

РЕФОРМА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ США ГЛАЗАМИ БЕЛОРУСОВ: ИСПОЛЬЗОВАНИЕ АМЕРИКАНСКОГО ОПЫТА С ЦЕЛЬЮ ПОВЫШЕНИЯ ЭФФЕКТИВНОСТИ И ДОСТУПНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В РЕСПУБЛИКЕ БЕЛАРУСЬ. СООБЩЕНИЕ 3

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

¹ УЗ «Минский городской клинической онкологической 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

В третьем сообщении выделены общие проблемы функционирования системы здравоохранения в современных условиях (рост объемов медицинской, в том числе высокотехнологичной, помощи населению и, как следствие, возрастающая потребность в увеличении финансирования; недостаточная укомплектованность кадрами медицинских учреждений, обеспечивающих медицинскую помощь в малонаселенных и депрессивных регионах; отток кадров из первичного звена в больничные организации; недостаточная финансовая заинтересованность медицинских работников в минимизации расходов на медицинскую помощь, в более рациональном использовании выделенных средств; отсутствие дифференцированного подхода к определению стоимости медицинской помощи; недостаточная заинтересованность человека в сохранении собственного здоровья; поиск путей повышения эффективности управления здравоохранением), и, на основании этого, приведены подходы к решению этих проблем в США, которые могут быть использованы с целью повышения эффективности оказания медицинской помощи в Республике Беларусь. В качестве положительного примера отмечены: американский опыт по снижению затрат на здравоохранение путем снижения нагрузки на стационары (развитие учреждений по уходу, по выполнению медико-социальных функций; создание пансионатов при крупных больницах для расширения сферы амбулаторного лечения; создание «медицинского дома», где оказывается амбулаторная многопрофильная помощь (медицинская, социальная, транспортная, психогигиеническая и др.); расширение роли и функций среднего медицинского персонала); опыт создания учреждений «замкнутого цикла» по определенным нозологиям с использованием современных, высокоэффективных технологий профилактики, диагностики, лечения и реабилитации, в том числе и с целью привлечения пациентов из других стран и др.; опыт США по оплате поставщиков медицинских услуг в зависимости от результатов и качества оказания медицинской помощи; опыт ряда штатов по объединению под одной крышей центра социальной поддержки населения и медицинской амбулатории; американский подход к решению проблемы дефицита медицинских кадров в малонаселенных и «непрестижных» районах страны; опыт устранения диспропорций в кадровом и финансовом потенциале первичного звена и специализированной медицинской помощи.

В первых двух сообщениях была представлена общая информация об организации здравоохранения в США, стратегических, организационных, тактических аспектах деятельности основных служб здравоохранения Америки и проводимой в США общенациональной реформе системы здравоохранения (Health Care Reform или ObamaCare). Но мы были бы не до конца искренними и после-

довательными, если бы не попытались «примерить» опыт американской системы здравоохранения на систему здравоохранения Беларуси.

Подводя итог нашей поездки, мы часто задавались вопросом: возможно ли в условиях Республики Беларусь использовать опыт, решения и подходы, реформы американского здравоохранения? И отвечали утвердительно. В данном сооб-

щении мы попытались изложить наше видение использования американского опыта с целью повышения эффективности оказания медицинской помощи в Республике Беларусь.

Несмотря на кардинальное различие систем здравоохранения в наших странах, можно выделить ряд общих проблем функционирования данной отрасли в современных условиях, а именно:

рост объемов медицинской, в том числе высокотехнологической, помощи населению и, как следствие, возрастающая потребность в увеличении финансирования;

недостаточная укомплектованность кадрами медицинских учреждений, обеспечивающих медицинскую помощь в малонаселенных регионах и на территориях с малообеспеченным населением (в нашем случае – в сельских районах); отток кадров из первичного звена в больничные организации;

недостаточная финансовая заинтересованность медицинских работников в минимизации расходов на медицинскую помощь, в более рациональном использовании выделенных средств, в том числе и путем более широкого развития и использования принципов профилактики;

отсутствие дифференцированного подхода к определению стоимости медицинской помощи;

недостаточная заинтересованность человека в сохранении собственного здоровья;

поиск путей повышения эффективности управления здравоохранением.

Одним из основных вопросов, стоящих перед системами здравоохранения наших стран, является поиск путей оптимизации расходов на медицинские услуги при сохранении качества оказания помощи на уровне современных требований.

В рамках проводимой в США реформы системы здравоохранения разработаны подходы, направленные на решение вышеуказанной проблемы, и некоторые из них являются перспективными для адаптации и внедрения в Республике Беларусь.

Так, весьма интересным является изучение американского опыта по снижению затрат на здравоохранение путем снижения нагрузки на стационары. Это: развитие учреждений по уходу, по выполнению медико-социальных функций; создание пансионатов при крупных больницах для расширения сферы амбулаторного лечения; создание «медицинского дома», где оказывается амбулаторная многопрофильная помощь (медицинская, социальная, транспортная, психогигиеническая и др.); расширение роли и функций среднего медицинского персонала.

Перспективным видится изучение опыта создания учреждений «замкнутого цикла» по определенным нозологиям с использованием современных, высокоэффективных технологий профилактики, диагностики, лечения и реабилитации, в том числе и с целью привлечения пациентов из других стран и др.

Опыт США по оплате поставщиков медицинских услуг в зависимости от результатов и качества оказания медицинской помощи также реален для использования в Беларуси с целью совершенствования системы оплаты медицинских работников.

Сегодня рост объемов, зачастую неконтролируемый, медицинской (в том числе высокотехнологической) помощи населению отмечают практически все страны, и здесь не исключение ни американское здравоохранение, ни белорусское. Но в основе данной проблемы в разных странах лежат различные механизмы и тенденции. Так, в США данный рост, в основном, происходит по инициативе медицинских работников, заинтересованных в увеличении спектра и количества оказываемых медицинских услуг, поскольку это ведет к увеличению поступления финансовых средств, а, значит, и к повышению заработной платы. По мнению аналитиков, около 30% назначений, выполняемых в США, по сути, не имеют медицинских показаний и обусловлены желанием увеличить доходы.

В Республике Беларусь, на наш взгляд, причина другая – увеличение объемов происходит в основном по инициативе граждан, в том числе и за счет тех, кто зачастую нуждается в решении своих социальных и психологических проблем.

В США достаточно низкий уровень злоупотреблений населением медицинской помощью обусловлен тем, что и на уровне первичной помощи, и на уровне оказания стационарной медицинской помощи, независимо от вида страхового плана, практикуются соплатежи. Даже в бесплатных клиниках (Free Clinic) для незастрахованных и малоимущих граждан требуются минимальные соплатежи. В одной из клиник, оказывающих первичную помощь, которую мы посетили, эта плата составляла 5 долларов.

Считается, что это является фактором, препятствующим злоупотреблениями медицинской помощью, кроме того, выставление финансовых счетов приучает пациентов к мысли, что медицинская помощь не бесплатна, она стоит конкретных, часто значительных, денег, и львиную долю этих расходов берут на себя государство или страховая компания.

Возможно, и в условиях здравоохранения Республики Беларусь (при наличии соответствующих условий: расчета стоимости медицинских услуг, информационных технологий и др.) было бы правильно внедрить практику представления на руки пациенту не только медицинской документации в виде выписок, эпикризов и т.д., но и финансовых калькуляций, демонстрирующих стоимость данного вида помощи. Это позволит части пациентов получить осознание того, что современная медицина требует значительных финансовых вливаний, и нерациональное отношение граждан к своему здоровью, к здравоохранению сужает возможности государства по финансированию социальных, образовательных и гуманитарных программ.

Сегодня организация данной работы крайне затруднена, поскольку большинство информационных систем, функционирующих в медицинских учреждениях республики, не предусматривает тесное взаимодействие клинических медицинских программ и программ по управлению финансами и материальными ценностями. Этот вопрос весьма актуален и в связи с постоянным увеличением объемов экспорта медицинских услуг. Отсутствие в настоящее время взаимодействия медицинской и финансовой составляющей информационных систем приводит к значительным затратам временных и кадровых ресурсов на ручное составление калькуляций к договорам на оказание медицинской помощи и затрудняет работу по анализу и минимизации издержек.

Очень интересен опыт ряда штатов по объединению под одной крышей центра социальной поддержки населения и медицинской амбулатории. Данное объединение позволяет, с одной стороны, обеспечить необходимой поддержкой (социальной, медицинской) лиц пожилого возраста, лиц с низкими доходами, с другой, – снять значительную нагрузку на организации здравоохранения.

В нашей республике создание такого объединения весьма актуально. На его базе люди пожилого возраста смогут удовлетворить свои потребности в общении (в том числе и со сверстниками), в социальной помощи, а наличие медицинского персонала позволит обеспечить одновременно наблюдение за их здоровьем, и, в итоге, – существенно снизить нагрузку врачей-терапевтов на поликлинических приемах.

При создании объединения можно разработать четкие критерии, позволяющие выделить из населения, обслуживаемого в поликлиниках, категорию граждан, которая наиболее часто обращается в медицинские учреждения и имеет проблемы в

социальной адаптации. Доказано, что нахождение пациентов под наблюдением, в безопасной среде среди сверстников приводит к уменьшению частоты переломов шейки бедра, инсультов, инфарктов и других urgentных состояний, приводящих к глубокой инвалидизации пациентов и требующих значительных расходов на лечение. Организация данных центров позволит организовать работу по питанию и снабжению за счет спонсорской помощи. По мнению западных аналитиков, доллар, вложенный в совершенствование социальной помощи, экономит несколько долларов расходов на медицинскую помощь.

Вызывает интерес американский подход к решению проблемы дефицита медицинских кадров в малонаселенных и «непрестижных» районах страны. В США в ряде штатов есть четкий интегральный показатель, превышение порогового значения которого позволяет сделать вывод, что данная местность остро нуждается в медицинских кадрах, поскольку имеющийся кадровый состав не способен обеспечить доступную медицинскую помощь. В этом случае, если выпускник выразил готовность подписать контракт и работать в данной местности в течение двух лет, государство берет на себя обязательство ежегодно перечислять 30 тысяч долларов на погашение кредита, взятого для оплаты обучения. В случае отказа медработника выполнять взятые на себя обязательства и желании досрочно расторгнуть контракт, он обязан вернуть перечисленные государством деньги на погашение долга в трехкратном размере. Напротив, при желании продолжить работу, возможно заключение нового двухлетнего контракта на тех же условиях (максимальная длительность программы 6 лет). Около 50% врачей, которые отработали в рамках данного проекта четыре года и более, остаются работать в данной местности и после завершения действия программы государственной поддержки.

В 2013 г. в рамках борьбы с дефицитом кадров поддержку государства на общую сумму более 282 миллионов долларов получили более 4500 медицинских работников и студентов. Учитывая, что в нашей стране рядом банков также практикуется выдача кредитов на обучение, возможно рассмотрение вопроса частичного погашения суммы данного кредита либо освобождение от оплаты процентов по нему. У выпускников, получивших образование на платной основе, следует рассмотреть возможность частичной компенсации стоимости в том случае, если данный выпускник выразил готовность работать в районе с острым дефицитом медицинских кадров.

Интересен, на наш взгляд, опыт страховой компании Kaiser Permanente (работает в Калифорнии уже более 40 лет). Так, по правилам, принятым в данной компании, все застрахованные граждане прикрепляются к тому или иному врачу общей практики, который оказывает соответствующую медицинскую помощь. При необходимости врач общей практики дает направление к узким специалистам (срок ожидания консультации должен быть не более 7 дней, в противном случае, при наличии жалобы, возможно применение штрафных санкций), а также направление в стационар. При этом за врачом общей практики закреплены определенные узкие специалисты (клиника заключает договоры на оказание консультативной помощи с определенными узкими специалистами). В случае самостоятельного обращения пациента к специалисту (без направления) или к специалисту, не закрепленному за данным врачом общей практики, стоимость консультации оплачивается пациентом самостоятельно и не подлежит возмещению со стороны страховой компании.

В компании практикуется доведение показателей величины бюджета медицинского обслуживания на одного пациента в течение года. Если по результатам анализа выяснится, что суммарно на обслуживание всех пациентов, закрепленных за врачом, была потрачена сумма меньше той, которая планировалась, часть «сэкономленных» денег выплачивается врачу в виде премии, в противном случае – при перерасходе – возможно применение штрафных санкций. Это стимулирует медицинских работников больше внимания уделять профилактике и ранней диагностике заболеваний, поскольку эти мероприятия гораздо менее затратные.

Такая организация работы позволила данной страховой организации по итогам 2012 г. получить на федеральном уровне звание самой эффективной и успешной частной страховой компании в США. Не без гордости, представители Kaiser Permanente приводили данные, что среди их пациентов частота инфаркта миокарда на 41% ниже, чем у жителей, застрахованных у других страховщиков. Таким образом, материальное стимулирование врачей первичного звена в комплексе с постоянным анализом стоимости/эффективности услуги способно привести не только к более рациональному использованию финансовых, материальных и кадровых ресурсов, но и положительно сказаться на показателях здоровья населения.

В качестве положительного примера можно привести и такой факт. В США отмечаются значительные диспропорции в кадровом и финансовом

потенциале первичного звена и специализированной медицинской помощи. Представители Health Resources and Services Administration (HRSA) в ходе нашей встречи озвучили, что в первичном звене медицинской помощи трудятся 33,5% всех медицинских работников, в специализированном звене – 66,5%. Менее 20% молодых специалистов идут работать в первичное звено (оплата сотрудников госпитального звена значительно выше, чем у врачей первичного звена). С точки зрения финансирования обнаруживается еще более существенный перекос – только 10% финансирования идет на первичное звено. В рамках устранения данной диспропорции в структуре HRSA было создано бюро клинической вербовки, специалисты которого занимаются вопросами закрепления врачей в районах, не обеспеченных медицинскими кадрами. В качестве первоочередных мер планируется повысить материальную заинтересованность: на 10% повысить оплату врачей первичного звена, повысить число выпускников, которым будет погашаться сумма займа за учебу (до 10 тысяч выпускников против сегодняшних 4,5 тысяч), ввести дополнительные налоговые льготы.

В здравоохранении США практикуется федеральное финансирование «сертифицированных амбулаторий», которые получают гранты от правительства на предоставление медицинских услуг: страховки Medicare и Medicaid оплачивают услуги по более высоким ставкам; закупка оборудования и лекарственных средств происходит по более низкой цене; существует фиксированная зарплата персонала, не зависящая от количества прикрепленного населения; стоимость обслуживания одного пациента в федеральной сертифицированной амбулатории намного ниже, чем в частных, и составляет в год 1200 долларов на одного пациента.

Для получения статуса «федеральной сертифицированной амбулатории» она должна соответствовать ряду требований: располагаться в дальних сельскохозяйственных малонаселенных районах, в районах, где много незастрахованных лиц, и др. Эти мероприятия направлены на привлечение специалистов, повышение престижа и улучшение условий работы в отдаленных сельскохозяйственных районах, повышение доступности медицинской помощи для населения.

В предыдущих сообщениях мы указывали, что в США средний срок пребывания в стационаре составляет трое суток. Далее пациент (при необходимости) направляется либо в реабилитационный центр, либо в больницы долгосрочного пребывания (БСУ), либо домой на долечивание в

амбулаторных условиях. При этом, в больницах долгосрочного пребывания лицам пожилого возраста обеспечивается этап наблюдения, долечивания после стационара и этап оказания реабилитационной помощи (для одних – это восстановление навыков самообслуживания, для других – расширение поведенческих функций). Отметим, что с 1-го по 20-й день нахождения в БСУ оплачивается за счет страховой программы, начиная с 21-го дня пациент вносит оплату сам (в 2012 г. сумма составляла 1445 долларов в месяц). Для лоббирования интересов БСУ, медицинского персонала, повышения влияния главных врачей на разработку нормативной правовой базы для данных больниц создана и успешно функционирует Ассоциация главных врачей больниц длительного ухода (American Medical Directors Association). И сегодня все вопросы, связанные с функционированием БСУ, разработкой алгоритмов и протоколов ведения пациентов, оплатой, повышением квалификации медицинского персонала, решаются при их обязательном участии.

Еще один важный момент, на котором необходимо остановиться – отсутствие дифференцированного подхода к стоимости медицинской помощи в зависимости от заинтересованности человека в сохранении собственного здоровья. Следует отметить, что в наших странах наблюдается диаметрально противоположные подходы к этому вопросу. Ранее в США страховая компания имела полное право отказать пациенту в страховом полисе, в связи наличием у него заболевания, требующего дорогостоящего лечения. В результате, независимо от того, является ли тяжелое заболевание особенностями организма пациента либо результатом его небрежного отношения к своему здоровью, все материальные тяготы ложились на плечи пациента, вследствие чего более 60% банкротств домохозяйств были обусловлены невозможностью оплатить счета за медицинские услуги. В рамках проводимой реформы частично принимаются меры по исправлению ситуации, а именно: страховая компания не вправе отказать пациенту в страховом полисе, но имеет возможность установить повышающий коэффициент для пациентов, имеющих хронические заболевания. При этом, по-прежнему финансово одинаково страдают и те, кто заболел в связи с наличием генетической предрасположенности либо иных неконтролируемых причин, и те, кто получил травму или заболевание на фоне злоупотребления алкоголем или иных факторов, свидетельствующих о небрежном отношении к своему здоровью.

В нашей стране независимо от того, какие

факторы привели к возникновению патологического процесса, все материальные издержки ложатся на плечи государства. Отсутствие у населения финансовой заинтересованности в сохранении своего здоровья приводит к игнорированию элементарных рекомендаций медицинских работников по здоровому образу жизни, невыполнению мер по профилактике и ранней диагностике заболеваний, обуславливает позднюю диагностику многих патологических состояний (из-за позднего обращения), что в целом приводит к значительным тратам бюджетных средств.

Обобщая выступления лекторов, организаторов различного уровня, с которыми мы встречались в ходе поездки, можно очертить главные задачи реформирования американского здравоохранения:

повысить доступ всех слоев населения к медицинским услугам;

обеспечить рациональное соотношение качества услуг и их стоимости, оптимизацию расходов на медицинские услуги при сохранении качества оказания помощи на уровне современных требований;

рассматривать здоровье, как на индивидуальном уровне, так и в целом, на уровне популяции; усилить профилактическую составляющую на уровне первичного звена;

изменить соотношение врач-специалист – врач первичного звена;

обеспечить повсеместное внедрение электронного документооборота;

расширить культурно-расовый состав студентов медицинских вузов для обеспечения кадрами сельскохозяйственных, малонаселенных и «непрестижных» районов.

Можно с уверенностью сказать, что практически все перечисленные задачи актуальны и значимы и для здравоохранения Республики Беларусь. И обобщение взаимного опыта (несмотря на кардинальное различие), изыскание положительных сторон, их адаптация к местным условиям всегда приводят к взаимному обогащению и являются наиболее продуктивной позицией в выработке важных управленческих решений.

ЛИТЕРАТУРА

1. Улумбекова, Г.Э. Реформа здравоохранения США: уроки для России / Г.Э.Улумбекова. – Режим доступа: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/429/30/lang.ru/>. – Дата доступа: 16.12.2013.
2. Комаров, Ю.М. Рецензия на статью Г.Э.Улумбековой «Реформа здравоохранения США: уроки для России» / Ю.М.Комаров. – Режим доступа: <http://viperson.ru/wind.php?ID=668547>. – Дата доступа: 16.12.2013.

3. *Ginsburg, J.A.* Achieving a High Performance Health Care System with Universal Access: What the United States Can Learn from Other Countries / J.A.Ginsburg, R.B.Doherty [et al.] // *Annals of Internal Medicine.* – 2008. – Vol.148, No.1. – 21 p.

HEALTH CARE REFORM IN THE USA IN THE BELARUSIANS' OPINION: USE OF AMERICAN EXPERIENCE TO IMPROVE EFFICIENCY AND ACCESSIBILITY OF MEDICAL HEALTH CARE IN THE REPUBLIC OF BELARUS. REPORT 3

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 third report, current commonly encountered problems of the health care system functioning (growth of medical care volume, including high-tech one and, consequently, growing need for increase in funding; poor staffing of health care facilities providing medical care in sparsely populated and depressed regions; outflow of personnel from primary health care to the inpatient health care institutions; insufficient financial incentive of health professionals in minimizing the cost of medical care as well as in more rational making use

of the allocated funds; undifferentiated approach to determining the cost of medical care; lack of the population interest in preserving its health; search for ways to improve the efficiency of health care management) were highlighted, and, on this basis, approaches to problem-solving in the USA which can be used to improve the efficiency of health care rendering in the Republic of Belarus, were presented. As a positive example the following facts were presented: the American experience in reducing expenditure on health by decreasing the burden on hospitals (development of caregiving and medico-social facilities, as well as boarding houses attached to the large hospitals aimed at expanding the scope of outpatient treatment; creation of a “medical home” for providing multidisciplinary outpatient care (medical, social, transport, and psychohygienic, etc.); expanding the role and functions of nursing; the experience in creating institutions of a “closed cycle” on certain nosologies using modern, high-performance technologies for the prevention, diagnosis, treatment and rehabilitation, including for attracting patients from other countries, etc.; the USA experience in paying health care providers depending on the results and quality of medical care; the experience of a number of states to unite under one roof a center of social support and outpatient clinic; the American approach to solving the problem of scarcity of health professional in the sparsely populated and “non-prestigious” areas of the country; the experience of eliminating disparities in human and financial potential of the primary and specialized health care.

Поступила 12.05.2014 г.