

Липсман Леонид Ильич

Санкт-Петербургский государственный экономический университет (СПБГЭУ)

**Анализ моделей финансирования систем здравоохранения и их
применяемость для России**

Аннотация. Для любой страны выбор оптимальной модели здравоохранения имеет решающую роль для обеспечения населения доступной медициной и эффективного использования имеющихся ресурсов. В мире насчитывается множество различных моделей здравоохранения, но основными являются бюджетная, страховая и частная. В России с 1991 года действует смешанная модель здравоохранения, представляющая собой сочетание бюджетной и страховой модели. В статье рассматриваются модели здравоохранения в разных странах, таких как США, Германия, Франция, Великобритания, Италии, производится анализ их преимуществ и недостатков. Также проведен анализ действующей программы государственных гарантий с описанием затрат и новшеств, а также модели здравоохранения в России, была рассмотрена применяемости моделей других стран к России, сделаны выводы и предложены необходимые реформы для развития системы здравоохранения.

Ключевые слова: модели финансирования здравоохранения, источники финансирования здравоохранения, особенности организации системы здравоохранения, реформирование здравоохранения

Lipsman Leonid Ilyich

Saint Petersburg State University of Economics (UNECON)

Analysis of financing models of healthcare systems and their applicability to Russia

Annotation. Choosing the optimal healthcare model is crucial for any country for providing the population with affordable medicine and effective use of available resources. There are many different models of healthcare in the world, but the main ones are budgetary, insurance and private. A mixed healthcare model has been operating in Russia since 1991, which is a combination of a budget and insurance model. The article examines healthcare models in different countries, such as the USA, Germany, France, Great Britain, and Italy, and analyzes their advantages and disadvantages. The analysis of the current state guarantee program with a description of costs and innovations, as well as the healthcare model in Russia, was also carried out, the applicability of models from other countries to Russia was considered, conclusions were drawn and necessary reforms for the development of the healthcare system were proposed.

Keywords: models of healthcare financing, analysis of healthcare models, features of the organization of the healthcare system, healthcare reforms

Системы здравоохранения во всём мире переживают период беспрецедентного давления. Старение населения, рост распространённости хронических заболеваний, быстрый технологический прогресс в медицине, а также долгосрочные последствия пандемии COVID-19 приводят к устойчивому увеличению расходов на здравоохранение.

Для эффективного функционирования системы здравоохранения страны необходимо выбрать оптимальную модель финансирования, при которой будет происходить справедливое распределение средств. По этой причине требуется проанализировать существующие в мире модели финансирования систем здравоохранения. В области разработки и оптимизации моделей финансирования и организации

здравоохранения накоплен значительный международный опыт, где ведущие страны постоянно стремятся повысить эффективность системы здравоохранения. Это достигается путём устранения дублирования расходов и расширения доступа к бесплатной медицинской помощи, происходит оптимизация источников расходов и методологии распределения средств. В настоящий момент не существует универсальной модели здравоохранения, но анализ параметров действующих моделей с учётом их преимуществ и недостатков и обобщение опыта прочих стран может быть использовано при реформировании и оптимизации действующей модели здравоохранения в Российской Федерации.

В настоящий момент можно выделить три основных системы здравоохранения в мире: бюджетная, страховая и частная [10]. Бюджетная модель здравоохранения (Семашко-Бевеиджа), в которой государство выступает основным организатором системы, осуществляя ей финансовое обеспечение, гарантирует населению доступ к медицинским услугам преимущественно на безвозмездной основе за счёт налоговых поступлений, но с допущением ограниченного участия частного сектора в виде дополнительного страхования или минимальных соплатежей, остаётся одной из наиболее распространённых в мире, особенно в странах с развитой социальной политикой [4]. В этой системе, отличающейся высокой степенью централизации управления, государство одновременно выполняет функции покупателя и представителя услуг, что позволяет грамотно контролировать расходы, устанавливать стандарты качества через аккредитацию учреждений и лицензирование специалистов, а также обеспечивать покрытие более 80 % всех затрат на здравоохранение из общественных источников, в результате чего совокупные расходы на здравоохранение в странах с такой моделью в последние годы составляют обычно 9-12 % от валового внутреннего продукта.

Необходимо отметить, что при бюджетной модели медицинская помощь предоставляется через сеть преимущественно государственных лечебных учреждений, хотя первичная помощь часто оказывается врачами, работающими по контракту с государством. Рынок частных услуг при такой модели играет второстепенную роль, дополняя базовый гарантированный объём, при этом уровень соплатежей остаётся низким, что способствует равному доступу для всех граждан независимо от дохода. В современных условиях, когда совокупные расходы на здравоохранение в странах ОЭСР достигли в среднем 9,3 % ВВП в 2024 году, бюджетная модель демонстрирует относительно высокую эффективность в решении стратегических задач, таких как профилактика и борьба с эпидемиями, поскольку централизованное планирование позволяет рационально распределять ресурсы и избегать дублирования затрат [5].

Наиболее ярким примером реализации бюджетной модели служит Великобритания, где Национальная служба здравоохранения (NHS), финансируемая из общего налогообложения, в 2024 году обеспечила расходы на здравоохранение в объёме 11,1 % ВВП, при этом общественные источники покрывают около 80-85 % всех затрат, а население бесплатно получает доступ к большинству услуг с минимальными соплатежами только за отдельные рецептурные препараты [14]. Аналогичные черты наблюдаются в Швеции и Дании, где децентрализованное на региональном уровне, но всё же государственное управление системой приводит к тому, что общественные расходы превышают 80 % от общих, а универсальный охват сочетается с акцентом на профилактику, что способствует высоким показателям продолжительности жизни при умеренных совокупных затратах. В Испании и Италии, также придерживающихся бюджетной модели с элементами региональной автономии, государство гарантирует бесплатную помощь через публичные учреждения, хотя растущие расходы - около 10-11 % ВВП в последние годы - отражают давление демографического старения, вынуждающее вводить дополнительные механизмы контроля за эффективностью.

Сильными факторами этой модели можно признать устойчивость к экономическим колебаниям из-за доминирования общественных источников, широкий охват населения

бесплатными услугами, что минимизирует социальное неравенство в доступе к медицине, а также способность оперативно решать крупные общественные проблемы здравоохранения, такие как вакцинация или реагирование на пандемии. Вместе с тем, зависимость от состояния государственного бюджета может вызывать дефицит ресурсов в периоды экономического спада, приводя к очередям на специализированную помощь, а монополия государственных учреждений иногда снижает стимулы к инновациям и повышению качества сервиса, хотя профессиональные организации и механизмы аккредитации частично компенсируют эти недостатки. В целом, бюджетная модель, меняясь под влиянием современных вызовов, сохраняет актуальность для стран, которые стремятся к социальной справедливости в здравоохранении при контролируемых расходах.

Вторая моделью здравоохранения, часто называемая как социально-страховая или модель Бисмарка, сочетает в себе принципы обязательного медицинского страхования с элементами рыночной конкуренции и государственным регулированием. В этой системе средства аккумулируются в страховых фондах, которые распределяют их медицинским учреждениям, а пациенты имеют свободу выбора страховщика и представителя услуг. Государство покрывает значительную часть затрат, обычно более 75 % всех расходов на здравоохранение из общественных источников [15]. Совокупные расходы в странах с такой моделью в последние годы достигают 10–13 % от валового внутреннего продукта. При этом активно применяются соплатежи граждан, а управление системой отличается децентрализацией благодаря множеству страховых организаций.

Страховые фонды - чаще некоммерческие, но иногда и коммерческие - играют ключевую роль в распределении ресурсов. Они заключают договоры с медицинскими учреждениями различных форм собственности, где преобладают частные некоммерческие организации и независимые врачи. Это стимулирует конкуренцию, повышает качество услуг и следует принципу «деньги за пациентом». Государство регулирует тарифы, перечни гарантированных услуг и деятельность фондов, но не выступает прямым провайдером в такой степени, как в бюджетной модели. В результате пациенты получают широкий выбор, а система демонстрирует гибкость в аккумулировании средств, меньше завися от бюджетных колебаний.

В современных условиях, по данным ОЭСР за 2024 год, страны со страховой моделью сохраняют высокие расходы при почти универсальном охвате населения. Общественные источники финансирования обеспечивают основную долю затрат, а частное дополнительное страхование и соплатежи помогают покрывать дополнительные услуги.

Наилучшим примером остается Германия, где обязательное медицинское страхование через больничные кассы охватывает около 90 % населения, а в 2024 году совокупные расходы на здравоохранение составили около 12,5 % ВВП, из которых общественные источники покрыли более 77 %. Пациенты свободно выбирают кассу и провайдера, а оплата услуг в стационарах часто идет по клинко-статистическим группам [13].

Во Франции система также опирается на фонды всеобщего страхования с децентрализованным управлением, расходы достигли примерно 12 % ВВП в последние годы, при этом общественное финансирование превышает 78 %, а соплатежи и дополнительное страхование играют заметную роль в покрытии амбулаторных услуг [11].

Аналогичный подход применяют в Нидерландах и Швейцарии, где регулируемая конкуренция между страховщиками сочетается с обязательным покрытием базового пакета, что приводит к расходам около 11–12 % ВВП и высокому удовлетворению пациентов качеством и доступностью [9].

Сильные стороны данной модели заключаются в четком разделении функций финансирования и оказания услуг, что снижает конфликт интересов. Конкурентные механизмы повышают качество предоставляемых услуг, а принцип свободы выбора мотивирует представителей услуг. Система более устойчива к экономическим спадам

благодаря разнообразию источников и обеспечивает структурированное распределение средств.

Вместе с тем расходы здесь обычно выше, чем в бюджетной модели, а при недостаточном регулировании могут возникать очереди на некоторые услуги или неравенство в дополнительном покрытии. В целом страховая модель подходит странам, стремящимся к балансу между социальной защитой и рыночной эффективностью, эволюционируя под влиянием демографических и технологических вызовов.

Третья модель - это частная модель здравоохранения, при которой медицинские услуги предоставляются преимущественно на платной основе за счёт добровольного страхования и личных средств граждан, а государство берёт на себя лишь ограниченные обязательства по поддержке социально уязвимых групп, отличается доминирующей ролью рынка и высокой конкуренцией среди провайдеров. В этой системе более 50 % всех затрат на здравоохранение покрывается частными источниками, что приводит к совокупным расходам, значительно превышающим показатели других моделей - в ведущих странах они достигают 17–18 % от валового внутреннего продукта в последние годы. Управление остаётся децентрализованным, с множеством коммерческих страховых компаний и учреждений различных форм собственности, где преобладают частные клиники и независимые врачи, хотя государство регулирует доступ к технологиям и защищает конкуренцию.

Характерно, что отсутствие единой национальной системы обязательного страхования делает доступ к услугам, зависимым от платёжеспособности, а оплата часто сочетает плату за услугу, клиничко-статистические группы и подушевые принципы. Это стимулирует инновации и высокое качество для застрахованных пациентов, но приводит к фрагментарности покрытия и значительным личным расходам. В современных условиях, по данным ОЭСР за 2024–2025 годы, такие системы демонстрируют самые высокие подушевые затраты, однако показатели здоровья населения не всегда пропорциональны вложенным средствам из-за неравенства в доступе.

Наиболее ярким и практически единственным среди развитых стран примером частной модели остаются Соединённые Штаты Америки, где в 2024 году совокупные расходы на здравоохранение составили около 17–18 % ВВП, при этом общественные источники (программы Medicare и Medicaid) покрыли примерно половину затрат, а остальное легло на частное страхование и прямые платежи граждан. Миллионы людей остаются без полного покрытия, хотя реформы расширили охват, а рынок обеспечивает отсутствие очередей и быстрый доступ к передовым технологиям для тех, кто может оплатить услуги [6].

Элементы частной модели присутствуют в смешанных системах некоторых стран, таких как Швейцария, где обязательное частное страхование сочетается с высокими личными соплатежами и расходами около 12 % ВВП, или в развивающихся государствах с минимальным государственным участием, но чистая рыночная доминанта характерна именно для США.

Сильные стороны этой модели проявляются в широком выборе услуг, отсутствии очередей на лечение, акценте на качестве и защите прав пациентов, а также в высоких доходах медицинских работников, что привлекает таланты и способствует инновациям. Вместе с тем высокая стоимость услуг часто приводит к перерасходу ресурсов без достаточных медицинских показаний, значительная часть населения сталкивается с ограниченным доступом, а общие затраты остаются непропорционально высокими по сравнению с достигнутыми индикаторами здоровья. В целом частная модель подходит для обществ с высоким уровнем доходов, где рынок стимулирует эффективность, но требует строгого регулирования для снижения неравенства, эволюционируя под давлением демографических изменений и роста затрат.

Изучив три основных модели, необходимо сделать выводы по каждой из них. Сравнение преимуществ и недостатков отражено в таблице 1.

Таблица 1. Сравнение трёх базовых моделей системы здравоохранения. Составлена авторами.

Модель	Сильные стороны	Слабые стороны
Бюджетная модель	<ul style="list-style-type: none"> - затрагивает большую часть населения; - меньшая затратность по сравнению с другими моделями; - эффективное решение стратегических задач; - общественные источники обеспечивают высокую устойчивость; 	<ul style="list-style-type: none"> - сильная зависимость от экономической конъюнктуры и состояния бюджета; - очереди на плановые услуги из-за ограничений ресурсов; - монополия государственных учреждений и недостаточные стимулы к повышению качества услуг.
Страховая модель	<ul style="list-style-type: none"> - затрагивает большую часть населения; - гибкость в аккумулировании ресурсов и меньшая зависимость от бюджета. [- четкое разделение функций финансирования и оказания услуг. - конкурентные механизмы, повышающие качество. - принцип «деньги следуют за пациентом». - более структурированное распределение средств. 	<ul style="list-style-type: none"> - увеличенная доля расходов в ВВП; - возможность образования очередей из-за одноканального финансирования; - Необходимость строгого контроля за деятельностью страховых фондов.
Частная модель	<ul style="list-style-type: none"> - широкий выбор услуг и отсутствие очередей. - сильный акцент на качество и защиту прав пациентов. - высокая конкуренция, стимулирующая инновации. - высокие доходы медицинских работников. 	<ul style="list-style-type: none"> - отсутствие единой национальной системы. - зависимость доступа к медицинским услугам от платежеспособности населения. - высокие затраты без пропорционального улучшения здоровья населения. - риск перерасхода ресурсов на услуги без медицинских показаний.

Таким образом, ни одна из трех моделей не существует в чистом виде и не является универсальной. Все они сочетают элементы друг друга и адаптируются под национальные особенности. Бюджетная модель обеспечивает максимальную социальную справедливость и устойчивость в кризисах, но ограничивает инновации. Страховая модель предлагает оптимальный баланс между социальной защитой, конкуренцией и эффективностью, что делает её наиболее гибкой и перспективной для стран с переходной экономикой. Частная модель даёт высокое качество для платёжеспособных граждан, но создаёт значительное неравенство и неоправданно высокие затраты.

В России с 1991 года действует смешанная бюджетно-страховая модель здравоохранения, сочетающая элементы государственного бюджетного финансирования с системой обязательного медицинского страхования (ОМС), ориентированная на постепенный переход к полноценным страховым принципам. Модель сохраняет значительную зависимость от прямых бюджетных ассигнований всех уровней, что

приводит к многоканальному распределению ресурсов и ограниченной роли страховых компаний как независимых защитников интересов пациентов. В этой системе средства аккумулируются как в фондах ОМС за счёт страховых взносов работодателей и субвенций на неработающее население, так и в бюджетах федерального, регионального и местного уровней, обеспечивая почти универсальный охват населения бесплатной медицинской помощью (около 99 % граждан в 2025 году). Совокупные расходы на здравоохранение остаются относительно низкими, составляя примерно 6–7 % от валового внутреннего продукта, из которых общественные источники покрывают около 3,5–4 % ВВП. Управление отличается высокой степенью централизации с элементами децентрализации на региональном уровне, где медицинские услуги предоставляются преимущественно государственными учреждениями, а частный сектор и добровольное медицинское страхование играют дополняющую роль, покрывая дополнительные услуги и сокращая очереди [16].

Основным документом, гарантирующим бесплатное медицинское обслуживание граждан, является Программа государственных гарантий (ПГГ), устанавливаемая ежегодно на текущий год и на два следующих за ним. ПГГ определяет виды, объёмы, условия и нормативы бесплатной помощи, включая первичную медико-санитарную, специализированную (в том числе высокотехнологичную), скорую и паллиативную помощь, а также диспансеризацию и профилактические осмотры [3]. Регионы утверждают территориальные программы на основе федеральной ПГГ, учитывая местные особенности, что обеспечивает баланс между едиными стандартами и региональной адаптацией. В 2025 году объём финансирования программы государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи достиг около 4,5 трлн рублей. Это позволяет обеспечивать базовый объём услуг, включая первичную и специализированную помощь, по клинико-статистическим группам и подушевым нормативам, однако соплатежи граждан минимальны, а личные расходы возникают главным образом за лекарства и дополнительные процедуры. В современных условиях, по оценкам на 2025 год, общественные расходы сохранились на уровне 3,4–3,5 % ВВП, что отражает приоритеты бюджета в пользу других секторов, но обеспечивает стабильность системы в период экономических вызовов.

Постановлением Правительства РФ от 29 декабря 2025 года № 2188 на 2026 год и плановый период 2027–2028 годов закреплена новая ПГГ [1]. В 2026 году программа расширена: включены новые современные методы диагностики и лечения, например, расширенная диагностика онкологии и сердечно-сосудистых заболеваний, а также был повышен подушевой норматив финансирования по ОМС (почти до 25 тыс. рублей на человека [18]). Объём бесплатной помощи по ОМС превысит 4,8 трлн рублей [17], где акцентом выступит профилактика и раннее выявление заболеваний.

Сильные стороны этой модели проявляются в всеобщем охвате населения гарантированной медицинской помощью, что минимизирует социальное неравенство в доступе к базовым услугам, в сочетании бюджетной устойчивости с элементами страховой гибкости, а также в возможности оперативного перераспределения ресурсов на национальные задачи. Вместе с тем низкий уровень финансирования приводит к недофинансированию сети учреждений, сохранению очередей на плановые услуги, монополии государственных представителей услуг с ограниченными стимулами к повышению качества [2]. В целом смешанная модель, эволюционируя под влиянием демографического старения и технологических нужд, сохраняет потенциал для перехода к более эффективной страховой системе при увеличении общественных расходов и усилении роли конкуренции.

Таким образом, финансирование системы здравоохранения в России в размере 6–7% от ВВП находится ниже среднего по ОЭСР (9–10 %). Это ограничивает ресурсы при демографическом старении, санкциях и приоритетах бюджета на другие сферы [12]. Реформы фокусируются на модернизации первичного звена и расширении ОМС, но

страховые компании остаются ограничены в роли, а конкуренцию медицинских учреждений можно назвать условной.

Необходимо рассмотреть возможность применения базовых моделей систем здравоохранения для России. Бюджетная модель частично применима из-за высокой централизации управления в России, но в тоже время требует значительного роста расходов до 8–11 % ВВП. Данное условие осложнено ситуацией с дефицитом бюджета и экономическими ограничениями. Страховая модель наиболее перспективна: она позволяет усилить принцип «деньги следуют за пациентом», повысить эффективность через справедливую конкуренцию и аккумулирование средств без полной зависимости от бюджета. Частная модель малоприменима для России из-за риска неравенства доступа к медицинским услугам, роста личных расходов и несоответствия уровню доходов населения [8]. Для наглядности прилагается таблица 2:

Таблица 2. Сравнение моделей по факторам

Критерий	Бюджетная модель	Страховая модель	Частная модель
Охват населения	Высокий, минимизирует неравенство.	Высокий (почти 100 % через ОМС), с возможностью дополнительного страхования.	Низкий для малоимущих, фрагментарный; противоречит гарантиям бесплатной помощи.
Уровень расходов (% ВВП)	Требует роста до 8–11 % из бюджета; рискованно при дефиците.	Гибкий рост до 9–13 % за счет взносов; меньше зависит от бюджета.	Высокий (15–18 %), в основном частный; неприемлемо при текущих доходах.
Управление и конкуренция	Централизованное, подходит к государственной структуре; но усиливает монополию ЛПУ.	Децентрализованное с конкуренцией фондов; усиливает текущий ОМС.	Рыночное, децентрализованное; требует развитого частного сектора.
Эффективность и качество	Хороший контроль стратегических задач (профилактика); но очереди и низкие стимулы.	Высокая за счет конкуренции и разделения функций; принцип «деньги за пациентом».	Инновации для платежеспособных; но перерасход и неравенство.
Риски для России	Зависимость от экономики и санкций; очередей при недофинансировании.	Нужны реформы: усиление страховщиков, эволюционный путь от текущей системы	Усиление неравенства, рост теневых платежей; политически неприемлемо.
Общая применимость	Средняя, без роста расходов неэффективна.	Высокая, рекомендуемый переход: гибкость + социальные гарантии.	Низкая, не соответствует целям универсальности и равенства.

Составлено автором

Таким образом, страховая модель наиболее применима для России: она развивает существующий ОМС, вводит конкуренцию и повышает эффективность без резкого роста бюджетной нагрузки. Бюджетная подходит как резервный вариант при усилении

централизации, а частная — только как дополнение (добровольное страхование). Переход требует постепенного увеличения расходов до 5–6 % ВВП из общественных источников и нормативных изменений для реальной свободы выбора.

Система здравоохранения России нуждается в комплексных изменениях для повышения доступности и качества медицинской помощи при сохранении универсального охвата через обязательное медицинское страхование. Основные проблемы включают недофинансирование, дефицит кадров, перегрузку первичного звена, очереди на плановую помощь и ограниченную конкуренцию в системе ОМС [7].

Для решения данных проблем, необходимо увеличить совокупные расходы на здравоохранение до 10% ВВП, направляя дополнительные средства на высокотехнологичную помощь, лекарственное обеспечение и программу государственных гарантий бесплатной помощи, расширенную на 2026–2028 годы. Необходимо также продолжить второй этап модернизации первичного звена до 2030 года: строить и модернизировать поликлиники, фельдшерско-акушерские пункты, особенно в сельских населенных пунктах, оснащать их современным оборудованием для снижения очередей.

Решение кадрового дефицита требует расширения целевого обучения, увеличения заработных плат медицинским работникам, привлечения молодых специалистов в регионы и обязательного наставничества. Усиление страховых принципов в ОМС включает повышение роли страховых компаний, реальную конкуренцию между ними, вовлечение частных клиник в систему и полный переход к принципу «деньги следуют за пациентом». Развитие профилактики и цифровизации предусматривает расширение диспансеризации, скринингов на основные заболевания, цифровизацию медицинских записей и телемедицину для удаленных районов.

Эти изменения позволят повысить эффективность системы, сохранить социальную справедливость и достичь целей по увеличению продолжительности жизни при демографических вызовах и экономических ограничениях.

Список источников

1. Постановление Правительства Российской Федерации от 29 декабря 2025 г. № 2188 "О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2026 год и на плановый период 2027 и 2028 годов" / СПС Консультант Плюс
2. Галстян, А. В. Экономические проблемы российского здравоохранения и пути повышения его эффективности / А. В. Галстян // Тенденции развития науки и образования. – 2024. – № 110-5. – С. 129-132. – DOI 10.18411/trnio-06-2024-242. – EDN SUVUOG. - <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=70694677>
3. Зюкин, Д.А. Основные тренды развития системы здравоохранения в России до и после пандемии / Д. А. Зюкин, О. В. Власова, С. А. Беляев, И. В. Шалимов // Естественно-гуманитарные исследования. – 2025. – № 5(61). – С. 210-214. – EDN OJDZEV. - <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=85114832>
4. Короткова, М. Н. Социальная политика государства в системе здравоохранения: возрождение модели Семашко / М. Н. Короткова // Гуманитарные науки. Вестник Финансового университета. – 2022. – Т. 12, № 3. – С. 74-80. – DOI 10.26794/2226-7867-2022-12-3-74-80. – EDN RXAQDN. - <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=49380211>
5. Кочарян, А. С. Основные модели финансирования здравоохранения: зарубежный опыт и модель финансирования здравоохранения в РА / А. С. Кочарян // Семнадцатая Годичная научная конференция : сборник научных статей, Ереван, 04–08 декабря 2023 года. – Ереван: Российско-Армянский (Славянский) университет, 2024. – С. 117-127. – DOI 10.24412/cl-37234-2024-1-117-127. – EDN ECLLZB. - <https://elibrary.ru/item.asp?id=80270394>
6. Матинян, К. Г. Сравнительная оценка систем здравоохранения Российской Федерации, Германии и США / К. Г. Матинян // Актуальные проблемы и перспективы

развития потребительского рынка : Материалы XIII Международной научно-практической конференции студентов и учащихся, Пермь, 02–12 декабря 2024 года. – Пермь: Российский экономический университет им. Г.В. Плеханова, 2024. – С. 217-223. – EDN FAZMKV. - <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=80520663>

7. Машенцева, Н. Г. Здоровоохранение в России: основные проблемы и различия от других национальных систем / Н. Г. Машенцева // Проблемы социально-экономического развития России на современном этапе : материалы VII ежегодной Всероссийской научно-практической конференции (заочной) (с международным участием), Тамбов, 12 декабря 2014 года. Том 1. – Тамбов: Тамбовская региональная общественная организация "Общество содействия образованию и просвещению "Бизнес - Наука - Общество", 2014. – С. 167-174. – EDN TKHNMN. - <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=23044805>

8. Надеждина, Д. А. Обзор и сравнительный анализ развития системы здравоохранения и демографии в России / Д. А. Надеждина, В. С. Приходько, А. М. Огрызков // Решетневские чтения : Материалы XXIX Международной научно-практической конференции, посвященной памяти генерального конструктора ракетно-космических систем академика Михаила Федоровича Решетнева. В 2-х частях, Красноярск, 10–14 ноября 2025 года. – Красноярск: Сибирский государственный университет науки и технологий им. акад. М.Ф. Решетнева, 2025. – С. 829-831. – EDN XFTNAV. - <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=87203503>

9. Нестерова, А. А. Сравнительная оценка источников финансирования здравоохранения в России и Швейцарии / А. А. Нестерова, Т. П. Кривецкая // Бухучет в здравоохранении. – 2019. – № 5. – С. 69-76. – EDN IRVLVG. - <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=38228917>

10. Омеляновский, В. В. Зарубежный опыт: модели финансирования и организации систем здравоохранения / В. В. Омеляновский, Л. В. Максимова, А. П. Татаринцов // Научно-исследовательский финансовый институт. Финансовый журнал. - 2014. - № 3(21). - С. 22-34. - EDN TANDCX. - <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=22587128>

11. Протасов, А.Д. Современные мировые тенденции развития высшего медицинского образования в США, Великобритании, Франции и Китае / А. Д. Протасов, Е. С. Стародубцева, Г. А. Мошляк, А. В. Жестков // Вестник современной клинической медицины. – 2023. – Т. 16, № 5. – С. 127-135. – DOI 10.20969/VSKM.2023.16(5).127-135. – EDN ISOUVH. - <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=54950522>

12. Сериков, С. Г. Анализ финансового обеспечения системы здравоохранения в России / С. Г. Сериков, А. Е. Филонова // Региональные проблемы преобразования экономики. – 2025. – № 9(179). – С. 201-209. – DOI 10.26726/rpre2025v9fsaot. – EDN HCADOL. - <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=85424974>

13. Соколов, Е. В. Развитие системы финансирования здравоохранения в Германии / Е. В. Соколов, Д. А. Гречкин // Экономика и управление: проблемы, решения. – 2020. – Т. 2, № 6. – С. 159-170. – DOI 10.34684/ek.up.p.r.2020.06.02.022. – EDN CFFOCC. - <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=43167589>

14. Соломонова, Т. С. Система здравоохранения Чехии, Сербии, Великобритании и Российской Федерации / Т. С. Соломонова // Наука молодых - будущее России : сборник научных статей 8-й Международной научной конференции перспективных разработок молодых ученых, Курск, 12–13 декабря 2023 года. – Курск: Университетская книга, 2023. – С. 359-363. – EDN MORMQP. - <https://elibrary.ru/item.asp?id=59391358>

15. Ташенов, А. Ш. Сравнение систем страхования моделей Бисмарка и Бевериджа / А. Ш. Ташенов, М. К. Манатаева // Развитие науки и практики в глобально меняющемся мире в условиях рисков : сборник материалов XXV Международной научно-практической конференции, Москва, 30 января 2024 года. – Москва: Общество с ограниченной ответственностью "Издательство АЛЕФ", 2024. – С. 312-316. – EDN QOZBDI. - <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=60224883>

16. Juvanita, A. State of healthcare system in Russia / A. Juvanita // Policy, Economy and Innovations. – 2023. – No. 5(52). – EDN ZSPHLC. - <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=67853755>

17. Голикова рассказала, сколько денег выделили на медпомощь по ОМС в 2026 году / Официальный сайт Сетевого СМИ АБН24 - <https://abnews.ru/volga/news/bashkortostan/2026/2/15/v-ufe-razrobotayut-proekt-planirovki-kvartala-na-parhomenko>

18. Мурашко: Сумма на лечение одного человека по ОМС выросла до 24,9 тысячи рублей / Официальный сайт ФГБУ «Редакция «Российской газеты» - <https://rg.ru/2026/02/02/murashko-summa-na-lechenie-odnogo-chelovek-po-oms-vyrosla-do-249-tysiachi-rublej.html>

Сведения об авторе

Липсман Леонид Ильич, студент 1 курса института подготовки и аттестации научно-педагогических кадров, Санкт-Петербургский государственный экономический университет, г. Санкт-Петербург, Россия

Information about the authors

Lipsman Leonid Ilyich, 1st year student at the Institute of Training and Certification of Scientific and Pedagogical Personnel, St. Petersburg State University of Economics, St. Petersburg, Russia