



ЭФФЕКТИВНОСТЬ РАСПРЕДЕЛЕНИЯ ФИНАНСОВЫХ РЕСУРСОВ В ГОСУДАРСТВЕННОМ СЕКТОРЕ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ КЫРГЫЗСТАНА

Доц. Др. Дамира ДЖАПАРОВА
Кыргыз-Түрк Манас Университети
damirajaparova@mail.ru

Аннотация

Распределение ограниченных финансовых ресурсов в государственных лечебных учреждениях Кыргызстана осуществляется неравномерно. Проблемы, связанные с существующим методом распределения ресурсов: низкое качество услуг на уровне поликлиник и высокий уровень госпитализации требуют оценки распределения бюджета организаций здравоохранения, работающих в системе Единого плательщика. В целях повышения эффективности использования ресурсов предлагается пересмотреть принципы распределения ресурсов для первичного уровня лечения пациентов.

Ключевые слова: Республиканский бюджет, обязательное медицинское страхование, единые нормативы финансирования, распределение ресурсов.

ALLOCATION AND USE OF FINANCIAL RESOURCES IN HEALTH CARE IN KYRGYZSTAN

Abstract

The distribution of the limited financial resources in the state hospitals in Kyrgyzstan is uneven. The problems associated with the current method of distribution of resources: the poor quality of services at the level of polyclinics and high hospitalization rates that require an evaluation of the budget allocation of healthcare organizations operating in the Single Payer system. In order to improve the efficiency of resource use it is suggested to review the principles of allocation of resources to the primary level of patient care.

Keywords: Republican budget, compulsory health insurance, uniform standards for funding, the allocation of resources.

1. Введение

Несмотря на сокращение количества больничных учреждений и увеличение государственных расходов на здравоохранение, количество пациентов стационарного лечения растет. Увеличивается число больных по основным видам заболеваний. В связи с этим актуально рассмотреть пути рационального распределения и эффективного использования ограниченных ресурсов здравоохранения.

Научное обоснование системы финансирования здравоохранения в отечественной науке в условиях перехода к рыночной экономике на примере Кыргызстана дали Каратаев М.М., 2001 г., Саякбаева А.А., 2007 г. Управление

стационарной медицинской помощью населению Кыргызстана в условиях реформирования осветил Токтомаев Н.Т., 2006г. Экономические проблемы здравоохранения затронуты в диссертациях Асаналиевой Г.Т. по теме: «Сфера социальных услуг в условиях переходной экономики: на материалах Кыргызской Республики» 2012 г. и Асизбаева Р. Э. в диссертации «Регулирование развития социальной сферы на основе индикативного планирования». В фундаментальных проектах (Ибраимова Айнура «Обзор системы здравоохранения», 2013, ФОМС и Министерство здравоохранения КР «Анализ финансовой устойчивости», 2013), изучающих здравоохранение Кыргызстана, исследования носят информационный характер, констатирующие факты, а экономический анализ источников финансовых ресурсов, их распределения и использования отсутствует. В этих работах не показано, насколько эффективно распределяются и используются финансовые ресурсы. Нет связи между качеством оказываемых услуг и ресурсами, выделяемыми на эту отрасль. Цель статьи: определить пути эффективного распределения и использования финансовых ресурсов в государственных медицинских учреждениях Кыргызстана. В связи с этим ставится задача рассмотреть основные источники финансирования государственных медицинских учреждений и принципы их распределения. Для этого исследуются нормативы финансирования стационаров и поликлиник. На основе анализа распределения финансовых ресурсов, делается попытка оценить эффективность использования финансовых ресурсов и рекомендовать пути их улучшения.

2. Система финансирования здравоохранения в КР

Финансирование здравоохранения осуществляется из: республиканского бюджета, средств Фонда обязательного медицинского страхования и местного бюджета города Бишкек, а также расходов частного сектора на здравоохранение. Средства из Республиканского бюджета, предназначенные для здравоохранения, финансируют большинство расходов, а именно: Министерство здравоохранения финансирует общественное здравоохранение, медицинское образование, финансирует фонд высокотехнологичной помощи, по статье индивидуальные услуги - гемодиализ, централизованные закупки лекарств, таких как инсулин и др.

ФОМС распределяет бюджетные средства по лечебным учреждениям третичного, (Следует учесть, что 11 специализированных учреждений третичного уровня с 2016 года перешли в ведение ФОМС), первичного и вторичного уровней по областям в рамках финансирования Программы государственных гарантий и

Дополнительной программы ОМС по лекарственному обеспечению (Отчет ФОМС за 2016 год). Государственные источники финансирования и расходы частного сектора на здравоохранение составляют поток их внутренних расходов. Частные средства финансирования здравоохранения представляют собой выплаты на оздоровление за счет средств доходов домохозяйств. Домашние хозяйства осуществляют официальные платные услуги (сооплата) и неформальные расходы за предоставляемые медицинские услуги, а также покупают лекарства за свой счет. Государственные расходы на здравоохранение в 2016 году составили 15835,5 млн. сом, или 3,2 % к ВВП. В расчете на душу населения составили 2747 сомов (Расчет по данным ФОМС).

Аккумуляция средств на республиканском уровне позволило с 2007 года установить единые нормативы финансирования по всем регионам республики для службы скорой помощи и стоматологии. В 2008 году установлена единая базовая ставка из средств государственного бюджета за пролеченный случай в стационарах.

Медицинская помощь по Программе государственных гарантий на стационарном уровне предоставляется центрами общеврачебной практики, территориальными, областными и республиканскими больницами общего профиля и отдельными специализированными стационарами. Стационарную помощь населению республики оказывают 67 организаций, в которых имеются 25833 койки. За 2016 год в стационары республики было госпитализировано 924000 пациентов (в 2015г.- 933600) (Отчет по данным ФОМС за 2015-2016 годы).

2.1. Распределение финансовых ресурсов.

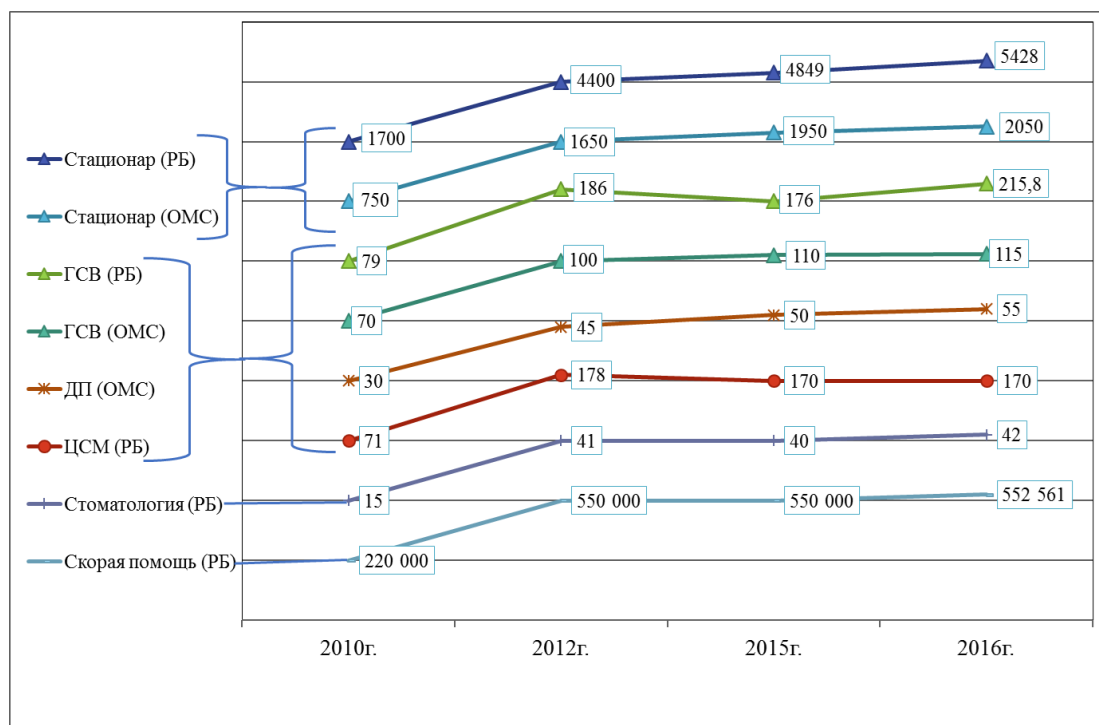
Нормативы финансирования рассчитываются в соответствии с методикой расчета базовых нормативов финансирования медико-санитарной помощи, оказываемой гражданам Кыргызской Республики по Программе государственных гарантий, утвержденных постановлением Правительства Кыргызской Республики «Об оптимизации методов финансирования медико-санитарной помощи в системе Единого плательщика» от 13 июня 2008 года № 300 (Постановление Правительства КР Об оптимизации методов финансирования., 2008г.).

Нормативы финансирования состоят из базовых нормативов финансирования посредством государственного бюджета и обязательного медицинского страхования с корректировкой на поправочные коэффициенты. Базовая ставка - средний расчетный показатель финансирования стационарной помощи за каждый пролеченный случай, исходя из объема финансирования стационарной помощи.

Посредством обязательного медицинского страхования установлены единые нормативы финансирования по всей стране. По учреждениям первичной медико-санитарной помощи нормативы финансирования по регионам с 2010 года единые. Норматив подушевого финансирования - это средний расчетный показатель финансирования первичной медико-санитарной помощи на одного обслуживаемого или прикрепленного жителя с корректировкой на поправочные коэффициенты.

В 2016 году для ГСВ подушевой норматив на одного застрахованного гражданина в год был утвержден в размере 115 сомов, за пролеченный случай в стационаре – 2050 сомов. Единые нормативы финансирования корректируются с помощью коэффициентов с учетом географических и демографических особенностей каждого региона.

График 1. Нормативы финансирования по средствам республиканского бюджета и ОМС за 2010-2016г., в сомых



Источник: Составлен по данным отчетов ФОМС КР 2010-2016 г.

По графикам видно, что за последние два года особых изменений в нормативах не произошло. Нормативы финансирования стационаров значительно превышают показатели нормативов ЦСМ и ГСВ. Одновременно с выравниванием прослеживается и ежегодное увеличение утверждаемых нормативов финансирования. Однако с ежегодным увеличением нормативов финансирования за пролеченный случай, наблюдается рост госпитализаций по всем регионам республики.

Таблица 1. Количество пролеченных случаев по регионам за 2009-2016 годы.

Кол-во пролеч. случаев по регионам	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2016 г. в % к 2009 г.
Бишкек	207814	216852	224702	224610	227992	2326a91	236089	288564	138,8
Чуйская область	114186	115964	114441	117940	116971	111362	108276	105058	92,0
Ошская обл.	219937	215671	224928	209687	224050	234503	233765	235991	107,3
Баткенская обл.	80519	85341	83380	81770	80745	80679	82021	82108	101,9
Жалалабадская обл.	155062	165119	164411	165465	162245	162302	163532	159173	102,6
Иссык-Кульск. обл.	62147	64898	62867	62633	59131	61187	61187	62334	100,3
Нарынская обл.	36585	36092	36653	35886	34129	35292	35343	35254	96,4
Таласская обл.	33157	34090	33338	32675	31101	30235	30964	30699	92,6
Итого	909407	934027	944720	930666	936367	945010	951177	940181	103,4

Источник: Составлен по данным отчетов ФОМС КР 2009-2016г.

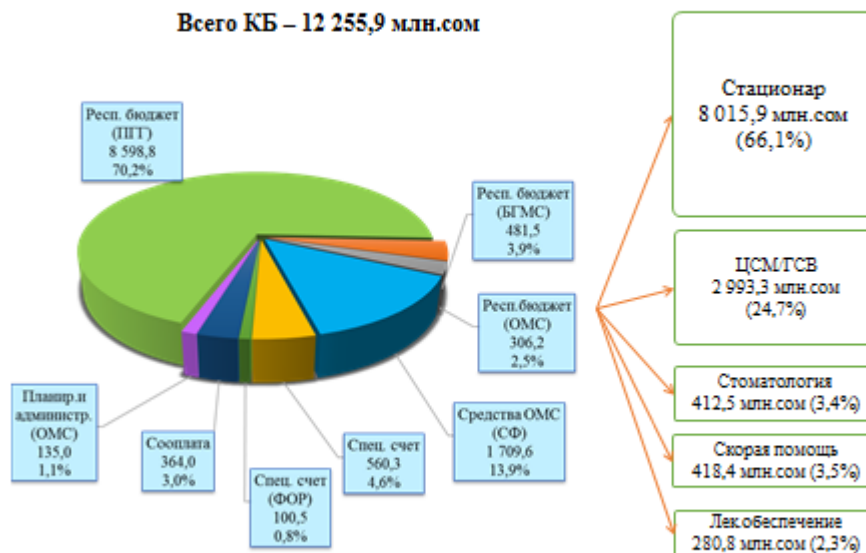
Как видно из таблицы, в целом по республике количество пролеченных случаев по республике увеличилось. Это связано с увеличением госпитализации не приписанных и незастрахованных больных в областных центрах и в Бишкеке. Если проанализировать по регионам, самое большое число пролеченных случаев отмечается в г. Бишкек, где их число увеличилось на 7,8 %, или на 16312.

Сократилось число пролеченных случаев во всех регионах, кроме Чуйской, Ошской и Джалал-Абадской областей. Особенно большое число сокращений произошло в Таласской (на 8,4%), в Иссык-Кульской, Нарынской областях, соответственно, на 3,6 и 7,4 %. Это можно объяснить тем, что пациенты с более сложным диагнозом для получения более качественной медицинской помощи, приезжают в столицу.

В поликлиниках подушевое финансирование составляет в 2016 году 555,8 сома на приписанного человека, тогда как в стационарах за пролеченный случай предусмотрена выплата 7478 сомов. Отсюда кажется, что изначально существует настрой на то, чтобы пациенты получили осложнение и были направлены на стационарное лечение.

Диаграмма 1. Консолидированный бюджет системы Единого плательщика за 2016 год

Консолидированный бюджет системы Единого плательщика за 2016 год, (в млн. сом)



Источник: Отчет ФОМС КР за 2016 год

По данным распределения консолидированного бюджета в 2016 году мы видим, что на финансирование стационаров было направлено 66,1% финансовых средств, тогда как на финансирование центров семейной медицины и группы семейных врачей всего 24,7%.

Результатом такого распределения ресурсов является увеличение госпитализации по всем регионам. Это показатель неэффективной работы на первичном уровне, т. е. недолеченные в поликлиниках больные становятся пациентами стационаров. Рассмотрим изменение расходов медицинских учреждений и количества пролеченных случаев.

Как видно из анализа, расходы на 1 пролеченный случай в стационарах увеличились с 3097,6 сом до 6538 сом, или в 2,1 раза. Рост пролеченных случаев за 8 лет произошел на 4,3%. Расходы на 1 приписанного человека также выросли с 381,8 до 714 сом, или в 1,9 раза, при увеличении приписанного населения на 3,4%. Рост расходов по сравнению с результатами лечения характеризует неэффективное использование ресурсов в здравоохранении республики.

Таблица 2. Динамика и структура расходов государства на пролеченный случай и 1 приписанного больного за 2009-2016 годы.

Показатели	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2016 г. в % к 2009 г.
Расходы на лечение в стационарах, млн.сом	3097,6	3193,7	4546,8	5911,6	6117,3	6302,8	6347,0	6538,0	211,1
Количество пролеченных случаев	901469	934027	944720	923853	916367	945010	951177	940181	104,3
Темпы роста пролеченных случаев, в %	100,0	103,6	101,1	97,8	98,9	103,1	100,7	99,4	-0,6
Количество приписанного населения	52645	52462	53344	542288	540161	54878	54558	54727	103,9
Темпы роста приписанного населения, в %	100,0	99,7	101,7	101,7	99,6	101,3	99,4	100,3	+0,3
Расходы, в сомах: на 1 пролеченный случай	3436,1	3419,25	4812,8	6398,86	66533	6570	6673	6954	202,4
Темпы роста, в %	100,0	99,5	140,8	133,0	113,1	98,5	101,6	104,2	+4,2
На 1 приписанного человека	381,81	408,77	563,61	692,75	679	675	694	714	187
Темпы роста, в %	100,0	107,0	137,9	122,9	104,7	99,4	102,8	102,9	+2,9%

Источник: Составлена по данным отчетов ФОМС КР 2009-2016г

Итак, количество пациентов, вынужденных обращаться в стационар, растет. Если учесть, что стационары - наиболее дорогостоящий вид оказания медицинской помощи, по сравнению с амбулаторно-поликлиническим лечением, такое распределение финансов, при их остром дефиците, является неэффективным. При этом наблюдается большая нагрузка врачей на уровне поликлиники. Например, лор врач в поликлинике в районном центре должен принять в месяц 420-460 человек, что нереально. Одна машина скорой помощи на поликлинику. Очень узкий перечень больных можно лечить в стационарах. Растет число хронических больных, особенно среди детей. Дети болеют каждые 2-3 месяца. У многих детей 6-7 лет гайморит,- говорят врачи. Заслуживает внимания опыт Белоруссии, где значительная часть финансовых ресурсов направляется на содержание и развитие первичного звена. В поликлиниках медицинские услуги оказываются бесплатно. В связи с тем, что пациенты вылечиваются на начальной стадии болезни, 70% процентов больных не нуждаются в стационарном лечении. Поэтому Белоруссия относится к странам с

низкими показателями младенческой смертности и высокой продолжительностью жизни (Гуманитарная энциклопедия. Рейтинг мира, 2016). По данным ООН за 2015 год, в Беларуси средняя продолжительность жизни женщин составляет 78, а у мужчин - 66 лет (Рейтинг стран по уровню продолжительности жизни 2015 <http://gtmarket.ru/ratings/life-expectancy-index/life-expectancy-index-info>).

Методы оплаты стационарных услуг за «пролеченный случай» приводят к искусственному увеличению количества госпитализаций и необоснованному назначению диагностических и лечебных процедур. В этой связи значительную часть средств Единого плательщика необходимо направлять на финансирование поликлинического уровня по сравнению с дорогостоящим стационарным лечением. А также необходимо осуществлять финансирование на профилактику болезней. Для мотивации медицинских работников поликлиник, качество работы на наш взгляд, необходимо оценивать не по количеству приписанных больных, а по выбору самого больного, где больной голосует своими средствами, которые имеются на его персонифицированном счете. И со временем, из числа приписанных больных контингент здоровых приписанных людей будет определять качество оказания медицинских услуг.

2.2 Использование финансовых ресурсов

Ограниченные ресурсы в здравоохранении используются неэффективно. По отчетам Минздрава КР, на лечение льготных пациентов используется 94 процента выделяемых государством средств. Соответственно, на остальных граждан приходится не более 6 процентов бюджетных денег. На практике это означает, что на лекарственное обеспечение одного пациента государство в среднем тратит 171,6 сома в сутки и на питание 73,9 сома. Для больных с запущенной формой заболеваний, поступивших в стационары, этих денег на лекарства недостаточно. Итак, программа государственных гарантий по обеспечению граждан медико-санитарной помощью в Кыргызстане не работает. Льготы и бесплатные лекарства декларируются властями, а на деле каждый платит сам за свое лечение.

Ясно, что без всеобщего оздоровления экономики республики существенных изменений в системе здравоохранения не произойдет. Но экономический рост – это вопрос будущего, а люди нуждаются в медицинской помощи сейчас. Чтобы выйти из сложившейся ситуации, предлагается перевести некоторые категории лиц, имеющих право на бесплатное лечение, на платные условия.

Имеющиеся в системе здравоохранения ресурсы используются неэффективно. Существующая система оказания медицинской помощи характеризуется избыточной сетью медицинских учреждений с низким материально-техническим оснащением; доминированием стационарной помощи, низкой приоритетностью первичной медико-санитарной помощи.

Динамика роста госпитализаций характеризует тот факт, что лечение в стационарах не сокращается, а напротив, увеличивается, что противоречит целям реформы в здравоохранении. Это показывает, что ограниченные ресурсы в здравоохранении используются неэффективно. Сложившаяся сеть медицинских учреждений и порядок взаимодействия между ними таковы, что этапы лечебно-диагностического процесса осуществляются неэффективно: с перегрузкой стационаров, недооценкой возможностей амбулаторно - поликлинических учреждений и при почти полном отсутствии специализированных учреждений для долечивания и ухода, а также профилактики болезней.

3. Выводы и предложения

Изучив источники финансирования государственных лечебных учреждений и пути распределения финансовых ресурсов среди стационаров и субъектов первичной медицинской помощи, пришли к выводу о том, что значительную часть средств Единого плательщика необходимо направлять на финансирование поликлинического уровня по сравнению с дорогостоящим стационарным лечением. Значительная часть российских авторов (Гапиенко Н. Совершенствование организации оказания стационарозамещающих видов медицинской помощи в условиях крупного города Новосибирск. -2005), (Булгакова И.Г. О развитии стационарозамещающих технологий в консультативно-диагностической поликлинике // Актуальные вопросы современной медицины: С. 9-10) считают, что целесообразно создавать стационарозамещающие структуры, как например, дневные стационары. Такой точки зрения придерживаются и авторы, исследующие систему здравоохранения Кыргызстана (Каратаев М.М. Реформа системы финансирования здравоохранения в новых экономических условиях Экономика здравоохранения. 2000), (Касиев Н.К., Каратаев М.М., Барашкина Г.С. Изменение системы финансирования амбулаторно-поликлинических учреждений, 1999).

Создание стационарозамещающих структур на наш взгляд, в определенной степени разгружает стационары, способствуют реабилитации больных. Однако следует учесть, что это требует дополнительных расходов на строительство и

функционирование новых объектов здравоохранения. Для пациентов лучше предотвратить осложнения болезни и вылечить их на начальной стадии заболевания. А это возможно только в моменты обращения больных на уровне поликлиник.

Исходя из анализа распределения финансовых ресурсов, предлагается в структуре средств ФОМС предусмотреть фиксированную долю средств на развитие материально-технической базы поликлиник. Это позволит своевременно и качественно диагностировать и вылечить болезнь на начальной стадии, что сократит количество пациентов с запущенной формой заболевания, вынужденных обращаться и лечиться в стационарах.

Для мотивации работы врачей на поликлиническом уровне, качество работы поликлиники необходимо оценивать не по количеству приписанных больных на территории, относящейся к поликлинике, а по выбору самого больного, где больной голосует своими средствами, которые имеются на его персонифицированном счете. Со временем контингент здоровых людей из числа приписанных больных, очевидно, будет определять качество оказания медицинских услуг.

Литература

- Асаналиева Г.Т. Сфера социальных услуг в условиях переходной экономики: на материалах Кыргызской Республики. Автореферат канд. Диссертации, Бишкек 2012 год.
- Асизбаев, Р. Э. Регулирование развития социальной сферы на основе индикативного планирования автореферат диссертации д.э.н., Бишкек. 2012.
- Булгакова И. Г. О развитии стационарозамещающих технологий в консультативно-диагностической поликлинике // Актуальные вопросы современной медицины: тезисы докладов XV научно-практической конференции врачей. Новосибирск. -2005. С. 9-10.
- Научная библиотека диссертаций и авторефератов disserCat <http://www.dissercat.com/content/sovershenstvovanie-organizatsii-okazaniya-statsionarozameshchayushchikh-vidov-meditsinskoi-p#ixzz4iYGVypq9>
- Гапиенко Н. В. Совершенствование организации оказания стационарозамещающих видов медицинской помощи в условиях крупного города (на примере г. Новосибирска) [dissercat.com/content/sovershenstvovanie-organizatsii-okazaniya-statsionarozameshchayushchikh-vidov-meditsinskoi-p](http://www.dissercat.com/content/sovershenstvovanie-organizatsii-okazaniya-statsionarozameshchayushchikh-vidov-meditsinskoi-p)
- Ибраимова, А. КЫРГЫЗСТАН Обзор системы здравоохранения: время перемен. Бишкек, Том 13 ВОЗ, 2011 год.
- Каратаев М.М. Научное обоснование системы финансирования здравоохранения в условиях перехода к рыночной экономике (на примере Кыргызстана). Автореферат дисс. д. м. н., Москва.-2000с.
- Каратаев М.М. Реформа системы финансирования здравоохранения в новых экономических условиях (на примере Кыргызстана)// Экономика здравоохранения. 2000.- № 2/3.- С. 18-20
- Научная библиотека диссертаций и авторефератов disser Cat <http://www.dissercat.com/content/organizatsionnye-aspekty-profilaktiki-zabolevanii-zubochelyustnoi-sistemy-stomatologicheskim#ixzz4iYW7CpGV>
- Касиев Н.К., Изменение системы финансирования амбулаторно-поликлинических учреждений// Здравоохранение Кыргызстана. Бишкек, 1999.- № 2 - С.3-5
- Научная библиотека диссертаций и авторефератов disserCat <http://www.dissercat.com/content/organizatsionnye-aspekty-profilaktiki-zabolevanii-zubochelyustnoi-sistemy-stomatologicheskim#ixzz4iYWGEUOJ>
- Рейтинг стран по уровню продолжительности жизни 2016 <http://gtmarket.ru/ratings/life-expectancy-index/life-expectancy-index-info>

- Постановление Правительства Кыргызской Республики «Об оптимизации методов финансирования медико-санитарной помощи в системе Единого плательщика» от 13 июня 2008 года № 300
- Программы государственных гарантий в среднесрочном периоде. № 17, 2013, ВОЗ, 2013
- Рейтинг стран мира по уровню младенческой смертности. Центр гуманитарных технологий, 2006–2016, 2016. URL: gtmarket.ru/ratings/child-mortality-rate/info
- Саякбаева А.А. Проблемы развития здравоохранения и методика формирования новой модели социальной защиты в Кыргызской Республике//Вестник КНУ им. Ж. Баласагына. Бишкек: КНУ, 2005.
- Токтомаев Н.Т. Проблемы финансирования стационарной медицинской помощи населению Кыргызской Республики Ж. Экономика здравоохранения, 2003.-N 1.-С.28-30
- ФОМС и министерство здравоохранения КР Информационный обзор Анализ финансовой устойчивости 2013.

Каунакча

- Asanaliyeva G.T. Sfera sotsial'nykh uslug v usloviyakh perekhodnoy ekonomiki: na materialakh Kyrgyzskoy Respubliki. Avtoreferat kand. Dissertatsii, Bishkek 2012 god.
- Asizbayev, R. E. Regulirovaniye razvitiya sotsial'noy sfery na osnove indikativnogo planirovaniya avtoreferat dissertatsii d.e.n., Bishkek. 2012.
- Bulgakova I. G. O razvitii statsionarozameshchayushchikh tekhnologiy v konsul'tativno-diagnosticheskoy poliklinike // Aktual'nyye voprosy sovremennoy meditsiny: tezisy dokladov XV nauchno-prakticheskoy konferentsii vrachey. Novosibirsk. -2005. S. 9-10.
- Nauchnaya biblioteka dissertatsiy i avtoreferatov disserCat <http://www.dissercat.com/content/sovershenstvovanie-organizatsii-okazaniya-statsionarozameshchayushchikh-vidov-medsinskoi-p#ixzz4iYGVypq9>
- Gapiyenko N. V. Sovershenstvovaniye organizatsii okazaniya stacionarozameshchayushchikh vidov meditsinskoy pomoshchi v usloviyakh krupnogo goroda (na primere g. Novosibirsk) [dissercat.com/content/sovershenstvovanie-organizatsii-okazaniya-statsionarozameshchayushchikh-vidov-medsinskoi-p](http://www.dissercat.com/content/sovershenstvovanie-organizatsii-okazaniya-statsionarozameshchayushchikh-vidov-medsinskoi-p)
- Ibraimova, A. KYRGYZSTAN Obzor sistemy zdravookhraneniya: vremya peremen. Bishkek, Tom 13 VOZ, 2011 god.
- Karatayev M.M. Nauchnoye obosnovaniye sistemy finansirovaniya zdravookhraneniya v usloviyakh perekhoda k rynochnoy ekonomike (na primere Kyrgyzstana). Avtoreferat diss. d. m. n., Moskva.-2000s.
- Karatayev M.M. Reforma sistemy finansirovaniya zdravookhraneniya v novykh ekonomicheskikh usloviyakh (na primere Kyrgyzstana)// Ekonomika zdravookhraneniya. 2000.- № 2/3.- S. 18-20
- Nauchnaya biblioteka dissertatsiy i avtoreferatov disser Cat <http://www.dissercat.com/content/organizatsionnye-aspekty-profilaktiki-zabolevanii-zubochelyustnoi-sistemy-stomatologicheskim#ixzz4iYW7CpGV>
- Kasiyev N.K., Izmeneniye sistemy finansirovaniya ambulatorno-poliklinicheskikh uchrezhdeniy// Zdravookhraneniye Kyrgyzstana. Bishkek, 1999.- № 2 - S.3-5
- Nauchnaya biblioteka dissertatsiy i avtoreferatov disserCat <http://www.dissercat.com/content/organizatsionnye-aspekty-profilaktiki-zabolevanii-zubochelyustnoi-sistemy-stomatologicheskim#ixzz4iYWGEUOJ>
- Reyting stran po urovnyu prodolzhitel'nosti zhizni 2016 <http://gtmarket.ru/ratings/life-expectancy-index/life-expectancy-index-info>
- Postanovleniye Pravitel'stva Kyrgyzskoy Respubliki «Ob optimizatsii metodov finansirovaniya mediko-sanitarney pomoshchi v sisteme Yedinogo platel'shchika» ot 13 iyunya 2008 goda № 300
- Programmy gosudarstvennykh garantiy v srednesrochnom periode. № 17, 2013, VOZ, 2013
- Reyting stran mira po urovnyu mladencheskoy smertnosti. Tsentr gumanitarnykh tekhnologiy, 2006–2016, 2016. URL: gtmarket.ru/ratings/child-mortality-rate/info
- Sayakbayeva A.A. Problemy razvitiya zdravookhraneniya i metodika formirovaniya novoy modeli sotsial'noy zashchity v Kyrgyzskoy Respublike//Vestnik KNU im. ZH. Balasagyna. Bishkek: KNU, 2005.
- Toktomatov N.T. Problemy finansirovaniya stacionaroy meditsinskoy pomoshchi naseleniyu Kyrgyzskoy Respubliki ZH. Ekonomika zdravookhraneniya, 2003.-N 1.-S.28-30
- FOMS i ministerstvo zdravookhraneniya KR Informatsionnyy obzor Analiz finansovoy ustoychivosti 2013.