

MPHTI 06.71.47

DOI: <https://doi.org/10.55871/2072-9847-2025-66-1-91-100>**Култанова Н. Б.\***

докторант PhD  
Кызылординский университет им. Коркыт-ата  
Кызылорда, Казахстан  
e-mail: [ngd\\_06@mail.ru](mailto:ngd_06@mail.ru)  
ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3053-5965>

**Спанкулова Л. С.**

д. э. н., профессор  
Казахский национальный университет  
им. аль-Фараби  
Алматы, Казахстан  
e-mail: [spankulova@mail.ru](mailto:spankulova@mail.ru)  
ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-1865-4681>

**Бахтизин А. Р.**

д. э. н., профессор  
МГУ им. М. В. Ломоносова  
Москва, Россия  
e-mail: [albert.bakhtizin@gmail.com](mailto:albert.bakhtizin@gmail.com)  
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9649-0168>

## ГЧП В ЗДРАВООХРАНЕНИИ КАЗАХСТАНА: АНАЛИЗ ТЕКУЩЕГО СОСТОЯНИЯ И ОПЫТ МЕЖДУНАРОДНОЙ МОДЕЛИ

**Аннотация.** Внимание Правительства к социальным проектам способствует росту значимости ГЧП в сфере здравоохранения. Одной из ключевых проблем здравоохранения в Республике Казахстан остается недостаточное финансирование, что приводит к ограниченному доступу к современным медицинским технологиям и квалифицированной помощи, особенно в сельских регионах.

Система здравоохранения сталкивается с нехваткой кадров, что негативно сказывается на качестве оказываемых услуг. В данной статье рассматривается роль государственно-частного партнерства в сфере здравоохранения с акцентом на анализ текущего состояния развития ГЧП в Казахстане и возможность внедрения международной модели Альжира. Проведен литературный обзор, рассматривающий понятие ГЧП, его преимущества и недостатки с учетом мирового опыта. В работе представлен анализ данных реализованных проектов ГЧП и их вклада в развитие инфраструктуры. В работе были выявлены системные проблемы, такие как недостаточная доступность информации о конкретных медицинских учреждениях, работающих на базе ГЧП. На основе международного опыта предлагается испанская модель Альжира как успешный пример для адаптации в Казахстане.

В статье рассматриваются преимущества данной модели, а также ее возможные риски и ограничения. В работе отмечается необходимость адаптации успешной международной модели Альжира для укрепления механизмов ГЧП и улучшения их эффективности в системе здравоохранения Казахстана.

**Ключевые слова:** государственно-частное партнерство, здравоохранение, международный опыт, модель Альжира, преимущества и недостатки.

### ВВЕДЕНИЕ

Принцип государственно-частного партнерства (далее – ГЧП) представляет собой различные формы взаимодействия между государственным и частным секторами, направленные на предоставление государственных услуг и развитие инфраструктуры в интересах общества. По мнению Д. К. Феррейра и Р. К. Маркеса, государственно-частное партнерство – это широко распространенные долгосрочные соглашения между правительствами и стратегическими частными партнерами [1].

В частности Бо Лю и др. пишут, что государственно-частное партнерство – это кооперативное соглашение между двумя или более государственными и частными секторами, как правило, долгосрочного характера. Это режим работы, в котором частный капитал поощряется к сотрудничеству с правительством в строительстве инфраструктур [2]. ГЧП – это долгосрочные соглашения между правительством и частным партнером, в рамках которых частный партнер предоставляет и финансирует государственные услуги, используя капитальные активы, разделяя связанные с этим риски [3].

Цель исследования – проанализировать ГЧП в сфере здравоохранения Республики Казахстан. Авторы при написании работы столкнулись с проблемой недостаточной доступности информации о конкретных медицинских учреждениях, работающих на основе ГЧП. Одной из ключевых проблем остается недостаточная прозрачность на всех этапах реализации проектов. Эта проблема подчеркивает необходимость улучшения прозрачности в сфере ГЧП и создания более открытой системы мониторинга информации для дальнейшего исследования. В мировой экономической науке накоплен значительный опыт развитых стран по внедрению и развитию механизма ГЧП. На основе изучения мировой практики авторы выделили одну из наиболее успешных моделей ГЧП, которая демонстрирует высокую эффективность в сочетании государственного финансирования и частного управления. Эта модель позволит оптимизировать управление медицинскими учреждениями, улучшит доступность и качество предоставляемых услуг, в особенности в отдаленных регионах.

### МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

При написании статьи использовался качественный метод. Для проведения исследования было изучено множество разнообразных источников. В частности, информация была собрана из официальных веб-сайтов, таких как: бюро национальной статистики, информационно-правовой системы нормативных актов РК, АО «Казахстанский центр государственно-частного партнерства». Были изучены материалы, посвященные деятельности здравоохранения и реализации ГЧП. В процессе исследования были изучены недостатки и преимущества ГЧП в области здравоохранения Республики Казахстан. С помощью проведенного анализа удалось изучить информацию, отобранную для написания работы, и на ее основе был сделан анализ модели Альзира как одной из лучших практик международного опыта. Авторы проанализировали преимущества и недостатки модели Альзира для заинтересованных сторон ГЧП.

### РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

В Казахстане ГЧП определяется в широком смысле, охватывая разнообразные формы договорных отношений, такие как соглашения на предоставление услуг, доверительное управление, договоры на разработку технологий, послепродажное обслуживание, а также лизинговые договоры. Приоритетными направлениями являются образование, здравоохранение, транспорт, электроэнергетика и жилищно-коммунальное хозяйство.

Суть заключается в том, что частный сектор обычно справляется с обеспечением общественных благ более эффективно и по меньшей стоимости, чем государственный сектор. Это объясняется механизмами свободного рынка, где качество и цена общественных благ достигают оптимального баланса благодаря регулированию спроса и предложения. В рамках ГЧП каждый участник имеет свои преимущества, которые варьируются в зависимости от их роли и интересов. Преимущества для участников процесса представлены в Таблице 1.

**Таблица 1 – Преимущества реализации государственно-частного партнерства для участников**

Категории	Выгоды
Государственный сектор	Ускоренное развитие инфраструктуры и возможность предоставления услуг более высокого качества; привлечение средств и опыта частного сектора в области управления инвестициями; передача технологий и ноу-хау; передача части рисков частному сектору; эффективное управление частным сектором; более эффективное распределение бюджетных средств; развитие местных рынков капитала и банковской отрасли; привлечение частных и международных инвестиций; контроль за управлением услугами и качеством инфраструктуры; возможность проецирования опыта частных компаний в области создания инфраструктурных объектов на другие аналогичные объекты, требующие финансирования из государственных источников

Категории	Выгоды
Частный сектор	Открытие рынка, ранее принадлежавшего государственному сектору; новые инвестиционные возможности и, соответственно, новые источники дохода; разделение рисков с государством; возможность проведения внебалансовых операций; возможность получения приемлемой нормы прибыли; приобретение опыта управления крупными проектами; повышение имиджа на рынке
Потребители	Оптимальное соотношение цены и качества для потребителей; лучшее распределение налоговых поступлений; лучшее качество и лучшее управление проектами

*Примечание: составлено авторами на основе источника [4]*

Основные выгоды включают возможность улучшить инфраструктуру и повысить качество услуг, привлекая инвестиции и технологии частного сектора. Это также снижает нагрузку на бюджет благодаря эффективному распределению ресурсов и передаче части рисков. Частный сектор получит доступ к новым рынкам, стабильный доход и снижение рисков через сотрудничество с государством. Для потребителя ГЧП означает улучшение качества услуг при оптимизации их стоимости, что делает проекты более доступными и эффективными для общества. Таким образом, вопрос о том, следует ли использовать ГЧП или отказаться от него, нельзя считать корректным.

В Казахстане ГЧП охватывает широкий спектр инфраструктурных секторов на национальном и региональном уровнях, затрагивая как экономическую, так и социальную инфраструктуру. Особый акцент делается на развитие социальной инфраструктуры, т. е. здравоохранение. Основной целью ГЧП в здравоохранении является привлечение частных инвестиций для развития инфраструктуры отрасли и улучшения качества медицинских и сопутствующих услуг. Рисунок 1 демонстрирует долю реализованных проектов ГЧП по отраслям.



**Рисунок 1 – Доля реализованных проектов ГЧП по отраслям**

*Примечание: составлено авторами на основе источника [5]*

Как видно из Рисунка 1, согласно данным официального сайта, в стране успешно выполнено порядка 97 проектов в области здравоохранения на 01.11.2024 г., что составляет 14% от общей доли (Рисунок 1).

Система здравоохранения Республики Казахстан испытала значительные изменения, основные преобразования, такие как введение обязательного медицинского страхования и цифровизация медицинских услуг. Однако, несмотря на положительные сдвиги, здравоохранение в Казахстане сталкивается с рядом вызовов. Сельские регионы по-прежнему испытывают проблемы, что ограничивает доступность медицинских услуг для

жителей отдаленных населенных пунктов. Вместе с тем следует отметить, что в настоящее время на селе проживают 41%, или более 7,5 миллиона жителей, для которых важны вопросы обеспечения доступной и качественной медицинской помощью [6].

В системе управления здравоохранением также остро стоит вопрос финансирования: доля расходов в ВВП остается ниже уровня, рекомендованного Всемирной организацией здравоохранения.

Министр здравоохранения РК Ажар Гиният на заседании Правительства отметила, что в 2021 году доля расходов здравоохранения составила 2,9% от ВВП страны. При этом Всемирная организация здравоохранения рекомендует для стабильного развития отрасли довести уровень финансирования здравоохранения до 5% от ВВП [7]. Государство продолжает работать над решением этой задачи, ориентируясь на международный опыт и увеличение участия частного сектора в развитии отрасли. Далее рассмотрим основные результаты деятельности по 214 договорам ГЧП в секторе здравоохранения и социальных услуг по состоянию на 1.11.2024 г. (Таблица 2).

**Таблица 2 – Реализация проектов ГЧП в деятельности здравоохранения**

Направление реализации	Количество/мощность/результаты	Местоположение
Строительство, реконструкция и модернизация многопрофильных районных больниц	5 больниц на 1 294 койко-места	г. Кокшетау, г. Актобе, г. Алматы, п. Бурабай
Центры ядерной медицины	2–3 синтеза в день пропускной способностью 40 пациентов в день	-
Станции скорой помощи	обслуживание 150 000 вызовов/год, 101 ед. машины скорой помощи	г. Актобе, г. Шымкент
Поликлиники	19 поликлиник на 5 021 посещение/смену	-
Стоматологические поликлиники и кабинеты	1) на 300 посещений/смену; 2) на 200 посещений/смену; 3) кабинет на 3 посещения/смену	г. Актобе, г. Павлодар
Врачебные амбулатории, медпункты, центры семейного здоровья	82 объекта на 1 275 посещений/смену, 42 900 пациентов/год	-
Медицинские лаборатории	13 лабораторий на 2 876 233 исследования/год	-
Центры лучевой терапии и ПЭТ	4 центра на 600 пациентов/год, 70 посещений/смену, 4 539 услуг/год	-
Офтальмологические больницы и центры	7 объектов на 36 612 пациентов/год	-
Оснащение государственных медицинских учреждений высокотехнологичным оборудованием	26 проектов	-
Подключение медорганизаций к Интернету	47 организаций к спутниковому Интернету, 56 к цифровой системе	сельская местность
Центры гемодиализа и эфферентной терапии	17 центров на 1 006 пациентов/сутки, 4 464 процедуры/месяц	-
Реабилитационные центры	17 центров на 1 453 места	-
Кабинеты КТ и МРТ	7 кабинетов компьютерной томографии (КТ), 6 кабинетов магнитно-резонансной томографии (МРТ) на 24 932 исследования/год	-

Направление реализации	Количество/мощность/результаты	Местоположение
Детский онкологический центр	модернизация зданий и оснащение 5 учреждений	г. Актобе
Организация питания в медучреждениях	11 объектов, модернизация столовых на 493 посадочных места	детские и социальные центры

*Примечание: составлено авторами на основе источника [5]*

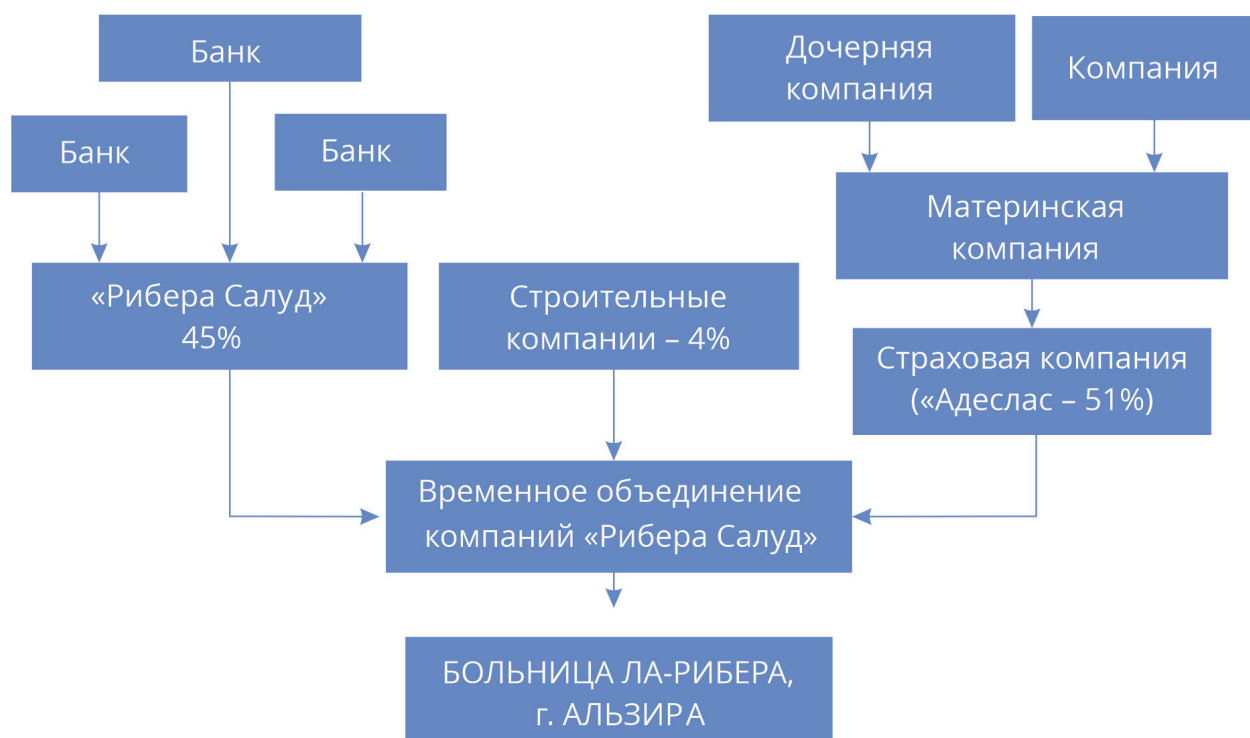
Из Таблицы 2 видно, что проекты включают строительство и модернизацию крупных объектов, таких как многопрофильные больницы, центры лучевой терапии и поликлиники. Наибольший вклад в развитие инфраструктуры вносит строительство многопрофильной больницы в Кокшетау на 630 коек стоимостью 289,5 млрд тенге, что является крупнейшим проектом в рамках ГЧП [5]. Если говорить о финансовой стороне, то рынок сферы здравоохранения в нашей стране практически невозможен без учета доли государства, которая формируется, как известно, за счет расходов республиканского и местных бюджетов, а также фондов социального медстрахования. По данным Бюро национальной статистики, текущие расходы организаций здравоохранения в 2021 году составили 2 690,1 млрд тенге, в 2022 году – 2 876,8 млрд тенге, а в 2023 году увеличились на 3 345,6 млрд тенге [8]. Это говорит, что расходная часть государственного бюджета по-прежнему предусматривает рост расходов на поддержку и развитие социальной сферы.

В контексте вышеизложенного анализа модель Альзира, успешно реализованная в Испании, может быть адаптирована для использования в рамках ГЧП в Казахстане. Данная модель, адаптированная к условиям Казахстана, могла бы решить несколько ключевых проблем в сфере здравоохранения на базе ГЧП.

Во-первых, она способна снизить нагрузку на государственный бюджет за счет привлечения частных инвестиций в строительство и модернизацию медицинской инфраструктуры, что особенно актуально при хроническом дефиците финансирования. Во-вторых, фиксированное подушевое финансирование и ориентация на результат стимулируют частного оператора оптимизировать расходы и повышать эффективность работы, что косвенно решает проблему нерационального использования ресурсов. В-третьих, передача управления в руки частного партнера с обязательством соблюдать государственные стандарты может компенсировать кадровый дефицит. Основная особенность этой модели заключается в применении механизма, при котором частный партнер получает фиксированную сумму за каждого жителя обслуживаемого региона.

В Испании модель ГЧП в здравоохранении стала инновационным подходом, обеспечивающим привлечение инвестиций частного сектора в социальную инфраструктуру. Эта модель позволяет частным компаниям не только финансировать, строить и эксплуатировать медицинские учреждения, но и предоставлять клинические услуги. Государственный сектор при этом выступает в роли комиссара здравоохранения, оплачивая услуги частных поставщиков из бюджета общественного здравоохранения на основе подушевого финансирования. Первый пример реализации такого подхода – больница Ла-Рибера в Альзире (Валенсия), известная как модель Альзира (Рисунок 2).

В 1997 году региональное правительство Валенсии (автономное сообщество) заключило контракт с компанией «Рибера Салуд» на строительство и управление больницей, включая клинические и неклинические услуги. Финансирование осуществлялось через ежегодные выплаты в размере €47 млн на 230 000 жителей региона, что было ниже затрат традиционной государственной системы [9].



**Рисунок 2 – Структура временного объединения компаний «Рибера Салуд»**

*Примечание: составлено авторами на основе источника [9]*

Контракт был рассчитан на 10 лет с возможностью продления, после чего объект должен был перейти в собственность государства. Проект оказался экономически выгодным: расходы на одного застрахованного в рамках этой модели составляли €301, тогда как в государственной системе региона Валенсия аналогичный показатель достигал €362 [10]. Правительство выделяет финансирование частному консорциуму – временному деловому союзу «Рибера Салуд» на основе фиксированной суммы на одного жителя. Его структура включает несколько ключевых участников, каждый из которых вносит вклад в реализацию модели. Структура консорциума состоит из следующих участников-акционеров:

- 1) страховая компания («Адеслас» С.А-51%), предоставляющая техническую и управленческую поддержку в области медицинских услуг;
- 2) объединение региональных сберегательных банков, владевших через «Рибера Салуд» 45%. Эти банки обеспечивали финансирование проекта, предоставляя долгосрочные и краткосрочные займы на льготных условиях;
- 3) строительные компании (4%) участвовали в строительстве больницы.

Первая больница по модели Альзира была открыта в 1999 году. Первый контракт был завершён в 2003 году из-за финансовых убытков, и проект был реструктурирован, расширив контракт до охвата первичной медицинской помощью [9]. Для анализа преимущества и недостатков модели Альзира с точки зрения потребителей, государства и частного консорциума в системе здравоохранения целесообразно представить эти аспекты в виде таблицы. Такой подход позволит наглядно оценить влияние модели на каждую из сторон, составляющих «треугольник рынка» в данной сфере. Преимущества и недостатки модели Альзира для заинтересованных сторон представлены в Таблице 6.

Таблица 3 – Преимущества и недостатки модели Альзира для заинтересованных сторон

Заинтересованные стороны	Преимущества	Недостатки
Государство	Снижение бюджетной нагрузки от строительства и оснащения больниц	Риск финансовой зависимости от частного консорциума
	Прогнозируемые расходы благодаря механизму фиксированной суммы на одного жителя	Ограниченный контроль над управлением и внутренними решениями частного партнера
	Повышение качества услуг через внедрение инноваций частными операторами	Необходимость спасти проект в случае финансовых проблем консорциума
Потребители	Бесплатный доступ к медицинским услугам; применение современных технологий	Возможное ограничение доступа к дорогостоящим услугам в целях снижения издержек частным оператором
	Повышение качества медицинских услуг через оптимизацию процессов	Потенциальное неравенство в качестве услуг между регионами
Частный консорциум	Стабильное финансирование благодаря долгосрочным контрактам; возможность внедрять инновации в системе управления	Риск убытков при недостаточной сумме финансирования данного механизма; социальное напряжение из-за условий труда персонала
	Участие в высокодоходной сфере и укрепление репутации	Финансовые риски из-за высокой конкуренции и необходимости выполнения социальных обязательств

Примечание: составлено авторами на основе источника [9]

Введение модели ГЧП в сферу здравоохранения Казахстана демонстрирует значительный потенциал для оптимизации государственных расходов, улучшения качества медицинских услуг и стимулирования частных инвестиций. Анализ текущей ситуации в Казахстане выявил значительную долю ГЧП в здравоохранении, но вместе с этим сохраняется высокая нагрузка на государственный бюджет. В данном контексте испанская модель Альзира представляет собой перспективное решение. Ее внедрение, основанное на механизме фиксированной суммы на одного жителя и передаче управленческих функций частным операторам, может помочь Казахстану достичь большей экономической устойчивости в здравоохранении.

### ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Партнерство государства и частного сектора является мощным инструментом для повышения эффективности и доступности системы здравоохранения, особенно в условиях растущих потребностей населения. Среди ключевых трудностей можно выделить недостаточный опыт участников, длительные сроки согласования, финансовые риски, ограниченность кадрового потенциала, а также необходимость более четкого определения интересов и задач всех сторон. Для преодоления этих барьеров важно учитывать успешные международные практики, такие как испанская модель Альзира, которая демонстрирует сбалансированный подход к распределению рисков и обязанностей, может способствовать повышению эффективности системы здравоохранения. Использование данной модели в Казахстане возможно, но потребует тщательной адаптации к местным условиям. На основе вышеизложенного можно судить, что, во-первых, частный сектор вносит инвестиции в строительство и управление больницей, что снижает нагрузку на государственный бюджет. Во-вторых, частный консорциум заинтересован в повышении эффективности через внедрение новых технологий и методов управления. И в-третьих, при правильной реализации

системы финансирования модели Альзира платежи могут быть дешевле, чем прямое государственное финансирование. Внедрение данной модели в отдаленных регионах может повысить доступ к качественным медицинским услугам.

Данное исследование профинансировано Комитетом науки Министерства образования и науки Республики Казахстан в рамках выполнения грантового проекта № AP19679799 «Разработка модифицированной методологии оценки пространственных факторов роста и преодоления различий между регионами».

## СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ

1. D. C. Ferreira, R. C. Marques, Public-private partnerships in health care services: Do they outperform public hospitals regarding quality and access? Evidence from Portugal [Текст] // *Socio-Economic Planning Sciences*, 2021, vol 73, pp.100798.
2. Liu, B., Shi, L., Min, H., Liang, H., & Dong, J. The public-private partnerships in healthcare sector in China [Текст] // *Chronic Diseases and Translational Medicine*, 2023, vol 9(4), pp. 288-298.
3. June Park, Eunbin Chung. Learning from past pandemic governance: Early response and Public-Private Partnerships in testing of COVID-19 in South Korea [Текст] // *World Development*, 2021, vol 137, pp. 105198
4. Badaev, M. (2021). Public-private partnership in healthcare and pharmaceutical sector of the Republic of Kazakhstan [Текст] // *Scientific Bulletin of Mukachevo State University. Series "Economics"*, 8(2), pp. 45-55.
5. База данных//АО «Казахстанский центр государственно-частного партнерства». [Электронный ресурс]. – <https://kzpppp.kz/ru/> (дата обращения 25.11.2024).
6. Комплексный план развития государственно-частного партнерства в социальной сфере на 2024–2028 годы: <https://adilet.zan.kz/rus/docs/P2300001068> (дата обращения 25.11.2024)
7. Официальный сайт. Казахстанский фармацевтический вестник. [Электронный ресурс]. – [https://pharmnewskz.com/ru/news/dolya-rashodov-na-zdravoohranenie-v-kazahstane-pochti-v-2-raza-menshe-rekomenduemoj-voz\\_20631](https://pharmnewskz.com/ru/news/dolya-rashodov-na-zdravoohranenie-v-kazahstane-pochti-v-2-raza-menshe-rekomenduemoj-voz_20631) (Дата обращения 25.11.2024г).
8. Статистика национальных счетов//Бюро национальной статистики Агентства по стратегическому планированию и реформам Республики Казахстан. [Электронный ресурс]. – <https://stat.gov.kz/ru/industries/social-statistics/stat-medicine/publications/64203/> (дата обращения 25.11.2024).
9. Acerete, Basilio, Anne Stafford, and Pamela Stapleton. "Spanish healthcare public private partnerships: The 'Alzira model'." [Текст] // *Critical Perspectives on Accounting* 22.6 2011-pp-533-549.
10. Ministry of Health and Social Policy – Health Information System of the SNS. In: Health expenditure analysis task force report; 2008, [Электронный ресурс].- <http://www.msc.es/en/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/finGastoSanit.htm> [Accessed: 25.11.2024r].

## REFERENCES

1. D. C. Ferreira, R. C. Marques, Public-private partnerships in health care services: Do they outperform public hospitals regarding quality and access? Evidence from Portugal [Текст] // *Socio-Economic Planning Sciences*, 2021, vol 73, pp.100798.
2. Liu, B., Shi, L., Min, H., Liang, H., & Dong, J. The public-private partnerships in healthcare sector in China [Текст] // *Chronic Diseases and Translational Medicine*, 2023, vol 9(4), pp. 288-298.
3. June Park, Eunbin Chung. Learning from past pandemic governance: Early response and Public-Private Partnerships in testing of COVID-19 in South Korea [Текст] // *World Development*, 2021, vol 137, pp. 105198
4. Badaev, M. (2021). Public-private partnership in healthcare and pharmaceutical sector of the Republic of Kazakhstan [Текст] // *Scientific Bulletin of Mukachevo State University. Series "Economics"*, 8(2), pp. 45-55.
5. Kompleksnyy plan razvitiya gosudarstvenno-chastnogo partnerstva v sotsial'noy sfere na 2024-2028 gody [Elektronnyy resurs].-<https://adilet.zan.kz/rus/docs/P2300001068>. (Data obrashcheniya: 25.11.2024)
6. Ofitsial'nyy sayt. Kazakhstanskiy farmatsevticheskiy vestnik. [Elektronnyy resurs].-[https://pharmnewskz.com/ru/news/dolya-rashodov-na-zdravoohranenie-v-kazahstane-pochti-v-2-raza-menshe-rekomenduemoj-voz\\_20631](https://pharmnewskz.com/ru/news/dolya-rashodov-na-zdravoohranenie-v-kazahstane-pochti-v-2-raza-menshe-rekomenduemoj-voz_20631) (Data obrashcheniya: 25.11.2024).
7. Baza dannykh//АО «Kazakhstanskiy tsentr gosudarstvenno-chastnogo partnerstva». [Elektronnyy resurs].- <https://kzpppp.kz/ru/> (Data obrashcheniya: 25.11.2024).



8. Statistika natsional'nykh schetov//Byuro natsional'noy statistiki Agentstva po strategicheskomu planirovaniyu i reformam Respubliki Kazakhstan. [Elektronnyy resurs].- <https://stat.gov.kz/ru/industries/social-statistics/stat-medicine/publications/64203/> (Data obrashcheniya: 26.11.2024).

9. Acerete, Basilio, Anne Stafford, and Pamela Stapleton. "Spanish healthcare public private partnerships: The 'Alzira model'." [Text] // Critical Perspectives on Accounting 22.6 2011-pp-533-549.

10. Ministry of Health and Social Policy – Health Information System of the SNS. In: Health expenditure analysis task force report; 2008, [Elektronnyy resurs].- <http://www.msc.es/en/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/finGastoSanit.htm> [Accessed: 25.11.2024г].

## ҚАЗАҚСТАНДА ДЕНСАУЛЫҚ САҚТАУ САЛАСЫНДАҒЫ МЖӘ: ХАЛЫҚАРАЛЫҚ ҮЛГІНІҢ ҚАЗІРГІ ЖАҒДАЙЫ МЕН ТӘЖІРИБЕСІН ТАЛДАУ

**Култанова Н. Б.\***

Докторант PhD

Қорқыт Ата атындағы Қызылорда университеті  
Қызылорда қ., Қазақстан  
e-mail:ngd\_06@mail.ru

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3053-5965>

**Спанкулова Л. С.**

э. ф. д., профессор

Әл-Фараби атындағы Қазақ ұлттық  
университеті

Алматы қ., Қазақстан

e-mail: spankulova@mail.ru

ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-1865-4681>

**Бахтизин А. Р.**

э. ф. д., профессор

М. В. Ломоносов атындағы Мәскеу мемлекеттік  
университеті

Мәскеу қ., Ресей

e-mail: albert.bakhtizin@gmail.com

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9649-0168>

**Аңдатпа.** Үкіметтің әлеуметтік жобаларға назар аударуы денсаулық сақтау саласындағы МЖӘ маңыздылығын арттыруға ықпал етеді. Қазақстан Республикасындағы денсаулық сақтаудың негізгі проблемаларының бірі жеткіліксіз қаржыландыру болып қала береді. Бұл әсіресе ауылдық аймақтарда заманауи медициналық технологиялар мен білікті көмекке қолжетімділіктің шектелуіне алып келеді.

Денсаулық сақтау жүйесі кадр тапшылығына тап болып отыр, оның салдары көрсетілетін қызметтердің сапасына кері әсер етеді. Бұл мақалада Қазақстандағы МЖӘ дамуының қазіргі жағдайын талдауға және халықаралық Alzira моделін енгізу мүмкіндігіне баса назар аудара отырып, денсаулық сақтау саласындағы мемлекеттік-жекеменшік әріптестіктің рөлі қарастырылады.

Әлемдік тәжірибені ескере отырып, МЖӘ тұжырымдамасын, оның артықшылықтары мен кемшіліктерін зерттейтін әдебиеттерге шолу жасалды. Жұмыста іске асырылған МЖӘ жобаларының деректеріне талдау және олардың инфрақұрылымды дамытуға қосқан үлесі берілген. Жұмыс барысында МЖӘ негізінде жұмыс істейтін нақты медициналық мекемелер туралы ақпараттың жеткіліксіз болуы сияқты жүйелік проблемалар анықталды. Халықаралық тәжірибеге сүйене отырып, Қазақстанда бейімделудің сәтті үлгісі ретінде испандық Алзира үлгісі ұсынылып отыр. Мақалада осы модельдің артықшылықтары, сондай-ақ оның ықтимал тәуекелдері мен шектеулері қарастырылады. Жұмыста Қазақстанның денсаулық сақтау жүйесінде МЖӘ тетіктерін нығайту және олардың тиімділігін арттыру үшін сәтті халықаралық Альзира моделін бейімдеу қажеттілігі атап өтілді.

**Түйін сөздер:** мемлекеттік-жекеменшік әріптестік, денсаулық сақтау, халықаралық тәжірибе, Алзира моделі, артықшылықтары мен кемшіліктері.

## PPP IN HEALTHCARE IN KAZAKHSTAN: ANALYSIS OF THE CURRENT STATE AND EXPERIENCE OF THE INTERNATIONAL MODEL

**Kultanova N. B.\***

PhD student  
Korkyt Ata Kyzylorda University  
Kyzylorda, Kazakhstan  
e-mail: ngd\_06@mail.ru  
ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3053-5965>

**Spankulova L. S.**

d. e. s., professor  
Al-Farabi Kazakh National University  
Almaty, Kazakhstan  
e-mail: spankulova@mail.ru  
ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-1865-4681>

**Bahktizin A. R.**

d. e. s., professor  
Lomonosov Moscow State University  
Moscow, Russia  
e-mail: albert.bakhtizin@gmail.com  
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9649-0168>

**Abstract.** The government's attention to social projects contributes to the growing importance of PPPs in the healthcare sector. One of the key problems of healthcare in the Republic of Kazakhstan remains insufficient funding, which leads to limited access to modern medical technologies and qualified care, especially in rural areas.

The healthcare system faces with a shortage of personnel, which negatively affects the quality of services provided. This article examines the role of public-private partnerships in healthcare with an emphasis on analyzing the current state of PPP development in Kazakhstan and the possibility of implementing the international Alzira model. A literature review was conducted examining the concept of PPPs, its advantages and disadvantages, taking into account international experience. The paper presents an analysis of data on implemented PPPs projects and their contribution to infrastructure development. The paper identified systemic problems, such as insufficient availability of information on specific medical institutions operating on the basis of PPP. Based on international experience, the Spanish Alzira model is proposed as a successful example for adaptation in Kazakhstan.

The article discusses the advantages of this model, as well as its possible risks and limitations. The paper notes the need to adapt the successful international Alzira model to strengthen PPP mechanisms and improve their effectiveness in the healthcare system of Kazakhstan.

**Keywords:** public-private partnership, healthcare, mechanism, international experience, Alzira model, advantages and disadvantages.