



**Сумський державний університет
Медичний інститут
Кафедра громадського здоров'я**

Приватна модель системи охорони здоров'я на прикладі системи охорони здоров'я США.

**Ст. викладач
Сміянова О.І.**



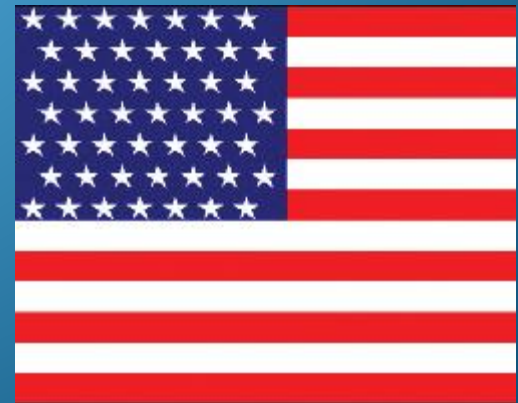
**У Конституції
США, прийнятій
понад 200 років
тому, відсутнє
положення про
право громадян на
безкоштовну
медичну допомогу.**

Два найважливіших аспекти американської системи охорони здоров'я

- **1) здоров'я пацієнта тут є турботою самого пацієнта;**
- **2) охорону здоров'я (медична допомога) - це бізнес, який функціонує за тими ж принципами конкурентності, як і інші його різновиди.**

США - єдина в світі розвинена індустріальна країна, яка не має універсальної системи охорони здоров'я: близько 84% громадян мають медичну страховку, з них 64% - страховка надана роботодавцем, 9% - придбали її самостійно, 27% громадян страховка надається в рамках державних програм. Певні державні програми дозволяють отримати медичну допомогу інвалідам, особам похилого віку, дітям, ветеранам, малозабезпеченим людям, а також забезпечують невідкладну допомогу всім жителям країни незалежно від їх здатності її оплатити. Більше 45% витрат країни в системі охорони здоров'я йде на фінансування подібних державних програм, і, таким чином, уряд США є найбільшим страховиком нації.

Головним органом, що регулює в США сферу охорони здоров'я, є **Департамент охорони здоров'я та соціального забезпечення (Department of Health and Human Services)**. Очолює його міністр охорони здоров'я і соціального забезпечення, який призначається президентом США за згодою Сенату США.



Департамент включає наступні агенції:

- **Центри з контролю і профілактики захворювань (Centers for Disease Control and Prevention — CDC),**
- **Центри з сервісів Medicare та Medicaid (Centers for Medicare and Medicaid Services — CMS),**
- **Національні інститути охорони здоров'я (National Institutes of Health — NIH),**
- **Управління з контролю за харчовими продуктами та лікарськими засобами (Food and Drug Administration — FDA),**
- **Управління ресурсів та служб охорони здоров'я (Health Resources and Services Administration — HRSA),**
- **Агентство досліджень та оцінки якості медичного обслуговування (Agency for Healthcare Research and Quality — AHRQ).**

Згідно з останніми оцінками, в США на медичну допомогу витрачається близько 17,5% ВВП, в абсолютних цифрах це відповідає 2,6 трильйонів доларів, або близько 9000 доларів на одну людину. Протягом останніх 30 років збільшення витрат на галузь відбувається переважно за рахунок урядових програм.

Якщо порівнювати державні (громадські) витрати на охорону здоров'я, то вони в доларовому еквіваленті на душу населення в США в 1,4 рази вище, ніж в «старих» країнах ЄС.

За станом здоров'я населення США посідають 72-е місце, за рівнем надання медичної допомоги – 37-е місце, по очікуваній тривалості життя – 45 місце, рівень малюкової смертності в США найвищий серед розвинених країн.

Статистика ВООЗ, 2015 р.

Інтегральні показники стану здоров'я населення США (за даними ВООЗ, 2015 р.):

- **очікувана тривалість життя при народженні в США складала 78,7 років (на 2,3 роки нижче, ніж в країнах ЄС);**
- **загальний коефіцієнт смертності складав в США 8,1 випадок на 1000 населення (на 13% нижче, ніж в країнах ЄС);**
- **малюкова смертність в США складала 6,9 випадків на 1000 народжених живими, що на 40% вище, ніж в країнах ЄС.**

Виникає питання: як ці показники співвідносяться з тим, що саме американська медицина «диктує» моду і є світовим локомотивом сучасної високотехнологічної медицини?



Програма Medicare

Програма охоплює 40,3 млн пацієнтів і стабільно забезпечує від 35 до 50% доходу лікарень. Як джерела фінансування виступають: податок на фонд заробітної плати, прогресивний прибутковий податок і податок на прибуток корпорацій. В даний час дана програма вважається найбільш успішною державною програмою в галузі охорони здоров'я та є повністю федеральною. Програма прийнята для захисту інтересів пенсіонерів, оскільки люди, йдучи на пенсію, часто ставали банкрутами через високу вартість медичних послуг. За основу була взята схема, розроблена найбільшою на той момент страховою компанією Blue Cross, Blue Shield.

Medicare страхує людей, які досягли пенсійного віку (65 років для чоловіків і жінок), і практично покриває весь спектр медичних послуг, серед яких обслуговування вдома, короткострокове проживання в будинках престарілих. Однак не надаються тривала госпіталізація, безкоштовне отримання слухових апаратів і лише з недавнього часу передбачається покриття рецептурних препаратів.

Дана страховка має дві основні частини:

- - **частина А** - це найдорожча частина, яка включає оплату послуг в стаціонарі. Якщо після виписки зі стаціонару (виписки і подальша тактика визначається медичною сестрою) є необхідність в цілодобовому медичному спостереженні, пацієнта переводять в лікарню сестринського догляду, де надається допомога під керівництвом лікаря. Якщо пацієнт потребує медичного нагляду, але не цілодобового, то після повернення додому його спостерігає медсестра стаціонару вдома;
- - **частина В** - це менш дорогі послуги первинної ланки.

В програмі **Medicare** є ще частина С, яку потрібно купувати і оплачувати додатково, вона забезпечує тривалий догляд і ряд послуг з зубопротезування (це пропонується страховими компаніями), а також частина D, яку також необхідно додатково оплачувати (37 доларів щомісяця), вона забезпечує лікарські засоби за більш низькою ціною.



**Перебування пацієнта в лікарнях тривалого догляду (будинках сестринського догляду) з 1-го по 20-й день безкоштовне (покривається страховкою), з 21-го дня вноситься оплата 1445 доларів в місяць (2015 р).
Всі лікарні тривалого догляду є акціонерними приватними прибутковими підприємствами. 75% прибутку йде на дивіденди акціонерам.**

Щоб не було зловживання з боку пацієнта медичними послугами, введений розподіл витрат:

- **- 1,45% заробітної плати спрямовується до спеціального фонду страхування працівника. Наймач також 1,45% відрахувань на кожного працівника направляє до трастового фонду міністерства США;**
- **- пенсіонер платить щомісяця 100 доларів на амбулаторний прийом, але якщо у пацієнта є приватна страховка (від роботодавця), то вона покриває і цю частину;**
- **- 1200 доларів одноразово оплачується пацієнтом при його госпіталізації.**
- **Для отримання даного виду страховки необхідно мати трудовий стаж 10 років (40 кварталів).**

Програма Medicaid

Це партнерська програма федерального бюджету і бюджету штату, розрахована на допомогу людям з низьким рівнем доходів, співфінансується федеральним урядом і бюджетами штатів. Тут встановлено мінімум послуг. За цією програмою надається 5 послуг: стаціонарне та амбулаторне лікування, консультації фахівців, перебування в будинках для людей похилого віку, лабораторна діагностика та рентгенологічні методи дослідження.

Щоб скористатися послугами **Medicaid**, необхідно довести, що доходи громадянина або сім'ї нижче затвердженого рівня бідності.

Кожен штат адмініструє програму **Medicaid** на власний розсуд, що відображає істотну різницю їх історичних та ідеологічних підходів до ролі і функцій держави. Відрахування за цією програмою в різних штатах істотно різняться - наприклад, в Каліфорнії ці відрахування приблизно в 10 разів вище, ніж в Техасі.

Medicaid грає величезну роль з точки зору вибудовування стартових можливостей для різних категорій населення і перерозподілу доходів в країні. За даними за 2012 р, в рамках програми було надано допомогу 38,3 млн американцям. Витрати на цю програму збільшуються в середньому на 9% кожні три роки.

Програма PACE - це програма повного догляду за людьми похилого віку, коли є і Medicaid, і Medicare.

Постійно зростаюча вартість програм Medicare і Medicaid служить однією з причин величезного дефіциту бюджету США. За розрахунками аналітиків, фінансування даних соціальних програм у 2012 р зумовило дефіцит бюджету в розмірі 1 трильйона доларів.

Недержавне страхування

Державні медичні програми покривають 45% витрат на охорону здоров'я, інші 55% - система ДМС - великими і середніми роботодавцями для своїх працівників через «групове» страхування по ДМС, що включає відрахування з бюджету підприємства і щомісячні внески працівників з власного заробітку (співплатежі).

Також існує ринок для індивідуального добровільного медичного страхування.

Високі страхові внески в систему добровільного медичного страхування є перешкодою для страхування ряду категорій громадян, тому в США до недавнього часу було близько 50 млн незастрахованих (16% населення).

Як в системі державного страхування, так і в системі добровільного страхування обсяг гарантованих медичних послуг («пакет» покриття) варіює залежно від страхової компанії і страхового плану (конкретний план умов і обсягу страхування). Слід зазначити, що страховий план в більшості випадків покриває основні медичні послуги: послуги лікаря загальної практики, діагностичні дослідження та стаціонарну медичну допомогу. Пацієнт має право самостійно вибрати лікаря загальної практики, лікаря-фахівця і стаціонар для лікування.

Якщо пацієнт звернувся до лікаря або в установу, що не входять в список постачальників медичних послуг, включених до договору з його страховою компанією, то особисті «співплатежі» цього пацієнта за медичні послуги будуть вищими. Свобода вибору пацієнтом лікарів, страхової медичної організації, різні обсяги страхового покриття в різних страхових компаніях призводять до значної дезінтеграції процесу організації надання медичної допомоги пацієнтам.

Більшість лікарів загальної практики - приватно практикуючі лікарі (власники бізнесу), виняток становлять лікарі, які працюють за наймом у великих амбулаторіях, мають корпоративну структуру.

Близько 40% лікарняних установ належать муніципальним органам влади (місто або сільський район), решта - приватні. При цьому некомерційні організації охорони здоров'я складають 90%, комерційні - 10%.

Держава не втручається у вільний ринок фінансування охорони здоров'я через систему ДМС і не регулює ринок надання медичних послуг і ліків (виняток - оплата постачальників медичних послуг через систему державного медичного забезпечення).

Санітарні умови надання медичної допомоги регулюються через структури, аналогічні нашій колишній санітарній службі, - Центри з контролю і профілактики захворювань, які мають також і інші функції, наприклад займаються питаннями профілактики захворювань, контролю над інфекційними захворюваннями, збором і аналізом статистичних даних.

Якщо людина захворіла і потребує медичної допомоги в США, вона може звернутися: 1) до лікаря загальної практики або групи лікарів (іноді це називають клінікою); 2) в амбулаторну клініку в госпіталі.

Кожен американець знає, що найкраще мати «свого» первинного лікаря - лікаря загальної практики (ЗП). Він може працювати як приватний підприємець і не залежати від госпіталю, але в цьому випадку він повинен пройти процедуру атестації і дотримуватися встановленої норми послуг.

Після звернення в первинну ланку пацієнта зареєструють і проконсультують. Якщо хвороба легка - йому призначать лікування і випишуть рецепт на потрібні ліки.

Ціни на медичні послуги в США високі, тому дуже важлива наявність страховки. Якщо вона є, то лікар просто вас прийме з оплатою за допомогою страховки. Якщо страховки немає, тоді складніше. На щастя, не всі лікарі вимагають відразу повної оплати, крім того, можна домовитися про ціну.

Якщо у вас дуже обмежений дохід, то можна звернутися до безкоштовної клініки (**free clinic**), мережа яких створена для тих, хто не може заплатити. **30%** коштів на утримання такої клініки надає держава У цих клініках оплата для пацієнтів символічна.

У разі травми або гострого критичного стану пацієнта з місця події або інциденту забирає машина швидкої допомоги і транспортує до відділення.

Відділення швидкої допомоги (Emergency**) представляє симбіоз нашого приймального відділення, реанімації або блоку інтенсивної терапії, є в кожній лікарні, але рівень послуг, що надаються варіює відповідно до сертифікації відділення швидкої допомоги.**

Тут працює персонал зі спеціальною підготовкою з невідкладної допомоги. За федеральним законом невідкладна допомога в **Emergency повинна надаватися всім хто звернувся відразу, незалежно від того, має потерпілий страховку або не має. Після надання допомоги з'ясовують, чи є страховка, і визначають варіанти оплати цієї допомоги.**

Якщо пацієнт не має страховки, то невідкладна допомога покривається з фонду установи, а пацієнтові виставляється рахунок, і установа робить спроби стягнути з пацієнта вартість послуг повністю або частково.

У США всі лікувальні установи діляться на муніципальні (таких по США - 1045), приватні некомерційні, або non-profit (2903), і приватні комерційні, або profit (1025).



У муніципальних лікарнях в основному надається невідкладна та екстрена допомога людям з низьким достатком. В таких лікарнях черги, втомлений персонал, що працює з постійною перевантаженям, скромні умови, скупченість пацієнтів в палатах, є відмінності і в оснащеності медичним обладнанням. Зарплата медпрацівників в муніципальних лікарнях нижче, ніж в приватних, але несуттєво. Разом з тим, ліцензування цих установ проводиться за тими ж вимогами, які пред'являються і до приватних клінік. Більшість американців, що мають страховки (в тому числі і за державними програмами), вважають за краще звертатися в приватні медустанови.

У комерційних лікарнях, як правило, вищі зарплата співробітників і рівень соціального пакета, а кількість середнього медперсоналу істотно менша, умови роботи більш конкурентні, ніж в некомерційних.

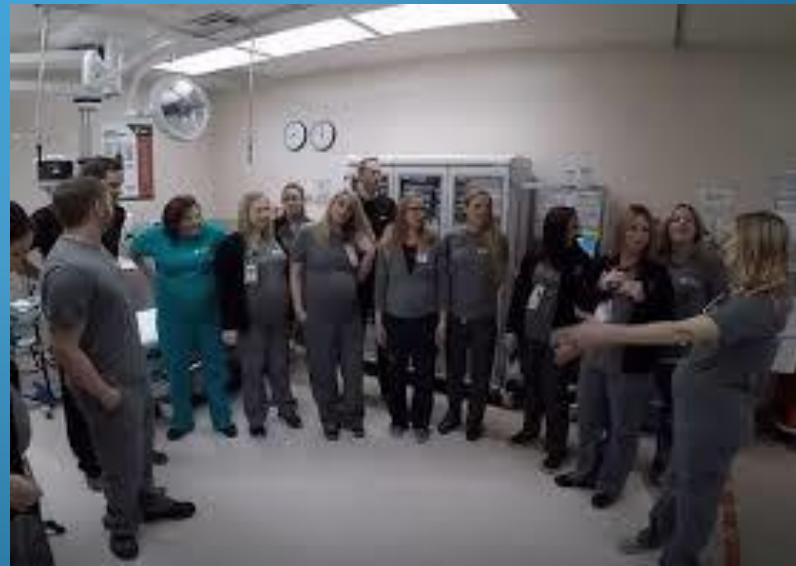
У некомерційних лікарнях середній медперсонал більш численний і є кадровою основою. Ефективність роботи за критеріями, таким як смертність і тривалість госпіталізації, практично не відрізняється з урахуванням поправки на соціально-економічні фактори.

Служба Emergency - швидка і невідкладна допомога

На догоспітальному етапі допомогу надають парамедики, які «поеднують» свої функції з роботою пожежників. Працюють вони за змінним графіком з ротацією - зміна по швидкій допомозі, зміна - як пожежник. Парамедиків навчають протягом 6 місяців за спеціальною програмою - практично це навички серцево-легеневої реанімації і інші нескладні алгоритми, які відпрацьовуються до досконалості: дефібриляція, закритий масаж серця, іммобілізація кінцівок, інтубація трахеї або інші способи відновлення прохідності дихальних шляхів і т.д.



Завдання парамедиків - не дати померти хворому або постраждалому поза лікарнею і доставити його в лікарню живим і з найменшими витратами.



Парамедики доставляють пацієнтів в госпіталь в наступних випадках:

- якщо існує загроза життю пацієнта, наприклад ДТП, побутова травма, напад астми, болі в серці, втрата свідомості та ін. (категорія 1);

- для виключення загрожуючої життю патології, оскільки у парамедиків не вистачає знань для того, щоб розібратися в цьому (категорія 2).

Решта пацієнтів в Emergency добираються самостійно.

У відділенні **Emergency пацієнтом займається один лікар, який виробляє план обстеження і ведення. Він може виконати будь-які маніпуляції з невідкладної допомоги. МРТ, КТ, рентгенологічні та лабораторні дослідження лікар призначає сам, а не викликає хірурга, нейрохірурга, травматолога і т.д. Це значно прискорює процес обстеження екстреного пацієнта.**

**Лікар відділення
Emergency - це
спеціально
підготовлений з
невідкладної
допомоги фахівець,
прямих аналогів
якому у нас в країні
немає. У США лікарі
відділень
невідкладної
допомоги
вважаються
найбільш
ерудованими і
шанованими.**



Після обстеження і надання допомоги в **Emergency** хворого направляють в операційну, спеціалізовану реанімацію, відділення або відправляють додому. У різних лікарнях у відділеннях **Emergency** визначаються терміни максимальної тривалості перебування - від 12 годин до доби і навіть декількох діб.

Лікарні тривалого догляду призначені для доліковування пацієнтів похилого віку після лікування в стаціонарі і надання деяких реабілітаційних послуг (для одних це відновлення навичок самообслуговування, для інших - розширення поведінкових функцій). Частина послуг з відновлення поведінкових функцій може надаватися і працездатного населення в тому випадку, якщо пацієнт пройшов курс відновлення в реабілітаційних організаціях (який також має певну тривалість), але потребує подальшого надання даного виду допомоги.

Очолює лікарню головний лікар, в штаті крім нього може бути ще один лікар, або укладається контракт з приватнопрактикуючим лікарем на обслуговування пацієнтів. Решта штат умедичних працівників - це медичні сестри різної кваліфікації.

У медичному бізнесі США зайнято понад 10 млн чол.

Майбутній лікар 4 роки навчається в університеті, далі його чекає резидентура 5 - 7 років в залежності від спеціальності.

Післядипломна освіта вимагає проходження курсів раз у 3 - 5 років.



Статус американської медсестри істотно вищий, ніж у наших медсестер.

Дипломована практикуюча медична сестра наділена значно більшими повноваженнями, володіє більш великими знаннями і навичками, має велику самостійність. Після закінчення середньої школи навчання 2 роки - для отримання кваліфікації постової медсестри в лікарні; 4 роки - для отримання ступеня зареєстрованої медичної сестри, що дозволяє працювати на місцях самостійно.

Потім протягом 2 років медсестра проходить навчання в магістратурі, після чого складається іспит, і лише тоді присвоюється статус дипломованої атестованної практикуючої медсестри.



У США є ступінь PhD в сестринській справі (доктор філософії - аналог кандидата наук). Ступінь необхідна для викладання в університеті або для наукової діяльності. В даний час для підготовки на підтвердження ступеня PhD для лікарняної медсестри потрібно вчитися 2 роки.

Для роботи поза лікарнею, придбання знань і навичок у сфері медичного бізнесу, лідерства необхідна 4-річна підготовка.

Ще одна категорія медичних сестер - помічник лікаря, який повинен мати будь-якою вищу освіту і закінчити 2 роки магістратури при медичному факультеті університету. Вони працюють тільки під керівництвом лікаря, що вирішує, які функції можна делегувати такому помічникові.

Найбільш цікавими для практичної охорони здоров'я України могли б стати відповідні підходи та організаційні рішення в тих розділах охорони здоров'я, де медицина США лідирує:

- організація надання невідкладної допомоги (служби Emergency);**
- впровадження інноваційних технологій в практику;**
- оптимізація ліжкового фонду стаціонарів і розширення надання медичної допомоги на амбулаторному етапі;**
- інформатизація закладів охорони здоров'я;**
- підготовка кадрів середнього медичного персоналу, підвищення їх ролі в наданні медичної допомоги на різних етапах.**

Дякую за увагу!

