

DOI: 10.26794/2587-5671-2022-26-4-230-244

УДК 614.2(045)

JEL I15, I18, I19, H51, P36

## Финансирование общедоступной медицинской помощи населению Российской Федерации: сохранять многоканальность или переходить на систему единого плательщика?

А.Л. Сафонов, А.В. Рагозин, В.В. Гришин  
Финансовый университет, Москва, Россия

### АННОТАЦИЯ

**Предмет** исследования – модели сбора и консолидации (пулинга) ресурсов для оплаты общедоступной (бесплатной по месту оказания) медицинской помощи населению в развитых странах и в Российской Федерации. **Цель** исследования – разработка практических рекомендаций по развитию системы финансирования медицинских гарантий населению Российской Федерации. **Актуальность** исследования обусловлена дефицитом ресурсов для оплаты общедоступной медицинской помощи всему населению в нашей стране. Научная **новизна** заключается в проведенном сравнении используемых развитыми странами одноканальной и многоканальной моделей пулинга с точки зрения их финансово-экономической и медико-социальной эффективности с выводом о более высоком уровне расходов многоканальной модели при сопоставимом уровне охвата медицинскими услугами населения и показателях его здоровья по сравнению с моделью единого плательщика. **Методология** исследования основана на использовании комплексного, статистического, сравнительного и ретроспективного анализов. Сделан **вывод**: использование в финансировании здравоохранения Российской Федерации многоканальной модели пулинга с участием конкурирующих страховщиков и разных каналов бюджетного финансирования для различных групп населения представляется важной причиной низкой эффективности российской системы здравоохранения. **Перспектива** дальнейших исследований – в формировании научно-методологического обоснования замены исторически сложившейся в здравоохранении России многоканальной модели пулинга на одноканальную модель единого плательщика в лице Федерального фонда обязательного медицинского страхования (далее – ФФОМС).

**Ключевые слова**: финансирование здравоохранения; модель единого плательщика; модель конкурирующих страховщиков; эффективность здравоохранения; ФФОМС; консолидация (пулинг) финансирования; общедоступная медицинская помощь

*Для цитирования*: Сафонов А.Л., Рагозин А.В., Гришин В.В. Финансирование общедоступной медицинской помощи населению Российской Федерации: сохранять многоканальность или переходить на систему единого плательщика? *Финансы: теория и практика*. 2022;26(4):230-244. DOI: 10.26794/2587-5671-2022-26-4-230-244

## Financing of Public Health Care for the Population of the Russian Federation: To Maintain Multichannel or Switch to a Single Payer System?

A. L. Safonov, A. V. Ragozin, V. V. Grishin  
Financial University, Moscow, Russia

### ABSTRACT

**The subject** of the research is the models of collection and consolidation (pooling) of resources for payment of public (free at the place of delivery) medical care to the population in developed countries and in the Russian Federation. **The purpose** of the study is to develop practical recommendations on the development of a system for financing medical guarantees for the population of the Russian Federation. **The relevance** of the study is due to the lack of resources to pay for public health care for the entire population in our country. The scientific **novelty** lies in the comparison of single-channel and multichannel pooling models used by developed countries in terms of their financial-economic and medico-social efficiency with the conclusion about a higher level of costs of the multichannel model with a comparable level of coverage with medical services of the population and indicators of its health compared to the model single payer. The research **methodology** is based on the use of complex, statistical, comparative and retrospective analyzes. It

was **concluded** that the use of a multichannel pooling model in the financing of healthcare in the Russian Federation with the participation of competing insurers and the use of different channels of budgetary financing for different groups of the population is an important reason for the low efficiency of the Russian healthcare system. **The prospect** of further research is in the formation of a scientific and methodological justification for replacing the multichannel pooling model, which has historically developed in healthcare in Russia, with a single-channel model of a single payer represented by the Federal Compulsory Medical Insurance Fund (hereinafter- CMIF).

**Keywords:** health care financing; single payer model; competing insurer model; health care efficiency; CMIF; consolidation (pooling) of financing; universal health care

**For citation:** Safonov A.L., Ragozin A.V., Grishin V.V. Financing of public health care for the population of the Russian Federation: To maintain multichannel or switch to a single payer system? *Finance: Theory and Practice*. 2022;26(4):230-244. DOI: 10.26794/2587-5671-2022-26-4-230-244

## ВВЕДЕНИЕ

Одной из ключевых функций системы финансирования здравоохранения является так называемый пулинг — сбор и консолидация средств для оплаты медицинской помощи населению<sup>1</sup>. Авторы выделяют системы «единого пула»; территориально обособленные пулы; территориально перекрывающиеся пулы с точки зрения обслуживания и охвата населения; разные пулы для разных социально-экономических групп с сегментацией населения; разные пулы для разных групп населения; сочетание нескольких конкурирующих пулов с корректировкой рисков по пулам; фрагментированные системы с добровольным медицинским страхованием, дублирующим страховое покрытие, финансируемое государством [1–3]. Однако авторы полагают, что с точки зрения социальной солидарности и объединения рисков при внешнем многообразии подходов к пулингу в разных странах принципиальным вопросом представляется выбор между двумя основными моделями: между одноканальной моделью единого плательщика (системой единого пула) и многоканальной моделью с участием конкурирующих страховщиков и/или использованием нескольких разных каналов (пулов) бюджетного финансирования для разных групп населения. С учетом того, что в российской практике здравоохранения понятие «пул» практически не используется, авторы применяют более распространенные и понятные русскоязычным читателям эквиваленты этого слова: «канал» и «плательщик».

<sup>1</sup> Всемирная организация здравоохранения. Финансирование систем здравоохранения. 2008. URL: [https://www.who.int/healthinfo/statistics/toolkit\\_hss/EN\\_PDF\\_Toolkit\\_HSS\\_Financing.pdf](https://www.who.int/healthinfo/statistics/toolkit_hss/EN_PDF_Toolkit_HSS_Financing.pdf) (дата обращения: 02.11.2021); Финансирование систем здравоохранения: путь к всеобщему охвату. Отчет о состоянии здравоохранения в мире. Женева: Всемирная организация здравоохранения. 2010. 106 с. URL: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/87685> (дата обращения: 09.10.2021).

Одноканальная система единого плательщика (государственного или общенационального страховщика) может иметь две формы. Первый (нерыночный) вариант предусматривает концентрацию основной части финансовых ресурсов в бюджете национального Министерства здравоохранения, которое финансирует подчиненную ему государственную медицинскую инфраструктуру — т.е. нет явного разделения между покупателем и провайдером медицинских услуг. Примечательно, что сегодня такую систему имеют не только страны с коммунистическим бэкграундом (например, Куба и Беларусь), но и страны с рыночной экономикой и небольшой, компактной территорией — например, Мальта, Эсватини, Шри-Ланка<sup>2</sup> [4].

Второй (рыночный) вариант одноканальной системы единого плательщика предусматривает делегирование функции финансирования общедоступной медицинской помощи всему населению уполномоченной некоммерческой организации или государственному агентству, которое консолидирует поступления от всех источников доходов (страховые взносы, расходы бюджета и т.д.) и производит все расчеты за оказанную населению медицинскую помощь. При этом потребители свободны в выборе конкурирующих друг с другом лечебных учреждений. Тем самым сохранение рыночных отношений в сочетании с рыночной силой (монопсонией) единого плательщика позволяет добиться от медицинских учреждений высокого качества обслуживания при сдерживании цен. Снижаются административные и транзакционные издержки, решается

<sup>2</sup> World Health Organization. Global Health Expenditure Database: National Health Accounts. URL: <http://apps.who.int/nha/database> (дата обращения: 01.09.2018); Ministry of Health Swaziland. The Second National Health Sector Strategy Plan 2014–2018: Towards attainment of Universal Health Coverage. Draft Zero. 2014. URL: [https://extranet.who.int/countryplanningcycles/sites/default/files/planning\\_cycle\\_repository/swaziland/swaziland\\_nhssp\\_ii\\_draft\\_zero\\_29\\_aug\\_2014.pdf](https://extranet.who.int/countryplanningcycles/sites/default/files/planning_cycle_repository/swaziland/swaziland_nhssp_ii_draft_zero_29_aug_2014.pdf) (дата обращения: 30.10.2021).

проблема очередей и стимулируется рост качества и снижение затрат [5]. Системы единого плательщика обычно более прогрессивны и эффективны, поскольку объединяют риски, предлагая правительству более высокий уровень контроля над расходами на здоровье. Они обеспечивают более эффективное перераспределение средств: от молодых — пожилым, от богатых — бедным, от бездетных — многодетным [6].

Напротив, многоканальные системы с несколькими плательщиками жертвуют этим контролем и эффективностью ради интересов своих бенефициаров, в качестве которых могут выступать, например, собственники страховых компаний, топ-менеджеры региональных, ведомственных и корпоративных каналов, а также привилегированные группы потребителей. Отсюда происходит процесс, противоположный объединению рисков, — фрагментация пулов (каналов), которая представляет собой ключевое препятствие для всеобщего охвата населения услугами здравоохранения. Фрагментация способствует неэффективности системы здравоохранения. Обычно она подразумевает дублирование (или умножение) количества агентств, необходимых для управления пулами и закупками, рост административных расходов. Возрастают общесистемные затраты на множество информационных систем, увеличение административного персонала с дублированием его обязанностей. Неизбежным становится и рост расходов из-за селекции «плохих» рисков — например, при добровольном медицинском страховании<sup>5</sup> [7–11].

Исторически идея одноканальной модели единого плательщика впервые, вероятно, была предложена В. Лениным, который в 1912 г. на Пражской Всероссийской конференции РСДРП при обсуждении принятого Думой Российской империи законопроекта о государственном страховании рабочих выдвинул альтернативную программу, предусматривавшую государственный (некоммерческий) характер социального страхования и осуществление не только медицинского, но и всех видов социального страхования единым органом [12]. Однако практически этот подход в здравоохранении был реализован значительно позже — в США в рамках государственной программы бюджетного финансирования лечения

пожилых и инвалидов Medicare. Отсюда еще один распространенный вариант названия этой модели — «Medicare-for-all», часто используемый политиками для того, чтобы их программа действий в здравоохранении была более понятна избирателям [13].

Сегодня одноканальную систему единого плательщика из развитых стран используют Норвегия, Тайвань, Южная Корея, Великобритания, Швеция, Дания, Финляндия, Новая Зеландия, Австралия, Португалия, Италия, Испания, Исландия, Канада. Все остальные развитые страны используют так называемые многоканальные системы, в которых доходы системы здравоохранения дезинтегрированы на несколько независимых друг от друга бюджетных каналов и/или разделены между конкурирующими друг с другом страховщиками [14–16]. Наивысший уровень многоканальности финансирования сегодня имеют очень непохожие, на первый взгляд, системы здравоохранения США и России.

В США на рынке обслуживающего работающее население добровольного медицинского страхования конкурируют коммерческие страховщики, а помощь неработающему населению оплачивается по множеству независимых друг от друга бюджетных каналов. Около 35% населения США получают медицинскую помощь, оплаченную из федерального бюджета или бюджета штатов по целому ряду программ: Medicare (помощь всем пожилым американцам старше 65 лет, а также инвалидам и пациентам на гемодиализе); Medicaid (помощь людям, чьи доходы приравнены или меньше порога бедности); CHIP (помощь детям из семей с низкими доходами); Tricare (военнослужащие, отставные военные и члены их семей); VHA (медицинское обслуживание ветеранов войн); HIS (служба здравоохранения индейских территорий); FENB (для действующих и отставных федеральных служащих); программа защиты здоровья беженцев RHP и др. [17].

В свою очередь, российская система здравоохранения унаследовала многоканальность от советской модели Семашко, где помощь каждой социальной группе населения оплачивал отдельный канал, относительно независимый от других. Медицинская помощь сельскому населению в СССР частично финансировалась колхозами (которые несли основной объем затрат), в меньшей степени — местным самоуправлением (сельсоветами). Для чиновников, военных, работников отдельных отраслей и заключенных были созданы автономные системы ведомственной медицины, которые

<sup>5</sup> World Health Organization (WHO). Everybody's business-strengthening health systems to improve health outcomes: WHO's framework for action. Geneva: WHO. 2007. URL: [https://www.who.int/healthsystems/strategy/everybodys\\_business.pdf](https://www.who.int/healthsystems/strategy/everybodys_business.pdf) (дата обращения: 05.11.2021).

получали деньги из бюджетов соответствующих министерств. Предприятия несли значительную часть расходов на содержание «своих» цеховых врачей, заводских медсанчастей и больниц. Профсоюзы содержали профилактории и санатории. После реформ 90-х гг. советская многоканальность финансирования помощи разным группам населения, во-первых, усилилась за счет роста автономности каналов. Если в СССР интересы доступности помощи населению доминировали над ведомственными интересами (например, военные госпитали и заводские больницы работали в интересах территориальных систем здравоохранения — например, участвовали в оказании неотложной помощи населению), то сегодня помощь ведомственных систем доступна остальному населению только в формате платных услуг. Во-вторых, резко увеличилось число квазиавтономных ведомственных и госкорпоративных систем медицинского обслуживания — как в форме создания и развития «своих» медицинских организаций, так и договоров добровольного медицинского страхования (ДМС), оплачиваемых за счет льгот по налогу на прибыль, НДС и взносов во внебюджетные фонды. В-третьих, к советской многоканальности финансирования помощи отдельным группам и категориям населения добавилась многоканальность оплаты гарантированных государством отдельных услуг. Сейчас оплату за разные этапы медицинской помощи одному пациенту в рамках одного случая зачастую делят между собой система ОМС, региональный бюджет, федеральный бюджет, Фонд социального страхования и Пенсионный фонд России. При этом в рамках ОМС часть расходов берут на себя конкурирующие страховые медицинские организации, часть — федеральный фонд ОМС (в отношении оплаты помощи, оказываемой федеральными медицинскими организациями). Кроме того, имеет место многократное дублирование одних и тех же медицинских гарантий — например, в крупных городах многие россияне имеют пакет ОМС+ДМС, ОМС + ведомственная медицина [18, 19].

Многолетнее сосуществование по-разному работающих моделей пулинга финансов общедоступной медицинской помощи (зачастую в граничащих друг с другом государствах) — причина того, что уже несколько десятилетий ведутся исследования и публикуются работы по попыткам сравнить их эффективность.

На первый взгляд, эффективность многоканальных и одноканальных моделей примерно одинакова. Так, по данным агентства Bloomberg,

которое регулярно публикует индекс The Most Efficient Health Care, рассчитываемый по соотношению национальных расходов на медицину и достигнутой продолжительности жизни (табл. 1), среди 15 стран, занимающих верхние строчки этого рейтинга, число стран с одноканальной и многоканальной моделями примерно равно.

Более пристально попытался рассмотреть проблему сравнения разных моделей финансирования в 1996 г. J. Elola. Он сравнил показатели здоровья (младенческая смертность, ожидаемая продолжительность жизни, потенциальные потерянные годы жизни, расходы на здравоохранение в процентах от ВВП и на душу населения) и показатели удовлетворенности населения некоторых европейских стран их системой здравоохранения за 1992 г. [20]. Автор не нашел значимой разницы в показателях здоровья при меньших затратах систем «единого плательщика» и более высоких показателях субъективной удовлетворенности населения медицинскими услугами в странах с моделью конкурирующих страховщиков. Полученные данные дали автору основание сделать вывод, что целью реформ европейского здравоохранения должно быть взаимное сближение разных моделей в поиске компромисса между удовлетворенностью потребителей и сдерживанием затрат.

После этого R. V. Saltman, R. Busse и J. Figueras предприняли еще одну попытку сравнить эффективность разных моделей финансирования здравоохранения [21] по более широкому кругу показателей — не только расходов, продолжительности жизни и удовлетворенности пользователей, но и списков (очереди) ожидания, справедливости финансирования и рейтингов качества. Как и J. Elola, авторы постулировали более высокую удовлетворенность населения моделью конкурирующих страховщиков, не нашли ощутимой разницы в показателях здоровья и более высокую эффективность модели «единого плательщика» в отношении сдерживания затрат. Свою работу они закончили выводом о том, что при оценке эффективности следует ориентироваться на то, что важнее: фактор снижения затрат (финансовой доступности медицинской помощи) или субъективная удовлетворенность пациентов.

Первую в России попытку сравнения эффективности разных систем финансирования здравоохранения предприняли в 2012 г. Н. Кравченко и А. Рагозин [22, 23], которые не сравнивали удовлетворенность населения, а сделали упор на оценку критерия соотношения затрат на здраво-



Таблица 1 / Table 1

ТОП-15 рейтинга агентства Bloomberg The Most Efficient Health Care 2017–2018. Страны с моделью единого плательщика выделены зеленым цветом / TOP-15 rating by Bloomberg The Most Efficient Health Care 2017–2018. Countries with a single payer model are highlighted in green

Позиция / Position		Страна / Country	Эффективность / Efficiency	Ожидаемая средняя продолжительность жизни / Expected average life expectancy	Общие затраты на здравоохранение / Total health care costs	
2017	2018				% ВВП / % Of GDP	Доллары США на душу населения по ППС / US dollars per capita in PPP
1	1	Гонконг	87,3	84,3	5,7	2222
2	2	Сингапур	85,6	82,7	4,3	2280
3	3	Испания	69,3	82,8	9,2	2354
4	6	Италия	67,6	82,5	9,0	2700
5	4	Ю. Корея	67,4	82,0	7,4	2013
6	7	Израиль	67,0	82,0	7,4	2756
7	5	Япония	64,3	83,8	10,9	3733
8	10	Австралия	62,0	82,4	9,4	4934
9	12	Тайвань	60,8	79,7	6,2	1401
10	9	О.А.Э.	59,7	77,1	3,5	1402
11	20	Норвегия	58,9	82,3	10,0	7464
12	14	Швейцария	58,4	82,9	12,1	9818
13	-	Ирландия	58,2	81,5	7,8	4757
14	13	Греция	56,0	81,0	8,4	1505
15	-	Новая Зеландия	55,6	81,5	9,3	3554

Источник / Source: составлено авторами на основании материалов Bloomberg.com / compiled by the authors based on: Bloomberg.com. URL: <https://www.bloomberg.com/graphics/infographics/most-efficient-health-care-around-the-world.html>. (дата обращения: 18.08.2021).

охранение и управляемых показателей здоровья населения. В результате они пришли к выводу, что национальные системы здравоохранения в странах, использующих модель единого плательщика, демонстрируют более высокую эффективность по сравнению со странами с многоканальной моделью, и эта закономерность не зависит от географического положения, культуры, численности населения и развития экономики страны.

### МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В рамках настоящего исследования было проведено сравнение некоторых показателей расходов

на здравоохранение, его обеспеченности ресурсами, эффективности политики HiAP («Health in All Policies») и достигнутых показателей здоровья населения, с одной стороны — развитых стран (по классификации МВФ) с одноканальной моделью единого плательщика (Норвегия, Тайвань, Южная Корея, Великобритания, Швеция, Дания, Финляндия, Новая Зеландия, Австралия, Португалия, Италия, Испания, Исландия, Канада), с другой стороны — стран с многоканальной моделью (Австрия, Бельгия, Кипр, Чехия, Эстония, Франция, Германия, Греция, Израиль, Япония, Латвия, Литва, Нидерланды, Словакия, Словения, США

и Швейцария), а также (отдельно) использующей многоканальную модель Российской Федерации. С учетом специфики системы здравоохранения США и влияния численности населения этой страны на статистику группы стран с многоканальной моделью приводятся данные этой группы с показателями США и без них.

Несмотря на то что с точки зрения пулинга (объединения) ресурсов нет разницы между «нерыночным» и «рыночным» вариантом одноканальной системы единого плательщика (см. выше), на их эффективность ощутимо влияют различия в других звеньях технологической цепи финансирования медицинской помощи — например, разница в механизмах оплаты медицинских услуг и управлении расходами. Поэтому в рамках исследования сравнивались только рыночные системы.

Результаты сравнения приведены в сводных табл. 2–5.

## ОБСУЖДЕНИЕ

### Сравнение затрат на здравоохранение

Полученные данные подтверждают выводы других авторов о том, что использование модели конкурирующих страховщиков связано, с одной стороны, со статистически значимым ростом общих расходов на здравоохранение: в 2018 г. — на 1,4% ВВП больше без учета США, а с учетом США — на 4,4% ВВП больше по сравнению со странами с моделью единого плательщика. Соответственно, многоканальная модель требует ощутимо более высоких государственных затрат на здравоохранение как в абсолютном выражении (в 2018 г. — на 786 долл. США на душу населения), так и в доле от общих государственных расходов (в 2018 г. — на 2,8% больше) по сравнению с моделью единого плательщика.

При этом использование модели единого плательщика требует более высокой доли личных затрат населения (Out-of-Pocket) в текущих расходах на здравоохранение (в 2018 г. — 20% против 12,5%) в странах с многоканальной моделью. Однако этот фактор в значительной степени нивелируется меньшим абсолютным размером этих затрат. Так, в исследованном 2018 г. средневзвешенный показатель личных затрат населения в странах с моделью единого плательщика составил 838,6 долл. США на душу населения в год, что лишь на 151,4 долл. больше, чем в странах с многоканальной моделью (687,1 долл. США на душу населения в год). С учетом этого обстоятельства фактор роста доли личных затрат населения в текущих затратах на здравоохранение в модели единого плательщика

является малозначимым для населения развитых стран в аспекте снижения финансовой доступности медицинской помощи.

Уровень как общих, так и государственных затрат на здравоохранение Российской Федерации как в абсолютных, так и в относительных показателях многократно ниже затрат развитых стран. Представляется, что это делает невозможным адекватное финансирование современной общедоступной медицинской помощи всему населению и объективно требует выраженного фактического неравенства прав граждан России на охрану здоровья. Дефицит ресурсов усугубляется использованием Российской Федерацией заведомо более затратной многоканальной системы пулинга ресурсов здравоохранения. Закономерный результат — вынужденная компенсация нехватки общественных ресурсов навязыванием платных услуг, отсюда аномально высокая доля личных затрат населения России в текущих расходах на здравоохранение — 45,85%, что соответствует странам «третьего мира», например, Гаити (в 2018 г. — 44%), Бенин (45%), Центрально-Африканская Республика (42%) или Сьера-Леоне (45%).

### Сравнение обеспеченности здравоохранения ресурсами и эффективности их использования

Полученные данные позволяют предположить, что использование многоканальных систем по сравнению с моделью единого плательщика связано со значительно более высокой потребностью в ресурсах практически по всем исследованным показателям (обеспеченность больничными койками, специалистами, медсестрами и акушерками), кроме обеспеченности врачами, которая практически сопоставима.

При этом более высокая потребность многоканальных систем в ресурсах практически не меняет по сравнению с моделью единого плательщика охват населения услугами здравоохранения, что говорит в пользу более высокой эффективности использования ресурсов одноканальными моделями. Так, в 2017 г. индекс охвата населения услугами здравоохранения в развитых странах с одноканальной моделью составил 85%, в странах с многоканальной моделью (без учета США) — 83%.

Более высокую эффективность использования ресурсов одноканальными моделями дополнительно подтверждает тот факт, что данные модели, как правило, используются странами с низкой плотностью населения и хуже развитой транспортной сетью [10], что объективно требует более вы-

Затраты на здравоохранение (2018 г.) / Healthcare costs (2018)

Средневзвешенный показатель / Weighted average	Страны с одноканальной моделью единого плательщика / Countries with a single payer model	Страны с многоканальной моделью / Country with multichannel model		Российская Федерация (многоканальная модель) / Russian Federation (multichannel model)
		все / all	без США / without USA	
Общие расходы на здравоохранение, % ВВП / Total health care costs, % Of GDP <sup>a</sup>	9,2	13,6	10,6	5,32
Текущие расходы на здравоохранение на душу населения по ППС, долл. США / Current health expenditure per capita in PPP, US dollars <sup>b</sup>	4193	7649	4979	1488
Государственные расходы на здравоохранение на душу населения по ППС, долл. США / Government spending on health care per capita PPP, US dollars <sup>c</sup>	3101	4514	3759	885
Государственные расходы на здравоохранение, в % от общих государственных расходов / Government spending on health as a percentage of total government spending, % <sup>d</sup>	15,4	19,7	18,2	9,49
Доля личных расходов населения (Out-of-Pocket) в текущих расходах на здравоохранение / Share of personal spending of the population (Out-of-Pocket) in current spending on health care, % <sup>e</sup>	20,0	12,5	13,8	45,85

Источник / Source: составлено авторами на основании данных Всемирной организации здравоохранения / compiled by the authors based on data from the World Health Organization.

Примечания / Notes: <sup>a</sup> URL: <https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/total-expenditure-on-health-as-a-percentage-of-gross-domestic-product> (дата обращения: 20.09.2021); <sup>b</sup> URL: [https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/current-health-expenditure-\(che\)-per-capita-in-ppp-int-usd](https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/current-health-expenditure-(che)-per-capita-in-ppp-int-usd) (дата обращения: 01.09.2021); <sup>c</sup> URL: [https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/domestic-general-government-health-expenditure-\(gghe-d\)-per-capita-in-ppp-int](https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/domestic-general-government-health-expenditure-(gghe-d)-per-capita-in-ppp-int) (дата обращения: 01.09.2021); <sup>d</sup> URL: <https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/general-government-expenditure-on-health-as-a-percentage-of-total-government-expenditure>. (дата обращения: 20.09.2021); <sup>e</sup> URL: <https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/out-of-pocket-expenditure-on-health-as-percentage-of-total-health-expenditure> (дата обращения: 20.09.2021).

Таблица 3 / Table 3

**Обеспеченность здравоохранения ресурсами и эффективность их использования /  
Provision of health care resources and efficiency of their use (2015)**

Средневзвешенный показатель / Weighted average	Страны с одноканальной моделью единого плательщика / Countries with a single payer model	Страны с многоканальной моделью / Country with multichannel model		Российская Федерация (многоканальная модель) / Russian Federation (multichannel model)
		все / all	без США / without USA	
Обеспеченность больничными койками (на 10 тыс. населения) / Hospital bed availability (per 10,000 population) <sup>a</sup>	43,1	59,2	87,2	81,6
Обеспеченность врачами (на 1000 населения) / Physicians density (per 1000 population) <sup>b</sup>	3,2	3,0	3,3	3,98
Обеспеченность квалифицированными специалистами (на 10 тыс. населения) / Skilled health professionals density (per 10,000 population) <sup>c</sup>	114,9	131,5	144,3	126,6
Обеспеченность медсестрами и акушерками (на 10 тыс. населения) / Provision of nurses and midwives (per 10,000 population) <sup>d</sup>	83,3	128,0	112,0	45,33
Индекс охвата услугами здравоохранения, % населения / Health service coverage index, % of population, 2017 <sup>e</sup>	85	83	81	75

*Источник / Source:* составлено авторами на основании данных Всемирной организации здравоохранения / compiled by the authors based on data from the World Health Organization.

*Примечания / Notes:* <sup>a</sup> URL: [https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/hospital-beds-\(per-10-000-population\)](https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/hospital-beds-(per-10-000-population)) (дата обращения: 25.09.2021); <sup>b</sup> URL: [https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/physicians-density-\(per-1000-population\)](https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/physicians-density-(per-1000-population)) (дата обращения: 25.09.2021); <sup>c</sup> URL: [https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/skilled-health-professionals-density-\(per-10-000-population\)](https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/skilled-health-professionals-density-(per-10-000-population)) (дата обращения: 22.09.2021); <sup>d</sup> URL: [https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/nursing-and-midwifery-personnel-\(per-10-000-population\)](https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/nursing-and-midwifery-personnel-(per-10-000-population)) (дата обращения: 22.09.2021); <sup>e</sup> URL: <https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/uhc-index-of-service-coverage> (дата обращения: 25.10.2021).

сокого обеспечения ресурсами и снижает эффективность их использования.

#### **Сравнение показателей эффективности политики HiAP («Health in All Policies»)**

С одной стороны, для стран с моделью единого плательщика характерна более эффективная политика охраны здоровья HiAP («Health in All Policies») по ряду показателей: жители этих стран меньше курят, потребляют меньше алкоголя, в этих странах ниже смертность, обусловленная загрязнением окружающей среды и суицидами.

С другой стороны, в группе стран с многоканальной моделью пулинга без учета данных США лучше показатели распространенности среди населения ожирения, уровня смертности от ДТП и убийств. Однако ситуация меняется на прямо противоположную в случае включения в группу США — «чемпиона» по многоканальности пулинга ресурсов здравоохранения среди развитых стран. С учетом США страны с многоканальной моделью проигрывают в эффективности политики HiAP по всем исследованным показателям.

Данные исследования позволяют утверждать, что приверженность населения Российской Фе-



Некоторые показатели эффективности политики HiAP / Some indicators of the effectiveness of the HiAP policy ("Health in All Policies")

Средневзвешенный показатель / Weighted average	Страны с одноканальной моделью единого плательщика / Countries with a single payer model	Страны с многоканальной моделью / Country with multichannel model		Российская Федерация (многоканальная модель) / Russian Federation (multichannel model)
		все / all	без США / without USA	
Доля взрослых с ожирением (индекс массы тела более 30), % (2016) / prevalence-of-obesity among adults (bmi over 30), % 2016 <sup>a</sup>	23,8	26,9	17,6	25,7
Потребление алкоголя среди лиц 15 лет и старше, литры чистого алкоголя на человека в год, 2019 г. / Alcohol consumption among persons 15 and older, liters of pure alcohol per person per year, 2019 <sup>b</sup>	10,0	10,6	11,2	10,5
Доля курящих среди лиц 15 лет и старше, 2018 г. / Share of smokers among persons aged 15 and over, 2018 <sup>c</sup>	21,7	26,2	27,1	28,3
Смертность, связанная с окружающей средой, число смертей на 100 тыс. населения, 2012 г. / Environmental mortality, deaths per 100,000 population, 2012 <sup>d</sup>	49,1	53,7	50,4	176,3
Самоубийств на 100 тыс. населения, 2019 г. / Suicides per 100,000 population, 2019 <sup>e</sup>	12,3	14,8	13,7	14,1
Смертей от ДТП на 100 тыс. Населения, 2019 г. / Road traffic deaths per 100,000 population, 2019 <sup>f</sup>	5,1	8,3	4,3	12,0
Убийств на 100 тыс. Населения, 2019 г. / Homicides per 100,000 population, 2019 <sup>g</sup>	1,0	3,1	0,7	7,9

Источник / Source: составлено авторами на основании данных Всемирной организации здравоохранения / compiled by the authors based on data from the World Health Organization.

Примечания / Notes: <sup>a</sup> URL: [\(https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/prevalence-of-obesity-among-adults-bmi=-30-\(crude-estimate\)-\(-\)\)](https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/prevalence-of-obesity-among-adults-bmi=-30-(crude-estimate)-(-)) (дата обращения: 25.09.2021); <sup>b</sup> URL: [\(https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/alcohol-consumption-among-adults-aged=-15-years-\(litres-of-pure-alcohol-per-person-per-year\)\)](https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/alcohol-consumption-among-adults-aged=-15-years-(litres-of-pure-alcohol-per-person-per-year)) (дата обращения: 25.09.2021); <sup>c</sup> URL: [\(https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/age-standardized-prevalence-of-current-tobacco-smoking-among-persons-aged-15-years-and-older\)](https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/age-standardized-prevalence-of-current-tobacco-smoking-among-persons-aged-15-years-and-older) (дата обращения: 25.09.2021); <sup>d</sup> URL: [https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/age-standardized-deaths-attributable-to-the-environment-\(per-100-000-population\)-](https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/age-standardized-deaths-attributable-to-the-environment-(per-100-000-population)-) (дата обращения: 05.10.2021); <sup>e</sup> URL: [\(https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/suicide-mortality-rate-\(per-100-000-population\)\)](https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/suicide-mortality-rate-(per-100-000-population)) (дата обращения: 06.10.2021); <sup>f</sup> URL: [\(https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/estimated-road-traffic-death-rate-\(per-100-000-population\)\)](https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/estimated-road-traffic-death-rate-(per-100-000-population)) (дата обращения: 06.10.2021); <sup>g</sup> URL: [\(https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/estimates-of-rates-of-homicides-per-100-000-population\)](https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/estimates-of-rates-of-homicides-per-100-000-population) (дата обращения: 06.10.2021).

Таблица 5 / Table 5

## Показатели здоровья населения / Population health indicators

Показатели / Indicators	Страны с одноканальной моделью единого плательщика / Countries with a single payer model	Страны с многоканальной моделью / Country with multichannel model		Российская Федерация (многоканальная модель) / Russian Federation (multichannel model)
		все / all	без США / without USA	
Коэффициент материнской смертности (число умерших матерей на 100 тыс. живорождений, 2015 г. / Maternal mortality rate (number of mothers who die per 100,000 live births), 2015 <sup>a</sup>	6,7	11,4	5,4	17,0
Коэффициент неонатальной смертности (число смертей в возрасте от рождения до 28 дней на 1000 живорождений), 2019 г. / Neonatal mortality rate (deaths between birth and 28 days per 1000 live births), 2019 <sup>b</sup>	2,2	2,7	1,8	2,6
Коэффициент младенческой смертности (число смертей в возрасте от рождения до 1 года на 1000 живорождений). 2019 г. / Infant mortality rate (the number of deaths between the ages of birth and 1 year per 1000 live births), 2019 <sup>c</sup>	3,1	4,1	2,8	6,0
Коэффициент смертности детей в возрасте до пяти лет (число смертей, оба пола, на 1000 живорождений), 2020 г. / Under 5 mortality rate (number of deaths, both sexes, per 1000 live births), 2020 <sup>d</sup>	3,5	4,9	3,1	7,0
Общая смертность взрослого населения трудоспособного возраста 15–60 лет (число смертей на 1000 населения), 2015 г. / Total mortality of the adult population of working age 15–60 years old (number of deaths per 1000 population), 2015 <sup>e</sup>	62,1	86,7	65,4	202,7
Вероятность (риск) смерти в возрасте от 30 до 70 лет от сердечно-сосудистых заболеваний, рака, диабета, респираторных заболеваний, 2019 г. / probability of dying between the ages of 30 and 70 from cardiovascular diseases, cancer, diabetes, respiratory diseases, %, 2019 <sup>f</sup>	9,2	11,9	10,4	24,2
Ожидаемая продолжительность жизни в возрасте 60 лет жизни (лет), 2019 г. / Life expectancy at age 60 (years), 2019 <sup>g</sup>	25,0	24,2	25,1	19,9
Ожидаемая продолжительность здоровой жизни (HALE) в возрасте 60 лет (лет), 2019 г. / Healthy life expectancy (HALE) at age 60 (years), 2019 <sup>h</sup>	19,0	17,9	19,3	15,0

Окончание таблицы 5 / Table 5 (continued)

Показатели / Indicators	Страны с одноканальной моделью единого плательщика / Countries with a single payer model	Страны с многоканальной моделью / Country with multichannel model		Российская Федерация (многоканальная модель) / Russian Federation (multichannel model)
		все / all	без США / without USA	
Ожидаемая продолжительность жизни при рождении, (лет), 2019 г. / Life expectancy at birth life (years), 2019 <sup>i</sup>	82,5	80,6	82,6	73,2
Ожидаемая продолжительность здоровой жизни (HALE) при рождении, (лет), 2019 г. / Healthy life expectancy (HALE) at birth, (years), 2019 <sup>i</sup>	71,4	69,2	72,1	64,0

Источник / Source: составлено авторами на основании данных Всемирной организации здравоохранения / compiled by the authors based on data from the World Health Organization.

Примечания / Notes: <sup>a</sup> URL: [1https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/maternal-mortality-ratio-\(per-100-000-live-births\)](https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/maternal-mortality-ratio-(per-100-000-live-births)) (дата обращения: 28.10.2021); <sup>b</sup> URL: [https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/neonatal-mortality-rate-\(per-1000-live-births\)](https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/neonatal-mortality-rate-(per-1000-live-births)). (дата обращения: 28.10.2021); <sup>c</sup> URL: [https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/infant-mortality-rate-\(probability-of-dying-between-birth-and-age-1-per-1000-live-births\)](https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/infant-mortality-rate-(probability-of-dying-between-birth-and-age-1-per-1000-live-births)) (дата обращения: 28.10.2021); <sup>d</sup> URL: <https://population.un.org/wpp/DataQuery/> (дата обращения: 28.10.2021); <sup>e</sup> URL: [https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/adult-mortality-rate-\(probability-of-dying-between-15-and-60-years-per-1000-population\)](https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/adult-mortality-rate-(probability-of-dying-between-15-and-60-years-per-1000-population)) (дата обращения: 28.10.2021); <sup>f</sup> URL: [https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/probability-\(-\)-of-dying-between-age-30-and-exact-age-70-from-any-of-cardiovascular-disease-cancer-diabetes-or-chronic-respiratory-disease](https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/probability-(-)-of-dying-between-age-30-and-exact-age-70-from-any-of-cardiovascular-disease-cancer-diabetes-or-chronic-respiratory-disease) (дата обращения: 28.10.2021); <sup>g</sup> URL: [https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/life-expectancy-at-age-60-\(years\)](https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/life-expectancy-at-age-60-(years)) (дата обращения: 28.10.2021); <sup>h</sup> URL: <https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/gho-gha-hale-healthy-life-expectancy-at-age-60> (дата обращения: 28.10.2021); <sup>i</sup> URL: [https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/life-expectancy-at-birth-\(years\)](https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/life-expectancy-at-birth-(years)) (дата обращения: 28.10.2021); <sup>j</sup> URL: <https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/gho-gha-hale-healthy-life-expectancy-at-birth> (дата обращения: 28.10.2021).

дерации здоровому образу жизни (потребление алкоголя, табака, контроль веса) сопоставима с установками населения развитых стран. При этом в России многократно выше смертность от загрязнения окружающей среды, ДТП и криминальных происшествий — на что влияет не поведение населения и система здравоохранения, а эффективность общей государственной политики и межведомственного взаимодействия в области охраны здоровья.

#### Сравнение показателей здоровья населения

Данные исследования показывают, что использование развитыми странами более дорогой модели конкурирующих страховщиков не дает статистически значимых преимуществ в показателях здоровья населения, а в случае включения в группу стран с моделью конкурирующих страховщиков данных самой многоканальной

системы США — ощутимо ухудшает большинство этих показателей.

Используя многоканальную модель Российская Федерация значительно проигрывает по большинству исследуемых показателей здоровья населения развитым странам независимо от используемой ими модели. Представляется, что ключевую роль в этом играет низкая финансовая доступность медицинской помощи как закономерный результат неблагоприятного сочетания тяжелого дефицита финансирования и использования заведомо более дорогой и менее эффективной многоканальной модели пулинга.

#### ВЫВОДЫ

1. Использование развитыми странами многоканальной модели пулинга финансовых ресурсов для оплаты медицинской помощи населению представляется менее эффективным по сравне-

нию с одноканальной моделью единого плательщика, поскольку:

а) требует более высокого уровня как общих, так и государственных расходов на здравоохранение;

б) предъявляет более высокие требования к обеспеченности здравоохранения ресурсами при практически одинаковом охвате населения медицинскими услугами;

в) ограничивает эффективность государственной политики в области охраны здоровья;

г) проигрывает модели единого плательщика по управляемым показателям здоровья населения.

2. Данные других авторов о более высоком уровне субъективной удовлетворенности населе-

ния медицинской помощью в развитых странах с многоканальной моделью представляются малоактуальными на большинстве территорий России, где наиболее значимой проблемой представляется выраженное недофинансирование гарантированной населению медицинской помощи.

3. По вышеизложенным причинам важным условием повышения эффективности финансирования здравоохранения Российской Федерации представляется замена более дорогой и менее эффективной многоканальной модели пулинга одноканальной моделью единого плательщика в лице ФФОМС, который должен консолидировать все или, как минимум, большинство каналов финансирования медицинской помощи населению.

### БЛАГОДАРНОСТИ

Статья подготовлена по результатам исследований, выполненных за счет бюджетных средств по государственному заданию на выполнение фундаментальной научно-исследовательской работы по теме: «Теория и методология развития отраслевой системы финансирования здравоохранения Российской Федерации», Финансовый университет, Москва, Россия.

### ACKNOWLEDGEMENTS

The article was prepared based on the results of research carried out at the expense of budgetary funds on a state assignment for the implementation of fundamental research work on the topic: “Theory and methodology of the development of the sectoral health care financing system in the Russian Federation”, Financial University, Moscow, Russia.

### СПИСОК ИСТОЧНИКОВ

1. Кутцин Дж. Политика финансирования здравоохранения: руководство для лиц, принимающих решения. Пер. с англ. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2008. 35 с. URL: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/277071/E-91422-rus.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
2. Моссиалос Э., Диксон А., Фигерас Ж., Кутцин Дж., ред. Финансирование здравоохранения: альтернативы для Европы. Пер. с англ. М.: Весь Мир; 2002. 354 с. URL: [https://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0004/98311/E\\_74485R.pdf](https://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0004/98311/E_74485R.pdf)
3. Mathauer I., Saksena P., Kutzin J. Pooling arrangements in health financing systems: a proposed classification. *International Journal for Equity in Health*. 2019;18:198. DOI: 10.1186/s12939-019-1088-x
4. Azzopardi-Muscat N., Calleja N., Calleja A., Cylus J. Malta: Health system review. *Health Systems in Transition*. 2014;16(1):1-97.
5. Donnelly P.D., Erwin P.C., Fox D.M., Grogan C. Single-payer, multiple-payer, and state-based financing of health care: Introduction to the special section. *American Journal of Public Health*. 2019;109(11):1482-1483. DOI: 10.2105/AJPH.2019.305353
6. Kutzin J. Health financing for universal coverage and health system performance: Concepts and implications for policy. *Bulletin of the World Health Organization*. 2013;91(8):602-611. DOI: 10.2471/BLT.12.113985
7. Frenk J. Comprehensive policy analysis for health system reform. *Health Policy*. 1995;32(1-3):257-277. DOI: 10.1016/0168-8510(95)00739-f
8. Mathauer I., Dkhimi F. Analytical guide to assess a mixed provider payment system. *Health Financing Guidance*. 2019;(5). URL: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/311020/9789241515337-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
9. Cutler D.M., Zeckhauser R.J. Adverse selection in health insurance. *Forum for Health Economics & Policy*. 1998;1(1):1-33. DOI: 10.2202/1558-9544.1056
10. Smith P. The role of markets and competition. In: Figueras J., Robinson R., Jakubowski E., eds. *Purchasing to improve health system performance*. Maidenhead: Open University Press; 2005:106-144.

11. Van de Ven W.P., Beck K., Van de Voorde C., Wasem J., Zmora I. Risk adjustment and risk selection in Europe: 6 years later. *Health Policy*. 2007;83(2–3):162–179. DOI: 10.1016/j.healthpol.2006.12.004
12. Ленин В.И. Об отношении к думскому законопроекту о государственном страховании рабочих. Полное собрание сочинений. Т. 21. Декабрь 1911 — июль 1912. М.: Политиздат; 1973:146–169.
13. Sanders B. A bill to establish a Medicare-for-all national health insurance program. 2019. URL: <https://berniesanders.com/issues/medicare-for-all/>
14. Омеляновский В.В., Максимова Л.В., Татаринев А.П. Зарубежный опыт: модели финансирования и организации систем здравоохранения. *Научно-исследовательский финансовый институт. Финансовый журнал*. 2014;(3):22–34.
15. Jowett M., Kutzin J., Kwon S., Hsu J., Sallaku J., Solano J. G. Assessing country health financing systems: The health financing progress matrix. *Health Financing Guidance*. 2020;(8). URL: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/337938/9789240017405-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
16. Thomson S., Osborn R., Squires D., Jun M. International profiles of health care systems: Australia, Canada, Denmark, England, France, Germany, Iceland, Italy, Japan, the Netherlands, New Zealand, Norway, Sweden, Switzerland, and the United States. New York: The Commonwealth Fund; 2011.
17. Schreck R.I. Overview of health care financing. *Merck Manual*. Rahway, NJ: Merck & Co., Inc.; 2019.
18. Гришин В.В. Регулирование процессов становления страховой медицины. М.: Наука; 1997. 294 с.
19. Дмитриев М.Э., Шишкин С.В., Потапчик Е.Г., Соловьева О.Г., Салахутдинова С.К. Создание системы обязательного медико-социального страхования. *Здравоохранение*. 1998;(4):5–18.
20. Elola J. Health care system reforms in western European countries: The relevance of health care organization. *International Journal of Health Services*. 1996;26(2):239–251. DOI: 10.2190/TC9K-VQBR-NR64-AGVQ
21. Saltman R.B., Busse R., Figueras J., eds. Social health insurance systems in Western Europe. Maidenhead: Open University Press; 2004. 313 p. (European Observatory on Health Systems and Policies Series).
22. Рагозин А.В., Кравченко Н.А., Розанов В.Б. Сравнение национальных систем здравоохранения стран, использующих «страховую» и «бюджетную» модели финансирования. *Здравоохранение*. 2012;(12):30–39.
23. Рагозин А.В., Кравченко Н.А., Розанов В.Б. Эффективность национальной системы здравоохранения: соответствует ли используемая модель финансирования здравоохранения объективным условиям страны. *Здравоохранение Российской Федерации*. 2013;(5):3–8.

## REFERENCES

1. Kutzin J. Health financing policy: A guide for decision makers. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2008. 36 p. URL: [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/107899/E\\_91422.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/107899/E_91422.pdf?sequence=1&isAllowed=y) (Russ. ed.: Kutzin J. Политика финансирования здравоохранения: руководство для лиц, принимающих решения. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2008. 35 p.).
2. Mossialos E., Dixon A., Figueras J., Kutzin J., eds. Funding health care: Options for Europe. Buckingham, Philadelphia: Open University Press; 2002. 327 p. URL: [https://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0003/98310/E\\_74485.pdf](https://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0003/98310/E_74485.pdf) (Russ. ed.: Mossialos E., Dixon A., Figueras J., Kutzin J., eds. Финансирование здравоохранения: альтернативы для Европы. Moscow: Ves' Mir; 2002. 354 p.).
3. Mathauer I., Saksena P., Kutzin J. Pooling arrangements in health financing systems: a proposed classification. *International Journal for Equity in Health*. 2019;18:198. DOI: 10.1186/s12939-019-1088-x
4. Azzopardi-Muscat N., Calleja N., Calleja A., Cylus J. Malta: Health system review. *Health Systems in Transition*. 2014;16(1):1–97.
5. Donnelly P.D., Erwin P.C., Fox D.M., Grogan C. Single-payer, multiple-payer, and state-based financing of health care: Introduction to the special section. *American Journal of Public Health*. 2019;109(11):1482–1483. DOI: 10.2105/AJPH.2019.305353
6. Kutzin J. Health financing for universal coverage and health system performance: Concepts and implications for policy. *Bulletin of the World Health Organization*. 2013;91(8):602–611. DOI: 10.2471/BLT.12.113985
7. Frenk J. Comprehensive policy analysis for health system reform. *Health Policy*. 1995;32(1–3):257–277. DOI: 10.1016/0168-8510(95)00739-f
8. Mathauer I., Dkhimi F. Analytical guide to assess a mixed provider payment system. *Health Financing Guidance*. 2019;(5). URL: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/311020/9789241515337-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>



9. Cutler D.M., Zeckhauser R.J. Adverse selection in health insurance. *Forum for Health Economics & Policy*. 1998;1(1):1–33. DOI: 10.2202/1558–9544.1056
10. Smith P. The role of markets and competition. In: Figueras J., Robinson R., Jakubowski E., eds. *Purchasing to improve health system performance*. Maidenhead: Open University Press; 2005:106–144.
11. Van de Ven W.P., Beck K., Van de Voorde C., Wasem J., Zmora I. Risk adjustment and risk selection in Europe: 6 years later. *Health Policy*. 2007;83(2–3):162–179. DOI: 10.1016/j.healthpol.2006.12.004
12. Lenin V.I. On the attitude to the Duma bill on state insurance of workers. In: *Complete set of works*. Vol. 21. December 1911 – July 1912. Moscow: Politizdat; 1973:146–169. (In Russ.).
13. Sanders B. A bill to establish a Medicare-for-all national health insurance program. 2019. URL: <https://berniesanders.com/issues/medicare-for-all/>
14. Omelyanovsky V.V., Maximova L.V., Tatarinov A.P. International experience of funding and organization of healthcare systems. *Nauchno-issledovatel'skii finansovyi institut. Finansovyi zhurnal = Research Financial Institute. Financial Journal*. 2014;(3):22–34. (In Russ.).
15. Jowett M., Kutzin J., Kwon S., Hsu J., Sallaku J., Solano J.G. Assessing country health financing systems: The health financing progress matrix. *Health Financing Guidance*. 2020;(8). URL: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/337938/9789240017405-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
16. Thomson S., Osborn R., Squires D., Jun M. *International profiles of health care systems: Australia, Canada, Denmark, England, France, Germany, Iceland, Italy, Japan, the Netherlands, New Zealand, Norway, Sweden, Switzerland, and the United States*. New York: The Commonwealth Fund; 2011.
17. Schreck R.I. *Overview of health care financing*. Merck Manual. Rahway, NJ: Merck & Co., Inc.; 2019.
18. Grishin V.V. *Regulating the processes of formation of insurance medicine*. Moscow: Nauka; 1997. 294 p. (In Russ.).
19. Dmitriev M.J., Dmitriev M.E., Shishkin S.V., Potapchik E.G., Solov'eva O.G., Salakhutdinova S.K. Creation of a system of compulsory medical and social insurance. *Zdravookhranenie*. 1998;(4):5–18. (In Russ.).
20. Elola J. Health care system reforms in western European countries: The relevance of health care organization. *International Journal of Health Services*. 1996;26(2):239–251. DOI: 10.2190/TC9K-VQBR-NR64-AGVQ
21. Saltman R.B., Busse R., Figueras J., eds. *Social health insurance systems in Western Europe*. Maidenhead: Open University Press; 2004. 313 p. (European Observatory on Health Systems and Policies Series).
22. Ragozin A.V., Kravchenko N.A., Rozanov V.B. Comparison of national healthcare systems of countries using “insurance” and “budget” funding models. *Zdravookhranenie*. 2012;(12):30–39. (In Russ.).
23. Ragozin A.V., Kravchenko N.A., Rozanov V.B. The effectiveness of national health care system: Does the applied model of health financing comply with objective national conditions? *Zdravookhranenie Rossiiskoi Federatsii = Health Care of the Russian Federation*. 2013;(5):3–8. (In Russ.).

## ИНФОРМАЦИЯ О АВТОРАХ / ABOUT THE AUTHORS



**Александр Львович Сафонов** — доктор экономических наук, профессор департамента психологии и развития человеческого капитала, Финансовый университет, Москва, Россия

**Aleksandr L. Safonov** — Dr. Sci. (Econ.), Prof., Department of psychology and human capital development, Financial University, Moscow, Russia

<http://orcid.org/0000-0003-0262-3968>

[ALSafonov@fa.ru](mailto:ALSafonov@fa.ru)



**Андрей Васильевич Рагозин** — кандидат медицинских наук, директор Центра проблем организации, финансирования и межтерриториальных отношений в здравоохранении Института региональной экономики и межбюджетных отношений, Финансовый университет, Москва, Россия

**Andrey V. Ragozin** — Cand. Sci. (Med.), Director, Center of problems of organization, financing and Interterritorial relations in healthcare of the Institute of regional economics and interbudget relations, Financial University, Moscow, Russia

<https://orcid.org/0000-0003-4645-8765>

[AVRagozin@fa.ru](mailto:AVRagozin@fa.ru)



**Владимир Вадимович Гришин** — доктор экономических наук, профессор, главный научный сотрудник Центра проблем организации, финансирования и межтерриториальных отношений в здравоохранении Института региональной экономики и межбюджетных отношений, Финансовый университет, Москва, Россия

**Vladimir V. Grishin** — Dr. Sci. (Econ.), Prof., Chief Scientific Associate, Center of Problems of Organization, Financing and Interterritorial Relations in Healthcare of the Institute of Regional Economics and Interbudget Relations, Financial University, Moscow, Russia

<https://orcid.org/0000-0002-4356-8128>

VVGrishin@fa.ru

**Заявленный вклад авторов:**

**А.Л. Сафонов** — разработка концепции исследования, выбор показателей для анализа, формирование выводов исследования.

**А.В. Рагозин** — описание используемой методики и расчеты, анализ полученных результатов, формирование выводов исследования.

**В.В. Гришин** — сбор статистических данных, табличное и графическое представление результатов, анализ полученных результатов.

**Authors' declared contribution:**

**A. L. Safonov** — development of the research concept, selection of indicators for analysis, formation of research conclusions.

**A. V. Ragozin** — description of the methodology used and calculations, analysis of the results obtained, formation of the conclusions of the study.

**V. V. Grishin** — collection of statistical data, tabular and graphical representation of the results, analysis of the findings.

*Конфликт интересов: авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.*

*Conflicts of Interest Statement: The authors have no conflicts of interest to declare.*

*Статья поступила в редакцию 04.12.2021; после рецензирования 24.12.2021; принята к публикации 17.01.2022.*

*Авторы прочитали и одобрили окончательный вариант рукописи.*

*The article was submitted on 04.12.2021; revised on 24.12.2021 and accepted for publication on 17.01.2022.*

*The authors read and approved the final version of the manuscript*