

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ НАЦИОНАЛЬНЫХ СИСТЕМ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ***Екатерина Владимировна МОЛЧАНОВА**

доктор экономических наук, кандидат технических наук, ведущий научный сотрудник,
Институт экономики Федерального исследовательского центра «Карельский научный центр
Российской академии наук» (ИЭ КарНЦ РАН), Петрозаводск, Российская Федерация
molch@yandex.ru
ORCID: отсутствует
SPIN-код: 6825-4680

История статьи:

Получена 05.06.2019
Получена в доработанном
виде 21.06.2019
Одобрена 14.07.2019
Доступна онлайн
15.08.2019

УДК 314.1

JEL: I15, I18, J13

Аннотация

Предмет. Организация национальных систем здравоохранения в странах мира с различными моделями оказания медицинской помощи.

Цели. Проведение сравнительной оценки эффективности национальных систем здравоохранения с помощью проекта «Глобальное бремя болезней», а также определение наиболее перспективных направлений в области сохранения и укрепления общественного здоровья населения.

Методология. В качестве методологической базы исследования была использована идеология проекта «Глобальное бремя болезней». В ее основе лежит индикатор «потерянные годы здоровой жизни» (*DALY – Disability Adjusted Life Years*). Индекс $DALY = YLL + YLD$ для различных заболеваний или нарушений здоровья включает годы потерянной жизни вследствие преждевременной смертности (*YLL*) и годы жизни, утраченные в результате отклонений в состоянии здоровья (без учета смертельных исходов, *YLD*).

Результаты. Выполнена оценка эффективности функционирования национальных систем здравоохранения в странах мира, которые используют различные типы организации медицинской помощи, в том числе модель Бевериджа (Великобритания), модель Бисмарка (Германия, Россия, Япония) и частную систему здравоохранения (США). Проанализирован уровень *DALY* для выбранной группы стран, установлены основные причины заболеваемости и смертности, определяющие отклонения в состоянии здоровья населения. Особое внимание уделено развитию системы здравоохранения в России, выделены достоинства и недостатки оказания медицинской помощи в нашей стране.

Выводы. Методика проекта «Глобальное бремя болезней» доказала свою эффективность и может быть использована в качестве инструмента для сравнительной оценки общественного здоровья населения. Результаты работы применимы при разработке программных документов для преодоления демографического кризиса и создания новых подходов в сфере охраны общественного здоровья.

Ключевые слова:

демография, система
здравоохранения,
медицинская помощь

© Издательский дом ФИНАНСЫ и КРЕДИТ, 2019

Для цитирования: Молчанова Е.В. Сравнительная оценка эффективности национальных систем здравоохранения // Национальные интересы: приоритеты и безопасность. – 2019. – Т. 15, № 8. – С. 1495 – 1511.
<https://doi.org/10.24891/ni.15.8.1495>

Введение

Здоровье выступает в качестве важнейшей составной части человеческого капитала современного общества. Сохранение и укрепление здоровья граждан является приоритетной задачей любого государства, которая подразумевает создание эффективной

системы оказания медицинской помощи и организации здравоохранения. Затраты на лечение и сохранение своего здоровья для человека всегда были существенны, поэтому часть их компенсировалась специальными программами страхования, индивидуальные средства аккумулировались по принципу

страхования рисков для жизни и здоровья населения.

Например, в Голландии первые шаги по страхованию здоровья граждан предпринимались уже в средние века. На рубеже XVIII в. в Европе стали организовываться страховые объединения ремесленников и рабочих, так называемые «больничные кассы». Тем не менее вплоть до конца XIX в. страхование здоровья являлось исключительно частным делом, влияние государственного управления на систему оказания медицинской помощи и его участие в обеспечении финансирования здравоохранения утвердилось значительно позднее. Такая необходимость возникла в связи с увеличением темпов экономического роста, что потребовало поддержания здоровья населения, высокого качества трудовых ресурсов, поэтому только частной инициативы в решении этого вопроса стало недостаточно. Охрана здоровья все более и более становилась важнейшим направлением государственной политики [1].

Цель данной работы – проведение сравнительной оценки эффективности национальных систем здравоохранения с помощью проекта «Глобальное бремя болезней» (ГББ), а также определение наиболее перспективных направлений в области сохранения и укрепления общественного здоровья населения.

Материалы и методы

В настоящее время для анализа качества человеческого потенциала, состояния индивидуального и общественного (популяционного) здоровья, а также факторов риска, влияющих на уровень заболеваемости и смертности в разных странах мира, активно используется методика оценки глобального бремени болезней (ГББ). В ее основе лежит индикатор «потерянные годы здоровой жизни» (*DALY – disability adjusted life years*).

Индекс, который определяется как $DALY = YLL + YLD$, для различных заболеваний или нарушений здоровья включает годы потерянной жизни вследствие преждевременной смертности (*YLL – year life lost*) и годы жизни, утраченные в результате отклонений в состоянии здоровья (без учета смертельных исходов, *YLD – year lost due disability*).

Для измерения бремени болезней при расчете показателя *DALY* используется время (потерянные годы здоровой жизни). Достоинством данного индикатора является его комплексный характер. Являясь количественным показателем, *DALY* в динамике дает оценку качества здоровья населения под воздействием социально-экономических, экологических и других факторов риска с учетом пола, возраста, типа заболевания (группы и класса болезней), территории и определенного отрезка времени. Координатором исследования ГББ выступает независимый исследовательский центр в сфере глобального здравоохранения – Институт по измерению показателей здоровья (*Institute for Health Metrics and Evaluation, IHME*) [2, 3].

Результаты и их обсуждение

Первые прообразы организации современных систем для охраны здоровья граждан в европейских странах сформировались к середине XX в. [4]. Специалистами Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) были выделены три основных типа национальных систем здравоохранения [5]: государственная (модель Бевериджа, Великобритания), система, основанная на принципах страхования здоровья (модель Бисмарка, Германия, Россия, Япония), рыночная (частная) система здравоохранения (США) [6]. Основные демографические и социально-экономические индикаторы для выбранной группы стран представлены в табл. 1.

Рассмотрим страны с разной организацией системы здравоохранения и проанализируем

* Исследование выполнено при финансовой поддержке РФФИ, проект № 18-010-00029_а «Возможность внедрения бенчмаркинга при разработке медико-демографической политики».

достигнутые результаты в области охраны и укрепления здоровья населения в этих государствах с помощью индикатора *DALY*. В табл. 2, 3 представлена динамика изменения показателя *DALY* (на 100 тыс. населения) за более чем 25-летний период (с 1990 по 2017 г.) для стран мира, которые являются наиболее яркими представителями различных моделей оказания медицинской помощи.

В России за четверть века сложилась существенная разница в значении индекса *DALY* («потерянные годы здоровой жизни», на 100 тыс.) в сравнении с аналогичным показателем в Великобритании, Германии, Японии и США. Так, в 2017 г. он составил 41 884 ед., в том числе для мужчин 49 484 ед., для женщин – 35 282 ед. При этом в России также значительно выше уровень смертности по всем группам и классам болезней (в 2017 г. в России – 12,9 чел., в Великобритании – 9, Германии – 11,3, Японии – 10,7, США – 8,3 чел. на 1 000 чел.). Такая ситуация характерна для всего анализируемого временного периода, начиная с 1990 г.

Основными причинами потерь здоровья в России в 2017 г. (согласно индексу *DALY*) стали сердечно-сосудистые заболевания (30,5%), «внешние причины» (14,6), злокачественные новообразования (11,6), заболевания органов пищеварения (5,6) и болезни нервной системы (4,8%). К числу ведущих причин, оказавших наибольшее влияние на состояние здоровья населения в анализируемых странах в 2017 г., относятся сердечно-сосудистые заболевания (14,88–18,88%), злокачественные новообразования (14,69–19,12), болезни нервной системы (6,74–8,95), «внешние причины» (7,04–10,53%). Причем в Великобритании, Германии, Японии и США уровень потерь общественного здоровья значительно ниже, чем в России по всем группам и классам болезней.

Модель, которая явилась основой для современных систем здравоохранения ряда

европейских государств, носит название системы Бевериджа, по имени английского экономиста У. Бевериджа, предложившего принципы всеобщего социального обеспечения и страхования, изложенные в его знаменитом докладе 1942 г. «Социальное страхование и другие виды социального обслуживания». У. Беверидж не был социалистом, но признавал многие из требований зарождавшегося тогда рабочего движения, поэтому модель Бевериджа сформировалась как отклик на левые социал-демократические настроения, получившие широкое распространение в Европе в послевоенное время [7].

Главной характеристикой системы Бевериджа является исключительная роль государства в финансировании здравоохранения. Основным источником финансирования учреждений здравоохранения выступают бюджетные средства, формируемые за счет централизованного налогообложения [8]. Следующим звеном распределения финансовых ресурсов являются либо напрямую медицинские учреждения, либо доверительные страховые фонды. В данной системе государство выступает в роли заказчика медицинских услуг, поскольку осуществляет их оплату. Медицинская помощь для населения является условно бесплатной, хотя вполне закономерно, что в конечном итоге все граждане страны вносят вклад в оплату медицинских услуг посредством уплаты налогов.

Государство осуществляет контрольную и регулирующую функции. Система построена на вертикальных принципах управления с четким разграничением уровней ответственности. В основе данной модели заложен механизм «деньги следуют за пациентом», поэтому материальная оценка деятельности врача зависит от количества, социального статуса и возраста пациентов. Органы управления здравоохранением осуществляют контроль за выполнением приоритетных направлений в развитии системы охраны здоровья граждан страны, на

региональном уровне ведется конкретное планирование и организация работы медицинских учреждений. Деятельность медицинских организаций серьезно контролируется государством, больницы проверяются, разработаны достаточно жесткие критерии оценки качества оказания медицинской помощи.

Классическим примером применения принципов Бевериджа является система здравоохранения Великобритании. Основным ядром сложившейся государственной модели является Национальная служба здравоохранения (*National Health Service*) [9]. В своей деятельности эта организация опирается на объединения семейных врачей – трасты, которые, в свою очередь, занимаются управлением деятельностью больниц. Подавляющее число стационаров в Великобритании принадлежит государству, однако имеются и частные клиники. Трастам семейных врачей дано право на привлечение к работе частных медицинских организаций, кроме того, в государственных больницах могут открываться платные отделения. Наиболее приближены к населению трасты первичного звена, которые несут ответственность за оплату труда семейных врачей. Система здравоохранения Великобритании неоднократно реформировалась, а начиная с 1991 г. основные денежные фонды были отданы в распоряжение региональных структур здравоохранения и семейных врачей. Наряду с общенациональной государственной системой здравоохранения в стране имеется и система добровольного медицинского страхования, но она играет незначительную роль.

Модель организации медицинской помощи в Великобритании демонстрирует свою жизнеспособность и эффективность. Начиная с 1990 г. неуклонно растет ожидаемая продолжительность жизни, сокращается уровень смертности, о чем свидетельствует снижение интегрального показателя здоровья, индекса *DALY*. Великобритания расходует меньше средств на здравоохранение – как

в процентах от валового национального продукта, так и в абсолютных показателях на душу населения, но имеет лучший индекс *DALY*, чем, например, Германия и США.

Следует отметить, что в современных условиях модель Бевериджа не используется в первозданном, чистом виде. Существуют самые различные вариации и особенности применения системы в разных странах, не исключая использование страховых взносов, переведенных в бюджет на счет отдельного гражданина, а также участия независимых от государства страховых организаций. Государственные структуры зачастую сосуществуют с частной медицинской практикой. В разных странах сформировались различные подходы в свободе выбора врача или медицинского учреждения, а также страховой организации.

К главным достоинствам модели Бевериджа можно отнести: обеспечение охвата всего населения медицинской помощью; доступность медицинских услуг; социальную ориентированность; гарантированность медицинской помощи; возможность государства сдерживать рост цен на медицинские услуги; существенно более низкие расходы на функционирование системы по сравнению с моделью Бисмарка. В качестве недостатков следует отметить: существенную зависимость от государственного бюджета; затрудненный механизм влияния пациента на деятельность медицинских учреждений и непосредственную оценку качества медицинских услуг; отсутствие должной мотивации медперсонала для внедрения новых технологий и повышения качества услуг; излишнюю бюрократизацию; возникновение дефицита определенных видов медицинской помощи; возникновение затратных механизмов.

Значительное место в международной практике организации здравоохранения занимает система страхования здоровья, которая получила название модели Бисмарка, поскольку первый канцлер Германии

О. фон Бисмарк проявлял большой интерес к вопросам социальной политики. Развитие капиталистических отношений, усиление социального неравенства вызывало необходимость регулирования возникавших противоречий для поддержания государственной стабильности, и именно в связи с этим предпринимались попытки облегчения бремени, которое несли на своих плечах наемные работники. В немецком обществе набирали вес силы, пропагандировавшие социализированную модель рыночных отношений [10].

В 1884 г. в Германии было введено новое социальное законодательство, включавшее и закон о медицинском страховании, который предусматривал обязательное медицинское страхование рабочих и служащих с невысоким доходом. Таким образом, был заложен первый камень в фундамент системы обязательного медицинского страхования (ОМС), которую называют моделью Бисмарка. Данная модель предполагает финансирование здравоохранения за счет страховых взносов наемных работников, работодателей и бюджетных структур [11].

Реализуется такая схема, в которой покупателем медицинских услуг становится медицинская страховая организация, она же выступает в качестве промежуточного звена в системе взаимоотношений «врач – пациент». Медицинская страховая организация заинтересована в рациональном расходовании средств и имеет соответствующих профессиональных экспертов, способных оценить качество медицинских услуг. Поскольку обязанность отчислять средства на страхование является всеобщей, а стоимость оказываемой медицинской услуги не зависит от величины взноса в фонд страхования, то таким образом реализуется принцип солидарности, где перераспределяются средства между богатыми и бедными.

Для системы Бисмарка характерны следующие особенности: взносы зависят от размера доходов; обязательность взносов для большинства граждан; разделение

ответственности по внесению страховых взносов между работодателем и работником; существование различных страховых фондов; определение нижней и верхней планки доходов для отчисления в страховые фонды. Принципы организации ОМС достаточно разнообразны, структуры могут быть централизованными, децентрализованными по территориальному или ведомственному признаку, присутствуют также смешанные и конкурентные подходы. Важной особенностью системы ОМС является существование двух основных форм страхования – косвенной и прямой. При косвенной форме заключают договоры между учреждениями медицины и страховыми организациями, при прямой – страховые структуры сами владеют медицинскими учреждениями с фиксированными окладами врачей.

Достоинствами системы Бисмарка являются: всеобщий охват населения; обеспечение доступности медицинской помощи; принцип солидарности в оплате медицинских услуг; целевое финансирование; отсутствие исключительной зависимости от бюджета государства; заинтересованность страховых компаний в качестве лечения. К недостаткам можно отнести: высокие расходы на функционирование страховых компаний; ограниченные финансовые возможности страховых фондов; сокращение возможностей оказания помощи в области профилактики заболеваний; рост стоимости медицинского обслуживания.

Наиболее ярким представителем модели Бисмарка является система здравоохранения Германии, где каждый житель обязан иметь медицинский страховой полис, что не исключает возможности добровольного негосударственного медицинского страхования. В то же время граждане с доходом выше определенного уровня могут выйти из системы ОМС. В стране 85% населения охвачены государственным страхованием и лишь 13% заключили договоры добровольного медицинского страхования [12].

Финансирование здравоохранения в Германии осуществляется на принципах равноправия между работодателями и работниками путем перечисления соответствующих средств в фонды государственной системы страхования. С учетом фактора старения населения существует дополнительное налогообложение, направленное на оказание медицинских услуг пожилому населению.

В стране сформировалась трехуровневая структура управления здравоохранением. На высшем уровне федеральное правительство выполняет законодательную и контрольную функции, определяя стратегические направления развития отрасли. Затем на уровне руководства земель осуществляется планирование деятельности больничного сектора, надзор за функционированием государственных стационаров, медицинских работников, контроль за оборотом лекарственных средств и т.д. На нижнем уровне исполнительную функцию осуществляют ассоциации врачей и больничные кассы. Система здравоохранения Германии децентрализована, в приоритете – самостоятельность в принятии решений на местном уровне [13].

В целом система здравоохранения Германии стабильна, уровень качества оказания медицинских услуг достаточно высокий. Однако начиная с середины 2000-х гг. по объективным показателям проявляются негативные тенденции: так, индекс *DALY* с 2005 по 2017 г. увеличился, что связано с увеличением смертности. Сравнивая Великобританию и Германию, можно отметить, что ожидаемая продолжительность жизни велика в обеих странах с незначительным преимуществом Великобритании, однако при меньших расходах на здравоохранение, в том числе на душу населения, Соединенное Королевство добилось более положительной динамики в медико-демографических показателях.

Одним из мировых лидеров в области охраны и укрепления здоровья населения является Япония, что обусловлено прорывным

социально-экономическим ростом этой страны и эффективностью организации системы здравоохранения. Япония лидирует по показателю общей продолжительности жизни, начиная с 1986 г. Система медицинского страхования в Стране восходящего солнца является предметом перекрестного финансирования из страховых поступлений от работающих граждан и работодателей, а также государственного бюджета и частично местных бюджетов. Величина страхового взноса определяется заработком, но не превышает установленного максимального порога [14].

В Японии сформировались две опорные категории медицинского страхования. Первая – государственная (Кэнко-Хокэн), которая охватывает самозанятое население, инвалидов, безработных. Вторая – социальная (Кокумин-Кэнко-Хокэн), функционирующая для наемных работников и членов их семей. В стране имеется дополнительное частное медицинское страхование, но его доля незначительна, менее 1% общих расходов на здравоохранение. Большинство медицинских учреждений в Японии, кроме инфекционных, являются частными, но поскольку государство само устанавливает и регулирует тарифы на услуги в сфере оказания медицинской помощи, для пациента нет большой разницы куда обращаться, в государственную или частную клинику¹. Граждане страны также имеют право на выбор врача и медицинской организации.

Управление здравоохранением в Японии включает четыре уровня: правительственный, уровень префектуры, центры здоровья, местный уровень. Система здравоохранения в стране демонстрирует свою устойчивость и эффективность, затраты на финансирование здравоохранения на душу населения ниже, чем, например, в США и Германии, а достигнутые результаты значительно

¹ Вострокнутова О.И., Горюнова В.В., Новиков М.С., Шубин И.И. Сравнительная характеристика моделей организации систем здравоохранения России и Японии // Международный студенческий научный вестник. 2018. № 3. С. 352–354.

превосходят мировые показатели. Япония остается лидером по ожидаемой продолжительности жизни, при этом младенческая смертность одна из самых низких в мире. Тем не менее, начиная с 1990 г., уровень смертности стремительно возрастает, интегральный индекс *DALY* постоянно увеличивается. Главной причиной сложившегося негативного тренда является старение населения, и такая демографическая ситуация сокращает страховую базу, требуя значительного увеличения бюджетных вливаний.

Совершенно противоположная система организации здравоохранения сложилась в крупнейшей экономически развитой державе – Соединенных Штатах Америки. Главная черта американской системы здравоохранения – это господство рыночных отношений в сфере медицины, о состоянии своего здоровья каждый должен беспокоиться самостоятельно. Долгое время в США не было системы обязательного медицинского страхования, введена она была только в 2014 г. в результате проводимых президентом Б. Обамой реформ. Реформы Обамы в области здравоохранения, а именно закон *Affordable Care Act*, называемый также *Obamacare*, имел целью охватить страхованием малоимущие слои населения и обеспечить их возможностью получения медицинской помощи.

Роль государства в финансировании системы здравоохранения очень ограничена, в основном она выражается в реализации федеральной программы «Медикэр», направленной на обслуживание лиц преклонного возраста, и федеральной программы «Медикейд», охватывающей население с самыми низкими доходами. Программа «Медикэр» финансируется за счет единого налога как с работодателей, так и работающих и разделена на четыре части: страхование пребывания в стационаре, страхование услуг медицинской помощи и амбулаторного лечения, расширенный пакет обслуживания (*Medicare Advantage*); страхование лекарственного обеспечения [15].

Программа «Медикейд» носит благотворительный характер, финансируется федеральным правительством и руководством штатов, в ней в рамках общенациональных стандартов определены конкретные мероприятия и направления, на которые распространяется ее реализация. Программа разделена на два вида: «Медикэр Сообщество», которая помогает тем, у кого нет медицинской страховки, и «Медикэр Уход», компенсирующей уход за тяжелобольными или пожилыми людьми. При этом большая часть дохода человека все равно идет на оплату медицинской и социальной помощи, возмещается только стоимость услуг сверх имеющихся у больного средств.

В США наиболее востребованы два типа страховок: «организация по поддержанию здоровья» (*Health Maintenance Organization*) и «организация предпочтительного выбора поставщика медицинских услуг» (*Preferred Provider Organization*). В варианте *Health Maintenance Organization* сама страховая компания назначает медицинские учреждения и определяет врачей, к которым может обратиться клиент, причем только по направлению терапевта. Пациент оплачивает фиксированную, не очень значительную сумму за каждое посещение врача. Если оказанные медицинские услуги оказались дороже, то разницу компенсирует страховая компания. При варианте *Preferred Provider Organization* пациент сам выбирает врачей, однако предпочтительных поставщиков медицинских услуг определяет страховая компания. При обращении клиента в другие, не входящие в перечень предпочтительных поставщиков медицинские организации, страховая компания может возместить часть расходов, но в гораздо меньшем объеме. Еще один тип страховки – *EPO (Exclusive Provider Organization)* привязывает клиента к определенной сети клиник, но получать направления терапевта к специалистам в данном случае он не должен.

Медицина в США практически полностью отдана в частные руки и монополизирована,

что приводит к непомерному удорожанию медицинской помощи и не соответствует ее качеству. Для большого числа граждан страны, особенно с низкими доходами, медицинские услуги становятся недоступными. По разным оценкам от 10 до 15% жителей США вообще не имеют медицинской страховки. Государству приходится компенсировать негативные последствия нарастания проблем в секторе здравоохранения непомерными вливаниями бюджетных ассигнований.

США находятся в авангарде развития медицинской науки, современных инновационных технологий, уровень оснащенности учреждений США наукоемким оборудованием в сфере здравоохранения выше, чем в какой-либо другой стране. Однако, по оценке агентства Блумберг, в 2019 г. по уровню состояния здоровья населения США оказались на 35-м месте в мире, даже ниже Кубы, где расходы на здравоохранение на душу населения несопоставимо меньше.

Значительный рост расходов населения при получении медицинской помощи заставил президента Б. Обаму впервые с 1960-х гг. инициировать кардинальную реформу системы здравоохранения страны. Закон о защите прав пациентов и доступном здравоохранении или Обамасаре ставил целью сокращения бюджетных расходов и улучшение медицинских услуг для населения, а также повышение доступности медицинской помощи [16]. Проводить реформы здравоохранения в стране, где десятки миллионов граждан вообще не имеют медицинской страховки – бесперспективно, поэтому ключевым моментов программы явилось введение обязательного медицинского страхования с системой штрафов за отсутствие медицинской страховки и за отказ в ее выдаче. При этом законодательно устанавливались ограничения на стоимость страховых взносов. Не менее важные пункты программы – это организация страховых бирж, где по разумным ценам можно было бы приобрести медицинские страховки, и

субсидирование государством покупки страховых полисов для неимущих граждан [17].

Реализация реформы Обамасаре имела как положительные последствия, так и отрицательные. Количество лиц, не имеющих страховки, сократилось на 43%, однако стоимость реформы для государственного бюджета оказалась очень высока. Ряд страховых компаний понесли серьезные финансовые потери и заявили об уходе с рынка страхования, в некоторых штатах повысилась стоимость страховых планов. Надежды на то, что увеличение количества страхующихся граждан компенсирует возникшие финансовые потери не оправдались.

Отношение к реформе в США довольно противоречивое, и в настоящее время Конгрессом США инициирована отмена закона. Однако, по данным опросов агентства Kaiser Family Foundation, специализирующегося на изучении проблем здравоохранения, 47% американцев высказались против полной отмены закона, но считают необходимым его корректировку. Таким образом, функционирование системы здравоохранения в США сейчас переживает непростой период, необходимость ее реформирования в стране поддерживается значительной частью населения.

Если сравнивать по индексу *DALY* положение США в 2017 г. с такими экономически развитыми государствами, как Великобритания и Япония, то оно несколько хуже. При этом доля расходов на здравоохранение от ВВП данных государств в 1,6 раза ниже, а расходы на душу населения меньше в 2,5 раза.

Частная либеральная система здравоохранения имеет свои достоинства: заинтересованность врача в пациенте; отсутствие очередей; персонифицированная ответственность врача; высокая мотивация медицинских учреждений в улучшении качества услуги и внедрении новых технологий; достойный уровень оплаты

врачей. В то же время есть и свои недостатки: отсутствие широкого охвата всего населения; недоступность медицинских услуг для малоимущих; высокая стоимость и постоянное удорожание медицинской помощи; риск навязывания ненужных услуг; отсутствие государственного регулирования и защиты пациентов; отсутствие социальной ориентации.

В нашей стране первые прообразы медицинских страховых организаций появились в середине XIX в.; это были больничные кассы, горнозаводские товарищества. Большой импульс для развития системы здравоохранения дала земская реформа 1864 г., появились земские врачи [18, 19].

В Советском Союзе долгое время успешно функционировала модель Семашко – Каминского, централизованная государственная бесплатная система организации здравоохранения. Финансируется такая модель за счет централизованных отчислений в бюджет, при этом сам пациент не оплачивает медицинского обслуживания. Система Семашко – Каминского позволила достичь прорывных результатов в развитии здравоохранения в СССР. Согласно статистическим данным, смертность в Советском Союзе к 1940 г. по сравнению с 1913 г. сократилась на 40%. В годы Великой Отечественной войны система здравоохранения СССР показала свою устойчивость и жизнеспособность к экстремальным условиям.

В послевоенные годы большое внимание уделялось сельской медицине, в особенности организации и развитию районных больниц. К середине XX в. структура болезней и причин смертности в Советском Союзе соответствовала картине в экономически развитых странах. В послевоенный период в СССР неуклонно снижалась смертность, некоторое увеличение смертности к началу 1970-х гг. было вызвано изменением возрастной структуры населения. По сравнению с 1913 г. смертность в стране сократилась в три раза, достигнув уровня 9,3 чел. на 1 000 жителей в 1975 г., а в 1978 г.

в СССР уровень смертности был одинаков с США. Послевоенный период в стране характеризуется падением рождаемости, связанным с катастрофическими последствиями войны для демографических процессов.

Достижения системы государственного здравоохранения по модели Семашко – Каминского очевидны, поэтому в 1978 г. на международной конференции ВОЗ организация системы здравоохранения в СССР была признана лучшей в мире. Средняя продолжительность жизни в СССР в 1970-е гг. достигла уровня в 72 года; Советский Союз по данному показателю занимал 22-е место, при этом по доле затрат на здравоохранение советское государство было в седьмом десятке рейтинга. Тем не менее существовали и определенные трудности; так, в 1960–1970-е гг. возобладала тенденция к увеличению коечного фонда и укрупнению медицинских учреждений в районных и городских центрах, одновременно сельские участковые больницы были ослаблены. Погоня за количественными показателями сказалась на качестве медицинского обслуживания. Финансирование по остаточному принципу, экстенсивный путь развития системы здравоохранения приводил к технологическому отставанию от передовых стран [20]. Доля расходов на здравоохранение, по разным оценкам, с конца 1960-х гг. по 1989 г. сократилась с 7 до 4% от ВВП.

С переходом к рыночной модели экономики в России был взят курс на отмену системы Семашко – Каминского. Закон «О медицинском страховании граждан в РСФСР», принятый в 1991 г., был направлен на создание рынка медицинских услуг. В 1994 г. была предпринята реформа здравоохранения в целях создания смешанной системы страхования на основе нескольких источников: бюджетных ассигнований для защиты наиболее уязвимых слоев населения; специальных фондов обязательного медицинского страхования, пополнявшихся за счет взносов работодателей и самозанятых работников; средств общественных организаций; личных средств граждан;

благотворительных пожертвований; банковских кредитов и других источников. В 1999 г. было предложено сохранить некоторые элементы советской системы здравоохранения в виде программы государственных гарантий обеспечения граждан бесплатной медицинской помощью. Программа ставила целью обеспечение доступности основных видов медицинской помощи, сложившихся в период плановой экономики.

В 2011–2013 гг. были проведены коренные преобразования в российской системе здравоохранения, которые приблизили ее к модели Бисмарка. В 2011 г. был принят закон «Об обязательном медицинском страховании», согласно которому гражданам давалось право выбора страховой медицинской организации и лечебного учреждения, предполагалось вовлечение в систему обязательного медицинского страхования и частных медицинских учреждений. Также были приняты федеральные законы № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан Российской Федерации» и № 354-ФЗ «О размерах и нормах расчета взноса на неработающее население».

Однако привязка пациентов к определенному медицинскому учреждению по месту проживания и ограниченные возможности медицинских организаций привели к тому, что право выбирать медицинское учреждение оказалось во многом формальным. Частные медицинские организации не удалось эффективно встроить в систему ОМС. На практике гарантии условно бесплатной медицинской помощи по определенным видам медицинских услуг в должной мере не обеспечиваются. Ожидание возможности приема пациентов медицинскими специалистами, особенно узкого профиля, чрезвычайно продолжительно во времени, как и ожидание бесплатных операций по выделенным лимитам. Существует проблема низкой оплаты труда врачей в бюджетных медицинских учреждениях по сравнению с частным сектором, что приводит к совмещению частной медицинской практики и работы в государственных медицинских

учреждениях, а то и полному переходу специалистов в частную медицину.

Трудности, возникающие при получении медицинской помощи в государственных учреждениях, вынуждают клиентов обращаться в частные клиники или заниматься самолечением. Большой проблемой стало создание мелких частных медицинских организаций, которые государство не в состоянии контролировать, и где зачастую пациентам оказывается некачественная медицинская помощь. В связи с пробелами в законодательстве пациент не всегда может защитить свои права на качественное медицинское обслуживание.

Государством принимается широкий спектр мер по обеспечению большей доступности медицинской помощи, а также повышению качества предоставляемых услуг. Среди таких инициатив – проект «Бережливая поликлиника», направленный на сокращение времени ожидания пациентов при оказании медицинской помощи, рациональную организацию системы приема врачами и оптимизацию работы медицинских учреждений. Для повышения доступности медицинской помощи, особенно в сельской местности, а также привлечения медицинских кадров на село запущены программы «Земский фельдшер» и «Земский врач».

Главным направлением современной политики государства в области здравоохранения стала оптимизация сети медицинских учреждений в целях сокращения их количества при повышении качества медицинского обслуживания, а также увеличение эффективности лечения с сокращением времени пребывания больных в стационарах. Процесс оптимизации вызывает горячие споры среди специалистов. В 2015 г. Счетная палата по результатам проверки деятельности по оптимизации системы здравоохранения пришла к выводу о том, что предполагавшиеся результаты не достигнуты. Расходы по итогам мероприятий оптимизации не сократились, а увеличились, а основная цель – ожидаемое сокращение смертности населения – не была достигнута. Появились

также дополнительные проблемы с обеспечением доступности медицинской помощи.

В модели системы здравоохранения, существующей в настоящее время в России, важную роль должны играть страховые медицинские организации в плане контроля качества оказания медицинских услуг и рационального расходования страховых средств, однако на практике их роль оказалась достаточно формальной – они выступают лишь в роли промежуточного звена, переводящего денежные средства [21]. Если сравнить показатели Российской Федерации с развитыми странами Европы, такими как Великобритания, Германия, а также с Японией и США, то следует отметить, что уровень смертности в России существенно выше, чем в данных странах, а ожидаемая продолжительность жизни – значительно меньше. Несмотря на положительную динамику показателей последних лет, Россия пока не вернулась к уровню 1990 г. Индекс *DALY* – интегральный показатель смертности и нездоровья населения, несмотря на существенное снижение, начиная с 2010 г. остается очень высоким и не достиг показателя 1990 г. Обращает на себя внимание большая разница (в 2 и более раза) в доле расходов от ВВП на здравоохранение между странами – общепризнанными лидерами в сфере охраны здоровья и Российской Федерацией, причем расходы на душу населения также на порядок ниже.

Заключение и выводы

Сравнивая основные модели организации систем здравоохранения, можно отметить, что системы с государственным участием имеют преимущество в показателях здоровья населения перед частно-либеральной моделью (например, в США). Однако и там государство вынуждено вмешиваться и осуществлять значительное расходование бюджетных средств на компенсацию неустойчивости и избирательной доступности системы частной

медицинской помощи. Следует признать, что здоровье населения нельзя рассматривать только как объект купли-продажи, как обычный материальный продукт, ввиду его особенности, общественной значимости, то есть к нему неприменимы исключительно рыночные подходы.

В то же время мы видим, что все модели имеют свои преимущества и недостатки, слепое применение их без учета уровня социально-экономического развития страны, ее территориальных, демографических, а также исторически сложившихся особенностей не приведет к желаемому результату. Например, в настоящее время воспроизведение модели Семашко – Каминского, несмотря на ее эффективность при плановой социалистической экономике, в условиях рынка не будет столь успешно, поскольку велико расслоение общества, и рядом с такой системой обязательно возникнет среда для развития частной медицинской практики. Оптимальное соотношение частного и государственного участия в сфере здравоохранения – это важнейшая задача для обеспечения эффективности и доступности системы здравоохранения. Модификации систем Бевериджа и Бисмарка, созданные в Великобритании, Германии, Японии, демонстрируют прекрасные результаты при меньших затратах, если сравнивать их, например, с США, где господствуют преимущественно рыночные механизмы в здравоохранении.

Как бы ни была совершенна организация системы здравоохранения, без значительных финансовых вливаний в отрасль, без достижения высокого уровня социально-экономического развития общества, который обеспечивал бы финансово-экономическую состоятельность его институтов и граждан, без социально-ориентированной политики в сфере здравоохранения, достижение существенного прогресса в показателях здоровья народонаселения не представляется возможным.

Таблица 1**Основные демографические и социально-экономические показатели стран, 2017 г.****Table 1****Key demographic and socio-economic indicators of countries, 2017**

Показатель	Россия	Великобритания	Германия	США	Япония
ВВП по ППС на душу населения, долл. США	27 964	44 365	50 804	59 895	42 819
Расходы на здравоохранение, % от ВВП	5,3	9,8	11,1	17,1	10,9
Расходы на здравоохранение по ППС на душу населения, долл. США	1 329	4 178	5 463	9 870	4 592
Численность населения, млн чел.	144,5	66	82,3	325,1	126,8
Коэффициент рождаемости на 1 000 чел.	12,9	12,3	8,7	12,5	8,2
Коэффициент смертности на 1 000 чел.	12,9	9	11,3	8,3	10,7
Коэффициент естественного прироста на 1 000 чел.	0	3,3	-2,6	4,2	-2,5
Коэффициент младенческой смертности (число умерших в возрасте до 1 года на 1 000 родившихся живыми)	7,6	3,7	2,7	5,6	2
Средняя ожидаемая продолжительность жизни при рождении (муж./жен.), лет	71,2 (65,7/76,8)	81,7 (80/83,4)	81,1 (78,9/83,5)	79,5 (77,3/81,8)	83,9 (80,7/87,1)

Источник: Мировой атлас данных. URL: <https://knoema.ru>Source: *Mirovoi atlas dannykh* [World Data Atlas]. URL: <https://knoema.ru> (In Russ.)**Таблица 2****Изменение индикатора DALY – потерянные годы здоровой жизни (на 100 тыс. населения) с 1990 по 2017 г. в странах с разной организацией системы здравоохранения****Table 2****Dynamics in DALY per 100,000 people, 1990 through 2017, in countries with different healthcare systems**

Год	Страна				
	Россия	Великобритания	Германия	Япония	США
1990	40 433	33 036	33 845	23 623	31 126
1995	52 047	31 672	32 146	24 769	30 756
2000	52 134	29 973	30 540	25 130	29 656
2005	56 530	28 623	29 825	25 829	29 535
2010	49 879	27 593	30 214	26 548	28 881
2015	43 355	27 374	30 641	26 833	30 051
2017	41 884	27 665	30 834	27 367	30 958

Источник: данные Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME)

Source: Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME)

Таблица 3

Изменение абсолютных показателей *DALY* (на 100 тыс. населения) для мужчин и женщин с 1990 по 2017 г. в странах с разной организацией системы здравоохранения

Table 3

Dynamics in absolute values of *DALY* per 100,000 people, men and women, 1990 through 2017, in countries with different healthcare systems

Год	Пол	Страна				
		Россия	Великобритания	Германия	Япония	США
1990	Мужчины	47 026	34 741	35 262	34 741	33 786
	Женщины	34 619	31 429	32 521	31 429	28 588
2017	Мужчины	49 484	28 215	32 312	28 215	32 717
	Женщины	35 282	27 127	29 402	27 127	29 253
Разница	Мужчины	2 458	–6 526	–2 950	–6 526	–1 069
	Женщины	663	–4 302	–3 119	–4 302	665

Источник: данные Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME)

Source: Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME)

Список литературы

1. Молчанова Е.В. Медико-демографические процессы как отражение социально-экономических условий жизни общества в России, Республике Карелия и Финляндии. Петрозаводск: КарНЦ РАН, 2012. 163 с.
2. GBB 2016 Causes of Death Collaborators. Global, Regional, and National Age-Sex Specific Mortality for 264 Causes of Death, 1980–2016: A Systematic Analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *Lancet*, 2017, vol. 390, iss. 10100, pp. 1151–1210. URL: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)32152-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)32152-9)
3. Murray C.J.L., Lopez A.D. The Global Burden of Disease: A Comprehensive Assessment of Mortality and Disability from Diseases, Injuries, and Risk Factors in 1990 and Projected to 2020. Harvard University Press on behalf of the World Health Organization and The World Bank, 1996.
4. Liapopoulos L., Goranitis I. Health Care Financing and the Sustainability of Health Systems. *International Journal for Equity Health*, 2015, vol. 14, iss. 1, p. 80. URL: <https://doi.org/10.1186/s12939-015-0208-5>
5. Дудник В.Ю. Модели развития системы здравоохранения: мировой опыт (обзор литературы) // Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. 2016. № 3-1. С. 60–64. URL: <https://applied-research.ru/pdf/2016/3-1/8671.pdf>
6. Молчанова Е.В., Буркин М.М. Возможность внедрения бенчмаркинга в системах охраны общественного здоровья // Экономика и предпринимательство. 2018. № 3. С. 1267–1275.
7. Алпатова Г.М. У истоков социального государства: У. Беверидж // Вестник Пермского университета. История. 2009. № 1. С. 92–97. URL: <https://cyberleninka.ru/article/v/u-istokov-sotsialnogo-gosudarstva-u-beveridzh-1>
8. Щербакова А.А. Институциональные аспекты инновационного развития здравоохранения // Проблемы развития территорий. 2015. № 4. С. 46–56.
9. Wenzl M., McCuskee S., Mossialos E. Commissioning for Equity in the NHS: Rhetoric and Practice. *British Medical Bulletin*, 2015, vol. 115, iss. 1, pp. 5–17. URL: <https://doi.org/10.1093/bmb/ldv031>

10. Беспалова Л.Н. Социальная политика Отто фон Бисмарка в освещении «Вестника Европы» // Вестник ТГПУ. 2013. № 7. С. 69–75.
URL: <https://cyberleninka.ru/article/v/sotsialnaya-politika-otto-fon-bismarka-v-osveschenii-vestnika-evropy>
11. Thomson S., Foubister T., Mossialos E. Financing Health Care in the European Union. Challenges and Policy Responses. Copenhagen, European Observatory on Health Systems and Policies, 2009, 224 p.
12. Лукьянцева Д.В., Татаринов А.П., Мельникова Л.С. Финансирование систем здравоохранения: международный опыт // Международные технологии. Оценка и выбор. 2017. № 2. С. 20–29.
13. Busse R., Blumel M. Germany. Health System Review. *Health Systems in Transition*, 2014, vol. 16, no. 2, pp. 1–296.
14. Tatara K., Okamoto E. Japan. Health system review. *Health Systems in Transition*, 2009, vol. 11, no. 5, pp. 1–162.
15. Дзядзько А.М., Новик И.И., Масюк М.Ю., Караник В.С. Система здравоохранения США: взгляд белорусских специалистов // Медицинские новости. 2014. № 7. С. 37–50.
16. Obama B. United States Health Care Reform: Progress to Date and Next Steps. *Journal of the American Medical Association*, 2016, vol. 316, no. 5, pp. 525–532.
URL: <https://doi.org/10.1001/jama.2016.9797>
17. Зевелева Г.Н. Реформа здравоохранения США: трудный путь // Мировая экономика и международные отношения. 2015. № 4. С. 81–89.
18. Горелова Л.Е., Суровцева Т.И. Земская медицина и благотворительность // История медицины. 2014. № 4. С. 29–34.
19. Качаева Т.М., Дей А.А. Исторические аспекты становления страховой медицины // Тихоокеанский медицинский журнал. 2015. № 1. С. 96–100.
URL: <https://cyberleninka.ru/article/v/istoricheskie-aspekty-stanovleniya-strahovoy-meditsiny>
20. Гасников В.К. Реформы здравоохранения в России: этапы и результативность // Здоровье, демография, экология финно-угорских народов. 2016. № 1. С. 40–43.
21. Горюнова В.В. Сравнительная характеристика немецкой и российской системы обязательного медицинского страхования // Актуальные проблемы и перспективы развития экономики: российский и зарубежный опыт. 2015. № 1. С. 117–121.

Информация о конфликте интересов

Я, автор данной статьи, со всей ответственностью заявляю о частичном и полном отсутствии фактического или потенциального конфликта интересов с какой бы то ни было третьей стороной, который может возникнуть вследствие публикации данной статьи. Настоящее заявление относится к проведению научной работы, сбору и обработке данных, написанию и подготовке статьи, принятию решения о публикации рукописи.

COMPARING THE EFFICIENCY OF NATIONAL HEALTHCARE SYSTEMS

Ekaterina V. MOLCHANOVA

Institute of Economics of Karelian Scientific Center of Russian Academy of Sciences (IE KarRC RAS),
Petrozavodsk, Republic of Karelia, Russian Federation
molch@yandex.ru
ORCID: not available

Article history:

Received 5 June 2019
Received in revised form
21 June 2019
Accepted 14 July 2019
Available online
15 August 2019

JEL classification: I15, I18,
J13

Keywords: demography,
healthcare system,
medical care

Abstract

Subject The article reviews national healthcare systems with different models of medical aid and their design worldwide.

Objectives The research evaluates and compares the efficiency of national healthcare systems through the Global Burden of Disease Study. I also determine the most promising areas and aspects for public health preservation and improvement.

Methods The research is methodologically based on the philosophy of the Global Burden of Disease Study. The program refers to *DALY* (*Disability Adjusted Life Years*). The metric $DALY = YLL + YLD$ for various diseases or health problems accounts for years lost due to ill health or early death (*YLL*) and years lost due to disability (excluding fatal cases, *YLD*).

Results I evaluated the efficiency of national healthcare systems in the countries having different medical aid schemes, including the Beveridge model (United Kingdom), Bismark model (Germany, Russia, Japan) and private healthcare system (USA). The article analyzes *DALY* in the analyzable group of countries and determines key causes of morbidity and mortality. I spotlight the development of Russia's healthcare system, emphasizing strengths and weaknesses of medical aid in the country.

Conclusions and Relevance The methodology of the Global Burden of Disease Study proved to be efficiency and can be used to compare and evaluate the public health. The findings can serve for preparing program documents to overcome demographic crisis and create new approaches to public health protection.

© Publishing house FINANCE and CREDIT, 2019

Please cite this article as: Molchanova E.V. Comparing the Efficiency of National Healthcare Systems. *National Interests: Priorities and Security*, 2019, vol. 15, iss. 8, pp. 1495–1511.
<https://doi.org/10.24891/ni.15.8.1495>

Acknowledgments

The article was supported by the Russian Foundation for Basic Research, grant № 18-010-00029_a, *The Feasibility of Benchmarking in Outlining the Medical and Demographic Policy*.

References

1. Molchanova E.V. *Mediko-demograficheskie protsessy kak otrazhenie sotsial'no-ekonomicheskikh uslovii zhizni obshchestva v Rossii, Respublike Kareliya i Finlyandii* [Medical and demographic processes as a reflection on the socio-economic conditions of social life in Russia, the Republic of Karelia and Finland]. Petrozavodsk, KarRC RAS Publ., 2012, 163 p.
2. GBB 2016 Causes of Death Collaborators. Global, Regional, and National Age-Sex Specific Mortality for 264 Causes of Death, 1980–2016: A Systematic Analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *Lancet*, 2017, vol. 390, iss. 10100, pp. 1151–1210.
URL: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)32152-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)32152-9)

3. Murray C.J.L., Lopez A.D. The Global Burden of Disease: A Comprehensive Assessment of Mortality and Disability from Diseases, Injuries, and Risk Factors in 1990 and Projected to 2020. Harvard University Press on behalf of the World Health Organization and The World Bank, 1996.
4. Liaropoulos L., Goranitis I. Health Care Financing and the Sustainability of Health Systems. *International Journal for Equity Health*, 2015, vol. 14, iss. 1, p. 80.
URL: <https://doi.org/10.1186/s12939-015-0208-5>
5. Dudnuk V. Yu. [Models of health care system development: Global experience (literature review)]. *Mezhdunarodnyi zhurnal prikladnykh i fundamental'nykh issledovaniy = International Journal of Applied and Fundamental Research*, 2016, no. 3-1, pp. 60–64.
URL: <https://applied-research.ru/pdf/2016/3-1/8671.pdf> (In Russ.)
6. Molchanova E.V., Burkin M.M. [The possibility of introducing benchmarking in public health systems]. *Ekonomika i predprinimatel'stvo = Journal of Economy and Entrepreneurship*, 2018, no. 3, pp. 1267–1275. (In Russ.)
7. Alpatova G.M. [On the onset of the social State: W. Beveridge]. *Vestnik Permskogo universiteta. Istoriya = Perm University Herald. History*, 2009, no. 1, pp. 92–97.
URL: <https://cyberleninka.ru/article/v/u-istokov-sotsialnogo-gosudarstva-u-beveridzh-1> (In Russ.)
8. Shcherbakova A.A. [Institutional aspects of innovative development of health care]. *Problemy razvitiya territorii = Problems of Territory's Development*, 2015, no. 4, pp. 46–56. (In Russ.)
9. Wenzl M., McCuskee S., Mossialos E. Commissioning for Equity in the NHS: Rhetoric and Practice. *British Medical Bulletin*, 2015, vol. 115, iss. 1, pp. 5–17.
URL: <https://doi.org/10.1093/bmb/ldv031>
10. Bespalova L.N. [Otto von Bismark's social policy as covered by Vestnik Evropy (Bulletin of Europe)]. *Vestnik TGPU = Tomsk State Pedagogical University Bulletin*, 2013, no. 7, pp. 69–75.
URL: <https://cyberleninka.ru/article/v/sotsialnaya-politika-otto-fon-bismarka-v-osveschenii-vestnika-evropy> (In Russ.)
11. Thomson S., Foubister T., Mossialos E. Financing Health Care in the European Union. Challenges and Policy Responses. Copenhagen, European Observatory on Health Systems and Policies, 2009, 224 p.
12. Luk'yantseva D.V., Tatarinov A.P., Mel'nikova L.S. [International practices in funding of health care systems]. *Mezhdunarodnye tekhnologii. Otsenka i vybor = International Technologies. Assessment and Choice*, 2017, no. 2, pp. 20–29. (In Russ.)
13. Busse R., Blumel M. Germany. Health System Review. *Health Systems in Transition*, 2014, vol. 16, no. 2, pp. 1–296.
14. Tatara K., Okamoto E. Japan. Health System Review. *Health Systems in Transition*, 2009, vol. 11, no. 5, pp. 1–162.
15. Dzyadz'ko A.M., Novik I.I., Masyuk M. Yu., Karanik V.S. [Health care system of the US: Point of view of Belarusian specialists]. *Medit'sinskie novosti = Medical News*, 2014, no. 7, pp. 37–50. (In Russ.)
16. Obama B. United States Health Care Reform: Progress to Date and Next Steps. *Journal of the American Medical Association*, 2016, vol. 316, no. 5, pp. 525–532.
URL: <https://doi.org/10.1001/jama.2016.9797>

17. Zeveleva G.N. [Healthcare reform in the United States: Difficult road]. *Mirovaya ekonomika i mezhdunarodnye otnosheniya* = *World Economy and International Relations*, 2015, no. 4, pp. 81–89. (In Russ.)
18. Gorelova L.E., Surovtseva T.I. [Zemstvo district medicine and charity in Russia]. *Istoriya meditsiny* = *History of Medicine*, 2014, no. 4, pp. 29–34. (In Russ.)
19. Kachaeva T.M., Dei A.A. [Historical aspects of the formation of health insurance]. *Tikhookeanskii meditsinskii zhurnal* = *Pacific Medical Journal*, 2015, no. 1, pp. 96–100.
URL: <https://cyberleninka.ru/article/v/istoricheskie-aspekty-stanovleniya-strahovoy-meditsiny>
(In Russ.)
20. Gasnikov V.K. [Health care reforms in Russia: Stages and effectiveness]. *Zdorov'e, demografiya, ekologiya finno-ugorskikh narodov* = *Health, Demography, Ecology of Finno-Ugric People*, 2016, no. 1, pp. 40–43. (In Russ.)
21. Goryunova V.V. [Comparative characteristics of the German and Russian system of compulsory medical insurance]. *Aktual'nye problemy i perspektivy razvitiya ekonomiki: rossiiskii i zarubezhnyi opyt* = *Current Problems and Prospects of Economic Development: Russian and Foreign Experience*, 2015, no. 1, pp. 117–121. (In Russ.)

Conflict-of-interest notification

I, the author of this article, bindingly and explicitly declare of the partial and total lack of actual or potential conflict of interest with any other third party whatsoever, which may arise as a result of the publication of this article. This statement relates to the study, data collection and interpretation, writing and preparation of the article, and the decision to submit the manuscript for publication.