

В.В. Короленко

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, Київ

Департамент охорони здоров'я Київської обласної державної адміністрації, Київ

Охорона здоров'я США очима українського дерматовенеролога — делегата програми «Відкритий світ»

Проведено ретроспективний аналіз даних літератури та інтерв'ювання американських стейкхолдерів у галузі охорони здоров'я різних рівнів.

Галузь охорони здоров'я США на сьогодні зазнає суттєвих змін. Крім реформи розширення доступності медичного страхування Б. Обама, обговорюється питання надання системі охорони здоров'я єдності, відсутність якої на сьогодні змушує брати слово «система» в лапки. Йдеться про запровадження Національного медичного страхування, оскільки реформа Б. Обама не забезпечує радикальних змін у структурі системи охорони здоров'я США. У цій країні безпосередня участь держави в наданні послуг охорони здоров'я обмежена кількома уразливими соціальними групами (незаможні й літні). Як правило, послуги страхування надають приватні компанії. Закон Б. Обама зберігає *status quo*, лише заповнюючи деякі прогалини ринку за рахунок жорсткості вимог до страхових компаній і роботодавців, а також створення майданчика для торгівлі страховими планами. Створення Національного медичного страхування, імовірно, потребуватиме зміни процентного співвідношення лікарів первинної ланки та лікарів-спеціалістів (на сьогодні 35 та 65 % відповідно).

Важливими є зміни, що відбуваються в галузі американської дерматологічної допомоги. Прогнозується частіша консолідація приватних кабінетів у спільні дерматологічні клініки. Вектор медичних послуг ризикує зміститися від амбулаторної допомоги в офісі до допомоги вдома, що зменшить частку хірургічних втручань у практиці дерматологів. Можливий вплив лікарських кадрів (особливо фахівців з мікрографічної хірургії Мооса та пластичних хірургів) до сусідньої Мексики та країн Центральної Америки. Вже тепер бракує дерматологів, зокрема, у штаті Флорида є 139 вакансій, що викликає стурбованість урядовців.

Організація надання дерматологічної та венерологічної допомоги в США, як одній з провідних країн світу, потребує всебічного аналізу з урахуванням позиції більшості представників дерматовенерологічного співтовариства. Це сприятиме оптимальному реформуванню дерматовенерологічної служби України в рамках загальної реформи вітчизняної системи охорони здоров'я.

Ключові слова

Громадське здоров'я, дерматовенерологія, США, Флорида, «Відкритий світ», Affordable Care Act.

Автор публікації 11–21 лютого 2015 року взяв участь у програмі уряду США «Відкритий світ», яку фінансує Центр лідерства (Open World Leadership Center) при бібліотеці Конгресу США та адмініструють Американські ради в Україні (American Councils).

Програма включала зустрічі української делегації з фахівцями урядових і громадських установ та організацій у Вашингтоні та тижневе перебування групи з охорони здоров'я у столиці штату Флорида — Таллахассі, де приймав Ошерівський інститут навчання протягом життя при Університеті штату Флорида (Osher Lifelong

Learning Institute at Florida State University). Під час стажування українські делегати відвідали школу медицини та Національну лабораторію магнітних полів Університету штату Флорида, школу громадського здоров'я Флоридського сільськогосподарського і механічного університету, коледж для підготовки медичних сестер Tallahassee Community College, регіональний шпиталь Tallahassee Memorial Healthcare, клініку для незаможних Neighborhood Medical Center, Капітолій штату Флорида, департамент охорони здоров'я округу Леон, зустрілися з урядовцями штату Флорида, лобістами питань охо-

рони здоров'я, взяли участь у засіданні міського Ротарі-клубу.

Мета роботи — вивчити стан сучасної охорони здоров'я США, хід її реформи та вплив цієї реформи на організацію надання дерматологічної допомоги.

Проведено ретроспективний аналіз даних літератури та інтерв'ювання американських стейкхолдерів у галузі охорони здоров'я різних рівнів.

Охорона здоров'я в США та її основні проблемні питання

Система охорони здоров'я Сполучених Штатів Америки посідає провідне місце у світі за масштабами зосереджених у ній ресурсів. Кількість зайнятих у галузі становить понад 10 млн осіб. За видатками на медицину США лідирують у світі — понад 8,5 тис. доларів на одну людину щороку, або 17 % ВВП. За прогнозами, до 2017 року видатки на охорону здоров'я зростуть до 19,5 % ВВП.

У США порівняно з іншими розвиненими країнами за останніх 30 років непропорційно швидко зросли витрати на охорону здоров'я без значущих змін в об'єктивних показниках якості охорони здоров'я. Близько 84 % громадян мають медичну страховку, 64 % — надану роботодавцем, 9 % — придбану самостійно, 27 % — отриману в рамках державних програм. Певні державні програми передбачають медичну допомогу інвалідам, особам похилого віку, дітям, ветеранам, малозабезпеченим людям, а також забезпечують невідкладну допомогу всім жителям країни незалежно від їхньої здатності в оплаті. Понад 45 % витрат країни в системі охорони здоров'я спрямовується на фінансування подібних державних програм. Таким чином, уряд США є найбільшим страховиком американської нації [1].

В американській системі охорони здоров'я накопичилася низка проблем. США — єдина промислово розвинена нація, яка не гарантує своїм громадянам універсальної та всеосяжної системи медичного страхування. Саме тому американські фахівці вживають термін «система» охорони здоров'я, беручи слово «система» в лапки. Попри вражаючі успіхи американської охорони здоров'я і системи медичних послуг, понад 40 мільйонам американців вони недоступні через надзвичайне зростання вартості. 30 % застрахованих медична допомога надається в неповному обсязі. Як зазначено в доповіді Інституту медицини США (аналог вітчизняної академії медичних наук), опублікованої 2004 року, відсутність медичного страхування є причиною приблизно 18 тис. смертей щороку. На думку американських фахівців, це зумовлено тим, що охорона здоров'я США від самого початку орієнтувалася на отримання прибутку, а не на розв'язання соціальних завдань.

Вартість охорони здоров'я і страхування збільшується, випереджаючи зростання доходів. Страхові компанії донедавна мали широкі можливості дискримінувати клієнтів за станом здоров'я як до, так і після укладення страхового договору, зокрема і відмовою у виплатах. Існують високі персональні ризики банкрутства через непередбачені витрати на охорону здоров'я. Швидко зростання вартості державних програм медичного страхування Medicare (програма обов'язкового державного медичного страхування літніх людей після 65 років) і Medicaid (програма державного медичного страхування незаможних, майновий ценз залежить від штату) критично збільшує дефіцит державного бюджету, а в довгостроковій перспективі має стати головним чинником зростання державних видатків. Висока вартість і монополізація ринку страхування, наданого роботодавцями, обмежує мобільність трудових ресурсів [1].

Реформа охорони здоров'я та захисту пацієнтів (Patient Protection and Affordable Care Act, Affordable Care Act, Obamaact, Obamacare) стала першою реалізованою спробою реформувати медичну систему США з 1960-х років, коли президент Л. Джонсон для допомоги пенсіонерам та малозабезпеченим запровадив уже згадані державні програми Medicare і Medicaid. Нинішня реформа є ініціативою президента Б. Обама і дотепер вважається головним його досягненням на цій посаді [5].

Подібну реформу ще 1993 року намагалася провести адміністрація Б. Клінтона, для якого реформа охорони здоров'я була одним з найважливіших завдань. Б. Клінтон домагався медичного страхування для всіх громадян США і пропонував частину витрат покласти на роботодавців та виробників у медичній сфері. Призначивши Х. Клінтон, яка не мала на той час досвіду роботи на федеральному рівні, головою оперативного комітету з реформи охорони здоров'я і не прорахувавши політичних наслідків, президент зіткнувся з протидією медичних виробників і непідтримкою в конгресі, який не був готовий до широкомасштабної реформи. Внаслідок поразки Демократичної партії, висуванцем якої був Б. Клінтон, на виборах до конгресу в 1994 році реалізація реформи стала неможливою і була згорнута після провалу компромісного варіанта Джорджа Дж. Мітчелла у серпні того ж року [1].

Сутність реформи охорони здоров'я в США

Основний документ («Senate bill») та доповнення до нього («reconciliation bill»), підписані пре-

зидентом США відповідно 23 та 30 березня 2010 року, включають такі основні положення:

- Розширення покриття медичного страхування зі штрафами за неучасть та субсидіями на купівлю страхування для незаможних груп населення.
- Заборона страховим компаніям відмовляти у виплатах або дискримінувати за статтю, здоров'ям, доходами й іншими показниками (крім віку). Так, відповідно до закону з 1 січня 2014 року роботодавці та їхні страховики більше не можуть відмовляти працівникам у наданні медичної страховки або підвищувати страхові внески за неї, якщо до початку трудового договору в працівника вже було підтверджено тяжке хронічне захворювання (СНІД, рак, цукровий діабет).
- Біржі страхових планів для громадян і малого бізнесу: індивідууми й малий бізнес можуть купувати стандартизовані страхові плани онлайн із системою рейтингів; субсидії на придбання страхування для незаможних (до 400 % порога бідності) та малого бізнесу (до 50 осіб) надаються тільки за умови придбання плану через біржу; окремі штати можуть організувати свої власні біржі або ж користуватися єдиною загальнонаціональною.
- Удосконалення державного страхування літніх людей Medicare через додаткові субсидії, що заповнюють «вікно» в покритті вартості медикаментів, та знижки до 50 %, які надають виробники на брендові препарати.
- Розширення державної програми страхування незаможних Medicaid до 133 % рівня бідності за рахунок федеральних субсидій і розширення базової охорони здоров'я в рамках цієї програми.
- Вимога до страховиків розподіляти не менше ніж 80–85 % страхових премій на виплати (80 % для тих, хто працює з малими групами населення).
- Субсидії малому бізнесу на придбання страхових планів для найманих робітників.
- Повна оплата превентивної охорони здоров'я страховим планом.
- Механізми контролю витрат і заходи щодо підвищення прозорості системи: публікація вартості послуг лікарнями; стандартизація страхових планів та їх супровід споживчими рейтингами і мірами якості послуг; публічне обґрунтування підвищення страхових премій; розкриття платежів від виробників обладнання та медикаментів лікарнями; проведення незалежних досліджень порівняльної ефективності лікування [1, 3].

На сьогодні кількість не охоплених медичним страхуванням жителів США зменшилася від 18 до 13,8 % [3].

Дерматологічна служба США

Американська дерматологічна служба бере початок у 1836 році, коли було засновано першу американську дерматологічну клініку — Нью-Йоркську лікарню хвороб шкіри. На сьогодні у США працюють понад 11 тис. дерматологів-практиків, сертифікованих Американською радою дерматології, тобто один дерматолог приблизно на 28 тис. населення.

Дерматологічна резидентура включає трирічне інтенсивне навчання за акредитованою програмою. Після її завершення майже 25 % молодих дерматологів продовжують навчання у спеціалізованих галузях, наприклад, хірургії Мооса (хемохірургії), дерматопатології, педіатричної дерматології, дерматологічної імунології або процедурної дерматології.

Після завершення навчання дерматологи проходять сертифікацію Американської ради дерматології. Склавши іспит з початкової сертифікації, лікарі повинні виконувати вимоги програми безперервної освіти, займатися самоосвітою та періодично проходити переатестацію.

Насамперед сертифіковані дерматологи практикують у приватних кабінетах поза великими лікарнями. За даними Американської академії дерматології (American Academy of Dermatology), 44 % американських дерматологів мають так звану сольну практику. Близько 33 % лікарів працюють у приватних дерматологічних колективах з іншими дерматологами, а приблизно 10 % — у багатопрофільних приватних лікарських колективах. Незначна кількість лікарів-дерматологів працює на кафедрах університетів, у Ветеранській адміністрації США та збройних силах.

Навантаження американських дерматологів у середньому становить 38 год на тиждень за середнього потоку 136 пацієнтів. Найбільше робочого часу (65 %) витрачається на терапевтичне лікування захворювань, ще близько 25 % — на некосметологічні хірургічні втручання і близько 10 % — на косметологічні процедури.

Пацієнти відвідують дерматолога за направленням лікаря первинної ланки або в порядку самозвернення. Типовий дерматологічний кабінет у США має у штаті одного лікаря-дерматолога і 3–5 працівників допоміжного клінічного та адміністративного персоналу. Відносно новим напрямом є залучення допоміжного медичного персоналу, що дає змогу задовольняти пацієнтів в умовах збільшення попиту на стабільну дерматологічну допомогу. До такого персоналу на-

лежать медичні сестри, які здобули розширену теоретичну й клінічну підготовку, та лікарські помічники, які пройшли програму підготовки або підготовку на робочому місці за фахом. Ці так звані парапрофесіонали найчастіше контактують безпосередньо з пацієнтами, тоді як лікар постійно перебуває на місці та надає допомогу в міру потреби [2].

У США, де близько 59 % усіх лікарів та 87 % лікарів-дерматологів працюють у приватних кабінетах, вплив реформи на таких «самозайнятих» спеціалістів може виявитися згубним. Лікарі будуть змушені консолідуватися у більші практики для зменшення витрат. Для компенсування можливих втрат приватним лікарям доведеться змінювати графік прийому пацієнтів. Уже тепер, щоб потрапити на первинний прийом до дерматолога, хворому доводиться чекати в середньому 3 тиж. Кількість амбулаторних прийомів скоротиться, тож буде складніше забезпечити нові призначення. Дерматологам доводиться переходити на оплату лише готівкою (cash only) та відмовлятися від роботи зі страховими компаніями [4, 7].

Косметологічні процедури та процедури проти старіння стають дорожчими й також дедалі частіше надаються лише за готівку. Чимало пацієнтів відмовляються від косметології та пластичної хірургії у США заради лікування в Мексиці чи Центральній Америці, де ці послуги значно дешевші [4, 6, 7].

Важливо зазначити, що венерологія у США відокремлена від дерматології і навіть не є окремим фахом. Лікування захворювань, що передаються статевим шляхом, можуть проводити лікарі різної спеціалізації, які отримали відповідний сертифікат. Водночас, за даними Центру контролю за захворюваннями США (US CDC), в цій країні близько 110 млн осіб хворі принаймні на одне ЗПСШ. За збереження темпів розвитку епідемії фахівці CDC прогнозують, що до 2030 року майже все населення США ризикує бути інфікованим [8]. На лікування ЗПСШ щороку витрачається близько 17 млрд доларів. При департаментах охорони здоров'я штатів та округів працюють відділи протидії ЗПСШ та ВІЛ/СНІД.

Галузь охорони здоров'я США на сьогодні зазнає суттєвих змін. Крім реформи розширення доступності медичного страхування Б. Обама, обговорюється питання надання системі охорони здоров'я єдності, відсутність якої на сьогодні змушує брати слово «система» в лапки. Йдеться про запровадження Національного медичного страхування, оскільки реформа Б. Обама не

забезпечує радикальних змін у структурі системи охорони здоров'я США. У цій країні пряма участь держави в наданні послуг охорони здоров'я обмежена кількома уразливими соціальними групами (незаможні й літні). Як правило, послуги страхування надають приватні компанії. Закон Б. Обама зберігає *status quo*, лише заповнюючи деякі прогалини ринку за рахунок жорсткості вимог до страхових компаній і роботодавців, а також створення майданчика для торгівлі страховими планами. Створення Національного медичного страхування, імовірно, потребуватиме зміни процентного співвідношення лікарів первинної ланки та лікарів-спеціалістів (на сьогодні 35 та 65 % відповідно).

Важливими є зміни, що відбуваються в галузі американської дерматологічної допомоги. Прогнозується частіша консолідація приватних кабінетів у спільні дерматологічні клініки. Вектор медичних послуг ризикує зміститися від амбулаторної допомоги в офісі до допомоги вдома, що зменшить частку хірургічних втручань у практиці дерматологів. Можливий вплив лікарських кадрів (особливо фахівців з мікрографічної хірургії Мооса та пластичних хірургів) до сусідньої Мексики та країн Центральної Америки. Вже тепер бракує дерматологів, зокрема у штаті Флорида — 139 вакансій, що викликає стурбованість урядовців.

Висновки

Організація надання дерматологічної та венерологічної допомоги в США, як одній з провідних країн світу, потребує всебічного аналізу з урахуванням позиції більшості представників дерматовенерологічного співтовариства. Це сприятиме оптимальному реформуванню дерматовенерологічної служби України в рамках загальної реформи вітчизняної системи охорони здоров'я.

Дослідження для цієї статті проведено за часткової фінансової підтримки програми «Відкритий світ», яку адмініструє American Councils. Висловлені думки належать авторові і не обов'язково збігаються з офіційною точкою зору Центру лідерства «Відкритий світ» та організації American Councils.

Автор висловлює вдячність за надані статистичні дані керівництву Florida Congress, College of Medicine of Florida State University, Tallahassee Memorial Healthcare, Department of Health, Leon County (FL), а також окрему подяку за допомогу в аналізі соціально-медичної ситуації в США професору В.І. Степаненку.

Список літератури

1. Короленко В.В. Реформування системи охорони здоров'я США: аналіз передумов, сутності реформи та перспектив для дерматологічної допомоги // Укр. наук.-мед. молодіж. журнал.— 2013.— № 4.— С. 5–8.
2. Степаненко В.І., Короленко В.В. Структура організації надання дерматологічної та венерологічної допомоги у провідних країнах світу в аспекті перспектив реформування дерматовенерологічної служби в Україні // Укр. журн. дерматол., венерол., косметол.— 2012.— № 1.— С. 10–18.
3. Blumenthal D., Collins S.R. Health care coverage under the Affordable Care Act — a progress report // N. Engl. J. Med.— 2014.— Vol. 371 (3).— P. 275–281.
4. Gottlieb S. How ObamaCare Will Affect Your Doctor. Expect longer waits for appointments as physicians get pinched on reimbursements // The Wall Street J.— 2009.— <http://online.wsj.com/news/articles/SB124208383695408513> (Updated May 12, 2009).
5. Insuring America's Health: Principles and Recommendations, Institute of Medicine of the National Academies of Science, 2004.01.14.— Retrieved 2007–10–22.— <http://www.iom.edu/Reports/2004/Insuring-Americas-Health-Principles-and-Recommendations.aspx>.
6. Johnson A. Recession Swells Number of Uninsured to 50.7 Million // The Wall Street Journal.— 2010.— <http://online.wsj.com/news/articles/SB10001424052748704394704575496093363948142> Updated Sept. 17.— 2010.
7. Resneck J.S. Jr. An analysis of health system reform for dermatologists: elements and implications of the Patient Protection and Affordable Care Act // J. Am. Acad. Dermatol.— 2010.— Vol. 63 (4).— P. 706–715.
8. Syphilis Profiles, 2013 [електронний ресурс] // <http://www.cdc.gov/std/syphilis2013/syphilis-2014-all-profiles.pdf>.

В.В. Короленко

Национальный медицинский университет имени А.А. Богомольца, Киев

Департамент здравоохранения Киевской областной государственной администрации, Киев

Здравоохранение США глазами украинского дерматовенеролога — делегата программы «Открытый мир»

Проведен ретроспективный анализ данных литературы и интервьюирование американских стейкхолдеров в области здравоохранения различных уровней.

Здравоохранение США в настоящее время претерпевает существенные изменения. Кроме реформы по расширению доступности медицинского страхования Б. Обамы, обсуждается вопрос предоставления системе здравоохранения единства, отсутствие которого заставляет сейчас брать слово «система» в кавычки. Речь идет о введении Национального медицинского страхования, поскольку реформа Б. Обамы не обеспечивает радикальных изменений в структуре системы здравоохранения США. В этой стране непосредственное участие государства в предоставлении услуг здравоохранения ограничено несколькими уязвимыми социальными группами (малоимущие и пожилые). Как правило, услуги страхования предоставляют частные компании. Закон Б. Обамы сохраняет существующий status quo, лишь устраняя некоторые провалы рынка за счет ужесточения требований к страховым компаниям и работодателей, а также создания рыночной площадки для торговли страховыми планами. Создание Национального медицинского страхования, вероятно, потребует изменения процентного соотношения врачей первичного звена и врачей-специалистов (сейчас 35 и 65 % соответственно).

Важны изменения, которые претерпевает американская дерматологическая помощь. Прогнозируется частая консолидация частных кабинетов в общие дерматологические клиники. Вектор медицинских услуг рискует сместиться от амбулаторной помощи в офисе к помощи на дому, что уменьшит долю хирургических вмешательств в практике дерматологов. Возможен отток врачебных кадров (особенно специалистов по микрографической хирургии Мооса и пластических хирургов) в соседнюю Мексику и страны Центральной Америки. В настоящее время недостаточно дерматологов, в частности, в штате Флорида — 139 вакансий, что вызывает обеспокоенность правительства.

Организация предоставления дерматологической и венерологической помощи в США, как одной из ведущих стран мира, требует всестороннего анализа с учетом позиции большинства представителей дерматовенерологического сообщества. Это будет способствовать оптимальному реформированию дерматовенерологической службы Украины в рамках общей реформы отечественной системы здравоохранения.

Ключевые слова: общественное здоровье, дерматовенерология, США, Флорида, «Открытый мир», Affordable Care Act.

V.V. Korolenko

O.O. Bogomolets National Medical University, Kyiv

Department of Health of Kyiv Regional State Administration, Kyiv

US health care as seen by a Ukrainian dermatovenerologist, «Open world» program delegate

A retrospective analysis was conducted of the literature and interviews with American stakeholders in the health sector at various levels.

US Healthcare is currently undergoing significant changes. In addition to reforms to improve access to health insurance Barack Obama discussed the issue of providing health care system with unity, the lack of which makes us now take the word «system» in quotation marks. We are referring to the introduction of the National Health Insurance reform as Obama does not provide a radical change in the structure of the US health care system. In this country, the direct participation of the state in the provision of health services is limited to a number of vulnerable social groups (the poor and the elderly). As a rule, insurance services are provided by private companies. Obama's law retains the existing status quo, eliminating only some market failures due to more stringent requirements for insurance companies and employers, as well as creating a market for selling insurance plans. The creation of the National Health Insurance is likely to require changes in the ratio of primary care physicians and medical specialists (now it is 35 vs 65 %, respectively).

Changes which the US dermatological care is undergoing are important. Consolidation of private offices in common dermatological clinics is prognosed. Vector of aid may be shifted from outpatient care in the office to home care, which will reduce the proportion of surgical procedures in the practice of dermatology. Outflow of medical staff (especially Mohs surgeons and plastic surgeons) to neighboring Mexico and Central America will be possible. Currently there is a shortage of dermatologists, particularly in the state of Florida — 139 vacancies, which is a concern of the government.

Organization of dermatological and STI care in the United States as one of the leading countries requires a comprehensive analysis with consideration of the position of the majority of dermatologists and venereologists to facilitate optimum reforming of the Ukrainian dermatovenerological care within the overall reform of the national healthcare system.

Key words: public health, dermatovenerology, USA, Florida, «Open World», Affordable Care Act.

Дані про автора:

Короленко Володимир Васильович, к. мед. н.

04053, м. Київ, вул. Артема, 45

E-mail: info@estetmed.org