

Научная статья

УДК 336.6:614.2

<https://doi.org/10.35266/2949-3455-2024-4-3>



Обзор моделей финансирования здравоохранения на примере Франции, Германии, Великобритании, США, Канады и России

Галина Евгеньевна Каратаева¹, Екатерина Александровна Мирошниченко^{2✉}

^{1,2}Сургутский государственный университет, Сургут, Россия

¹karataeva_ge@surgu.ru

²kate_zhdanova01@mail.ru✉

Аннотация. В работе дана характеристика и выполнен сравнительный анализ бюджетной, страховой и частной моделей финансирования здравоохранения, выделены основные преимущества и недостатки каждой модели. Обоснована необходимость сохранения страховой модели финансирования здравоохранения в России. При этом авторы видят возможность адаптации отдельных элементов моделей финансирования здравоохранения зарубежных стран к отечественным условиям с целью совершенствования имеющейся модели.

Ключевые слова: здравоохранение, источники финансирования, система обязательного медицинского страхования, модели финансирования

Для цитирования: Каратаева Г. Е., Мирошниченко Е. А. Обзор моделей финансирования здравоохранения на примере Франции, Германии, Великобритании, США, Канады и России // Вестник Сургутского государственного университета. 2024. Т. 12, № 4. С. 35–43. <https://doi.org/10.35266/2949-3455-2024-4-3>.

Original article

Overview of healthcare funding models by example of France, Germany, UK, USA, Canada, and Russia

Galina E. Karataeva¹, Ekaterina A. Miroshnichenko^{2✉}

^{1,2}Surgut State University, Surgut, Russia

¹karataeva_ge@surgu.ru

²kate_zhdanova01@mail.ru✉

Abstract. The paper offers a description and comparative analysis of public, insurance and private models of healthcare funding. The paper further emphasizes the primary advantages and disadvantages of each model. There's a convincing argument for preserving the insurance model of healthcare funding in Russia. At the same time, the authors see the possibility of adapting individual elements of foreign countries' healthcare funding models to domestic conditions in order to improve the existing model.

Keywords: health care, funding sources, compulsory health insurance system, funding models

For citation: Karataeva G. E., Miroshnichenko E. A. Overview of healthcare funding models by example of France, Germany, UK, USA, Canada, and Russia. *Surgut State University Journal*. 2024;12(4):35–43. <https://doi.org/10.35266/2949-3455-2024-4-3>.

ВВЕДЕНИЕ

Финансовое обеспечение социальной сферы и здравоохранения в частности всегда находится в центре внимания не только политических партий, общественности, но и профессионального сообщества. Даже в относительно спокойные с точки зрения экономического цикла периоды финансовая модель российского здравоохранения подвергалась критике, которая в период пандемии усилилась кратно. Можно ожидать, что в текущий период переоценки эффективности всего «западного» призывы возврата к советской модели финансирования здравоохранения в России будут усиливаться.

Целью исследования является проведение сравнительного анализа моделей финансирования здравоохранения ведущих зарубежных стран и обоснования возможности адаптации их элементов к особенностям российской финансовой системы и системы здравоохранения.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В мировой практике принято выделять три основных модели здравоохранения:

- бюджетная (государственная, национальная, система Семашко – Бевеиджа),
- страховая (социально страховая, система Бисмарка, система регулируемого страхования здоровья),
- частная (негосударственная, рыночная).

Первый тип характерен превалирующей ролью государства, которое осуществляет четкий контроль всего рынка медицинских товаров и услуг. Медицинские услуги для граждан осуществляются на бесплатной основе и обеспечиваются налоговыми поступлениями в бюджетную систему.

Финансирование здесь происходит по двум основным формам:

1. Организация государственных страховых фондов для обеспечения медицинских организаций.

2. Прямое финансирование медицинских учреждений.

В бюджетной модели управление сферой отличается высокой централизованностью:

государство как финансирует медицинские учреждения, так и выступает в роли поставщика и покупателя медицинских услуг.

Вторая модель сочетает в себе рынок медицинских услуг, развитую систему государственного регулирования и социальные гарантии. Программы обязательного медицинского страхования охватывают почти все население (до 99,8 % [1]) во взаимодействии с государством при финансировании страховых фондов. Весомую роль в распределении средств играют частные некоммерческие или коммерческие страховые фонды и компании, а рынок является важным механизмом удовлетворения потребностей населения в медицинских услугах. Сами же пациенты имеют большую свободу при выборе страховой компании и поставщика услуг [2], а также могут выбирать наиболее подходящие способы оплаты.

Третья модель основывается на личных средствах населения и частном страховании (добровольное медицинское страхование), которых более чем 50 %. Здесь отсутствует система государственного финансирования здравоохранения, однако исключением являются социально уязвимые слои населения (безработные, малоимущие и пенсионеры), которые не в состоянии за счет собственных средств удовлетворить потребность в медицинских услугах.

В основу определения возможных к адаптации в России элементов моделей финансирования здравоохранения положено исследование В. В. Омеляновского, Л. В. Максимовой и А. П. Татарина [2]. Сравнительный анализ десяти ключевых параметров моделей здравоохранения пяти ведущих стран (Франции, Германии, Великобритании, США, Канады) позволил авторам исследования сделать вывод, что ни в одной из этих стран нет «чистых» бюджетной, страховой или частной модели. Все они не отличаются универсальностью и имеют один доминирующий источник, причем в бюджетной и страховой моделях 70 % всех расходов обеспечивают государственные средства (табл. 1).

Таблица 1

Общие и государственные расходы на здравоохранение, 2022 г.

Модель	Страна	Расходы на здравоохранение, % от ВВП		
		Общие	Государственные	Добровольные
Бюджетная	Великобритания	11,3	9,3	2,0
	Ирландия	6,1	4,7	1,4
	Дания	9,5	8,1	1,4
	Португалия	10,6	6,7	3,9
	Италия	9,0	6,8	2,2
	Греция	8,6	5,1	3,5
	Испания	10,4	7,3	3,1
	Швеция	10,7	9,2	1,5
	Норвегия	7,9	6,8	1,1
	Австралия	9,6	7,0	2,6
	Латвия	8,8	5,9	2,9
	Финляндия	10,0	8,0	2,0
Страховая	Германия	12,7	10,9	1,8
	Франция	12,1	10,3	1,8
	Япония	11,5	9,8	1,7
	Канада	11,2	8,0	3,2
	Нидерланды	10,2	8,6	1,6
	Австрия	11,4	8,8	2,6
	Бельгия	10,9	8,4	2,5
	Словения	8,3	6,1	2,2
	Швейцария	11,3	7,8	3,5
	Турция	4,3	3,3	1,0
	Израиль	7,4	5,1	2,3
	Польша	6,7	5,0	1,7
Частная	США	16,6	14,1	2,5
Бюджетно-страховая	Россия	4,4	2,9	1,5

Примечание: составлено по источнику [3].

Превалирующая роль государства в финансировании здравоохранения любой страны с различной системой здравоохранения подтверждается официальными данными (табл. 1). Как видно из таблицы, ни в одной стране, выбранной для анализа, процентное соотношение добровольных расходов не превышает государственные, более того, государственные расходы в среднем в 2–5 раз превышают добровольные. Из ряда анализируемых стран наименьший процент на важнейшую сферу жизнедеятельности каждого человека отводится именно в России, что ставит под сомнения эффективность модели. Так как вместе с тем в нашей стране доста-

точно высокий уровень смертности и низкая ожидаемая продолжительность жизни.

Авторы также отмечают, что «важнейшим фактором устойчивости систем является охват населения бесплатными медицинскими услугами, отсутствие дублирования расходов, эффективность расходования ресурсов и доступность медицинских услуг». Таким образом, можно предположить, что для российской системы здравоохранения важна не только донстройка системы ее финансового обеспечения, сколько обеспечение эффективности расходования ресурсов и доступность медицинских услуг.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

В России реализуется смешанная, или бюджетно-страховая, модель финансирования здравоохранения (рисунок). Ее становление началось еще в 1991 г. с принятием закона «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации» от 28.06.1991 № 1499-1, в современной редакции Федеральный закон от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации», который положил начало переходу от бюджетной модели финансирования к бюджетно-страховой.

Выбор той или иной модели зависит от конкретных целей внутри страны, от социально-экономической и политической обстановки и от прочих обстоятельств. Эффективная система финансирования здравоохранения нуждается в балансе качественной медицинской помощи, ее доступности и устойчивости финансирования.

Представим сравнительную характеристику ключевых параметров здравоохранения Франции, Германии, Великобритании, США, Канады в контрасте с отечественным опытом (табл. 2).



Рисунок. Бюджетно-страховая модель финансирования здравоохранения в РФ
Примечание: составлено авторами.

Таблица 2

Ключевые параметры здравоохранения ведущих зарубежных стран мира и Российской Федерации

Критерий	Франция	Германия	Великобритания	США	Канада	Россия
Финансирование	Госбюджет 84 %, частные расходы 16 %, в т. ч. ДМС 7 % и личные расходы 9 %	Госбюджет 54 %, благотворительные средства (Красный Крест, церковные объединения) 38 %, частные средства 8 %	Госбюджет 79 %, национальное страхование 20 %, личные средства 1 %	Частное страхование – 40 %, личные средства – 20 %, государственные программы – 40 %	Федеральные и провинциальные фонды – 90 %, частные страховые фонды и добровольные пожертвования – 10 %	Госбюджет 65 %, частные средства 35 %
Модель здравоохранения	Страховая модель	Страховая модель	Бюджетная модель	Частная модель	Страховая модель	Бюджетно-страховая

Продолжение таблицы 2

Критерий	Франция	Германия	Великобритания	США	Канада	Россия
Обеспеченность медицинской помощью	Государственное медицинское страхование охватывает 96 %	87 % населения имеют государственную медицинскую страховку	Охват всего населения через Национальную систему здравоохранения – всеобщее бесплатное обслуживание	Незастрахованные граждане не имеют гарантированного доступа к медуслугам	Программы ОМС охватывают около 98 % населения	Конституционное право граждан на бесплатное оказание медицинской помощи
Конгруэнтность затрат	Государственные расходы 10,3 % ВВП, общие – 12,1 %, добровольные 1,8 %	Государственные расходы 10,9 % ВВП, общие – 12,7 %, добровольные 1,7 %	Государственные расходы 9,3 % ВВП, общие – 11,3 %, добровольные 2,1 % ВВП	Государственные расходы 14,1 % ВВП, общие – 16,6 %, добровольные 2,5 %	Государственные расходы 8,0 % ВВП, общие – 11,2 %, добровольные 3,2 % ВВП	Государственные расходы 0,9 % ВВП, общие – 4,4 %
Каналы финансирования	Многоканальная система	Многоканальная система	Многоканальная система	Многоканальная система	Многоканальная система	Одноканальная
Форма управления	Децентрализованная	Децентрализованная	Централизованная	Рынок услуг определяет потребности. Управление отсутствует	Децентрализованная	Децентрализованная
Формы медицинских учреждений	Государственные больницы 62 %, частные некоммерческие организации 14 %, коммерческие компании 24 %	Общественные больницы, благотворительные больницы, частные медицинские учреждения	Государственные, частные и некоммерческие (общественные) больницы	Частые некоммерческие больницы – 60 %, коммерческие учреждения – 20 %, государственные учреждения – 20 %	Некоммерческие частные организации составляют более 95 % всех больниц	Государственное, муниципальное учреждение, частные некоммерческие организации, коммерческие организации
Субъекты	Государство, фонды ОМС и профессиональные медицинские организации	Застрахованное лицо (все лица, подлежащие ОМС), кассовый врач, объединение кассовых врачей, государственные больницы (страховщики), общая федеральная комиссия (высший орган самоуправления врачей и стоматологов, больниц и больничных касс Германии)	Государство, трасты по оказанию медпомощи и профессиональные медицинские организации	Государство, частные страховые фонды и профессиональные медицинские организации	Государство, фонды неправительственных и некоммерческих организаций	Государство, фонды ОМС, страховые медицинские организации

Критерий	Франция	Германия	Великобритания	США	Канада	Россия
Объекты	Степень важности объектов регулирования сферы различается в зависимости от стран. Основной сферой контроля государства является допуск медицинских технологий на рынок, а также защита конкуренции. Также оно определяет незащищенные группы населения, устанавливает уровни возмещения для тех или иных медицинских технологий, а также их цены. Обеспечение качества, аккредитация и лицензирование, а также распределение объемов медицинской помощи – все это регулируется государством совместно с профессиональными организациями					
Индекс охвата услугами ВОУЗ	85	88	88	86	91	79
Индекс оценки здравоохранения (по данным Numbeo)	78,1	71,7	73,5	67,6	69,1	60,9
Уровень смертности (по данным CIA)	9,54	11,98	9,07	8,12	8,38	13,36
Ожидаемая продолжительность жизни, лет	83	82	82	81	84	71

Примечание: составлено по источникам [2, 4–8].

Во всех странах, за исключением России, присутствует многоканальная система финансирования. В нашей стране до сих пор происходит слияние потоков финансирования из различных источников. И налоговые поступления, и взносы в систему ОМС аккумулируются в едином центре. В Великобритании, в которой действует бюджетная модель финансирования здравоохранения, присутствует централизованная форма управления сферой. Здесь происходит вертикальная подчиненность субъектов здравоохранения. Объекты здравоохранения так или иначе схожи по странам.

Для сравнения так же были отражены некоторые показатели, отражающие уровень жизни населения. В странах со страховой и бюджетной моделями наивысшие показатели индекса всеобщего охвата услугами здравоохранения и индекса оценки уровня здравоохранения. В США, где реализуется частная

модель финансирования сферы, самый минимальный уровень смертности среди анализируемых стран, что подтверждает политику страны, преимущественно направленную на поддержание социального благополучия своих граждан. Однако ожидаемая продолжительность жизни не критично уступает странам с бюджетной и страховой моделями.

В нашей стране показатели индекса охвата услугами ВОУЗ, индекс оценки здравоохранения, ожидаемая продолжительность жизни и уровень смертности значительно уступают зарубежным странам.

Рассмотрим основные преимущества и недостатки каждой модели (табл. 3).

Сопоставив основные достоинства и недостатки каждой модели, нельзя дать четко и однозначного ответа на вопрос «лучше/хуже», можно лишь задуматься над элементами, возможными для адаптации к российской модели.

Таблица 3

Преимущества и недостатки основных моделей финансирования здравоохранения

Модель	Преимущества	Недостатки
Бюджетная	1. Высокий охват населения бесплатными медицинскими услугами. 2. Высокая эффективность в решении крупных стратегических проблем здравоохранения. 3. Большая устойчивость системы здравоохранения в результате более высокого уровня покрытия расходов из общественных источников. 4. Меньшая затратность. 5. Поставка надежного оборудования в МО, гарантия поддержки, обеспечение надежной кадровой подготовки. 6. Повышение качества медицинских услуг, гарантия безопасности. 7. Реализация социальных проектов, связанных с повышением уровня жизни, рождаемости, сокращением смертности	1. Существенная зависимость источников финансирования от экономической конъюнктуры. 2. Наличие очередей на получение медицинских услуг как результат преимущественно одноканального финансирования из бюджета. 3. Монополизм государственных ЛПУ и недостаточная защищенность потребителя от медицинских услуг невысокого качества. 4. Зависимость от макроэкономической ситуации. 5. Усиленная стандартизация услуг и медикаментов, что может стать причиной неточного диагностирования или неэффективного лечения. 6. Перспектива значительного роста расходов. 7. Риск медленного развития здравоохранения. 8. Сложности изменения курса развития медицины
Страховая	1. Высокий охват населения бесплатными медицинскими услугами. 2. Гибкость в отношении аккумуляции ресурсов и меньшая, чем в бюджетной модели, зависимость от обеспеченности финансовыми ресурсами. 3. Четкое разделение функций финансирования и оказания медицинских услуг. 4. Более высокая по сравнению с бюджетной моделью роль конкурентных механизмов в повышении качества медицинских услуг, оказываемых частными врачами и учреждениями различных форм собственности. 5. Соблюдение принципа «деньги следуют за пациентом». 6. Более структурированное, чем в бюджетной модели, распределение средств	1. Более высокая, чем в бюджетной модели, доля расходов на здравоохранение в ВВП. 2. Наличие очередей на получение медицинских услуг как результат
Частная	1. Широкий диапазон медицинских учреждений. 2. Отсутствие очередей на медицинское обслуживание. 3. Упор на качество медицинской помощи и защиту прав потребителей. 4. Высокие доходы врачей и другого медицинского персонала	1. Отсутствие единой национальной системы здравоохранения. 2. Фрагментарность медицинских услуг. 3. Доминирующая роль частной медицины. 4. Недостаточно высокий уровень доступности медицинских услуг для большинства населения, значительная часть населения не охвачена никакими видами страхования. 5. Дорогостоящие медицинские услуги зачастую оказываются без достаточных медицинских показаний

Примечание: составлено по источнику [2].

Сравнение ключевых параметров моделей здравоохранения пяти ведущих стран и России (табл. 2), а также исследование преимуществ и недостатков трех моделей (табл. 3) позволяет сделать следующие выводы:

- частная система не применима в нашей стране. Причиной тому является исторически сложившаяся и конституционно закреплённая система социальных гарантий при высокой дифференциации доходов населения (индекс Джини в России в 2023 г. составил 0,403 [9]); неравенство субъектов РФ в финансовом обеспечении медицинских организаций. Разница в государственном финансировании здравоохранения между 10 самыми обеспеченными и 10 самыми малообеспеченными регионами составляет почти 2 раза (22,3 и 12,6 тыс. руб. на душу населения, средневзвешенные показатели [10]);

- для развития национальной системы здравоохранения необходимо сохранение страховой модели его финансирования. Причины: страховая модель обладает дифференцированными, а следовательно, менее рискованными источниками финансирования; функции финансирования и оказания медицинских услуг разделены (условие: требуется повышение эффективности этого разделения); встроены конкурентные механизмы (условие: необходимо их развитие); возможна реализация принципа «деньги идут за пациентом» (условие: требуется повышение эффективности расходования средств и развитие конкурентных механизмов).

Рассмотрим элементы зарубежных моделей, возможные к адаптации в современной России с целью совершенствования имеющейся бюджетно-страховой модели:

- многоканальность системы финансирования. Благодаря переходу к многоканальной системе при дефиците госбюджета, а также при низких доходах граждан возможно быстрое решение задачи и сохранение финансирования здравоохранения за счет иных источников;

- централизованный тип управления. Все ресурсы распределяются равномерно, расходы жестко нормированы. Несмотря на наличие в стране единых законов, рекомендаций,

порядков и требований, каждый регион обладает правом введения собственных нормативных правовых актов, в чем выражена некая свобода касательно принятия управленческих решений, что ущемляет интересы одних регионов в пользу других;

- увеличение государственного финансирования здравоохранения. Дефицит кадров, удорожание стоимости лекарственных препаратов и медицинских изделий и оборудования, рост уровня заболеваемости в стране требуют увеличения объемов финансирования, чтобы сохранить объем медицинской помощи на досанкционном уровне.

Высказавшись против возврата к бюджетной модели и за сохранение страховой модели финансирования здравоохранения в России, обязательно следует сделать оговорку. Какая бы система ни была выбрана, необходимо повысить расходы на ее финансирование до 5–6 % от ВВП и решить проблемы кадрового обеспечения отрасли.

Сохраняя страховую модель, необходимо следовать этому на практике, а не только фиксировать в формальных показателях национальных проектов, государственных программ и заданий. В частности, речь идет о создании системы «страхователь – страховщик – медицинская организация – пациент», где будет обеспечено разделение функций финансирования и оказания медпомощи с реальным контролем за финансовыми потоками на основе принципа профессионализма. Реализация принципа «деньги следуют за пациентом» невозможна в отсутствие реального выбора пациентом медицинской организации.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Проведенное исследование показало, что схожие по базовым параметрам модели финансирования систем здравоохранения в различных странах имеют существенные различия. Для России характерно наличие особенностей, которые не позволяют в полной мере копировать на первый взгляд успешный опыт зарубежных стран. В частности, историческое наследие и высокий уровень социальных гарантий при достаточно высокой дифференциации

по уровню доходов как населения, так и отдельных регионов нашей страны заставляют искать собственный путь развития системы здравоохранения и ее финансового обеспечения. Россия весомо уступает Франции, Германии, Великобритании, США и Канаде в оказании качественной медицинской помощи, о чем свидетельствует высокий уровень смертности, низкий всеобщий охват услугами здравоохранения, а также индекс оценки здравоохранения. Анализ сильных и слабых сторон трех

моделей (частной, бюджетной и страховой) позволил сформулировать вывод о необходимости сохранения в России страховой модели финансирования здравоохранения с безусловным участием бюджетной системы. При отсутствии возможностикратно повысить бюджетные расходы в среднесрочной перспективе необходимо сконцентрировать внимание на повышении эффективности разделения функций финансирования и оказания медицинской помощи в страховой модели.

Список источников

1. Лях А. П., Сюпова М. С. Современные модели финансирования здравоохранения // Ученые заметки ТОГУ. 2015. Т. 6, № 3. С. 181–185.
2. Омеляновский В. В., Максимова Л. В., Татарinov А. П. Зарубежный опыт: модели финансирования и организации систем здравоохранения // Финансовый журнал. 2014. № 3. С. 22–34.
3. Health spending. URL: <https://data.oecd.org/healthres/health-spending.htm> (дата обращения: 11.03.2024).
4. Saltman R. B., Busse R., Figueras J. Social health insurance systems in Western Europe. Maidenhead, Open University Press. URL: https://eurohealthobservatory.who.int/docs/librariesprovider3/studies---external/social-health-insurance-systems-western-europe.pdf?sfvrsn=75c3f889_3&download=true (дата обращения: 11.03.2024).
5. Индекс охвата услугами БОУЗ. URL: <https://data.who.int/ru/indicators/i/3805B1E/9A706FD> (дата обращения: 11.03.2024).
6. Health Care Index by Country 2024. URL: https://www.numbeo.com/health-care/rankings_by_country.jsp (дата обращения: 11.03.2024).
7. Список стран по уровню смертности. URL: <https://nonews.co/directory/lists/countries/death> (дата обращения: 11.03.2024).
8. Рейтинг стран мира по уровню продолжительности жизни. URL: <https://gtmarket.ru/ratings/life-expectancy-index> (дата обращения: 11.03.2024).
9. Росстат зафиксировал рост концентрации доходов в 2023 году. URL: <https://www.rbc.ru/economics/28/02/2024/65df5d439a7947e6b3fe84e3?from=copy> (дата обращения: 11.03.2024).
10. Улумбекова Г. Э., Гинойн А. Б., Калашникова А. В. и др. Финансирование здравоохранения в России (2021–2024 гг.). Факты и предложения // ОПГЗДРАВ: новости, мнения, обучение. Вестник ВШОУЗ. 2019. Т. 5, № 4. С. 4–19. <https://doi.org/10.24411/2411-8621-2019-14001>.

Информация об авторах

Г. Е. Каратаева – доктор экономических наук, профессор.

Е. А. Мирошниченко – магистрант.

References

1. Lyakh A. P., Syupova M. S. Contemporary models of health care financing. *Electronic scientific journal "Scientists notes PNU"*. 2015;6(3):181–185. (In Russ.).
2. Omelyanovsky V. V., Maximova L. V., Tatarinov A. P. International Experience of Funding and Organization of Healthcare Systems. *Financial Journal*. 2014;(3):22–34. (In Russ.).
3. Health spending. URL: <https://data.oecd.org/healthres/health-spending.htm> (accessed: 11.03.2024).
4. Saltman R. B., Busse R., Figueras J. Social health insurance systems in Western Europe. Maidenhead, Open University Press. URL: https://eurohealthobservatory.who.int/docs/librariesprovider3/studies---external/social-health-insurance-systems-western-europe.pdf?sfvrsn=75c3f889_3&download=true (accessed: 11.03.2024).
5. UHC service coverage index. URL: <https://data.who.int/ru/indicators/i/3805B1E/9A706FD> (accessed: 11.03.2024). (In Russ.).
6. Health Care Index by Country 2024. URL: https://www.numbeo.com/health-care/rankings_by_country.jsp (accessed: 11.03.2024).
7. Spisok stran po urovnyu smertnosti. URL: <https://nonews.co/directory/lists/countries/death> (accessed: 11.03.2024). (In Russ.).
8. Reyting stran mira po urovnyu prodolzhitel'nosti zhizni. URL: <https://gtmarket.ru/ratings/life-expectancy-index> (accessed: 11.03.2024). (In Russ.).
9. Rosstat zafiksiroval rost kontsentratsii dokhodov v 2023 godu. URL: <https://www.rbc.ru/economics/28/02/2024/65df5d439a7947e6b3fe84e3?from=copy> (accessed: 11.03.2024). (In Russ.).
10. Ulumbekova G. E., Ginoyan A. B., Kalashnikova A. V. et al. Healthcare financing in Russia (2021–2024). Facts and suggestions. *Healthcare management: News, Views, Education. Bulletin of VSHOUZ*. 2019;5(4):4–19. <https://doi.org/10.24411/2411-8621-2019-14001>. (In Russ.).

About the authors

G. E. Karataeva – Doctor of Sciences (Economics), Professor.

E. A. Miroshnichenko – Master's Degree Student.