

УДК 351.778
DOI: 10.26435/UC.V0I2(35).508

Е.А. Шумаева¹, В.И. Гринчук²

¹ГОУ ВПО «Донецкий национальный технический университет», Донецк

²Министерство здравоохранения Донецкой Народной Республики

АНАЛИЗ ЗАРУБЕЖНЫХ СИСТЕМ ГОСУДАРСТВЕННОГО ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

Обеспечение охраны здоровья населения и медицинское страхование являются важнейшими компонентами социальной политики европейских государств. В большинстве стран основным источником финансирования здравоохранения являются взносы на обязательное медицинское страхование, отчисляемые на паритетной основе наемными работниками и работодателями. Роль медицинского страхования как важного элемента социальной защиты в части охраны здоровья населения определяется условиями финансирования отрасли здравоохранения, которое в целом зависит от качества предоставляемых медицинских услуг. В связи с этим возникает необходимость рассмотрения функционирования медицинского страхования в зарубежных странах с целью повышения качества предоставляемых страховых услуг на рынке медицинского страхования и обеспечения эффективного развития и финансирования отрасли здравоохранения для получения необходимой медицинской помощи в случае заболевания.

ЦЕЛЬ РАБОТЫ

Проанализировать зарубежные системы обязательного медицинского страхования для выявления универсальных особенностей формирования эффективной системы финансирования здравоохранения.

Вопросам исследования зарубежных систем государственного обязательного медицинского страхования посвящены труды таких авторов, как В.В. Омеляновский, Л.В. Максимова, А.П. Татаринев, Н.З. Мачуга, В.В. Антропов, А.Е. Антонова, А.В. Рагозин, С.В. Шишкин и др. А.Е. Антонова рассматривает основные особенности систем обязательного медицинского страхования США, Германии, Франции и Нидерландов. В.В. Омеляновский, Л.В. Максимова, А.П. Татаринев в своих трудах особое внимание уделяют изучению ключевых параметров моделей здравоохранения таких ведущих стран, как: Франция, Великобритания, Германия, США

и Канада. Основными методами обработки информации, которые использованы в статье, являются методы синтеза и анализа; графически-аналитический метод при анализе основных показателей, характеризующих соотношение экономического развития страны и общих (государственных и частных) расходов на здравоохранение.

Система здравоохранения представляет собой совокупность всех институтов, организаций и ресурсов, которые нацелены на улучшение здоровья. Для функционирования системы здравоохранения необходимыми составляющими являются финансовые средства, кадровые ресурсы, информация, материалы и оборудование, коммуникации, транспорт, а также всеобщее руководство и управление. В рамках системы здравоохранения должны оказываться услуги, которые справедливы с финансовой точки зрения и чутко реагируют на потребности людей, при уважительном отношении к ним. Политическое руководство всех стран в сфере эффективного улучшения системы здравоохранения главной задачей считает обеспечение сбалансированного финансирования здравоохранения при соблюдении конституционных прав граждан в условиях ограниченных финансовых ресурсов.

Существуют четыре основных источника финансирования систем здравоохранения:

- средства за счет налогообложения;
- взносы в систему социального страхования;
- взносы на добровольное медицинское страхование;
- прямые платежи населения.

К обязательным, регулируемым (установленным) законодательными актами стран можно отнести первые два источника; в то же время

последние два источника являются добровольными, решения по которым принимают непосредственно сами граждане.

Многие системы здравоохранения основываются на сочетании всех этих источников финансирования. И все же эксперты Всемирной организации здравоохранения Р. В. Салтман и Дж. Фигейрас выделяют пять видов, сгруппированных по признаку преобладающего вида законодательно установленного механизма финансирования системы здравоохранения, среди них:

1. Системы здравоохранения, основанные на модели Бисмарка (т. е. преимущественно на медицинском страховании), в основе которых уже сформированы системы финансирования.

2. Системы здравоохранения, основанные на модели Бисмарка, но находящиеся в переходной стадии, т. е. система финансирования еще не сформирована.

3. Системы здравоохранения, основанные на модели Бевериджа (т. е. преимущественно на общем бюджетном источнике) с уже сформированной системой финансирования.

4. Системы здравоохранения, которые относительно недавно преобразовываются из преимущественно страховых в бюджетные, что является для них переходным этапом.

5. Системы здравоохранения, которые исторически основаны на модели Семашко, полностью или частично осуществившие переход на страховые принципы [1, с.20-21].

В условиях трансформации социальной защиты медицинское страхование представляет собой выражение интересов большого количества населения и государства, главной целью которого является гарантия получения медицинской помощи населением и финансирование профилактических мероприятий при возникновении страхового случая; в то же время в первую очередь оно призвано обеспечить социальную защиту, тем самым существенно влияя на уровень материального обеспечения и благосостояние граждан.

По формам медицинское страхование делится на обязательное медицинское страхование (далее – ОМС) и добровольное медицинское страхование (далее – ДМС), различия между которыми базируются на закреплении определенных их особенностей в нормативно-правовых актах.

Целью обязательного медицинского страхования является капитализация и аккумулирование страховых взносов, предоставление медицинской помощи всем категориям граждан за счет собранных средств в гарантированных размерах и на условиях, законодательно установленных. В основу ОМС закладываются програм-

мы обязательного медицинского обслуживания, которые охватывают минимальный перечень медицинских услуг, гарантированный каждому застрахованному гражданину, и определяют объемы и условия оказания лечебной и медицинской помощи населению.

Добровольное медицинское страхование является дополнением к системе обязательного медицинского страхования, обеспечивающим гражданам возможность получения медицинских услуг сверх гарантированных в рамках государственной бюджетной медицины или установленных в программах ОМС. Целью ДМС является создание экономической заинтересованности государства и работодателей в укреплении здоровья населения. Главным принципом управления процессом оказания медицинских услуг в ДМС является принцип экономической выгоды для всех его участников, что обеспечивает «саморегулирование» в системе взаимодействия между субъектами данного рынка [2, с.2121-2222].

Нами проведен сравнительный анализ национальных систем здравоохранения и реализации медицинского страхования в таких странах, как Франция, Германия и Великобритания.

Систему здравоохранения во Франции в целом можно охарактеризовать как смешанную, основанную на фундаментальных принципах. Ориентиром выступает бисмаркская модель, которая предусматривает режимы социального обеспечения, связанные с профессиональной деятельностью, однако существуют также элементы бевериджской модели, в основе которой лежит идея индивидуального права на социальное обеспечение, направленная на покрытие рисков здоровья. Система здравоохранения характеризуется смешанным предложением услуг здравоохранения со стороны как государственных, так и частных поставщиков, в том числе в больничном секторе. Для пациентов существует неограниченное предложение медицинских услуг, а также полная свобода доступа к ним (свободный выбор врача общей практики, прямой доступ к врачам-специалистам).

Французскую систему здравоохранения можно считать ярким примером социально-страховой модели, которая характеризуется тем, что она финансируется на 50 % из средств социального медицинского страхования, на 20 % – из средств частного медицинского страхования, на 20 % – из личных средств граждан, в то же время государственный бюджет покрывает лишь 10 % всех расходов. Форма управления системой здравоохранения является децентрализованной, региональные органы здравоохранения ответственны за организацию амбулаторной и

стационарной помощи как в частных, так и в государственных лечебно-профилактических учреждениях [3, с.28].

Во Франции частная модель страхования носит обязательный характер, ее реализация происходит путем сбора взносов в государственную страховую организацию, которая возмещает пациентам их расходы на медицинскую помощь. Французская модель медицинского страхования характеризуется эффективной интеграцией со всей системой социального страхования, где, кроме обязательного государственного страхования, существует сеть дополнительного страхования и местные фонды социальной помощи. Обязательное страхование связано с тем, что врачи и медицинские учреждения отделены от получателя медицинских услуг и работают с ним по договорам [4, с.55-56].

Система обязательного медицинского страхования Франции представлена наличием у каждого гражданина специальной карточки Carte Vitale, с помощью которой он может расплачиваться за медицинские услуги. Однако данная карта покрывает лишь 75% расходов, а в случае визита к узкоспециализированному врачу – лишь 30% стоимости визита. Максимальное покрытие существует только при несчастных случаях на производстве, а также эта привилегия действует относительно представителей незащищенных слоев населения [5, с.168-169].

В то же время во Франции вот уже 25 лет правительство пытается оптимизировать расходы системы страхования по болезни. Увеличение государственных расходов на здравоохранение имеет структурные причины (технологический прогресс, старение населения), а также такие особенности системы здравоохранения, как свободный доступ к врачам и возмещение стоимости лечения. Все это не позволяет снизить расходы на систему здравоохранения, несмотря на предпринятые правительством меры по внедрению талона долевого оплаты, введению координированного маршрута лечения, нормированию количества выпускников медицинских вузов и т.д. Тем не менее приоритетом правительства является сохранение доступа пациентов к качественным медицинским услугам.

Таким образом, система здравоохранения во Франции работает успешно, это подтверждается тем, что именно в этой стране Европы самый высокий уровень средней продолжительности жизни. Также их система здравоохранения предоставляет французам равные возможности в получении качественных медицинских услуг как в государственных учреждениях, так и в частных.

Систему здравоохранения Германии можно считать примером социально-страховой модели (модели Бисмарка). Система обязательного медицинского страхования Германии проявляется только через больничные кассы (Krankenkasse). Начиная с 1996 г. у застрахованных лиц имеется возможность свободного выбора больничных касс, а также смены больничной кассы после 18-месячного срока контракта. В 2007 г. была проведена реформа здравоохранения и принят закон об обязательном медицинском страховании, который запретил населению жить в стране без страховки. По законам страны частным медицинским страхованием могут пользоваться только лица с доходами, превышающими 50 тыс. евро в год. Все остальные граждане в обязательном порядке должны быть охвачены социальным медицинским страхованием. [3, с.25-26].

В Германии установлена определенная сумма средней годовой заработной платы, при получении которой гражданин имеет право решать, нужна ли ему страховка, а также выбирать между частной и государственной. Поэтому государство каждый год увеличивает эту сумму, чтобы как можно больше граждан обязать выплачивать в кассы 7,5-8 % своего годового дохода. Таким образом, из общественных источников покрывается 75 % всех расходов на здравоохранение. Стоит отметить, что основная страховка покрывает 95% предоставляемых услуг. Как и во многих странах со схожей системой медицинского страхования, такая страховка не покрывает визиты к узконаправленным врачам (например, к стоматологу), но некоторые больничные кассы в свою очередь предлагают различные пакеты услуг, подходящие тем или иным гражданам [5, с.169].

Для Германии характерной особенностью является то, что страховщик, имея договоры с медицинскими учреждениями, обеспечивает застрахованному лицу бесплатную медицинскую помощь или частичную ее оплату. Немецкая система гарантирует равный доступ к медицинским услугам всему населению за счет ее полной оплаты в форме страхового возмещения. Представители частной медицинской практики предоставляют высокопрофессиональные медицинские услуги, а уровень затрат регулируется более плавно, чем в большинстве развитых стран [4, с.56].

Таким образом, для Германии характерны разделение полномочий между федеральным правительством и правительствами земель и высокая децентрализация управления здравоохранением. Рынок медицинских услуг высоко развит, государственное медицинское страхова-

ние играет ведущую роль. Медицинская помощь оказывается учреждениями различных типов собственности с преобладанием частных некоммерческих медицинских учреждений и частными врачами.

Систему здравоохранения Великобритании можно считать наиболее ярким примером бюджетной модели, основанной на модели Семашко с элементами модели Бевериджа, так как только лишь 15 % всех расходов на здравоохранение являются частными, а остальные 85 % покрываются за счет государства. При этом формой управления здравоохранением считают централизованную: в государственном бюджете денежные средства аккумулируются, потом они передаются в саморегулирующиеся организации, которые непосредственно занимаются управлением финансирования медицинских учреждений. Все население охвачено бесплатной медицинской помощью, соплатежи за медицинские услуги практически отсутствуют.

В большей степени медицинские услуги оказываются государственными медицинскими учреждениями, однако первичную медицинскую помощь чаще всего оказывают частнопрактикующие семейные врачи. Уровни возмещения и тарифы медицинских услуг находятся в веде-

нии трастов по оказанию первичной медицинской помощи [3, с.26-27]. Все работники в Великобритании подлежат обязательному страхованию здоровья (за исключением замужних женщин, которые могут присоединиться к страхованию добровольно). При этом денежные пособия по временной нетрудоспособности в связи с болезнью частично финансируются из суммы страховых взносов, которая зависит от величины дохода работника. Оплата самих медицинских услуг производится за счет пациента [4, с.56].

Таким образом, основными характеристиками системы здравоохранения Великобритании являются всеобщий охват населения услугами здравоохранения, финансирование из государственного бюджета, управление правительственными органами и контроль со стороны парламента. Большая экономичность данной системы проявляется в более низком уровне административных издержек. Это обусловлено тем, что государство может сдерживать рост расходов на здравоохранение с помощью макроэкономических рычагов. Кроме того, стимулы к сдерживанию расходов и способность это делать объединены в одном управляющем органе, что исключает дублирование функций и позволяет сберечь средства.

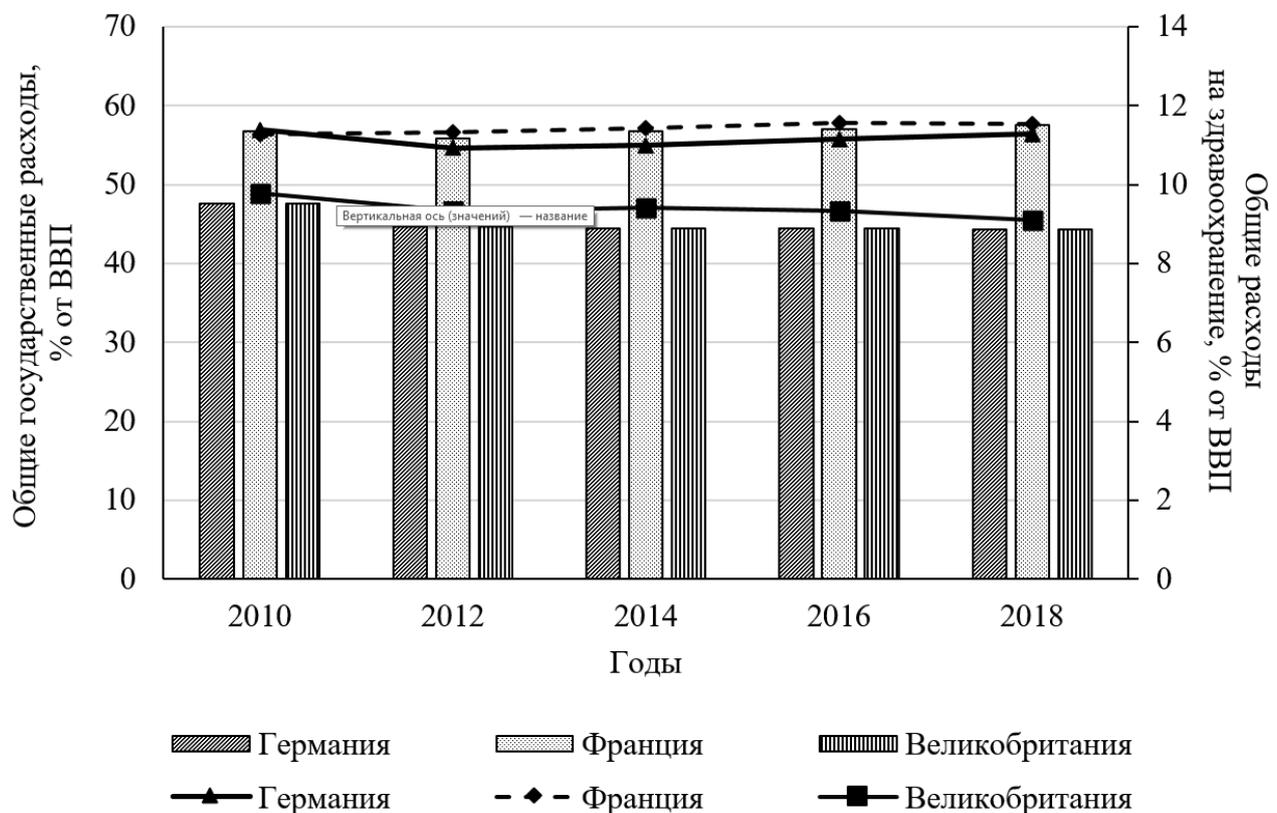


Рис. 1. Динамика общих государственных расходов и общих расходов на здравоохранение в Германии, Франции и Великобритании, 2010-2018 гг., % от ВВП (составлено авторами по данным [6, 7])

Любому государству необходимо четко определить свои обязательства в сфере оказания медицинских услуг, исходя из потребностей населения, приоритетов социально-экономической политики и возможностей реального финансирования сферы здравоохранения (как за счет взносов в фонд обязательного страхования, так и за счет средств бюджета). Если государство берет на себя завышенные обязательства, то это чревато как чрезмерной нагрузкой на государственный бюджет и работодателей, а следовательно, на экономику в целом, так и распространением неофициальных схем оплаты пациентами якобы бесплатных медицинских услуг. Поэтому очень важно четко определиться с составом и объемом гарантированных государством услуг, с составом лиц, на которых эти услуги распространяются, а также с условиями, при которых эти лица могут пользоваться бесплатными услугами.

Для проведения сравнительной характеристики национальных систем здравоохранения и реализации медицинского страхования проанализирована динамика общих государственных расходов и общих расходов на здравоохранение в Германии, Франции и Великобритании за 2010-2018 гг., выраженных в % от ВВП (рис. 1.).

Как видно на рисунке 1, при достаточно стабильном соотношении общих государственных

расходов и процента от ВВП в 2010-2018 гг. динамика общих расходов на здравоохранение имеет различные тенденции. Так, значительные средства в поддержание здоровья населения вкладывает Франция: в среднем за 2010-2018 гг. было затрачено 11,6 % от ВВП, что является одним из самых высоких показателей в Европейском Союзе. Второе место по расходам на здравоохранение занимает Германия – 11,1 % от ВВП; среди анализируемых стран Великобритания расходует меньше всего – 9,4 % от ВВП. Такой объем средств, вложенных в здравоохранение, объясняется особенностями модели обязательного медицинского страхования, используемых анализируемыми странами.

Общие расходы на здравоохранение определяются как сумма трех составляющих: расходы системы социального обеспечения на здравоохранение как часть от общих государственных расходов; платные медицинские услуги, оплачиваемые пациентом; платные медицинские услуги, оплачиваемые через систему медицинского страхования (обязательное и добровольное медицинское страхование). На рисунке 2 представлена динамика ВВП на душу населения и общих расходов на здравоохранение на душу населения за период с 2010 по 2018 год в Германии, Франции и Великобритании.

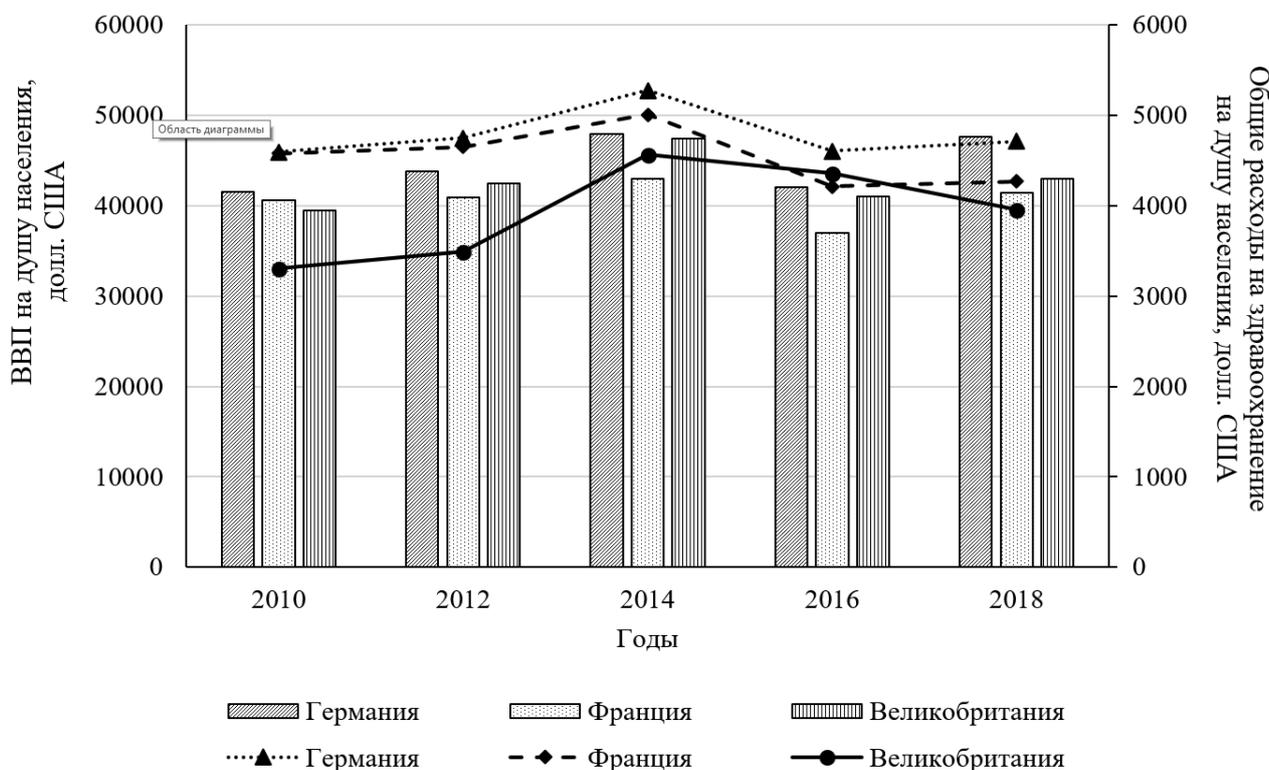


Рис. 2. Динамика ВВП на душу населения и текущих расходов на здравоохранение в Германии, Франции, Великобритании, 2010-2018 гг., долл. США (составлено авторами по данным [8])

Данные, приведенные на рисунке 2, отражают состояние экономики исследуемых стран относительно ее граждан и их общие расходы на здравоохранение, а именно:

– наибольший уровень ВВП на душу населения во всех странах был в 2014 г., в результате выхода из мирового кризиса 2012 г.;

– общие расходы на здравоохранение на душу населения в Германии в 2010 г. составляли 4596,65 долл. США, в 2018 г. – 4714,26 долл. США;

– общие расходы на здравоохранение на душу населения во Франции в 2010 г. составляли 4576,26 долл. США, в 2018 г. – 4263,36 долл. США;

– общие расходы на здравоохранение на душу населения в Великобритании в 2010 г. составляли 3309,33 долл. США, в 2018 г. – 3958,02 долл. США.

Всемирная организация здравоохранения проводит прямую зависимость между общими расходами на здравоохранение (на душу населения) и средней (ожидаемой) продолжительностью жизни. Как правило, ожидаемая продолжительность жизни растет по мере увеличения общих расходов на здравоохранение на душу населения, однако с убывающей прирост-

ной отдачей: наиболее высокие уровни расходов на здравоохранение на душу населения связаны лишь с умеренным ростом ожидаемой продолжительности жизни или с отсутствием такого роста. Кроме того, в ряде стран достигнут высокий уровень ожидаемой продолжительности жизни, несмотря на относительно более низкие расходы на здравоохранение на душу населения. При дальнейшем увеличении общих расходов на здравоохранение средняя (ожидаемая) продолжительность жизни увеличивается более низкими темпами.

Государственные затраты (или затраты в общественном секторе) представляют собой сумму выплат на поддержание, восстановление или укрепление здоровья, произведенных в денежном выражении и в натуральной форме такими государственными органами, как министерство здравоохранения, другие министерства, полугосударственные организации, органы социального страхования (без двойного учета правительственных перечислений в фонды социального страхования и внебюджетные фонды).

Частные затраты включают в себя выплаты страховщиков и третьих сторон, кроме органов социального страхования и других предприятий, оказывающих медико-санитарные

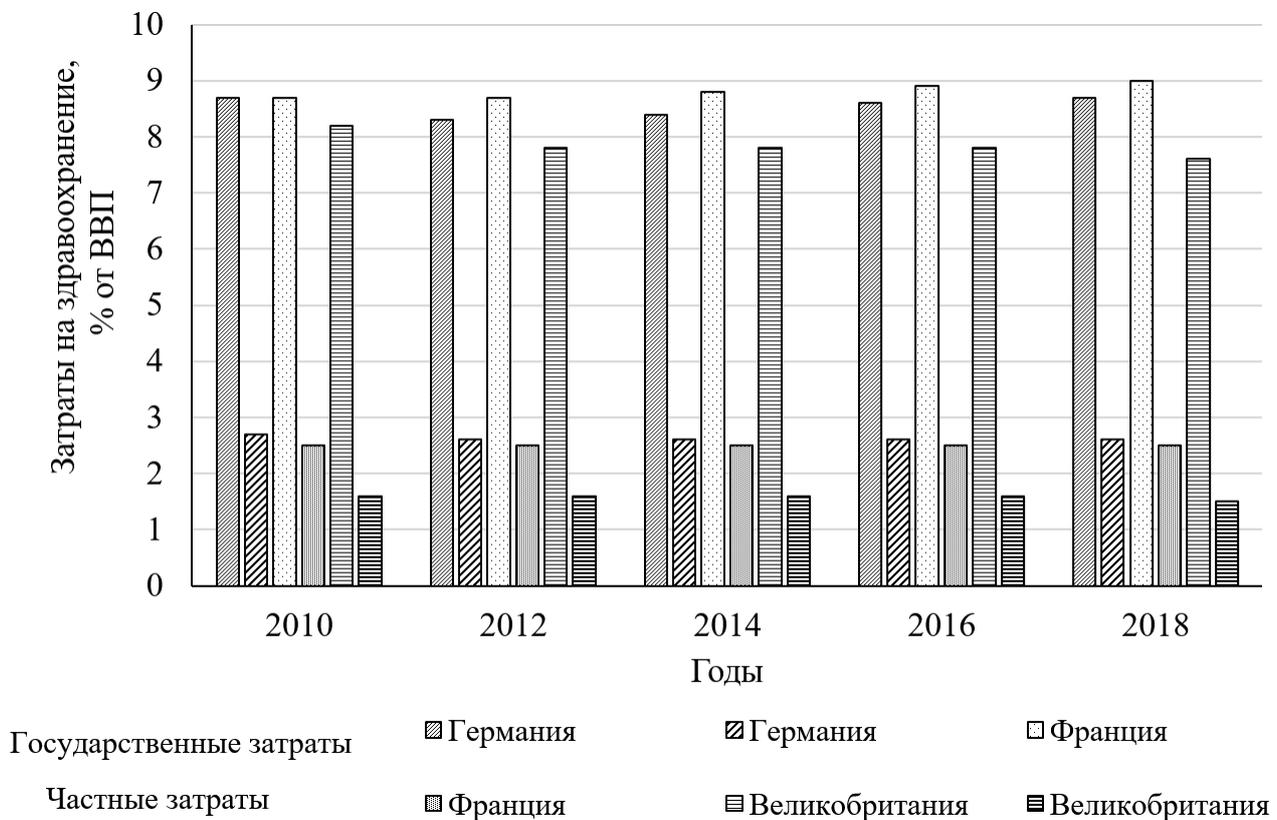


Рис. 3. Динамика государственных и частных затрат на здравоохранения в Германии, Франции, Великобритании, 2010-2018 гг., % от ВВП (составлено авторами по данным [6, 7])

услуги, некоммерческих учреждений, а также медико-санитарную помощь, финансируемую неправительственными организациями (такими как «Красный Крест»), частные инвестиции в медико-санитарные учреждения и прямую оплату семьями.

На рисунке 3 представлена динамика государственных и частных затрат на здравоохранение в Германии, Франции и Великобритании, выраженных в % от ВВП, за 2010-2018 гг.

Соотношение государственных и частных затрат на здравоохранение, несмотря на постоянный рост ВВП, остается практически неизменным в анализируемый период, так,

- уровень государственных затрат в Германии в 2010 г. и в 2018 г. составлял 8,7 % от ВВП, при этом частные затраты на здравоохранение в 2010 г. – 2,7 % от ВВП, в 2018 г. – 2,6 % от ВВП;

- уровень государственных затрат во Франции в 2010 г. составлял 8,7 % от ВВП, в 2018 г. – 9 % от ВВП, при этом частные затраты на здравоохранение в 2010 г. и в 2018 г. составляли 2,5 % от ВВП;

- уровень государственных затрат в Великобритании в 2010 г. составлял 8,2 % от ВВП, в 2018 г. – 7,6 % от ВВП, при этом частные затраты на здравоохранение в 2010 г. составляли 1,6 % от ВВП, в 2018 г. – 1,5 % от ВВП.

Проблема роста стоимости лечения в страховых моделях здравоохранения в анализируемых странах решается по-разному. Так, мерами, способными уменьшить рост расходов на здравоохранение, могут быть:

- снижение количества медицинских услуг, которые гарантируются в рамках обязательного медицинского страхования. Это возможно путем увеличения доли собственных расходов пациентов в оплате медицинской помощи;

- унификация ставок страховых взносов и предоставляемых услуг.

Анализ показывает, что большинство стран применяет смешанные модели финанси-

рования. Почти все страны имеют некоторые формы прямых платежей, иногда называемые соучастием в расходах. Единственным путем снизить зависимость от прямых платежей является поощрение правительством использования подхода, основанного на принципах предоплаты и объединения рисков.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Подводя итог, можно сказать, что любая страна выбирает ту или иную систему медицинского страхования, которую считает для себя наиболее эффективной. Как показал проведенный анализ, в каждой системе есть свои плюсы и минусы: например, во Франции высокий уровень качества медицинских услуг, но при этом государственные расходы – также одни из самых высоких в Европе; в Германии более высокий уровень частных затрат на здравоохранение, при том что в стране запрещено жить без страховки; Великобритания выделяется более экономичным подходом к финансированию здравоохранения, что проявляется в низком уровне административных издержек. Если сравнивать приведенные выше системы здравоохранения, то можно прийти к выводу, что, возможно, лучше переплатить за дорогую страховку, но получить в полном объеме более качественные медицинские услуги. При этом недостаточно просто выплачивать взносы в фонд ОМС и предоставлять пакет медицинских услуг, не следует также забывать о: финансировании со стороны государства, оплате труда и повышении квалификации медицинских работников, улучшении больничных условий, снабжении качественным оборудованием и многом другом. Тогда, возможно, именно такая система медицинского страхования станет лучшей, ведь здравоохранение – это не та сфера, на которой следует экономить.

Е.А. Шумаева¹, В.И. Гринчук²

¹ГОУ ВПО «Донецкий национальный технический университет», Донецк

²Министерство здравоохранения Донецкой Народной Республики

АНАЛИЗ ЗАРУБЕЖНЫХ СИСТЕМ ГОСУДАРСТВЕННОГО ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

В статье исследованы системы государственного обязательного медицинского страхования в Германии, Франции и Великобритании с учетом особенностей построения национальных систем здравоохранения. Авторами проанализированы основные показатели, характеризующие соотношение экономиче-

ского развития страны и общих (государственных и частных) расходов на здравоохранение.

Ключевые слова: государственное обязательное медицинское страхование, система здравоохранения, добровольное медицинское страхование, государственные расходы на здравоохранение.

E.A. Shumaeva¹, V.I. Grinchuk²

¹SEO HPE «Donetsk National Technical University», Donetsk

²Ministry of Health of Donetsk People's Republic

ANALYSIS OF FOREIGN SYSTEMS OF STATE COMPULSORY MEDICAL INSURANCE

The article examines the system of state compulsory medical insurance in Germany, France and the United Kingdom, taking into account the peculiarities of building national health systems. The authors analyzed the main indicators that characterize the ratio of econom-

ic development of the country to general (public and private) spending on health care.

Key words: state compulsory medical insurance, health system, voluntary medical insurance, government spending on health care.

ЛИТЕРАТУРА

1. Лукьянцева Д.В., Татаринов А.П., Мельникова Л.С. Финансирование систем здравоохранения: международный опыт. Медицинские технологии. Оценка и выбор. 2017; 2: 20-29.
2. Мартов С.Н. Проблемы развития обязательного медицинского страхования в Российской Федерации. Финансы и кредит. 2018; 24 (9): 2120-2136.
3. Омеляновский В.В., Максимова Л.В., Татаринов А.П. Зарубежный опыт: модели финансирования и организации систем здравоохранения. Финансовый журнал. 2014; 3: 22-34.
4. Воронин С.А., Мухитдинов З.Д. Зарубежный опыт развития медицинского страхования и возможности его использования в Республике Узбекистан. Экономика и финансы. 2016. 11: 53-60.
5. Антонова А.Е. Особенности системы медицинского страхования за рубежом. Территория науки. 2018; 1: 165-171.
6. Государственные затраты на здравоохранение: ВВП на душу населения, оценка Всемирной организации здравоохранения. URL: https://gateway.euro.who.int/indicators/hfa_571-6722-public-expenditure-on-health-ppp-per-capita-who-estimates
7. Расходы на здравоохранение: ВВП на душу населения, оценка Всемирной организации здравоохранения. URL: https://gateway.euro.who.int/indicators/h2020_30-health-expenditures/visualizations/#id=17098&tab=table
8. Показатели роста экономики, оценка Всемирного банка. URL: <https://data.worldbank.org/topic/economy-and-growth?view=chart>

REFERENCES

1. Luk'yantseva D.V., Tatarinov A.P., Mel'nikova L.S. Financing health systems: international experience. Meditsinskie tekhnologii. Otsenka i vybor. 2017; 2: 20-29 (in Russian).
2. Martov S.N. Problems of development of compulsory medical insurance in the Russian Federation. Finansy i kredit. 2018; 24 (9): 2120-2136 (in Russian).
3. Omel'yanovskii V.V., Maksimova L.V., Tatarinov A.P. Foreign experience: models of financing and organization of health systems.. Finansovyi zhurnal. 2014; 3: 22-34 (in Russian).
4. Voronin S.A., Mukhitdinov Z.D. Foreign experience in the development of medical insurance and the possibility of its use in the Republic of Uzbekistan. Ekonomika i finansy. 2016. 11: 53-60 (in Russian).
5. Antonova A.E. Features of the medical insurance system abroad. Territoriya nauki. 2018; 1: 165-171 (in Russian).
6. Public expenditure on health: GDP per capita, estimate World health organization. URL: https://gateway.euro.who.int/indicators/hfa_571-6722-public-expenditure-on-health-ppp-per-capita-who-estimates (in Russian).
7. Health expenditure: GDP per capita, estimate World health organization. URL: https://gateway.euro.who.int/indicators/h2020_30-health-expenditures/visualizations/#id=17098&tab=table (in Russian).
8. Economic growth indicators, assessment World Bank. URL: <https://data.worldbank.org/topic/economy-and-growth?view=chart>