

Амлаев К. Р., Мажаров В. Н.

ОБЗОР НЕКОТОРЫХ АСПЕКТОВ ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ СИСТЕМ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И РЕФОРМ, ОСУЩЕСТВЛЯЕМЫХ В КИТАЕ И ВЬЕТНАМЕ

ФГБОУ ВО «Ставропольский государственный медицинский университет», 355017, Ставрополь, Россия

В обзоре, посвященном некоторым аспектам реформирования здравоохранения за рубежом, акцент сделан на изучении мер по достижению всеобщего охвата услугами здравоохранения в Китае и Вьетнаме. Отмечается значительное сходство проблемных вопросов в здравоохранении большинства стран, к которым относятся обеспечение равного доступа к качественной медицинской помощи, дефицит медицинских кадров, финансирование медицинской помощи. Анализ показал, что большего успеха достигают те из них, которые адресованы конкретной проблеме здравоохранения, особенно в сфере реформирования общественного здравоохранения.

Опыт реформ Китая и Вьетнама в сфере повышения доступности медицинской помощи демонстрирует важность улучшения финансирования медицинской отрасли при осуществлении большинства реформ. Обе страны осуществили реформу в сфере медицинского страхования, но в Китае внедрялось базовое медицинское страхование, в то время как во Вьетнаме больше внимания уделялось уязвимым группам населения. Несмотря на то что две страны добились прогресса в охвате населения услугами здравоохранения, во Вьетнаме неравенство в доступе к медицинской помощи было снижено значительно. Сделано заключение о том, что эффективность реформ будет успешнее, если будут реализованы такие меры, как применение стратегических закупок, улучшение первичной медико-санитарной помощи, повышение качества услуг, обеспечение политической поддержки и увеличение финансирования здравоохранения.

Ключевые слова: системы здравоохранения; здравоохранение за рубежом; здравоохранение в Китае; здравоохранение во Вьетнаме

Для цитирования: Амлаев К. Р., Мажаров В. Н. Обзор некоторых аспектов функционирования систем здравоохранения и реформ, осуществляемых в Китае и Вьетнаме. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2023;31(специальный выпуск 1):897—902. DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2023-31-s1-897-902>

Для корреспонденции: Амлаев Карэн Робертович; e-mail: kum672002@mail.ru

Amlaev K. R., Mazharov V. N.

REVIEW OF FOREIGN HEALTHCARE SYSTEMS AND ONGOING REFORMS IN CHINA AND VIETNAM

Stavropol State Medical University, 355017, Stavropol, Russia

The article is devoted to the review of some aspects of health care reform abroad, the emphasis is placed on the study of measures to achieve universal health coverage (HEU) in China and Vietnam. There is a significant similarity of problematic issues in the health care of most countries, which include ensuring equal access to quality medical care, shortage of medical personnel, financing of medical care. A review of the studied reforms showed that those that are addressed to a specific health problem achieve greater success, especially in the field of public health reform.

The experience of reforms in China and Vietnam in the field of increasing the availability of medical care demonstrates the importance of improving the financing of the medical industry in the implementation of most reforms. Both countries have implemented reforms in the field of health insurance, but in China basic health insurance was introduced, while in Vietnam more attention was paid to vulnerable groups of the population. Despite the fact that the two countries have made progress in health coverage, inequality in access to medical care has been significantly reduced in Vietnam. It is concluded that the effectiveness of reforms will be more successful if such measures as the use of strategic procurement, improvement of primary health care, improvement of the quality of services, provision of political support and increased financing of health care are implemented.

Keywords: healthcare systems; healthcare abroad; healthcare in China; healthcare in Vietnam

For citation: Amlaev K. R., Mazharov V. N. Review of foreign healthcare systems and ongoing reforms in China and Vietnam. *Problemy socialnoi gigieny, zdavoookhraneniya i istorii meditsiny*. 2023;31(Special Issue 1):897–902 (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2023-31-s1-897-902>

For correspondence: Karen R. Amlaev; e-mail: kum672002@mail.ru

Source of funding. This study was not supported by any external sources of funding.

Conflict of interest. The authors declare no apparent or potential conflicts of interest related to the publication of this article.

Received 27.02.2023
Accepted 28.04.2023

Анализ систем здравоохранения за рубежом показал, что большинство стран имеют схожие проблемы, например, пробелы в охвате и доступе к медицинской помощи, низкое ее качество, несовершенство интеграции и непрерывности медицинской помощи [1, 2], нехватку медицинских работников [3, 4], рост распространенности хронических заболеваний [5], появление новых или возвращение «старых» вирусных заболеваний¹ [6, 7], рост потребностей населения в получении качественной меди-

цинской помощи [7–10]. В ответ на эти вызовы правительства различных государств стремятся реформировать здравоохранение своих стран.

Уже реализованные или продолжающиеся реформы в сфере здравоохранения включают децентрализацию управления (Франция, Финляндия, Ир-

¹ World Health Organization. Ten threats to global health in 2019. URL: <https://www.who.int/vietnam/news/feature-stories/detail/ten-threats-to-global-health-in-2019>

ландия, Португалия), улучшение интеграции и координации медицинской помощи (Канада, Дания, Норвегия), реформирование первичной медико-санитарной помощи (Австрия, Финляндия, Норвегия, Португалия, Великобритания), развитие многопрофильных групповых практик или медицинских центров [11, 12], реформы оплаты медицинской помощи (Нидерланды) и оплаты труда персонала (Чехия, Румыния), сокращение избыточных стационарных площадей (Бельгия, Норвегия и Словакия), централизацию узкоспециализированной помощи и сокращение числа больниц с полным набором функций неотложной помощи (Норвегия, Швеция), реструктуризацию своих больничных сетей, укрепление больничного планирования (Бельгия и Словакия), централизацию узкоспециализированной и неотложной помощи (Финляндия, Норвегия, Швеция). Цель всех этих реформ — повышение качества и доступности медицинской помощи, ограничение затрат или расходов [13—15].

Реформы в области медицинских кадров осуществляли Израиль, Мальта, Норвегия, Испания, Канада, Нидерланды [10]. Реформы в сфере общественного здравоохранения представляли собой регулирование потребления алкоголя (Финляндия, Ирландия и Литва) и табака (Австрия), расширение списка обязательных детских прививок (Италия), меры антинаркотического характера (Канада), снижение доступа к услугам по прерыванию беременности (Ирландия). Активно проводилось реформирование здравоохранения в направлении его цифровизации (электронные рецепты, веб-сайт реестра лекарств, электронные записи о вакцинации, онлайн-порталы для обмена данными и др.) в Чехии, Латвии, Израиле, Польше, Швейцарии, Франции, Австрии. Уделялось внимание улучшению доступа к медицинской помощи в Германии, Швеции, Румынии, Израиле, Италии.

В научной литературе уже описаны промежуточные результаты реализации вышеперечисленных реформ по различным направлениям [16—20]. Отмечено, что реформы, нацеленные на более четкую проблему здравоохранения или узкую политическую цель, с большей вероятностью будут реализованы быстро. Самые высокие темпы реализации имели реформы общественного здравоохранения, а самые низкие — реформы управления. Реформы общественного здравоохранения, как правило, были сосредоточены на конкретных проблемах общественного здравоохранения (например, вспышки кори, потребление алкоголя и табака) или опирались на единственную политику (например, обязательные прививки или налогообложение). Реформы управления, напротив, часто были многогранными и предполагали системные изменения, потенциально перераспределяя ответственность и/или власть между несколькими уровнями управления [21]. Хотя системы здравоохранения значительно различаются в разных странах [22, 23], и прямое сопоставление реформ и их реализации может быть довольно сложным процессом, тем не менее, сравнение

стран, имеющих похожие социально-политические, географические и экономические условия, может быть весьма полезным.

Целью данной работы было изучение эффективности реформ, реализованных в близких по многим параметрам странах, — Китае и Вьетнаме, в первую очередь в области медицинского страхования и охвата жителей услугами здравоохранения.

Выбор анализируемых аспектов обусловлен тем, что ВОЗ выделила три аспекта охвата, которые можно измерить для отслеживания прогресса страны в области всеобщего охвата услугами здравоохранения (ВОУЗ): охват населения (кто охвачен); охват услугами (какие льготы покрываются); финансовый охват (какая доля расходов на медицинское обслуживание покрывается)².

Следует признать, что расходы на оплату медицинских услуг из собственных средств увеличились во всем мире, максимально — в Латинской Америке, Карибском бассейне и Азии³. В то же время хотя доступность услуг возросла, финансовая доступность здравоохранения остается проблемой. В этой связи ВОЗ предложила странам продвигаться к ВОУЗ посредством реформ финансирования здравоохранения.

Анализ работ, посвященных финансированию здравоохранения Китая и Вьетнама, показал, что доля ВВП на общие расходы на здравоохранение в Китае и Вьетнаме сопоставима (Китай: 5,15%, Вьетнам: 5,53%)⁴. Вьетнам потратил большую долю своего государственного бюджета на здравоохранение по сравнению с Китаем. В начале 2000-х гг. страны имели схожие уровни охвата услугами здравоохранения, однако за последние 15 лет вьетнамское правительство увеличивало расходы на здравоохранение более быстрыми темпами, чем Китай. При этом Китай быстрее достиг охвата населения услугами здравоохранения благодаря внедрению схем базового медицинского страхования. Это было достигнуто путем установления низких ставок индивидуальных страховых взносов при одновременном предоставлении обширных субсидий для привлечения учащихся.

Подход Вьетнама к увеличению охвата населения заключался в сосредоточении внимания к бедным, уязвимым группам населения, которым в первую очередь предоставлялись государственные субсидии. В 2014 г. 45% получателей медицинского страхования полностью субсидировались правительством, а 24% — частично. Кроме того, в каждой провинции Фонд здравоохранения для бедных финан-

² World Health Organization. The world health report. Health systems financing: the path to universal coverage 2010. URL: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44371/9789241564021_eng.pdf;jsessionid=D4A8AE41D5F68C73880D5CD19C560D11?sequence=1

³ World Health Organization and International Bank for Reconstruction and Development/The World Bank. Tracking Universal Health Coverage: 2017 Global monitoring report. URL: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/259817/9789241513555-eng.pdf?sequence=1>

⁴ World Health Organization. Global health expenditure dataset. URL: <https://apps.who.int/nha/database/ViewData/Indicators/en>

Организация здравоохранения: зарубежный обзор

сировался за счет общих государственных доходов (75%) и ресурсов провинций (25%) [24].

Несмотря на различные подходы к ВОУЗ, и Китай, и Вьетнам добились существенного улучшения состояния здоровья населения. Ожидаемая продолжительность жизни в Китае увеличилась с 66,8 года в 1980 г. до 76,4 года в 2017 г., а уровень смертности детей в возрасте до 5 лет снизился с 62,3 до 9,3 на тысячу живорождений за тот же период времени⁵. Во Вьетнаме произошли почти такие же изменения в ожидаемой продолжительности жизни (67,6 года в 1980 г. и 76,5 года в 2017 г.), при этом смертность детей в возрасте до 5 лет снизилась с 68,3 до 20,9 на тысячу живорождений⁶.

Охват услугами здравоохранения варьируется по всему миру, с большим разбросом по Восточной Азии и самым низким охватом в странах Африки к югу от Сахары и Южной Азии. Китай уделил приоритетное внимание охвату населения и достиг самого большого охвата населения в истории за относительно короткий период времени [25, 26]. Однако, несмотря на это достижение, пациенты в Китае продолжают сталкиваться с высоким финансовым бременем, а страховка покрывает лишь ограниченное количество услуг [27, 28].

Хотя в предоставлении медицинских услуг во Вьетнаме участвуют государственные и частные структуры, ведущую роль все же играет государство. Вьетнам имеет один из самых высоких показателей (73 из 80) в индексе ВОУЗ ВОЗ по охвату основными медицинскими услугами. Подход Вьетнама признан как способ достижения справедливого прогресса в области ВОУЗ [27, 29, 30]. Подход Вьетнама заключался в увеличении охвата обязательным медицинским страхованием с сохранением приоритета для бедных слоев населения. Данная технология подходит для стран с низкой долей населения, работающего в формальном секторе, и рекомендуется для стран с ограниченными финансовыми возможностями [31].

По мнению ряда исследователей, перечень мер, которые необходимо реализовать для прогресса в сфере здравоохранения, включает использование стратегических закупок, улучшение первичной медико-санитарной помощи, повышение качества услуг [32]. Другие исследователи считают принципиально важными политическую поддержку и увеличение финансирования здравоохранения [32].

Китай работал над продвижением медицинского страхования, с помощью которого возмещаются стоимость услуг и лекарств [33]. Стоит отметить, что во Вьетнаме оплачиваются страховыми средствами более 17 000 услуг и 1530 лекарств. Для сравнения, в Чжэньцзяне — 4494 услуг, а в Цзиньмэне — 3746. Хотя список лекарств во Вьетнаме короче, там есть возможность получить возмещение 50% стоимости некоторых других лекарств, в том числе

противоопухолевых, если пациент был застрахован непрерывно в течение как минимум 36 мес [35, 35].

Подводя итог реализации реформ, нужно признать, что во Вьетнаме сократился разрыв в уровне медицинского страхования между городским и сельским населением, в то время как в Китае по-прежнему наблюдается неравенство между группами населения, стратифицированными по уровню дохода и географическому положению.

Указывается, что Вьетнам обеспечил лучший и более последовательный охват услугами для всех, что способствовало росту доступности и справедливости медицинских услуг. Хотя Китай успешно охватил большое количество людей, но пакет медицинских услуг во многом определялся их финансовыми взносами. Таким образом, охват услугами варьировался в зависимости от регионов и схем страхования. Кроме того, из-за ограниченного финансирования в Китае уделялось особое внимание стационарным услугам, поскольку предполагалось, что они являются основной причиной расходов жителей на здравоохранение. Во Вьетнаме также наблюдался значительный рост расходов на здравоохранение, вызванный увеличением бремени неинфекционных заболеваний и быстрым старением населения.

Опыт Китая демонстрирует, что, хотя увеличение охвата населения медицинскими услугами важно, предоставление ограниченного количества услуг может привести к увеличению расходов для всей системы здравоохранения. Кроме того, люди будут пользоваться услугами, которые покрываются страховкой, поэтому странам следует учитывать экономически эффективные услуги первичной медико-санитарной помощи и амбулаторного обслуживания.

Странам с аналогичными условиями, как в Китае и Вьетнаме, где реформа медицинского страхования использовалась как способ достижения ВОУЗ, возможно, стоит иметь в виду, что сильная политическая приверженность, административный потенциал и выделенные финансовые ресурсы необходимы для успеха такого начинания [36].

Важный урок, извлеченный при сравнении Китая и Вьетнама, заключается в том, что, хотя большая часть населения Китая застрахована, доступ к медицинским услугам и финансовая защита по-прежнему определяются в первую очередь географическим положением и экономическим статусом, в то время как во Вьетнаме различия между экономическими группами и географическими районами сокращаются. Это в первую очередь связано с приоритетами каждой страны — Китай уделял приоритетное внимание охвату населения, а Вьетнам — охвату услугами, ориентируясь на интересы бедных. Исследователи рекомендуют странам увеличить государственные субсидии на схемы медицинского страхования, пока в них не будет включено достаточное количество пользователей и поставщиков услуг [1, 2].

⁵ The World Bank. World development indicators. URL: <http://datatopics.worldbank.org/world-development-indicators>

⁶ Там же.

Заключение

Здравоохранение было и остается одной из наиболее значимых социальных проблем любого общества. Причем даже страны с развитой экономикой вынуждены искать новые решения существующих и новых проблем в данной сфере. Проблемы здравоохранения зачастую схожи в разных странах. К ним можно отнести вопросы доступа к качественной медицинской помощи, континуума оказания медицинской помощи, дефицита медицинских кадров и др. Все это не исключает наличия особенных проблем, характерных для конкретной страны или группы стран. Данное обстоятельство требует от правительств большинства стран проводить реформы здравоохранения, интегральной целью которых является повышение качества и доступности медицинской помощи, а также улучшение показателей, характеризующих общественное здоровье.

Исследователи, осуществляющие мониторинг реформ здравоохранения и их эффективности, отмечают, что те из них, которые имеют своей целью четкую проблему здравоохранения или узкую политическую цель, будут более успешны. К таким реформам можно отнести мероприятия в сфере общественного здравоохранения, в то время как реформы управления здравоохранением проходят с большим трудом. В этой связи интересно проанализировать и сравнить опыт реформ Китая и Вьетнама в сфере повышения доступности медицинской помощи. Обе страны направили на реализацию реформ значительные суммы из своего бюджета, при этом в процентном соотношении Вьетнам потратил больше. Выбранный Китаем путь реформ включал внедрение схем базового медицинского страхования путем установления низких ставок индивидуальных страховых взносов. В свою очередь Вьетнам сосредоточил внимание на бедных, уязвимых группах населения, которым в первую очередь предоставлялись государственные субсидии.

Оба государства в итоге добились существенного улучшения состояния здоровья населения. Однако в то время как во Вьетнаме сократился разрыв в уровне медицинского страхования между городским и сельским населением, в Китае по-прежнему наблюдается неравенство между группами населения с разным уровнем дохода и географическим положением. Исследователи отмечают, что меры, реализованные во Вьетнаме, будут полезны в странах с ограниченными финансовыми возможностями и с низкой долей населения, работающего в формальном секторе. Среди необходимых мер, которые требуется реализовать для реформирования здравоохранения, исследователи отмечают применение стратегических закупок, улучшение первичной медико-санитарной помощи, повышение качества услуг, обеспечение политической поддержки и увеличение финансирования здравоохранения.

Авторы заявляют об отсутствии внешних источников финансирования при проведении исследования.

Авторы декларируют отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов, связанных с публикацией настоящей статьи.

ЛИТЕРАТУРА

1. Busse R., Klazinga N., Panteli D. et al. Improving healthcare quality in Europe: characteristics, effectiveness and implementation of different strategies. Brussels; 2019.
2. Nicol E. The ageing population in healthcare: a challenge to, and in, the workforce // *Clin. Med. (Lond)*. 2017. Vol. 17, N 4. P. 291—292. DOI: 10.7861/clinmedicine.17-4-291
3. Kroezen M., Van Hoegaerden M., Batenburg R. The joint action on health workforce planning and forecasting: results of a European programme to improve health workforce policies // *Health Policy*. 2018. Vol. 122, N 2. P. 87—93. DOI: 10.1016/j.healthpol.2017.12.002
4. Kroezen M., Dussault G., Craveiro I. et al. Recruitment and retention of health professionals across Europe: a literature review and multiple case study research. *Health Policy*. 2015;119(12). P. 1517—1528. DOI: 10.1016/j.healthpol.2015.08.003
5. Tsiachristas A., van Ginneken E., Rijken M. Tackling the challenge of multi-morbidity: actions for health policy and research // *Health Policy*. 2018. Vol. 122, N 1. P. 1—3. DOI: 10.1016/j.healthpol.2017.11.011
6. Ferri M., Ranucci E., Romagnoli P., Giaccone V. Antimicrobial resistance: a global emerging threat to public health systems // *Crit. Rev. Food Sci. Nutr*. 2017. Vol. 57, N 13. P. 2857—2876. DOI: 10.1080/10408398.2015.1077192
7. Marston H. D., Folkers G. K., Morens D. M., Fauci A. S. Emerging viral diseases: confronting threats with new technologies // *Sci. Transl. Med*. 2014. Vol. 6, N 253. P. 253ps10. DOI: 10.1126/scitranslmed.3009872
8. Azzopardi-Muscat N., Ricciardi W., Odone A. et al. Digitalization: potentials and pitfalls from a public health perspective // *Eur. J. Public Health*. 2019. Vol. 29, Supplement_3. P. 1—2. DOI: 10.1093/eurpub/ckz169
9. Fields B. G. Regulatory, legal, and ethical considerations of telemedicine // *Sleep Med. Clin*. 2020. Vol. 15, N 3. P. 409—416. DOI: 10.1016/j.jsmc.2020.06.004
10. McKee M., van Schalkwyk M. C.I., Stuckler D. The second information revolution: digitalization brings opportunities and concerns for public health // *Eur. J. Public Health*. 2019. Vol. 29, Supplement_3. P. 3—6. DOI: 10.1093/eurpub/ckz160
11. Baxter S., Johnson M., Chambers D. et al. The effects of integrated care: a systematic review of UK and international evidence // *BMC Health Serv. Res*. 2018. Vol. 18, N 1. P. 350. DOI: 10.1186/s12913-018-3161-3
12. Saint-Pierre C., Herskovic V., Sepúlveda M. Multidisciplinary collaboration in primary care: a systematic review // *Fam. Pract*. 2018. Vol. 35, N 2. P. 132—141. DOI: 10.1093/fampra/cmz085
13. Jeschke E., Citak M., Günster C. et al. Are TKAs performed in high-volume hospitals less likely to undergo revision than TKAs performed in low-volume hospitals? // *Clin. Orthop. Relat. Res*. 2017. Vol. 475, N 11. P. 2669—2674. DOI: 10.1007/s11999-017-5463-x
14. Nimptsch U., Mansky T. Hospital volume and mortality for 25 types of inpatient treatment in German hospitals: observational study using complete national data from 2009 to 2014 // *BMJ Open*. 2017. Vol. 7, N 9. P. e016184. DOI: 10.1136/bmjopen-2017-016184
15. Marchildon G. P., Hutchison B. Primary care in Ontario, Canada: new proposals after 15 years of reform // *Health Policy*. 2016. Vol. 120, N 7. P. 732—738. DOI: 10.1016/j.healthpol.2016.04.010
16. Bryndová L., Bar M., Herzig R. et al. Concentrating stroke care provision in the Czech Republic: the establishment of Stroke Centres in 2011 has led to improved outcomes // *Health Policy*. 2021. Vol. 125, N 4. P. 520—525. DOI: 10.1016/j.healthpol.2021.01.011
17. De Regge M., De Pourcq K., Van de Voorde C. et al. The introduction of hospital networks in Belgium: the path from policy statements to the 2019 legislation // *Health Policy*. 2019. Vol. 123, N 7. P. 601—605. DOI: 10.1016/j.healthpol.2019.05.008
18. Dubas-Jakóbczyk K., Albrecht T., Behmane D. et al. Hospital reforms in 11 Central and Eastern European countries between 2008 and 2019: a comparative analysis // *Health Policy*. 2020. Vol. 124, N 4. P. 368—379. DOI: 10.1016/j.healthpol.2020.02.003
19. Field R. I., Keller C., Louazel M. Can governments push providers to collaborate? A comparison of hospital network reforms in France and the United States // *Health Policy*. 2020. Vol. 124, N 10. P. 1100—1107. DOI: 10.1016/j.healthpol.2020.07.003
20. Rechel B., Džakula A., Duran A. et al. Hospitals in rural or remote areas: An exploratory review of policies in 8 high-income countries // *Health Policy*. 2016. Vol. 120, N 7. P. 758—769. DOI: 10.1016/j.healthpol.2016.05.011

Организация здравоохранения: зарубежный обзор

21. Polin K., Hjortland M., Maresso A. et al. «Top-Three» health reforms in 31 high-income countries in 2018 and 2019: an expert informed overview // *Health Policy*. 2021. Vol. 125, N 7. P. 815—832. DOI: 10.1016/j.healthpol.2021.04.005
22. Böhm K., Schmid A., Götze R. et al. Five types of OECD healthcare systems: empirical results of a deductive classification // *Health Policy*. 2013. Vol. 113, N 3. P. 258—269. DOI: 10.1016/j.healthpol.2013.09.003
23. Reibling N., Ariaans M., Wendt C. Worlds of Healthcare: a health-care system typology of OECD countries // *Health Policy*. 2019. Vol. 123, N 7. P. 611—620. DOI: 10.1016/j.healthpol.2019.05.001
24. Ekman B., Liem N. T., Duc H. A., Axelson H. Health insurance reform in Vietnam: a review of recent developments and future challenges // *Health Policy Plan*. 2008;23, N 4. P. 252—263. DOI: 10.1093/heapol/czn009
25. Meng Q., Xu L. Monitoring and evaluating progress towards Universal Health Coverage in China // *PLoS Med*. 2014. Vol. 11, N 9. P. e1001694. DOI: 10.1371/journal.pmed.1001694
26. Yu H. Universal health insurance coverage for 1.3 billion people: what accounts for China's success? // *Health Policy*. 2015. Vol. 119, N 9. P. 1145—1152. DOI: 10.1016/j.healthpol.2015.07.008
27. Wagstaff A., Lindelow M., Jun G. et al. Extending health insurance to the rural population: an impact evaluation of China's new cooperative medical scheme // *J. Health Econ*. 2009. Vol. 28, N 1. P. 1—19. DOI: 10.1016/j.jhealeco.2008.10.007
28. Lei X., Lin W. The new cooperative medical scheme in rural China: does more coverage mean more service and better health? // *Health Econ*. 2009. Vol. 18 Suppl 2. P. S25—S46. DOI: 10.1002/hec.1501
29. Somanathan A. T.A., Dao H. L., Hurt K. L. Moving toward universal coverage of social health insurance in Vietnam: assessment and options. Washington; 2014.
30. World Health Organization. Regional Office for the Western Pacific. UHC and SDG country profiles. Viet Nam, Manila; 2018.
31. Jamison D. T., Alwan A., Mock C. N. et al. Universal health coverage and intersectoral action for health: key messages from Disease Control Priorities, 3rd edition // *Lancet*. 2018. Vol. 391, N 10125. P. 1108—1120. DOI: 10.1016/S0140-6736(17)32906—9
32. Yip W., Fu H., Chen A. T. et al. 10 years of health-care reform in China: progress and gaps in Universal Health Coverage // *Lancet*. 2019. Vol. 394, N 10204. P. 1192—1204. DOI: 10.1016/S0140-6736(19)32136—1
33. Tao W., Zeng Z., Dang H. et al. Towards universal health coverage: lessons from 10 years of healthcare reform in China // *BMJ Glob Health*. 2020. Vol. 5, N 3. P. e002086. DOI: 10.1136/bmjgh-2019-002086
34. Meng Q., Yang H., Chen W. et al. People's Republic of China Health system review. Manila; 2015. Vol. 5, N 7.
35. Matsushima M., Yamada H. Public health insurance in Vietnam towards universal coverage: identifying the challenges, issues, and problems in its design and organisational practices // *Kokusai Hoken Iryo (Journal of International Health)*. 2014. Vol. 29, N 4. P. 289—297. DOI: 10.11197/jaih.29.289
36. Mao W., Tang Y., Tran T. et al. Advancing universal health coverage in China and Vietnam: lessons for other countries // *BMC Public Health*. 2020. Vol. 20, N 1. P. 1791. DOI: 10.1186/s12889-020-09925-6
37. Ferri M., Ranucci E., Romagnoli P., Giaccone V. Antimicrobial resistance: a global emerging threat to public health systems. *Crit. Rev. Food Sci. Nutr*. 2017;57(13):2857—2876. DOI: 10.1080/10408398.2015.1077192
38. Marston H. D., Folkers G. K., Morens D. M., Fauci A. S. Emerging viral diseases: confronting threats with new technologies. *Sci. Transl. Med*. 2014;6(253):253ps10. DOI: 10.1126/scitranslmed.3009872
39. Azzopardi-Muscat N., Ricciardi W., Odone A. et al. Digitalization: potentials and pitfalls from a public health perspective. *Eur. J. Public Health*. 2019;29(Supplement_3):1—2. DOI: 10.1093/eurpub/ckz169
40. Fields B. G. Regulatory, legal, and ethical considerations of telemedicine. *Sleep Med. Clin*. 2020;15(3):409—416. DOI: 10.1016/j.jsmc.2020.06.004
41. McKee M., van Schalkwyk M. C.I., Stuckler D. The second information revolution: digitalization brings opportunities and concerns for public health. *Eur. J. Public Health*. 2019;29(Supplement_3):3—6. DOI: 10.1093/eurpub/ckz160
42. Baxter S., Johnson M., Chambers D. et al. The effects of integrated care: a systematic review of UK and international evidence. *BMC Health Serv. Res*. 2018;18(1):350. DOI: 10.1186/s12913-018-3161-3
43. Saint-Pierre C., Herskovic V., Sepúlveda M. Multidisciplinary collaboration in primary care: a systematic review. *Fam. Pract*. 2018;35(2):132—141. DOI: 10.1093/fampra/cmz085
44. Jeschke E., Citak M., Günster C. et al. Are TKAs performed in high-volume hospitals less likely to undergo revision than TKAs performed in low-volume hospitals? *Clin. Orthop. Relat. Res*. 2017;475(11):2669—2674. DOI: 10.1007/s11999-017-5463-x
45. Nimptsch U., Mansky T. Hospital volume and mortality for 25 types of inpatient treatment in German hospitals: observational study using complete national data from 2009 to 2014. *BMJ Open*. 2017;7(9):e016184. DOI: 10.1136/bmjopen-2017-016184
46. Marchildon G. P., Hutchison B. Primary care in Ontario, Canada: new proposals after 15 years of reform. *Health Policy*. 2016;120(7):732—738. DOI: 10.1016/j.healthpol.2016.04.010
47. Bryndová L., Bar M., Herzig R. et al. Concentrating stroke care provision in the Czech Republic: the establishment of Stroke Centres in 2011 has led to improved outcomes. *Health Policy*. 2021;125(4):520—525. DOI: 10.1016/j.healthpol.2021.01.011
48. De Regge M., De Pourcq K., Van de Voorde C. et al. The introduction of hospital networks in Belgium: the path from policy statements to the 2019 legislation. *Health Policy*. 2019;123(7):601—605. DOI: 10.1016/j.healthpol.2019.05.008
49. Dubas-Jakóbczyk K., Albrecht T., Behmane D. et al. Hospital reforms in 11 Central and Eastern European countries between 2008 and 2019: a comparative analysis. *Health Policy*. 2020;124(4):368—379. DOI: 10.1016/j.healthpol.2020.02.003
50. Field R. I., Keller C., Louazel M. Can governments push providers to collaborate? A comparison of hospital network reforms in France and the United States. *Health Policy*. 2020;124(10):1100—1107. DOI: 10.1016/j.healthpol.2020.07.003
51. Rechel B., Džakula A., Duran A. et al. Hospitals in rural or remote areas: An exploratory review of policies in 8 high-income countries. *Health Policy*. 2016;120(7):758—769. DOI: 10.1016/j.healthpol.2016.05.011
52. Polin K., Hjortland M., Maresso A. et al. «Top-Three» health reforms in 31 high-income countries in 2018 and 2019: an expert informed overview. *Health Policy*. 2021;125(7):815—832. DOI: 10.1016/j.healthpol.2021.04.005
53. Böhm K., Schmid A., Götze R. et al. Five types of OECD healthcare systems: empirical results of a deductive classification. *Health Policy*. 2013;113(3):258—269. DOI: 10.1016/j.healthpol.2013.09.003
54. Reibling N., Ariaans M., Wendt C. Worlds of Healthcare: a health-care system typology of OECD countries. *Health Policy*. 2019;123(7):611—620. DOI: 10.1016/j.healthpol.2019.05.001
55. Ekman B., Liem N. T., Duc H. A., Axelson H. Health insurance reform in Vietnam: a review of recent developments and future challenges. *Health Policy Plan*. 2008;23(4):252—263. DOI: 10.1093/heapol/czn009
56. Meng Q., Xu L. Monitoring and evaluating progress towards Universal Health Coverage in China. *PLoS Med*. 2014;11(9):e1001694. DOI: 10.1371/journal.pmed.1001694
57. Yu H. Universal health insurance coverage for 1.3 billion people: what accounts for China's success? *Health Policy*. 2015;119(9):1145—1152. DOI: 10.1016/j.healthpol.2015.07.008
58. Wagstaff A., Lindelow M., Jun G. et al. Extending health insurance to the rural population: an impact evaluation of China's new cooperative medical scheme. *J. Health Econ*. 2009;28(1):1—19. DOI: 10.1016/j.jhealeco.2008.10.007

Поступила 27.02.2023
Принята в печать 28.04.2023

REFERENCES

1. Busse R., Klazinga N., Panteli D. et al. Improving healthcare quality in Europe: characteristics, effectiveness and implementation of different strategies. Brussels; 2019.
2. Nicol E. The ageing population in healthcare: a challenge to, and in, the workforce. *Clin. Med. (Lond)*. 2017;17(4):291—292. DOI: 10.7861/clinmedicine.17-4-291
3. Kroezen M., Van Hoegaerden M., Batenburg R. The joint action on health workforce planning and forecasting: results of a European programme to improve health workforce policies. *Health Policy*. 2018;122(2):87—93. DOI: 10.1016/j.healthpol.2017.12.002
4. Kroezen M., Dussault G., Craveiro I. et al. Recruitment and retention of health professionals across Europe: a literature review and multiple case study research. *Health Policy*. 2015;119(12):1517—1528. DOI: 10.1016/j.healthpol.2015.08.003
5. Tsiachristas A., van Ginneken E., Rijken M. Tackling the challenge of multi-morbidity: actions for health policy and research. *Health Policy*. 2018;122(1):1—3. DOI: 10.1016/j.healthpol.2017.11.011

28. Lei X., Lin W. The new cooperative medical scheme in rural China: does more coverage mean more service and better health? *Health Econ.* 2009;18 Suppl 2:S25—S46. DOI: 10.1002/hecl.1501
29. Somanathan A. T.A., Dao H. L., Hurt K. L. Moving toward universal coverage of social health insurance in Vietnam: assessment and options. Washington; 2014.
30. World Health Organization. Regional Office for the Western Pacific. UHC and SDG country profiles. Viet Nam, Manila; 2018.
31. Jamison D. T., Alwan A., Mock C. N. et al. Universal health coverage and intersectoral action for health: key messages from Disease Control Priorities, 3rd edition. *Lancet.* 2018;391(10125):1108—1120. DOI: 10.1016/S0140-6736(17)32906—9
32. Yip W., Fu H., Chen A. T. et al. 10 years of health-care reform in China: progress and gaps in Universal Health Coverage. *Lancet.* 2019;394(10204):1192—1204. DOI: 10.1016/S0140-6736(19)32136—1
33. Tao W., Zeng Z., Dang H. et al. Towards universal health coverage: lessons from 10 years of healthcare reform in China. *BMJ Glob Health.* 2020;5(3):e002086. DOI: 10.1136/bmjgh-2019-002086
34. Meng Q., Yang H., Chen W. et al People's Republic of China Health system review. Manila; 2015;5(7).
35. Matsushima M., Yamada H. Public health insurance in Vietnam towards universal coverage: identifying the challenges, issues, and problems in its design and organisational practices. *Kokusai Hoken Iryo (Journal of International Health).* 2014;29(4):289—297. DOI: 10.11197/jaih.29.289
36. Mao W., Tang Y., Tran T. et al. Advancing universal health coverage in China and Vietnam: lessons for other countries. *BMC Public Health.* 2020;20(1):1791. DOI: 10.1186/s12889-020-09925-6