

УДК 613 (73)

ОРГАНИЗАЦИЯ КАДРОВОГО И ФИНАНСОВОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ США

ЧЕРНЕЦКИЙ В. Ю.,
докторант Донецкого
государственного университета
управления

В статье рассмотрена организация кадрового и финансового обеспечения здравоохранения США, где правительство вынуждено тратить на здравоохранение огромные средства и что наиболее эффективным решением данной проблемы может быть стимулирование рыночных решений, повышение эффективности и введение инновационных подходов.

Ключевые слова: механизмы кадрового обеспечения; механизмы финансового обеспечения; медицинская помощь; «менеджерские страховые организации»; медицинская услуга.

У статті розглянута організація кадрового і фінансового забезпечення охорони здоров'я США, де уряд вимушений витратити на охорону здоров'я величезні кошти і що найбільш ефективним розв'язанням даної проблеми може бути стимулювання ринкових рішень, підвищення ефективності та введення інноваційних підходів.

Ключові слова: механізми кадрового забезпечення; механізми фінансового забезпечення; медична допомога; «менеджерські страхові організації»; медична послуга.

Organization of the skilled and financial providing of health protection the USA is considered in this paper, where a government is forced to outlay on a health protection enormous facilities and that the most effective decision of this problem can be stimulation of market decisions, increase of efficiency and introduction of innovative approaches.

Key words: mechanisms of the skilled providing; mechanisms of the financial providing; medicare; «manager's insurance organizations»; medical favour.

Постановка проблемы. Здравоохранение в США построено вокруг врача. Именно это предполагает современное реформирование оказания медицинской помощи в стране. Введение медицинского страхования (МС) обязательно повлечет за собой переход к новым формам подготовки медицинских кадров, сходным с Европой, и к новым формам финансового обеспечения.

Анализ последних исследований. Проблемы обеспечения систем здравоохранения в контексте зарубежного опыта, в частности США, рассматривали такие авторы, как: Голубин П. [2], Зубенко С. [3], Тарасенко О. [6], Чорбинский С. [5], Шутов М., Думанский Ю. [1] и др.

Цель и задачи статьи. Исследовать процессы подготовки врачей на примере США, а также механизмы финансового обеспечения здравоохранения.

Основное содержание статьи. Сегодня в США подготовка врача представляет собой довольно длительный процесс. Вначале студенты в течение четырех лет учатся на общеврачебном университетском факультете и получают степень бакалавра. В этот период они приобретают базовое общебиологическое образование, где специальные предметы представлены мало. Далее следует двухгодичная учеба в высшей медицинской школе, после окончания которой студент получает степень магистра. Затем следует резидентура по специальностям. Ее продолжительность колеблется от 3 до 5 лет в зависимости от сложности врачебной специальности (например, 3 года – врач общей практики, 5 лет – анестезиолог и патологоанатом). После этой ступени врачи сдают самый сложный экзамен и получают степень доктора медицины – M.D. (Medical Doctor). Врачи могут получить степень доктора и по разным специальностям (от хирургии до хиропрактики). Затем они, выбрав научную карьеру, могут

подготовить докторскую диссертацию, защитив которую получают степень доктора философии – Ph.D. (Phylosophy Doctor), равнозначную нашей кандидатской (чуть выше) или докторской (чуть ниже) диссертации. Эту степень они могут получить и во время прохождения резидентуры, а также без нее – после 6 лет обучения. Однако в этом случае после защиты они не имеют права лечить больных [1, с. 258].

В США также имеется четко отрегулированная система аттестации медицинских кадров (врачей, сестер) с выдачей сертификатов и после дипломного обучения. Для этих целей существует специальный федеральный кадровый центр [2].

В большинстве стран Запада и США врачам предъявляются очень жесткие квалификационные требования, имеющие общегосударственный характер. Они обеспечиваются специальной системой экзаменов на основе MCQ (multiple choice questions) тестов, исключающих субъективизм (и протекционизм) экзаменаторов. В США, например, ряд штатов не признают медицинские сертификаты других штатов и требуют пересдачи экзаменов в соответствии с местными правилами. Тем самым не только гарантируется качественная подготовка специалистов, но и создаются предпосылки для поддержания сравнительно высокого уровня доходов. Средняя зарплата врача в США – 100 тыс. дол. в год и выше [2].

Врачу с советским дипломом разрешается работать по специальности в США, Израиле, ЮАР, Австралии и Канаде только после сдачи довольно сложного экзамена, который проводится 2 раза в год: в январе и июле. Однако врач, успешно сдавший экзамен, автоматически получает право на работу в качестве резидента, а в США и ЮАР – еще и рабочую визу, если она необходима.

В США экзамен Foreign Medical Graduate Examination in the Medical Sciences длится два дня и состоит из трех частей. Первая часть (Basic Medical Sciences) включает вопросы по анатомии, физиологии, биохимии, психологии, патологии, микробиологии, фармакологии, занимает шесть часов и проводится в один день с одним 10-минутным и одним часовым перерывом. Вторая и третья части проводятся во второй день. Вторая часть – это экзамен по английскому языку, который длится около часа. Третья часть (Clinical Medical Sciences) длится около четырех часов с часовым перерывом и включает вопросы по внутренним болезням, хирургии, акушерству и гинекологии, педиатрии и психиатрии. Это очень сложный экзамен.

При получении сертификата об успешной сдаче врач должен сам найти место для прохождения резидентуры (проблем здесь обычно не возникает) и в течение четырех лет работать под наблюдением других врачей (средняя годовая зарплата в первый год резидентуры в 1992 г. составляла 30 тыс. дол., в четвертый – 55 тыс. дол.). После этого врач вправе заниматься частной практикой. Стоимость экзамена в 1991 г. составляла 375 долларов.

В Израиле, Канаде, Австралии, ЮАР и других англоговорящих странах экзамен на подтверждение медицинского диплома легче американского, длится он около пяти часов с одним получасовым перерывом; его можно сдавать на русском языке. Однако после сдачи экзамена работа врачом не гарантирована.

Некоторые американские эксперты считают, что высшая школа США выпускает слишком мало врачей. Новых выпускников американских медицинских колледжей оказывается недостаточно для замещения всех имеющихся в стране начальных вакансий. По мнению Ф. Маплана (бывший директор федерального агентства «Бюро медицинских профессий» (Bureau of health professions), медицинские вузы США должны увеличить набор студентов [1, с. 259].

В течение последних 20 лет американские медицинские вузы ежегодно выпускают около 16 тыс. врачей. Это на 28% меньше числа начальных вакансий, открывшихся в США, которые замещены выпускниками зарубежных медицинских вузов.

Многие американские медицинские вузы ограничивали численность учащихся из-за опасения, что это приведет к перепроизводству врачей. Ассоциация американских медицинских колледжей недавно выступила с заявлением, что нынешнее число практикующих врачей в США является достаточным. Однако сегодняшняя ситуация в здравоохранении страны требует уменьшения зависимости США от выпускников зарубежных медицинских вузов и увеличения подготовки врачей в американских медицинских вузах.

Система здравоохранения имеет неполное финансирование и получает средства за счет государственных и частных фондов. В 2004 г. за счет частных страховых полисов было покрыто 36% расходов на здравоохранение, 15% – оплачено непосредственно частными лицами, 34% –

федеральным правительством, 11% – правительствами штатов либо местными властями, 4% – другими частными фондами [3].

Офис статистики центра программ Medicare и Medicaid опубликовал анализ общих затрат на здравоохранение в США, включающий не только исторические данные, но и прогнозируемые расходы. Отмечено, что в 2006 г. было потрачено 2,1 триллиона долларов, или 16% от ВВП. Эти цифры по сравнению с 2004 г. выросли на 6,7%. Прогнозируемое увеличение затрат за период с 2007 по 2017 год составит около 6,7% и достигнет 19,5 % ВВП [1, с. 260].

В результате проведенного расследования бюджетный комитет Конгресса США пришел к выводу, что увеличение расходов на здравоохранение напрямую связано с изменениями в оказании медицинской помощи, которые произошли благодаря совершенствованию технологий, а также вследствие роста уровня доходов населения, изменения страхового покрытия и повышения цен. Расходы на больницы и оплату труда врачей составляют большую часть общих затрат на медицину, в то время как расходы на рецептурные препараты – всего 10% [4].

Люди зрелого и пожилого возраста тратят на медицинские услуги гораздо больше средств, чем работающее или детское население. В Dartmouth Atlas of Health Care (2008) опубликованы данные, согласно которым оказание помощи пациентам с хроническими заболеваниями в последние два года их жизни в рамках программы Medicare повышает затраты из-за проведения большого количества диагностических и лечебных процедур, а также увеличивает сроки пребывания пациентов в госпитале. С другой стороны, показано, что это не привело к улучшению исходов.

Существует значительная географическая вариабельность уровня медицинской помощи, оказываемой хронически больным пациентам. В основном он зависит от наличия доступных дорогостоящих методик в той или иной географической области, и только малая часть этих расходов (около 4%) объясняется количеством тяжелых пациентов в данном регионе.

Расходы на оказание неотложной медицинской помощи составляют более 55% расходов по программе Medicare, при этом разница в объеме оказываемых услуг более значительна, чем разница в цене. Исследователи не нашли подтверждения тому, что увеличение затрат на амбулаторное обслуживание приводит к снижению затрат на госпитализацию и наоборот. Увеличение затрат на профилактику заболеваний часто предлагается как метод снижения затрат на здравоохранение. Однако исследователи отмечают, что в большинстве случаев превентивные мероприятия не способствуют экономии средств, поскольку они, как правило, проводятся людям, которые редко болеют.

Большинству американцев (59,7%) медицинскую страховку предоставляет работодатель. Кроме медицинского страхования, существуют пособия работникам в случае потери ими трудоспособности, страхование жизни и пр. [5, с. 78].

И хотя работодатель не обязан предоставлять страховку своему служащему, даже занятому полный рабочий день, крупные предприятия практикуют такое страхование. С 2001 г. стоимость такой страховки увеличилась на 78% при увеличении заработной платы на 19% и инфляции на 17%. При этом работникам, которым страховку обеспечивает работодатель, иногда приходится самостоятельно оплачивать медицинские услуги в виде различных доплат и франшиз.

Работодатели предлагают различные виды медицинского страхования. Одним из наиболее распространенных видов медицинской страховки является компенсационное страхование, или страхование «платы за услуги». При этой форме страхования работодатель платит страховой компании премию за каждого работника, обеспеченного соответствующим полисом. Затем страховая компания оплачивает квитанции, представленные медицинским учреждением или врачом. Обычно страховая компания покрывает 80% расходов по лечению, остальные деньги должен доплатить пациент [5, с. 112].

Еще один вид страхования, применяемый в США, – страхование «управляемых услуг». Существует несколько типов такой страховки: «кадровая модель» объединяет большую часть медицинских работников, предоставляющих услуги, другие виды охватывают больницы и дома для престарелых. Так называемые сети, или ассоциации, независимых практик подписывают контракты с определенной группой медицинских работников и учреждений на оказание всех услуг, предоставляемых пациентам по этому виду страхования. Обычно эти страховые

организации получают некую фиксированную сумму, которая выплачивается заранее за каждого пациента.

При страховании «платы за услуги» медикам оплачивается конкретная стоимость услуг, которые реально предоставляются нуждающимся в них пациентам. При страховании «управляемых услуг» медики получают только установленную сумму на каждого застрахованного пациента независимо от того, будут ли предоставлены пациенту дополнительные услуги сверх этой суммы или нет. Таким образом, в первом случае работники системы здравоохранения заинтересованы в привлечении пациентов и предоставлении им разнообразных услуг, а во втором они вряд ли назначат их более, чем необходимо [6].

Государство поддерживает работодателей в обеспечении своих сотрудников медицинскими страховками и не облагает потраченные на них средства налогами. Общая сумма таких налоговых субсидий составляет приблизительно 150 млрд долларов в год [6].

По разным оценкам, число незастрахованных американцев колеблется от 20 до 50 млн человек (8-20% населения). В 2008 г. эта цифра составила 47 млн человек (15,8% населения). Это большая проблема, так как многие из этих людей не могут платить за лечение и откладывают его, что в конечном итоге приводит к повышению расходов на медицинские услуги. К тому же обслуживание большого количества незастрахованных пациентов может привести к банкротству больницы или врача.

Среди незастрахованного населения около 38 млн – работоспособные взрослые и более 27 млн. людей имеют частичную занятость. Около 37% незастрахованных людей имеют семейный годовой доход более 50 тыс. долларов.

В соответствии с данными Census Bureau, 36,7 млн незастрахованных – легальные граждане США, остальные 10,2 млн – нелегальное население страны. Был сделан вывод, что около пятой части незастрахованных могли позволить себе страховку, почти четверть могут рассчитывать на государственные программы, а 56% нуждаются в финансовой помощи.

Согласно опубликованным в журнале Health Affairs данным, в 2010 г. незастрахованные жители США получили некомпенсированную медицинскую помощь на сумму около 35 млн долларов. В проведенном анализе отмечается, что стоимость такой помощи на одного человека составила половину суммы, которую получает застрахованный житель США. Кроме того, было установлено, что около 30,6 млн долларов расходуется государством для медицинского обеспечения незастрахованных жителей, покрывая 80-85% некомпенсированной медицинской помощи по средствам грантов, различных прямых платежей, налоговых субсидий, оплат по программам Medicare и Medicaid. Большая часть средств поступает из федерального бюджета, бюджета штатов и местных налогов [3].

В рамках модели «плата за услуги» оплата за медицинское обслуживание производится каждым человеком индивидуально за счет собственных средств, как и за любую другую предоставляемую услугу. Страховая модель предусматривает разделение финансовых рисков, при которой каждый индивидум или его работодатель вносит установленную ежемесячную плату. Такой механизм разделения средств зачастую позволяет оплачивать полный спектр необходимых медицинских услуг, но иногда приходится оплачивать определенную сумму за оказываемые услуги – так называемую франшизу, либо доплачивать какую-то часть за каждую процедуру.

На сегодня большинство работодателей пользуются услугами так называемых менеджерских страховых организаций, которые организуют оказание медицинских услуг по цене, значительно ниже той, которую заплатил бы работник при индивидуальном обращении за помощью. Основной особенностью таких организаций является заключение селективных контрактов, то есть с несколькими поставщиками медицинских услуг, что позволяет добиться более низких цен. Кроме того, эти организации часто предлагают выгодные для работодателя схемы снижения чрезмерных медицинских затрат. Для минимизации расходов пациент перед получением специализированной помощи предварительно должен быть осмотрен специалистом широкого профиля.

Менеджерские страховые организации и обычные страховщики зачастую используют такие нефинансовые механизмы контроля, как административное одобрение либо получение заключения второго специалиста перед назначением дорогостоящих процедур.

Понятие «менеджерские страховые организации» включает организации, поддерживающие здоровье (ОПЗ, health maintenance organizations), и организации предоставления предпочтительных услуг (ППУ, preferred provider organizations) [1]. ОПЗ покрывают медицинские услуги, оказанные только врачами или клиниками, с которыми подписаны соответствующие контракты. ППУ позволяют оплатить медицинские услуги, оказанные как внутри собственной сети поставщиков медицинских услуг (с которыми заключены договоры), так и услуги, оказанные вне сети. Вопреки ожиданиям многих экспертов, ППУ за последнее десятилетие отвоевали значительную долю рынка у ОПЗ.

Гибкость управления и успех деятельности организации ППУ постепенно приводит к тому, что и ОПЗ стремятся разрабатывать более мобильные модели управления. Первые ОПЗ в США, такие как Kaiser Permanente в Окленде и Health Insurance Plan в Калифорнии, представляли собой модель ОПЗ с собственным госпиталем и штатными медицинскими сотрудниками.

Само название «организация, поддерживающая здоровье» происходит из идеи, в соответствии с которой ОПЗ функционируют для поддержания состояния здоровья своих клиентов, а не просто занимаются лечением их болезней. Выполняя эту миссию, ОПЗ обычно обеспечивают профилактическое медицинское обслуживание. Внутри своей структуры ОПЗ могут разрабатывать и внедрять руководства по эффективной и экономичной медицинской помощи, а лечащий врач выступает в роли консультанта и координатора, помогающего сориентироваться и разобраться в сложной системе здравоохранения.

Несмотря на многочисленные исследования, доказывающие высокое качество услуг и экономическую эффективность ОПЗ, эти организации теряют свою долю рынка. На смену им приходят организации с более гибкими моделями управления, способные предложить клиентам значительные скидки за счет развитой сети контрактных госпиталей. На сегодня характерна картина, когда врач или клиника имеет около дюжины или более контрактов с различными компаниями, диагностическими лабораториями и в своей работе пользуется несколькими практическими руководствами.

Деятельность Центра контроля и предотвращения заболеваний направлена на определение и устранение угроз общественному здоровью. Кроме него, существуют такие регуляторные органы, как Администрация по контролю продуктов и лекарственных веществ (Food and Drug Administration – FDA), которая занимается рассмотрением и одобрением разрешений на продажу новых препаратов. Многие из организаций, оказывающих медицинские услуги, добровольно проходят сертификацию Комиссией по аккредитации госпитальных учреждений.

Недавно центр служб Medicare и Medicaid на своем веб-сайте разместил свободный для просмотра рейтинг качества оказания медицинской помощи в частных клиниках с указанием проблем, которые имели место ранее.

В США ответственность за систему медицинского страхования несет федеральное правительство и частично правительства штатов, что закреплено актом МакКарена-Фергюсона. Штаты могут регулировать объем медицинских услуг, предоставляемых по медицинским программам.

Хотя американская система здравоохранения самая дорогая в мире, она не лишена недостатков. Многие жители США не могут получить адекватной медицинской помощи, заболеваемость в стране не снижается, а профилактические мероприятия зачастую не приносят ожидаемого результата. Однако США постоянно предпринимают шаги, направленные на улучшение системы здравоохранения и здоровья населения в целом. Учитывая тесную взаимосвязь системы финансирования и организации предоставления медицинских услуг, именно новые механизмы финансирования ведут к изменениям в системе оказания медицинских услуг и одновременно являются одним из решающих факторов на пути к улучшению здоровья нации [4].

В настоящее время ведутся бурные дебаты вокруг доступности, эффективности и качества медицинских услуг. Наиболее острой темой для обсуждения американскими политическими партиями остается вопрос о целесообразности внедрения в США универсальной обязательной государственной системы здравоохранения. Сторонники универсальной системы утверждают, что оказание медицинской помощи незастрахованным гражданам приводит к огромным затратам, которых можно избежать, охватив все население системой обязательной

медицинской помощи. Их оппоненты апеллируют к свободе выбора каждого человека, в том числе и медицинского обслуживания, утверждая, что введение такой системы приведет к повышению налогообложения и снижению качества оказания медицинской помощи.

Выводы. Таким образом, исследование систем кадрового и финансового обеспечения здравоохранения США показало, что сегодня правительство вынуждено тратить на здравоохранение огромные средства и что наиболее эффективным решением данной проблемы может быть стимулирование рыночных решений, повышение эффективности и введение инновационных подходов. Кроме того, все политические силы единогласно отстаивают незыблемое право каждого человека на получение медицинской помощи, которое должно быть защищено государством.

Список использованных источников

1. Современное состояние систем здравоохранения в странах мира: монография / Ю. Думанський, М. Шутов, В. Лобас, С. Вовк. – Донецк: ВИК, 2013. – 368 с.
2. Голубин П. Определение уровня экономического и социального развития государств мира / П. Голубин // География в школе. – 2007. – № 6. – С. 31-37.
3. Зубенко С. А. Механизмы финансирования здравоохранения на базе сравнительной характеристики действующих мировых систем / С. Зубенко // Адвокат. – 2003. – № 12. – С. 5-11.
4. Системы здравоохранения: время перемен / Реферат обзора. – World Health organization, 2010. – 12 с.
5. Чорбинский С. И. Социальная работа и социальные программы в США / С. Чорбинский. – М.: МИР, 2000. – 292 с.
6. Тарасенко О. Система здравоохранения в Соединенных Штатах Америки: Страхование нации / О.Тарасенко // Российская федерация. – 2009. – № 11. – С. 28-30.