

Д.У. САМАНДАРОВ

докторант Академии государственной политики и управления
при Президенте Республики Узбекистан

ЗАРУБЕЖНЫЙ ОПЫТ ФИНАНСИРОВАНИЯ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

В статье анализируется международный опыт финансирования системы здравоохранения, проводится исследование разных моделей финансирования здравоохранения в развитых странах мира. Рассматриваются источники финансирования системы здравоохранения и пути обеспечения ее финансовой устойчивости, а также уровень доступности медицинских услуг для населения в Швеции, Германии, Австрии и Южной Кореи. Согласно результатам исследования, единой идеальной модели не существует, и каждая страна должна адаптировать систему финансирования здравоохранения с учетом своей экономической и демографической специфики.

Ключевые слова: *система здравоохранения, финансирование, модель Бевериджа, модель Бисмарка, модель Бев-Марк, медицинское страхование, международный опыт.*

УДК: 336.5, 364.05

EDN: ZRUZWK

DOI: 10.52180/2073-6487_2025_3_199_212

Введение

Государственное финансирование системы здравоохранения и ее эффективная работа должны обладать следующими характеристиками:

- эффективное медицинское обслуживание, что предполагает оказание качественной медицинской помощи и улучшение ее результатов при рациональном использовании ресурсов;
- устойчивость финансирования системы здравоохранения, под которой следует понимать, что система здравоохранения имеет стабильный и надежный источник финансирования, обеспечивающий предоставление необходимого объема медицинских услуг для населения;
- равенство доступа к медицинским услугам, а также возможность доступа – обеспеченность необходимым количеством врачей и медицинского персонала, больничных коек и т. п.;
- высокий уровень общего здоровья населения.

Учитывая вышеизложенные задачи, государство должно стремиться повысить эффективность использования бюджетных средств, направляемых в систему здравоохранения, установить контроль и осуществлять постоянный мониторинг достигнутых результатов с возможностью внесения необходимых изменений и дополнений. Для этого весьма полезным представляется анализ зарубежного опыта финансирования данной сферы.

Целью исследования было изучение и сравнение разных моделей финансирования здравоохранения, а именно: модели Бевериджа (Beveridge, используемой в Швеции и Великобритании), Бисмарка (Bismarck – в Германии и Японии), гибридной модели (Hybrid – в Австрии и Коста-Рике), а также модели, используемой в Южной Корее. Каждая модель сравнивалась с точки зрения источников финансирования, экономической эффективности, доступности медицинских услуг для населения и результатов в области здравоохранения.

Методы и данные

В исследовании использованы открытые источники и официальные статистические данные международных организаций. В частности, были использованы данные Всемирной организации здравоохранения, Всемирного банка, Организации экономического сотрудничества и развития, а также материалы научных статей и исследовательских работ.

В данном исследовании представлен сравнительный анализ указанных выше моделей финансирования здравоохранения, позволяющий в дальнейшем разработать практические рекомендации по повышению экономической эффективности системы здравоохранения и эффективному использованию государственных ресурсов.

Финансирование систем здравоохранения в разных странах: модели и результаты

Прежде всего отметим, что уровень финансирования системы здравоохранения заметно отличается по разным странам (см. табл. 1). Например, в Турции на здравоохранение тратится 4,1– 4,6 % ВВП, а в США – 16,5–18,8% ВВП. Если сравнивать развитие экономики, то и в этом случае США намного опережают другие страны. Если в Германии этот показатель составил 8 010,9 долл. США на человека в 2022 г., то в США он на 56,73% больше, чем в Германии, и составил 12 555,3 долл. США на человека. При этом есть признаки, что в США не совсем удовлетворены таким положением дел и там проводятся научные исследования по изучению немецкого опыта и возможностей его внедрения в целях снижения расходов на здравоохранение. Так,

например, в работе Цзун-Мэй Ченга «Изменение кривой роста расходов и расширение охвата: уроки немецкой системы всеобщего плательщика» рассматривается система «единого плательщика», используемая для финансирования системы здравоохранения Германии.

Таблица 1

Доля текущих расходов на здравоохранение в ВВП (2015–2022 гг.), %

Страна	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Колумбия	7,5	7,5	7,7	7,6	7,8	8,7	9,0	8,1
Коста-Рика	7,6	7,3	7,0	7,3	7,2	7,8	7,6	7,2
Дания	10,3	10,2	10,1	10,1	10,2	10,6	10,8	9,5
Германия	11,2	11,2	11,3	11,5	11,7	12,7	12,9	12,7
Мексика	5,7	5,6	5,5	5,4	5,4	6,2	6,1	5,5
Турция	4,1	4,3	4,2	4,1	4,4	4,6	4,6	4,3
США	16,5	16,8	16,8	16,6	16,7	18,8	17,4	16,6

Источник: составлено автором по данным ОЭСД. [https://data-explorer.oecd.org/vis?fs\[0\]=Topic%2C1%7CHealth%23HEA%23%7CHealth%20expenditure%20and%20financing%23HEA_EXP%23&pg=0&fc=Topic&bp=true&snb=5&vw=tb&df\[ds\]=dsDisseminateFinalDMZ&df\[id\]=DSD_SHA%40DF_SHA&df\[ag\]=OECD.ELS.HD&df\[vs\]=1.0&dq=.A.EXP_HEALTH.PT_B1GQ._T._T._T...&pd=2015%2C&to\[TIME_PERIOD\]=false](https://data-explorer.oecd.org/vis?fs[0]=Topic%2C1%7CHealth%23HEA%23%7CHealth%20expenditure%20and%20financing%23HEA_EXP%23&pg=0&fc=Topic&bp=true&snb=5&vw=tb&df[ds]=dsDisseminateFinalDMZ&df[id]=DSD_SHA%40DF_SHA&df[ag]=OECD.ELS.HD&df[vs]=1.0&dq=.A.EXP_HEALTH.PT_B1GQ._T._T._T...&pd=2015%2C&to[TIME_PERIOD]=false)

Национальные системы здравоохранения характеризуются такими показателями, как охват населения медицинским обслуживанием, расходы системы здравоохранения, внешнее финансирование со стороны государства, региональных и местных/муниципальных бюджетов, бизнес-организаций (прежде всего работодателей), расходы населения на здравоохранение и др. Результаты работы системы здравоохранения могут быть описаны такими показателями, как ожидаемая продолжительность жизни, ожидаемая продолжительность здоровой жизни, уровень младенческой смертности, уровень материнской смертности, общая и первичная заболеваемость, распространенность хронических заболеваний, уровень инвалидности, доля населения, регулярно проходящего диспансеризацию, повторное обращение за медицинской помощью, частота обращений за медицинской помощью, госпитализация и средняя длительность пребывания в стационаре, а также охват населения вакцинацией.

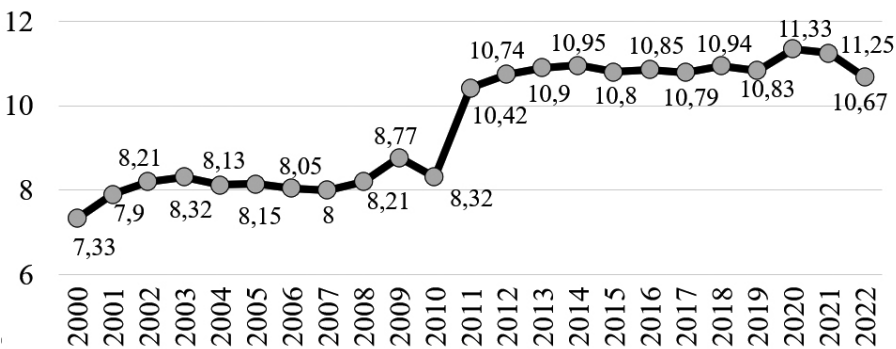
Среди используемых моделей финансирования здравоохранения выделяются следующие модели: Беверидж (например, в Швеции и Великобритании); модель Бисмарка (например, в Германии и Японии); гибридные Бев-Марк модели (например, в Австрии и Коста-Рике); а также национальные модели систем медицинского страхова-

ния (действующие, например, в Канаде и Южной Корее)¹. Проанализируем детальнее эти модели.

Финансирование системы здравоохранения в Швеции

Модель финансирования системы здравоохранения в Швеции (модель Бевериджа) предполагает государственное финансирование расходов на здравоохранение. Такая система применяется в Швеции и Великобритании. Ниже мы рассмотрим механизмы и показатели финансирования шведской системы здравоохранения.

Расходы на здравоохранение в Швеции в среднем составляли 11% от валового внутреннего продукта страны в 2018–2022 гг., а в 2022 г., после пандемии COVID-19, они составили 10,67% (см. рис. 1).



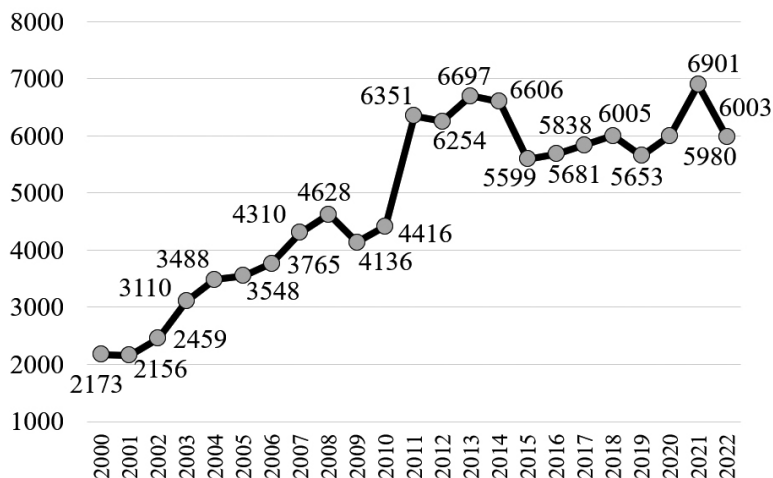
Источник: составлено автором по: данные Всемирного банка. <https://data.worldbank.org/indicator/SH.XPD.CHEX.GD.ZS?end=2022&locations=SE&start=2000&view=chart>.

Рис. 1. Расходы Швеции на здравоохранение, в % от ВВП

По данным Всемирного банка, расходы на здравоохранение на душу населения в стране в 2022 г. составили 5 980 долл. США, а средний показатель за 2018 и 2022 г. составил 6 108,4 долл. США (см. рис. 2).

Из бюджетных средств покрывается 86% (2020 г.) расходов на здравоохранение, 13% поступает от хозяйствующих субъектов и 1% – из системы добровольного медицинского страхования [1, р. 51]. Основная часть бюджетных расходов на систему здравоохранения финансируется за счет налогов, взимаемых регионами и муниципалитетами (56%), а также налоговых субсидий от правительства Швеции (25%), и около 5% расходов покрываются другими регионами и муниципалитетами за счет арендной платы, продаж и аналогичных источников [1, р. 51].

¹ National Health Systems. <https://healthsystemsfacts.org/national-health-systems> (accessed: 31.05.2024).



Источник: составлено автором по: данные Всемирного банка. <https://data.worldbank.org/indicator/SH.XPD.CHEX.PC.CD?locations=SE>.

Рис. 2. Текущие расходы на здравоохранение на душу населения в Швеции, в долл. США

В основе шведской модели финансирования здравоохранения лежит определенная «философия» – экономический подход, предполагающий, что ресурсы здравоохранения ограничены. Одновременно предполагается, что расстановка приоритетов – это постоянный процесс, а концепция расстановки приоритетов означает определение последовательности расходов в соответствии с их важностью [2, р. 563].

Рассматривая концепцию приоритета, невозможно не остановиться на такой области науки, как экономика медицины. Экономика медицины предлагает основу для измерения, оценки и сравнения затрат и доходов от различных мер, принимаемых государством в сфере здравоохранения [3]. С помощью механизмов оценки, таких как анализ затрат и доходов, анализ экономической эффективности, а также страховых оценок, можно проводить систематические и периодические исследования для оценки финансовых и физических изменений, происходящих в результате различных реализованных государственных мер [3]. Одной из основных целей этой дисциплины является «определение того, какие методы лечения следует использовать для достижения максимальной пользы для здоровья, учитывая ограниченный бюджет здравоохранения»².

В Швеции принятие приоритетных решений в сфере здравоохранения основывается на этической платформе, основанной на принципах человеческого достоинства, потребностей и солидарности, а также

² Health economics. <https://www.tlv.se/in-english/medicines/health-economics.html> (accessed: 07.06.2024).

на экономической эффективности. Согласно принципу человеческого достоинства, каждый человек имеет равную ценность и права, независимо от личных качеств или социального положения. Принцип потребностей и солидарности требует, чтобы ресурсы здравоохранения направлялись в первую очередь туда, где они больше всего нужны. Принцип экономической эффективности подразумевает, что выбор услуг или методов лечения должен основываться на рациональном соотношении затрат и результатов³.

Финансирование системы здравоохранения в Германии (модель Бисмарка)

Основой модели Бисмарка является система медицинского страхования, и ярким примером использования модели Бисмарка является организация финансирования здравоохранения в Германии.

Немецкая система здравоохранения отличается уникальной системой всеобщего обязательного медицинского страхования, которая охватывает все население. В Германии действует несколько организаций медицинского страхования, и граждане имеют возможность выбирать между фондами медицинского страхования, работающими в конкурентной среде. Система известна своей ориентацией на профилактическую помощь, на высококачественную медицинскую помощь, а также на меры по сокращению расходов.

Принцип финансирования немецкой системы здравоохранения называется системой всеобщего плательщика, которую Райнхардт определяет следующим образом: «В системе всеобщего плательщика все застрахованные лица в государстве платят поставщикам медицинских услуг одинаковую цену за определенную медицинскую услугу, с учетом определенных вариаций» [4, р. 280].

Немецкая система здравоохранения значительно дешевле, чем система здравоохранения США. В то время как расходы Германии на здравоохранение в 2022 г. составили 12,7% ВВП, в США этот показатель достиг 16,6%, что делает США лидером по этому показателю среди всех других стран ОЭСР.

Обязательное медицинское страхование в Германии составляет 14,6%: работодатель и работник производят взносы по ставке 7,3% каждый, исходя из начисленного фонда оплаты труда⁴. Также существует обязательное страхование на случай необходимости длитель-

³ Health economics. <https://www.tlv.se/in-english/medicines/health-economics.html> (accessed: 07.06.2024).

⁴ Germany. Individual – Other taxes. <https://taxsummaries.pwc.com/germany/individual/other-taxes> (accessed: 30.05.2024).

ного ухода, размер которого составляет 4% от заработной платы, из которых доля работника установлена в размере 2,3%. Сотрудникам, имеющим детей, предоставляются льготы. Сотрудники с постоянным доходом более 69 300 евро в год могут заключать договоры медицинского страхования с частными страховыми компаниями, при этом размер страховой премии также может варьироваться⁵. При заключении договора страхования с частными медицинскими страховыми компаниями размер страховой премии рассчитывается не на основе доходов человека, а на основе его возраста и рисков для здоровья [5, р. 24].

Страховые взносы на медицинское страхование являются основной системой финансирования здравоохранения. Специальные фонды, созданные для борьбы с болезнями, отвечают за сбор взносов, которые затем переводятся в центральный перераспределительный фонд под названием *Gesundheitsfond*, который затем перераспределяет доход в соответствии с механизмом снижения рисков [5, р. 24].

Общие налоговые поступления также используются для различных целей в системе здравоохранения. Все бюджеты, основанные на налогах, на федеральном и региональном уровнях устанавливаются законодательными органами на основе предложений соответствующих правительств, а капитальные вложения в больницы финансируются за счет бюджетов земель [5, р. 76].

В табл. 2 представлены источники расходов на здравоохранение в Германии в 2022 г.

Таблица 2

Источники финансирования расходов на здравоохранение в Германии в 2022 г.

Источники	Млн евро	%
Государственный бюджет	51 441	10,2
Обязательное медицинское страхование	265 397	53,0
Обязательное долгосрочное страхование по уходу	57 691	11,5
Обязательное пенсионное страхование	5 239	1,0
Обязательное страхование от несчастных случаев	6 498	1,3
Частное медицинское страхование	38 507	7,7
Работодатели	19 385	3,9
Домохозяйства/частные некоммерческие организации	57 018	11,4
Всего	501 176	100

Источник: составлено автором по: данные Федерального статистического ведомства Германии. <https://www.destatis.de/EN/Themes/Society-Environment/Health/Health-Expenditure/Tables/sources-of-funding.html>

⁵ Germany. Corporate – Other taxes. <https://taxsummaries.pwc.com/germany/corporate/other-taxes>.

Из этого следует, что в Германии в последние годы 75% расходов на здравоохранение покрывалось за счет систем страхования и лишь 9–10% покрывалось за счет средств государственного бюджета, то есть налоговых поступлений.

Финансирование системы здравоохранения в Австрии (модель Бев-Марк)

Австрийская система здравоохранения, основанная на модели Бев-Марк, финансируется как за счет общих налоговых поступлений, так и за счет обязательных взносов социального страхования.

В 2022 г. расходы на систему здравоохранения Австрии составили 49 897 млн евро. Финансируемая государством часть составила 38 697 млн евро, при этом расходы, финансируемые за счет общих налогов, составили 34,98% от общих расходов австрийской системы здравоохранения в 2022 г., или 17 456 млн евро, в то время как расходы, финансируемые за счет обязательных взносов социального страхования, составили 42,57% от общих расходов, или 21 241 млн евро. Остальная часть общих расходов покрывается за счет других источников, а именно: схем добровольного медицинского страхования, схем финансирования некоммерческих организаций, схем финансирования предприятий и т. д. (подробнее см. табл. 3).

Таблица 3

Источники финансирования системы здравоохранения в Австрии в 2022 г.

	Общие расходы на здравоохранение	млн евро	%
1	<i>Государственные схемы и схемы обязательного финансирования здравоохранения, в том числе:</i>	38 697	77,6
1.1	Государственные схемы	17 456	35,0
1.2	Схемы обязательного медицинского страхования социального медицинского страхования	21 241	42,6
2	<i>Схемы добровольной медицинской оплаты, в том числе:</i>	3 221	6,4
2.1	Программы добровольного медицинского страхования	2 271	4,5
2.2	Схемы финансирования некоммерческих организаций	829	1,7
2.3	Схемы финансирования предприятий	121	0,2
3	<i>Платежи домохозяйств, в том числе:</i>	7 979	16,0
3.1	Разделение затрат со сторонним плательщиком Программы социального медицинского страхования	773	1,5
	Всего	49 897	100

Источник: составлено автором по: статистические данные Австрии. <https://www.statistik.at/en/statistics/population-and-society/health/health-care-and-expenditure/health-expenditure>

Медицинское обслуживание в Австрии не ограничивается всеми уровнями медицинской помощи, такими как врачи общей практики, специалисты и больницы. Это означает, что человек, желающий воспользоваться медицинскими услугами, может обратиться к выбранному им специалисту, а кроме того, такой выбор также позволяет ему выбирать между медицинскими учреждениями, когда ему необходима амбулаторная помощь⁶.

Финансирование системы здравоохранения в Южной Корее

Система здравоохранения Южной Кореи финансируется в соответствии с собственной моделью и состоит из двух компонентов: обязательного социального медицинского страхования и медицинской помощи. Система национального медицинского страхования (НМ) предоставляет всем гражданам медицинскую страховку. Система финансирует расходы на здравоохранение за счет двух основных источников: взносов застрахованных и государственных субсидий⁷.

В Корее программа медицинской помощи представляет собой форму государственной поддержки, используемую для предоставления медицинских услуг малообеспеченным слоям населения посредством государственных субсидий. Кроме того, стандартной моделью оплаты амбулаторной и стационарной помощи в Корее является оплата за оказанные услуги, что привело к увеличению объема услуг, которые могут предоставлять специалисты здравоохранения. В 2012 г. была введена оплата по диагностическим группам (ДГ) для семи групп заболеваний⁸.

Диагностические группы – форма оплаты стационарной медицинской помощи, при которой все случаи оказания медицинской помощи оплачиваются по единому тарифу, определяемому видом заболевания. Указанные суммы определяются с учетом средних затрат на стандартизированные лечебные работы⁹.

Корея тратит на здравоохранение 4 570 долл. США на душу населения – меньше по сравнению со средним показателем в 4 986 долл. США (по паритету покупательной способности доллара США) в стра-

⁶ Health systems in transition. Austria. <https://eurohealthobservatory.who.int/countries/austria#:~:text=The%20health%20system%20is%20financed,40%25%20come%20from%20general%20taxation> (accessed: 25.06.2024).

⁷ Healthcare system in Korea. <https://www.hira.or.kr/dummy.do?pgmid=HIRAJ010000006000#:~:text=Health%20security%20system%20in%20insurance%20and%20government%20subsidies> (accessed: 06.26.2024).

⁸ Там же.

⁹ Диагностически связанные группы. clck.ru/3MwKX3

нах Организации экономического сотрудничества и развития. Эти расходы составляют 9,7% от валового внутреннего продукта Кореи, а в Организации экономического сотрудничества и развития расходы государств-членов на систему здравоохранения в среднем составляют 9,2% от ВВП. В Корее на 1000 человек приходится 2,6 практикующих врачей (средний показатель по ОЭСР – 3,7) и 8,8 практикующих медсестер (в среднем по ОЭСР – 9,2). В Корее на 1000 человек приходится 12,8 больничных коек, что выше среднего показателя по ОЭСР – 4,3¹⁰.

Сравнительный анализ систем финансирования здравоохранения

Российские ученые В.В. Омеляновский, Л.В. Максимова и А.П. Татаринов [6], анализируя зарубежный опыт финансирования системы здравоохранения, отметили, что ни в одной стране нет единой модели финансирования – в любой модели есть один доминирующий источник финансирования, который в бюджетной и страховой моделях обеспечивает более 70% расходов, а устойчивость системы зависит от охвата населения бесплатной медицинской помощью, от эффективности использования ресурсов и доступности медицинских услуг. Они также отметили, что ни одна страна не может покрыть все расходы на здравоохранение за счет государственных средств без частного страхования или доплат.

Сравнительные данные для разных стран представлены в табл. 4.

Так, Швеция при расходах на здравоохранение в размере 11,7% от ВВП и 6 438 долл. США на душу населения на здравоохранение, финансируемых на 86% из государственного бюджета и с низким уровнем расходов населения (13%), демонстрирует высокую продолжительность жизни (83,1) и невысокую младенческую смертность (2,4%), несмотря на скромный стационарный фонд (2 больничные койки на 1 000 человек) и короткое пребывание в больнице (в среднем 5,5 дня). Германия и Австрия, делающие ставку на обязательное страхование (75% и 46% соответственно) и тратящие 8 011 и 7 725 долл. США на душу населения соответственно, получают близкие к шведским показатели, но при более высоких расходах на душу населения. Южная Корея, тратя на здравоохранение лишь 9,7% от ВВП и 4 570 долл. США на душу населения, достигает лучших результатов (ожидаемая продолжительность жизни при рождении 83,8 года и младенческая смертность равна 1 на 1 000 новорожденных) благодаря интенсивному использованию больничных коек (12,8 койко-мест на 1 000 человек

¹⁰ OECD (2023), Health at a Glance 2023: OECD Indicators, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/7a7afb35-en>.

Таблица 4

Сравнительный анализ систем финансирования здравоохранения

Показатели	Швеция	Германия	Австрия	Южная Корея
Расходы на здравоохранение (% ВВП)	11,7 (2022)	12,6 (2022)	11,3 (2022)	9,7 (2022)
Расходы на здравоохранение на душу населения (USD PPP) (долл.)	6 438 (2022)	8 011 (2022)	7 725 (2022)	4 570 (2022)
Финансирование из госбюджета (% от общих расходов)	86 (2021)	11 (2021)	38 (2021)	17 (2021)
Обязательное медицинское страхование, %	0 (2021)	75 (2021)	41 (2021)	46 (2021)
Добровольное медицинское страхование, %	1 (2021)	1 (2021)	4 (2021)	8 (2021)
Расходы населения (% от общих расходов)	13 (2021)	12 (2021)	16 (2021)	29 (2021)
Другие источники финансирования, %	0 (2021)	1 (2021)	2 (2021)	1 (2021)
Доступ к медицинской помощи (% населения)	85 (2021)	88 (2021)	85 (2021)	89 (2021)
Ожидаемая продолжительность жизни при рождении (лет)	83,1 (2021)	80,8 (2021)	81,3 (2021)	83,8 (2021)
Младенческая смертность (на 1 000 новорожденных)	2,4 (2021)	3,0 (2021)	2,7 (2021)	1 (2022)
Число врачей на 1 000 человек	4,3 (2021)	4,5 (2021)	5,4 (2021)	2,6 (2021)
Число больничных коек на 1 000 человек	2 (2021)	7,8 (2021)	6,9 (2021)	12,8 (2021)
Средняя продолжительность пребывания в больнице (дней)	5,5 (2021)	8,8 (2021)	8,5 (2021)	18,5 (2021)

Источник: составлено автором по данным с сайта <https://healthsystemsfacts.org/national-health-systems>

и в среднем 18,5 дня со средней продолжительностью лечения в стационаре) и высокой доле расходов населения (29%), что указывает на сбалансированность между доступностью и финансовой нагрузкой на население.

Таким образом, эффективность системы здравоохранения определяется не столько абсолютным уровнем затрат, сколько их структурой и организацией: высокая доля бюджетного финансирования и упор на амбулаторную помощь позволяют оптимизировать расходы и минимизировать прямые платежи (Швеция), тогда как модели

с преобладанием обязательного страхования и стационарного лечения требуют больших ресурсов без пропорционального прироста достигаемых результатов. Из этого следует, что для повышения экономической эффективности при ограниченном бюджете рекомендуется расширять первичное звено и удерживать расходы населения на низком уровне.

Заключение

Проведенный анализ показывает, что средства, выделяемые из государственных или других источников, целесообразно направлять в первую очередь на укрепление принципа «лучше предупредить, чем лечить», четко определяя приоритеты. Систематическое использование методов медицинской экономики (анализ затрат и выгод, анализ экономической эффективности, оценка) позволяет осуществлять непрерывный мониторинг и рационально распределять бюджетные средства.

Модели, обеспечивающие такую государственную политику, в первую очередь оптимизируют расходы, направляемые на обеспечение работы больниц, поликлиник, на профилактические осмотры и пропаганду здорового образа жизни, что позволяет улучшить здоровье населения. В то же время, привлекая частный сектор, можно расширить спектр медицинских услуг за счет повышения качества услуг и создания конкурентной среды. Однако для этого необходимо создание более четких механизмов правового регулирования, лицензирования и контроля со стороны государства.

Следует отметить, что ни одна страна не ограничивается только одной моделью: каждая разработала гибридные подходы, основанные на своих потребностях, социально-экономических условиях и демографических данных. Поэтому вместо того чтобы без слов принять единую модель финансирования системы здравоохранения, необходимо принимать практические меры на местах после проведения глубокого анализа местных условий и потребностей и затем соответствующим образом расставлять приоритеты.

Приоритетное развитие сферы здравоохранения напрямую связано с эффективным управлением, справедливым распределением и последовательным контролем государственных средств. Главной целью любой системы, будь то централизованная или страховая, является улучшение здоровья населения и расширение всеобщего доступа к услугам здравоохранения. Поэтому при разработке стратегий в сфере здравоохранения необходимо учитывать общепризнанные принципы – человеческого достоинства, потребностей и солидарности, а также экономической эффективности, и при этом

самостоятельно и непрерывно развивать каждый элемент в рамках системы.

Таким образом, опыт разных стран показывает, что не существует идеальной модели финансирования и организации системы здравоохранения. Существующие подходы должны основываться на таких факторах, как здоровье населения, целевое расходование бюджетных средств и расстановка приоритетов. Любая модель подтверждает, что программно-целевое финансирование со стороны государства является наиболее эффективным способом обеспечения стабильности системы, прозрачности и эффективности расходов.

ЛИТЕРАТУРА /REFERENCES

1. *Janlöv N., Blume S., Glenngård A. H., Hanspers K., Anell A., & Merkur, S.* Sweden: Health System Review. Health systems in transition. 2023. No. 25 (4). Pp. 1–236.
2. *Carlsson P.* Priority setting in health care: Swedish efforts and experiences // *Scand J Public Health.* 2010, Aug. No. 38 (6). Pp. 561–564. DOI: 10.1177/140349 48103 77406.
3. *Nutan Shashi Tigga, Vikash R. Keshri.* Changing perspectives of public health in India: the growing role of health economics: [version 1; peer review: 1 approved with reservations, 1 not approved] // *Gates Open Research.* London (Feb. 3, 2020). DOI: 10.12688/gatesopenres.13109.1.
4. *Reinhardt U.E.* The many different prices paid to providers and the flawed theory of cost shifting: Is it time for a more rational all-payer system? // *Health Affairs.* 2011. No. 30 (11). Pp. 2125–2133.
5. *Blümel M., Spranger A., Achstetter K., Maresso A., Litvinova Y., Busse R.* Germany: Health system summary, 2022 // *European Observatory on Health Systems and Policies.* 2022. <https://eurohealthobservatory.who.int/publications/i/germany-health-systemsummary-2022>
6. *Омельяновский В.В., Максимова Л.В., Татаринов А.П.* Зарубежный опыт: модели финансирования и организации систем здравоохранения // *Финансовый журнал.* 2014. № 3 (21). С. 22–34. [*Omelyanovsky V.V., Maksimova L.V., Tatarinov A.P.* Foreign experience: models of financing and organization of healthcare systems // *Financial Journal.* 2014. No. 3 (21). Pp. 22–34. (In Russ.)]

Дата поступления рукописи: 02.04.2025 г.

Дата принятия к публикации: 30.06.2025 г.

СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРЕ

Самандаров Достонбек Улугбек угли – докторант Академии государственной политики и управления при Президенте Республики Узбекистан, Ташкент, Республика Узбекистан
i-bd7@mail.ru

ABOUT THE AUTHOR

Dostonbek U. Samandarov – PhD student at the Academy of Public Policy and Administration under the President of the Republic of Uzbekistan, Tashkent, Republic of Uzbekistan
i-bd7@mail.ru

FOREIGN EXPERIENCE IN FINANCING THE HEALTHCARE SYSTEM

This article analyzes international experiences in financing healthcare systems, conducts a study of various healthcare financing models in developed countries. The sources of financing the health care system and ways to ensure its financial sustainability, as well as the level of accessibility of medical services for the population in Sweden, Germany, Austria and South Korea are considered.

According to the research findings, there is no single perfect model; rather, each country must approach healthcare financing based on its economic and demographic conditions.

Keywords: *healthcare system, financing, Beveridge model, Bismarck model, health insurance, international experience.*

JEL: I18, H51.