

УДК 351.77

АНАЛИЗ ОБЕСПЕЧЕННОСТИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКИ ФИНАНСОВЫМИ РЕСУРСАМИ

Джапарова Дамира, профессор, Кыргызско-Турецкий университет «Манас»
<damirajaparova@mail.ru>

ANALYSIS OF THE AVAILABILITY OF FINANCIAL RESOURCES IN THE HEALTH SECTOR OF THE KYRGYZ REPUBLIC

Prof. Dr. **Japarova Damira**, Kyrgyz-Turkish Manas University <damirajaparova@mail.ru>

КЫРГЫЗ РЕСПУБЛИКАСЫНДАГЫ САЛАМАТТЫКТЫ САКТООНУН ФИНАНСЫ РЕСУРСТАРЫ МЕНЕН КАМСЫЗ БОЛОШУНУН АНАЛИЗИ

Джапарова Дамира, профессор, Кыргыз-Түрк Манас университети
<damirajaparova@mail.ru>

Abstract

The mismatch of financial sources public programmers to the real needs of their implementation is the main obstacle to the modernization of the health care system of the KR. Retained residual principle of financing health care. Despite the multi-channel source resources, funding, do not correspond to the real needs of public health. For more complete coverage of commercial structures and enhance their interest prompted personified accounting means compulsory health insurance. Funding from paid services should become the source of their own health fund.

Keywords: health financing, compulsory health insurance, patients' co-payments, paid medical services.
JEL cod I11, I18, I19

Аннотация

Несоответствие финансовых источников государственных программ реальным потребностям их реализации является главным препятствием модернизации системы здравоохранения КР. Сохраняется остаточный принцип финансирования здравоохранения. Несмотря на многоканальность источников ресурсов, объем финансирования не соответствует реальным потребностям здравоохранения. Для более полного охвата коммерческих структур и повышения их заинтересованности, предлагается ввести персонифицированный учет средств ОМС. Финансовые средства, поступающие от платных услуг, должны стать источником собственного фонда организаций здравоохранения и повышения мотивации труда.

Ключевые слова: финансирование здравоохранения, обязательное медицинское страхование, сооплата, платные медицинские услуги.

Кыскача мүнөздөмө

Саламаттык сактоо системасындагы финансы булактарынын анык керектөөгө дал келбегени тармактын өнүгүшүнө чоң тоскоолдуктарды жаратууда. Совет мезгилинен калган медицина тармагына бюджет бөлүштүрүү принциптери ушу күнгө чейин сакталып келүүдө. Саламаттык сактоо системасындагы финансы булактарынын көп түрдүүлүгүнө карабастан каражат өтө чектелүү. Ушул себептен милдеттүү түрдө камсыздандырууну арттыруу жана акы төлөнүүчү тейлөөдөн түшкөн каражатты толук колдонуу жолдору каралат. Акы төлөнүүчү тейлөөдөн топтолгон каражат дарылоочу жайлардын фондусуна айланып, эмгекке болгон кызыкчылыкты арттыраары макалада чагылдырылат.

Негизги сөздөр: саламаттык сактоо системасын каржылоо, милдеттүү түрдө камсыздандыруу, кошумча төлөө, акы төлөнүүчү тейлөө.

1. Введение

Повышение качества медицинских услуг и их доступность для населения, создание условий для получения доступной медицинской помощи – одна из важных задач любого государства. Несоответствие финансовых источников государственных программ реальным потребностям их реализации является главным препятствием на пути модернизации системы здравоохранения Кыргызской Республики. Поиск потенциальных источников финансовых ресурсов для здравоохранения и способов их рационального распределения и эффективного использования требует совершенствования системы финансирования государственных организаций здравоохранения.

В Кыргызской Республике сохраняется остаточный принцип финансирования здравоохранения. В связи с этим является актуальной разработка механизма привлечения дополнительных источников финансирования и результативного их использования.

Научное обоснование системы финансирования здравоохранения в отечественной науке в условиях перехода к рыночной экономике на примере Кыргызстана дано в работах профессоров М.М. Каратаева, А.А.Саякбаевой. Экономические проблемы здравоохранения затронуты в диссертациях Г.Т. Асаналиевой «Сфера социальных услуг в условиях переходной экономики: на материалах Кыргызской Республики» (2012 г.) и Р. Э. Асизбаева «Регулирование развития социальной сферы на основе индикативного планирования» (2015 г.). Несмотря на освещение широкого круга аспектов проблемы, необходимость детального изучения форм и методов финансирования здравоохранения и разработки предложений по эффективному использованию всех источников финансирования системы не вызывает сомнений.

2. Основная часть

Система «Единый плательщик» в Кыргызской Республике имеет несколько источников финансирования: государственный бюджет, обязательное медицинское страхование, сооплата и платные услуги. Несмотря на многоканальность источников ресурсов, объем финансирования не соответствует реальным потребностям здравоохранения. ФОМС объединяет все основные источники финансов, поступающих в государственные лечебные организации, и денежные ресурсы, поступающие из внешних источников финансирования. Также ФОМС распределяет финансовые ресурсы между организациями здравоохранения по регионам Кыргызской Республики. «Единый плательщик», в лице ФОМС, реализует Программу государственных гарантий и определяет покупателя и поставщиков медицинских услуг, организует систему сооплаты пациентов. [5] В 2016 г. расходы в государственной системе здравоохранения (без учета внешних каналов финансирования) соответствовали 12 255,9 млн. сом., что составляет 3,2% к ВВП. А в 2009 г. бюджет «Единого плательщика» составлял 2,5% к ВВП (табл. 1).

Из табл. 2 видим, что бюджетные расходы являются главным источником финансирования здравоохранения. Другие источники финансовых расходов здравоохранения по объему средств значительно уступают финансовым ресурсам, поступающим из бюджета государства. Расходы госбюджета на здравоохранение за 2009-2016 гг. увеличились в 2,3 раза. Однако государственное финансирование в КР остается незначительным и составляет порядка 10% бюджета страны. Это характеризует продолжение остаточного принципа финансирования системы здравоохранения в республике. Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) отмечает необходимость финансирования системы здравоохранения не ниже 5-6% ВВП.

Рассмотрим динамику затрат государства по источникам финансирования. Денежные доходы, поступившие из бюджета страны в 2016 г. для реализации Программы госгарантий по оказанию медико-санитарной помощи населению КР, как было отмечено выше, остались на прежнем уровне и не соответствуют реальным потребностям госгарантий в денежных

ресурсах. Анализ источников бюджета системы «Единого плательщика» показывает на сокращение финансирования из госбюджета за указанный период на 0,8% (табл. 3). [6]

Таблица 1. Расходы на здравоохранение по отношению к ВВП (%)

Основные источники	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2016 г. в % к 2009 г.
Бюджет	2,0	1,9	2,1	2,8	2,6	2,1	2,02	2,9	+0,9
ФОМС	0,38	0,35	0,37	0,45	0,43	0,37	0,39	0,54	+0,16
Частные	0,16	0,16	0,15	0,2	0,2	0,2	0,9	0,25	+0,09
Всего	2,54	2,41	2,62	3,45	3,23	2,67	3,31	3,2	+0,66

Источник: рассчитана по данным МЗ КР за 2009-2016 гг.

Таблица 2. Динамика общих расходов здравоохранения Кыргызской Республики (млн. сом.)

Основные источники	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2016 г. к 2009 г., млн. сом.	2016 г. в % к 2009 г.
Респ. бюджет	4008,3	4216,5	6056,7	7920	8481	8177,1	8551,9	9081,8	+5073,5	226,5
ФОМС	765,4	774,4	1062,2	1210	1390	1856,8	1855,7	1916,0	+1150,6	250,3
Частные	333,8	347,2	434,5	538,4	660,3	841,8	924,1	1328,5	+994,7	397,9
Всего	5107,5	5338,1	7553,4	9668,4	10532	10875,8	115590,9	12326,5	+7219,0	241,3

Источник: рассчитана по данным Министерства здравоохранения КР и ФОМС КР за 2009-2016 гг.

Таблица 3. Структура и динамика бюджета «Единого плательщика»

Основные источники	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2016 г. в % к 2009 г.
Бюджет	78,5	79,0	80,2	81,9	80,5	75,2	75,3	77,7	-0,8
ФОМС	15,0	14,5	14,1	12,5	13,2	17,1	16,4	13,9	-1,1
Частные	6,5	6,5	5,7	5,6	6,3	7,7	8,3	8,4	+1,9
Всего	100,0	-							

Источник: рассчитана по данным МЗ КР за 2009-2016 гг.

Следует отметить, что за период 2009-2016 гг. увеличилось число лиц, получающих социальные пособия, вследствие роста рождаемости и количества пожилых людей пенсионного возраста. Однако финансирование указанных категорий населения не пересматривалось. Поэтому финансирование лечения детей, пенсионеров и инвалидов далеко не соответствует реальным потребностям.

Удельный вес финансирования организаций здравоохранения из средств ФОМС и частных источников тоже практически не изменился (табл. 3). Низкий уровень бюджетных

расходов и поступлений по ОМС объясняется недофинансированием сектора здравоохранения.

Недопоступление финансовых ресурсов в 2016 г. равнялось 169 292,9 сом., или 57,6% от реальных потребностей в финансах. Если учесть, что потребности изначально определены с учетом дефицита ресурсов, рассчитаны по минимуму, то потребности госгарантий реализуются не полностью, с большим отставанием, что является причиной декларативного характера Программы госгарантий в КР.

Таблица 4. Исполнение средств ОМС, выделенных из Республиканского бюджета на социальные категории населения Кыргызской Республики за 2016 г.

Получатели	Потребность, млн. сом.	Профинансировано, млн. сом.	Профинансировано в % к потребностям
Дети до 16 лет	284,7	160,4	56,3
Пенсионеры	771,8	598,4	77,5
Лица, получающие социальные пособия	126,6	105,0	83,3
Безработные	4641,6	*	*
Военнослужащие	829,5	*	*
Студенты	200,3	*	*
Всего	400,0	230,7	

*Финансирование не предусматривается.

Источник: рассчитана по данным Министерства здравоохранения КР за 2016 г.

Из табл. 4 видно, что лица, оставшиеся без работы, и студенты находятся за пределами Программы госгарантий и не могут рассчитывать на реальную помощь от государства. Данная категория населения представляет собой потенциальный трудовой ресурс на рынке труда, ее качество будет в определенной степени оказывать влияние на развитие реального сектора экономики.

Необходимо отметить, что при нехватке финансовых ресурсов материально-техническая база организаций здравоохранения очень низкая. Поэтому нужны конкретизация медицинских услуг, оказываемых за счет государства бесплатно, и перечень услуг, официально оплачиваемых пациентом.

В соответствии с Программой госгарантий прием и консультация врача специалиста, профилактика и иммунизация на первичном уровне всем приписанным жителям района поликлиники осуществляются бесплатно. Однако это не соответствует реальности. Следует отметить, что на профилактику средства не выделяются. Значит, данный вид медицинских услуг остается формально, на бумаге.

В перечень бесплатных услуг входят лабораторные анализы и диагностика по направлению специалиста. Однако в КР лабораторные анализы, как правило, выполняют в частных лабораторных центрах. Следовательно, финансы, выделяемые на лабораторные исследования, используются в других целях.

Следующий источник финансовых ресурсов – обязательное медицинское страхование (ОМС) – выступает как средство соцзащиты населения. ОМС обеспечивает гарантию оплаты медицинских услуг в случае болезни застрахованного человека. Функционирующая система страхования здоровья в КР не отвечает принципам страхования. Эта модель представляет собой форму перераспределения средств, аккумулируемых Соцфондом республики, работающим аналогично налоговым органам государства. Финансовые ресурсы в виде страховых взносов ОМС поступают в Соцфонд республики и затем направляются в

распоряжение ФОМС при Правительстве КР. Таким образом, ФОМС аккумулирует денежные ресурсы и осуществляет роль главного распорядителя бюджетных и страховых средств в системе «Единого плательщика», выравнивая финансирование регионов.

Исследование показало, что главный недостаток ОМС в КР – это отсутствие форм участия застрахованного пациента в экономической системе отношений страхования. Страховой взнос на ОМС представляет собой одну из обязательных форм государственного налога и госфинансирования системы здравоохранения. В реализуемой в КР системе ОМС не присутствуют такие категории, как страховой случай, страховой риск, а возмещение стоимости услуг реализуется по количественным показателям: нормативным показателям отдельно взятой услуги, амбулаторному посещению, койко-дням и т.д. О том, что застрахованный не входит в систему отношений ОМС, можно убедиться по результатам опроса пациентов стационарного лечения. Из числа опрошенных пациентов 63% ответили, что не знают о бесплатных медицинских услугах по Программе государственных гарантий. Кроме этого, пациенты стационарного лечения вынуждены вступать в неформальные отношения с медицинскими работниками, осуществляя неофициальную оплату лечения; 28,6% пациентов, или третья часть опрошенных в ходе анкетирования пациентов стационаров ответили, что произвели неофициальную оплату.

Динамика доходов «Единого плательщика», поступающих от ОМС, показывает, что удельный вес средств ОМС (см. табл. 3) в общих расходах здравоохранения в 2016 г. против 2009 г. снизился на 1,1%, составив всего 13,9% доходов «Единого плательщика». Причина последней состоит в том, что реальные источники ОМС крайне ограничены. Кроме того, норма страховых взносов – всего 2% от фонда заработной платы. [2]

Для более полного охвата коммерческих структур и повышения их заинтересованности предлагается повысить персонифицированный учет средств ОМС. При этом должна быть прозрачность счетов страхования. Кроме того, требуется создать систему страхования иностранных граждан как потенциальный источник финансирования здравоохранения. В ФОМС нет накопительной системы, если человек перестает работать, он автоматически выбывает из числа застрахованных. Накопительная система мотивировала бы население страховать здоровье. Есть потребность определить источники лечения безработных граждан страны. Необходимо построить гибкую, дифференцированную, с учетом сферы деятельности, возраста и других критериев систему страхования с прозрачными и доступными для застрахованного человека счетами.

Анализ использования финансовых ресурсов выявил, что 94% выделяемых госбюджетом финансов используется для лечения льготных пациентов. В связи с этим основную часть платы за лечение в государственных организациях здравоохранения вносят сами пациенты. Реальные финансовые источники осуществления Программы госгарантий далеко не соответствуют декларированному перечню медицинских услуг. Замена бесплатных медицинских услуг платными в официальных документах и нормативных актах не предусмотрена, однако это имеет место в государственных лечебных организациях. Кроме того, прейскуранты 2008 г. устарели и не соответствуют реальным затратам на проведение рентгена, развернутого анализа крови и других процедур.

Анкетирование показало, что 26,9% пациентов произвели оплату хирургического вмешательства сверх сооплаты. Очевидно, по этой причине 70,2% пациентов стационара считают нужным легально оплачивать медицинские услуги. На вопрос пациентам поликлиники: «Считаете ли нужным платить медицинским работникам за качество лечения?» 36,4% ответили «да». При этом 67,8% пациентов поликлиник не осведомлены о перечне бесплатных медицинских услуг по Программе государственных гарантий. И 41,2% считают, что гарантировать качественное лечение можно только путем внесения платы за медицинские услуги. [7] Платные медицинские услуги осуществляются в виде официальных и неофициальных оплат пациентами оказанных услуг. В-первых, платные медицинские услуги оказались вне сферы управляющего воздействия государства (например,

прейскуранты устарели, объем услуг не предусмотрен и т.д.). Во-вторых, платные услуги осуществляются на базе государственных организаций здравоохранения. И, как следствие, появилась проблема неэффективного использования ресурсов здравоохранения, требующего дополнительных финансовых расходов. Все это противоречит оптимизации стационарной помощи. Специальные средства, поступающие в организации здравоохранения за оказанные дополнительные услуги гражданам, возросли в целом по республике за 8 лет в 8,6 раза (табл. 5). Однако их доля в бюджете здравоохранения не превышает 6%, или значительная часть платы за услуги приобретает форму «неформальных платежей».

Таблица 5. Поступление специальных средств в систему здравоохранения Кыргызской Республики в разрезе территорий за 2009-2016 гг. (млн. сом.)

Территория	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2016 г. к 2009 г., %
г. Бишкек	32,1	33,8	42,0	63,8	95,8	287,6	244,0	254,4	792,5
Область									
Чуйская	10,1	13,1	16,2	19,6	26,0	33,7	49,0	66,7	65,3
Ошская	15,3	28,3	39,0	51,5	56,5	62,4	101,4	119,0	777,7
Баткенская	2,0	3,2	5,8	6,5	8,5	21,2	17,6	29,4	1470
Джалал-Абадская	5,6	7,7	9,2	10,9	16,6	30,8	50,0	87,0	1553,6
Иссык-Кульская	5,5	6,4	7,8	10,3	14,8	19,7	47,5	31,2	567,3
Нарынская	1,3	1,6	2,3	3,4	4,0	7,6	15,9	19,2	1476,9
Таласская	0,6	0,9	1,0	2,0	3,2	3,8	6,7	23,5	3916,6
Всего	73,0	95,0	123,3	168,0	225,4	466,8	532,1	630,4	863,6

Источник: рассчитана по данным Министерства здравоохранения КР за 2009-2016 гг.

На наш взгляд, неформальные платежи в медицине, то есть то, что платят врачу, не следует считать «взяткой», так как в условиях отсутствия механизма регулирования неофициальная плата за услуги выступает как нерегулируемое государством дополнение к рыночной цене, что невозможно отменить. Единственный способ приведения их в какие-то рамки – это легализация. Финансовые средства, поступающие от платных услуг, должны стать источником собственного фонда организаций здравоохранения и использоваться в первую очередь для повышения заработной платы медицинских работников.

Важным источником дополнительного финансирования учреждений здравоохранения являются средства граждан, уплачиваемые ими в виде сооплаты за лечение в стационарах. Сооплата рассматривается как дополнительный источник финансирования для поставщиков медицинских услуг разных уровней. Обоснованием для введения сооплаты в отдельных зарубежных странах является ограничение пациента от его желания получить чрезмерное лечение за счет средств от страхования. В КР согласно системе «Единого плательщика» средства от сооплаты поступают в единый фонд, а затем в соответствии с отчетом первичных организаций (больниц) за прошлый год о количестве пролеченных больных перераспределяются стационарным отделениям. За 2013-2016 гг. в Кыргызстане сооплата выросла в номинальном выражении в 2,2 раза, но ее удельный вес практически не изменился и составил 3,9% в 2016 г. против 3,2% в 2013 г. (табл. 6).

Незначительный удельный вес сооплаты и спецсредств обусловлен расширением списка льготников по Программе госгарантий. Также объясняется незначительными изменениями в сооплате за лечение с 2002 г. Так, если в 2013 г. 1,3 млн. человек, или 24,8% всего населения республики получили льготы на бесплатное оказание медицинской помощи по ППГ, то в 2016 г. – 1,075 человек, или 18,7% населения страны. Из них 17,2% граждане, имеющие

льготы по социальному статусу. Размер сооплаты с 2002 г., как часть стоимости медицинских услуг, не меняется на фоне повсеместного удорожания продуктов питания и других услуг. Поэтому, по мнению одних оппонентов, сооплату надо повысить от 50 до 300%, других – вообще отменить. Поступления средств сооплаты населения по территориям КР возросли за 8 лет в 2,3 раза, наблюдается их неравномерный рост (табл. 7). Наиболее высокий рост произошел в Бишкеке – в 2,9 раза. Это, очевидно, связано с увеличением количества пациентов в Бишкеке и областных центрах, прибывающих из регионов и не имеющих медицинской страховки.

Таблица 6. Динамика источников финансирования консолидированного бюджета системы «Единого плательщика» за 2013-2016 гг. (млн. сом.)

Источник финансирования	2013	2014	2015	2016	2016 г. в % к 2013 г.
Республиканский бюджет	7,1	7,1	7,9	9,1	114,7
Средства ОМС	1,6	1,8	1,6	1,9	122,8
Средства сооплаты	379,7	434,9	393,2	480,6	126,6
Специальные средства	337,7	466,8	560,6	847,9	251,0
Местный бюджет г.Бишкека	1,1	1,1	575,3		
Итого	10,5	10,9	11,1	12,3	117,3

Источник: рассчитана по данным ФОМС за 2013-2016 гг.

Таблица 7. Поступление средств сооплаты в разрезе регионов за 2009-2016 гг. (млн. сом.)

Регион	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2016 г. в % к 2009 г.
г. Бишкек	62,4	89,5	95,6	121,6	156,9	215,1	155,9	180,6	289,4
Область									
Чуйская	22,3	27,9	33,3	43,2	39,5	38,1	35,9	43,1	193,3
Ошская	35,0	45,8	65,5	83,4	72,7	71,1	66,4	81,9	234,0
Баткен-ская	18,8	14,5	22,0	32,0	22,4	20,9	22,0	26,3	139,9
Джалал-Абадская	24,9	27,9	37,7	49,1	42,6	43,0	39,9	45,6	183,1
Иссык-Кульская	13,9	17,8	22,2	28,5	23,9	24,6	24,2	28,5	205,0
Нарын-ская	5,9	7,6	9,2	12,8	10,1	11,3	11,8	15,5	262,7
Таласская	5,3	7,2	9,8	15,0	11,6	10,8	10,5	12,2	230,1
Всего	188,5	238,2	295,3	385,6	379,7	434,9	366,6	433,8	230,1

Источник: рассчитана по данным ФОМС за 2013-2016 гг.

«Объем сооплаты определяется исходя из потребности здравоохранения в финансовых ресурсах» – так формулируется в «Положении о порядке сооплаты населением медикаментов». [6] Отсюда трудно установить критерии размера сооплаты для отдельного пациента и тем более учесть реальные затраты на его лечение. Сооплата в 2016 г. составляла лишь 4% доходов «Единого плательщика». Согласно действующей методике, вместо

получения реальной материальной поддержки со стороны государства одни пациенты вынуждены покрывать расходы других. Оплата больным части собственного лечения, на наш взгляд, является более справедливой мерой привлечения средств пациента на его лечение. Поэтому целесообразно вместо фиксированных соплатежей по отношению к медицинской помощи ввести дифференцированную сооплату по лекарствам, использованным при лечении больного (практика Турции). [8]

3. Выводы и рекомендации

В КР бюджетные средства являются основным источником финансирования государственных организаций здравоохранения, обеспечивая выполнение гарантий государства на получение населением бесплатной медицинской помощи. Для устранения разрыва между государственными гарантиями и их финансовым обеспечением необходимо конкретизировать государственные гарантии медицинской помощи, разграничивая бесплатные и платные медицинские услуги.

Требуется пересмотреть удельный вес средств, поступающих из республиканского бюджета для пенсионеров и детей до 16 лет и лиц, получающих социальные пособия.

Необходимо преобразовать бюджетно-страховую систему финансирования здравоохранения в систему финансирования, основанную на страховом принципе. Для охвата коммерческой структуры системой ОМС необходимо, чтобы представители этой сферы были сами в этом заинтересованы, необходимо персонифицировать учет средств обязательного медицинского страхования с обеспечением прозрачности счетов страхования. Изучение системы ОМС в КР позволило рассматривать страхование иностранных граждан как потенциальный источник финансирования здравоохранения.

В ФОМС отсутствует накопительная система. Если человек перестает работать, он автоматически выбывает из числа застрахованных. Накопительная система в ОМС даст возможность увеличить страховые тарифы, что позволит увеличить и страховую базу.

Необходимо построить гибкую, дифференцированную с учетом сферы деятельности, возраста и других критериев систему страхования с прозрачными и доступными для застрахованных счетами.

Неформальные платежи в медицине (платят врачу) не следует считать коррупционными действиями, так как в условиях отсутствия механизма регулирования они выступают как не регулируемое государством дополнение к рыночной цене, что невозможно пока отменить. Необходимо пересмотреть прецеденты и легализовать платные медицинские услуги по адекватным ценам на медицинские услуги.

Специальные средства, или поступления от платных услуг, должны стать источником собственного фонда поликлиники или больницы, используемого в первую очередь для повышения заработной платы медицинских работников.

Поступление спецсредств от платных услуг и их использование должны быть прозрачными, что повысит ответственность и заинтересованность как врачей, так и администрации и руководителей организаций здравоохранения.

Использованные источники

1. Асизбаев, Р.Э. Методические рекомендации к разработке индикативных планов-прогнозов социально-экономического развития Кыргызской Республики / Р.Э. Асизбаев. – Бишкек, 2014.
2. В Кыргызстане предлагают повысить отчисления на обязательное медстрахование за счет доходов работника с 2 до 3%. – Режим доступа: <http://www.akipress.org/zdorovie/news:17203/>
3. Данные МЗКР за 2009-2016 гг.
4. Данные ФОМС КР за 2009-2016 гг.

5. О переводе организаций здравоохранения, предоставляющих специализированную помощь, на финансирование в системе Единого плательщика: Постановление Правительства Кыргызской Республики, 2012 г. – Режим доступа: http://online.adviser.kg/Document/?doc_id=31148453

6. Положение о сооплате за медицинские услуги, предоставляемые организациями здравоохранения по Программе государственных гарантий по обеспечению граждан Кыргызской Республики медико-санитарной помощью (В ред. постановления Правительства КР от 28 июня 2013 г.).

7. Результаты анкетирования врачей и пациентов в рамках проекта «Анализ системы здравоохранения в КР». – Бишкек: КТУ «Манас», 2014.

8. Çetin, A.C., Sağlam, H. 2007. Performansa Dayalı Döner Sermaye Prim Sistemi Uygulamasının Hizmet Sunumuna, Sağlık Çalışanlarına ve Hasta Memnuniyeti Üzerine Etkileri: Isparta Sağlık Ocaklarında Bir Araştırma, Süleyman Demirel Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, Yıl: 3, Sayı: 5, 56-78, Isparta.