

УДК 614.2

DOI 10.24411/2312-2935-2019-10074

ДИНАМИКА НЕКОТОРЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ В СИСТЕМЕ ЕДИНОГО ПЛАТЕЛЬЩИКА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ КИРГИЗСКОЙ РЕСПУБЛИКИ

М.Т. Калиев¹, Д.С. Джолдошева²

¹Фонд обязательного медицинского страхования при Правительстве Кыргызской Республики, Бишкек, Кыргызская Республика

²Кыргызско-Российский Славянский Университет имени Б.Н.Ельцина, Бишкек, Кыргызская Республика

Актуальность. Важным направлением модернизации здравоохранения является трансформация многоканальной системы финансирования поставщиков медицинских услуг в одноканальную систему. Она определяет конечные результаты функционирования сектора здравоохранения и поэтому требует специального исследования.

Цель работы. Оценить динамику некоторых основных показателей здоровья населения (средняя продолжительность жизни, общая, материнская и младенческая смертность, заболеваемость туберкулезом) в системе единого плательщика здравоохранения в Кыргызской Республике (КР) с 1991 года по 2017 год.

Материал и методы. Тренды средней продолжительности жизни, общей, материнской и младенческой смертности, заболеваемости туберкулезом населения КР с 1991 года по 2017 год изучены по данным Мирового атласа данных. Проведен сравнительный анализ этих показателей в трех постсоветских государствах (Российская Федерация, Казахстан и КР) в зависимости от физических и финансовых вкладов в системы здравоохранения в 1991-2017 годах с использованием единой базы Мирового атласа данных и Всемирного Банка.

Результаты. Отмечена позитивная динамика средней продолжительности жизни, общей, материнской и младенческой смертности, заболеваемости туберкулезом населения в системе единого плательщика здравоохранения, несмотря на крайне низкие уровни расходов здравоохранения в КР. Особенно значительны они при сравнении с таковыми в РФ и Казахстане, которые имели многократно более высокие расходы здравоохранения при многоканальности системы финансирования поставщиков медицинских услуг.

Выводы. Создание системы единого плательщика здравоохранения позволило обеспечить положительные тренды основных показателей здоровья населения, несмотря на низкие финансовые и физические вклады в сектор здравоохранения КР.

Область применения. Результаты проведенного исследования могут представить интерес для специалистов в области разработки политики здравоохранения и организаторов здравоохранения.

Ключевые слова: Кыргызская Республика, единый плательщик здравоохранения, средняя продолжительность жизни, смертность, заболеваемость

DYNAMICS OF SOME POPULATION HEALTH INDICATORS IN THE SYSTEM OF THE SINGLE HEALTH PAYER OF THE KYRGYZ REPUBLIC

M.T. Kaliev¹, D.S. Dzholdosheva²

¹*Mandatory Health Insurance Fund under the Government of the Kyrgyz Republic, Bishkek, Kyrgyz Republic*

²*Kyrgyz-Russian Slavic University named after B.N. Yeltsin, Bishkek, Kyrgyz Republic*

Significance. Transformation of multi payer system into a single payer is an important direction of healthcare system modernization. It determines the outcomes of the entire healthcare system, and therefore requires a special study.

Purpose. To assess dynamic of some health indicators (average life expectancy, total, maternal and infant mortality rate, morbidity from tuberculosis) in a single health payer of the Kyrgyz Republic (1991-2017).

Methods. The trends of an average life expectancy, total, maternal and infant mortality rate, morbidity from tuberculosis in the Kyrgyz Republic have been evaluated in 1991-2017. Comparative analysis of these indicators according of physical and financial inputs in Russia, Kazakhstan and Kyrgyz Republic is based on the World Data Atlas and the Database of the World Bank (1991-2017).

Results. It has been shown positive trends of average life expectancy, total, maternal and child mortality rate, and morbidity from tuberculosis in a single health payer system despite of very low health expenditure in the Kyrgyz Republic. Especially it significantly according of comparison with Russia and Kazakhstan where health expenditures were much higher within a tiered healthcare delivery system.

Conclusions. A single health payer system contributed on positive outcomes despite low physical and financial inputs in the Kyrgyz Republic.

Scope of applications. The research results can be used by policy decision makers and health managers.

Keywords: the Kyrgyz Republic, health system, single payer, life expectancy, mortality, morbidity

Введение. Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) [1] определяет эффективность систем здравоохранения на основе оценки 5 параметров: 1) здоровье населения, 2) равенство в здоровье, 3) отзывчивость системы, 4) распределение отзывчивости и 5) справедливость финансирования. Здоровье населения оценивается комплексно и включает такие показатели, как средняя продолжительность жизни, младенческую и материнскую смертность, качество жизни применительно к здоровью и другие. Равенство или неравенство в здоровье анализируется между различными группами населения. Отзывчивость системы базируется на своевременности оказания медицинских услуг, соблюдении безопасности и прав пациентов, а также привлекательность системы. Распределение отзывчивости также оценивается между различными группами населения. Справедливость финансирования рассматривается как защита всех домохозяйств от катастрофических

финансовых расходов в связи с заболеванием, а бедные домохозяйства не платят большую долю своих доходов по сравнению с богатыми домохозяйствами. Эффективность систем здравоохранения рассматривается как взаимосвязь между одним или более вкладами (inputs) и одним или более результатами (outputs). Вклады (inputs) имеют физическое (количество врачей, количество больничных коек и т.д.) или финансовое (расходы здравоохранения от ВВП или общегосударственного бюджета) выражение [2]. Исходя из данных международных подходов к оценке эффективности систем здравоохранения, в данной статье проведен анализ динамики некоторых основных показателей здоровья населения в системе единого плательщика здравоохранения с учетом физических и финансовых вкладов в Кыргызской Республике.

Цель исследования. Оценить динамику некоторых основных показателей здоровья населения (средняя продолжительность жизни, общая, материнская и младенческая смертность, заболеваемость туберкулезом) в системе единого плательщика здравоохранения в Кыргызской Республике (КР) с 1991 года по 2017 год.

Материалы и методы исследования. Изучены тренды некоторых основных показателей здоровья населения КР (средняя продолжительность жизни, общая, материнская и младенческая смертность, заболеваемость туберкулезом), по данным Мирового атласа данных [3], с 1991 года по 2017 год. Анализ этих показателей проведен с 1991 года по 2000 год (до создания системы единого плательщика) и с 2005 года по 2017 год (после создания системы единого плательщика здравоохранения в КР). Кроме того, исходя из единства систем здравоохранения в период СССР и выбора бюджетно-страховой модели здравоохранения Российской Федерацией (РФ), Казахстаном и КР после его распада, представляло важным провести сравнительное исследование динамики вышеуказанных показателей здоровья населения трех стран зависимости от физических и финансовых вкладов в системы здравоохранения в 1991-2017 годах с использованием единой базы Мирового атласа данных [3] и Всемирного Банка (World Bank) [4]. Следует отметить, что в начале 1990-х годов Казахстан упразднил систему обязательного медицинского страхования и восстановил государственную бюджетную модель здравоохранения.

Результаты. Как представлено в табл. 1, средняя продолжительность жизни населения КР, составлявшая 68,6 лет в 1991 году, снизилась до 65,8 лет в 1995 году, отражая резкое ухудшение социально-экономических условий страны после распада СССР. Рост данного показателя начался в 2010 году, составив 69,3 лет и достигнув 71,0 лет в 2017 году. Показатель

общей смертности резко возрос от 6,9 на 1000 населения в 1991 году до 8,2 – в 1995 году, а к 2010 году уменьшился до 6,6 на 1000 населения, упав до рекордно низкого уровня в 5,5 в 2017 году. Наиболее высокий уровень младенческой смертности отмечался в 1991 году (24 на 1000 живорожденных детей) вплоть до 2000 года (21,6). К 2017 году данный показатель снизился более чем в 2 раза (10,7 на 1000 живорожденных детей). Материнская смертность сохраняется стабильно высокой, несмотря на некоторое снижение от 82 и 92 на 100 тыс. живорожденных детей соответственно в 1991 и 1995 годах до 76 на 100 тыс. живорожденных детей в 2015 году. С 2000 года произошло значительное падение заболеваемости туберкулезом от 244 на 100 тыс. населения до 144 на 100 тыс. населения в 2015 году. Таким образом, с 2005 года, когда была создана система единого плательщика здравоохранения значительно улучшились такие показатели здоровья населения КР, как средняя продолжительность жизни, общая и младенческая смертность, заболеваемость туберкулезом. Лишь показатель материнской смертности, несмотря на некоторое снижение, оставался высоким и в 2015 году.

Таблица 1

Динамика некоторых показателей здоровья населения и расходов здравоохранения в Киргизской Республике в 1991-2017 гг. [3]

<i>Показатели</i>	<i>1991г.</i>	<i>1995 г.</i>	<i>2000 г.</i>	<i>2005 г.</i>	<i>2010 г.</i>	<i>2015 г.</i>	<i>2017 г.</i>
СПЖ, лет	68,6	65,8	68,6	68,0	69,3	70,7	71,0
Общая смертность	6,9	8,2	7,0	7,2	6,6	5,8	5,5
Младенческая смертность	24,0	23,7	21,6	19,8	15,8	12,0	10,7
Материнская смертность	82	92	74	85	84	76	-
Заболеваемость туберкулезом	-	-	244	210	145	144	144
Расходы здравоохранения в долларах США	-	-	12	46	63	92	-

Следует отметить, что вышеизложенные позитивные тренды наблюдались при крайне низких расходах здравоохранения, которые составили 12 долларов США на душу населения в 2000 году и увеличились до 92 в 2015 году. В анализируемые годы расходы здравоохранения на душу населения в долларах США в РФ и Казахстане многократно превышали таковые в КР (табл. 2).

Таблица 2

Динамика расходов здравоохранения в долларах США на душу населения в Казахстане, КР и РФ в 2000-2015 годах [3]

<i>Страна</i>	<i>2000 г.</i>	<i>2005 г.</i>	<i>2010 г.</i>	<i>2015 г.</i>
Казахстан	51	150	364	379
КР	12	46	63	92
РФ	95	272	567	524

Так, в 2000 году расходы здравоохранения в КР составили 12 долларов США на душу населения и были в 4 раза меньше по сравнению с Казахстаном (51 доллар США на душу населения) и в 8 раз, чем в РФ (95 долларов США на душу населения). В последующие годы огромная разница в данном показателе между анализируемыми странами сохранялась. В 2015 году расходы здравоохранения в КР увеличились до 92 долларов США на душу населения, в Казахстане – до 379 и в РФ – до 524 долларов США на душу населения (табл. 2). Таким образом, в КР был существенно низким финансовый вклад в систему здравоохранения по сравнению с Казахстаном и РФ. Как показано в табл. 3, количество врачей и больничных коек в КР в 1991-2014 годах, по данным Всемирного Банка [4], оказалось наименьшим среди анализируемых стран. РФ занимала лидирующее положение по данным показателям во все годы наблюдения, за исключением 1991 года, когда количество больничных коек было меньше (12,7 на 1000 населения), чем в Казахстане (13,7 на 1000 населения). Из представленных данных следует, что в КР по сравнению с Казахстаном и РФ был существенно низким и физический вклад в систему здравоохранения.

Таблица 3

Динамика количества врачей и больничных коек на 1000 населения в Казахстане, КР и РФ в 1991-2014 годах [4]

Годы	1991 г.	1995 г.	2000 г.	2005 г.	2010 г.	2014 г.
Количество врачей на 1000 населения						
КР	3,4	3,2	2,8	2,5	1,8	1,8
Казахстан	3,8	3,6	3,3	3,7	3,5	3,3
РФ	4,0	3,8	4,1	4,0	5,0	4,1
Количество больничных коек на 1000 населения						
КР	12,0	8,6	7,0	5,1	4,8	4,5
Казахстан	13,7	11,6	7,2	7,8	7,3	6,7
РФ	12,7	11,8	10,9	9,7	8,8	8,2

Однако, как показано в табл. 4, такой важный показатель здоровья населения, как средняя продолжительность жизни в КР был немного выше в 1991-2010 годах, чем в Казахстане и РФ.

Лишь в 2015 и 2016 годах данный показатель КР был незначительно ниже (соответственно 70,7 лет и 71 лет) по сравнению с Казахстаном (соответственно 72 лет и 72,3 лет) и РФ (соответственно 71,2 лет и 71,6 лет). Показатель общей смертности в КР был существенно низким, особенно в 2010-2016 годах (соответственно 6,6 и 5,5 на 1000 населения), чем в Казахстане (соответственно 9,0 и 7,4 на 1000 населения) и РФ (соответственно 14,2 и 12,9 на 1000 населения). В КР и Казахстане показатель младенческой смертности был примерно одинаковым в 1991-2000 годах, колеблясь в пределах 21-24 на 1000 живорожденных детей, что в 2 раза превышало уровень данного показателя в РФ (9,5-10,9 на 1000 живорожденных детей). В 2005-2016 годах во всех анализируемых странах наблюдалось снижение данного показателя, но более значительное в Казахстане и РФ. В 2016 году показатель младенческой смертности составил в КР 11,3 на 1000 живорожденных детей, что было существенно выше, чем в Казахстане и РФ (соответственно 5,3 и 3,5 на 1000 живорожденных детей).

Показатель материнской смертности в 1991-2000 годах был высоким во всех трех странах, колеблясь в КР в пределах 74-92 на 100 тыс. живорожденных детей, в Казахстане (65-92 на 100 тыс. живорожденных детей) и в РФ (57-82 на 100 тыс. живорожденных детей). Начиная с 2005-2016 годов, во всех анализируемых странах наблюдалось снижение данного показателя, но более значительное в Казахстане и РФ. В 2016 году показатель младенческой смертности составил в КР 11,3 на 1000 живорожденных детей, что было существенно выше, чем в Казахстане и РФ (соответственно 5,3 и 3,5 на 1000 живорожденных детей). Заболеваемость туберкулезом на 100 тыс. населения в 2000 году была самой высокой в КР (244), далее следовали Казахстан (166) и РФ (95). В 2016 году данный показатель снизился в КР до 144, в Казахстане – до 72 и в РФ – до 64 на 100 тыс. населения (табл. 4). Таким образом, изучение некоторых показателей здоровья населения КР с 1991 года по 2017 год показало позитивные тренды их динамики после создания системы единого плательщика здравоохранения, несмотря на крайне низкие уровни расходов здравоохранения. Особенно значительны они при сравнении с таковыми в РФ и Казахстане, которые имели многократно более высокие расходы здравоохранения по сравнению с КР. Следует также отметить, что в КР был более низким не только финансовый, но и физический вклад (количество врачей и больничных коек) в систему здравоохранения по сравнению с Казахстаном и РФ.

Таблица 4

Динамика некоторых показателей здоровья населения в Казахстане, КР и РФ в 1991-2016 гг. [3]

Годы	1991 г.	1995 г.	2000 г.	2005 г.	2010 г.	2015 г.	2016 г.
Средняя продолжительность жизни, лет							
Казахстан	68,0	64,9	65,5	65,9	68,3	72,0	72,3
КР	68,6	65,8	68,6	68,0	69,3	70,7	71,0
РФ	68,5	64,7	65,5	65,5	68,8	71,2	71,6
Общая смертность на 1000 населения							
Казахстан	8,2	10,7	10,1	10,4	9,0	7,5	7,4
КР	6,9	8,2	7,0	7,2	6,6	5,8	5,5
РФ	11,4	15,0	15,3	16,1	14,2	13,0	12,9
Младенческая смертность на 1000 живорожденных детей							
Казахстан	22,4	23,9	21,0	15,4	10,8	5,6	5,3
КР	24,0	23,7	21,6	19,8	15,8	12,0	11,3
РФ	10,8	10,9	9,5	6,5	4,5	3,8	3,5
Материнская смертность на 100 тыс. живорожденных детей							
Казахстан	77	92	65	44	20	12	-
КР	82	92	74	85	84	76	-
РФ	63	82	57	42	29	25	-
Заболееваемость туберкулезом на 100 тыс. населения							
Казахстан	-	-	166	186	144	80	72
КР	-	-	244	210	145	144	144
РФ	-	-	95	87	86	67	64

Обсуждение. В мировой литературе, по данным систематического обзора [5], существуют 265 измерений эффективности систем здравоохранения. Организация экономического сотрудничества и развития (ОЭСР), признавая повышение эффективности систем здравоохранения наряду с достижением равенства в здоровье, ключевой задачей политики большинства государств Европейского Союза, разработала три уровня анализа эффективности: системный, суб-секторальный и оценку динамики болезней [2]. Каждый уровень имеет свои преимущества и недостатки. Существенным преимуществом системного анализа эффективности системы здравоохранения является доступность вклада ключевых

индикаторов во всех странах как в финансовом (общие расходы здравоохранения на душу населения и др.), так и в физическом (общее число врачей, больничных коек и др.) измерении, а также более общих показателей состояния здоровья населения (outcomes) (средняя продолжительность жизни, общая смертность, младенческая и материнская смертность и др.). ОЭСР интерпретирует эффективность системы здравоохранения как взаимосвязь между одним или более вкладами (inputs) и одним или более результатами (outputs). Вклады (inputs) имеют физическое (количество врачей, количество больничных коек и т.д.) или финансовое (расходы здравоохранения от ВВП или общегосударственного бюджета) выражение. Исходя из этих положений, следует отметить, что по единой базе Мирового атласа данных [3] и Всемирного Банка [4], вклады в физическом и финансовом измерениях в КР оказались наименьшими по сравнению с Казахстаном и РФ. Однако средняя продолжительность жизни населения КР была не хуже, а показатель общей смертности существенно ниже, чем в Казахстане и РФ. Отмечены позитивные тренды младенческой смертности и заболеваемости туберкулезом в КР, хотя их уровни были более высокими по сравнению с Казахстаном и РФ. Лишь показатель материнской смертности в КР оставался высоким. Примечательно, что сходные закономерности наблюдаются и в странах с высоким доходом. Например, в Южной Корее в 2015 году финансовый вклад в систему здравоохранения был существенно ниже (2013 долларов США на душу населения), чем в Японии (3733 долларов США на душу населения) также, как и меньший физический вклад, а именно, количество врачей (соответственно 2,2 и 2,4 на 1000 населения) и больничных коек (соответственно 11,5 и 13,4 на 1000 населения) [3, 4]. При этом показатель общей смертности в Южной Корее был почти в 2 раза ниже (5,5 на 1000 населения), чем в Японии (10,5 на 1000 населения). Другие показатели здоровья населения Южной Кореи уступали Японии - средняя продолжительность жизни соответственно 82 и 84 лет, младенческая смертность соответственно 1,5 и 0,9 на 1000 живорожденных детей, материнская смертность соответственно 11,0 и 5,0 на 100 тыс. живорожденных детей, заболеваемость туберкулезом соответственно 70 и 15 на 100 тыс. населения [3]. Однако, по данным Bloomberg Health Care Efficiency Index [6], Южная Корея занимает 5-е место в мире по эффективности системы здравоохранения, а Япония – 7-е место. Таким образом, Южная Корея, объединив около 350 страховых компаний в систему единого плательщика, достигла впечатляющей эффективности системы здравоохранения. В Японии, напротив, система медицинского страхования децентрализована, организована на уровне регионов и рабочих мест и управляется примерно 3000 страховыми компаниями [7].

Особенностью российской системы обязательного медицинского страхования (ОМС), как и в Японии, является участие в ней множества негосударственных страховых медицинских организаций, которые должны были создать страховую, конкурентную модель финансирования здравоохранения с разделением рисков между государством и страховщиками [8]. Однако на практике конкуренция между страховыми компаниями с целью надежной защиты прав застрахованных и более эффективного использования ресурсов системы здравоохранения, так и не возникла. Тем не менее, обновленная система ОМС позволила существенно уменьшить неравенство в размерах финансового обеспечения медицинской помощи гражданам в разных регионах РФ: различия в размерах доходов территориальных фондов ОМС в расчете на одного жителя, достигавшие в 2010 году 4,2 раза, составили в 2014 году 1,9 раза [8]. В Казахстане, начиная с 2010 года, финансовые ресурсы стационарной помощи, входящей в гарантированный объем бесплатной медицинской помощи (ГОБМП), объединены на национальном уровне в рамках реализации Концепции создания единой национальной системы здравоохранения (ЕНСЗ) [9]. С внедрением ЕНСЗ на стационарном уровне проведена консолидация средств ГОБМП на уровне республиканского бюджета, что способствовало снижению разницы в финансировании между регионами. Учреждения ПМСП и некоторые медицинские организации (противотуберкулезные, психоневрологические, инфекционные), по-прежнему, финансируются из средств областных бюджетов. Согласно Государственной программе развития здравоохранения Республики Казахстан «Денсаулык» на 2016-2019 годы [10], с 2018 года Фонд социального медицинского страхования (ФСМС) станет стратегическим закупщиком медицинских услуг [11].

КР в течение более 20 лет относилась к странам с низким доходом и соответственно могла выделять мизерные финансовые средства для системы здравоохранения (12 долларов США на душу населения в 2000 году и 92 в 2015 году). Однако благодаря созданию системы единого плательщика здравоохранения на национальном уровне смогла обеспечить позитивные тренды некоторых важных показателей здоровья населения, повысив эффективность использования скудных ресурсов здравоохранения.

Заключение. Изучение некоторых основных показателей здоровья населения КР с 1991 года по 2017 год показало позитивные тренды их динамики после создания системы единого плательщика здравоохранения, несмотря на крайне низкие уровни расходов здравоохранения. Особенно значительны они при сравнении с таковыми в РФ и Казахстане, которые имели многократно более высокие расходы здравоохранения по сравнению с КР.

Следует также отметить, что в КР был более низким не только финансовый, но и физический вклад (количество врачей и больничных коек) в систему здравоохранения по сравнению с Казахстаном и РФ.

Список литературы

1. WHO 2000. The World Health Report 2000. Health systems: Improving performance. Geneva, World Health Organization, 2000:206
2. OECD 2016. Cooperation with OECD in promoting efficiency in health care – Scoping paper on health system efficiency measurement. Interim Report (Substantive Report), 2016:125
3. World Data Atlas 2019. <http://chrome.google.com/world-data-atlas/>
4. World Bank 2019. <http://data.worldbank.org/indicator/SH.MED>
5. Hussey P., de Vries H., Romley J., Wang M., Chen S., Shekele P. et al. A systematic review of health care efficiency measures. Health Services Research, 2009; 44 (3): 784-805
6. Bloomberg Health Care Efficiency Index 2018. <https://www.google.com/search?q=bloomberg+health+care+efficiency+index+2019>
7. Sakamoto H., Rahman M., Nomura S., Okamoto E., Koike S., Yasunaga H. et al. Japan Health System Review. World Health Organization, Regional Office for South East Asia, New Delhi, 2018; 8 (1):228
8. Шишкин С.В., Власов В.В., Боярский С.Г., Засимова Л.С., Колосницына М.Г., Кузнецов М.Г. и др. Здравоохранение: современное состояние и возможные сценарии развития // Доклад к XVIII Апрельской международной научной конференции по проблемам развития экономики и общества, Москва, 11–14 апр. 2017 г. / рук. авт. кол. С. В. Шишкин; Национальный исследовательский университет «Высшая школа экономики». М.: Изд. дом Высшей школы экономики, 2017: 54
9. Katsaga A., Kulzhanov M., Karanikolos M., Rechel B. Kazakhstan: Health system review. Health Systems in Transition. 2012; 14 (4):154
10. Государственная программа развития здравоохранения Республики Казахстан «Денсаулык» на 2016-2019 годы. <https://www.enbek.gov.kz/ru/node/33663>
11. Деятельность Министерства здравоохранения Республики Казахстан: итоги за 2018 год и задачи на 2019 год. Астана; 2019: 28

References

1. WHO 2000. The World Health Report 2000. Health systems: Improving performance. Geneva, World Health Organization, 2000: 206
2. OECD 2016. Cooperation with OECD in promoting efficiency in health care – Scoping paper on health system efficiency measurement. Interim Report (Substantive Report), 2016: 125
3. World Data Atlas 2019. <http://chrome.google.com/world-data-atlas/>
4. World Bank 2019. <http://data.worldbank.org/indicator/SH.MED>
5. Hussey P., de Vries H., Romley J., Wang M., Chen S., Shekele P. et al. A systematic review of health care efficiency measures. Health Services Research, 2009; 44 (3): 784-805
6. Bloomberg Health Care Efficiency Index 2018. <https://www.google.com/search?q=bloomberg+health+care+efficiency+index+2018>
7. Sakamoto H., Rahman M., Nomura S., Okamoto E., Koike S., Yasunaga H. et al. Japan Health System Review. World Health Organization, Regional Office for South East Asia, New Delhi, 2018; 8 (1): 228
8. Shishkin S., Vlassov V., Boyarsky S., Zasimova L., Kolosnitchuna M., Kuznetsov M. et al. Health care: current situation and possible scenarios of development. National Research University – High School of Economics. Moscow, 2017: 54
9. Katsaga A., Kulzhanov M., Karanikolos M., Rechel B. Kazakhstan: Health system review. Health Systems in Transition, 2012; 14 (4):154
10. State program of health care development of Republic of Kazakhstan Densaulyk 2016-2019. <https://www.enbek.gov.kz/ru/node/33663>
11. Activity of Ministry of Health of Republic of Kazakhstan 2018-2019. Astana; 2019: 28

Финансирование. Исследование не имело спонсорской поддержки.

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Acknowledgments. The study did not have sponsorship.

Conflict of interests. The authors declare no conflict of interest.

Сведения об авторах

Калиев Марат Темирбекович – кандидат медицинских наук, доцент, консультант, Фонд обязательного медицинского страхования при Правительстве Кыргызской республики, kalievmar@mail.ru, SPIN: 7011-0969

Джолдошева Динара Сабатбековна – кандидат экономических наук, докторант Кыргызско-Российского Славянского Университета имени Б.Н.Ельцина, d.djoldosheva@yandex.ru

Information about authors

Kaliev Marat Temirbekovich - candidate of medical sciences, associate professor, consultant, Mandatory Health Insurance Fund under the Government of the Kyrgyz Republic, kalievmar@mail.ru , SPIN: 7011-0969,

Dzholdosheva Dinara Sabatbekovna – candidate of economic sciences, doctoral student of the Kyrgyz-Russian Slavic University named after B.N. Yeltsin, d.djoldosheva@yandex.ru

Статья получена: 29.03.2019 г.

Принята в печать: 01.09.2019 г.