

РЕФОРМА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ США ГЛАЗАМИ БЕЛОРУСОВ. СООБЩЕНИЕ 1

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

¹ РНПЦ трансплантации органов и тканей УЗ «9-я городская клиническая больница»,

г. Минск, Республика Беларусь

² РНПЦ медицинских технологий, информатизации, управления и экономики здравоохранения,

г. Минск, Республика Беларусь

³ Управление здравоохранения Могилевского облисполкома,

г. Могилев, Республика Беларусь

⁴ УЗ «Минский городской клинической онкологической диспансер»,

г. Минск, Республика Беларусь

В первом сообщении отражены впечатления авторов от поездки в США, целью которой было ознакомление с системой здравоохранения США и проводимой общенациональной реформой системы здравоохранения (Health Care Reform, или ObamaCare). Приведены общие сведения о системе здравоохранения США, источниках ее финансирования, функционировании различных организаций здравоохранения, в том числе, способствующем пониманию американской медицины как бизнеса. Подчеркнуто, что важным является изучение американского опыта по снижению затрат путем развития учреждений по уходу, создания пансионатов при крупных больницах для расширения сферы амбулаторного лечения, реализации комплексного направления по созданию «медицинского дома», где оказывается амбулаторная многопрофильная помощь (медицинская, социальная, транспортная, психогигиеническая и др.). Перспективно изучение опыта создания учреждений «замкнутого цикла» по определенным нозологиям с использованием современных высокоэффективных технологий диагностики, лечения и реабилитации для привлечения пациентов из других стран и т.п. Наиболее интересными для практического здравоохранения Республики Беларусь могут стать соответствующие подходы и организационные решения в тех разделах здравоохранения, где медицина США является лидером: организация оказания неотложной помощи (службы Emergency); внедрение инновационных технологий в практику; оптимизация коечного фонда стационаров и расширение оказания медицинской помощи на амбулаторном этапе; информатизация учреждений здравоохранения; подготовка кадров среднего медицинского персонала, повышение их роли в оказании медицинской помощи на различных этапах.

Введение

В течение трех недель группа организаторов здравоохранения, врачей из Республики Беларусь находилась в США. Целью поездки было ознакомление с системой здравоохранения США и проводимой общенациональной реформой системы здравоохранения (Health Care Reform, или ObamaCare).

Поездка была инициирована и профинансирована американской стороной, программа пребывания непосредственно разработана Meridian International Center, который является частной некоммерческой организацией и работает по линии Государственного департамента, организовывая профессиональные программы и поездки по США представителей разных стран в рамках International Visitor Leadership Program.

International Visitor Leadership Program основана более 40 лет назад с целью ознакомления с

системой государственного устройства США, различными сторонами жизни американского общества, включая просвещение и образование, науку, культуру, медицину. Количество гостей из различных стран мира, приглашенных в США в рамках этой программы, составляет около 5 тыс. человек в год, 320 из них впоследствии стали государственными деятелями, в том числе президентами и руководителями правительств различных стран.

За время пребывания в США мы имели возможность прослушать лекции по основам конституции этой страны и ознакомиться с общими принципами организации и функционирования системы оказания медицинской помощи в США на федеральном, в пределах штата, а также на местном (региональном) уровне. Были проведены встречи и обсуждения в виде лекций, семинаров, круглых столов и дискуссий с представителями уч-

реждений и компаний, осуществляющих оказание медицинской помощи населению, координацию действий управлений здравоохранения, страхование медицинских услуг, в том числе эшелонирование медпомощи, привлечение волонтеров. Значительная часть времени была посвящена знакомству с работой комиссий и других структур, обеспечивающих организацию и контроль за проведением реформы ObamaCare. Кроме того, были организованы посещения семей американцев, которые также поделились своим мнением о проводимой общенациональной реформе здравоохранения.

Данные мероприятия позволили составить общую картину организации здравоохранения в США, изучить стратегические, организационно-методические, тактические и другие аспекты деятельности основных служб, принимающих участие в оказании медицинской помощи населению, начиная от учреждений, оказывающих первичную медицинскую помощь и заканчивая крупнейшими медицинскими центрами страны, оказывающими высокоспециализированную медицинскую помощь.

Продуманная программа, широкий спектр охватываемых проблем, география поездки, профессионализм лекторов и специалистов явились гарантом эффективности достижения целей визита.

Отметим высокий уровень организации поездки, заслугу руководителя программы Наоми Фейгенбаум, координатора программы Meridian International Center, Рене Уортингтон, а также высокопрофессиональную работу переводчиков группы Ильи Феличано и Надежды Брунштейн.

Отдельная благодарность Илье Феличано за помощь и неоценимые замечания при подготовки данного обзора.

Система здравоохранения США.

Общие сведения

В Конституции США, принятой более 200 лет назад, отсутствует положение о праве граждан на бесплатную медицинскую помощь. Наши попытки выяснить, почему нельзя внести такую поправку в Конституцию, воспринимались как что-то абсолютно невозможное. Наивность наших вопросов стала понятна, когда мы поняли два важных аспекта или «правила игры»:

здоровье пациента здесь является заботой самого пациента;

здравоохранение (медицинская помощь) – это бизнес, который функционирует по тем же принципам конкурентности, как и другие его разновидности.

США – единственная в мире развитая индустриальная страна, не имеющая универсальной системы здравоохранения: около 84% граждан имеют

медицинскую страховку, из них 64% – страховка предоставлена работодателем, 9% – приобрели ее самостоятельно, 27% граждан страховка предоставляется в рамках государственных программ. Определенные государственные программы позволяют получить медицинскую помощь инвалидам, лицам пожилого возраста, детям, ветеранам, малообеспеченным людям, а также обеспечивают неотложную помощь всем жителям страны независимо от их способности ее оплатить. Более 45% расходов страны в системе здравоохранения идет на финансирование подобных государственных программ, и, таким образом, правительство США является крупнейшим страховщиком нации.

Какие же результаты функционирования американской системы здравоохранения? К нашему удивлению, показатели состояния здоровья населения США, которые ВОЗ установила для интегральной оценки деятельности системы здравоохранения, «проигрывают» при сравнении со «старыми» странами ЕС [1, 2].

Так, в 2010 г.:

ожидаемая продолжительность жизни при рождении в США составила 78,7 лет, и этот показатель на 2,3 года ниже, чем в «старых» странах Евросоюза (ЕС) и только на 3,4 года выше, чем в «новых» странах ЕС. В Республике Беларусь показатель ожидаемой продолжительности жизни в 2010 г. (71,4 года) был на 8,3 лет ниже, чем в США;

общий коэффициент смертности составил в США 8,1 случаев на 1000 населения, что на 13% ниже, чем в «старых» странах ЕС, на 28% ниже, чем в «новых» странах ЕС, и на 43,8% ниже, чем в Республике Беларусь (2010 г. – 14,4 на 1000 населения). При этом стандартизованный коэффициент смертности в США – на уровне «новых» стран ЕС (8,7 на 1000 населения) и на 58% выше, чем в «старых» странах ЕС;

младенческая смертность в «старых» странах ЕС составила 3,7 на 1000 родившихся живыми, что на 40% ниже, чем в США и в «новых» странах ЕС. При этом в Республике Беларусь данный показатель составил 4,0 на 1000 родившихся живыми, т.е. на 11,1% выше, чем в «старых» странах ЕС, но на 1,96% меньше, чем в США и «новых» странах ЕС.

Отсюда возникает вопрос – как эти показатели соотносятся с тем, что именно американская медицина «диктует» моду и является мировым локомотивом современной высокотехнологичной медицины?

Финансирование здравоохранения США

Согласно последним оценкам в США на медицинскую помощь расходуется около 17,5% ВВП,

в абсолютных цифрах это соответствует 2,6 триллионам долларов, или около 8000 долларов на одного человека. В течение последних 30 лет увеличение расходов на отрасль происходит преимущественно за счет правительственных программ.

Если сравнивать государственные (общественные) расходы на здравоохранение, то они в \$ППС на душу населения в год в США в 1,4 раза выше, чем в «старых» странах ЕС (2807 \$ППС), в 1,7 раза выше, чем в среднем в странах ОЭСР (2364 \$ППС), в 4 раза выше, чем в «новых» странах ЕС. Таким образом, в медицину США вливаются огромные финансовые средства, и она является самой дорогой в мире [1].

Однако, в США безудержный рост расходов на здравоохранение никак не сопровождается улучшением здоровья населения (72-е место в мире) или более высоким уровнем оказания медицинской помощи (37-е место в мире). Среди развитых стран в США отмечается самый высокий уровень младенческой смертности и только 45-е место по ожидаемой продолжительности жизни [3].

Источники финансирования

В 1965 году конгрессом США утверждены две государственные программы Medicare и Medicaid. Для всех остальных функционирует конкурентный рынок частного добровольного медицинского страхования.

Программа Medicare. Программа охватывает 40,3 млн пациентов и стабильно обеспечивает от 35 до 50% дохода больниц. В качестве источников финансирования выступают: налог на фонд заработной платы, прогрессивный подоходный налог и налог на прибыль корпораций. В настоящее время данная программа считается наиболее успешной государственной программой в области здравоохранения и является полностью федеральной. Программа принята для защиты интересов пенсионеров, поскольку люди, уходя на пенсию, часто становились банкротами из-за высокой стоимости медицинских услуг. За основу была взята схема, разработанная крупнейшей на тот момент страховой компанией Blue Cross, Blue Shield.

Medicare страхует людей, достигших пенсионного возраста (65 лет для мужчин и женщин), и практически покрывает весь спектр медицинских услуг, среди которых обслуживание на дому, краткосрочное проживание в домах престарелых. Однако не предоставляются длительная госпитализация, бесплатное получение слуховых аппаратов и лишь с недавнего времени предусматривается покрытие рецептурных препаратов.

Данная страховка имеет 2 основные части:

часть А – это самая дорогостоящая часть, которая включает оплату услуг в стационаре. Если после выписки из стационара (выписка и дальнейшая тактика определяется медицинской сестрой) есть необходимость в круглосуточном медицинском наблюдении, пациента переводят в больницу сестринского ухода, где оказывается помощь под руководством врача. Если пациент нуждается в медицинском наблюдении, но не в круглосуточном, то по возвращении домой его наблюдает медсестра стационара на дому;

часть В – это менее дорогостоящие услуги первичного звена.

Есть еще часть С, которую нужно приобретать и оплачивать дополнительно, она обеспечивает длительный уход и ряд услуг по зубопротезированию (это предлагается страховыми кампаниями), а также часть D, которую также необходимо дополнительно оплачивать (37 долларов ежемесячно), она обеспечивает лекарственные средства по более низкой цене.

Отметим, что пребывание в больницах длительного ухода (домах сестринского ухода) с 1-го по 20-й день бесплатно (покрывается страховкой), с 21-го дня вносится оплата – 1445 долларов в месяц (2012 г.). Все больницы длительного ухода являются акционерными частными прибыльными предприятиями. И 75% прибыли идет на дивиденды акционерам, в данном случае – это также бизнес.

Чтобы не было злоупотребления со стороны пациента медицинскими услугами, введено разделение расходов:

1,45% заработной платы направляется в специальный фонд страхования работника. Наниматель также 1,45% отчислений на каждого работника направляет в трастовый фонд министерства США;

пенсионер платит ежемесячно 100 долларов на амбулаторный прием, но если у пациента есть частная страховка (от работодателя), то она покрывает и эту часть;

1200 долларов единовременно оплачивается пациентом при его госпитализации.

Для получения данного вида страховки необходимо иметь трудовой стаж 10 лет (40 кварталов).

К началу XXI в. социальная программа Medicare столкнулась со значительными сложностями, связанными с постарением населения и увеличением доли пенсионеров – в 1996 г. одного получателя пособия по социальному страхованию обеспечивали лишь трое работающих. В результате, выплаты по программе значительно пре-

вышают сделанные ранее вложения. На конец 1990-х расходы на Medicare составляли 2,6% ВВП, а после 2016 года данная программа будет выполняться с дефицитом.

Программа Medicaid. Это партнерская программа федерального бюджета и бюджета штата, рассчитанная на помощь людям с низким уровнем доходов, софинансируется федеральным правительством и бюджетами штатов. Здесь установлен минимум услуг. По этой программе предоставляется 5 услуг: стационарное и амбулаторное лечение, консультации специалистов, пребывание в домах престарелых, лабораторная диагностика и рентгенологические методы исследования.

Чтобы воспользоваться услугами Medicaid, необходимо доказать, что доходы гражданина или семьи ниже утвержденного уровня бедности. Как неоднократно указывали наши собеседники, большая бюрократическая процедура для оформления данной страховки (необходимо заполнить около 50 листов документа) служит причиной неразберихи и приводит к тому, что многие граждане из малообразованных и бедных слоев населения, по закону имеющие право на использование этой помощи, на деле ее не имеют.

Каждый штат администрирует программу Medicaid по собственному усмотрению, что отражает существенную разницу их исторических и идеологических подходов к роли и функциям государства. Кроме того, и отчисления по этой программе в разных штатах существенно разнятся – например, в Калифорнии эти отчисления примерно в 10 раз выше, чем в Техасе.

Medicaid играет огромную роль с точки зрения выстраивания стартовых возможностей для разных категорий населения и перераспределения доходов в стране. По данным за 2006 год, в рамках программы была оказана помощь 38,3 млн американцам.

Расходы на данную программу увеличиваются в среднем на 9% каждые три года. В настоящее время в США каждый шестой доллар тратится на здравоохранение, и 1% самых затратных пациентов берут на себя 1/5 часть расходов на здравоохранение.

Программа RACE – это программа полного ухода за престарелыми, когда есть и Medicaid, и Medicare.

Постоянно растущая стоимость программ Medicare и Medicaid служит одной из причин огромного дефицита бюджета США. По расчетам аналитиков, финансирование данных социальных программ в 2012 г. обусловило дефицит бюджета в размере 1 триллиона долларов.

Негосударственное страхование. Государственные медицинские программы покрывают 45% расходов на здравоохранение, остальные 55% – система ДМС – крупными и средними работодателями для своих работников через «групповое» страхование по ДМС, включающее отчисления из бюджета предприятия и ежемесячные взносы работников из собственного заработка (соплатежи).

«Групповое» страхование по ДМС обычно практикуется крупными работодателями для своих работников, но также существует рынок для индивидуального добровольного медицинского страхования.

Высокие страховые взносы в систему добровольного медицинского страхования являются препятствием для страхования ряда категорий граждан, поэтому в США до недавнего времени было около 50 млн незастрахованных (16% населения) [1].

В неотложных случаях по законам США больницы обязаны оказывать медицинскую помощь незастрахованным гражданам. Необходимость платить по высоким счетам, которые затем им выставляются, делает незастрахованных должниками больниц практически на всю оставшуюся жизнь.

Как в системе государственного страхования, так и в системе добровольного страхования объем гарантированных медицинских услуг («пакет» покрытия) варьирует в зависимости от страховой компании и страхового плана (конкретный план условий и объема страхования). Следует отметить, что страховой план в большинстве случаев покрывает основные медицинские услуги: услуги врача общей практики, диагностические исследования и стационарную медицинскую помощь. Пациент вправе самостоятельно выбрать врача общей практики, врача-специалиста и стационар для лечения.

Если пациент обратился к врачу или в учреждение, которые не входят в список поставщиков медицинских услуг, включенных в договор с его страховой компанией, то личные «соплатежи» этого пациента за медицинские услуги будут выше. Свобода выбора пациентом врачей, страховой медицинской организации, различные объемы страхового покрытия в различных страховых компаниях приводят к значительной дезинтеграции процесса организации оказания медицинской помощи пациентам.

Большинство врачей общей практики – частнопрактикующие врачи (владельцы бизнеса), исключение составляют врачи, работающие по най-

му в крупных амбулаториях, имеющих корпоративную структуру.

Около 40% больничных учреждений принадлежат муниципальным органам власти (город или сельский район), остальные — частные [4]. При этом некоммерческие организации здравоохранения составляют 90%, коммерческие — 10%.

Государство не вмешивается в свободный рынок финансирования здравоохранения через систему ДМС и не регулирует рынок предоставления медицинских услуг и лекарств (исключение — оплата поставщиков медицинских услуг через систему государственного медицинского обеспечения).

Санитарные условия предоставления медицинской помощи регулируются через структуры, аналогичные нашей санитарной службе — Центры по контролю и профилактике заболеваний CDC (Национальное управление санэпиднадзора), которые имеют также и другие функции, например, занимаются вопросами профилактики заболеваний, контроля над инфекционными заболеваниями, сбором и анализом статистических данных.

Как это выглядит в действительности?
Свою лекцию на тему «Обзор системы здравоохранения в США» Джей М., советник департамента здравоохранения в г. Вашингтоне, построил на жизненных примерах.

Если человек заболел и нуждается в медицинской помощи в США, он может обратиться: 1) к врачу общей практики или группе врачей (иногда это называют клиникой); 2) в амбулаторную клинику в госпитале.

Каждый американец знает, что лучше всего иметь «своего» первичного врача — врача общей практики (ВОП). ВОП может работать как частный предприниматель и не зависеть от госпиталя, но в этом случае он должен пройти процедуру аттестации и соблюдать установленную норму услуг.

Итак, после обращения пациента в первичное звено, его зарегистрируют и проконсультируют. Если болезнь нетяжелая — ему назначат лечение и выпишут рецепт на нужное лекарство. Цены на медицинские услуги в США высоки, поэтому очень важно наличие страховки. Если она есть, то врач просто вас примет с оплатой посредством страховки. Если страховки нет, тогда сложнее. К счастью, не все врачи требуют сразу полной оплаты, кроме того, можно договориться о цене.

Если у вас весьма ограниченный доход, то можно обратиться в бесплатную клинику (free clinic), сеть которых создана для тех, кто не может заплатить. 30% средств на содержание такой клиники предоставляет государство. Остальные источ-

ники их финансирования описаны ниже. В этих клиниках оплата для пациентов символическая.

В случае травмы или острого критического состояния пациента с места происшествия или инцидента забирает машина СП и транспортирует в отделение.

Отделение скорой помощи (Emergency) представляет симбиоз нашего приемного отделения, реанимации или блока интенсивной терапии, имеется в каждой больнице, но уровень предоставляемых услуг варьирует в соответствии с сертификацией отделения скорой помощи.

Здесь работает персонал со специальной подготовкой по неотложной помощи. По федеральному закону неотложная помощь в Emergency должна предоставляться всем обратившимся сразу, вне зависимости от того, имеет обратившийся (пострадавший) страховку или не имеет. После оказания помощи разбираются, есть ли страховка, и определяют варианты оплаты этой помощи.

Если пациент не имеет страховку, то неотложная помощь покрывается из фонда учреждения, а пациенту выставляется счет, и учреждение предпринимает попытки взыскать с пациента стоимость услуг полностью или частично.

Одним из рычагов воздействия является занесение факта неуплаты в индивидуальное кредитное досье — главное свидетельство о кредитоспособности физического лица в США, на основании которого кредитно-финансовые учреждения рассчитывают риск и процентную ставку при выдаче займов. Следует также указать, что работу по «выбиванию» денег за неоплаченные медицинские услуги выполняют коллекторские агентства, которым учреждения «продают» долг того или иного пациента.

Этим же занимается и целая армия адвокатов, часть из них, наоборот, зарабатывает тем, что в суде отстаивает интересы пациентов, обращающихся в суд с иском против лечебных учреждений.

Все это требует наличия огромного штата бухгалтеров, экономистов, администраторов, адвокатов. В результате, медицинский бизнес является одним из крупнейших работодателей в стране (в этой сфере занято около 10 млн чел.) и стратегической отраслью экономики.

По статистике 2010 г., 28% обращений выпали на долю специалистов по неотложной медицине, которые составляют менее 5% из всего числа докторов. Более половины этих обращений были от незастрахованных граждан. И это — огромные суммы, которые ложатся на плечи остального (застрахованного) населения.

Возвращаясь к объяснениям нашего лектора, помощь в Emergency оказывается на высоком уровне, и это самая дорогостоящая точка входа в больницу. После оказания помощи пациенту дают рекомендации на амбулаторное лечение или при необходимости госпитализируют.

В США все лечебные учреждения делятся на муниципальные (а таких по США – 1045), частные некоммерческие, или non-profit (2903), и частные коммерческие, или profit (1025). Подробно структура всех больниц указана на <http://www.aha.org/research/rc/stat-studies/fast-facts.shtml>. Следует указать, что многие клиники имеют большое количество филиалов, поэтому абсолютное число лечебных учреждений установить непросто (в связи с автономией штатов в вопросе организации медицинской помощи).

В муниципальных больницах, в основном, оказывается неотложная и экстренная помощь людям с низким достатком. Со слов наших американских коллег, в таких больницах очереди, усталый персонал, работающий с постоянной перегрузкой, скромные условия, скученность пациентов в палатах, есть отличия и по оснащенности медицинским оборудованием. Зарплата медработников в муниципальных больницах ниже, чем в частных, но не существенно. Вместе с тем, лицензирование этих учреждений проводится по тем же требованиям, которые предъявляются и к частным клиникам. Большинство американцев, имеющих страховку (в том числе и по государственным программам), предпочитают обращаться в частные медучреждения.

По американским законам, здравоохранение – это право на лечение, а государство должно обеспечить разумный доступ. Все частные больницы должны быть лицензированы, при этом заявители должны указать профиль медицинского учреждения – некоммерческое оно или коммерческое.

Некоммерческие больницы должны заявить в Министерство финансов и получить статус 501-3С в соответствии с разделом Налогового кодекса.

Это накладывает на учреждение определенные обязательства по отчетности, структуре управления и контроля, так как оно освобождается от уплаты налогов и функционирует по принципу безубыточности. Весь получаемый доход у больниц типа non-profit, если он имеется, должен идти на развитие учреждения.

В коммерческих, как правило, выше зарплата сотрудников и уровень их социального пакета, а количество среднего медперсонала существенно меньше, и условия работы более конкурентные,

чем в некоммерческих. В некоммерческих больницах средний медперсонал более многочисленный и является кадровой основой. Эффективность работы по критериям, таким как смертность и продолжительность госпитализации, практически не отличается с учетом поправки на социально-экономические факторы.

По внешним признакам, как заявили наши собеседники, разобраться, какого типа это учреждение не просто, уровень помощи и большинство атрибутов медицинской деятельности неотличимы. В коммерческих больницах обычно большее количество медработников со средним медицинским образованием, больше внимание уделяется уходу за пациентами, обычно выше зарплата для персонала. Вместе с тем, поскольку в некоммерческих больницах все доходы реинвестируются, условия для пациентов в них лучше.

Интересно, что при встрече с американскими коллегами и медицинскими менеджерами большинство из них не владело информацией по основным показателям эффективности работы системы здравоохранения в национальном масштабе. Отчасти это объясняется сложностью и автономностью функционирования служб на уровне штатов. На наш взгляд, это также отражает одну из проблем организации системы – недостаток преемственности в оказании помощи и отсутствие целевых установок на конечные результаты деятельности. В США до сих пор оплата производится за *предоставленную медицинскую услугу*. Понятие «эффективность работы» американским врачом отличается от нашего – он понимает эффективность с позиции собственных экономических интересов.

Кроме того, рассматривая и сравнивая с другими странами глобальные показатели здоровья населения США и оценивая их как критерии результативности деятельности системы здравоохранения в целом, нельзя не учитывать имеющиеся в американском обществе *проблемы неравенства доступа как последствия исторического прошлого*.

Сохраняющееся неравенство доступа к современной медицинской помощи различных слоев американского общества имеет исторические корни. Следует подчеркнуть, что при общем высоком уровне объемов медицинской помощи, предоставляемой населению в США, доступность медицинской помощи существенно отличается для различных категорий населения. Так, например, по данным отчета о «Различиях в доступности медицинской помощи», такой показатель, как доля граждан, прикрепленных к врачу общей практики (ВОП), среди бедного населения на 20% ниже, чем

среди населения со средним достатком. В настоящее время белое население составляет 64% всех жителей США, но им принадлежит 88% всех материальных средств (богатств). Остальные жители страны соответственно владеют только 12% средств и, конечно, не имеют таких же возможностей, как белое население, в реализации основных жизненных потребностей, включая медицинское обслуживание.

Проблема неравного доступа и ее влияние на глобальные показатели эффективности работы системы здравоохранения хорошо видны при анализе показателя младенческой смертности: в штате Калифорния этот показатель составляет 4,7 на 1000 живорожденных, но среди афроамериканского населения он достигает 9,5 на 1000 рожденных живыми, т.е. в 2 раза выше среднего; а среди латиноамериканской прослойки – 4,9 на 1000. В 2010 г. среди умерших младенцев более 1/2 составили афроамериканцы и представители латиноамериканской группы.

Другой пример: в 2010 г. в структуре смертности смерть от СПИДа занимала 15–16 место, в абсолютных единицах это выражалось в 8 тыс. умерших, из которых было 50% афроамериканцев, при том, что они составляют только 11% населения США.

Как же с этим предполагается бороться? Во время встречи в Департаменте здравоохранения штата Калифорнии, заместитель директора (сам афроамериканец) рассказал нам о новой инициативе властей штата. Он также является руководителем нового отдела – отдела равного доступа, Office of Health Equity, специально созданного властями штата для разработки стратегической программы («Давайте станем здоровее») по устранению неравенства доступа к современной медицинской помощи.

Заместитель директора Департамента озвучил следующий пример: в городе Ричмонде (штат Калифорния) в районе бывших сооружений для ремонта судов, в условиях неблагоприятного воздействия окружающей среды (загрязненная почва, воздух), санитарного неблагополучия, безработицы, бедности живет афроамериканское население. В районе нет условий для здорового образа жизни (население в основном пользуется фаст-фудом), развития и обучения детей, здесь формируется криминогенная среда, которая, как правило, блокирует все личные инициативы.

Наш собеседник подчеркнул, что проблема неравенства возможностей выходит далеко за рамки проблем реформирования системы медицинской помощи, а ее решение (т.е. создание равных

условий для всех рас, населяющих США), по расчетам специалистов, может принести дополнительный экономический эффект в 1 трлн долл.

Опыт крупнейшей страховой компании штата Калифорния «Кайзер Перманент» в развитии профилактического подхода и значительных расходов на социальные программы позволяет, по мнению нашего собеседника, влиять на социальные детерминанты путем проведения превентивных мер – контроля семейной генетики, улучшения окружающей среды, внедрения образовательных программ и т.д. Инициатива властей Калифорнии с предложением мер по искоренению неравенства была включена в публичную политику, и ее активно поддержали первая леди Мишель Обама и Джерри Браун – губернатор штата Калифорния. Результатом стали инвестиции человеческих и материальных ресурсов, власти штата уже выделили 1 млрд долл. в соответствующие фонды для поддержки инициативы, будут привлечены частные фонды и федеральные ресурсы. В рамках программы «Давайте станем здоровее» были разработаны 38 показателей здоровья населения для оценки влияния различных детерминант.

Правда, мы не получили убедительного ответа на наш вопрос: а есть ли гарантии того, что, получив равный доступ ко всем вышеуказанным ресурсам, бедное население целенаправленно и в полной мере воспользуется предоставленными возможностями? Было указано, что основной результат этой работы рассчитан на последующие поколения.

В программу нашего визита было включено посещение клиники для малообеспеченных граждан и граждан, не имеющих страховку. Free Clinic – бесплатная клиника большого Кливленда для малоимущих пациентов на 50 тысяч посещений в год, частная некоммерческая организация, построена на частные пожертвования. Руководит клиникой попечительский совет, который наполовину состоит из пациентов, получающих лечение в данной клинике. Бюджет данной клиники формируется из 30% пожертвований, 30% средств федерального бюджета, частично – на средства программы Medicaid. Персонал клиники, в основном, сестринский – всего 55 сотрудников. Для работы приглашаются врачи-волонтеры из Кливлендской клиники (терапевты, стоматологи), студенты медицинских университетов, фармацевты, специалисты по программе борьбы с наркоманией (в клинике действует программа обучения наркоманов и их родственников экстренной помощи при передозировке героином). Как уже указывалось выше, бесплатные клиники принимают пациентов без страховки и

предназначены для обеспечения медицинской помощи малообеспеченным и уязвимым слоям населения.

Частные страховые компании на примере компании Kaiser Permanente

Kaiser Permanente – это самая крупная страховая компания в Калифорнии. На федеральном уровне в 2012 г. она признана самой эффективной и успешной частной страховой компанией в США. Компания работает в Калифорнии уже более 40 лет и является одной из первых страховых компаний, начавших страховать работников промышленных предприятий и внедрять программы профилактики.

Организация оказания медицинской помощи Kaiser Permanent является одной из лучших, так как обеспечивает преемственность оказания медицинской помощи и комплексный доступ к медицинским услугам, для этого создан единый координационный центр.

В настоящее время компания имеет 21 собственную клинику, одну из которых мы посетили в Сакраменто – Roseville Medical Center (в составе 2 стационара, 7 поликлиник). Это самый крупный провайдер медицинских услуг в регионе, клиникой получена высшая оценка при аккредитации в стране. Услугами данного центра пользуется более 260 тыс. населения. Как и большинство частных больниц, здания построены в стиле административного hi-tech со стеклянными рекреациями, переходами и холлами, с проработанными дизайнерскими интерьерами.

Администратор-экскурсовод (в штате центра) привычно излагает цифры – за 2012 г. принято 4,5 миллиона обращений, пролечено 27 тыс. пациентов, выполнено 160 тыс. вызовов СМП, принято 5000 родов в перинатальном центре. В клинике 340 коек, из них 175 для матери и ребенка. Всего работает 4800 сотрудников, из них 550 врачей первичного звена.

Нас проводят в отделение неотложной помощи (Emergency), самое крупное в регионе Сакраменто. Отделение представляет собой анфиладу палат на одну койку, оборудованную как рабочее место для оказания неотложной помощи. 10 коек оснащены по типу реанимационных, с возможностью замещения витальных функций. Всего в отделении 58 коек, или 4 отдела, работает 8 врачей (2 врача на 1 отделение), 1 медсестра на 2–3 пациента, если поступает пациент в остром состоянии – 1 медсестра на 1 пациента; в пиковые часы занято до 32 медсестер, которые меняются через 6 часов.

В 2012 г. через отделение неотложной помощи прошли 85 тысяч пациентов, при этом из всех

поступающих, как правило, госпитализируются 25%. В Emergency поступившие пациенты обследуются в течение 1 часа, им оказывается необходимая медицинская помощь, и они отправляются домой с соответствующими рекомендациями, при необходимости госпитализации в стационар идет полное обследование в течение 5 часов, и уже затем пациент поступает в отделение. Максимальный срок наблюдения в приемном отделении 12 часов.

Комментарии: служба Emergency – скорая и неотложная помощь. Как уже указывалось, в неотложных случаях, согласно федеральному закону, больницы обязаны оказывать медицинскую помощь всем гражданам, вне зависимости от наличия у них страховки. В целом, организация в США службы Emergency и ее деятельность, на наш взгляд, могут и должны стать предметом пристального изучения ввиду высокой ее эффективности, хотя она существенно отличается от нашей службы скорой и неотложной медицинской помощи.

На догоспитальном этапе ее оказывают парамедики, которые «совмещают» эти функции с работой пожарников. Как нам объяснили, работают они по скользящему графику с ротацией – смена по скорой помощи, смена – как пожарник. Парамедиков обучают в течение 6 месяцев по специальной программе – практически это навыки сердечно-легочной реанимации и другие несложные алгоритмы, которые отрабатываются до совершенства: дефибриляция, закрытый массаж сердца, иммобилизация конечностей, интубация трахеи или другие способы восстановления проходимости дыхательных путей и т.д.

Задача парамедиков – не дать умереть больному или пострадавшему вне больницы и доставить его в больницу живым и с наименьшими издержками.

На примере организации службы Emergency очевидно, что отечественная традиция оказания врачебной помощи на догоспитальном этапе нуждается в пересмотре. Понятно, что больного нельзя полноценно обследовать и лечить без современного диагностического оборудования: ультразвуковой аппаратуры, лабораторной диагностики, КТ или МРТ, консультации «узких» специалистов. Для оказания помощи на современном уровне пациента нужно везти в стационар – но нужно ли для этого «держат» врачебные бригады?

Итак, парамедики доставляют в госпиталь: в случае ситуаций, угрожающих жизни пациента, – например, ДТП, бытовая травма, приступ астмы, боли в сердце, потеря сознания и др. (категория 1);

пациентов для исключения угрожающей жизни патологии, поскольку у них не хватает знаний для того, чтобы разобраться (категория 2).

Остальные пациенты в Emergency добираются сами (особенно не имеющие страховки), часть из них действительно серьезно больна (категория 3), у остальных – нет угрожающих жизни проблем, а нужна медицинская помощь, направление на дальнейшее обследование и т.д. (категория 4).

Сортировка пациентов этих категорий, а ее суть в ранжировании по тяжести состояния, а не по очереди, – ответственное дело, и им занимаются специально подготовленные врачи или (чаще) медсестры из категории «зарегистрированных». Всегда приоритет дается пациентам первой и второй категории. Сколько придется ждать пациенту четвертой категории – неизвестно. В ожидании приема пациент может провести и 10–12 часов (особенно в муниципальных больницах).

Всем поступающим в Emergency экстренная помощь оказывается на максимально возможном уровне, и никто на этом этапе не интересуется, застрахован ли пациент или нет. Если пациент впоследствии оказывается неплатежеспособен, расходы на оказание ему экстренной помощи оплачиваются из специальных фондов – штата или графства (организационной субъединицы штата).

Организационный принцип в отделении – пациентом занимается один врач, который вырабатывает план обследования и ведения. Он может выполнить любые манипуляции по неотложной помощи. КТ, рентгенологические и лабораторные исследования врач назначает сам, а не вызывает хирурга, нейрохирурга, травматолога и т.д. Это значительно ускоряет процесс обследования экстренного пациента. У нас действует иной принцип – «один пациент – много врачей», когда обследования и манипуляции экстренному больному назначают и выполняют профильные врачи-специалисты. Врач отделения Emergency – это специально подготовленный по неотложной помощи специалист, прямых аналогов которому у нас в стране нет, ближе всего к нему – врач скорой помощи и интенсивист. В США врачи отделений неотложной помощи считаются наиболее эрудированными и уважаемыми. Как сказал наш переводчик Илья Ф., американцы считают, что эти врачи «знают все». Известные в нашей стране американские телесериалы «Скорая помощь», «Доктор Хауз» – это как раз о работе отделения неотложной помощи.

После обследования и оказания помощи в Emergency больного направляют в операционную, специализированную реанимацию, отделение или

отправляют домой. В разных больницах в отделениях Emergency определяются сроки максимальной продолжительности пребывания – от 12 часов (как в вышеуказанной клинике) до суток и даже нескольких суток.

Вернемся в Roseville Medical Centre. В центре ведется только электронный документооборот, который распространен на всю систему Kaiser Permanente. В стационарах ведение медицинской документации в электронном виде реализовано путем использования прикроватных терминалов внутрибольничной сети. В обычных отделениях используются беспроводные терминалы в виде тележек с монитором и клавиатурой. Медсестра приезжает в палату с таким передвижным терминалом, выводит на экран назначения, выполняет их, и тут же на экране отмечает выполнение. Как правило, эти тележки укомплектованы набором медикаментов и всем необходимым инструментарием, расходными материалами для выполнения назначений.

В клинике нет деления на отделения по профилю, всех пациентов, даже послеоперационных больных, ведут интернисты или терапевты, а специалисты приглашаются только для определения схемы лечения. Есть протоколы лечения, которые разрабатывает ассоциация врачей Kaiser Permanente, и они обязательны к исполнению.

Интересно, что вопросы закрепления на рабочем месте решаются коллективно: после двух лет работы, которые являются испытательным сроком для любого специалиста, проводится закрытое голосование всех сотрудников, и именно они решают вопрос о дальнейшем продлении контракта.

Средний срок пребывания в стационаре 3 дня. Далее пациент направляется либо в реабилитационный центр, БСУ, либо домой на долечивание (при этом пациент обучается внутривенному введению медикаментов). Наша соотечественница И. из Санкт-Петербурга, которая работает здесь врачом, рассказывает, что при необходимости длительного введения антибиотиков (например, при бакэндокардите) больному в верхнюю полую вену проводится специальный катетер (PICC-line), который пункционно, через периферическую вену предплечья, устанавливается под контролем УЗИ. Предварительно пациент обучается технике введения лекарственных средств через этот катетер с соблюдением правил асептики. Медсестра навещает пациента на дому 1 раз в 3–5 дней, контролирует состояние больного и локальные изменения в месте выхода порта катетера, проводит при необходимости забор крови на лабораторные исследования и т.д. Такой подход при известных

рисках серьезных осложнений намного дешевле продленной госпитализации, которая может занимать несколько недель. Этот пример хорошо иллюстрирует непомерно высокую стоимость стационарного лечения в США.

Кого же тогда лечат в реанимационных отделениях? В США отделения реанимации называются отделениями интенсивной терапии (Intensive Care Unit, или ICU). Основной контингент пациентов в этих отделениях – это больные, нуждающиеся в поддержании (как правило, продолжительном) витальных функций при критических состояниях, угрожающих жизни пациента. Экстренная и неотложная помощь, в том числе и с угрозой нарушения витальных функций, как уже указывалось ранее, оказывается при поступлении прямо в отделение неотложной помощи. Послеоперационная стабилизация витальных функций обеспечивается в так называемых палатах пробуждения (Recovery Room, или Postanesthesia Care Unit, или PACU), которые открыты во всех операционных блоках и уже около 40 лет считаются обязательной его функциональной единицей. Появление этих палат позволило значительно снизить летальность в раннем послеоперационном периоде. Таким образом, в США для посленаркозного пробуждения пациентов в ICU не госпитализируют.

Тем не менее, в американских клиниках количество реанимационных коек составляет до 10–12% общего коечного фонда (в зависимости от профиля стационара) [4]. В Европе этот показатель в 2–3 раза ниже. Количество таких коек каждое учреждение определяет самостоятельно, в зависимости от профиля, потребностей и т.д. Большой удельный вес реанимационных коек в США объясняется просто – ввиду крайне высоких цен на пребывание в больнице в целом, не говоря уже о стоимости реанимационной койки, в стационаре здесь лечится контингент, требующий как минимум интенсивного наблюдения, оперативного лечения или каких-либо инвазивных процедур. Косвенно об этом свидетельствует отсутствие большого количества пациентов, прогуливающихся в коридорах и холлах больниц – этого они самостоятельно не могут сделать по тяжести состояния.

В ICU основную работу выполняет средний персонал, при этом с каждым пациентом работает 1 сестра. Она отвечает за выполнение алгоритмов лечения и обследования, уход, ведение медицинской документации, внутрибольничные транспортировки. Если ситуация выходит за рамки прописанных протоколов, то медсестра вызывает по мобильной связи врача. В качестве врача, как пра-

вило, работают резиденты разных сроков обучения под руководством штатного врача (так называемый *attending physician*). Работа организуется таким образом, что штатный врач совместно с резидентами один–два раза в день делает общий обход в отделении. В США нет специальности «анестезиолог-реаниматолог». Анестезиологи занимаются обеспечением анестезий в операционной. А врачами отделений интенсивной терапии («интенсивистами»), как правило, становятся после дополнительного обучения пульмонологи или другие врачи (чаще всего анестезиологи и хирурги). Респираторная поддержка, так же, как и заместительная почечная терапия, проводится специально подготовленными техниками со средним медицинским образованием. Например, респираторный техник подбирает режимы вентиляции и осуществляет программы дыхательной реабилитации у нескольких больных (как правило, от 3 до 5 человек). Реабилитацией и физиотерапией также занимается отдельный персонал. За обеспечение отделения лекарствами и расходными материалами отвечает менеджер, который только этим и занят, а полы моют специальные уборщики.

Во всех отделениях документация ведётся в электронном виде на прикроватном терминале внутрибольничной сети, куда поступает вся информация из лабораторий, кабинетов КТ и МРТ и пр.

Обращает внимание присутствие родственников в палатах ICU. Считается, что таким образом пациенту, находящемуся в критическом состоянии, оказывается психологическая поддержка близких людей, которая так же необходима, как и другие виды лечения. Кроме того, таким образом контролируется влияние человеческого фактора. Присутствие родственников дисциплинирует и мобилизует медицинский персонал, тем самым, снижает риски возникновения его ошибок вследствие невнимательности или небрежности. В условиях американской страховой медицины информированность пациентов и их родственников имеет особое значение, судебные иски к медперсоналу здесь обыденное явление. Основная нагрузка по общению с родственниками приходится на средний персонал, что еще раз подчеркивает высокий статус этой профессиональной группы в США. Как нам объяснили, медсестры даже могут обсуждать с родственниками вопросы прекращения бесполезной помощи (*withdrawing and withholding of therapy*) в случае установленной некурабельности заболевания. Сложившиеся обычаи и религиозные традиции американцев, существующие законы позволяют прекращать лечение безнадежных больных. По-

нятно, что финансовая сторона дела является решающей в этом вопросе.

Как же организована помощь клиентам компании Kaiser Permanente после перевода их на амбулаторное лечение? В течение 48–72 часов после выписки пациент должен позвонить врачу и сообщить о своем состоянии. Если он не звонит, то врач сам обязан ему позвонить. Нам объяснили, что для контроля состояния пациента имеется много различных устройств, созданных на основе современных компьютерных технологий – Wi-Fi, Bluetooth и др. Также врач стационара расписывает схему лечения и передает ее врачу первичного звена, который должен связаться с пациентом в течение недели (можно в электронном формате).

Основное направление деятельности первичной помощи Kaiser Permanente – профилактика: контроль АД, сахара, холестерина, маммография после 45 лет, колоноскопия после 50 лет и т.д. Профилактическая стратегия, внедренная среди клиентов Kaiser Permanente, приносит свои плоды. Не без гордости, представитель администрации сообщила нам, что среди пациентов, застрахованных в их компании, частота инфаркта миокарда на 41% ниже, чем в популяции не застрахованных в этой компании.

В клинике оказывается и паллиативная помощь, как амбулаторная, так и стационарная, без выделения отдельных коек.

Отметим, что организация оказания медицинской помощи Kaiser Permanente является одной из лучших, так как обеспечена преемственность оказания медицинской помощи, имеется единый координирующий центр.

О квалификации медицинских работников США

Интересно, что за время нашего пребывания в беседах с организаторами здравоохранения, коллегами, этот вопрос практически не обсуждался.

В медицинском бизнесе США занято более 10 млн чел., сосредоточены огромные материальные ресурсы, поэтому гарантированное качество помощи а *private* является обязательным условием. Поскольку медицинские услуги являются, по сути, бизнесом, требования к гарантированному качеству этих услуг такие же, как и в других сферах деятельности.

Высокий уровень доходов врачей, дорогостоящее и сложное оборудование, современные лекарственные средства, а также цена ошибок медиков (в прямом и переносном смысле) являются стимулами и гарантиями поддержания самой высокой «планки» качества медицинских услуг.

Это требует соответствующей подготовки медиков. Продолжительное обучение – 4-годичное университетское медицинское образование, 5–7-летняя резидентура – заставляет будущего врача с головой погрузиться в специальность, а конкурентная среда не позволяет расслабиться – последипломное образование и поддержание квалификации. Для поступления на медицинский факультет необходимо наличие любого высшего образования (даже исторического). Считается, что зрелые люди более ответственно относятся как к выбору профессии, так и к обучению.

Сегодня при подготовке врачей в различных университетах идет поиск новых форм обучения в соответствии с требованиями времени. Причем от университета к университету эти подходы отличаются. Так, во время встречи с деканом медицинского факультета университета Хьюстона (University of Texas Health Science Centre at Houston) нам рассказали, что в настоящее время по инициативе студентов разрабатывается реформа учебного процесса, которая предусматривает сокращение преподавания базовых дисциплин (они будут сведены в несколько модулей), а основной упор будет сделан на практику. В рамках реформы обучения планируется «прикрепление» студентов с первого года обучения к ведению и курации пациентов и их семей на протяжении всего курса обучения в университете, естественно, как помощника ВОП.

В разрабатываемой программе обучения на первом году будут изучаться этика общения с пациентом, введение в специальность. На 2-м году обучения – санэпиднадзор, хирургия, первичная медицинская помощь, исследование в области биотехнологий (после 2 года обучения принимается решение и пишется заявление студента, кем и где планирует работать). 3–4 год – производственная практика. Отметим, что аккредитацию университет проходит 1 раз в 8 лет по 132 показателям.

В клинике медицинского факультета Калифорнийского университета UC Davis Health System в г. Сакраменто (лучший центр в Сакраменто, входит в 50 лучших клиник США) проводятся лечение, обучение и научные исследования в области здоровья человека. Помимо лечебной базы, которая включает раковый центр, региональный педиатрический и взрослый травмацентр I уровня, детскую клинику, институт лечения неврологических расстройств (615 коек, 42 койки в отделении срочной помощи), имеется Центр здоровья и медицинских технологий, который предназначен для обучения студентов и повышения квалификации вра-

чей. Профессор Д.Сильва объяснил нам, что в этом центре внедряется так называемое «обратное» обучение, когда профессор дает материал для самообучения на дом, а затем на занятиях проходит обсуждение подготовленного материала и наработка практических навыков. Такой подход, по его мнению, намного эффективнее, чем традиционное «начитывание» тематических лекций неподготовленным по данной теме студентам.

В данном Центре проводится 300 курсов повышения квалификации в год (от 1 до 5 дней), 20000 обучающихся часов в год. В зависимости от специальности курсы проходят раз в 3–5 лет. Центр является одним из пионеров внедрения в работу дистанционной медицины, разработанная здесь система объединяет 800 клиник, библиотек и других точек доступа. Система активно применяется для удаленного консультирования врачей (медицинских сестер) сельских амбулаторий первичной помощи. Только в 2012 г. осуществлено 8000 амбулаторных и стационарных дистанционных консультаций.

В клинике работают 24 профессора-преподавателя, все с практическим опытом, есть лучшая в США виртуальная (симуляционная) клиника, в которой имеется 24 манекена по всем профилям, позволяющих моделировать различные неотложные состояния и контролировать правильность и эффективность оказываемой помощи – для отработки анестезиологических и реанимационных навыков, приема родов, проведения транспищеводной ЭХО-кардиографии и др.

Например, анестезиологический манекен отражает на специальных мониторах изменения основных физиологических систем организма при введении сильнодействующих лекарственных средств, их передозировке, нарушении газообмена при неадекватных параметрах вентиляции и т.д. Стоимость такого манекена составляет около 250 тыс. долл., но эффективность обучения очень высокая, что подтверждают проведенные в центре научные исследования на эту тему.

Знания американских врачей конкретны – серьезные нагрузки во время резидентуры, изнурительные неформальные экзамены после ее окончания требуют серьезной внутренней дисциплины и самоотдачи резидента. Наши соотечественницы рассказали, что экзамены длятся 8 часов без перерыва, и при подготовке к ним совершенно необходимо усвоить огромный запас медицинских знаний, большинство из которых абсолютно конкретны.

Качество медицинской помощи регулируется путем прохождения добровольной аккредитации

поставщиков медицинских услуг в специальной комиссии – Joint Commission (частная некоммерческая организация), которая определяет соответствие медицинской организации определенному набору требований и стандартов. Кроме того, медработник 1 раз в пять лет должен проходить переподготовку, причем, как сказали наши соотечественницы, неформальную.

О подготовке среднего медицинского персонала

Статус американской медсестры существенно выше, чем у наших медсестер. Дипломированная практикующая медицинская сестра наделена значительно большими полномочиями, обладает более обширными знаниями и навыками, имеет большую самостоятельность. Для этого ее по-другому учат и, конечно, по-другому оплачивают ее труд. Наиболее высоким статусом обладают дипломированные аттестованные практикующие медицинские сестры, например, в федеральной системе клиник первичной медицинской помощи Access Health для работы в американской глубинке, где, в связи с нехваткой ВОП, эта категория медицинских работников выполняет многие врачебные функции.

Как же осуществляется подготовка дипломированной практикующей медицинской сестры?

Необходимо: закончить среднюю школу – 13 лет; затем обучение 2 года – для квалификации постовой медсестры в больнице; 4 года – для получения степени зарегистрированной медицинской сестры, что позволяет работать на местах самостоятельно. Затем медсестра в течение двух лет проходит обучение в магистратуре, после чего сдается экзамен и лишь тогда присваивается статус дипломированной аттестованной практикующей медсестры.

В США имеется степень PhD в сестринском деле (доктор философии, аналог нашего кандидата наук). Степень необходима для преподавания в университете или для научной деятельности. В настоящее время для подготовки на подтверждение степени PhD для больничной медсестры нужно учиться 2 года, для работы вне больницы, приобретения знаний и навыков в сфере медицинского бизнеса, лидерства необходима 4-летняя подготовка.

Есть ускоренная программа обучения – 1,5 года, которая готовит лицензированных медсестер, они могут работать медсестрами в частной врачебной практике, но с ограниченным спектром услуг. Таких медсестер стали готовить в годы Второй мировой войны по ускоренной программе в связи с нехваткой среднего медперсонала. В любом случае,

для того, чтобы стать медсестрой, необходимо закончить High school (среднюю школу).

Еще одна категория медицинской сестры – помощник врача, который должен иметь любое высшее образование и закончить 2 года магистратуры при медицинском факультете университета. Они работают только под началом врача, который решает, какие функции можно делегировать такому помощнику.

И, наконец, после 10 недель обучения выпускается ассистент медсестры с сертифицированной деятельностью (это лаборанты, медицинские техники, техники диализа, УЗИ).

Бизнесом в США является не только практическая медицина, но и медицинская наука. В программу нашего визита было включено и посещение Международного центра им. Фогарти, расположенного в г. Бетесда, пригороде Вашингтона. Здесь расположены Национальные институты здоровья (National Institutes of Health, NIH), которые включают 27 институтов и центров, где проводится научно-исследовательская работа по определенной тематике. Международный центр им. Фогарти занимается финансированием научных исследований в странах с низким и средним достатком. Идея состоит в привлечении специалистов со всего мира с новыми идеями, как по фундаментальным, так и по прикладным направлениям в диагностике и лечении многих заболеваний, особенно тех, для которых на сегодняшний день эффективного лечения не выработано. В NIH работает от 18 до 24 тысяч работников со всего мира, 5 нобелевских лауреатов. Бюджет программы на 2013 г. составлял 32 миллиарда долларов, 81% из которых идет на научные исследования зарубежных стран. Также финансируются научные исследования своих сотрудников и ученых США. Центр имеет свою клинику на 800 коек, где проходит лечение до 10000 плановых пациентов в год. В основном, это пациенты с заболеваниями, которые трудно поддаются существующим методам лечения – здесь, с согласия таких больных, зачастую по меркам современной медицины считающихся безнадежными, апробируются новые методы лечения.

Национальные институты здоровья также обучают студентов и аспирантов из многих стран мира.

Посещение центра имени Майкла ДеБейки (Michael E. DeBakey VA Medical Centre)

Здесь работал выдающийся хирург нашего времени, один из основателей современной кардиохирургии Майкл ДеБейки, скончавшийся на 100-м году жизни (в 2008 г.). Этот госпиталь дли-

тельное время являлся «Меккой» для кардиохирургов всего мира, потому что кардиохирургию принято делить на то, что было до ДеБейки, и на то, что стало при нем.

В холле центра установлен памятник этому выдающемуся врачу, его именем назван госпиталь.

Данный центр входит в сеть ветеранских центров США, всего в стране 155 таких центров (они меньше Хьюстонского). Michael E. DeBakey VA Medical Centre состоит из стационара и поликлиники. Обслуживает 1 миллион амбулаторных визитов, до 100 тысяч пролечивает стационарно. Нормативные документы одинаковы для всех ветеранских центров и доводятся из Вашингтона, единый также и электронный документооборот. Годовой бюджет центра составляет 900 миллионов долларов (из них только 45 миллионов берется у страховых компаний). Всего в клинике работают 4400 сотрудников, 1000 медсестер, 350 врачей на ставку, 200 стажеров, 272 ординатора. В госпитале обслуживаются пациенты, которые получили боевые ранения, но в настоящее время живут в нищете (это 25% из всех ветеранов). 75% при этом получают частные страховки, но из них 25% приходят за помощью в эту клинику из-за хорошего качества услуг. Как и другие крупные клиники, где нам довелось побывать, центр оснащен самым современным оборудованием.

Клиникой налажены отношения с двумя медицинскими университетами Хьюстона, и на ее базе организована резидентура. В центре выполняется трансплантация печени, планируется сертификация по пересадке почки, оказывается психологическая, психиатрическая помощь, проводится онкодиагностика. Широко внедрена в практику телемедицина, с помощью которой прослушивается сердце электронным стетоскопом, осматривают полость рта, осуществляется предоперационное освидетельствование хирургических пациентов и др. Есть еще 9 амбулаторных центров под эгидой министерства по делам ветеранов.

Почему этот центр был включен в программу нашего визита? В Хьюстоне нам показали другие клиники, даже более крупные. Оказалось, нам хотели представить опыт центра по новым подходам к увеличению доли амбулаторной помощи даже в тех разделах, которые традиционно считались стационарными. Стремление сэкономить на дорогостоящей стационарной помощи здесь наполнено конкретным содержанием. В результате многие услуги клиника вынесла на амбулаторный уровень, в связи с чем из 1000 коек в госпитале осталось 410. Так же идет сокращение и посещения АПП и перенос ухода и осмотров на дом.

Еще одна «фирменная» особенность госпиталя – это опыт организации оказания психологической и психиатрической помощи ветеранам. Проблема психотравм, как нам объяснили, одна из наиболее актуальных у бывших военнослужащих, особенно прошедших через «горячие» точки, принимавших участие в боевых действиях. Из 100 тыс. пролеченных 30 тыс. ветеранов ежегодно консультируется по программе «психогигиена». В специализированном отделении имеется 72 койки, 32 для острых форм, 20 для гериатрических пациентов, по 10 коек для женщин-ветеранов и тех, кто вернулся с войны. Среднее пребывание – 27 дней для посттравматического синдрома. Есть программа по работе с наркозависимыми, алкоголиками, обучение родственников пациентов и хронических пациентов, разработан план безопасности для пациентов, у которых были парасуициды. Четко продумана организация как оказания стационарной помощи таким больным, так и уход в амбулаторных условиях. Например: разработана электронная консоль для пациента с едиными вопросами по профилактике суицидов, на которые ветеран обязан отвечать каждый день. Если хотя бы на один вопрос пациент не ответил, то к нему выезжает персонал для уточнения состояния. Разработана социальная программа как продолжение медицинской помощи для «бездомных ветеранов» – им помогают получить временное жилье с небольшой платой и далее помогают найти работу и постоянное жилье (этим занимается специальная структура, где работает 88 сотрудников).

С 2008 г. в ветеранских госпиталях действует программа пересадки печени. Однако, из 155 клиник только 5 занимаются трансплантацией печени (всего 120–130 в год). Хьюстонский центр начал заниматься трансплантацией с 2007 года. На сегодняшний день здесь выполнены 54 трупные трансплантации с результатами на уровне лучших мировых образцов – 30-дневная выживаемость – 100%, одногодичная – 97%, причем средний уровень так называемой шкалы MELD (Model for End-stage Liver Disease), отражающей тяжесть состояния реципиента перед трансплантацией, очень высок – 32–34 балла. Отметим, что в США при получении прав на вождение автомобиля берется сразу письменное согласие или отказ на забор органов для трансплантации при ДТП.

Первичная медицинская помощь

В Техасе в 30 милях от Хьюстона мы познакомилась с организацией работы Brookshire Center – Mobile Health Unit. Организацию такой системы помощи небогатым американцам, живущим в глу-

бинке, инициировал в 1960-х гг. президент Линдон Джонсон.

Mobile Health Unit – это федеральная сертифицированная передвижная амбулатория, оказывающая бесплатную помощь малоимущим слоям населения графства Ричмонд.

Население графства – 200 тысяч человек, район сельскохозяйственный с низкой плотностью населения. Здесь функционирует 5 частных практик: всего 10 врачей, 4 практикующие медицинские сестры, 3 стоматолога (с фиксированной зарплатой). Финансируются за счет грантов, предоставляемых федеральным правительством. Все используют единый электронный пакет документов – протоколы, документы, отчетность.

Основное направление деятельности передвижной амбулатории – профилактика заболеваний у детей и взрослых (без деления на потоки). Осуществляется забор анализов на гемоглобин, ВИЧ, ИППП, иммуноферментный анализ на скрытую кровь в кале. Расходные материалы одноразовые (РАР-тест и др.) и бесплатные. Имеется отоскоп, аудиометр, офтальмоскоп. Осуществляется дородовый осмотр беременных. Имеются партнерские отношения с университетской клиникой по обследованию и осуществлению более сложных анализов.

Ведет прием дипломированная практикующая медицинская сестра, принимает в день от 8 до 20 пациентов. 30% пациентов – нелегальные мигранты, не имеющие никакой страховки. Цель – снизить обращения данной группы населения на СМП. Амбулаторией предусмотрено заключение партнерского соглашения с аптекой для анализа, дошел ли пациент с рецептом до аптеки, купил ли он лекарственное средство, так как сейчас около 50% населения до аптеки не доходят.

Все лечебные назначения медицинская сестра амбулатории производит сама, кроме наркотических препаратов. Есть бесплатный номер телефона для записи на прием, но до 60% приходит по рекомендации друзей, соседей. «Такую работу надо любить», – сказала в заключение наша собеседница. Ее рабочее место – амбулатория на колесах, мобильность которой позволяет максимально приблизить профилактическую помощь к населению, проживающему в отдаленных районах, оперативно корректировать маршруты поездки.

В центре национального здоровья в г. Вашингтоне (Health Resources and Services Administration (HRSA), который является структурным подразделением Министерства здравоохранения и находится в подчинении главного санитарного врача, нам разъяснили задекларированную в начале

2013 г. в США стратегию глобального здравоохранения. Основными задачами стратегии до 2015 г. являются: предотвращение распространения ВИЧ, СПИД, сохранение здоровья матерей и детей, снижение заболеваемости туберкулезом, малярией, снижение употребления наркотиков, снижение детского ожирения, дородовое наблюдение за беременными. Смысл данной стратегии в том, что сегодня нельзя отделять здоровье американцев от глобального здоровья. Американцы осознали, что у болезней нет границ, поэтому главная цель – здоровая и безопасная планета для всех.

Наряду с глобальными проблемами, работа агентства направлена на повышение эффективности оказания первичной помощи американцам. Что же предпринимается сейчас для ее укрепления на федеральном уровне? Одной из мер является развитие и укрепление сети сертифицированных амбулаторий.

Кристин М., офицер агентства (работники имеют соответствующий статус и традиционно, со времен 2-й мировой войны, носят военную форму), рассказала о федеральном финансировании сертифицированных амбулаторий, которые получают гранты от правительства на предоставление медицинских услуг. Медицинские услуги в таких амбулаториях страховки Medicaid и Medicare оплачивают по более высоким ставкам. При этом закупка оборудования и лекарственных средств для них идет по более низкой цене. В год обслуживание одного пациента в федеральной амбулатории обходится в 1200 долларов, что намного меньше, чем в частных.

Для получения статуса федеральной сертифицированной амбулатории необходимо соответствовать определенным требованиям (располагаться в дальних сельскохозяйственных районах, малонаселенных, где много незастрахованных лиц и др., в агентстве разработана формула для сертификации таких амбулаторий).

Бывший семейный врач Клиник рассказала о нехватке врачей первичного звена, неравномерном их распределении. Из общего числа всех практикующих врачей 33,5% составляют врачи первичного звена, специалисты – 66,5%. Только 10% финансирования идет на первичное звено. Менее 20% молодых врачей идут работать в первичное звено (оплата специалистов за их практику в среднем на 3 миллиона долларов выше, чем у врачей первичного звена).

Отсюда и задачи, которые стоят перед федеральной службой и здравоохранением США:

повысить доступ к медицинским услугам, обеспечить соотношение качества услуг и их стоимости,

рассматривать здоровье в целом (популяции), а не одного пациента через улучшение подготовки медицинского персонала,

изменить соотношение врач-специалист – врач первичного звена, медсестра – помощник врача через повышение качества оказания медицинской помощи,

внедрить электронный документооборот, расширить культурно-расовый состав студентов медицинских вузов.

В ведении центра находится бюро клинической вербовки, специалисты которого занимаются вопросами закрепления врачей в дальних сельскохозяйственных районах.

Задачи бюро на сегодняшний день – повысить материальную заинтересованность, ввести дополнительные льготы: на 10% повысить оплату врачей первичного звена, повысить число выпускников, которым будет погашаться сумма займа за учебу (до 10 тысяч долларов против сегодняшних 4 тысяч). В настоящее время выпускники, которые работают в сельскохозяйственных, малонаселенных районах, получают 30000 долларов в год на погашение займа, и с ними заключается контракт на 2 года (максимум до 6 лет). Если они нарушают контракт, то штраф в 3 раза больше, чем предоставлено денег государством на погашение долга.

Таким образом, предполагается увеличить привлекательность работы в глубинке, бедных и непрестижных регионах страны.

Медицинские учреждения по уходу за пациентами

Мы посетили офис общественной профессиональной организации, созданной в 1970 г., которая называется New Jersey Medical Directors Association (Ассоциация главных врачей больниц длительного ухода штата Нью-Джерси, входит в American Medical Directors Association). Организация создана как для повышения квалификации главных врачей, так и для лоббирования интересов этих учреждений (влияния на разработку нормативно-правовой базы больниц длительного пребывания).

Больницы длительного ухода предназначены для долечивания пожилых пациентов после лечения в стационаре и предоставления некоторых реабилитационных услуг (для одних – это восстановление навыков самообслуживания, для других – расширение поведенческих функций). Часть услуг по восстановлению поведенческих функций может оказываться и трудоспособному населению в том случае, если пациент прошел курс восстановления в реабилитационных организаци-

ях (который также имеет определенную длительность), но нуждается в дальнейшем оказании данного вида помощи.

Возглавляет больницу главный врач, в штате кроме него может быть еще один врач, или заключается контракт с частнопрактикующим врачом на обслуживание пациентов. Остальной штат медицинских сотрудников – это медицинские сестры разной квалификации.

Как указывалось выше, программа RACE – программа полного ухода за престарелыми – оплачивает с 1-го по 20-й день нахождения пациента в больнице длительного ухода, с 21-го дня пациент вносит оплату – 1445 долларов в месяц (такие суммы были определены в 2012 г.).

Все больницы длительного ухода являются акционерными частными предприятиями, и 75% полученной прибыли идет на дивиденды акционерам (в данном случае – это также бизнес).

Мы поинтересовались, как регламентируются и контролируются переводы пациентов из стационаров и клиник в больницы длительного ухода. Нет ли стремления у врачей стационаров поскорее избавиться от таких пациентов путем перевода их в учреждения длительного ухода? Оказалось, все довольно просто – в случае возврата пациента в стационар в течение 14 дней врач и учреждение наказываются значительными штрафами. Естественно, если этот возврат связан с ухудшением состояния пациента по причине его преждевременного перевода в больницу длительного ухода.

О волонтерстве. Одной из отличительных особенностей американской медицины и американского общества, в целом, является активное привлечение к волонтерской помощи в самых различных формах. Не все упирается в деньги – огромное количество граждан добровольно и с самыми искренними намерениями стараются помочь больным, инвалидам, малоимущим и просто людям, попавшим, в силу жизненных обстоятельств, в трудное положение. Другое дело, что американцам поразительным образом удается сочетать эту деятельность с бизнесом и получением конкретных материальных выгод.

В этом мы убедились при посещении нескольких общественных организаций, функционирующих на основе принципов волонтерства. Одна из них – Cleveland Hope Lodge в Кливленде. Это бесплатный отель (приют) для онкологических пациентов, получающих амбулаторное лечение, в непосредственной близости от онкологического центра. Отель построен на частные пожертвования семьи и включает 31 номер на двух человек (на

онкологического больного и человека, его сопровождающего) и скорее напоминает загородный пансионат или дом отдыха, безо всяких атрибутов казенного заведения социальной помощи. Учреждение обслуживает пациентов, проживающих в радиусе 40 миль. Проживание для пациента и его сопровождающего бесплатно.

Каждый день здесь проводятся определенные культурные мероприятия с проживающими: кулинарные занятия, музыкальные вечера и т.д. В отеле только один специалист работает на ставку (директор), остальные – волонтеры. Благодаря волонтерской работе и помощи психологов в отеле создана особая атмосфера, направленная на поддержку онкологических больных, особенно в терминальной стадии заболевания.

Содержание этого отеля обходится в 500 тысяч долларов в год, он содержится Американским обществом онкологов (American Cancer Society), которое финансирует по всей стране 31 такую гостиницу. Значительная часть средств на содержание Cleveland Hope Lodge получается за счет пожертвований – до 200 тыс. долларов в год.

Как и многое в медицине США, в деятельности этого учреждения нас поразило, как тесно соседствуют, казалось бы, несочетаемые явления – расчет и бизнес с высоким духовным началом и бескорыстием.

Еще одна волонтерская организация, в деятельности которой мы приняли непосредственное участие – MedWish International. Более 20 лет назад кливлендский врач О. находился с частным визитом в одной из арабских стран, где ему пришлось участвовать в оказании неотложной помощи пострадавшим. Из-за нехватки расходного материала (не было интубационных трубок нужного размера) одна из пострадавших на его глазах умерла. Это явилось для него глубоким потрясением, у себя на работе он был неоднократно свидетелем того, как различный расходный материал с ограниченным сроком годности, в том числе и интубационные трубки, просто выбрасывался (его отправляли на свалку). По возвращению домой врач организовал некоммерческую волонтерскую организацию MedWish International, которая стала заниматься сбором, сортировкой и отправкой различных медикаментов, расходных материалов и средств ухода за больными в развивающиеся страны. В настоящее время на карте мира, которую нам показали в офисе, отмечено флажками 34 страны, куда MedWish International отправила грузы.

В выходной день наша группа отправилась в офис этой компании и приняла участие в сортировке гуманитарного груза, предназначенного для

отправки в Бангладеш. В «субботнике» приняли участие волонтеры из различных слоев населения, различного возраста и цвета кожи. Работа свелась к сортировке расходных материалов с запасом срока годности в 1 год.

Крупные клиники Кливленда со своих складов передают MedWish International самые различные лекарственные средства, материалы и предметы медицинского назначения со сроком годности от 1 года до 8 месяцев. Утилизация расходных медицинских материалов, средств ухода, лекарственных средств стоит больших денег, поскольку связана с проблемами экологии, поэтому клиникам выгоднее передавать все это бесплатно. Более того, производители и потребители выделяют средства для хранения и транспортировки по назначению гуманитарных грузов.

Американская медицина как бизнес – наши впечатления

В программу визита были включены также посещения нескольких лечебных учреждений, являющихся флагманами американской медицины. Речь идет о клиниках города Кливленда (штат Огайо) и медицинского центра в г. Хьюстон (штат Техас). Несмотря на то, что организаторы здравоохранения и ученые, специалисты по праву, перед этим разъясняли нам основы устройства американского общества и функционирования системы здравоохранения США, увиденное вызвало у нас смешанные чувства – от восхищения до полного непонимания.

Город Кливленд, расположенный на севере страны на берегу озера Эри, являлся в 1930-е – 1960-е годы крупнейшим центром черной металлургии и был 3–4-м городом США по количеству жителей. Здесь также находилась штаб-квартира знаменитой компании Standard Oil, основанной Рокфеллером, так как неподалеку проводилась добыча нефти и ее переработка. Но в 60–80-х гг. в результате кризиса в ряде сфер промышленности Кливленд оказался городом-банкротом. Как итог, были закрыты все предприятия металлургической и нефтеперерабатывающей промышленности, население города уменьшилось в 8 раз.

Однако власти штата и города проделали огромную работу по диверсификации источников поступлений средств в бюджет, в результате чего в настоящее время градообразующим началом Кливленда является медицина. В городе возникли целые кварталы, застроенные огромными многоэтажными ультрасовременными корпусами клиник.

Cleveland Clinic. Основной корпус Cleveland Clinic (представитель администрации провел полчасовую экскурсию по корпусам больницы)

больше напоминает современный музей или дворец искусств (что, конечно, увеличивает стоимость самих медицинских услуг).

Клиника входит в тройку ведущих и наиболее престижных медицинских центров США, а по ряду направлений является мировым лидером. Именно здесь в 1958 г. были проведены первая коронарография, коронарное стентирование и одна из первых операций АКШ.

Клиника была создана после 1-й мировой войны четырьмя военными врачами, которые за основу приняли коллективный подход, положительно зарекомендовавший себя во время военных действий. Надо сказать, что этот принцип и до сих пор культивируется в этом учреждении как системообразующий. Руководит клиникой врач, в отличие от других крупных центров медицинского бизнеса, где руководителями выступают, как правило, профессиональные бизнесмены.

Вторая отличительная особенность – в клинике созданы центры по лечению ряда хронических заболеваний с до конца не выясненными патогенетическими механизмами, лечение которых во всем мире является пока недостаточно эффективным – например, болезнь Паркинсона, рассеянный склероз и др.

Такой целенаправленный подход позволяет привлекать пациентов с этими болезнями со всего мира, естественно, платежеспособных. Общее количество пациентов, поступающих сюда из-за рубежа, составляет, со слов нашего гида, 25 тыс. пациентов в год. Пациенты доставляются собственным транспортом клиники (имеется собственный авиаотряд – возможна доставка самолетами и вертолетами; в центре есть 6 реактивных самолетов, которые транспортируют пациентов в Кливленд из любой точки земного шара).

В настоящее время Cleveland Clinic имеет 18 дочерних центров. Здесь работает 3 тысячи врачей и 45 тысяч сотрудников, в головной клинике функционирует 1400 коек на площади 100 тыс. м². Клиника является второй по размерам в мире (среди юридических лиц) и представляет собой многопрофильный стационар с приоритетами в кардиохирургии, кардиологии, сосудистой хирургии, нейрохирургии. Поскольку наша встреча проходила на базе клиники кардиохирургии и сосудистой хирургии, в качестве примера для обозначения порядка цифр, характеризующих показатели и масштабы деятельности учреждения в целом, приводились показатели этой клиники.

Итак, Cleveland Clinic в настоящее время обеспечивает 5 миллионов посещений, 50 тысяч пролеченных на койках (среднее пребывание пациен-

та на койке 5–7 дней, замена клапана – 5 дней, пересадка сердца – 30 дней), в 2012 г. выполнено 4300 операций на открытом сердце. Летальность в кардиохирургии составляет менее 3%. В день принимается более 1000 пациентов. Соотношение плановой и экстренной госпитализации в кардиологии – 60%, в гинекологии – 100% плановой госпитализации.

В трансплантологической клинике ежегодно выполняется 150 трансплантаций печени, 60 – легких, 80 – сердца.

В год Cleveland Clinic выполняет 6,4 миллионов консультаций. Пациенты, поступающие по направлениям врачей первичного звена, должны быть полностью обследованы. Если врачи клиники считают, что качество исследований невысокое, то производятся повторные исследования.

В отличие от других клиник, все администраторы Cleveland Clinic являются действующими врачами, и они разрабатывают для клиники алгоритмы оказания медицинской помощи от ухода до лечения. При клинике есть медицинская бесплатная школа, занимающаяся подготовкой научных кадров для медицинских исследований.

Клиника относится к частным некоммерческим организациям (прибыль в результате деятельности не формируется). Как было указано выше, основная парадигма организации оказания помощи в Cleveland Clinic – групповая практика. Модель оказания помощи ориентирована на пациента. Основные принципы работы – это качество, инновации, коллективная работа, обслуживание (обеспечивается высокий уровень персонального ухода за пациентом). Прием осуществляется в день обращения.

На всех уровнях работают врачи на окладе, по контракту, который заключается на 1 год. Средняя зарплата врачей клиники составляет 183 тыс. долларов в год.

В клинике декларируется основная формула работы – это качество, деленное на низкую цену. Однако цена услуг в данной клинике существенно выше, чем в других клиниках, и не является объективной. Ведется постоянный мониторинг удовлетворенности пациентов качеством лечения (она составляет 66%). «Фирменным знаком» клиники является уровень обслуживания, например, за палатой закреплен повар, который лично контактирует с пациентом. Смысл таких нововведений – обеспечение комфортного, приближенного к домашнему, пребывания. Посещения пациентов разрешены в любое время, есть место для ночевки родственников и сопровождающих. Пациент имеет право ознакомиться со своей историей

болезни.

В клинике для самих сотрудников разработаны и действуют программы по снижению давления, против ожирения. Нам с гордостью сообщили, что в результате такой программы сотрудники учреждения «сбросили» на круг 40 тыс. кг лишнего веса.

Чрезвычайно широкий объем медицинских услуг и привлечение огромных средств позволили расширить бизнес Cleveland Clinic и открыть несколько филиалов центра в США. В настоящее время создается такая же структура в ОАЭ. В Великобритании, Китае созданы представительства Cleveland Clinic, где проводятся консультации и отбор пациентов для лечения в США. О размахе, с которым поставлена работа, свидетельствует наличие собственной полиции и собственной адвокатской службы, группы аналитиков и т.д.

Венцом технического обеспечения организации работы является полная роботизация большинства логистических операций в клинике – закуплено 100 роботов для внутрибольничной транспортировки всего необходимого. Со слов нашего экскурсовода, стоимость одного такого робота производства Швейцарии составляет 60 тыс. долларов, и он окупается в течение двух лет эксплуатации. В жизни это выглядит следующим образом: плоские, в форме параллелепипеда с округленными краями размером в столешницу операционного стола, цельнометаллические площадки с проблесковыми маячками везут на себе специальные контейнеры с больничным грузом по запрограммированному маршруту (подвалы, технические этажи и коридоры).

Аккумуляция таких средств позволяет решить проблемы обеспечения лечебно-диагностического процесса всем необходимым. Вместе с тем, руководство, аналитики центра в настоящее время изыскивают пути оптимизации расходов и других мер по привлечению пациентов в новых условиях, которые возникнут с введением реформы ObamaCare.

Даже нам, находившимся в стране несколько дней, было понятно, что введение реформы ObamaCare явится серьезным испытанием на возможность конкуренции гигантов медицинского бизнеса, к числу которых по праву относится Cleveland Clinic.

Какие же шаги предпринимает это предприятие, чтобы сохранить свой статус и остаться на плаву?

Cleveland Clinic ставит перед собой задачу создания более эффективной системы оказания помощи, базирующуюся на четких целях: безопас-

ность, качество помощи (помимо результатов лечения – удовлетворенность пациента, инфекционные осложнения, процент вторичной госпитализации, ВБИ). Предусматриваются улучшение самой деятельности врачей, четкая организация оказания медицинской помощи и лидерство.

Предполагается, что выиграет тот, кто будет владеть базой первичного звена, так как реформа *ObamaCare* предполагает перераспределение средств именно в пользу первичного звена и профилактики заболеваний, а также предупреждения хронизации заболеваний и их прогрессирования. Топ-менеджеры *Cleveland Clinic* разъяснили нам планы по стратегии выживания. Это, в первую очередь:

партнерские отношения (договоры) с семейными врачами, врачами общей практики, которые обеспечивают первичное обслуживание;

выкуп клиникой частных кабинетов первичного звена и предоставление работы своим сотрудникам на окладе.

С учетом основных положений реформы, специалистами *Cleveland Clinic* разработано стратегическое направление развития профилактического подхода. При этом в профилактике заболеваний и их осложнений основной упор делается на специалистов первичного звена. Для оптимизации и повышения эффективности работы этого этапа предполагается:

создание более крупных систем (так называемых медицинских домов), объединяющих кабинеты 3–4 врачей, социальное обслуживание, с наличием аптеки;

использование модели комплексного ухода за пациентами, предусматривающей создание клиник, в которых принимать будет не только врач общей практики, но и специалист (окулист, эндокринолог и т.д.);

слияние больниц, тесное партнерство с акционерными организациями и создание крупных систем на 3–4 штата. При этом связь не физическая – собрать в одном месте, а вертикальная («корпорация» против страховых компаний).

Как мы уже указывали выше (посещение Международного центра им. Фогарти, входящего в систему NIH), бизнесом в США является не только практическая медицина, но и медицинская наука.

Лицом к лицу – лица не увидеть.

Вместо заключения

Отношение к американской системе здравоохранения, как и к Америке, американскому образу жизни в целом, в нашей стране до сих пор связано с влиянием стереотипов восприятия времен противостояния двух государств – СССР и

США, и крайне поляризовано: от полного неприятия до восторженного отношения.

По нашему мнению, какое-либо противопоставление систем здравоохранения наших стран является изначально неправильным, поскольку нельзя сравнивать системы здравоохранения, основанные на принципиально различных подходах к организации общества. Поэтому, только взаимное обогащение путем изучения и изыскания положительных сторон является продуктивной позицией. Особенно хорошо этот тезис иллюстрирует обсуждаемая тема – состояние здравоохранения и пути его улучшения.

Признавая за американской системой неоспоримое лидерство в разделе внедрения и продвижения новых медицинских технологий, мы воочию убедились и в наличии немалых изъянов в организации медицинской помощи и, в первую очередь, в отношении ее доступности.

Возможность лишиться жилья в случае неплаты страховки за дорогостоящую операцию или другое лечение – это не агитаторская «страшилка», а нередкое явление в американской жизни. По статистике, 70% банкротств в США связаны с этой причиной. Об этом нам неоднократно рассказывали лекторы и простые жители, апеллируя к аргументам в пользу необходимости реформирования системы здравоохранения. Вместе с тем, как философски заметил один из наших собеседников, экономическая волна, согласно которой важнее всего зарабатывать деньги, быть полезным как производящая сила, с каждым годом все больше доминирует не только в политике и общественной жизни, но и в медицине.

Несмотря на кардинальное различие систем здравоохранения в наших странах имеются общие проблемы функционирования службы здравоохранения в современных условиях. Основной из них является необходимость оптимизации расходов на медицинские услуги при сохранении качества оказания помощи на уровне современных требований. В рамках проводимой в США реформы системы здравоохранения используются подходы, направленные на решение вышеуказанной проблемы. Некоторые из этих мер являются перспективными для внедрения с целью дальнейшего совершенствования организации медицинской помощи в Республике Беларусь.

Важным является изучение американского опыта по снижению затрат путем развития учреждений по уходу, создания пансионатов при крупных больницах для расширения сферы амбулаторного лечения, повышения роли среднего медицинского персонала, реализации комплексного на-

правления по созданию «медицинского дома», где оказывается амбулаторная многопрофильная помощь (медицинская, социальная, транспортная, психогигиеническая и др.).

Перспективным видится изучение опыта создания учреждений «замкнутого цикла» по определенным нозологиям с использованием современных высокоэффективных технологий диагностики, лечения и реабилитации для привлечения пациентов из других стран и т.п.

При совершенствовании системы оплаты медицинских организаций можно использовать опыт США по оплате поставщиков медицинских услуг в зависимости от результатов и качества медицинской помощи.

Наиболее интересными для практического здравоохранения Республики Беларусь, по нашему мнению, могут стать соответствующие подходы и организационные решения в тех разделах здравоохранения, где медицина США является лидером:

организация оказания неотложной помощи (службы Emergency);

внедрение инновационных технологий в практику;

оптимизация коечного фонда стационаров и расширение оказания медицинской помощи на амбулаторном этапе;

информатизация учреждений здравоохранения;

подготовка кадров среднего медицинского персонала, повышение их роли в оказании медицинской помощи на различных этапах.

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. База данных ВОЗ. – Режим доступа: <http://data.euro.who.int/hfad>. – Дата доступа: 16.12.2013.
3. 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.
4. Царенко, С.В. Путешествие за три моря / С.В.Царенко // Неотложная медицина. – 2010. – №8 (131). – С.43–46.
5. 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. REPORT 1

¹A.M.Dzyadzko, ²I.I.Novik, ³M.Yu. Masyuk, ⁴V.S. Karanik

¹RSPC for Organ and Tissue Transplantation, City Clinical Hospital No 9, Minsk, Republic of Belarus

²RSPC for Medical Technologies, Informatization, Administration and Management of Health,

Minsk, Republic of Belarus

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

⁴Minsk City Clinical Oncology Dispensary, Minsk, Republic of Belarus

The author's impressions of a trip to the United States aimed at becoming acquainted with the U.S. health care system and ongoing national health care reform (Health Care Reform, or ObamaCare) have been reflected in the first report. General information on the USA health care system, sources of its financing, functioning of various health care institutions, including data contributing to gaining a better insight in the American medicine as a business has been presented. It has been emphasized that it is important to study the American experience as regards costs reduction through the development of nursing care facilities, establishing boarding houses in major hospitals to expand the outpatient treatment, realization of the integrated tendency to establishing a "medical home" for rendering multidisciplinary outpatient care (medical, social, transport, psychohygienic, et al.). Gaining experience in establishing institutions of a "closed loop" as regards certain nosology using up-to-date high-performance technologies of diagnosis, treatment and rehabilitation, aimed at attracting patients from other countries, etc is promising. The following appropriate organizational technologies and approaches to those section of the health care where the U.S. is a leader in medicine may be of great importance for practical health care of the Republic of Belarus: organization of the emergency care provision (emergency service); introduction of innovative technologies in practice; optimization of hospital beds capacity and expansion of outpatient medical care; computerization of health care institutions; training of nursing personnel and enhancing their role in the provision of medical care at different stages.

Поступила 23.12.2013 г.