

Research paper / Оригинальная статья
<https://doi.org/10.51176/1997-9967-2026-2-151-170>
 МПНТИ 06.71.45
 JEL: I13, I18, R58



Socio-Economic Aspects of Public Willingness to Participate in Pharmaceutical Insurance in Kazakhstan

Azamat R. Kerimbayev^{a*}, Alexis V. Belianin^b

^a Al-Farabi Kazakh National University, 71 Al-Farabi Ave., 050040, Almaty, Kazakhstan; ^b Almaty Management University, 227 Rozybakieva Str., 050060, Almaty, Kazakhstan

For citation: Kerimbayev, A.R. & Belianin, A.V. (2026). Socio-Economic Aspects of Public Willingness to Participate in Pharmaceutical Insurance in Kazakhstan. *Economy: strategy and practice*, 21(2), 151-170. <https://doi.org/10.51176/1997-9967-2026-2-151-170>

ABSTRACT

High levels of personal spending on medicines can increase household financial vulnerability and reduce access to medical care, especially in the context of regional and social inequalities in health care. The purpose of this study is to assess the relationship between willingness to pay for an insurance policy for medicines in Kazakhstan and socio-economic, medical and linguistic factors, as well as to determine the nature of differences between Kazakh-speaking and Russian-speaking respondents. The empirical basis of the study was made up of data from an online survey conducted in various regions of Kazakhstan. The final analytical sample included 2,695 respondents with their own source of income, including 2,044 Kazakh-speaking and 651 Russian-speaking respondents. The research uses methods of descriptive statistics, comparative analysis, t-tests, permutation tests and OLS regression. The results showed that the average willingness to pay for drug insurance among Kazakh-speaking respondents was about \$65.4, while among Russian-speaking respondents it was about \$46.4; the differences are statistically significant at the 5% level (t-test = 2.26; $p < 0.024$). Regression analysis showed that willingness to pay is related to current expenses for medicines, self-assessment of health status, region of residence, type of settlement and language of communication in the household. The results of the study emphasize the importance of a differentiated approach to the development of mechanisms for drug insurance and communication policy in order to increase the availability of medical care, reduce financial barriers to treatment and ensure the sustainable development of the healthcare economy in Kazakhstan.

KEYWORDS: Healthcare, Health Economics, Behavioral Economics, Population, Medicine, Health Insurance, Regional Inequality

CONFLICT OF INTEREST: the authors declare that there is no conflict of interest

FINANCIAL SUPPORT. This research was carried out within the framework of the following grant projects funded by the Science Committee MSHE RK “Reducing socio-economic inequality in the regions of Kazakhstan through investment in and improvement of the organization of the healthcare system” AP26198345.

Article history:

Received 11 January 2026

Accepted 13 May 2026

Published 30 June 2026

* **Corresponding author:** Kerimbayev A.R. – PhD, Al-Farabi Kazakh National University, 71 Al-Farabi Ave., 050040, Almaty, Kazakhstan, 87474176754, email: ker_im@mail.ru

Қазақстанда халықтың дәрілік сақтандыруға дайындығының әлеуметтік-экономикалық аспектілері

Керимбаев А. Р.^{а*}, Беянин А. В.^б

^аӘл-Фараби атындағы Қазақ ұлттық университеті, даң. Әл-Фараби 71, 050040, Алматы, Қазақстан;

^бАлматы Менеджмент Университеті, көш. Розыбакиев 227, 050060, Алматы, Қазақстан

Дәйексөз үшін: Керимбаев А.Р., Беянин А.В. (2026). Қазақстанда халықтың дәрілік сақтандыруға дайындығының әлеуметтік-экономикалық аспектілері. Экономика: стратегия және практика, 21(2), 151-170. <https://doi.org/10.51176/1997-9967-2026-2-151-170>

ТҮЙІН

Дәрілік заттарға жұмсалатын жоғары жеке шығындар үй шаруашылықтарының қаржылық осалдығын күшейтіп, медициналық көмекке қолжетімділікті төмендетуі мүмкін, әсіресе денсаулық сақтау саласындағы өңірлік және әлеуметтік теңсіздік жағдайында. Осы зерттеудің мақсаты – Қазақстандағы дәрілік сақтандыру полисі үшін төлеуге дайындықтың әлеуметтік-экономикалық, медициналық және лингвистикалық факторлармен байланысын бағалау, сондай-ақ қазақтілді және орыстілді респонденттер арасындағы айырмашылықтардың сипатын анықтау. Зерттеудің эмпирикалық базасын Қазақстанның әртүрлі өңірлерінде жүргізілген онлайн-сауалнама деректері құрады. Қорытынды аналитикалық іріктеме өз табыс көзі бар 2695 респондентті қамтыды, оның ішінде 2044 қазақтілді және 651 орыстілді респондент болды. Зерттеуде сипаттамалық статистика, салыстырмалы талдау, t-тесттер, permutation tests және OLS-регрессия әдістері қолданылды. Нәтижелер қазақтілді респонденттер арасында дәрілік сақтандыру үшін төлеуге дайындықтың орташа деңгейі шамамен 65,4 АҚШ долларын, ал орыстілді респонденттер арасында шамамен 46,4 АҚШ долларын құрағанын көрсетті; айырмашылықтар 5% деңгейінде статистикалық мәнді болып табылады (t-test = 2,26; p < 0,024). Регрессиялық талдау төлеуге дайындықтың дәрілік заттарға ағымдағы шығындармен, денсаулық жағдайын өзін-өзі бағалаумен, тұрғылықты өңірмен, елді мекен түрімен және үй шаруашылығындағы қарым-қатынас тілімен байланысты екенін көрсетті. Зерттеу нәтижелері медициналық көмектің қолжетімділігін арттыру, емделуге байланысты қаржылық кедергілерді төмендету және Қазақстандағы денсаулық сақтау экономикасының орнықты дамуын қамтамасыз ету мақсатында дәрілік сақтандыру тетіктері мен коммуникациялық саясатты сараланған тәсіл негізінде әзірлеудің маңыздылығын айқындайды.

ТҮЙІН СӨЗДЕР: денсаулық сақтау, денсаулық сақтау экономикасы, мінез-құлық экономикасы, халық, медицина, медициналық сақтандыру, аймақтық теңсіздік

МҮДДЕЛЕР ҚАҚТЫҒЫСЫ: авторлар мүдделер қақтығысының жоқтығын мәлімдейді

ҚАРЖЫЛАНДЫРУ. Зерттеу ҚР ҒЖБМ Ғылым комитеті қаржыландыратын келесі гранттық жобалар аясында жүргізілді "Денсаулық сақтау жүйесін ұйымдастыруға инвестиция салу және жетілдіру арқылы Қазақстан аймақтарындағы әлеуметтік-экономикалық теңсіздікті азайту" AP26198345.

Мақала тарихы:

Редакцияға түсті 11 Қантар 2026

Жариялау туралы шешім қабылданды 13 Мамыр 2026

Жарияланды 30 Маусым 2026

* **Хат-хабаршы авторы:** Керимбаев А. Р. – PhD, Әл-Фараби атындағы Қазақ ұлттық университеті, даң. Әл-Фараби 71, 050040, Алматы, Қазақстан, 87474176754, email: ker_im@mail.ru

КІРІСПЕ

Егер қажетті медициналық қызметтер міндетті медициналық сақтандыру жүйесіне кірмесе, халық мұндай қызметтерді көбіне өз қаражаты есебінен төлеуге мәжбүр болады. Жеке медициналық шығындардың жоғары деңгейі үй шаруашылықтарының қаржылық тұрақсыздығына және кейінірек әлеуметтік-экономикалық мәселелерге алып келуі мүмкін. Сонымен қатар азаматтардың өз денсаулығын сақтауға жеткілікті ресурстар бөлуге дайын болмауы да елеулі әлеуметтік-демографиялық салдарға ұрындыруы ықтимал. Сондықтан мемлекеттік қолдау тетіктері мен медициналық қызметтерді саналы тұтынудың теңгерімді үйлесімі әлеуметтік тұрақтылық пен орнықты дамудың маңызды факторы болып табылады.

Қазақстан жағдайында бұл мәселе медициналық көмекке қолжетімділіктің өңірлік және әлеуметтік әркелкілігімен күрделене түседі. Медициналық қызметтерге және қажетті дәрі-дәрмекке қол жеткізу тек экономикалық мүмкіндікке ғана емес, үй шаруашылығының әлеуметтік мәртебесіне, тұрғылықты жеріне, ақпаратты қабылдау ерекшеліктеріне және мәдени-институционалдық факторларға да байланысты.

Зерттеудің эмпирикалық базасы ретінде Қазақстанның әртүрлі өңірлері тұрғындарының медициналық қызметтерді тұтыну саласындағы мінез-құлық ерекшеліктерін, экономикалық шешім қабылдауын және медициналық көмекке қолжетімділікке қатысты ұстанымдарын зерделеуге бағытталған сауалнама материалдары пайдаланылды.

Бұған дейін Қазақстан материалдары негізінде халықтың дәрілік сақтандыру жүйесін енгізуге дайындығы, сондай-ақ мұндай тетіктерге деген көзқарасты қалыптастырудағы ағартушылық жұмыстың және қоғамдық ұйымдардың рөлі талқыланды (Volkova et al., 2023a; Volkova et al., 2024). Осы зерттеу бұл бағытты жалғастыра отырып, тілдік топтар арасындағы төлеуге дайындық айырмашылықтарына және бұл айырмашылықтардың үй шаруашылықтарының әлеуметтік-экономикалық сипаттамаларымен байланысына басымдық береді.

Алайда қолданыстағы зерттеулерде Қазақстандағы дәрілік сақтандыруға қатысты тө-

леуге дайындық көбіне жалпы әлеуметтік-экономикалық факторлар арқылы түсіндіріліп, тілдік орта, институционалдық сенім және медициналық ақпаратты қабылдау ерекшеліктері жеке талдау объектісі ретінде жеткілікті қарастырылмаған. Қазақстан сияқты екітілді және өңірлік тұрғыдан әркелкі қоғамда үй шаруашылығындағы қарым-қатынас тілі тек мәдени белгі ғана емес, сонымен қатар медициналық және сақтандыру ақпаратына қол жеткізу, оны түсіну және ресми институттарға сенім білдіру деңгейімен байланысты индикатор болуы мүмкін. Осы тұрғыдан алғанда, тілдік, институционалдық және әлеуметтік-экономикалық факторларды бірге емес, өзара байланысты, бірақ аналитикалық тұрғыдан ажыратылатын факторлар ретінде қарастыру зерттеудің негізгі олқылығын толықтыруға мүмкіндік береді.

Қазақстандағы медициналық қызметтер тұтынушыларының таңдауларын түсіндіру үшін шешім қабылдаудың мінез-құлықтық ерекшеліктерін ескеретін теориялық тәсіл қолданылады. Перспективалар теориясына сәйкес, төлеуге дайындық (willingness to pay, WTP) индивид өзінің жағдайындағы ықтимал өзгерістерді қандай бастапқы күймен салыстырып қабылдайтынына тәуелді (Kahneman & Tversky, 1979; Köszegi & Rabin, 2006). Денсаулық экономикасы тұрғысынан мұндай шешімдер денсаулықты капитал ретінде қарастыратын тұжырымдама арқылы да түсіндіріледі, оған сәйкес медициналық көмек пен сақтандыруға деген сұраныс шектеулі ресурстар мен белгісіздік жағдайындағы инвестициялық таңдау ретінде қарастырылады (Grossman, 1972; Batinti, 2015).

Осы зерттеудің мақсаты – Қазақстандағы дәрілік сақтандыру полисі үшін төлеуге дайындықтың әлеуметтік-экономикалық, медициналық және лингвистикалық факторлармен байланысын бағалау, сондай-ақ қазақтілді және орыстілді респонденттер арасындағы айырмашылықтардың сипатын анықтау. Зерттеудің негізгі гипотезасы бойынша, дәрілік сақтандыру полисі үшін төлеуге дайындық тек табыс пен ағымдағы медициналық шығындарға ғана емес, сондай-ақ денсаулықты өзін-өзі бағалауға, медициналық көмекке жүгіну тәжірибесіне, тұрғылықты өңірге және үй шаруашылығындағы қарым-қатынас тіліне байланысты қалыптасады.

ӘДЕБИЕТТЕРГЕ ШОЛУ

Денсаулық экономикасында медициналық көмекке сұраныс көбіне денсаулықты ұзақ мерзімді капитал ретінде қарастыратын теориялық тәсілдер арқылы түсіндіріледі. Гроссман моделіне сәйкес, индивид денсаулығын сақтау мен қалпына келтіруге бағытталған шешімдерді шектеулі ресурстар, уақыт және белгісіздік жағдайында қабылдайды (Grossman, 1972). Осы тұрғыдан медициналық қызметтерге, дәрі-дәрмекке немесе сақтандыру полисіне жұмсалатын шығындар ағымдағы тұтыну ғана емес, болашақ денсаулық жағдайына жасалатын инвестиция ретінде қарастырылуы мүмкін. Кейінгі зерттеулер бұл логиканы кеңейтеді (Batinti, 2015).

Бұл ретте әлеуметтік-экономикалық мәртебе, денсаулықты өзін-өзі бағалау және дәрі-дәрмекке ағымдағы шығындар сақтандыру полисі үшін төлеуге дайындықтың мәнді факторлары ретінде көрінеді. Бұл қорытындылар Ресейде, Сауд Арабиясында, Германияда және басқа елдерде жүргізілген медициналық сақтандыру үшін willingness to pay жөніндегі эмпирикалық зерттеулердің нәтижелерімен сәйкес келеді (Kaneva et al., 2015; Kaneva et al., 2019; Al-Hanawi et al., 2018; Bock et al., 2016; Tambor et al., 2014; Dong et al., 2003).

Бұл бағыттағы зерттеулердің артықшылығы – олар сақтандыруға сұранысты сандық тұрғыдан бағалауға және нақты саясат құралдарына байланыстыруға мүмкіндік береді. Алайда көптеген зерттеулер WTP көрсеткішін негізінен экономикалық және демографиялық айнымалылар арқылы түсіндіреді, ал ақпаратты түсіну, институционалдық сенім, тілдік орта және мінез-құлықтық ұстанымдар сияқты факторлар көбіне жанама түрде ғана ескеріледі.

Мінез-құлықтық экономика бұл талдауды толықтырады. Перспективалар теориясына сәйкес, төлеуге дайындық индивид өзінің жағдайындағы ықтимал өзгерістерді қандай бастапқы күймен салыстырып қабылдайтынына тәуелді (Kahneman & Tversky, 1979; Köszegi & Rabin, 2006). Денсаулық сақтау саласында бұл сақтандыру полисінің бағасы тек объективті табыс деңгейімен ғана емес, ауру қаупін субъективті қабылдаумен, шығыннан қашу мінез-құлқымен және болашақ медициналық шығындарға қатысты күтілімдермен де байланысты болуы мүмкін екенін білдіреді. Сондықтан

WTP көрсеткішін түсіндіруде классикалық табыс-шектеу логикасын ғана емес, тәуекелді қабылдау және субъективті шығындарды бағалау механизмдерін де ескеру қажет.

Емге қолжетімділіктегі теңсіздік қызметтердің болуын ғана емес, олардың географиялық, қаржылық және ұйымдастырушылық қолжетімділігін де қамтитын көпөлшемді конструкт болып табылады (Penchansky & Thomas, 1981; Oladosu et al., 2023). Медициналық көмекті нақты пайдалану іске асқан қолжетімділіктің көрсеткіші ретінде қарастырылуы мүмкін, өйткені ол профилактикалық жүгінулерді, дәрігерге қаралуды, ауруханаға жатқызылуды және дәрі-дәрмек көмегін пайдалануды бейнелейді. Кейінгі зерттеулер бұл ұғымды кеңейтіп, медициналық көмекке қол жеткізудегі құрылымдық, қаржылық және когнитивтік кедергілерді бөліп көрсетеді (Carrillo et al., 2011; Oladosu et al., 2023).

Жоғары жеке медициналық шығындар медициналық көмекке қолжетімділікті табыс деңгейіне тәуелді етеді. Мұндай жағдайда табысы төмен үй шаруашылықтары қажетті емді кейінге қалдыруы, дәрі-дәрмек сатып алудан бас тартуы немесе медициналық қызметтерді толық көлемде пайдалана алмауы мүмкін. Бұл өз кезегінде денсаулық саласындағы әлеуметтік теңсіздіктің тереңдеуіне алып келеді (Balabanova et al., 2012; Kaminska & Wulfgramm, 2019). Демек, дәрілік сақтандыруға дайындықты талдау кезінде тек жеке табыс деңгейін емес, өңірлік және институционалдық контексті де ескеру қажет (Kireyeva et al., 2018). Осы тұрғыдан дәрілік сақтандыру медициналық шығындар тәуекелін бөлу және емге қолжетімділіктегі теңсіздікті азайту құралы ретінде қарастырылуы мүмкін. Қазақстан жағдайында бұл мәселе өңірлік және әлеуметтік әркелкілікпен күрделене түседі, ол медициналық көмекке қолжетімділікке де, оны қаржыландыру тетіктерін қабылдауға да әсер етеді (Spankulova et al., 2020; Kireyeva et al., 2021; Spankulova et al., 2026a).

Дәрілік сақтандыру халықтың дәрі-дәрмекке жұмсайтын шығындарын азайту және емге қолжетімділікті кеңейту құралы ретінде талқыланып келеді (Volkova et al., 2023a; Volkova et al., 2023b; Volkova et al., 2024). Демек, дәрілік сақтандыруға дайындықты талдау кезінде тек жеке табыс деңгейін емес, өңірлік және институционалдық контексті де ескеру қажет.

Сақтандыру өнімін сатып алу туралы шешім тек қаржылық есепке негізделмейді. Тұтынушы сақтандыру шартының мазмұнын, төлем тәртібін, өтелетін және өтелмейтін қызметтерді, сондай-ақ болашақтағы ықтимал пайдасын түсінуі тиіс. Сондықтан медициналық және сақтандыру сауаттылығы WTP көрсеткішін түсіндірудегі маңызды факторлардың бірі болып табылады. Эмпирикалық зерттеулер тұтынушылардың сақтандыру нарығындағы шешімдері сақтандыру сауаттылығына, полис талаптарын түсінуіне, қолжетімді ақпарат көлеміне және баламалы өнімдерді салыстыра алу қабілетіне тәуелді екенін көрсетеді (Barnes et al., 2015).

Медициналық сауаттылық жөніндегі әдебиетте тіл, ақпаратты қабылдау және пациент пен дәрігер арасындағы коммуникация сапасы медициналық шешімдерге тікелей байланысты екені көрсетіледі. Бұл еңбектерде тілдік сәйкестік, ақпаратты түсіну деңгейі және коммуникация сапасы жүйеге деген сенімге, пациенттің жайлылығына және ресми медициналық әрі сақтандыру институттарын пайдалануға әсер ететіні атап көрсетіледі (Sudore et al., 2009; Paasche-Orlow & Wolf, 2007; Barnes et al., 2015; Barnes & Hanoch, 2017).

Осы бағыттағы зерттеулердің күшті жағы – олар медициналық көмекке қолжетімділікті тек табыс пен инфрақұрылым арқылы емес, ақпаратты түсіну және пайдалану қабілеті арқылы да түсіндіреді. Бірақ олардың көпшілігі тілдік ортаны жеке экономикалық айнымалы ретінде емес, коммуникациялық кедергі немесе медициналық сауаттылықтың бір бөлігі ретінде қарастырады. Бұл әсіресе екітілді немесе көптілді қоғамдар үшін жеткіліксіз болуы мүмкін, өйткені мұндай ортада тіл тек ақпарат алмасу құралы ғана емес, сонымен бірге институционалдық тәжірибе, ресми жүйеге жақындық және әлеуметтік сенім деңгейінің индикаторы болуы ықтимал.

Зерттеулер мәдени және әлеуметтік практикалардың денсаулық саласындағы мінез-құлыққа және денсаулық сақтау жүйесімен өзара әрекеттесуге ықпал етуі мүмкін екенін көрсетеді. Денсаулық туралы ақпаратты ұжымдық талқылау және бірлесіп пайымдау тетіктері шешім қабылдауға және денсаулықты сақтау практикасына қатысуға әсер ете алады (Munté-Pascual et al., 2025). Кең мағынада мәдени

факторлар денсаулықтағы теңсіздіктің детерминанттары ретінде көрініс тауып, жекелеген әлеуметтік топтардың осалдығына ықпал етуі мүмкін (Fernandez, 2014; Mossop et al., 2025; Balakrishnan et al., 2025).

Ғылыми әдебиетте тілдің пациенттердің мінез-құлқына және медициналық сақтандыруға қатысты шешімдеріне әсер етуінің екі негізгі тетігі бөлінеді. Біріншісі — ақпараттық-коммуникациялық тетік. Тілдік кедергі медициналық сауаттылық деңгейін төмендетіп, медициналық және институционалдық ақпаратты түсінуді қиындатуы, пациент пен дәрігер арасындағы коммуникация сапасын нашарлатуы мүмкін. Бұл медициналық ұсынымдарды дұрыс түсінбеу қаупін арттырып, ресми медициналық көмекке жүгіну ықтималдығын төмендетеді (Sudore et al., 2009; Paasche-Orlow & Wolf, 2007). Сақтандыру шешімдері жағдайында тілдік айырмашылықтар полис талаптарын түсінуді және баламалы сақтандыру өнімдерін салыстыруды да қиындатуы мүмкін (Barnes et al., 2015). Екіншісі — мәдени-институционалдық және мінез-құлықтық сипатта. Тіл мәдени қашықтықтың маркері ретінде ресми институттарға деген сенім деңгейіне ықпал етуі мүмкін. Көптілді қоғамдарда мұндай айырмашылықтар көмек іздеу тәсілдерінде, ресми денсаулық сақтау жүйесіне жүгінуге дайындықта және емдеу туралы шешім қабылдауда отбасы мен қауымдастық қолдау желілерінің ролінде көрінуі мүмкін (Balakrishnan et al., 2025; Mossop et al., 2025).

Тілдік топтар арасындағы айырмашылықтар ресми институттарға әркелкі кірігу деңгейімен және ұжымдық мінез-құлықтың әртүрлі модельдерімен байланысты болуы мүмкін. Отбасы және қауымдастық қолдау желілерінің ролі айқын көрінетін ортада сақтандыруға деген көзқарас өзгеше қалыптасуы ықтимал, өйткені ақпарат іздеу, қолдау алу және емдеу туралы шешім қабылдау функцияларының бір бөлігі бейресми институттарға ауысады (Gerry et al., 2017; Munté-Pascual et al., 2025).

Посткеңестік контексте бұл мәселе ерекше сипатқа ие. Орыс тілі ұзақ уақыт бойы мемлекеттік басқару, ресми құжат айналымы және институционалдық коммуникация тілі ретінде қолданылды. Бұл бір жағынан ресми ережелерді түсінуді жеңілдетуі мүмкін, екінші жағынан, мемлекетпен байланысты формалды-

бюрократиялық тәжірибені де күшейтуі ықтимал. Қазақ тілінің қоғамдық және институционалдық қолданысының кеңеюі сақтандыру өнімдерін ұлттық тілдік ортаға жақындатуы мүмкін, бірақ арнайы медициналық және сақтандыру терминдерінің жеткілікті түсінікті болмауы кейбір азаматтар үшін қосымша когнитивтік жүктеме туғызуы ықтимал. Сондықтан Қазақстан жағдайында тілдік факторды тек этникалық белгі ретінде емес, ақпаратты қабылдау, ресми институттармен өзара әрекеттесу және сақтандыру шарттарын түсіну шығындарымен байланысты кешенді индикатор ретінде қарастыру орынды.

Бұл тұрғыдан алғанда, тілдің сақтандыру шешімдеріне ықтимал байланысы тікелей себеп-салдарлық әсер ретінде емес, әлеуметтік-экономикалық, ақпараттық және институционалдық жағдайлармен қабаттасқан статистикалық ассоциация ретінде түсіндірілуі тиіс. Мұндай сақтық маңызды, өйткені тілдік топтар арасындағы айырмашылықтар табыс, өңір, білім, медициналық көмекке жүгіну тәжірибесі және ресми институттарға сенім сияқты басқа факторлармен де байланысты болуы мүмкін.

МАТЕРИАЛДАР МЕН ӘДІСТЕР

Бұл бөлімде зерттеудің эмпирикалық базасы, айнымалыларды таңдау логикасы, дәрілік сақтандыру полисі үшін төлеуге дайындықты бағалау тәсілі және қолданылған эконометрикалық модельдердің әдіснамалық шектеулері сипатталады. Айнымалыларды іріктеу денсаулық экономикасы, медициналық көмекке қолжетімділік, медициналық сауаттылық және мінез-құлықтық экономика жөніндегі теориялық және эмпирикалық әдебиетке сүйенеді (Grossman, 1972; Kahneman & Tversky, 1979; Batinti, 2015; Barnes et al., 2015; Paasche-Orlow & Wolf, 2007; Sudore et al., 2009).

Зерттеудің эмпирикалық негізін Қазақстанның әртүрлі өңірлерінде жүргізілген онлайн-сауалнама деректері құрады. Бастапқы деректер базасында 2714 бақылау болды. Талдауға сауалнаманы толық толтырған және өзіндік табыс көзі бар респонденттер енгізілді; студенттер мен жұмыссыздар негізгі аналитикалық іріктемеден шығарылды. Мұндай шектеу сақтандыру полисі үшін төлеуге дайындықты нақты төлем қабілеттілігімен байланыстыра талдау қажет-

тілігімен түсіндіріледі, өйткені willingness to pay зерттеулерінде табыс пен төлем қабілеттілігі негізгі түсіндіруші факторлардың бірі ретінде қарастырылады. Қорытынды аналитикалық іріктеме 2695 бақылауды қамтыды. Респонденттер этникалық белгісі бойынша емес, үй шаруашылығындағы қарым-қатынас тілі бойынша жіктелді: қазақтілді топ (негізінен қазақ тілі) – 2044 респондент; орыстілді топ (негізінен орыс тілі) – 651 респондент.

Сауалнама Қазақстанның барлық негізгі макроөңірлерін және елді мекендердің әртүрлі түрлерін қамтыды: астана, облыс орталықтары, шағын қалалар және ауылдық елді мекендер. Сонымен бірге деректер онлайн форматта және ықтимал өзін-өзі іріктеу механизмі арқылы жиналғандықтан, бұл іріктеме Қазақстан халқы үшін толық статистикалық репрезентативті деп қарастырылмайды. Сондықтан зерттеу нәтижелері бүкіл халыққа тікелей жалпыланбайды; олар зерттелген респонденттер тобы ішіндегі статистикалық байланыстарды және мінез-құлықтық заңдылықтарды анықтауға бағытталған.

Тәуелсіз айнымалыларды таңдау пайдалықты максимизациялаудың неоклассикалық логикасына негізделеді, оған сәйкес индивидтің шешімі тұтынуға, денсаулық жағдайына және ресурстық шектеулерге тәуелді болады (Batinti, 2015). Осы логикаға сәйкес тәуелсіз айнымалылар үш негізгі топқа бөлінді: әлеуметтік-экономикалық факторлар, этномәдени және лингвистикалық факторлар, әлеуметтік-демографиялық бақылау айнымалылары.

Әлеуметтік-экономикалық факторларға табыс, қаржылық кедергілер, білім және жұмыспен қамтылу енгізілді. Табыс айнымалылары out-of-pocket шығындардың медициналық көмекке қолжетімділікті төмендетіп, денсаулық саласындағы әлеуметтік теңсіздікті күшейтуі мүмкін екендігін ескеру үшін алынды (Kaminska & Wulfgramm, 2019). Білім денсаулық туралы сауаттылықтың прокси-көрсеткіші ретінде қарастырылады, өйткені ол медициналық ақпаратты түсіну және емдеуге қатысты ақпараттандырылған шешім қабылдау қабілетіне ықпал етеді (Sudore et al., 2009; Paasche-Orlow & Wolf, 2007). Жұмыспен қамтылу түрі мен тұрақтылығы әлеуметтік кепілдіктер мен медициналық сақтандыруға қолжетімділікті сипаттайтын фактор ретінде енгізілді (Oladosu et al., 2023).

Этномәдени және лингвистикалық факторлар дәстүрлі практикалар мен қарым-қатынас тілін қамтиды. Дәстүрлі практикалар отбасы және қауымдастық желілерінің көмек іздеу тәсілдеріне, емдеу туралы шешім қабылдауға және денсаулық сақтаудың ресми жүйесімен өзара әрекеттесуге ықпалын көрсету үшін пайдаланылды (Munté-Pascual et al., 2025; Mossop et al., 2025). Қарым-қатынас тілі медициналық ақпаратты түсінуге, денсаулық сақтау жүйесіне деген сенімге және сақтандыру шарттарын қабылдауға әсер етуі мүмкін лингвистикалық әрі мәдени қашықтықтың индикаторы ретінде қарастырылады (Barnes et al., 2015).

Әлеуметтік-демографиялық бақылау айнымалылары ретінде жас, жыныс және отбасылық жағдай енгізілді. Жас пен жыныс емге мұқтаждықтағы, медициналық көмекті пайдаланудағы және денсаулық саласындағы мінез-құлық үлгілеріндегі айырмашылықтарды көрсету үшін алынды (Bock et al., 2016; Al-Hanawi et al., 2018). Отбасылық жағдай медициналық көмекке жүгінуді жеңілдетуі және қанағаттандырылмаған медициналық қажеттіліктер қаупін азайтуы мүмкін әлеуметтік қолдаудың жанама индикаторы ретінде қарастырылады (Kaminska & Wulfgramm, 2019).

Зерттеудің теориялық негізі денсаулық экономикасы мен мінез-құлықтық экономика тәсілдерінің үйлесіміне сүйенеді. Денсаулық экономикасы тұрғысынан индивид өз табысын ағымдағы тұтыну, денсаулықты сақтау және ықтимал медициналық шығындарға дайындалу арасында бөледі (Grossman, 1972; Batinti, 2015). Егер индивид ауруға шалдығу ықтималдығын және осы аурудан туындайтын қаржылық шығындарды ескерсе, сақтандыру полисін сатып алу болашақтағы белгісіз шығындарды алдын ала белгілі төлеммен алмастыру құралы ретінде қарастырылуы мүмкін.

Баламалы шешім – сақтандыру полисін алдын ала сатып алу. Бұл жағдайда сақтандыру болашақтағы ықтимал медициналық шығындарды төмендету тетігі ретінде қарастырылады. Полис үшін төлеуге дайындық ауру ықтималдығын субъективті бағалауға, денсаулық жағдайына және дәрі-дәрмекке жұмсалатын шығындарға байланысты қалыптасады. Модельдің эмпирикалық бағалануы барысында сақтандыру полисі үшін төлеуге дайындық

көрсеткіші (WTPP) тәуелді айнымалы ретінде пайдаланылды. Денсаулық жағдайы респонденттердің өзін-өзі бағалауы арқылы (healthstate), ал медициналық шығындар отбасының дәрі-дәрмекке жұмсайтын орташа шығындары арқылы (dcost) проксиленді.

Зерттеу әдіснамасы Канеман–Тверскидің тәуекел жағдайындағы шешім қабылдаудың мінез-құлықтық моделіне негізделеді (Kahneman & Tversky, 1979). Бұл тәсілге сәйкес, индивид ықтимал медициналық шығындар мен сақтандыру арқылы оларды азайту мүмкіндігін субъективті түрде бағалайды. Полис үшін төлеуге дайындық денсаулық жағдайын қабылдауға, күтілетін медициналық шығындарға және тәуекелді субъективті бағалауға байланысты қалыптасады. Сонымен қатар, бұл тәсіл бастапқы күймен салыстырылатын күтілетін жоғалтулар мен ұтыстарға негізделген референс-тәуелді талғамдар тұжырымдамасына жақын (Köszegi & Rabin, 2006).

Алайда wtpp айнымалысының үлестірімі айқын асимметриямен сипатталады: респонденттердің едәуір бөлігі сақтандыру полисі үшін төлеуге дайын емес екенін көрсеткен, сондықтан нөлдік мәндердің үлесі жоғары. Осыған байланысты классикалық OLS моделі мұндай үлестірім ерекшеліктерін толық ескермеуі мүмкін. Денсаулық сақтау шығындары мен WTP сияқты асимметриялы айнымалыларды талдауда логарифмдік трансформациялар мен екі кезеңді модельдер жиі қолданылады (Cragg, 1971; Manning & Mullahy, 2001).

Осы ерекшелікті ескере отырып, бұл зерттеуде OLS моделі негізгі сипаттамалық және салыстырмалы тәсіл ретінде қолданылды. Нәтижелер себеп-салдарлық әсер ретінде емес, айнымалылар арасындағы статистикалық ассоциациялар ретінде түсіндіріледі.

Канеман–Тверски құндылық функциясына сәйкес, сауалнама деректері негізінде сақтандыру полисі үшін төлеуге дайындық көрсеткіші үшін базалық регрессиялық модель құрылды (1):

$$\begin{aligned} WTPP = & \alpha + \beta_1 \text{healthstate2} + \\ & + \beta_2 \text{healthstate3} + \beta_3 \text{healthstate4} + \\ & + \beta_4 \text{healthstate5} + \beta_5 \text{cost} + \\ & + \beta_6 \text{langkaz} + \beta_7 \text{age} + \beta_8 \text{female} + \varepsilon \quad (1) \end{aligned}$$

мұнда:

$WTPP$ – респонденттің сақтандыру полисі үшін төлеуге дайындық көрсеткіші;

$healthstate_i$ – респонденттің денсаулық жағдайын өзін-өзі бағалауы;

$dcost_i$ – отбасының дәрі-дәрмекке жұмсайтын орташа шығындары;

$lanqkaz_i$ – тілдік топты сипаттайтын бинарлық айнымалы;

age_i – респонденттің жасы;

$female_i$ – жынысты сипаттайтын бинарлық айнымалы;

α – тұрақты шама;

ε – кездейсоқ қателік мүшесі.

Денсаулық жағдайы бес санат бойынша өлшенді: «өте жақсы», «жақсы», «қанағаттанарлық», «нашар» және «өте нашар». Регрессиялық модельде базалық санат ретінде «өте жақсы» денсаулық жағдайы пайдаланылды. Дәрі-дәрмекке жұмсалатын шығындар бірнеше шығын диапазондары бойынша топтастырылды.

$WTPP$ айнымалысында нөлдік мәндердің үлесі жоғары және үлестірім оң жақ асимметриямен сипатталады. Осыған байланысты классикалық OLS моделі мұндай үлестірім ерекшеліктерін толық ескермеуі мүмкін. Денсаулық сақтау шығындары мен WTP сияқты асимметриялы айнымалыларды талдауда екі кезеңді модельдер мен шектеулі тәуелді айнымалылар тәсілдері жиі қолданылады (Cragg, 1971; Manning & Mullahy, 2001). Осы ерекшелікті ескере отырып, бұл зерттеуде OLS моделі негізгі сипаттамалық және салыстырмалы тәсіл ретінде қолданылды. Сонымен қатар two-part/hurdle модельдерінің логикасы сақтандыруға қатысу шешімі мен төлем көлемін жеке бағалау үшін болашақ зерттеулерде пайдаланылуы мүмкін.

Модельді интерпретациялау кезінде бірқатар әдіснамалық шектеулер ескеріледі. Біріншіден, кейбір түсіндіруші айнымалылар бойынша эндогендік қаупі бар. Мысалы, денсаулықты өзін-өзі бағалау және дәрігерге қаралу жиілігі сақтандыруға сұраныстың экзогенді себептері ғана емес, респонденттің жалпы денсаулық мінез-құлқының, медициналық жүйемен бұрынғы тәжірибесінің және сақтандыруға қатысты жеке көзқарасының нәтижесі де болуы мүмкін. Сондықтан бұл айнымалылардың коэффициенттері себеп-салдарлық әсер ретінде емес, wtp көрсеткішімен статистикалық байланыс

ретінде түсіндіріледі. Көлденең қималық сауалнама деректері мұндай каузалдық механизмдерді толық ажыратуға мүмкіндік бермейтіндіктен, нәтижелерді интерпретациялау кезінде сақтық қажет.

Екіншіден, сауалнама деректері өзін-өзі бағалауға негізделген. Респонденттер өз денсаулығын, шығындарын немесе төлеуге дайындық деңгейін дәл көрсетпеуі мүмкін. Бұл өлшеу қателіктеріне және декларативті жауаптардың пайда болуына алып келуі ықтимал. Әсіресе WTP көрсеткіші нақты төлем емес, гипотетикалық төлеуге дайындық болғандықтан, алынған бағалар респонденттердің нақты нарықтық мінез-құлқынан ерекшеленуі мүмкін.

Үшіншіден, модельдің түсіндіруші қабілеті шектеулі болуы мүмкін, өйткені сақтандыруға сұранысқа әсер ететін бірқатар маңызды мінез-құлықтық факторлар деректерде толық қамтылмаған. Оларға сақтандыру институттарына сенім, қаржылық сауаттылық, тәуекелді субьективті қабылдау, бұрынғы сақтандыру тәжірибесі, отбасы ішіндегі шешім қабылдау құрылымы және бейресми қолдау желілері жатады. Бұл бақыланбайтын гетерогенділік коэффициенттердің шамасына және модельдің түсіндіруші қабілетіне әсер етуі мүмкін.

Осы шектеулерге байланысты зерттеу нәтижелері каузалдық қорытынды ретінде емес, дәрілік сақтандыру үшін төлеуге дайындықпен байланысты факторларды сипаттайтын эмпирикалық ассоциациялар ретінде қарастырылады. Болашақ зерттеулерде репрезентативті іріктеме, панельдік деректер, инструменталды айнымалылар немесе эксперименттік дизайн элементтері қолданылса, сақтандыруға сұраныстың себеп-салдарлық механизмдерін тереңірек талдауға мүмкіндік туады.

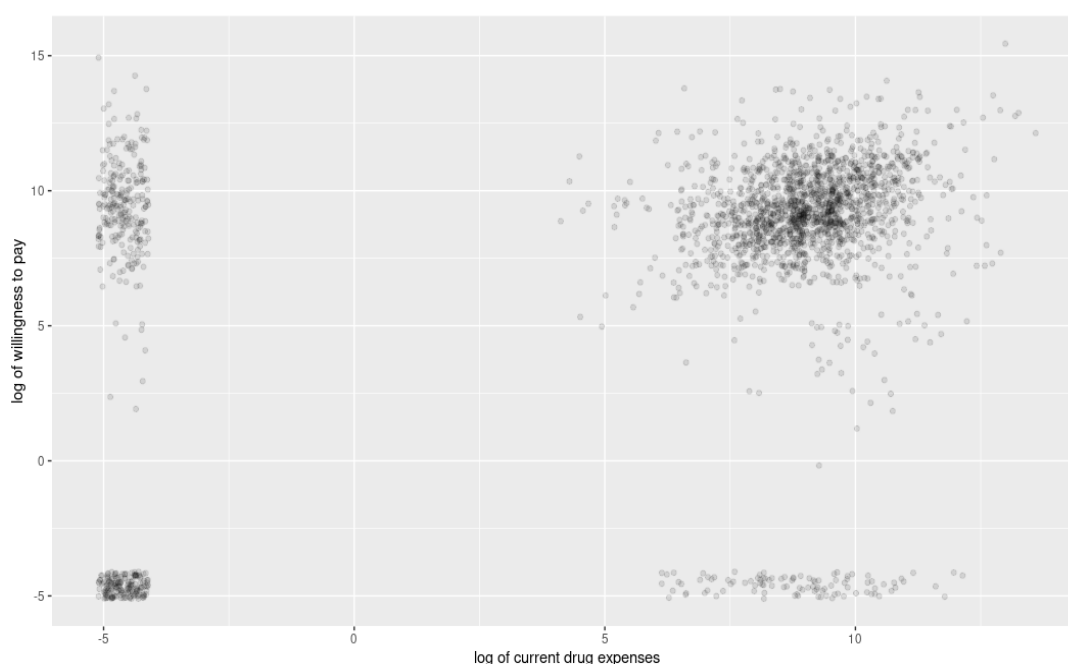
НӘТИЖЕЛЕР

Дәрі-дәрмекке ағымдағы шығындар мен төлеуге дайындықтың бірлескен үлестірімін талдау келесі нәтижелер берді. Респонденттердің басым көпшілігі (1744, бұл 87 %-ды құрайды) дәрі-дәрмекке шығынданбайтынын және сақтандыру полисі үшін төлеуге дайын емес екенін көрсетті. Дәрі-дәрмекке шығын шығарып жүргендердің арасында (276) оң төлеуге дайындық танытатындардың үлесі ($WTP > 0$) айтарлықтай

жоғары (63 %): дәлірек айтқанда 276 адамнан 175 адам сақтандыру үшін төлеуге дайын. Базалық талдау үшін жеке табыс көзі жоқ респонденттер, сондай-ақ дәрі-дәрмекке шығындары нөл болғанымен, төлеуге оң дайындық көрсеткендер (101 бақылау – 37 %) іріктемеден шығарылды, өйткені мұндай жағдайда төлеуге дайындық көбіне декларативті сипатқа ие болады. Дәрі-дәрмекке шығын шығарып жүргенімен, сақтандыру полисі үшін төлеуге дайын емес респонденттер ерекше қызығушылық тудырады — 253 бақылау немесе 13 %. Бұл топ нақты шығын тәжірибесі мен сақ-

тандыру тетігінен бас тарту арасындағы алшақтықты көрсетеді, бұл мінез-құлықтық және институционалдық кедергілерді талдау үшін маңызды. Дәрі-дәрмекке шығынданбайтын және сақтандыру үшін төлеуге дайын емес респонденттер іріктемеде базалық бақылау тобы ретінде қалдырылды.

1-суретте дәрі-дәрмекке ағымдағы шығындар мен дәрілік сақтандыру үшін төлеуге дайындықтың бірлескен үлестірімі; оң мәндер логарифмдік түрде көрсетіліп, көрнекілікті арттыру үшін қосымша шашыратылған (jittered).



Сурет 1. Ағымдағы шығындар және дәрілік сақтандыру үшін төлеуге дайындық
Figure 1. Current expenditure and willingness to pay for pharmaceutical insurance

1-суреттен көрсетілгендей, бақылаулар дәрі-дәрмекке ағымдағы шығындар мен сақтандыру полисі үшін төлеуге дайындықтың әртүрлі үйлесімдеріне сәйкес келетін бірнеше айқын кластер құрайды. Ең көп санды топ — дәрі-дәрмекке шығын шығармайтын әрі бір мезгілде сақтандыру үшін төлеуге дайын емес респонденттер тобы. Сонымен қатар, мазмұндық тұрғыдан маңызды екі топ та ерекшеленеді: дәрі-дәрмекке оң шығындары бар және полис үшін төлеуге оң дайындық танытатын респонденттер, сондай-ақ дәрі-дәрмекке шығын шығарып жүргенімен, сақтандыру схемасына қатысуға да-

йындық білдірмейтін респонденттер. Соңғы топ кейінгі талдау үшін ерекше қызығушылық тудырады, өйткені ол нақты шығындардан сақтандыру қорғанысына өтудегі кедергілерді айқындайды.

Іріктеменің жыныстық құрылымы шамамен 60% әйелдер құралған. Респонденттердің орташа жасы — 32 жас, бұл олардың басым бөлігінің экономикалық белсенді топқа жататынын көрсетеді. Отбасылық жағдайы бойынша 57%-ы некеде тұрған, бұрын некеде болған немесе тұрақты қарым-қатынаста болған, оның ішінде жесір қалғандар да бар, ал 43%-ы — бойдақтар.

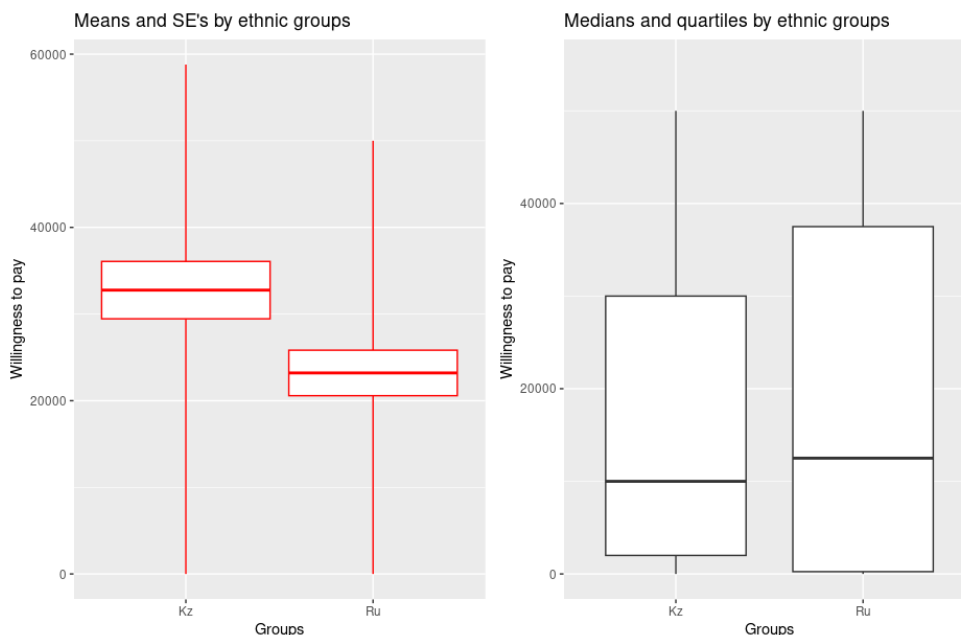
Бұл сипаттамалар нәтижелерді түсіндіру үшін маңызды, өйткені жас, жыныс және отбасылық жағдай денсаулық жағдайымен, медициналық көмекке жүгіну үлгілерімен және сақтандыру полисі үшін төлеуге дайындықпен байланысты болуы мүмкін.

Респонденттердің өзін-өзі бағалауы бойынша қатысушылардың көпшілігі өз денсаулығын «өте жақсы» (35%) немесе «жақсы» (41%) деп бағалайды, ал «қанағаттанарлық», «нашар» немесе «өте нашар» деп бағалағандардың үлесі едәуір төмен.

Сонымен қатар, өзі денсаулықтарын бағалау медициналық көмекке жүгінудің нақты үлгілерімен сәйкес келеді: денсаулық жағдайын төмен бағалау дәрігерге жиірек қаралумен байланысты. Бұл денсаулықты өзін-өзі бағалау айнымалысы тек субъективті қабылдауды ғана емес, сонымен бірге медициналық көмекке мұқтаждықтағы нақты айырмашылықтарды да көрсететінін растайды. Респонденттердің 25 % соңғы бір жылда дәрігерге мүлде қаралмаған, 35 % - 2 ретке дейін, 21 % - 5 ретке дейін, 10 % - 10 ретке дейін, 6% - кемінде 10 рет қаралған болып

шықты. Медициналық көмекке жиі жүгінетін респонденттердің үлесі салыстырмалы түрде аз болып қала береді.

Осылайша қалыптастырылған іріктемеде қазақтілді және орыстілді респонденттердің төлеуге дайындықтарының орташа мәндері арасында айырмашылықтар байқалады: қазақтілді топ үшін орташа мән ≈ 65.4 USD болса, орыстілді топ үшін ≈ 46.4 USD. Бұл айырмашылықтар 5% деңгейінде статистикалық мәнді ($t\text{-test}=2.26$, $p<0.024$). Сонымен қатар, екі топтағы медианалық мәндер сәйкес келеді және шамамен 20 USD құрайды, бұл топтар арасындағы айырмашылықтардың үлестірімнің орталық тенденциясына қарағанда орташа мәндерде айқынырақ көрінетінін білдіреді. Параметрлік еместестер де айырмашылықтарды осы бағытта растайды: Fisher–Pitman permutation test $p < 0.08$ деңгейінде мәнділік көрсетеді, бұл орыстілді топпен салыстырғанда қазақтілді топта төлеуге дайындықтың жоғарылауына қарай әлсіз, бірақ орнықты үрдіс бар екенін айтуға мүмкіндік береді (2-суретті қараңыз).



Сурет 2. Қазақтілді және орыстілді топтардағы төлеуге дайындықты салыстыру
Figure 2. Comparison of willingness to pay in the Kazakh-Speaking and Russian-Speaking groups

Тілдік топтар бойынша WTP үлестірімдерін көрнекі салыстыру үшін 2-суретте стандартты қате шектерімен берілген орташа мәндер, сондай-

ақ медианалар мен кватильаралық интервалдар көрсетілген. Көріп отырғанымыздай, төлеуге дайындықтың орташа мәні қазақтілді топта

орыстiлдi топқа қарағанда жоғары, ал медианалар бiр-бiрiне жақын. Бұл айырмашылықтардың үлестiрiмнiң орталық тенденциясына қарағанда оның жоғарғы бөлiгiнде және орташа мәндерiнде айқынырақ байқалатынын көрсетедi. Визуалды талдау статистикалық тесттердiң нәтижелерiн растайды және қазақтiлдi респонденттер арасындағы төлеуге дайындықтың жоғары болуы WTP-дiң жоғары мәндерi бар бақылаулардың көбiрек болуымен түсiндiрiлетiнiн көрсетедi.

Бұл қорытындыны регрессиялық талдау нәтижелерi де толықтырады: үйдегi қарым-қатынас тiлiн көрсететiн айнымалының (nat1) мәндiлiгi өңiрлiк, әлеуметтiк-демографиялық

және медициналық сипаттамалар ескерiлгеннен кейiн де тiлдiк топтар мен төлеуге дайындық арасында статистикалық байланыс сақталатынын көрсетедi. Бұл нәтиже себеп-салдарлық әсер ретiнде емес, басқа ковариаттар ескерiлгеннен кейiн сақталатын статистикалық ассоциация ретiнде түсiндiрiлуi тиiс. Тiлдiк айнымалы ақпараттық, институционалдық және әлеуметтiк айырмашылықтармен байланысты прокси-айнымалы болғандықтан, оның коэффициентiн сақтықпен интерпретациялау қажет.

Бұл айырмашылықтардың орнықтылығын тексеру үшiн модельдiң бiрнеше спецификациясы бағаланды, нәтижелер 1-кестеде берiлген.

Кесте 1. Регрессиялық талдау

Table 1. Regression analysis

Айнымалылар	Тәуелді айнымалы: дәрілік сақтандыру үшін төлеуге дайындықтың логарифмі			
Factor(nat1)Ru	0.215 (0.314)	0.636** (0.322)	0.628* (0.326)	0.710** (0.323)
Factor(regcode)West		-1.682*** (0.460)	-1.727*** (0.461)	-1.466*** (0.460)
Factor(regcode)North		-1.202** (0.536)	-1.239** (0.539)	-1.232** (0.534)
Factor(regcode)Center		-0.435 (0.674)	-0.445 (0.675)	-0.202 (0.669)
Factor(regcode)East		-1.289* (0.707)	-1.251* (0.711)	-1.211* (0.704)
Factor(rescode)RegCities		0.278 (0.430)	0.392 (0.436)	0.342 (0.433)
Factor(rescode)Townns		-0.035 (0.782)	0.319 (0.792)	0.366 (0.784)
Factor(rescode)Countryside		0.662* (0.365)	0.722* (0.372)	0.669* (0.371)
Age			-0.002 (0.014)	-0.014 (0.014)
Factor(gender) Male			-0.514* (0.298)	-0.321 (0.299)
Minc			0.00000 (0.00000)	0.00000** (0.00000)
Factor(marst)1			-0.440 (0.317)	-0.433 (0.315)
Factor(visitdoc) Өте жиі емес, жылына 5-тен 10 ретке дейін				0.818 (0.525)
Factor(visitdoc) Өте сирек, 2 ретке дейін				1.020*** (0.369)
Factor(visitdoc) Өте жиі, кем дегенде 10 рет				1.290** (0.629)
Factor(visitdoc) Сирек, 2-ден 5-ке дейін				1.849***

				(0.415)
Factor(bheal)2				-0.249
				(0.373)
Factor(bheal)3				-1.133***
				(0.400)
Constant	7.383***	7.543***	7.635***	7.274***
	(0.166)	(0.249)	(0.531)	(0.671)
Observations	1 214	1 160	1 152	1 152
R^2	0.0004	0.022	0.029	0.058
Adjusted R^2	-0.0004	0.015	0.019	0.043
Residual	4.903	4.807	4.799	4.739
Std. Error	(df = 1212)	(df = 1151)	(df = 1139)	(df = 1133)
F Statistic	0.468	3.252***	2.847***	3.902***
	(df = 1; 1212)	(df = 8; 1151)	(df = 12; 1139)	(df = 18; 1133)

*p<0.1; **p<0.05; ***p<0.01

Ескерту: авторлармен құрастырылған

Ковариаттарды таңдау сақтандыруға сұраныстың теориялық моделіне және емге қолжетімділік жөніндегі әдебиетке негізделген. Тіл айнаымалысы (nat1) топтар арасындағы ақпараттық, коммуникациялық және желілік айырмашылықтарды көрсетеді. Өңір мен елді мекен түрі медициналық көмекке қолжетімділіктегі және институционалдық ортадағы аумақтық айырмашылықтарды ескереді. Жас, жыныс және отбасылық жағдай емге мұқтаждықпен және медициналық көмекке жүгіну үлгілерімен байланысты базалық әлеуметтік-демографиялық сипаттамалар ретінде енгізілген. Табыс үй шаруашылығының төлем қабілеттілігін көрсетеді. Дәрігерге қаралу жиілігі мен денсаулықты өзін-өзі бағалау емге ағымдағы және күтілетін мұқтаждықтың прокси-көрсеткіштері ретінде қарастырылып, полис үшін төлеуге дайындықпен статистикалық байланысы бар факторлар ретінде түсіндіріледі.

Модельдің түсіндіруші қабілеті шектеулі екенін атап өткен жөн (ең жоғары $R^2 = 0.058$). Субъективті WTP бойынша көлденең қималық деректер үшін бұл күтілетін нәтиже, өйткені вариацияның елеулі бөлігі бақыланбайтын жеке гетерогенділікпен — тәуекелді қабылдаудағы, сақтандыру тетіктеріне сенімдегі, мінез-құлықтық ұстанымдардағы және бейресми институттардағы айырмашылықтармен анықталады. Сондықтан интерпретация кезінде басты назар модельдің болжамдық күшіне ғана емес,

коэффициенттердің бағыты мен орнықтылығына аударылады.

Кестеден көрінгендей, қосымша ковариаттарды енгізу тілдік топтар арасындағы төлеуге дайындық айырмашылықтарын жоймайды. factor(nat1)Ru айнаымалысының коэффициенті орыстілді респонденттердің төлеуге дайындығының базалық тілдік санатпен салыстырғандағы айырмашылығын көрсетеді. Алынған бағалаулар бұл айырмашылықтардың өңірлік, әлеуметтік-демографиялық және медициналық сипаттамаларды ескергеннен кейін де статистикалық мәнді болып қалатынын көрсетеді. Сонымен бірге, тілдік әсердің бағыты айнаымалының кодталуына тәуелді болғандықтан, оны сақтықпен түсіндіру қажет.

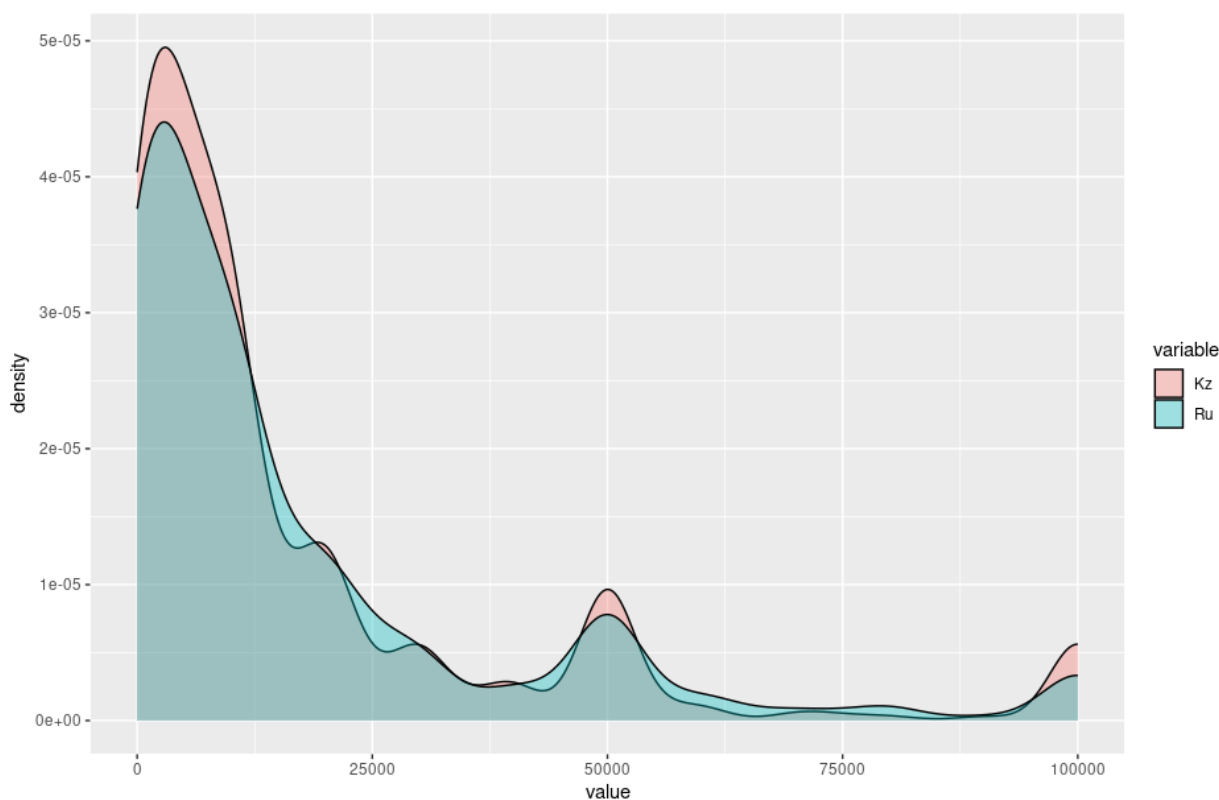
Өңірлік коэффициенттер базалық санатпен (оңтүстік өңірлер) салыстырғанда батыс, солтүстік және шығыс өңірлер респонденттерінің төлеуге төменірек дайындық танытатынын көрсетеді. Анықталған айырмашылықтар Қазақстандағы өңіраралық саралану жөніндегі неғұрлым кең нәтижелермен сәйкес келеді, мұнда аумақтық айырмашылықтар әлеуметтік-экономикалық теңсіздік пен даму жағдайларының әркелкілігінің орнықты факторы ретінде қарастырылады (Spankulova et al., 2026b; Spankulova et al., 2026a). Кейбір спецификацияларда ауылдық жерде тұру астаналармен салыстырғанда төлеуге жоғары дайындықпен байланысты. Табыс коэффициенті статистикалық

мәнді, алайда оның сандық шамасы үлкен емес, бұл табыстың теңгемен өлшенуімен байланысты. Кейбір модельдерде дәрігерге жиірек қаралу және денсаулық жағдайын төмен бағалау дәрілік сақтандыру полисі үшін төлеуге жоғары дайындықпен байланысты.

Жалпы алғанда, кестедегі нәтижелер төлеуге дайындықтың аумақтық, әлеуметтік-демографиялық және медициналық факторлармен байланысты екенін көрсетеді. Модельдің шектеулі түсіндіруші қабілеті респонденттердің елеулі бақыланбайтын мінез-құлықтық гетерогенділігін көрсетеді.

Регрессиялық талдау нәтижелері статистикалық мәнді рөлді тұрғылықты өңір, елді мекен түрі, денсаулық жағдайы және аз дәрежеде

табыс атқаратынын көрсетеді. Базалық санатпен салыстырғанда бірқатар өңірлердегі респонденттерде төлеуге төмен дайындық байқалады, ал кейбір спецификацияларда ауылдық жерде тұру астаналармен салыстырғанда төлеуге жоғары дайындықпен байланысты. Бұдан бөлек, денсаулықты өзін-өзі бағалаудың нашарлауы дәрілік сақтандыру полисі үшін төлеуге дайындықтың өсуімен байланысты. Табыс коэффициенті статистикалық мәнді болғанымен, оның экономикалық шамасы шағын болып қалады. Тілдік топтар бойынша төлеуге дайындық үлестірімдеріндегі айырмашылықтарды қосымша визуализациялау үшін 3-суретте WTP үлестірімінің тығыздық бағалары ұсынылған.



Сурет 3. Қазақтілді және орыстілді топтардағы дәрілік сақтандыру полисі үшін төлеуге дайындық үлестірімінің тығыздығы

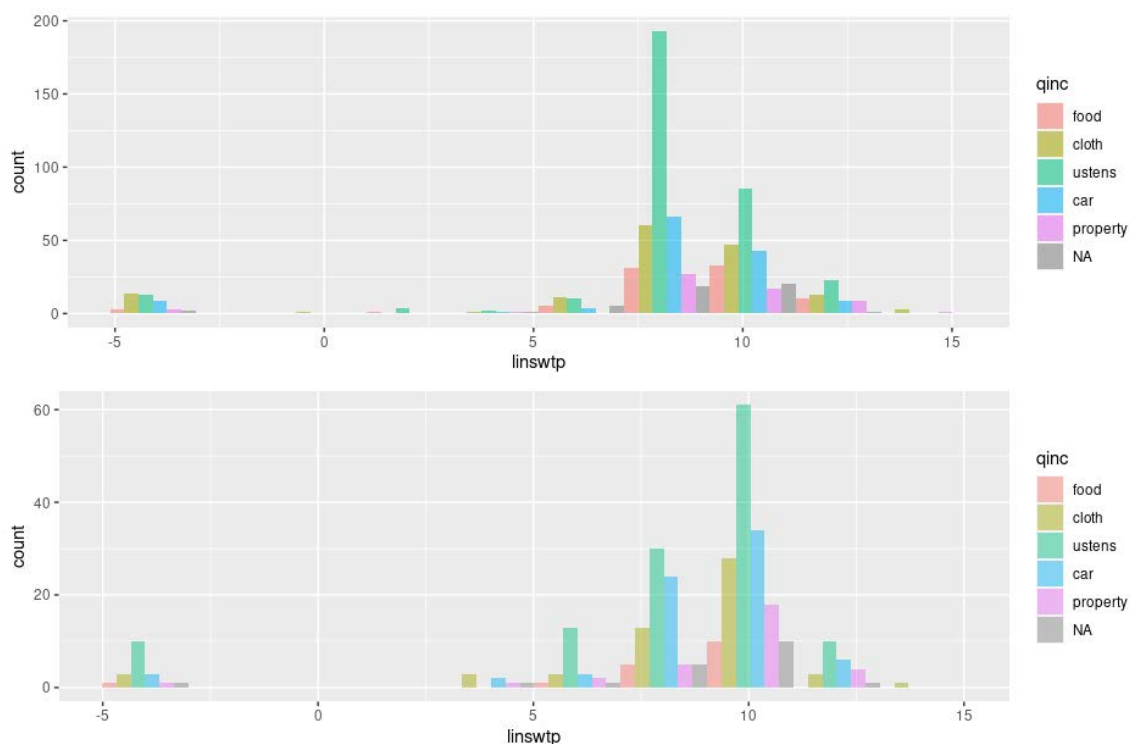
Figure 3. Density distribution of willingness to pay for a pharmaceutical insurance policy in the Kazakh-Speaking and Russian-Speaking groups

3-суреттен көрінгендей, екі топтағы да төлеуге дайындық үлестірімдері нөлге жуық мәндер маңында бақылаулардың айқын шоғырлануымен сипатталады, бұл төлеуге өте төмен немесе

нөлдік дайындық танытатын респонденттердің саны көп екенін көрсетеді. Сонымен қатар, қазақтілді топқа тән үлестірімнің оң жақ «құйрығы» неғұрлым айқын, бұл бұған дейін

алынған WTP-дің жоғары орташа мәндерімен сәйкес келеді. Осылайша, топтар арасындағы айырмашылықтар үлестірімнің тек орталық сипаттамаларынан ғана емес, сонымен бірге төлеуге дайындықтың салыстырмалы түрде жоғары мәндері бар респонденттердің көбірек ұсынылуынан да байқалады.

Айырмашылықтардың сипаты туралы қосымша ақпаратты табыс топтарының ішіндегі төлеуге дайындықты салыстыру береді. 4-суретте WTP-дің табыстың сапалық санаттары бойынша үлестірімі қазақтілді және орыстілді респонденттер үшін жеке-жеке көрсетілген.



Сурет 4. Қазақтілді және орыстілді топтардағы табыстың сапалық топтары бойынша төлеуге дайындық
Figure 4. Willingness to pay across qualitative income groups in the Kazakh-Speaking and Russian-Speaking groups

4-суреттен көрінгендей, табыстың сапалық бағалары салыстырмалы болған жағдайда, қазақтілді топтағы төлеуге дайындықтың үлестірімі бірқатар санаттар бойынша орыстілді топқа қарағанда оңға қарай ығысқан. Бұл топтар арасындағы айырмашылықтар тек ағымдағы төлем қабілеттілігімен ғана шектелмей, денсаулыққа төнетін тәуекелдерді субъективті бағалаудағы, сақтандыру тетіктеріне деген сенім деңгейіндегі және сақтандыру өнімі туралы ақпаратқа қолжетімділіктегі айырмашылықтарды да көрсетуі мүмкін деген жорамал жасауға мүмкіндік береді. Демек, дәрілік сақтандыру саласындағы бірыңғай әлеуметтік саясат схемасы әртүрлі тілдік топтар тарапынан әрқалай қабылданып, әртүрлі пайдаланылуы мүмкін,

сондықтан бірге қаржыландыру тетіктері мен халықпен коммуникацияны әзірлеу кезінде қалаулардың әркелкілігін ескеру қажет.

Сондай-ақ WTP үлестірімі нөлге жақын мәндер маңында бақылаулардың күшті шоғырлануымен сипатталатынын атап өткен жөн (3-суретті қараңыз). Осыған байланысты стандартты сызықтық спецификация респонденттердің мінез-құлқын толық сипаттау үшін жеткіліксіз болуы мүмкін. Болашақта екі бөліктен тұратын модельді пайдалану орынды: бірінші кезеңде — оң төлеуге дайындық ықтималдығын бағалау, екінші кезеңде — $WTP > 0$ болатын респонденттердің ішкі іріктелмесінде WTP шамасын бағалау. Мұндай тәсіл сақтандыру схемасына кіру туралы шешімді және қолайлы

сақтандыру төлемі мөлшері туралы шешімді жеке-жеке талдауға мүмкіндік берер еді.

Модельдің қойылымына сәйкес, аурудың күтілетін ауыртпалығын сипаттайтын *healthstate* айнымалысы жанама түрде ауыр ауруға шалдығу ықтималдығының нормаланбаған көрсеткіші болып табылады, ал осы коэффициенттің *dcost* айнымалысы коэффициентіне көбейтіндісі модельдегі *pX* терминдерімен алғанда полис үшін төлеуге дайындықтың дәрі-дәрмекке ағымдағы шығындар бойынша икемділігі ретінде түсіндіріледі. Модельдің бағаланған коэффициенттері негізінде төлеуге дайындықтың дәрі-дәрмекке ағымдағы шығындар бойынша икемділігін есептеуге болады. Бүкіл іріктеме үшін ағымдағы шығындардың \$2.00 артуы төлеуге дайындықтың шамамен \$0.17 өсуімен байланысты.

Бұл — көптеген өлшемдер бойынша шектеулі болып табылатын модельдің тек алғашқы жуықтауы ғана. Біріншіден, модель мінез-құлықтық ерекшеліктерді, атап айтқанда *P* ықтималдығын бағалаудағы ығысуларды есепке алмайды. Модельде өткізіп алынған айнымалылар өте көп, көптеген адамдар полис үшін мүлде төлеуге дайын емес, сәйкесінше олар үшін WTP бағасы жоқ. Бұл айнымалылардың кейбірін симуляция арқылы бағалауға болады, алайда мұндай шешім бәрібір әмбебап болмайды.

Базалық модельді бағалау *healthstate2*, *healthstate3*, *healthstate5* және *dcost* айнымалыларының статистикалық мәнді екенін көрсетті. Бүкіл іріктеме үшін бағаланған тендеу (1) түрінде берілген. Толығырақ талдау үшін тілдік топтар бойынша жеке модельдер бағаланды:

$$\begin{aligned} WTP_{kz} &= 5.154 + 1.926healthstate5 + \\ &+ 0.007dcost + \varepsilon \\ WTP_{pru} &= 5.029 + 0.507healthstate2 + \\ &+ 0.593healthstate3 + 8.207healthstate5 \\ &+ 0.019dcost + \varepsilon \end{aligned}$$

Алынған бағалаулар қазақтілді топта төлеуге дайындықпен статистикалық мәнді оң байланысы бар факторлар ретінде «өте нашар» санатындағы денсаулықты өзін-өзі бағалау мен отбасының дәрі-дәрмекке ағымдағы шығындары көрінетінін көрсетеді. Орыстілді топта мәнді факторлар ретінде дәрі-дәрмекке ағымдағы шығындар, сондай-ақ

денсаулықты «жақсы», «қанағаттанарлық» және «өте нашар» санаттарында өзін-өзі бағалау көрінеді. Осылайша, тілдік топтар арасындағы айырмашылықтар тек төлеуге дайындық деңгейінен ғана емес, сонымен бірге осы дайындықты айқындайтын факторлар құрылымынан да байқалады.

Теориялық тұрғыдан мұндай айырмашылықтар тілдің өзімен емес, онымен байланысты ақпараттық, институционалдық және желілік тетіктермен түсіндірілуі мүмкін. Қарым-қатынас тілі сақтандыру өнімі туралы ақпаратқа қолжетімділіктің әркелкілігін, медициналық сауаттылық (*health literacy*) деңгейіндегі айырмашылықтарды, ресми институттарға деген сенімді және бейресми қолдау желілерінің даму деңгейін көрсететін прокси-айнымалы ретінде көрінеді. Осы мағынада тіл төлеуге дайындықпен тікелей себеп-салдарлық байланыс ретінде емес, сақтандыру тетігін іздеу, түсіну және пайдалану кезіндегі трансакциялық шығындармен байланысты прокси-фактор ретінде қарастырылады. Демек, қазақтілді және орыстілді респонденттердің төлеуге дайындықтарындағы айырмашылықтар шешім қабылдаудың ақпараттық және институционалдық жағдайларының бірдей еместігін көрсетуі мүмкін.

Денсаулық экономикасы тұрғысынан бұл әртүрлі тілдік топтар үшін болашақ денсаулықтың субъективті құндылығы да, сақтандыру туралы ақпаратқа қол жеткізудің субъективті бағасы да әртүрлі болуы мүмкін екенін білдіреді. Егер бір тілдік ортада ресми сақтандыру тетіктерін пайдалану тәжірибесі көбірек жинақталған болса, ал екіншісінде отбасы мен бейресми қолдау жүйелері анағұрлым маңызды рөл атқарса, бұл әлеуметтік-экономикалық сипаттамалар ұқсас болғанның өзінде мінез-құлық стратегияларындағы айырмашылықтарға әкелуі мүмкін.

ТАЛҚЫЛАУ

Ұсынылған талдау дәрі-дәрмек шығындарын өтеуге бағытталған сақтандыру полисі үшін төлеуге дайындықтың әлеуметтік-экономикалық, медициналық және лингвистикалық факторлармен байланысты екенін көрсетті. Денсаулықты өзін-өзі бағалау, дәрі-дәрмекке ағымдағы шы-

ғындар, тұрғылықты өңір, елді мекен түрі және үй шаруашылығындағы қарым-қатынас тілі респонденттердің сақтандыруға қатысуға дайындығын түсіндіруде маңызды рөл атқарады. Алайда бұл нәтижелер себеп-салдарлық әсер ретінде емес, көлденең қималық сауалнама деректері негізінде анықталған статистикалық ассоциациялар ретінде түсіндірілуі тиіс.

Алынған нәтижелер мемлекеттік кепілдіктер бағдарламасы мен міндетті әлеуметтік медициналық сақтандырудың базалық пакеті толық қамтымайтын дәрі-дәрмек шығындары үшін ерікті немесе қосымша сақтандыру тетіктерінің ықтимал маңызын көрсетеді. Дегенмен бұл қорытынды бірлесіп қаржыландырудың тиімділігін автоматты түрде дәлелдемейді. Нәтижелер тек кейбір үй шаруашылықтары үшін жеке төлем жүктемесін төмендету сақтандыру полисінің қолайлылығын арттыруы мүмкін екенін көрсетеді. Сондықтан дәрілік сақтандыруды енгізу немесе кеңейту кезінде халықтың орташа төлеуге дайындық деңгейін ғана емес, төлем қабілеттілігіндегі, денсаулық тәуекелдеріндегі және сақтандыру өнімін түсіну деңгейіндегі айырмашылықтарды да ескеру қажет.

Бірлесіп қаржыландыру медициналық көмекті төлеудің қосымша тетігі ретінде қарастырылуы мүмкін. Белгілі бір институционалдық жағдайларда ол денсаулық сақтау жүйесіне қосымша ресурстар тартуға және пациенттердің емді қаржыландыруға қатысуға дайындығын бағалауға мүмкіндік береді (Kaneva et al., 2015; Kaneva et al., 2019). Willingness to pay жөніндегі эмпирикалық зерттеулер халықтың мұндай схемаларға қатысуы табыс деңгейіне, әлеуметтік-экономикалық сипаттамаларға және сақтандыру тетігін қабылдауына тәуелді екенін көрсетеді (Al-Hanawi et al., 2018; Bock et al., 2016; Dong et al., 2003). Мұндай схемалардың тиімділігі автоматты түрде қалыптаспайды. Бірлесіп қаржыландыру емге қолжетімділіктің қосымша кедергісіне айналмауы үшін оның параметрлері халықтың төлем қабілеттілігіндегі, аурудың ауырлығындағы және пациенттердің әлеуметтік-экономикалық жағдайындағы айырмашылықтарды ескеруі тиіс.

Практикалық тұрғыдан дәрілік сақтандыру пакеттерін кемінде үш деңгейде жобалау орынды. Бірінші деңгей — төмен жарналы базалық пакет. Ол халықтың төлем қабілеті төмен топтарына

бағытталып, ең қажетті дәрі-дәрмек түрлерін өтеуді қамтуы мүмкін. Екінші деңгей — орташа жарналы стандартты пакет. Бұл пакет тұрақты табысы бар және дәрі-дәрмекке орташа шығын жұмсайтын респонденттер үшін қолайлы болуы мүмкін. Үшінші деңгей — кеңейтілген пакет. Ол дәрі-дәрмекке шығындары жоғары, дәрігерге жиі жүгінетін немесе денсаулық тәуекелін жоғары бағалайтын азаматтарға бағытталуы мүмкін. Мұндай көпдеңгейлі тәсіл бір ғана әмбебап сақтандыру өнімінің шектеулерін азайтып, әртүрлі әлеуметтік топтардың нақты қажеттіліктеріне жақынырақ шешім ұсынуға мүмкіндік береді.

Co-payment механизмін жобалау кезінде сақтандыру жарнасының мөлшері ғана емес, азаматтың нақты қаржылық жүктемесі де ескерілуі тиіс. Бірдей жарна табысы әртүрлі респонденттер үшін әртүрлі ауыртпалық туғызады. Сондықтан бірлесіп қаржыландыру деңгейін табыс топтары, дәрі-дәрмекке ағымдағы шығындар және медициналық қажеттілік деңгейі бойынша саралау орынды. Мысалы, төмен табысты және дәрі-дәрмекке тұрақты шығын жұмсайтын азаматтар үшін жарна төмендетілуі немесе субсидиялануы мүмкін, ал табысы жоғары топтар үшін сақтандыру жарнасының үлесі жоғарырақ белгіленуі мүмкін. Мұндай тәсіл co-payment тетігінің емге қолжетімділікке қосымша кедергіге айналу қаупін төмендетеді (Tambor et al., 2014; Dong et al., 2003).

Зерттеу нәтижелері ақпараттық және коммуникациялық саясаттың да маңызды екенін көрсетеді. Сақтандыру өнімі халыққа тек заңдық немесе қаржылық терминдер арқылы емес, қарапайым әрі түсінікті тілмен түсіндірілуі тиіс. Азаматтарға сақтандыру полисінің бағасы, қандай дәрілер өтелетіні, қандай жағдайларда төлем жасалатыны, қандай шектеулер бар екені және сақтандырудың нақты қаржылық пайдасы қысқа мысалдар арқылы көрсетілуі қажет. Бұл әсіресе сақтандыру сауаттылығы төмен, ресми институттарға сенімі әлсіз немесе медициналық ақпаратты түсінуде қиындықтары бар топтар үшін маңызды. Бұған дейінгі зерттеулер де сақтандыру шешімдері сақтандыру шарттарын түсіну, ақпарат көлемі және тұтынушының шешім қабылдау қабілетімен байланысты екенін көрсетеді (Cunningham et al., 2001; Barnes et al., 2015; Barnes & Hanoch, 2017).

Тілдік топтар арасындағы айырмашылықтарды түсіндіруде сақтық қажет. Үй шаруашылығындағы қарым-қатынас тілі төлеуге дайындыққа тікелей себеп болатын фактор ретінде емес, ақпараттық, институционалдық және әлеуметтік айырмашылықтармен байланысты прокси-айнымалы ретінде қарастырылады. Қазақтілді және орыстілді респонденттер арасындағы айырмашылықтар сақтандыру өнімін түсіну, ресми институттарға сенім білдіру, медициналық ақпаратқа қол жеткізу және отбасы мен қауымдастық желілерінің рөлі арқылы қалыптасуы мүмкін. Сондықтан ақпараттық жұмыс екі тілде ғана жүргізіліп қоймай, әр тілдік ортаға түсінікті терминологиямен, нақты мысалдармен және сенім тудыратын коммуникациялық арналар арқылы ұйымдастырылуы тиіс.

Қазақстан үшін бұл мәселе медициналық көмекке қолжетімділіктегі сақталып отырған аумақтық айырмашылықтарды, дәрілік қамтамасыз етудің маңызын және денсаулық сақтауға байланысты апаттық шығындар қаупін төмендету қажеттілігін ескере отырып, ерекше өзекті болып табылады. Ұлттық және халықаралық шолулар, әсіресе халықтың осал топтары мен ауылдық аумақтар тұрғындары үшін, созылмалы ауруларды емдеуді және дәрілік қамтамасыз етуді қаржыландырудың орнықты тетіктерін дамыту қажеттігін атап көрсетеді (WHO, 2020; Turgambayeva et al., 2021).

Денсаулық экономикасы теориясы тұрғысынан тәуекелді қабылдамау маңызды рөл атқарады. Сақтандыру жағдайы басталған кезде ірі медициналық шығындар тәуекелін төмендетудің субъективті құндылығы неғұрлым жоғары болса, қаржылық жоғалтуларды тегістеу тетігі ретінде сақтандырудың тартымдылығы да соғұрлым жоғары болады (Arrow, 1963; Kahneman & Tversky, 1979). Дәрілік сақтандыру үшін қолайсыз іріктеу тәуекелі сақталады: егер сақтандыру схемасына негізінен дәрі-дәрмекке күтілетін мұқтаждығы жоғары тұлғалар кірсе, бұл жүйенің қаржылық орнықтылығын төмендетуі мүмкін (Wang et al., 2006). Бұдан бөлек, ерікті схемаларға қатысуға дайындық бұрыннан жоғары медициналық шығындарға тап болған тұлғаларда артуы мүмкін, бұл да сақтандыру тетігінің дұрыс дизайнының маңызын күшейтеді (Dror et al., 2007).

Алынған нәтижелер жұмыспен қамтылған халық арасында дәрілік сақтандыруға қатысуға деген өлшенетін сұраныс бар екенін көрсетеді. Бұл ретте әлеуметтік-экономикалық мәртебе, денсаулықты өзін-өзі бағалау, дәрі-дәрмекке ағымдағы шығындар және тілдік орта сақтандыру полисі үшін төлеуге дайындықпен байланысты факторлар ретінде көрінеді. Бұл қорытындылар Ресейде, Сауд Арабиясында, Германияда және басқа елдерде жүргізілген medical insurance және willingness to pay зерттеулерінің нәтижелерімен сәйкес келеді (Kaneva et al., 2015; Kaneva et al., 2019; Al-Hanawi et al., 2018; Bock et al., 2016; Tambor et al., 2014; Dong et al., 2003).

Сонымен бірге зерттеудің шектеулерін ескеру қажет. Іріктеме онлайн сауалнама және «карлы кесек» әдісі арқылы қалыптастырылғандықтан, ол Қазақстан халқы үшін толық репрезентативті емес. WTP көрсеткіші нақты төлем емес, респонденттің гипотетикалық төлеуге дайындық бағасы болып табылады, сондықтан жауаптарда декларативті мінез-құлық болуы мүмкін. Сонымен қатар көлденең қималық деректер себеп-салдарлық қорытынды жасауға мүмкіндік бермейді. Сондықтан алынған нәтижелерді зерттелген респонденттер тобы ішіндегі статистикалық байланыстар ретінде түсіндіру қажет. Соған қарамастан, іріктеменің елдің негізгі өңірлері мен елді мекен түрлерін қамтуы дәрілік сақтандыруға төлеуге дайындықпен байланысты факторларды бастапқы эмпирикалық деңгейде бағалауға мүмкіндік береді.

ҚОРЫТЫНДЫ

Жүргізілген зерттеу Қазақстан халқының дәрі-дәрмек шығындарын өтеуге бағытталған сақтандыру полисі үшін төлеуге дайындық деңгейі бір ғана экономикалық фактормен түсіндірілмейтінін көрсетті. Алынған нәтижелер WTP көрсеткіші дәрі-дәрмекке ағымдағы шығындармен, денсаулықты өзін-өзі бағалаумен, табыс деңгейімен, тұрғылықты өңірмен, елді мекен түрімен және үй шаруашылығындағы қарым-қатынас тілімен байланысты екенін айқындайды. Бұл қорытынды денсаулық экономикасының негізгі ұстанымдарымен сәйкес келеді: медициналық көмек пен дәрілік қамтамасыз ету тек денсаулық сақтау жүйесінің техникалық элементі ғана емес, ол үй

шаруашылығының қаржылық мүмкіндігімен, ақпаратқа қолжетімділікпен, институционалдық сеніммен және жеке мінез-құлықтық шешімдермен тығыз байланысты.

Зерттеу нәтижелері дәрілік сақтандыру бағдарламаларын әзірлеу кезінде халықты біртекті топ ретінде қарастыру жеткіліксіз екенін көрсетеді. Бірдей немесе ұқсас табыс деңгейіне ие респонденттердің өзі сақтандыру өнімін әртүрлі қабылдауы мүмкін, өйткені олардың денсаулық тәуекелін бағалауы, медициналық шығындар тәжірибесі, сақтандыру шарттарын түсінуі және ресми институттарға сенім деңгейі әркелкі болуы ықтимал. Осы тұрғыдан алғанда, сақтандыру саясаты тек орташа төлеуге дайындық деңгейіне емес, халықтың әлеуметтік-экономикалық және ақпараттық әркелкілігіне де сүйенуі тиіс.

Практикалық тұрғыдан алғанда, дәрілік сақтандырудың тиімді дизайны икемді және сараланған болуы қажет. Төлем қабілеті төмен топтар үшін төмен жарналы базалық пакет, дәрі-дәрмекке тұрақты шығындары бар азаматтар үшін кеңейтілген өтемі бар пакет, ал табысы жоғары топтар үшін со-раумент үлесі жоғарырақ сақтандыру нұсқалары қарастырылуы мүмкін. Сонымен қатар сақтандыру шарттары халыққа қарапайым, түсінікті және сенім тудыратын тілмен жеткізілуі тиіс. Ақпараттық жұмыс тек формалды хабарландырумен шектелмей, нақты мысалдар, екі тілдегі түсіндірме материалдар және әртүрлі әлеуметтік топтардың қажеттіліктеріне бейімделген коммуникация арқылы жүргізілгені орынды.

Болашақ зерттеулерде дәрілік сақтандыруға сұранысты тереңірек түсіндіру үшін репрезентативті іріктемені, two-part немесе hurdle модельдерін, сондай-ақ сақтандыру институттарына сенім, қаржылық сауаттылық, тәуекелді қабылдау және бұрынғы сақтандыру тәжірибесі сияқты мінез-құлықтық айнымалыларды енгізу маңызды. Мұндай кеңейтілген талдау сақтандыру бағдарламасына қатысуға дайындық ықтималдығын және нақты төлем көлемін жеке-жеке бағалауға мүмкіндік береді. Осы бағыттағы зерттеулер Қазақстанда дәрілік сақтандырудың әлеуметтік тұрғыдан қолайлы, экономикалық жағынан орнықты және халықтың нақты қажеттіліктеріне бейімделген моделін қалыптастыруға негіз бола алады.

AUTHOR CONTRIBUTIONS

Conceptualization, K.A. and A.B.; methodology, A.B.; K.A.; software, K.A., A.B.; validation, K.A., A.B.; formal analysis, A.B., K.A...; investigation, A.B.; resources, K.A.; data curation, A.B.; writing—original draft preparation, A.B.; writing—review and editing, K.A., A.B.; visualization, A.B.; supervision, K.A.; project administration, K.A.; funding acquisition, K.A. All authors have read and agreed to the published version of the manuscript.

REFERENCES

- Al-Hanawi, M. K., Vaidya, K., Alsharqi, O., & Onwujekwe, O. (2018). Investigating the willingness to pay for a contributory national health insurance scheme in Saudi Arabia: A cross-sectional stated preference approach. *Applied Health Economics and Health Policy*, 16(2), 259–271. <https://doi.org/10.1007/s40258-017-0366-2>
- Arrow, K. J. (1963). Uncertainty and the welfare economics of medical care. *The American Economic Review*, 53(5), 941–973. <https://doi.org/10.2307/1828172>
- Balabanova, D., Roberts, B., Richardson, E., Haerpfer, C., & McKee, M. (2012). Health care reform in the former Soviet Union: Beyond the transition. *Health Services Research*, 47(2), 840–864. <https://doi.org/10.1111/j.1475-6773.2011.01323.x>
- Balakrishnan, S., Benea, C., Banerjee, A., & Mahajan, A. (2025). Exploring the social determinants of health in nutrition care for South Asian communities: A narrative review. *Canadian Journal of Dietetic Practice and Research*, 86 (1), 462–470. <https://doi.org/10.3148/cjdpr-2024-024>
- Barnes, A. J., & Hanoch, Y. (2017). Knowledge and understanding of health insurance: Challenges and remedies. *Israel Journal of Health Policy Research*, 6(1), 40. <https://doi.org/10.1186/s13584-017-0163-2>
- Barnes, A. J., Hanoch, Y., & Rice, T. (2015). Determinants of coverage decisions in health insurance marketplaces: Consumers' decision-making abilities and the amount of information in their choice environment. *Health Services Research*, 50(1), 58–80. <https://doi.org/10.1111/1475-6773.12181>
- Batinti, A. (2015). On medical progress and health care demand: A CES perspective using the Grossman model of health status. *Health Economics*, 24(12), 1632–1637. <https://doi.org/10.1002/hec.3109>
- Bock, J.-O., Hajek, A., Brenner, H., Saum, K.-U., Matschinger, H., Haefeli, W. E., Schöttker, B., Quinzler, R., Heider, D., & König, H.-H. (2016). A longitudinal investigation of willingness to pay for health insurance in Germany. *Health Services Research*, 52(3), 1099–1117. <https://doi.org/10.1111/1475-6773.12522>

- Carrillo, J. E., Carrillo, V. A., Perez, H. R., Salas-Lopez, D., Natale-Pereira, A., & Byron, A. T. (2011). Defining and targeting health care access barriers. *Journal of Health Care for the Poor and Underserved*, 22(2), 562–575. <https://doi.org/10.1353/hpu.2011.0037>
- Cragg, J. G. (1971). Some statistical models for limited dependent variables with application to the demand for durable goods. *Econometrica*, 39(5), 829–844. <https://doi.org/10.2307/1909582>
- Cunningham, P. J., Denk, C., & Sinclair, M. (2001). Do consumers know how their health plan works? *Health Affairs*, 20(2), 159–166. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.20.2.159>
- Dong, H., Kouyate, B., Cairns, J., Mugisha, F., & Sauerborn, R. (2003). Willingness-to-pay for community-based insurance in Burkina Faso. *Health Economics*, 12(10), 849–862. <https://doi.org/10.1002/hec.771>
- Dror, D. M., Radermacher, R., & Koren, R. (2007). Willingness to pay for health insurance among rural and poor persons: Field evidence from seven micro health insurance units in India. *Health Policy*, 82(1), 12–27. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2006.07.011>
- Fernandez, J. C. A. (2014). Cultural determinants of health: An approach to promoting equity. *Saúde e Sociedade*, 23(1), 167–179. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902014000100013>
- Gerry, C. J., Kaneva, M., & Zasimova, L. (2017). Reforming voluntary drug insurance in Russian healthcare: Does social solidarity matter? *Health Policy*, 121(11), 1177–1185. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2017.09.001>
- Grossman, M. (1972). On the concept of health capital and the demand for health. *Journal of Political Economy*, 80(2), 223–255. <https://doi.org/10.1086/259880>
- Kahneman, D., & Tversky, A. (1979). Prospect theory: An analysis of decision under risk. *Econometrica*, 47(2), 263–292. <https://doi.org/10.2307/1914185>
- Kaminska, M. E., & Wulfgramm, M. (2019). Universal or commodified healthcare? Linking out-of-pocket payments to income-related inequalities in unmet health needs in Europe. *Journal of European Social Policy*, 29(3), 345–360. <https://doi.org/10.1177/0958928718774261>
- Kaneva, M. A., Avxentyev, N. A., & Baydin, V. M. (2015). [Regression Analysis of Factors Influencing Willingness-to-Pay for Cooperative Medical Insurance]. *Finansovyi zhurnal = Financial Journal*, 5, 80–90. (In Russ.)
- Kaneva, M., Gerry, C. J., Avxentiev, N., & Baidin, V. (2019). Attitudes to reform: Could a cooperative health insurance scheme work in Russia? *International Journal of Health Economics and Management*, 19(3–4), 371–394. <https://doi.org/10.1007/s10754-019-09260-3>
- Kireyeva, A. A., Abilkayir, N. A., & Tsoy, A. A. (2018). A Study on the Distribution of Information and High Technology Clusters: Kazakhstan's Experience. *Journal of Distribution Science*, 16(4), 5–15. <https://doi.org/10.15722/JDS.16.4.201804.5>
- Kireyeva, A. A., Kangalakova, D. M., Kredina, A. A., Satpayeva, Z. T., & Urdabayev, M. (2021). Managing research and development process in conditions of economic growth of Kazakhstan: Methods and analysis. *Problems and Perspectives in Management*, 19(3), 185–196. [http://dx.doi.org/10.21511/ppm.19\(3\).2021.16](http://dx.doi.org/10.21511/ppm.19(3).2021.16)
- Köszegi, B., & Rabin, M. (2006). A model of reference-dependent preferences. *The Quarterly Journal of Economics*, 121(4), 1133–1165. <https://doi.org/10.1093/qje/121.4.1133>
- Manning, W. G., & Mullahy, J. (2001). Estimating log models: to transform or not to transform? *Journal of Health Economics*, 20(4), 461–494. [https://doi.org/10.1016/S0167-6296\(01\)00086-8](https://doi.org/10.1016/S0167-6296(01)00086-8)
- Mossop, P., Yadav, U. N., Wyber, R., Coombes, J., & Douglas, K. (2025). Addressing social and cultural determinants of health for Aboriginal and Torres Strait Islander people in chronic disease programs: A scoping review. *Health Promotion Journal of Australia*, 36(4), e70100. <https://doi.org/10.1002/hpja.70100>
- Munté-Pascual, A., Ruiz-Eugenio, L., & López de Aguilera, A. (2025). Dialogic scientific gatherings: Promoting inclusive health participation and communication among non-academic Roma women. *Frontiers in Public Health*, 13, 1618150. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2025.1618150>
- Oladosu, A. O., Khai, T. S., & Asaduzzaman, M. (2023). Factors affecting access to healthcare for young people in the informal sector in developing countries: A systematic review. *Frontiers in Public Health*, 11, 1168577. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2023.1168577>
- Paasche-Orlow, M. K., & Wolf, M. S. (2007). The causal pathways linking health literacy to health outcomes. *American Journal of Health Behavior*, 31(Suppl 1), S19–S26. <https://doi.org/10.5555/ajhb.2007.31.supp.s19>
- Penchansky, R., & Thomas, J. W. (1981). The concept of access: Definition and relationship to consumer satisfaction. *Medical Care*, 19(2), 127–140. <https://doi.org/10.1097/00005650-198102000-00001>
- Spankulova, L., Karatayev, M., & Clarke, M. L. (2020). Trends in socioeconomic health inequalities in Kazakhstan: National household surveys analysis. *Communist and Post-Communist Studies*, 53(2), 177–190. <https://doi.org/10.1525/cpcs.2020.53.2.177>
- Spankulova, L., Besstremyannaya, G., & Zhumartova, B. (2026a). Modeling methods for strategic analysis of interregional inequality in Kazakhstan. *KazNU Bulletin. Mathematics, Mechanics, Computer Science Series*, 1(129), 97–113. <https://doi.org/10.26577/JMMCS129120269>
- Spankulova, L., Bukatov, Y., & Kerimbayev, A. (2026b). Regional income inequality in Kazakhstan:

Assessments of the impact of healthcare and macroeconomic instability. *Engineered Science*, 39, 2071. <https://doi.org/10.30919/es2071>

Sudore, R. L., Landefeld, C. S., Pérez-Stable, E. J., Bibbins-Domingo, K., Williams, B. A., & Schillinger, D. (2009). Unraveling the relationship between literacy, language proficiency, and patient–physician communication. *Patient Education and Counseling*, 75(3), 398–402. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2009.02.019>

Tambor, M., Pavlova, M., Rechel, B., Golinowska, S., Sowada, C., & Groot, W. (2014). Willingness to pay for publicly financed health care services in Central and Eastern Europe: Evidence from six countries based on a contingent valuation method. *Social Science & Medicine*, 116, 193–201. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2014.07.009>

Turgambayeva, A., Imanova, Z., & Tulegenova, A. (2021). Rural healthcare in Kazakhstan: Problems and trends (literature review). *Journal of Health Development*, 3(43), 13–18. <https://doi.org/10.32921/2225-9929-2021-3-43-13-18>

Volkova, O. A., Spankulova, L. S., & Mukhamediyev, B. M. (2023b). [The readiness of the population to introduce a pharmaceutical insurance system in Kazakhstan]. *Journal of Siberian Federal University – Humanities and Social Sciences*, 16(11), 1906–1917.

Volkova, O. A., Spankulova, L. S., & Nuruly, Y. (2023a). The pharmaceutical insurance as a mean

to overcome inequality in access to health care of population in Kazakhstan. *Problemy sotsial'noi gigieny, zdavookhraneniia i istorii meditsiny = Problems of Social Hygiene, Public Health and History of Medicine*, 31(6), 1433–1438. <https://doi.org/10.32687/0869-866X-2023-31-6-1433-1438>

Volkova, O. A., Aliev, S. I., Spankulova, L. S., & Vruble, M. E. (2024). [The readiness of Kazakhstan to implementation of medicinal insurance: The sociological substantiation and education activities of public organizations]. *Problemy sotsial'noi gigieny, zdavookhraneniia i istorii meditsiny = Problems of Social Hygiene, Public Health and History of Medicine*, 32(3), 456–461. <https://doi.org/10.32687/0869-866X-2024-32-3-456-461> (In Russ.)

Wang, H., Zhang, L., Yip, W., & Hsiao, W. (2006). Adverse selection in a voluntary Rural Mutual Health Care health insurance scheme in China. *Social Science & Medicine*, 63(5), 1236–1245. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2006.03.008>

WHO. (2020). Pharmaceutical pricing and reimbursement systems in Eastern Europe and Central Asia: Report of the Pharmaceutical Pricing and Reimbursement Information Network for Countries in Eastern Europe and Central Asia. Retrieved March 30, 2026 <https://iris.who.int/items/1cbc40b2-8acc-4abc-ae58-ca714785e012>

Information about the authors

*Azamat R. Kerimbayev – PhD, Al-Farabi Kazakh National University, Almaty, Kazakhstan, email: ker_im@mail.ru, ORCID ID: <https://orcid.org/0009-0006-7463-0816>

Alexis V. Belianin – PhD, Professor, Almaty Management University, Almaty, Kazakhstan, email: a.belianin@almau.edu.kz, ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-0874-8393>

Авторлар туралы мәліметтер

*Керимбаев А.Р. – PhD, Әл-Фараби атындағы Қазақ ұлттық университеті, Алматы, Қазақстан email: ker_im@mail.ru, ORCID ID: <https://orcid.org/0009-0006-7463-0816>

Белянин А.В. – PhD, профессор, Алматы Менеджмент Университеті, Алматы, Қазақстан, email: a.belianin@almau.edu.kz, ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-0874-8393>

Сведения об авторах

*Керимбаев А.Р. – PhD, Казахский национальный университет им. аль-Фараби, Алматы, Казахстан, email: ker_im@mail.ru, ORCID ID: <https://orcid.org/0009-0006-7463-0816>

Белянин А.В. – PhD, профессор, Алматы Менеджмент Университет, Алматы, Казахстан, email: a.belianin@almau.edu.kz, ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-0874-8393>