

Исраилова Д. К., Аскарбекова Г. А., Сабиров С. А., Даминов Т. Ш., Темирбаева А. К., Жапарова Д. Б., Кутуев Ж. А.

АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ФИНАНСИРОВАНИЯ И ФОРМЫ ОПЛАТЫ СЕМЕЙНОЙ МЕДИЦИНЫ

Ошский государственный университет, 723500, г. Ош, Кыргызстан

Рост бюджетного финансирования на первичную медико-санитарную помощь в Кыргызстане не сопровождается улучшением кадровых показателей, что создает риски для устойчивости системы семейной медицины.

Цель исследования — оценить влияние параметров финансирования на эффективность семейной медицины и обосновать необходимость реформирования системы оплаты труда.

Проведен ретроспективный анализ в рамках одноэтапного исследования (2013—2023) на базе 12 центров семейной медицины южных регионов Кыргызстана. Проанализированы данные Фонда обязательного медицинского страхования, Национального статистического комитета, Министерства здравоохранения Кыргызской Республики. Проведено анкетирование 180 медработников и 420 пациентов. Статистическая обработка выполнена в SPSS v.25 (t-критерий Стьюдента, корреляционный анализ Пирсона, линейная регрессия). Постфактум-анализ мощности подтвердил достаточность выборки (power $\geq 0,80$ при $\alpha=0,05$).

Финансирование первичной медико-санитарной помощи увеличилось на 94,5%, однако обеспеченность врачами снизилась на 22,9%. Выявлена прямая корреляция между финансированием и удовлетворенностью пациентов ($r=0,48$; $p<0,05$) и обратная связь между нагрузкой врача и доступностью помощи ($r=-0,61$; $p<0,01$). Существующая подушевая модель не стимулирует профилактическую работу: ее доля в структуре рабочего времени врача составляет 14—18% против 35—40% в странах ЕС.

Требуется переход к комбинированной системе оплаты (фиксированная часть +15—20% стимулирующих выплат за качество и профилактику) и внедрение региональных коэффициентов для устойчивости системы первичной медико-санитарной помощи. Статья подготовлена в соответствии с рекомендациями STROBE для наблюдательных исследований.

Ключевые слова: семейная медицина; финансирование; подушевая оплата; Pay-for-Performance; качество помощи, доступность; Кыргызстан.

Для цитирования: Исраилова Д. К., Аскарбекова Г. А., Сабиров С. А., Даминов Т. Ш., Темирбаева А. К., Жапарова Д. Б., Кутуев Ж. А. Актуальные вопросы финансирования и формы оплаты семейной медицины. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2026;34(3):615—619. DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2026-34-3-615-619>

Для корреспонденции: Исраилова Дарыгул Кубанычбековна, канд. мед. наук, Ошский государственный университет, e-mail: disrailova2020@gmail.com

Israilova D. K., Askarbekova G. A., Sabirov S. A., Daminov T. Sh., Temirbaeva A. K., Japarova D. B., Kutuev Zh. A.

THE ACTUAL ISSUES OF FINANCING AND FORMS OF PAYMENT OF FAMILY MEDICINE

The Osh State University, 723500, city of Osh, Kyrgyzstan

The increasing budget financing of primary health care (PHC) in Kyrgyzstan brings no improvement into workforce indicators that establishes risks to sustainability of family medicine system.

The purpose of the study was to assess impact of financing parameters on family medicine efficiency and to justify necessity of reforming system of remuneration of labor.

The cross-sectional retrospective analytical study (2013—2023) was based on data from 12 Family Medicine Centers in Southern Kyrgyzstan. The data from MHIF, NatStatCom, and MoH KR were analyzed. The survey included 180 medical workers and 420 patients. The statistical analysis was performed using software SPSS v.25 to calculate the Student's t-test, Pearson correlation, linear regression). The post-hoc power analysis confirmed adequate sample size (power ≥ 0.80 at $\alpha = 0.05$).

The PHC funding increased by 94.5% (from 2.56 to 4.98 billion soms), yet physician supply decreased by 22.9% (from 4.8 to 3.7 per 10,000 population). The direct correlation was established between funding and patient satisfaction ($r = 0.48$; $p < 0.05$). The inverse relationship was established between physician workload and medical care accessibility ($r = -0.61$; $p < 0.01$). The current capitation model fails to stimulate preventive activities: its share in physicians' working time is 14—18% versus 35—40% in EU countries.

The transition to combined payment system (fixed salary + 15—20% incentive payments for quality and prevention) is required. The implementation of regional coefficients for PHC system sustainability is needed too. The article was prepared in accordance with STROBE guidelines for observational studies.

Key words: family medicine; financing; capitation; Pay-for-Performance; quality of care; accessibility; Kyrgyzstan.

For citation: Israilova D. K., Askarbekova G. A., Sabirov S. A., Daminov T. Sh., Temirbaeva A. K., Japarova D. B., Kutuev Zh. A. The actual issues of financing and forms of payment of family medicine. *Problemi socialnoi gigieny, zdoravookhraneniya i istorii meditsiny*. 2026;34(3):615—619 (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2026-34-3-615-619>

For correspondence: Israilova D. K., candidate of medical sciences, the Osh State University. e-mail: disrailova2020@gmail.com

Conflict of interests. The authors declare absence of conflict of interests.

Acknowledgment. The study was supported by Osh State University (internal grant No. OshGU-2023/PMSP).

Received 22.12.2025

Accepted 16.03.2026

Введение

Первичная медико-санитарная помощь (ПМСП) выступает фундаментальным элементом национальных систем здравоохранения, обеспечивая всеобщий охват услугами и социальную справедливость [1]. В Кыргызской Республике семейная медицина является основным структурным компонентом ПМСП, охватывающим более 60% амбулаторных посещений. Однако, несмотря на реализацию многолетних реформ и тенденцию к росту государственного финансирования, вопросы устойчивости и клинико-экономической эффективности семейной медицины остаются критически значимыми.

За последнее 10 лет расходы на ПМСП в стране увеличились с 2,56 млрд сом в 2013 г. до 4,98 млрд сом в 2023 г. (прирост 94,5%) [2]. На фоне финансового роста наблюдается регресс кадровых показателей: обеспеченность семейными врачами сократилась с 4,8 до 3,7 на 10 тыс. населения, что существенно ниже нормативов Всемирной организации здравоохранения (6 врачей на 10 тыс.) [3]. Высокая нагрузка (в среднем 2400 прикрепленных пациентов на специалиста) снижает качество консультаций и профилактическую активность, особенно в периферийных районах.

Действующая система подушевого финансирования, внедренная в рамках программы «Манас» (2001), изначально обеспечила прозрачность расходов [4]. Однако в современных условиях ее эффективность ограничена. Мотивация к профилактике низка, оплата не распределяется по качеству услуг и региональным особенностям [5, 6]. Удовлетворенность населения услугами составляет $63,2 \pm 2,4\%$, а в сельской местности — менее 60% [7]. Дисбаланс между ресурсами и кадровым потенциалом создает угрозу устойчивости ПМСП [8, 9]. В отличие от практик Казахстана и России, где применяются комбинированные схемы вознаграждения, отечественная модель остается нормативной и ориентированной преимущественно на объем прикрепления [10].

Актуальность исследования обусловлена необходимостью пересмотра принципов финансирования с учетом кадрового дефицита, роста хронической патологии и регионального разграничения [11]. Механизмы влияния подушевой системы на профилактику и мотивацию врачей в условиях Кыргызстана изучены недостаточно [12]. Комплексный анализ финансовых и организационных аспектов позволит сформировать обоснованные предложения по внедрению гибридной модели стимулирования [13].

Цель исследования — оценить влияние объемов и структуры финансирования на эффективность семейной медицины в Кыргызской Республике в 2013—2023 гг. [14], выявить взаимосвязь между финансированием, кадровой обеспеченностью и удовлетворенностью пациентов, а также обосновать подходы к совершенствованию оплаты труда.

Материалы и методы

Дизайн — одномоментное ретроспективно-аналитическое исследование популяционного характера. Работа охватила учреждения ПМСП Ошской, Джалал-Абадской и Баткенской областей. Сбор данных осуществлен в 2023 г. с ретроспективным анализом периода 2013—2023 гг. Источниками информации послужили годовые отчеты Фонда обязательного медицинского страхования (ФОМС), Национального статистического комитета (далее — Нацстатком) и Министерства здравоохранения Кыргызской Республики. Дополнительно проведено социологическое анкетирование. Критерии включения для медработников — стаж в центре семейной медицины (ЦСМ) более 1 года, для пациентов — прикрепление к ЦСМ не менее 5 лет, возраст ≥ 18 лет. Критерии исключения: неполное заполнение анкеты, отказ от участия, острые состояния, требующие госпитализации в стационар.

Выборка сформирована по территориальному признаку. Соотношение врачей и пациентов составило 1:2,3 (180 медицинских работников и 420 пациентов из исходных 220 и 520 соответственно). Анализ (G*Power 3.1) подтвердил, что при $\alpha=0,05$ и обнаруженном эффекте (effect size $f = 0,25$) текущая выборка обеспечивает мощность теста $\geq 0,80$ для выявления статистически значимых различий. Сбор данных в горных районах Баткенской и Ошской областей был сопряжен с логистическими трудностями: сезонной недоступностью некоторых участков, ограниченным транспортом, необходимостью координации с местными администрациями. Полевая работа проведена авторами лично в период с марта по сентябрь 2023 г. Статья подготовлена в соответствии с рекомендациями STROBE для наблюдательных исследований.

Исследование одобрено локальным этическим комитетом Ошского государственного университета (протокол № 4 от 12.01.2023), получено информированное согласие.

Целевые показатели включали: динамику финансирования ПМСП (млн сом, %), обеспеченность врачами (на 10 тыс. населения), среднюю заработную плату, уровень удовлетворенности пациентов (в %) и нагрузку на врача (число прикрепленных). Удовлетворенность оценивалась валидированными анкетами (12 вопросов, адаптированы на основе EUROHIS-QOL, α Кронбаха = 0,81).

Статистический анализ выполнен в пакете SPSS v.25. Количественные данные представлены как $M \pm m$. Для сравнения групп использован t -критерий Стьюдента, для оценки связей — корреляционный анализ Пирсона (r). Статистически значимыми считались значения $p < 0,05$. Влияние финансирования на удовлетворенность и обеспеченность оценивалось методом линейной регрессии.

Результаты исследования

Анализ динамики финансирования и кадрового обеспечения (2013—2023) продемонстрировал

Здоровье и общество

устойчивый рост объемов ресурсов при одновременном снижении кадровой плотности. Общий объем финансирования ПМСП увеличился с 2560 ± 110 млн сом до $4\,980 \pm 220$ млн сом (+94,5%; $p < 0,05$). Доля расходов на ПМСП в бюджете здравоохранения возросла с 28,4 до 32,7%. Однако обеспеченность семейными врачами снизилась с $4,8 \pm 0,2$ до $3,7 \pm 0,3$ на 10 тыс. населения ($p < 0,01$). Нагрузка на одного специалиста выросла с 1850 до 2420 прикрепленных пациентов. Средняя заработная плата врача увеличилась на 302,5% (с 6 800 до 27 370 сом), что не компенсировало рост интенсивности труда.

Удовлетворенность населения услугами показала положительную динамику (с 58,3 до 63,2%; $p < 0,05$), однако остается недостаточной. Структура финансирования ПМСП включает: государственный бюджет (65,4%), средства ФОМС (28,1%), платные услуги (6,5%). Подушевая модель оплаты действует без существенных изменений с 2001 г.

Корреляционный анализ выявил умеренную положительную связь между уровнем финансирования и удовлетворенностью пациентов ($r = 0,48$; $p < 0,05$). Зафиксирована отрицательная корреляция между нагрузкой на врача и удовлетворенностью ($r = -0,61$; $p < 0,01$). В условиях дефицита кадров среднее время ожидания приема увеличилось с $28 \pm 3,2$ до $41 \pm 4,0$ мин ($p < 0,05$), охват профилактическими осмотрами снизился с 74,1 до 66,8%.

Регионы с низкой обеспеченностью врачами (Баткенская, Нарынская области) характеризуются ростом госпитализации на 19,6%, увеличением хронических неинфекционных заболеваний на 11,3% и низким охватом профилактикой (63,7% против 72,5% в среднем по стране).

Сравнительный анализ систем финансирования в странах СНГ показал преимущества комбинированных моделей. В Казахстане (подушевой норматив + бонусы за качество) удовлетворенность пациентов выросла с 61,2 до 78,5% (2015—2022), тогда как в Кыргызстане лишь с 58,3 до 63,2%. Средняя зарплата врача в Казахстане эквивалентна 45 200 сом, в России — 41 600 сом, в Кыргызстане — 27 370 сом.

Многофакторный регрессионный анализ подтвердил: при увеличении финансирования на 1 млн сом удовлетворенность пациентов повышается на 0,12% ($\beta = 0,26$; $p = 0,042$), а при росте нагрузки врача снижается на 0,15% ($\beta = -0,33$; $p = 0,031$). Региональные различия существенны: обеспеченность врачами в южных областях на 22% ниже, чем в северных, при разнице финансирования лишь в 6—8%.

Опрос руководителей ЦСМ ($n = 30$) показал, что 83,3% считают необходимым внедрение гибридной системы оплаты, 76,7% — увеличение стимулирующей части фонда оплаты труда.

Обсуждение

Полученные данные подтверждают системное противоречие: рост финансирования ПМСП на 94,5% не предотвратил снижение кадровой обеспеченности на 22,9%. Это указывает на структурный

дисбаланс и ограниченность действующей подушевой модели. Подушевое финансирование (capitation) обеспечивает предсказуемость расходов, но не создает стимулов для профилактической активности, поскольку вознаграждение не связано с качеством и результатами труда. Вероятно, отсутствие коэффициента сложности и удаленности делает работу в сельской местности экономически нецелесообразной, несмотря на рост базовой ставки.

Выявленная отрицательная связь между нагрузкой врача и доступностью помощи ($r = -0,61$) согласуется с международными данными о том, что перегрузка персонала снижает время контакта с пациентом и ухудшает клинические исходы. Рост хронических заболеваний в регионах с дефицитом кадров подтверждает зависимость контроля факторов риска от доступности ПМСП. Снижение обеспеченности врачами на 22% при росте финансирования на 94% указывает на падение маржинальной эффективности расходов (diminishing returns).

Опыт стран с комбинированными моделями демонстрирует более высокую кадровую устойчивость. В Казахстане внедрение механизма Pay-for-Performance (P4P), где до 20% дохода врача зависит от индикаторов качества (охват вакцинацией, контроль артериального давления), позволило снизить текучесть кадров на 12%. В Великобритании модель Quality and Outcomes Framework (QOF) предусматривает до 25% стимулирующей части, привязанной к клиническим аудитам [15]. Это обосновывает гипотезу о необходимости внедрения стимулирующих выплат за качество в Кыргызстане.

Социально-экономические эффекты недостаточного финансирования проявляются в региональном разделении. Зарплата врачей на юге на 30—35% ниже таковой в Бишкеке, что усиливает миграцию кадров. Нормативно-правовая база (Постановление № 555 от 2019 г.) не предусматривает гибких коэффициентов для труднодоступных территорий, что снижает адаптивность системы [16].

Доля профилактической работы в структуре времени врача составляет лишь 14—18%, тогда как в странах ЕС — до 35—40%. Отсюда следует, что переход от модели «за количество» к модели «за результат» является необходимым условием повышения эффективности.

Ограничения исследования. Охват только южных регионов может ограничивать экстраполяцию на северные области, однако доля сельского населения (>60%) соответствует общенациональной пропорции.

Использование агрегированной официальной статистики может не отражать внутригрупповые различия и теневые выплаты.

Субъективная оценка удовлетворенности подвержена эффекту социальной желательности, однако надежность методики подтверждена (α Кронбаха = 0,81).

Отсутствие рандомизации: может вносить селективное смещение, однако стратификация по регио-

нам и большой объем данных (10 лет) минимизируют влияние случайных факторов.

Несмотря на ограничения, наблюдаемые тенденции сохраняют статистическую достоверность ($p < 0,05$) и отражают ключевые проблемы системы.

Заключение

Исследование подтвердило неэффективность действующей подушевой системы финансирования в условиях кадрового дефицита. Рост объемов финансирования не компенсирует снижение обеспеченности врачами и низкую профилактическую активность. Установлена значимая связь между финансированием, нагрузкой и удовлетворенностью пациентов [17].

Для устойчивого развития семейной медицины необходимо:

- Повысить долю расходов на первичное звено до 35—40% общего бюджета здравоохранения.
- Внедрить комбинированную систему оплаты труда: подушевой норматив +15—20% стимулирующих выплат за качество (охват диспансеризацией, контроль хронических неинфекционных заболеваний, удовлетворенность пациентов).
- Разработать региональные коэффициенты для горных и труднодоступных территорий.
- Создать систему нематериального стимулирования (жилье, льготы для сельских врачей).
- Развивать цифровые механизмы мониторинга качества и рейтинговую оценку ЦСМ.
- Усилить межсекторальное сотрудничество для решения проблемы кадрового и финансового дефицита.

Реализация данных мер, адаптируемых для стран Центральной Азии (Таджикистан, Узбекистан), позволит повысить доступность и качество медицинской помощи, укрепив социальное равенство в здравоохранении Кыргызской Республики.

Исследование выполнено при поддержке Ошского государственного университета (внутренний грант № ОШГУ-2023/ПМСП).

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

ЛИТЕРАТУРА

REFERENCES

1. Омокеев М. К., Кожошев А. О. Принципы финансирования здравоохранения на основе ФОМС. *Актуальные вопросы современной экономики*. 2024;(6):228—32. doi: 10.34755/IROK.2024.90.12.022
2. Николаева И. В., Жернакова Н. И., Османов Э. А. Опыт реформирования первичного звена здравоохранения в условиях увеличения среднего возраста населения. *Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины*. 2020;28(6):1374—9. doi: 10.32687/0869-866X-2020-28-6-1374-1379
3. WHO. Global strategy on human resources for health: workforce 2030. Geneva: World Health Organization; 2021. Режим доступа: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241511131>
4. Тихонова Н. В., Шульмин А. В., Анафьянова Т. В., Волкова О. А. Этнические и семейные особенности выбора между официальной, народной или дополнительной (альтернативной) медициной. *Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины*. 2020;28(3):385—9. doi: 10.32687/0869-866X-2020-28-3-385-389
5. Тишутин А. А. Проблемы финансирования научных исследований в области медицины: экономический аспект. *Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины*. 2022;30(6):1324—7. doi: 10.32687/0869-866X-2022-30-6-1324-1327
6. Полянин А. В., Проняева Л. И., Федотенкова О. А. Проблемы и направления развития системы финансирования сферы здравоохранения. *Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины*. 2019;27(5):893—902. doi: 10.32687/0869-866X-2019-27-5-893-903
7. Снегирева Ю. Ю., Ананченко П. И., Сейфиева Е. Н. Современные механизмы интеграции медицинских организаций в системе здравоохранения. *Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины*. 2023;31(6):1402—7. doi: 10.32687/0869-866X-2023-31-6-1402-1407
8. World Bank. Strengthening Primary Health Care in Central Asia: Challenges and Opportunities. Washington: DC: World Bank; 2023. Режим доступа: <https://www.worldbank.org/en/news/press-release/2025/03/24/world-bank-provides-additional-financing-to-improve-primary-health-care-quality-in-the-kyrgyz-republic>
9. Руденко Г. Г., Сидорова В. Н., Сидоров Н. В. Реализация национального проекта "Здравоохранение" в условиях пандемии COVID-19. *Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины*. 2021;29(S1):703—7. doi: 10.32687/0869-866X-2021-29-s1-703-707
10. Кочарян А. С. Основные модели финансирования здравоохранения: зарубежный опыт и модель финансирования здравоохранения в РА. В сб.: Семнадцатая Годичная научная конференция: сборник научных статей, Ереван, 04—08 декабря 2023 года. Ереван: Российско-Армянский (Славянский) университет; 2024. doi: 10.24412/cl-37234-2024-1-117-127
11. Panchenko D. V., Turgambayeva A. K., Khismetova Z. A. Kazakhstan model of healthcare financing through public health principle: experience and prospects. *Science & Healthcare*. 2022;24(1):79—89. doi: 10.34689/SH.2022.24.1.010
12. Omirbayeva B. S., Ashirbekova N. S., Sutbayeva R. O., Kazykeshova A. T. Organization and financing of the health care system in Kazakhstan. *Bulletin of Turan University*. 2024;3(103):179—94. doi: 10.46914/1562-2959-2024-1-3-179-194
13. Giasov S. A. Financing health institutions: theoretical and law Actions. *Бенефициар*. 2020;69:3—6. EDN BAMIGU
14. Садырбеков К. К. Особенности финансирования службы общественного здравоохранения Кыргызской Республики. *Вестник Международного Университета Кыргызстана*. 2021;2(43):335—41. EDN PFXOSU
15. Roland M., Campbell S. Successes and challenges of pay-for-performance in the United Kingdom. *BMJ Quality & Safety*. 2021;30(4):320—7. doi: 10.1136/bmjqs-2020-011578
16. Расходы государственного бюджета на здравоохранение по категориям (экономическая классификация). Режим доступа: <https://stat.gov.kg/ru/opendata/category/3716/>
17. Гиясов С. А. Финансирование в системе здравоохранения на основе индикаторов результативности. *Modern Science*. 2020;(3-1):68—75. EDN JDKBGR

Поступила 22.12.2025
Принята в печать 16.03.2026

Здоровье и общество

6. Polyanin A. V., Pronyaeva L. I., Fedotenkova O. A. Problems and Directions of Development of the Healthcare Financing System. *Problemy' social'noj gigieny', zdravooxraneniya i istorii mediciny'*. 2019;27(5):893–902. doi: 10.32687/0869-866X-2019-27-5-893-903 (in Russian).
7. Snegireva Yu. Yu., Ananchenkova P. I., Seifieva E. N. Modern Mechanisms of Medical Organizations Integration in the Healthcare System. *Problemy' social'noj gigieny', zdravooxraneniya i istorii mediciny'*. 2023;31(6):1402–7. doi: 10.32687/0869-866X-2023-31-6-1402-1407 (in Russian).
8. World Bank. Strengthening Primary Health Care in Central Asia: Challenges and Opportunities. Washington: DC: World Bank; 2025. Available at: <https://www.worldbank.org/en/news/press-release/2025/03/24/world-bank-provides-additional-financing-to-improve-primary-health-care-quality-in-the-kyrgyz-republic>
9. Rudenko G. G., Sidorova V. N., Sidorov N. V. Implementation of the National Healthcare Project in the Context of the COVID-19 Pandemic. *Problemy' social'noj gigieny', zdravooxraneniya i istorii mediciny'*. 2021;29(S1):703–7. doi: 10.32687/0869-866X-2021-29-s1-703-707 (in Russian).
10. Kocharyan A. S. Basic Models of Healthcare Financing: Foreign Experience and Healthcare Financing Model in the Republic of Armenia. Seventeenth Annual Scientific Conference: Collection of Scientific Articles, Yerevan, December 04–08, 2023. Yerevan: Russian-Armenian (Slavonic) University; 2024. doi: 10.24412/cl-37234-2024-1-117-127 (in Russian).
11. Panchenko D. V., Turgambayeva A. K., Khismetova Z. A. Kazakhstan model of healthcare financing through public health principle: experience and prospects. *Science & Healthcare*. 2022;24(1):79–89. doi: 10.34689/SH.2022.24.1.010
12. Omirbayeva B. S., Ashirbekova N. S., Sutbayeva R. O., Kazykeshova A. T. Organization and financing of the health care system in Kazakhstan. *Bulletin of Turan University*. 2024;3(103):179–94. doi: 10.46914/1562-2959-2024-1-3-179-194
13. Giasov S. A. Financing health institutions: theoretical and law Actions. *Beneficiary*. 2020;69:3–6. EDN BAMIGU
14. Sadyrbekov K. K. Features of financing the public health service of the Kyrgyz Republic. *Vestnik Mezhdunarodnogo Universiteta Ky'rgy'zstana*. 2021;2(43):335–41. EDN PFXOSU (in Russian).
15. Roland M., Campbell S. Successes and challenges of pay-for-performance in the United Kingdom. *BMJ Quality & Safety*. 2021;30(4):320–7. doi: 10.1136/bmjqs-2020-011578
16. Public budget expenditures on healthcare by category (economic classification). Available at: <https://stat.gov.kg/ru/opendata/category/3716/>
17. Giasov S. A. Funding in the Healthcare System Based on Performance Indicators. *Modern Science*. 2020;(3-1):68–75. EDN JDKBGR (in Russian).