

УДК 330

Л. А. Габеева, О. В. Кожеева

Российская академия народного хозяйства и государственной службы при Президенте Российской Федерации, г. Москва, email: gabueva@ranepa.ru

ЭМПИРИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ЗАРУБЕЖНЫХ СИСТЕМ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Ключевые слова: здравоохранение, социальная защита населения, социальное медицинское страхование, государственное регулирование, лучшие практики, зарубежный опыт.

Глобальный риск последних двух лет – это риск, связанный со здоровьем людей, пандемией и устойчивостью систем здравоохранения к новым внешним вызовам. Авторы статьи отмечают актуальность развития систем социальной защиты в условиях пандемии COVID-19, в том числе медицинского социального обеспечения для любой страны мира, как общественного блага и комплекса национальных гарантий. Целью исследования является обобщение опыта функционирования систем здравоохранения и медицинского страхования в следующих странах – Республика Казахстан, Израиль и США. Представлены особенности национальных систем здравоохранения, включая основную нормативную базу регулирования медицинского страхования граждан. Выявлены категории граждан и условия, на которых предоставляется государственное медицинское страхование. Обращается внимание, что различное медицинское страхование обеспечивает разные уровни финансовой защиты граждан.

L. A. Gabueva, O. V. Kozhevina

Russian Academy of National Economy and Public Administration under the President of the Russian Federation, Moscow, email: gabueva@ranepa.ru

AN EMPIRICAL RESEARCH OF FOREIGN HEALTH CARE SYSTEMS

Keywords: health care, social protection of the population, social health insurance, government regulation, best practices, foreign experience

The global risk of the past two years is the risk associated with human health, pandemic and the resilience of health systems to new external challenges. The authors of the article note the relevance of the development of social protection systems in the context of the COVID-19 pandemic, including medical social security for any country in the world, as a public good and a set of national guarantees. The aim of the study is to summarize the experience of the functioning of health care and health insurance systems in the following countries – the Republic of Kazakhstan, Israel and the United States. The features of national health care systems, including the main regulatory framework for the regulation of health insurance of citizens, are presented. The categories of citizens and the conditions under which state health insurance is provided have been identified. Attention is drawn to the fact that different health insurance provides different levels of financial protection for citizens.

Одним из ключевых факторов социального медицинского страхования в ведущих странах мира является стремление к всеобщему охвату населения медицинскими услугами (особенно первичного звена здравоохранения), доступности, причем не только на уровне каждой отдельной страны, но и в межрегиональном (межстрановом) глобальном аспекте [1].

В Странах ЕС (Европейский Союз) и ОЭСР (Организация экономического сотрудничества и развития) действует ряд правил и регламентов для получения населением медицинских услуг для стран-участниц альянсов. По странам ОЭСР, в среднем, на 75 % финансирование здравоохранения государ-

ственное [2]. Следует иметь в виду, что в состав стран-участниц входят страны как развитые, так и развивающиеся, с высоким или низким доходом на душу населения. Важную социально-экономическую и руководящую роль должны играть правительства стран, чтобы способствовать переходу к всеохватному социальному медицинскому страхованию. Социальное медицинское страхование – один из основных методов финансирования здравоохранения.

Объекты и методы исследования

Объектом исследования являются национальные системы здравоохранения и государственных страховых ме-

медицинских гарантий. Методологическая база исследования представлена системным и комплексным подходами, позволяющими рассмотреть элементы государственной страховой медицины, провести обобщение по приоритетным задачам ее развития на национальном уровне, а также выявить категории граждан, имеющих право на социальное медицинское страхование.

В качестве объектов анализа и оценки выбраны системы здравоохранения и социальной защиты граждан в Республике Казахстан, Государстве Израиль и Соединенных Штатах Америки.

Эмпирический метод исследования позволяет определить характерные особенности национальных систем здравоохранения, изучить динамику их развития и трансформации основных элементов на протяжении определенного временного периода и использованием таких инструментов как наблюдение, сравнение и сопоставление, обобщение и выявление лучших практик.

Результаты и их обсуждение

Рассмотрим опыт обязательного медицинского страхования в Республике Казахстан [3].

Систем здравоохранения в Казахстане базируется на принципах: межведомственное сотрудничество; управление финансированием и реализация «деньги следуют за больным»; укрепление материально-технического обеспечения медицинских организаций; развитие первичного звена; развитие высокоспециализированной помощи во всех регионах Республики Казахстан; стандартизация технологий и диагностики лечения; широкая доступность медицинских услуг; увеличение продолжительности жизни. В Казахстане разработана и функционирует Единая национальная система здравоохранения. Казахстанская модель системы здравоохранения является социально ориентированной [4, 5]. Система республиканского обязательного медицинского страхования внедрена в 2017 году и основана на равном доступе всех застрахованных к пакету страховых (гарантированных) услуг. При этом при обращении за помощью по обязательному социальному медицинскому страхованию (ОСМС) пациента не ограничи-

вают в объеме и стоимости медицинских услуг. Обязательное социальное медицинское страхование – это комплекс правовых, экономических и организационных мер по оказанию медицинской помощи потребителям медицинских услуг за счет активов фонда социального медицинского страхования [6].

Фонд социального медицинского страхования – некоммерческая организация, производящая аккумулирование отчислений и взносов, а также осуществляющая закуп и оплату услуг субъектов здравоохранения, оказывающих медицинскую помощь в объемах и на условиях, предусмотренных договором закупа медицинских услуг, и иные функции, определенные законами Республики Казахстан. Согласно ст. 18 Закона, фонд является некоммерческой организацией в организационно-правовой форме акционерного общества, единственным учредителем и акционером которого является Правительство Республики Казахстан.

В п. 4. Ст. 19 Закона об ОСМС Республики Казахстан регламентированы виды деятельности Фонда социального медицинского страхования, технологически связанные с государственной монополией:

- 1) ведение учета потребителей медицинских услуг в рамках обязательного социального медицинского страхования,
- 2) ведение учета субъектов здравоохранения, осуществляющих оказание медицинской помощи в системе обязательного социального медицинского страхования,
- 3) управление проектом по созданию и развитию информационной системы и электронных информационных ресурсов системы обязательного социального медицинского страхования.

Источниками финансирования системы обязательного социального медицинского страхования (ст. 25), в основном, являются отчисления, взносы, пеня, полученная за просрочку уплаты отчислений и (или) взносов, и инвестиционный доход.

Категории граждан, имеющие право на социальное медицинское страхование в Казахстане: дети; лица, зарегистрированные в качестве безработных; неработающие беременные женщины;

неработающее лицо (один из законных представителей ребенка), воспитывающее ребенка (детей) до достижения им (ими) возраста трех лет, за исключением лиц, отбывающих наказания; лица, находящиеся в отпусках в связи с беременностью и родами, усыновлением (удочерением) новорожденного ребенка (детей), по уходу за ребенком (детьми) до достижения им (ими) возраста трех лет; неработающие лица, осуществляющие уход за ребенком-инвалидом; неработающее лицо, осуществляющее уход за инвалидом первой группы с детства; получатели пенсионных выплат, в том числе ветераны Великой Отечественной войны; лица, отбывающие наказание по приговору суда в учреждениях уголовно-исполнительной (пенитенциарной) системы (за исключением учреждений минимальной безопасности); лица, содержащиеся в следственных изоляторах; неработающие кандасы; многодетные матери; инвалиды; лица, обучающиеся по очной форме обучения в организациях среднего, технического и профессионального, после среднего, высшего образования, а также послевузовского образования; неработающие получатели государственной адресной социальной помощи.

3 % работодатель отчисляет в Фонд обязательного социального медицинского страхования (ст. 27 Закона, с 01.01.2022 г), самостоятельные плательщики, в том числе индивидуальные предприниматели, производят отчисления в размере 5 %.

Порядок рассмотрения жалоб на медицинские услуги, закупаемые Фондом обязательного социального медицинского страхования Закон не определяет.

Государство гарантирует бесплатную медицинскую помощь в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи (ГОВМП). Согласно постановлению Правительства РК от 16 октября 2020 года № 672 в нее входят следующие услуги:

1) **скорая и неотложная медицинская помощь**, включая санитарную авиацию, а также услуги мобильной бригады при заболеваниях, вызывающих ухудшение эпидемиологической ситуации в стране);

2) **обслуживание в поликлиниках** (диагностика, лечение и управление наиболее распространенными заболеваниями, скрининги для целевых групп населения, наблюдение беременности, профилактические прививки;

3) **диагностика и лечение** при социально-значимых заболеваниях (туберкулез, ВИЧ и др.), хронических заболеваниях (диабет, артериальная гипертензия, вирусный гепатит, ревматоидный артрит и др.); **медицинская помощь** в стационарозамещающих и стационарных условиях в порядке, определяемом уполномоченным органом (в том числе при изоляции лиц, находившихся в контакте с больным инфекционным или паразитарным заболеванием, представляющим опасность для окружающих); **обеспечение лекарственными средствами** при оказании специализированной помощи, а также в соответствии с перечнем заболеваний, против которых проводятся профилактические прививки. Кроме того, получить лекарства на бесплатной основе могут категории граждан, состоящие на диспансерном учете по определенным заболеваниям и состояниям.

Люди, имеющие статус застрахованности в системе ОСМС, получают расширенный доступ к медицинской помощи в пакете обязательного социального медицинского страхования. Согласно постановления Правительства РК от 20 июня 2019 года № 421, в пакет ОСМС входят следующие медицинские услуги: специализированная медицинская помощь в амбулаторных условиях (профилактические медицинские осмотры; прием и консультации врачей узкого профиля по направлению участкового врача; динамическое наблюдение профильными специалистами лиц с хроническими заболеваниями; оказание стоматологической помощи в экстренной и плановой форме отдельным категориям населения по перечню, утвержденному уполномоченным органом; диагностические услуги, в том числе лабораторная диагностика (УЗИ, рентген, КТ, МРТ); специализированная, в том числе высокотехнологичная, стационарная медицинская помощь (в плановой и экстренной форме, в том числе проведение лечебно-диагностических мероприятий в приемном отделе-

нии круглосуточного стационара); медицинская реабилитация; обеспечение лекарственными средствами при оказании специализированной медицинской помощи в стационарных и стационаро-замещающих условиях, а также в амбулаторных условиях в соответствии с утвержденным уполномоченным органом перечнем медицинских изделий для отдельных категорий граждан с определенными заболеваниями.

Медицинское страхование в США включает совокупность программ, помогающих (направленных) оплачивать медицинские расходы [7]. Медицинское страхование в США имеет сложную и развитую структуру. Если имеется в виду система государственного медицинского страхования, то она предполагает социальное страхование или программу социального обеспечения, финансируемую правительством. Термин «медицинское страхование» используется для описания любой формы страхования, обеспечивающей защиту от затрат на медицинские услуги [8]. В дополнение к страхованию медицинских расходов, «медицинское страхование» направлено на покрытие расходов, связанных с инвалидностью, долгосрочным медсестринским или опекуном обслуживанием. Различное медицинское страхование обеспечивает разные уровни финансовой защиты, а объем страхового покрытия может широко варьироваться. Закон о доступном медицинском обслуживании (The Affordable Care Act, ACA) [9], официально известный как «Закон о защите пациентов и доступном медицинском здравоохранении», известный как Obamacare, является федеральным законом США.

Закон «Obamacare» преследует три основные цели – широкая доступность медицинского страхования, расширение действующих программ медицинского страхования и поддержка инновационных методов оказания медицинской помощи. Рассмотрим аспекты, касающиеся изменений в медицинском страховании населения США.

Широкая доступность для населения США медицинского страхования. Закон предоставляет потребителям субсидии («налоговые льготы»), которые снижают расходы для людей с доходом

от 100% до 400% от федерального уровня бедности (FPL) для покупки частных планов страхования на рынке медицинского страхования. Примечание: если доход лица превышает 400% FPL, право на получение дополнительной налоговой льготы в 2021 году сохраняется (индивидуальный семейный план Health Insurance Marketplace® в связи с чрезвычайной ситуацией, связанной с коронавирусом 2019 COVID-1). Кроме того, на изменение семейного плана покрытия (налоговой льготы) влияют 4 жизненных обстоятельства – женитьба (замужество), рождение ребенка, развод или юридическое раздельное проживание, смерть кого-либо из участников плана. При смене места жительства (за исключением отпуска и лечения), лицо должно доказать, что у него была соответствующая медицинская страховка на один или несколько дней в течение 60 дней до переезда. Особые жизненные обстоятельства, дающие право на налоговые льготы по медицинскому страхованию – получение членства в признанном на федеральном уровне племени или получение статуса акционера корпорации согласно Закону об урегулировании претензий коренных жителей Аляски (ANCSA); получение нового права на покрытие Marketplace, поскольку вы стали гражданином США; выход из заключения; начало или окончание службы в качестве члена AmeriCorps State и National, VISTA или NCCC [10]. Потери страхового покрытия, которые могут дать вам право на особый период регистрации на Marketplace®: потеря страхового покрытия на основе работы; потеря индивидуального медицинского страхования по плану или полису, который приобретен самостоятельно лицом; утрата права на участие в программе Medicaid или Children's Health Insurance Program (CHIP, для детей); утрата права на участие в программе Medicare; потеря страхового покрытия через члена семьи. Работодатель может участвовать в страховом покрытии. Лицо может претендовать на Особый период регистрации на Marketplace®, если он сам или кто-либо из членов его семьи недавно получили доступ к индивидуальному страховому покрытию (HRA) или Соглашению о возмещении медицинских расходов

для квалифицированных малых работодателей (Qualified Small Employer Health Reimbursement Arrangement, QSEHRA) в течение последних 60 дней.

Расширение программы Medicaid, чтобы охватить всех взрослых в возрасте 18-65 лет с доходом ниже 138% от FPL, независимо от возраста, семейного положения или состояния здоровья (прим. не все штаты расширили свои программы Medicaid для охвата всех людей с семейным доходом ниже определенного уровня FPL, поскольку расширение программы в штатах по постановлению Верховного суда США добровольно). Если доход семьи ниже 133 % федерального уровня бедности, вы имеете право на участие. Из-за метода расчета он составляет 138% от федерального уровня бедности. В нескольких штатах используется другой предел дохода [11]. Если в конкретном штате не расширена программа Medicaid, и доход гражданина ниже федерального уровня бедности, то нет права на участие в программе Medicaid.

Если отсутствует формальное право на получение страхового покрытия Medicaid, лицо вправе получить помощь в ближайшем общественном центре здоровья (Community Health Center). Законодательство о здравоохранении расширило финансирование общественных центров здоровья, оказывающих первичную помощь американцам. Центры здоровья предоставляют услуги по скользящей шкале в зависимости от вашего дохода, что позволяет получить доступный и недорогой уход в районе проживания. В октябре 2020 года авторы отдела здравоохранения обобщили результаты нескольких исследований, согласно которым более высокий уровень смертности незастрахованных [12]. Из-за пандемии, потери работы и страховки, снижения доходов населения прогнозируется дальнейший рост смертности в США незастрахованных [13].

Страховая защита в США должна соответствовать определенным минимальным требованиям в качестве базовой страховки (бронзовый тариф) и может быть приобретена в различных версиях только на регулируемых государством онлайн-биржах, так называемых «рынках медицинского страхования»

(«health insurance marketplaces»), в течение определенных периодов времени [14]. Параметры медицинской страховки в США – страховые взносы, франшиза, совместное страхование, доплата, лимит на собственные расходы. Медицинская страховка в зависимости от рынка услуг делится на несколько видов, некоторые страховые компании поощряют лояльность определенным сетям клиник, аптекам, производителям лекарственных препаратов, а другие поощряют более свободный выбор. Следует отметить, что как таковое рейтингование медицинских клиник на статус «лучшая» не отмечается как значимый критерий при предоставлении страховки. Вне зависимости от тарифного плана и места жительства (штата проживания) человека, всегда имеется выбор из таких тарифов как:

а) эксклюзивный поставщик услуг – использование страховки с получением услуг определенной сети клиник и определенных специалистов,

б) организация по поддержке здоровья – застрахованные вправе обращаться к медицинским организациям, заключившим договор с организацией по поддержке здоровья,

в) баллы за услугу – застрахованный не ограничен в выборе лечебных организаций, но платит меньше за медицинские услуги «сети» и нужно направление терапевта (ведущего доктора) к другим врачам,

г) предпочтительный поставщик услуг – возможность пользоваться медицинскими услугами любых лечебных организаций (без направления терапевта), но затраты за пользование услугами организациями, с которыми заключены договоры со страховой компаний будут ниже [15].

Поддержка инновационных методов оказания медицинской помощи, направленных на снижение затрат на систему здравоохранения в целом широко представлена в США. Больницам и другим поставщикам медицинских услуг возмещается стоимость оказания некомпенсированной помощи через федеральную программу компенсационных фондов. Каждый штат принимает законодательство, регулирующее возмещение средств поставщикам услуг. Например, в Нью-

Гэмпшире, по закону, возмещаемые некомпенсированные расходы по уходу включают: расходы на благотворительную помощь, любую часть расходов на лечение пациентов по программе Medicaid, которые не возмещаются платежами по программе Medicaid.

В США законодательство о здравоохранении предоставляет права и обеспечивает защиту прав застрахованных [16]. На основании этого, можно сформулировать основные принципы медицинского страхования в США – справедливость, доступность, понятность (ясность), вариативность, социальность [17]. Некоторые права и методы защиты применяются к планам на рынке медицинского страхования (Health Insurance Marketplace®) или к другому плану индивидуальному страхованию, который выбирает человек вне системы государственного или при наличии более высокого дохода. Внедряются цифровые технологии в здравоохранении [18].

В Израиле право на социальное медицинское обслуживание имеют все жители страны [19]. Финансирование здравоохранения в **Израиле** осуществляется посредством прогрессивного налога на здравоохранение, собираемого Службой национального **страхования** и **государственного** бюджета [20]. Житель Израиля, не записанный в одной из больничных касс, обязан записаться в одну из больничных касс на свой выбор. Можно переходить из одной больничной кассы в другую только дважды в течение 12-месячного срока. Застрахованный имеет право на получение полного спектра услуг, входящих в корзину здравоохранения и положенных ему, от кассы, из которой он переходит, до вступления перехода в силу. Ребёнок младше 18 лет обязан быть членом больничной кассы, в которой состоит один из его родителей. В больничную кассу можно записаться в почтовых отделениях. Необходимо принести с собой удостоверение личности для проверки вашего права на запись в больничную кассу. В некоторых случаях может потребоваться запись в Ведомстве национального страхования.

Родители, застрахованные в разных больничных кассах, желающие, чтобы их ребёнок был записан в больничной кассе, в которой застрахован родитель,

не получающий пособие на ребёнка, должны подать бланк о переводе ребёнка в другую больничную кассу, подписанный ими обоими, в одно из отделений почтового ведомства. После достижения 18 лет, страхователи продолжают оставаться в больничной кассе, в которой они были застрахованы до этого. Важно удостовериться, что членство в больничной кассе по-прежнему действительно. Если страхователь запишется на переход в другую больничную кассу в возрасте 18 до 18,5 лет, он станет членом новой больничной кассы немедленно (а не в период перехода).

Отдельно на сайте Министерства здравоохранения Израиля возможно получить полную информацию по программе «все здоровье» – это система для информирования и проверки всех медицинских прав, в том числе в отношении медицинского страхования и здравоохранения в Израиле.

Услуги в сфере здравоохранения предоставляются солдатам на срочной и на сверхсрочной службе Армией обороны Израиля. Демобилизованные солдаты будут оставаться членами больничной кассы, в которой они состояли до призыва в армию. Важно удостовериться в больничной кассе, что членство по-прежнему действительно.

Жалобы на поведение персонала и медицинскую халатность рассматриваются Инспектором по вопросам жалоб касательно медицинского персонала [21]. Инспектор, ответственный за рассмотрение жалоб касательно медицинского персонала, рассматривает жалобы относительно клинических вопросов, когда существует подозрение, что какой-либо медицинский орган (организация) или человек, работающий в общественном или в частном медицинском учреждении (врач, медсестра, акушерка, гериатрическое заведение, клиника душевного здоровья и т.д.) ведёт себя неэтично или отклоняется от профессиональных стандартов. Жалобы поступают от населения, и мы рассматриваем также обращения, поступающие от иных источников, как, например, от сотрудников Министерства здравоохранения, полиции и прокуратуры. Помимо этого, также рассматриваются дела, в отношении которых поданы гражданские иски, и даже

сообщения в прессе. Отдельное внимание уделяется жалобам на специалистов в сфере стоматологии, и в сфере психологии. Сферы обращений посредством жалобы уполномоченному по вопросам нарушений медицинского персонала: 1) подача жалобы в комиссию по рассмотрению фактов введения в заблуждение; 2) подача жалобы на медицинско-косметологические услуги, медицинские технологии, не одобренные (не утвержденные) ведомствами по здравоохранению; 3) подача жалобы на публикации в СМИ о медицинской деятельности, по медицинским вопросам; 4) подача жалобы на товары для здоровья, пищевые добавки, гомеопатические препараты, медицинская продукция и технологии.

Выводы

На основании проведенного исследования сформулируем следующие выводы.

1. Уровень социально-экономического развития страны взаимосвязан с существующей системой здравоохранения, использованием разных форм получения медицинских услуг, как государственной медицины, так и частной. В странах, которые рассматривались объектом эмпирического анализа, сочетание государственной и негосударственной медицины доминирует в части страховой гарантированной медицины, что свидетельствует о реализации

принципа доступности для всех граждан (населения) стран.

2. Системы обязательного медицинского страхования разные, включая организацию и управление финансированием. Реализуются различные планы страхового покрытия получаемых медицинских услуг, отличаются базовые гарантированные объемы медицинской помощи по странам. Общим является то, что обязательное медицинское страхование обычно покрывает вакцинации, все процедуры, проводимые врачом, но врачи должны информировать своих пациентов о том, покрываются ли предоставляемые услуги. Также покрываются услуги, назначенные врачом и предоставляемые другими назначенными специалистами, т.е. гарантированный перечень услуг амбулаторных и стационарных медицинских услуг.

3. Развитие здравоохранения на современном этапе осуществляется в условиях глобальных вызовов и угроз глобального характера, вызванных пандемией коронавируса. Вопросы развития здравоохранения решаются в рамках политических решений. Однако, социальная задача здравоохранения – обеспечение доступности и высокого качества медицинских услуг независимо от территорий, устранение неравенства в получении базовых пакетов медицинской помощи.

Библиографический список

1. The Global Risks Report 2021. 16th Edition. World Economic Forum. Cover artwork: Patrik Svensson. 2021. 96 p.
2. Daley C., Gubb J. Healthcare Systems: Switzerland. 2011. [Электронный ресурс]. URL: <https://civitas.org.uk/content/files/switzerland.pdf> (дата обращения: 20.10.2021).
3. Нурмуханбетов Р.Н. Принципы и подходы новой организации здравоохранения Республики Казахстан // Наука и новые технологии. 2009. № 4. С. 95-99.
4. Вахитов Ш.М. Общественное здравоохранение: роль и место в современной системе здравоохранения // Казанский медицинский журнал. 2000. № 1. С. 1-3.
5. Жакенова С.Р., Гучияев А.М. Состояние и перспективы развития здравоохранения Республики Казахстан // Вестник КГМА им. И.К. Ахунбаева. 2016. № 5. С. 22-27.
6. Маркелова М.А. Обязательное медицинское страхование как рычаг развития здравоохранения в Казахстане // Статистика, учет и аудит. 2017. № 2 (65). С. 196-201.
7. Бихмухаметов И.А. Зарубежная система здравоохранения (США) // NovaInfo. 2016. Т.4. № 47. С. 308-311.
8. US Census Bureau, CPS Health Insurance Definitions. Archived May 5, 2010, Wayback Machine.
9. Affordable Care Act (ACA). [Электронный ресурс]. URL: <https://www.healthcare.gov/glossary/affordable-care-act/> (дата обращения 25.10.2021).

10. More qualifying changes. [Электронный ресурс]. URL: <https://www.healthcare.gov/coverage-outside-open-enrollment/special-enrollment-period/> (дата обращения: 30.10.2021).
11. Medicaid expansion & what it means for you. [Электронный ресурс]. URL: <https://www.healthcare.gov/medicaid-chip/medicaid-expansion-and-you/> (дата обращения: 21.10.2021).
12. Health Insurance Coverage: Early Release of Estimates From the National Health Interview Survey, January–June 2020. by Robin A. Cohen, Ph.D., Emily P. Terlizzi, M.P.H., Amy E. Cha, Ph.D., M.P.H., and Michael E. Martinez, M.P.H., M.H.S.A. Division of Health Interview Statistics, National Center for Health Statistics. U.S. Department of Health and Human Services. Centers for Disease Control and Prevention. National Center for Health Statistics. Released 2. 2021. 20 p. [Электронный ресурс]. URL: <https://www.cdc.gov/nchs/data/nhis/earlyrelease/insur202102-508.pdf> (дата обращения: 24.10.2021).
13. Gaffney A. How Much Has the Number of Uninsured Risen Since 2016-And At What Cost to Health and Life? [Электронный ресурс]. URL: <https://www.healthaffairs.org/doi/10.1377/hblog20201027.770793/full/> (дата обращения: 24.10.2021).
14. The American Health Insurance System. [Электронный ресурс]. URL: <https://www.watchmcraft.com/health-insurance/> (дата обращения: 29.10.2021).
15. Медицинская страховка в США. Особенности и варианты. [Электронный ресурс]. URL: https://meet-usa.com/ru/article/medicinskaya_strahovka_ssha_2019/ (дата обращения 29.10.2021).
16. Барышев П.М., Тюрина И.В. Шимановский Н.Л. Жихарева Л.В. Вопросы реформирования здравоохранения: международный опыт для США и России // Клиническая геронтология. 2010. Т.16. № 9. С. 9-10.
17. Аксенов В.А., Власов В.В. Реформа здравоохранения в США // Доказательная медицина и клиническая эпидемиология. 2009. Т. 2. № 3. С. 20-33.
18. Куракова Н.Г. Роль и место информатизации в реформе здравоохранения США // Врачи и информационные технологии. 2009. № 2. С. 28-29.
19. Полищук А.И., Супрунок А.А. Особенности финансирования сферы здравоохранения в Израиле // Современные научные исследования и разработки. 2018. № 3 (20). С. 458-461.
20. Алексеев В.А. Здравоохранение Израиля // Медицинские новости. 2011. № 4. С. 72-76.
21. Министерство здравоохранения Израиля. Подача жалобы инспектору, ответственному за рассмотрение жалоб касательно медицинского персонала. [Электронный ресурс]. URL: https://www.health.gov.il/Russian/UnitsOffice/HD/HQD/Pages/Public_Ombudsman_medical_professions.aspx (дата обращения: 31.10.2021).