

РЕФОРМА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ США ГЛАЗАМИ БЕЛОРУСОВ: ЗАКОН «О ЗАЩИТЕ ПАЦИЕНТОВ И ДОСТУПНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ». СООБЩЕНИЕ 2

¹ В.С.Караник, ² А.М.Дзядзько, ³ М.Ю.Масюк, ⁴ И.И.Новик

¹ УЗ «Минский городской клинической онкологический диспансер»,
г. Минск, Республика Беларусь

² РНПЦ трансплантации органов и тканей УЗ «9-я городская клиническая больница»,
г. Минск, Республика Беларусь

³ Управление здравоохранения Могилевского облисполкома,
г. Могилев, Республика Беларусь

⁴ РНПЦ медицинских технологий, информатизации, управления и экономики здравоохранения,
г. Минск, Республика Беларусь

Во втором сообщении освещены основные проблемы американского здравоохранения (неконтролируемый рост расходов, высокая доля незастрахованных граждан, низкая степень доступности специализированной медицинской помощи для незастрахованных, дезинтеграция процесса оказания медицинской помощи и т.п.), обусловившие необходимость проведения общенациональной реформы системы здравоохранения (Health Care Reform, или ObamaCare). Представлены основные положения, цели и механизмы реализации реформы ObamaCare. Указаны сроки реализации отдельных мероприятий в рамках ObamaCare, приведено мнение различных представителей американского общества, в том числе, врачей и функционеров, занятых в сфере управления медицинским бизнесом (государственным и негосударственным), о проводимых реформах. Отмечено, что для здравоохранения Республики Беларусь может быть полезен следующий опыт организации оказания медицинской помощи в США: создание «медицинского дома» в сельских районах, то есть оказание «под одной крышей» первичной медицинской, социальной, психогигиенической и других видов помощи; организация работы передвижных амбулаторий для улучшения доступности медицинской помощи в малонаселенных сельских районах; расширение нагрузки по ведению пациентов медицинскими сестрами; оплата поставщиков медицинских услуг в зависимости от результата и качества медицинской помощи (индикаторы качества); оптимизация коечного фонда стационаров и расширение оказания медико-социальной помощи; оказание помощи в больницах долгосрочного пребывания.

Основные проблемы – почему понадобилось реформирование?

Рост расходов на систему здравоохранения. Как указывалось в нашем предыдущем сообщении [1], Соединенные Штаты Америки – обладатели самой дорогой системы здравоохранения в мире, как в абсолютных цифрах, так и в соотношении с валовым внутренним продуктом (ВВП) на душу населения.

Расходы на систему здравоохранения вошли в стадию неконтролируемого роста и составили в 2010 г. 17,5% ВВП, в отличие от стран Евросоюза, где они в среднем составляют 8,3% ВВП (для примера, расходы на здравоохранение в США в 2 раза превышают расходы на здравоохранение в Швейцарии, идущей на 2-м месте по этому показателю). Так, только в 2012 г. США потратили на здравоохранение 2,6 триллиона долларов, что составляет около 8000 долларов на одного человека. Ожидается, что к 2017 г.

доля ВВП, выделяемого на здравоохранение, составит в США 19,5%.

В течение последних 30 лет увеличение расходов на здравоохранение происходит, в основном, за счет правительственных программ Medicare и Medicaid. Сегодня данные страховые программы, из которых оплачивается медицинская помощь пенсионерам и малообеспеченным гражданам, составляют самую большую статью расходов федерального правительства – 1,2 трлн долл. в год. Постоянно растущая стоимость Medicare и Medicaid служит одной из причин дефицита бюджета США: в 2012 г. дефицит по основным государственным программам Medicare и Medicaid составил более 1 млрд долл. США.

Государство почти не вмешивается в свободный рынок финансирования здравоохранения через систему добровольного медицинского страхования и не регулирует рынок предоставления медицинских услуг и лекарств по цене (исключение – оплата поставщиков медицинских услуг че-

рез систему государственного медицинского обеспечения).

Свободная конкуренция медицинских центров привела, с одной стороны, к тому, что несомненным достижением здравоохранения США является высокая инновационность используемых медицинских технологий и лекарственных средств практически на всех уровнях оказания медицинской помощи. Но, с другой стороны, отданная в частные руки медицина, хотя и отвечает американским идеалам, но на деле оказывается непомерно дорогой.

Высокая доля незастрахованных граждан. Высокие страховые взносы в систему добровольного медицинского страхования являются препятствием для страхования ряда категорий населения, поэтому в США насчитывается около 50,7 миллионов незастрахованных граждан, что составляет 16,7% населения.

Проблема с наличием незастрахованных граждан в США уже сегодня приводит к серьезным последствиям: около 20 тыс. смертей (0,8% всех смертей за год) связаны с отсутствием у граждан медицинской страховки, 70% банкротств в США связаны с необходимостью оплаты счетов за лечение при отсутствии медицинского страхования.

В результате, растущие расходы на оплату медицинской помощи вынуждают страховые компании увеличивать цены на добровольное медицинское страхование, а поставщики медицинских услуг, оказывая медицинскую помощь тем, кто не может за нее заплатить, вынуждены поднимать тарифы на свои услуги. Чтобы покрыть расходы на медицинское страхование своих работников, работодатели вынуждены выбирать: оплачивать эти завышенные тарифы, сокращать объем страховки, снизить заработную плату работникам или просто оставить часть работников без страховки. Таким образом, прямо или косвенно происходит перекладывание расходов на медицинское страхование на плечи самих работников или снижение уровня оплаты их труда. Это приводит к тому, что покрытие затрат на медицинские услуги незастрахованным осуществляется из средств застрахованных. Таким образом, круг замыкается, и поддерживаются условия для постоянного роста тарифов на медицинскую помощь.

Доступность помощи. Налицо существенные различия в доступности к медицинской помощи незастрахованных граждан. Реально доступ к медицинской помощи у этой категории населения есть, но он существенно ограничен. В муниципальных учреждениях здравоохранения имеется базовый набор медицинских услуг, перечень которых ограничен по сравнению с предоставляемыми застрахованным лицам. Например, при поступлении незастрахованного больного с сахарным диабетом

с неотложным состоянием ему будет оказана только экстренная помощь без дальнейшей консультации и наблюдения эндокринолога, назначения лечения и мероприятий, направленных на профилактику известных осложнений диабета.

В первом сообщении [1] приведены данные, свидетельствующие о том, что, несмотря на высокие расходы, общий уровень здоровья населения США ниже, чем в «старых» странах ЕС, имеющих более скромные расходы в данной сфере. И это связано с тем, что наряду с несомненными достижениями американской медицины имеются и серьезные проблемы, ставящие под сомнение общую эффективность системы.

Дезинтеграция (отсутствие преемственности) процесса оказания медицинской помощи пациентам – еще одна важная проблема сегодняшнего здравоохранения в США. Она связана со свободным выбором пациентами врачей общей практики и стационаров, а также отсутствием единых стандартов лечения на всех этапах и уровнях оказания медицинской помощи. Это приводит к излишним и повторным назначениям, ненужным исследованиям, а также в целом затрудняет эффективную организацию процесса оказания медицинской помощи. Подсчитано, что до 1/3 средств, затрачиваемых на здравоохранение расходуется неэффективно, а от 3 до 10% средств преднамеренно растрачиваются впустую.

Таким образом, американским обществом признается, что существующая система здравоохранения является дорогостоящей и недостаточно эффективной, но общего рецепта ее «починки», как образно заметил один из наших американских лекторов, пока не найдено.

Попытка провести реформу здравоохранения в 1990-х годах правительством демократов во главе с президентом Клинтоном встретила ожесточенный отпор. Мощное лобби страховых компаний, республиканское крыло Конгресса отклонили закон, и реформа захлебнулась, не начавшись.

В условиях новых экономических и политических реалий в 2010 г. правительство демократов подготовило программу реформирования системы здравоохранения и соответствующий закон «О защите пациентов и доступности медицинской помощи» (Patient Protection and Affordable Care Act – РРАСА). Этот закон был принят демократической фракцией Конгресса США и подписан президентом Бараком Обамой. Однако его принятие встретило серьезное противодействие со стороны партии республиканцев и вызвало широкую дискуссию в обществе. Несмотря на то, что, как неоднократно шутили наши лекторы, 80% американцев ориентируются в тонкостях проводимой рефор-

мы весьма и весьма туманно, предлагаемые изменения вызвали у них серьезное беспокойство.

Профессор университета Дж.Вашингтона Стивен Б. в своей лекции «Обзор системы федерализма в США» подчеркнул, что американцы в принципе с подозрением относятся к федеральной власти, считая, что любая законодательная инициатива направлена на ограничение их личной свободы. Многие из них полагают, что введение государственного регулирования цен на медицинские услуги, введение обязательного поголовного страхования и других мер вмешательства государства в стране свободного предпринимательства может привести к национализации здравоохранения и социализму. Кроме того, обеспеченные члены общества, особенно представители среднего класса, посчитали, что они должны дополнительно покрывать стоимость медицинского страхования незастрахованным из своего кармана.

Однако, несмотря на сопротивление, в июне 2012 г. Верховный суд США принял положительное решение по одной из наиболее важных норм Закона – обязательности наличия медицинской страховки у каждого гражданина США. Эта норма вступила в силу с 2013 г.

В чем же суть предлагаемых реформ? Основные положения реформы здравоохранения США 2010 г.

Закон ОбамеCare, как его называют американцы, подразумевает:

- обязательное страхование всех граждан страны вне зависимости от состояния здоровья;
- регулирование тарифов страховых взносов и объемов страховки;
- создание рынка страховых полисов и компаний;
- государственный контроль цен на медицинские услуги и качества медицинской помощи.

Основные цели реформы:

увеличить охват населения медицинским страхованием и, тем самым, увеличить доходную базу системы, уменьшить процент пациентов, которым медицинская помощь представляется без последующего возмещения расходов;

принять меры по ограничению расходов на медицину путем повышения заинтересованности страховых компаний и первичного звена в профилактических мероприятиях, усилению контроля за обоснованностью объемов медицинских услуг, ограничения их стоимости;

повысить доступность медицинской помощи, в первую очередь, первичной и плановой и программ профилактики, и, тем самым, улучшить показатели здоровья в целом по стране. Расширяя сеть первичных медицинских учреждений уменьшить

неравенство доступа к качественной первичной медицинской помощи.

Механизмы реализации

1. Развитие системы обязательного медицинского страхования для всего населения.

Введение поголовного обязательного страхования всех граждан страны вне зависимости от состояния здоровья и назначение штрафных санкций при отсутствии страховки.

Страховка покупается гражданином самостоятельно в том случае, если она составляет не более 8% его ежегодного дохода; если же гражданин не страхуется, то на него накладывается штраф в размере 695 долларов на 1 человека или 2085 долларов на семью. Исключение из этого правила: американские индейцы; те, кто утратил страховку в пределах 3-х месяцев до начала действия закона (01.01.2014 г.); заключенные; нелегальные мигранты и те, кто должен для этого потратить на страхование более 8% своего дохода (то есть имеющие доход ниже прожиточного минимума).

И еще: если человек испытывает серьезные финансовые проблемы (персональное банкротство, содержание больного близкого родственника и другие обстоятельства – financial hardship), его не будут штрафовать за то, что он не приобрел медицинскую страховку [2].

При этом увеличивается количество граждан, которые включаются в программу Medicaid. Право на эту страховку будут иметь граждане и семьи с уровнем дохода 133% и менее по отношению к зарегистрированному уровню бедности (Federal Poverty Level – FPL) (ранее – менее 100% FPL) и граждане, у которых стоимость страховки превышает 8% дохода.

Для граждан и семей с уровнем дохода более 133%, но менее 400% уровня бедности предусмотрены субсидии и налоговые льготы. Размер субсидий на покупку страховки варьирует в зависимости от уровня дохода и может составлять от 75% для доходов менее 185% FPL до 25% при уровне дохода 200–400% FPL. Точные данные за 2011 год о размере дохода, дающего право на получение льгот, представлены в табл. 1, соответствующие показатели 2013 года для 48 штатов и Федерального округа Колумбия (для Аляски и Гавайев установлены другие показатели уровня бедности) – в табл. 2 [3].

Отметим тот факт, что вердикт Верховного суда США позволил ряду штатов не расширять уже существовавшую систему медицинской помощи бедным Medicaid, как этого требует федеральный закон. Таким образом, во многих штатах появилась «прослойка» граждан, которые недостаточно бедны, чтобы получить помощь, и недостаточно богаты, чтобы получить субсидии на страховку.

Молодым людям в возрасте от 19 до 26 лет, которые ранее предпочитали не страховаться, разрешено оставаться в страховом плане родителей.

Для субъектов малого предпринимательства (25 человек и менее), если они решают застраховать своих работников по групповым планам, также предусмотрены налоговые субсидии. В частности, компании с числом сотрудников до 25 человек, средняя заработная плата которых составляет менее 50000 долларов в год, в 2013 году могли получить налоговые льготы от 25 до 35%. В 2014 году объем льгот должен возрасти до 50%. Получить скидки по выплате налогов можно лишь в том случае, если предприятие или некоммерческое объединение приобретает страховку на бирже.

Для работодателей с численностью более 50 работников предлагается выбор – или обязательное страхование всех работников, или оплата дополнительного налога на каждого работника в размере 2000 долларов в год (эта сумма составляет

около 1/3 ежегодного взноса за страхование одного работника в среднем по стране).

Работники субъектов среднего и малого предпринимательства имеют право остаться в групповом страховом плане работодателя (если он их устраивает).

Комментарии специалиста. Диктат государства в вопросе страхования, как уже упоминалось, вызывает у большинства американцев недовольство и непонимание, так как любое вмешательство государства в частную жизнь здесь воспринимается «в штыки». Поэтому закон вызвал столько споров и, как нам говорили, явился если не причиной, то катализатором дальнейшей поляризации политической жизни страны.

Однако проф. Б., специалист по экономике здравоохранения из Университета Техаса, разъяснил нам на простом примере, что смущает специалистов, которые профессионально занимаются изучением реформы, особенно в части прогнозирования ее последствий.

Таблица 1

Размер годового дохода семьи (в долл. США), дающий право на получение льгот при медицинском страховании (2011 г.)

Количество членов семьи	Годовой доход семьи в соответствии с установленным уровнем бедности (в процентах FPL)				
	100% FPL	133% FPL	185% FPL	200% FPL	400% FPL
1	10890	14484	20147	21780	43560
2	14710	19564	27214	29420	58840
3	18530	24645	34281	37060	74120
4	22350	29726	41348	44700	89400
5	26170	34806	48415	52340	104680
6	29990	39887	55482	59980	119960

Таблица 2

Размер годового дохода домохозяйства (в долл. США), дающий право на получение льгот при медицинском страховании в 2014 г. (показатель базируется на FPL 2013 г.)

Размер домохозяйства (количество членов семьи)	Годовой доход семьи в соответствии с установленным уровнем бедности (в процентах FPL)						
	100% FPL	133% FPL	138% FPL*	150% FPL	200% FPL	300% FPL	400% FPL
1	11490	15282	15856	17235	22980	34470	45960
2	15510	20628	21404	23265	31020	46530	62040
3	19530	25975	26951	29295	39060	58590	78120
4	23550	31322	32499	35325	47100	70650	94200
5	27570	36668	38047	41355	55140	82710	110280
6	31590	42015	43594	47385	63180	94770	126360
7	35610	47361	49142	53415	71220	106830	142440
8	39630	52708	54689	59445	79260	118890	158520
На каждого следующего члена семьи (сверх 8) дополнительно	4020	5347	5548	6030	8040	12060	16080

* – в штатах, в которых приняты программы развития Medicaid, право на эту страховку имеют лица с размером годового дохода до 138% FPL (в остальных штатах действует прежний лимит – 133% FPL)

Итак, у гражданина есть семья из 3 человек и имеется доход 50 тысяч долларов в год (средняя зарплата в США), но он отказывается страховаться. Тогда он должен заплатить штраф в сумме 2,5% своего дохода, то есть 1250 долларов при годовом доходе в 50 тысяч. Но если он купит страховку для всей семьи, то сумма выплат за нее будет составлять от 10 до 15 тыс. долл. Поэтому неизвестно, что сделает этот американец – заплатит 10 тысяч долларов и приобретет страховку или внесет штраф 1250 долларов в год и обратится в муниципальную больницу при экстренной необходимости? Для семьи с доходом 50 тысяч в год страховка в 15 тыс. долл. существенно влияет на уровень жизни (способствует его резкому падению). Тем более, что в крупных городах, со слов нашего лектора, услуги в муниципальных учреждениях обеспечиваются на достаточно хорошем уровне.

Прогнозы специалистов, по словам нашего докладчика, дают основание рассчитывать на то, что реформа приведет к снижению числа незастрахованных в 2 раза только через 10 лет. Во время нашего пребывания в США президент Обама принял решение отложить сроки начала реформы на 3 месяца, до 01.04.2014 г., поскольку около 20 штатов пока ее бойкотируют. Кроме того, возникла путаница в сроках отмены действующих «старых» страховок, которые на сегодняшний день имеет значительное количество американцев.

2. Регулирование страховых тарифов и объемов страхового покрытия.

В данном вопросе произошли также серьезные изменения в законодательстве. До реформы медицинское страхование людей, имеющих серьезные хронические заболевания, было проблемой.

Ранее страховые компании отказывали в страховке пациентам с уже имеющимся тяжелым заболеванием (например, пациентам с поздними стадиями онкологических заболеваний). В результате, люди, наиболее нуждающиеся в медицинской помощи, но не попадающие под действие государственных программ страхования, оказывались незастрахованными и были вынуждены оплачивать медицинскую помощь из собственных средств. Это привело к тому, что более 70% банкротств домашних хозяйств было связано с невозможностью оплаты счетов за лечение. В соответствии с новым законом страховые компании не имеют права никому отказать в страховании и увеличивать стоимость страховки тем, у кого имеются высокие риски развития заболевания или его наличие.

Реформой установлены предельные различия в тарифах на страхование для однородных групп населения (не более 300%), что позволит существенно снизить стоимость страхования тем, у кого имеются высо-

кие риски развития заболевания или его наличие. Страховые компании лишены возможности отказа в страховании и установления предельно высоких тарифов стоимости страховки, то есть, предусмотрен переход на обязательное безрисковое страхование.

Изменения коснулись и объемов медицинской помощи. Часть населения предпочитала страховые планы, покрывающие оказание помощи только в результате «форс-мажорных» обстоятельств (дорожно-транспортное происшествие, другие виды травматизма, экстренная хирургическая патология), стоимость данной страховки небольшая, но она не покрывала первичную медицинскую помощь и существенно снижала возможности участия гражданина в профилактических мероприятиях.

Реформой предусмотрено, что страховой план должен обязательно включать минимальное покрытие (10 услуг, которые должны обеспечиваться обязательно) – это: медицинские мероприятия по профилактике заболеваний, ранней диагностике заболеваний, стационарное лечение, лекарственное обеспечение в амбулаторных условиях и услуги по долговременному уходу в больницах сестринского ухода (до 21 дня), то есть, государство устанавливает «базовый пакет» медицинского страхования. При этом государство устанавливает и лимиты на «соплатежи» за медицинскую помощь для застрахованных, ограничивая их на уровне 6000 долларов в год.

Например, закон *ObamaCare* предусматривает обязательное включение в государственную программу *Medicaid* страхования всех новорожденных, детей, подростков, взрослых инвалидов во всех штатах. В результате, расходы по этой программе увеличатся в 2 раза.

Для процесса выбора страхового плана для населения на федеральном уровне создается «биржа» страховых планов, на которой граждане и работодатели могут на конкурентной основе выбрать наиболее подходящий страховой план и получить консультации. Подразумевается, что создание биржи позволит усилить конкуренцию страховых компаний, с другой стороны – упростить для граждан получение медицинской страховки.

Биржа страховых планов – это виртуальная система, которая предоставляет информацию о стоимости страховок и объемах услуг, которые они покрывают, ее деятельность будет поддерживаться через Интернет и call-центры. В настоящее время отмечаются серьезные организационные трудности в поддержании работы этих сайтов. Со слов наших лекторов, ведущий национальный сайт биржи после его открытия обрушился в первые же сутки из-за наплыва желающих зарегистрироваться.

Планируется принять значительные меры по регулированию и ограничению доходов страховых компаний, что, как следствие, должно повысить заинтересованность страховых компаний в расширении объема профилактических программ. Кроме того, ожидается, что страховые компании возьмут под пристальный контроль объемы оказываемой медицинской помощи и их обоснованность; также в их интересах будет постоянная работа с крупными центрами по снижению стоимости медицинских услуг. Одновременно предлагается осуществить сдерживание расходов через ограничение выбора пациентов врачей и организаций здравоохранения.

В законе указан принцип распределения финансовых ресурсов страховых компаний, согласно которому они должны потратить не менее 80–85% суммы собранных страховых взносов на оплату счетов за медицинскую помощь, а, следовательно, на административные издержки и прибыль у страховых компаний останется не более 15–20% средств. Для страховых компаний, которые будут сохранять высокий уровень стоимости медицинских страховок, дополнительно вводится «налог на «Кадиллак»» – налог на доход страховых компаний, устанавливающих наиболее высокие тарифы.

3. Регулирование цен на медицинские услуги и повышение качества медицинской помощи.

Сегодня в США врачи присылают счет страховой компании с указанием оплаты каждой медицинской услуги. Поскольку у большинства врачей зарплата зависит от «выработки», им выгодно увеличивать количество услуг и оказывать дорогостоящие услуги. В жизни это подтверждается информацией в американских СМИ, бытовых разговорах о высоких ценах на операции (показания к которым нередко «размыты»), назначении повторных лабораторных и инструментальных исследований, завышении цен на лекарства при стационарном лечении и т.д.

Большинство работодателей в США имеют налоговые вычеты за медицинское страхование, это их стимулирует формировать щедрые отчисления на страхование. С одной стороны, это снижает налоговые поступления в государственный бюджет, с другой – страховые компании и поставщики медицинских услуг формируют высокие тарифы на медицинские услуги. Для того, чтобы избежать такой ситуации, введен дополнительный налог на страховые компании, которые имеют самые высокие тарифы страховых взносов.

Именно поэтому значительное внимание в рамках реформы планируется уделить контролю за эффективностью проводимых мероприятий и усилению контроля за качеством и объемом медицинских услуг, а также с помощью рыночных меха-

низмов регулировать стоимость медицинских услуг. В частности, планируется создание новых контрольных и регуляторных органов, а именно:

«Независимого консультативного совета по финансированию» (IPAB – Independent Payment Advisory Board). Решения этого совета должны обязательно рассматриваться в Конгрессе;

Комиссии, которая будет заниматься «сравнительной оценкой медицинских технологий» (CET – Comparative Effectiveness Research), ее функции – контроль за тем, чтобы государственные средства и средства страховых компаний расходовались только на оплату высокоэффективных медицинских вмешательств;

Программы «подотчетных организаций здравоохранения» (ACO – Accountable Care Organizations). Суть этого начинания – если организация здравоохранения или частнопрактикующий врач вступили в АСО, то они обязаны отчитываться перед государством за качество и результаты оказания медицинской помощи по установленным показателям (всего установлено 33 показателя). Если значения этих показателей будут на должном уровне, и организация смогла сэкономить от 2 до 4% от установленных тарифов за услуги, то она получает от 60 до 70% сэкономленных средств в качестве бонуса. Предполагается, что экономия может быть достигнута за счет внедрения стандартов, уменьшения дублирования процедур, интеграции оказания медицинской помощи пациентам. Таким образом, эта модель мотивирует поставщиков медицинских услуг экономить средства государственных программ при условии поддержания качества оказания медицинской помощи на высоком уровне. Кроме того, эта программа призвана устанавливать цены на медицинские услуги, оговаривать условия повышения цен на следующий год (устанавливает процент роста цен), а также утверждать расчетную сумму средств, которая выделяется на 1 человека (определяется исторически на основании величины расхода в прошлом году).

В настоящее время, в виде пилотного проекта, в США действуют 200–300 таких центров. Пока центры работают только в рамках программы Medicare, но уже и частные страховые компании начинают работать с АСО, поскольку это дает возможность контролировать расходы и делать упор на профилактические мероприятия. Таким образом, вводится новая национальная стратегия – от больниц требуют, чтобы они отчитывались за результаты деятельности и качество, другими словами – предполагается связать цены на услуги с качеством оказания услуг.

4. Объемы планируемого финансирования и планируемые результаты.

Общее финансирование реформы предполагается проводить преимущественно за счет федерального бюджета (90%), и только оставшиеся 10% будут потрачены за счет бюджетов штатов. Всего на реформу планируется потратить около 940 млрд долл. за 10 лет.

Планируется увеличение расходов на повышение доступности первичной медицинской помощи за счет увеличения расходов на содержание сертифицированных на федеральном уровне амбулаторий, призванных оказывать медицинскую помощь в районах, где в настоящий момент жители не имеют доступной медицинской помощи.

Кроме того, дополнительно выделяются средства для повышения на 10% уровня оплаты труда медицинских работников амбулаторного звена, что позволит сократить дисбаланс в уровне оплаты первичного и госпитального звена.

Дополнительное финансирование системы здравоохранения планируется получить из различных источников:

увеличить поступление за счет страховых взносов вновь застрахованных и граждан, переходящих на более дорогие страховые планы;

ввести налог на богатых – тех, кто получает доходы более 200 тыс. долларов в год. Базой для исчисления налога станет не только заработная плата, но и доходы от инвестиций.

Несмотря на огромные затраты, по подсчетам экспертов, реформа здравоохранения уже через 10 лет за счет снижения расходов на оказание медицинской помощи позволит уменьшить дефицит федерального бюджета США на 1 триллион долларов.

Эксперты также рассчитали, что в результате реализации реформы к 2019 г. будут дополнительно застрахованы 32 миллиона американцев, а пожилые граждане получат возможность увеличения объемов лекарственного обеспечения в амбулаторных условиях, уменьшения размера соплатежей за эти лекарства, им также будет обеспечено включение в страховые планы возможности скрининга заболеваний. Страховые компании получат увеличение числа застрахованных, как минимум, на 25 миллионов человек.

При этом поставщики медицинских услуг получат дополнительные доходы за счет вновь застрахованных, а государство ограничит рост дефицита федерального бюджета.

Следует отметить, что данная реформа уже прошла апробацию в штатах Массачусетс и Вермонт. Результат – число незастрахованных в штате Массачусетс за год упало на 67%, страховые тарифы на рынке негруппового страхования снизились на 50%,

и 2/3 населения активно поддерживают эту реформу. За счет расширения объемов финансирования государственной программы страхования Medicaid в трех штатах повысилось количество застрахованных граждан, увеличились объемы бесплатной медицинской помощи, что привело к снижению смертности населения, повышению доступности медицинской помощи и, по оценкам самих застрахованных, общему улучшению здоровья. Такие результаты были получены в штатах Нью-Йорк, Мэн и Аризона, где власть принадлежит демократам, активно поддерживающим начатую реформу.

5. Этапы реформы системы здравоохранения США.

1 октября 2013 года – начало работы бирж страховых планов. Фирмы и частные лица могут сравнивать цены за страховые услуги, в том числе с использованием информации на сайте www.healthcare.gov. Начинается шестимесячная открытая регистрация на биржах, можно выбрать страховой план и получить страховое покрытие на 2014 год.

15 декабря 2013 года – граждане должны подать заявку о страховании на биржу и оплатить первый взнос для того, чтобы страховка вступила в силу с 1 января 2014 года. Если заявка будет подана после 15 декабря, начало действия страхового покрытия может быть отложено на 2–6 недель.

1 января 2014 года начинает действовать страховое покрытие в рамках страховых планов, приобретенных на бирже.

31 марта 2014 года – окончание открытой регистрации на биржах (по страховому покрытию на 2014 год). После этого срока гражданин может зарегистрироваться на бирже только в экстренных случаях (например, потеря работы, рождение ребенка или развод).

15 октября 2014 года – стартует открытая регистрация на бирже страховых планов на 2015 год. В последующие годы 15 октября сохранится в качестве даты начала регистрации.

7 декабря 2014 года – окончание открытой регистрации на биржах (по страховому покрытию на 2015 год). В последующие годы 7 декабря сохранится в качестве даты окончания регистрации.

1 января 2015 года – к этой дате граждане должны обладать страховым покрытием на 2015 год. В противном случае с них будет взиматься штраф в размере 325 долларов или 2% суммы дохода для частных лиц. Компании с числом сотрудников от 50 и более человек с полной занятостью должны предложить своим работникам доступные всеобъемлющие страховки. В противном случае на них будет наложен штраф в размере 2000 долларов на одного работника.

1 января 2016 года – штраф для взрослых, не имеющих медицинской страховки, вырастет до 695 долларов или до 2,5% суммы дохода.

1 января 2018 года – вступит в силу «налог на «Кадиллак»». Страховые компании, тарифы которых составляют более 10200 долл. в год для частных лиц или 27500 долл. для семьи из 4 человек, должны заплатить акцизный сбор в размере 40%.

Реакция на местах – что говорят о реформе ObamaCare американцы. Во время нашего пребывания в США мы пытались узнать личное мнение о проводимой реформе врачей, функционеров, занятых в сфере управления медицинским бизнесом (государственным и негосударственным), простых американцев, в том числе и в неформальной обстановке.

Обобщая полученные ответы, аргументацию доводов, мы пришли к следующему заключению – большинство американцев системой здравоохранения не довольны и соглашались с тем, что нужно что-то менять. При этом, незыблемая вера американцев в то, что приоритет индивидуальных свобод, рыночные принципы, свободная конкуренция, закрепленные в Конституции США, являются гарантом функционирования и поддержания баланса всех сфер жизни американского общества, значительно лимитирует их степень доверия к активному внедрению государственных механизмов регулирования здравоохранения.

Кроме того, интересы медицинского страхового бизнеса, компаний-производителей медикаментов и оборудования, владельцев, администрации крупных клиник и медицинских центров и, наконец, значительного количества врачей, получающих высокие доходы, также не на стороне реформы. При этом, о том, что в США медицина является бизнесом, который зачастую плохо уживается с гуманистическими принципами традиционной европейской медицинской школы с ее восприятием профессии врача как служения, не говорит только ленивый.

Мы беседовали с журналисткой М., которая ведет цикл передач о реформе ObamaCare на Capital Public Radio в г. Сакраменто (радио принадлежит университету штата) с приглашением специалистов здравоохранения для обсуждения различных вопросов, связанных с реализацией реформы. В разговоре было подчеркнуто отсутствие полного понимания закона как со стороны медицинских работников, так и со стороны населения, а, отсюда, и волна споров в США.

Госпожа Abbott, возглавляющая в Калифорнии центр по защите интересов пациентов при медицинском страховании, рассказала о том, что большинство американцев, не зная всех тонкостей и деталей закона, просто страшатся неизвестного.

Врачи крупных клиник, в принципе, положительно отзывались о необходимости реформирования системы, понимая при этом, что доходы наиболее высокооплачиваемой части врачебного корпуса (врачей-специалистов) в результате снизятся.

Руководство таких крупных клиник, как Cleveland Clinic, осознавая необходимость поиска новой парадигмы в отношениях «пациент – врач – страховая компания – государство», уже приняло на вооружение программу партнерства [1].

Подводя итог, процитируем высказывания специалиста: в целом, реформа под обиходным названием ObamaCare давно назрела и принесет огромную пользу миллионам людей. А поправки в нее можно внести по ходу дела, против чего не возражает и сам президент [2].

Общие выводы

В мире не существует идеальных систем здравоохранения, и система здравоохранения США (при финансировании отрасли в размере 17,5% ВВП страны) испытывает ряд серьезных проблем: 50 миллионов населения не застрахованы, переизбыток высокотехнологичного дорогостоящего оборудования, постоянный рост цен на услуги, отсутствие доступности медицинской помощи малоимущим слоям населения, бесконтрольное использование самой дорогой экстренной медицинской помощи.

Высокие страховые взносы в систему добровольного медицинского страхования (ДМС) являются препятствием для страхования ряда категорий граждан.

Свобода выбора пациентом врачей, страховой медицинской организации, различные объемы страхового покрытия в различных страховых компаниях приводят к дезинтеграции процесса оказания медицинской помощи пациентам.

Государство практически не вмешивается в свободный рынок финансирования здравоохранения через систему ДМС и не регулирует рынок предоставления медицинских услуг и лекарств по цене.

Непомерно растущие расходы на оплату медицинской помощи вынуждают страховые компании поднимать тарифы на добровольное медицинское страхование. При этом, работодатели должны оплачивать эти завышенные тарифы или вынуждены снижать уровень покрытия страховым планом своих работников и/или снижать заработную плату работникам.

Поставщики медицинских услуг, оказывая медицинскую помощь тем, кто не может за нее заплатить, вынуждены поднимать тарифы на свои услуги. То есть, происходит перекрестное покрытие затрат на медицинские услуги незастрахованным из средств застрахованных.

Отсутствие единых стандартов лечения на всех этапах и уровнях оказания медицинской помощи, а также оплата не законченного случая лечения, а медицинской услуги приводят к излишним и повторным назначениям и, в целом, затрудняют эффективную организацию процесса оказания медицинской помощи пациентам.

Реформа системы здравоохранения *ObamaCare* является насущной и направлена на покрытие страховкой всех слоев населения (кроме незарегистрированных эмигрантов), запрещение в отказе от страховки страховыми компаниями пациентам, имеющим хронические заболевания, сдерживание стоимости медицинских услуг, перенос оказания основного объема медицинской помощи на менее затратную – амбулаторную. Однако:

ее реализация на первых этапах потребует дополнительных финансовых средств;

по прогнозам – в течение 10 лет купят страховку не более 50% из 50 миллионов, не имеющих ее в настоящее время;

покупка страховки домохозяйствами с годовым доходом выше 133% FPL ляжет существенным бременем на семейный бюджет;

нет четкого взаимопонимания и партнерства между федеральным правительством и правительствами отдельных штатов в реализации реформы.

Для здравоохранения Республики Беларусь может быть полезным следующий опыт организации медицинской помощи в США:

создание «медицинского дома» в сельских районах, то есть оказание «под одной крышей» первичной медицинской, социальной, психогигиенической и других видов помощи;

организация работы передвижных амбулаторий для улучшения доступности медицинской помощи в малонаселенных сельских районах;

расширение нагрузки по ведению пациентов медицинскими сестрами;

оплата поставщиков медицинских услуг в зависимости от результата и качества медицинской помощи (индикаторы качества);

оптимизация коечного фонда стационаров и расширение оказания медико-социальной помощи;

оказание помощи в больницах долгосрочного пребывания (БСУ), где не только обеспечивается этап долечивания после стационара, но и оказывается определенный объем реабилитационной помощи пациентам с целью восстановления функций самообеспечения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Дзядзько, А.М. Реформа здравоохранения США глазами белорусов. Сообщение 1 / А.М.Дзядзько, И.И.Новик, М.Ю.Масюк, В.С.Караник // Вопросы организации и информатизации здравоохранения. – 2013. – №4. – С.70–89.

2. Обама и реформа здравоохранения: ответы незащищенного демократа. – Режим доступа: <http://www.arikagan.com/obama-i-reforma-zdravoohraneniya1046.html>; http://www.kontinent.org/article_rus_4e093d15cab47.html. – Дата доступа: 20.01.2014.
3. Federal Poverty Level 2013–2014. – Режим доступа: <http://obamacarefacts.com/federal-poverty-level.php>. – Дата доступа: 20.01.2014.

HEALTH CARE REFORM IN THE USA IN THE BELARUSIANS' OPINION: PATIENT PROTECTION AND AFFORDABLE CARE ACT. REPORT 2

¹V.S.Karanik, ²A.M.Dzyadzko,

³M.Yu.Masyuk, ⁴I.I.Novik

¹Minsk City Clinical Oncology Dispensary, Minsk, Republic of Belarus

²RSPC for Organ and Tissue Transplantation, City Clinical Hospital No.9, Minsk, Republic of Belarus

³Health Care Board of the Mogilev Regional Executive Committee, Mogilev, Republic of Belarus

⁴RSPC for Medical Technologies, Informatization, Administration and Management of Health, Minsk, Republic of Belarus

In the second report major problems of the American health care (uncontrolled growth of spending, high proportion of the uninsured persons, low accessibility to specialized medical care for the uninsured persons, disintegration in the process of medical care provision, etc.) that caused the need for the national health care reform (Health Care Reform or *ObamaCare*) were highlighted. Main theses, objectives and mechanisms of the *ObamaCare* reform were presented. The term duration for realization of certain activities under *ObamaCare* was indicated and the opinion of various representatives of the American society, including physicians and policy-makers involved in the medical business management (including public and private) of the ongoing reforms was given. It was noted, that the following experience in rendering medical care in the United States may be useful for health care of the Republic of Belarus: setting up a "medical home" in rural areas, i.e., the provision of primary medical, social, psychohygienic and other types of care "under one roof"; organization of the mobile clinics to improve access to medical care in the sparsely populated rural areas; expanding the workload of the nurses; payment to health care providers depending on the outcomes and quality of care (quality indicators); optimization of the number of hospital beds and expansion of medical and social care, as well as rendering medical care at the long-stay hospitals.

Поступила 10.03.2014 г.