование с особым акцентом на элементах, имеющих отношение к исследовательским вопросам. Авторские публикации были закодированы в соответствии со странами исследования, при этом в качестве ориентира использовалась академическая аффилиация первого автора, поскольку именно он, как правило, выступает основным исследователем.

Анализ отобранных публикаций проводился с помощью Microsoft Excel. Стратегия поиска включала конкретные термины, связанные с регулированием первичной медицинской помощи, с использованием логических операторов. Комбинированный электронный и ручной поиск выявил 1157 публикаций, соответствующих предварительным критериям. В соответствии с руководством PRISMA (2021), для обеспечения прозрачности и воспроизводимости отбора литературы были чётко определены критерии включения и исключения. Ниже представлена таблица 1 с критериями включения и исключения публикаций, использованными при проведении анализа литературы.

Таблица 1 – Критерии включения/исключения

Включение	Исключение
- рецензируемые журнальные статьи; - оригинальное исследование; - включает ПМСП; - журнальные статьи, опубликованные в период с 2015-2025 гг.; - статьи, написанные на русском и английском языках; - полнотекстовый доступ к статье; - соответствуют критериям по аннотации.	- тематическая нерелевантность (после чтения аннотаций или полного текста); - неподходящий тип документа (например, главы книг); - недоступность полного текста (платный доступ); - систематические обзоры (во избежание дублирования).
Примечание: составлено авторами на основе базы данных Scopus и программы Microsoft Excel.	

Параметры поиска Scopus ограничили результаты рецензируемыми работами, опубликованными в период с 2015 по 2025 год на английском и русском языках, и включали исследовательские статьи, обзоры, материалы конференций и главы монографий. После применения этих ограничений было отобрано 211 публикаций. Процедуры скрининга исключили 946 статей из-за тематической несоответствия, языковых ограничений или типа документа. Из 211 проверенных названий и аннотаций 17 статей соответствовали критериям полнотекстового анализа. На этом этапе 192 статьи были исключены по таким причинам, как тематическая нерелевантность (72), ограничения исследования (104), недоступность полного текста (3) и классификация как систематические обзоры (15).

Также применялся эконометрический анализ региональных данных Казахстана за период с 2005 по 2024 годы. Количественный метод оценки заключался в определении взаимосвязи между государственными расходами на здравоохранение и уровнем социального неравенства в регионах Казахстана. В качестве зависимой переменной использован индекс Джини, в качестве независимой переменной использованы государственные расходы на здравоохранение в расчёте на душу населения.

Результаты и обсуждение. С ростом глобальных вызовов, таких как пандемия и распространение хронических заболеваний, изучение ПМСП становится всё более актуальным. ПМСП как первый уровень контакта с системой здравоохранения играет важную роль в профилактике, ранней диагностике и снижения нагрузки на стационары. Урбанизация, экологические и социальные проблемы подчёркивают значимость доступной первичной помощи. Все статьи объединяет стремление к улучшению функционирования ПМСП через оптимизацию финансирования, снижение административной нагрузки и совершенствование нормативной базы. Исследователи

проводили систематические обзоры для анализа государственного регулирования ПМСП. Первый вопрос касался географического распределения исследований за 11 лет. Второй, влияния государственного регулирования на доступность и качество медицинской помощи. Третий - как оно влияет на решения медработников в условиях дефицита ресурсов. Четвёртый – как модели оплаты и внутреннего контроля влияют на эффективность ПМСП. Пятый – как социально-экономические и культурные факторы влияют на поведение пациентов. Это позволяет оценить, насколько существующее регулирование отвечает потребностям населения и способствует развитию эффективной системы ПМСП.

RQ1 Каково географическое распределение исследований, анализирующих регулирование ПМСП, как менялась тенденция количества публикаций на протяжении 10 лет и области исследования?

Систематический обзор литературы по регулированию ПМСП выявил значительные различия в географические различия, отражающие не только научный интерес, но и особенности национальных систем здравоохранения, финансирования и приоритетов политики (рисунок 2).

Из 300 исследований в 62 странах (4 из них неизвестны) прослеживается выраженная асимметрия: доминируют страны с высоким уровнем дохода, что подтверждает связь между экономическим развитием и научной активностью. Европа лидирует (39,1%) – особенно Великобритания (7,5%), Нидерланды (3,7%), Германия (3%) и Швеция (3%), хотя 10 стран представлены единичными публикациями. В Северной Америке – 15,6%, из них 12% – США. Азия – 26,3%, с основным вкладом Индии (7%) и Китая (3,3%). В Океании – 5,3%, преимущественно Австралия (5%). Южная Америка (3,9%) и Африка (6,3%) демонстрирует низкую активность. В целом, наибольшее количество исследований приходится на государство с высоким доходом.

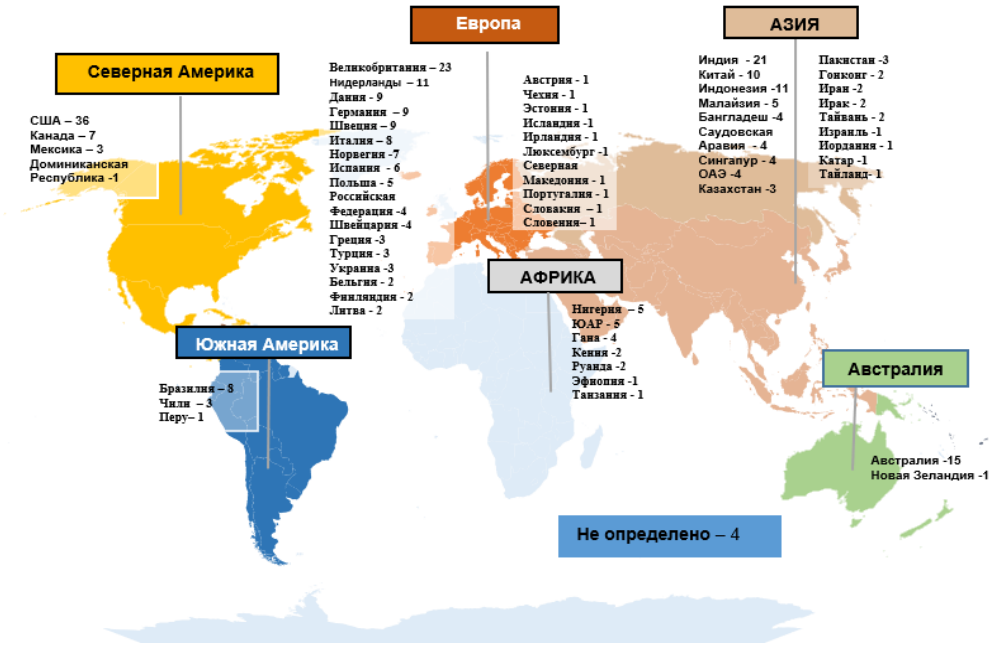

Рисунок 2 – Географическое распределение исследования регулирование ПМСП

Примечание: составлено авторами на основании источника [3].

Анализ динамики публикаций по регулированию ПМСП за период 2015-2025 годы позволяет выявить ключевые тенденции и факторы, влияющие на рост интереса к данной теме. Данные показывают, что количество публикаций по этому направлению значительно возросло за последние годы, отражая как изменения в политике здравоохранения, так и глобальные вызовы, такие как пандемия COVID -19 (рисунок 3).

В 2015-2016 годах наблюдалась низкая публикационная активность (6 и 3 статьи), что, вероятно, связано с недостаточным вниманием научного сообщества к вопросам регулирования ПМСП. В 2017 году число публикаций увеличилось до 20, отражая рост интереса к теме. Существенный прирост зафиксирован в 2021-2022 годах (22 и 29 статей), что может быть обусловлено последствиями пандемии COVID-19. Пик пришёлся на 2024 год – 52 публикации, что более чем вдвое превышает показатель 2023 года (24 статьи), что связано с активизацией реформ в здравоохранении, цифровизацией и обсуждением доступности медицинской помощи.

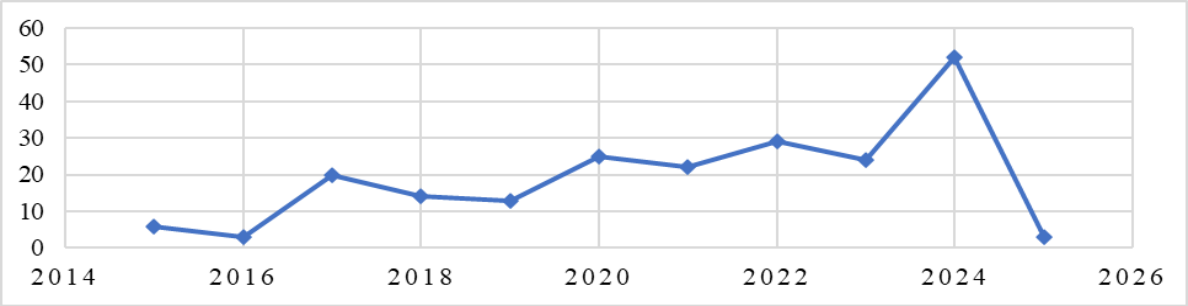

Рисунок 3 – Хронологическая тенденция исследования регулирования ПМСП

Примечание: составлено авторами на основе источника [3]

В 2025 году опубликовано только 3 статьи, поскольку год только начался. Анализ предметных областей показывает, что исследования охватывают широкий спектр дисциплин: социальные науки, медицину, экономику и другие направления, что свидетельствует о междисциплинарном подходе к изучению регулирования ПМСП.

Наибольший вклад в исследования по регулироавнию ПМСП вносят социальные науки (24%) – они охватывают темы доступности, неравенства и влияния государственной политики. Медицина (16%) занимает второе место, отражая связь ПМСП с качеством лечения. Бизнес, менеджмент и бухгалтесркий учёт (11%) рассматривают вопросы финансирования и управления. Междисциплинарные исследования (8%) подчёркивают комплексность темы. Вклад технических наук, особенно информатики (6,8%), связан с цифровыми решениями, включая электронные медицинские записи и телемедицину. Таким образом, регулирование ПМСП является междисциплинарной областью, объединяющей социальные, медицинские, управленческие и технологические аспекты.

RQ2 Как государственное регулирование прямой первичной помощи влияют на доступность и качество ПМСП?

В этом исследовании изучим, как государственное регулирование ПМСП влияет на доступность и качество. В качестве примеров анализируются такие аспекты, как финансовая поддержка и управление ресурсами в Южной Африке (4), координация между уровнями здравоохранения в Испании (5), подготовка и квалификация

медицинского персонала в Индии (2), устранение барьеров для уязвимых групп населения в Мексике (6) и реализация национальных программ медицинского страхования в Индонезии (7). Далее рассмотрим эти аспекты более подробно. Исследования, проведённые в Южной Африке, показали, что финансовая поддержка и централизованное управление ресурсами расширили охвата первичной медицинской помощи, однако неравномерное распределение рабочей силы и инфраструктуры сохраняются, что ограничивает доступ в сельской местности [4]. Анализ, проведённый в Испании, выявил важную роль координации между уровнями оказания помощи в обеспечении качества [5]. Результаты исследований, проведённые в Индии, показало, что слабое регулирование, недостаточное финансирование и недоверие к муниципальным клиникам снижают доступ и качество обслуживания [2]. Обзор данных, полученных в Мексике, выявил, что социальное неравенство и дискриминация значительно ограничивают доступ для уязвимых групп населения [6]. Переходя к анализу в Индонезии, можно отметить, что введение национальной программы медицинского страхования существенно улучшило охват первичной медицинской помощью и удовлетворённость пациентов [7].

В итоге государственное регулирование направлено на устранение территориального и социального неравенства, расширение доступа и повышение качества обслуживания, хотя его успех зависит от адаптации политики к местным условиям, системной координации и доступности ресурсов.

RQ3 Как системные, организационные и ресурсные ограничения влияют на принятие ращений медицинскими работниками первичного звена и качество оказываемой помощи?

Медицинские работники первичного звена во многих странах вынуждены адаптировать свою практику в условиях ограниченности ресурсов, клинической неопределённости и жёсткого регулирования. Эти факторы взаимосвязаны и формируют среду, в которой принимаются решения о диагностике, лечении и организации медицинской помощи. Исследования, проведённые в России, Бразилии, Великобритании и США (1,8,9,10,11), показывают, что, несмотря на системные различия, ПМСП сталкивается со схожими проблемами.

Одной из главных проблем является ограничение ресурсов, проявляющееся в нехватке персонала, перегрузке врачей и ограниченном доступе к специалистам. В России исследование Г.Я.Бендюка и соавторов показывает, что регулируемое диспансерное наблюдение повысило удовлетворённость пациентов за счёт улучшенной логистики регистрации и сокращения времени ожидания [8]. В Бразилии острая нехватка врачей особенно в сельской местности привела к расширению ролей медсестёр [9]. Здесь наблюдается несогласованность между нормативной базой, образовательной подготовкой и реальной практикой медицинских работников в первичном звене.

Схожая ситуация наблюдается в Великобритании, где перегруженность врачей общей практики приводитк выборочному сообщению о врачебных ошибках [10]. Клиническая неопределённость возникает, когда стандартных протоколов недостаточно, что требует принятия решений на основе опыта и ограниченных данных. Так в своей работе российские исследователи предлагают решать эти проблемы посредством законодательной ясности и улучшение маршрутизации пациентов [1]. Исследование, проведённое в США, показывает, что неопределённость ещё больше усугубляется социальными факторами, такими как уровень образования, доступ к финансированию и культурное разнообразие [11]. В целом нехватка ресурсов,

клиническая неопределённость и административные ограничения тесно связаны между собой, что приводит к неравномерному качеству медицинской помощи и ограничивает способность систем здравоохранения реагировать на возникающие проблемы.

Q4 Как различные модели оплаты и системы внутреннего учёта контроля и качества в ПМСП влияют на эффективность и доступность медицинских услуг?

Основываясь на исследовании того, как поставщики ПМСП справляются с ограничениями ресурсов, клинической неопределённостью и внешним давлением, важно также рассмотреть, как различные модели оплаты, а также внутренние системы учёта и контроля качества влияют на эффективность и доступность медицинских услуг первичного звена. Разные страны принимают различные модели финансирования и регулирования ПМСП, формируя доступность и качество. Исследования, проведённые в США (12), Индонезии (13) и Японии (14) подчеркивают влияние финановых механизмов на возможности системы здравоохранения. Исследование Chappell, G. E. [12] посвящено модели прямой первичной медицинской помощи в США, где пациенты платят фиксированную ежемесячную плату за услуги. Однако данная модель ограничивает доступ к медицинской помощи для малообеспеченных граждан, это указывает на необходимость пересмотра систем оплаты и внутреннего учёта для повышения эффективности ПМСП. В отличие от США, в Индонезии система национального медицинского страхования использует модель подушевого финансирования, предоставляя клиникам фиксированную оплату за пациента независимо от объема услуг [13]. Хотя она переназначена для содействия оптимизации затрат и профилактики, недостаточное финансирование часто приводит к снижению качества и доступности медицинской помощи. Далее представлена таблица 2, в которой рассмотрены подходы, реализуемые в Индонезии, США и Японии.

Таблица 2 – Финансовые модели в здравоохранении: сравнение и ключевые вызовы

Параметры	Страны		
	Индонезия	США	Япония
Модель	Подушевое финансирование	Прямая первичная помощь	Долгосрочный уход
Концепция	Фиксированная сумма на одного пациента за период, независимо от объема оказанных услуг.	Пациент платит фиксированную абонентскую плату напрямую врачу, без участия страховки	Финансирование уходя за пожилыми и хроническими пациентами - через налоги, страхование и сбережения.
Преимущества	Стимулирует профилактику и контроль хронических заболеваний	Больше времени на пациента, акцент на профилактику, стабильный доход для врача.	Поддержка непрерывного и комплексного ухода
Недостатки	Риск неполного оказания помощи и снижения качества	Доступ ограничен для тех, кто не может платить.	Недостаточное финансирование, ограниченный доступ.
Учёт и аудит	Учёт ведётся по группам пациентов, сложно учитывать индивидуальные затраты. Требуется регулярный аудит качества и доступности услуг.	Упрощён- без страховых взносов. Контроль больше направлен на соблюдение стандартов медицинской практик и лицензирования.	Сложный – из-за разнообразия услуг и источников. Необходим системный контроль качества и расходования средств.
Примечание: составлена авторами			

Система оплаты и контроля качества в Японии показала, что разрыв между традиционными подходами и новыми вызовами в ПМСП снижает эффективность, требуя интеграции финансирования, учёта и контроля с участием государства, рынка и общества [14]. Этот подход предлагает уроки для стран, сталкивающихся с аналогичными демографическими сдвигами. В целом, каждая модель оплаты медицинской помощи имеет свои преимущества и недостатки. Оптимальный подход к организации ПМСП, вероятно, должен сочетать элементы различных моделей с учётом социально-экономических особенностей конкретной страны.

RQ 5 Как социальные и организационные факторы воздействуют на качество оказания ПМСП?

Учитывая, что модели оплаты и нормативно-правовая база формируют эффективность и доступность ПМСП, не менее важно оценить, как социальные и организационные факторы, такие как доверие пациентов и координация услуг, влияют на качество ухода. В связи с этим были проанализированы четыре исследования. Социальные факторы изучаются в исследованиях из Казахстана и Индии (15,16), в то время как организационные аспекты оцениваются в исследованиях из Китая и США (17,18). Группа казахстанских исследователей обнаружили, что низкая осведомлённость населения о возможностях ПМСП снижает её эффективность [15]. Исследование индийских учёных выявило, что слабая инфраструктура ПМСП в сельских районах, вынуждает пациентов обращаться к неквалифицированным поставщикам, что приводит к более высоким затратам и задержке диагностики [16].

Коллектив учёных изучили влияние экономических факторов на работу врачей первичного звена в Китае. Исследование показало, что экономические стимулы приводят к чрезмерному назначению антибиотиков, поскольку врачи отдают приоритет удовлетворённости пациентов, а не клиническим рекомендациям [17]. Исследователи из США проанализировали, что расширенные полномочия медсестёр коррелируют с улучшением профилактической помощи и удовлетворённостью пациентов [18]. Общий анализ исследований показывает, что сочетание социальных и организационных факторов определяет эффективность ПМСП. В странах с высоким уровнем неравенства (Казахстан, Индия) ключевыми барьерами остаются низкая осведомлённость населения и нехватка врачей. В то же время, в странах с развитой инфраструктурой (США и Китай) организационные механизмы, такие как финансирование врачей и регуляция полномочий медсестёр, существенно влияют на доступность и качество медицинской помощи.

В рамках данного исследования, была составлена таблица сводной (описательной) статистики (таблица 3) и МНК-регрессия зависимости коэффициента Джини от логарифма расходов на здравоохранение (таблица 4) на основе казахстанских региональных данных. Таблица 3 показывает сводную статистику пяти показателей, так переменная gini демонстрирует средний уровень неравенства (0,267), в минимальных значениях сопоставимо Скандинавским странам (0.16), в максимальных значениях сопоставимо странам Латинской Америки (0.43). Переменная llnhealth показывает, что расходы на медицину имеют среднюю концентрацию (17.091). Переменная infl показывает значительные колебания инфляции, от минимальных значений (103.20) до максимальных значений (127.10), переменная youth_UN указывает на среднеквадратичное отклонение (5,860), переменная poverty_gap показывает среднее значение (3,055) от нуля до 24%.

Таблица 3 – Сводная (описательная) статистика

VarName	Obs	Mean	SD	Min	Max
gini	367	0.267	0.042	0.16	0.43
llnhealth	208	17.091	0.797	15.27	19.10
infl	382	108.458	3.908	103.20	127.10
youth_UN	408	7.301	5.860	0.00	33.60
poverty_gap	378	3.055	4.792	0.00	24.00
Примечание: составлена авторами					

Таблица 4 показывает результаты дисперсионного анализа регрессионной модели. Общая вариация составила 0.2721, между переменными есть статистически значимая связь (p = 0.005).

Таблица 4 – Дисперсионный анализ модели

Source	SS	df	MS	Number of obs = 208
Model	.01023722	1	.01023722	F (1, 206) = 8.04
Residual	.261902742	206	.001271373	Prob > F = .0050
Total	.272126465	207	.001314621	R-squared = .0376
				Adj R-squared = .0329
				Root MSE = .03566
Примечание: составлена авторами				

Таблица 5 показывает, что увеличение расходов на здравоохранение, в том числе на ПМСП способствует снижению неравенства среди общества (gini). Коэффициент отрицательный (-0.0088), что означает что, чем больше государство уделяет внимание финансированию здравоохранению, тем ниже социальное неравенство. Связь является надёжной, но влияние слабое, что говорит о том, что для снижения неравенства также нужно принимать и другие меры, например снижение налогов или адресная социальная поддержка. В случае увеличения общих расходов на здравоохранение на 10 % индекс Джини может снизиться в среднем на ~0,00084 пункта.

Таблица 5 - Коэффициенты регрессии

gini	Coefficient	Std. err	t	P>|t|	[95% conf.	interval]
llnhealth	-.0088322	.0031114	-2.84	0.005	-.0149575	-.002689
_cons	.4098821	.053234	7.70	0.000	.3049287	.5148354
Примечание: составлена авторами						

Таким образом, в случае если регионы финансируют сферу здравоохранения, в том числе ПМСП более активнее, это приводит к снижению неравенства. Важно не забывать, о комплексном подходе в данном вопросе, развивая адресную социальную помощь, налоговые инструменты и т.д.

Заключение. Учитывая ключевую роль ПМСП в обеспечении устойчивости и справедливости систем здравоохранения, был проведён систематический обзор литературы за период 2015-2025 гг. Целью анализа стало выявление факторов, определяющих эффективность государственного регулирования ПМСП в условиях изменяющейся социальной и институциональной среды. Изучение 17 научных публикаций показало, что интерес к данной теме значительно возрос в последние годы,

особенно в период 2020-2024 гг., что связано с глобальными вызовами, усилившими внимание к первичному звену здравоохранения.

Обзор позволяет обобщить существующие подходы к регулированию ПМСП, с акцентом на влияние социальных, организационных и финансовых факторов. Особое внимание уделяется вопросам территориального и социального неравенства, кадрового дефицита, недостаточного внутреннего контроля и учёта, а также ограничений в гибкости принятия решений на уровне первичного звена. Показано, что эффективность регулирования определяется не только формальными механизмами, но и контекстом их реализации, включая уровень координации, устойчивость финансирования и вовлечённость местных сообществ. Результаты обзора представляют интерес для Казахстана, где формирование ПМСП остаётся приоритетной задачей. Обнаруженные взаимосвязи между социальными условиями и качеством оказания помощи могут быть использованы при разработке более устойчивой и чувствительной к местным реалиям политики в сфере здравоохранения. Особо подчёркивается значение регулирования сестринской практики и расширения роли среднего медицинского персонала в условиях кадрового дефицита. Было установлено, что при увеличении финансирования системы здравоохранения на региональном уровне, можно достичь снижения уровня неравенства в обществе. Также кроме финансирования, необходимо принимать и другие меры, такие как адресная социальная помощь, налоговые инструменты и т.д.

Эффективность регулирования ПМСП зависит от адаптации политик к социально-экономическим условиям, обеспеченности финансовыми ресурсами и способности систем здравоохранения к гибкому реагированию. Универсальных моделей не существует, однако гибридные подходы, учитывающие специфику национального контекста, демонстрируют наибольший потенциал в обеспечении доступности, качества и равенства. Исходя из вышеизложенного, мы приходим к выводу о необходимости дальнейших исследований в данной области для выяснения сложных взаимозависимостей, влияющих на эффективность ПМСП.

Информация о финансировании. Данное исследование профинансировано Комитетом науки Министерства образования и науки Республики Казахстан в рамках выполнения грантового проекта ИРН AP19679799 «Разработка модифицированной методологии оценки пространственных факторов роста и преодоления различий между регионами».

Список литературы

1. Наумов, П. Ю., Шепель, Р. Н., Холиков, И. В. Оказание военнослужащим первичной медико-санитарной помощи: правовое регулирование и проблемные аспекты // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. – 2024. - 22(9S). - e3585.

2. Gore, R. Refer rather than treat: coping with uncertainty in municipal primary care clinics in India // International Journal of Sociology and Social Policy. – 2024.- № (3/4). - P.325-340.

3. Page, M. J., Moher, D., Bossuyt, P. M., Boutron, I., Hoffmann, T. C., Mulrow, C. D., Shamseer, L., Tetzlaff, J. M., Akl, E. A., Brennan, S. E., Chou, R., Glanville, J., Grimshaw, J. M., Hróbjartsson, A., Lalu, M. M., Li, T., Loder, E. W., Mayo-Wilson, E., McDonald, S., … McKenzie, J. E. PRISMA 2020 explanation and elaboration: Updated guidance and exemplars for reporting systematic reviews. BMJ. – 2021. - n160.

4. Schneider, H. The governance of national community health worker programmes in low-and middle-income countries: an empirically based framework of governance principles, purposes and tasks // International Journal of Health Policy and Management. - 2018.- № 8(1). – 18 p.

5. Gómez, L. E., Morán, M. L., Solís, P., Pérez-Curiel, P., Monsalve, A., Navas, P. Health care for people with intellectual disability in Spain // Journal of Policy and Practice in Intellectual Disabilities. – 2024.- № 21(1), e12455.

6. Pintado, A., Sachse, M., Lastra, Z. Maternal care during pregnancy, childbirth, and the postpartum period in primary care units, Oaxaca, Mexico // Social Medicine. – 2015.- № 9(1) - P.29-35.

7. Rochmah, T. N., Chalidyanto, D., Suhanda, R. National Health Insurance Participants Satisfaction in General Polyclinic Services at First Level Healthcare Facilities. Indian // Journal of Forensic Medicine & Toxicology. – 2020. - № 14(4) – P. 3531-3537.

8. Бендюк, Г. Я., Люцко, В. В., Дохов, М. А., Сидоров, А. А. Удовлетворенность работников предприятия жилищно-коммунального хозяйства качеством и условиями оказания медицинской помощи // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. - 2024.- 22(9S). - e3816.

9. Magnago, C., Pierantoni, C. R. Situational analysis and reflections on the introduction of advanced practice nurses in Brazilian primary healthcare // Human Resources for Health. – 2021.- № 19. - P. 1-13.

10. Rea, D., Griffiths, S. Patient safety in primary care: incident reporting and significant event reviews in British general practice // Health & social care in the community. - 2016.- № 24(4) - P. 411-419.

11. Leung, L. B., Steers, W. N., Hoggatt, K. J., Washington, D. L. Explaining racial-ethnic differences in hypertension and diabetes control among veterans before and after patient-centered medical home implementation // PloS one. – 2020.- 15(10). - e0240306.

12. Chappell, G. E. Health care's other «big deal»: direct primary care regulation in contemporary American health law // Duke Law Journal. – 2017.- № 66(6). – P.1331–1370. http://www.jstor.org/stable/26667991.

13. Putri, N. K., Purwaningrum, F., Thabrany, H., Khotimah, E. H. Theory-practice gap of capitation payment in the Indonesian national health insurance: toward universal health coverage // International Journal of Health Governance. 2024. - № 29(1). - P. 5-20.

14. Phua, K. H., Goh, L. G., Sharipova, D. Ageing in Asia: Beyond the Astana Declaration Towards Financing Long-term Care for All Comment on «Financing Long-term Care: Lessons from Japan» // International Journal of Health Policy and Management. 2020. - № 10(1). – 32 p.

15. Yessimov, N., Izmailova, N., Yessimov, D. Study of psychological satisfaction of population with services of the primary health care integrated into public health // J Intel Dis Diagn Treat. – 2020.- № 8(4). – P.662-672.

16. Kane, S., Joshi, M., Desai, S., Mahal, A., McPake, B. People's care seeking journey for a chronic illness in rural India: Implications for policy and practice // Social Science & Medicine. – 2022. - № 312. - e115390.

17. Chen, M., Kadetz, P., Cabral, C., Lambert, H. Prescribing antibiotics in rural China: the influence of capital on clinical realities // Frontiers in sociology. – 2020. - № 5. – 66 p.

18. Mobley, L. R., Subramanian, S., Tangka, F. K., Hoover, S., Wang, J., Hall, I. J., Singh, S. D. Breast cancer screening among women with Medicaid, 2006–2008: a multilevel analysis // Journal of racial and ethnic health disparities. – 2017. - № 4. - P. 446-454.

References

1. Naumov, P. Iu., Shepel, R. N., Kholikov, I. V. Okazanie voennosluzhashchim pervichnoi mediko-sanitarnoi pomoshchi: pravovoe regulirovanie i problemnye aspekty. [Provision of primary medical care to military personnel: legal regulation and problematic aspects] *Kardiovaskuliarnaia terapiia i profilaktika*, 2024, 22(9S), 3585. (In Russian).

2. Gore, R. Refer rather than treat: coping with uncertainty in municipal primary care clinics in India. *International Journal of Sociology and Social Policy*, 2024, (3/4), pp. 325-340.

3. Page, M. J., Moher, D., Bossuyt, P. M., Boutron, I., Hoffmann, T. C., Mulrow, C. D., Shamseer, L., Tetzlaff, J. M., Akl, E. A., Brennan, S. E., Chou, R., Glanville, J., Grimshaw, J. M., Hróbjartsson, A., Lalu, M. M., Li, T., Loder, E. W., Mayo-Wilson, E., McDonald, S., … McKenzie, J. E. PRISMA 2020 explanation and elaboration: Updated guidance and exemplars for reporting systematic reviews. *BMJ*, 2021, n160.

4. Schneider, H. The governance of national community health worker programmes in low-and middle-income countries: an empirically based framework of governance principles, purposes and tasks. *International Journal of Health Policy and Management*, 2018, 8(1), 18 p.

5. Gómez, L. E., Morán, M. L., Solís, P., Pérez-Curiel, P., Monsalve, A., Navas, P. Health care for people with intellectual disability in Spain. *Journal of Policy and Practice in Intellectual Disabilities*, 2024, 21(1), e12455.

6. Pintado, A., Sachse, M., Lastra, Z. Maternal care during pregnancy, childbirth, and the postpartum period in primary care units, Oaxaca, Mexico. *Social Medicine*, 2015, 9(1), pp.29-35.

7. Rochmah, T. N., Chalidyanto, D., Suhanda, R. National Health Insurance Participants Satisfaction in General Polyclinic Services at First Level Healthcare Facilities. Indian. *Journal of Forensic Medicine & Toxicology*, 2020, 14(4), pp. 3531-3537.

8. Bendiuk, G. Ia., Liutsko, V. V., Dokhov, M. A., Sidorov, A. A. Udovletvorennost rabotnikov predpriiatiia zhilishchno-kommunalnogo khoziaistva kachestvom i usloviiami okazaniia meditsinskoi pomoshchi [Satisfaction of housing and utilities workers with the quality and conditions of medical care] *Kardiovaskuliarnaia terapiia i profilaktika*, 2024, 22(9S), e3816 (In Russian).

9. Magnago, C., Pierantoni, C. R. Situational analysis and reflections on the introduction of advanced practice nurses in Brazilian primary healthcare. *Human Resources for Health*, 2021, 19, pp.1-13.

10. Rea, D., Griffiths, S. Patient safety in primary care: incident reporting and significant event reviews in British general practice. *Health & social care in the community*, 2016, 24(4), pp. 411-419.

11. Leung, L. B., Steers, W. N., Hoggatt, K. J., Washington, D. L. Explaining racial-ethnic differences in hypertension and diabetes control among veterans before and after patient-centered medical home implementation. *PloS one*, 2020, 15(10), e0240306.

12. Chappell, G. E. Health care's other «big deal»: direct primary care regulation in contemporary american health law. *Duke Law Journal*, 2017, 66(6), pp.1331–1370. http://www.jstor.org/stable/26667991.

13. Putri, N. K., Purwaningrum, F., Thabrany, H., Khotimah, E. H. Theory-practice gap of capitation payment in the Indonesian national health insurance: toward universal health coverage. *International Journal of Health Governance*, 2024, 29(1), pp. 5-20.

14. Phua, K. H., Goh, L. G., Sharipova, D. Ageing in Asia: Beyond the Astana Declaration Towards Financing Long-term Care for All Comment on «Financing Long-term Care: Lessons from Japan». *International Journal of Health Policy and Management*, 2020, 10(1), 32 p.

15. Yessimov, N., Izmailova, N., Yessimov, D. Study of psychological satisfaction of population with services of the primary health care integrated into public health. *J Intel Dis Diagn Treat*, 2020, 8(4), pp. 662-672.

16. Kane, S., Joshi, M., Desai, S., Mahal, A., McPake, B. People's care seeking journey for a chronic illness in rural India: Implications for policy and practice. *Social Science & Medicine*, 2022, 312, e115390.

17. Chen, M., Kadetz, P., Cabral, C., Lambert, H. Prescribing antibiotics in rural China: the influence of capital on clinical realities. *Frontiers in sociology*, 2020, 5, 66 p.

18. Mobley, L. R., Subramanian, S., Tangka, F. K., Hoover, S., Wang, J., Hall, I. J., Singh, S. D. Breast cancer screening among women with Medicaid, 2006–2008: a multilevel analysis. *Journal of racial and ethnic health disparities*, 2017, 4, pp. 446-454.

ӘЛЕУМЕТТІК ТЕҢСІЗДІК ЖАҒДАЙЫНДА АЛҒАШҚЫ ДЕНСАУЛЫҚ КӨМЕК КӨРСЕТУДІ РЕТТЕУ: ЖҮЙЕЛІ ШОЛУ ЖӘНЕ ЭКОНОМЕТРИЯЛЫҚ ТАЛДАУ

Н.Б. Култанова[1]*, Л.С. Спанкулова[2], А.Кудебаева[3], Е.Б.Букатов[4]

[1]Қорқыт Ата атындағы Қызылорда университеті, Қызылорда, Қазақстан
[2]Әл-Фараби атындағы Қазақ ұлттық университеті, Қазақстан
[3]КИМЭП университеті, Алматы, Қазақстан
[4]Karaganda University of Kazpotrebsoyuz, Karaganda, Kazakhstan

Түйін. *Бұл жүйелі шолу 2015 жылдан 2025 жылға дейін ғылыми жарияланымдарды сараптау арқылы алғашқы медициналық-санитарлық көмекті (МСАК) реттеудегі ағымдағы үрдістерді зерттейді. PRISMA хаттамасына сәйкес және кодтау әдістерін қолдана отырып, 17 зерттеу мақаласы жүйелі түрде қаралды. Зерттеу әлеуметтік теңсіздікті азайтуға, қызметтердің қолжетімділігін кеңейтуге және сапасын арттыруға бағытталған мемлекеттік саясат бастамалар нақты контексттерге бейімделген, денсаулық сақтау жүйесі аясында үйлестірілген және тиісті түрде қаржыландырылған кезде ғана тиімді болатынын көрсетеді. Жүйелік, ұйымдастырушылық және ресурстық шектеулер өзара тығыз байланысты: персонал мен жабдықтардың жетіспеушілігі клиникалық белгісіздікті арттырады, ал әкімшілік кедергілер медициналық қызметкерлердің икемділігін шектейді, бұл медициналық көмек сапасының өзгермелілігіне әкеледі. Төлем үлгілерін талдау олардың әрқайсысының өзіндік артықшылықтары мен кемшіліктері бар екенін көрсетеді; Елдің әлеуметтік-экономикалық жағдайларына бейімделген кешенді тәсіл оңтайлы болып саналады. Сонымен қатар,*

әлеуметтік және ұйымдастырушылық факторлар МСАК тиімділігін бірлесіп анықтайды: теңсіздік деңгейі жоғары елдерде сыни кедергілерге халықтың хабардарлығының болмауы және мамандардың жетіспеушілігі жатады, ал дамыған жағдайларда дәрігерлерді қаржыландыру және медбикелерді реттеу сияқты ұйымдастыру механизмдері шешуші болып табылады. Нәтижелер реттеудің, ұйымдастырушылық шектеулердің, төлем үлгілерінің және әлеуметтік факторлардың өзара тәуелділігін көрсетеді.

Түйінді сөздер: *алғашқы медициналық-санитарлық көмек, реттеу, жүйелі шолу, PRISMA, денсаулық сақтау.*

REGULATION OF PRIMARY HEALTH CARE IN CONTEXTS OF SOCIAL INEQUALITY: A SYSTEMATIC REVIEW AND ECONOMETRIC ANALYSIS

N.Kultanova*[1], L.Spankulova[2], A.Kudebayeva[3], Y.Bukatov[4]

[1]Korkyt Ata Kyzylorda University, Kyzylorda, Kazakhstan
[2]Al-Farabi Kazakh National University, Kazakhstan
[3]KIMEP University, Almaty, Kazakhstan
[4]Karaganda University of Kazpotrebsoyuz, Karaganda, Kazakhstan

Summary. *This systematic review examines current trends in primary health care (PHC) regulation by examining scientific publications from 2015 to 2025. Following the PRISMA protocol and using coding methods, 17 scientific articles were systematically reviewed. The study shows that government regulation aimed at reducing social inequalities, expanding access and improving quality of services is only effective when initiatives are tailored to specific contexts, coordinated within the health system and adequately funded. Systemic, organizational and resource constraints are closely interrelated: shortages of staff and equipment increase clinical uncertainty, while administrative barriers limit the flexibility of health workers, leading to variability in the quality of care. Analysis of payment models shows that each has its advantages and disadvantages; an integrated approach adapted to the socio-economic conditions of the country is considered optimal. Moreover, social and organizational factors jointly determine the effectiveness of PHC: in countries with high inequality, critical barriers are lack of public awareness and shortage of specialists, while in developed settings, organizational mechanisms such as physician funding and nurse regulation are decisive. The results highlight the interdependence of regulation, organizational constraints, payment models and social factors.*

Keywords: *primary health care, regulation, systematic review, PRISMA, health care.*

Информация об авторах:

Султанова Нургуль Бахытбековна* – *PhD докторант, Кызылординский университет имени Коркыт Ата, Кызылорда, Қызылорда, Казахстан, e-mail: nurgulkultanova3@gmail.com, ORCID ID: https://orcid.org/0000-0003-3053-5965*

Спанкулова Лазат Сейтказиевна *– д.э.н, профессор, Казахский национальный университет имени Аль-Фараби, Алматы, Казахстан, e-mail: spankulova@mail.ru, ORCID ID: https://orcid.org/0000–0002–1865–4681*

Кудебаева Алма *– PhD, профессор, Университет КИМЭП, Алматы, Казахстан, e-mail: almak@kimep.kz, ORCID ID: https://orcid.org/0000-0002-1962-3924*

Букатов Ерик Берикович *– PhD, доцент, Карагандинский университет Казпотребсоюза, Караганда, Казахстан, e-mail: bukatov.erik@gmail.com, ORCID ID: https://orcid.org/0000-0003-0513-406X*

Авторлар туралы ақпарат:

Нургуль Бахытбековна Султанова* *- PhD докторанты, Қорқыт Ата атындағы Қызылорда университеті, Қызылорда, Қазақстан, e-mail: nurgulkultanova3@gmail.com, ORCID ID: https://orcid.org/0000-0003-3053-5965*

Лазат Сейтказиевна Спанкулова *– э.ғ.д, профессор, Әл-Фараби атындағы Қазақ ұлттық университеті, Алматы, Қазақстан, e-mail: spankulova@mail.ru, ORCID ID: https://orcid.org/0000–0002–1865–4681*

Алма Кудебаева *– PhD, профессор, КИМЭП университеті, Алматы, Қазақстан, e-mail: almak@kimep.kz, ORCID ID: https://orcid.org/0000-0002-1962-3924*

Ерик Берикович Букатов *– PhD, доцент, Қазтұтынуодағы Қарағанды университеті, Қарағанды, Қазақстан, e-mail: bukatov.erik@gmail.com, ORCID ID: https://orcid.org/0000-0003-0513-406X*

Information about the authors:

Nurgul Bakhytbekovna Kultanova* - *PhD doctoral student, Korkyt Ata Kyzylorda University, Kyzylorda, Kazakhstan, e-mail: nurgulkultanova3@gmail.com, ORCID ID: https://orcid.org/0000-0003-3053-5965*

Lazat Seytkazievna Spankulova - *Doctor of Economics, Professor, Al-Farabi Kazakh National University, Almaty, Kazakhstan, e-mail: spankulova@mail.ru, ORCID ID: https://orcid.org/0000–0002–1865–4681*

Alma Kudebayeva *– PhD, Professor, KIMEP University, Almaty, Kazakhstan, e-mail: almak@kimep.kz, ORCID ID: https://orcid.org/0000-0002-1962-3924*

Yerik Berikovich Bukatov *– PhD, Associate Professor, Karaganda University of Kazpotrebsoyuz, Karaganda, Kazakhstan, e-mail: bukatov.erik@gmail.com, ORCID ID: https://orcid.org/0000-0003-0513-406X*

Получено: 28.04.2025
Принято к рассмотрению: 14.05.2025
Доступно онлайн: 30.06.2025