

# РЕФОРМУВАННЯ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В США: АНАЛІЗ ПЕРЕДУМОВ, СУТНОСТІ РЕФОРМИ ТА ПЕРСПЕКТИВ ДЛЯ ДЕРМАТОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ

Короленко В.В.

Національний медичний університет імені О.О.Богомольця, департамент охорони здоров'я Київської облдержадміністрації, м. Київ, Україна

**Ключові слова:** реформа охорони здоров'я, США, Affordable Care Act, дерматологія, макроекономіка

## Передумови реформи

Система охорони здоров'я в Сполучених Штатах Америки займає провідне місце в світі за масштабами зосереджених у ній ресурсів. Число зайнятих у галузі людей – понад 10 млн осіб. За видатками на медицину США займають перше місце у світі – наприклад, у 2007 році ці видатки склали 2,26 трильйона доларів (7439 доларів на одну людину), що складає 16% ВВП. Згідно з прогнозами, до 2017 р. видатки на охорону здоров'я зростуть до 19,5% ВВП [1].

У США, у порівнянні з іншими розвиненими країнами, за останні 30 років непропорційно швидко зросли витрати на охорону здоров'я, при відсутності значимих відмінностей в об'єктивних показниках якості охорони здоров'я. Близько 84 % громадян мають медичну страховку, 64 % з них 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, таким чином, уряд США є найбільшим страховиком американської нації.

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. Незважаючи на вражаючі успіхи американської охорони здоров'я і системи медичних послуг, мільйонам американців вони недоступні, через надзвичайне зростання вартості. Бюро перепису населення США опублікувало дані, згідно з якими в 2009 році не мали медичної страховки 50,7 млн. жителів (у тому числі 9,9 млн. негромадян), або 16,7 % населення. [4,7] Для 30 % застрахованих медична допомога надається в неповному обсязі. За даними доповіді Інституту медицини, опублікованої в 2004 році, відсутність медичного страхування є причиною приблизно 18 000 смертей щорічно [6].

Вартість охорони здоров'я і страхування зростає, випереджаючи зростання доходів. Страхові компанії донедавна мали широкі можливості дискримінувати клієнтів за станом здоров'я як до, так і після укладення страхового

договору, включаючи відмову у виплатах. Існують високі персональні ризики банкрутства через непередбачені витрати на охорону здоров'я. Швидке зростання вартості державних програм медичного страхування Medicare (програма обов'язкового державного медичного страхування літніх людей, старших за 65 років) і Medicaid (програма державного медичного страхування незаможних, майновий ценз залежить від штату) критично збільшує дефіцит державного бюджету, а в довгостроковій перспективі стає головним чинником зростання державних витрат. Висока вартість і монополізація ринку страхування, що надається роботодавцями, обмежує мобільність трудових ресурсів [2].

Реформа охорони здоров'я та захисту пацієнтів (англ. Patient Protection and Affordable Care Act, Affordable Care Act, Obamaact, Obamacare) стала першою спробою реформувати медичну систему США з 1960-х рр., коли президентом Ліндоном Джонсоном з метою допомогти пенсіонерам та малозабезпеченим були створені вже згадані державні програми Medicare і Medicaid. Нинішня реформа є ініціативою президента Барака Обами і дотепер вважається головним досягненням його президентства.

Подібну реформу ще у 1993 році намагалася провести адміністрація Білла Клінтона, для якого реформа охорони здоров'я була одним з найважливіших завдань. Б.Клінтон домагався медичної страховки для всіх громадян США і пропонував частину витрат покласти на плечі роботодавців і виробників у медичній сфері. Призначивши свою дружину Хілларі, 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 відсутністю підтримки в Конгресі, який не був готовий до широкомасштабної реформи. Внаслідок поразки Демократичної партії, висуванцем якої був Клінтон, на виборах до Конгресу в 1994 році реалізація реформи стала неможливою і була згорнута після провалу компромісного варіанту Джорджа Дж. Мітчелла у серпні того ж року.

## Сутність реформи

Основний документ ("Senate bill") та доповнення до нього ("reconciliation bill"), підписані президентом США,

відповідно, 23 та 30 березня 2010 року, включають такі основні положення.

- Розширення покриття медичного страхування зі штрафами за неучасть і субсидіями на купівлю страхування для незаможних груп населення.
- Заборона для страхових компаній на відмову у виплатах або дискримінацію за статтю, здоров'ям, доходами й іншими показниками (крім віку). Так, згідно із законом, з 1 січня 2014 року роботодавці та їх страховики більше не зможуть відмовляти працівникам у наданні медичної страховки або підвищувати страхові внески за неї у разі, якщо до моменту початку трудового договору у працівника вже було підтверджене тяжке хронічне захворювання (наприклад, 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 покупку страхування для незаможних (до 400% від порога бідності) і для малого бізнесу (до 50 чоловік) надаються тільки за умови купівлі плану через біржу; окремі штати можуть організувати свої власні біржі або ж користуватися єдиною загальнонаціональною.
- Удосконалювання державного страхування літніх Medicare через додаткові субсидії, що закривають вікно в покритті вартості медикаментів, та знижки до 50%, надавані виробниками на брендові медикаменти.
- Розширення державної програми страхування незаможних Medicaid до 133% від рівня бідності за рахунок федеральних субсидій, і розширення базової охорони здоров'я в рамках цієї програми.
- Вимога до страховиків розподіляти не менш 80-85% страхових премій на виплати (80% для тих, хто працює з малими групами населення).
- Субсидії малому бізнесу на купівлю страхових планів для найманих робітників.
- Превентивна охорона здоров'я повинна цілком оплачуватися страховим планом.
- Механізми контролю витрат і заходи щодо підвищення прозорості системи: публікація вартості послуг лікарнями; стандартизація страхових планів та їхній супровід споживчими рейтингами та мірами якості послуг; публічне обґрунтування підвищення страхових премій; розкриття платежів від виробників обладнання й медикаментів лікарнями; проведення незалежних досліджень порівняльної ефективності лікування [2].

Реформою не передбачені, хоча обговорювалися:

- Загальне страхування (“universal health care”) – за оцінками Бюджетного офісу Конгресу (Congressional Budget Office) близько 5% населення до 2019 року залишаться не застраховані.
- Суворо обов'язкове медичне страхування – встановлені податкові штрафи за відсутність страхування, що залежать від доходів, але не перевищують середньої вартості страхування й не позбавляють можливості застрахуватися в подальшому. З'явиться адмі-

ністративна відповідальність щодо осіб, які відмовляються купувати і компаній, які відмовляються продавати поліс. Починаючи з 2014 року, такі штрафи для громадян складуть 95 дол. або 1% від доходу і поступово зростуть до 695 дол. або 2% від доходу.

- Типовий державний страховий план (“public option”).
- Можливість людям похилого віку (молодшим за 65 років) купити страхування в існуючій системі державного страхування для літніх (“Medicare buy-in”) [8].

За прогнозами Бюджетного офісу Конгресу та Об'єднаного податкового комітету (Joint Committee on Taxation), сумарні доходи й економія на витратах загалом за 2010-19 роки складе за основними статтями:

- 210 млрд.дол. – додатковий податок 0,9% на зароблені доходи й 3,8% на інвестиційні доходи багатих домогосподарств (>200 тис.дол. у рік) – з 2013 року;
- 156 млрд.дол. – підвищення ефективності витрат на надання послуг і зниження (уповільнення темпів росту) вартості охорони здоров'я;
- 132 млрд.дол. – скорочення пільг страховикам за участь у програмі Medicare;
- 70 млрд.дол. – створення добровільного місцевого мікрострахування на випадок тимчасової непрацездатності, економія на лікарняних місцях;
- 70 млрд.дол. – підвищення ефективності й зниження витрат на надання приватного страхування по програмі Medicare Advantage;
- 60 млрд.дол. – щорічний податок на медичних страховиків пропорційно частці на ринку – з 2011 року;
- 40 млрд.дол. – підвищення ефективності державних програм надання медичної допомоги вдома в рамках Medicare;
- 32 млрд.дол. – 40% акцизний податок на плани з високими страховими преміями – з 2018 року;
- 27 млрд.дол. – щорічний податок на виробників й імпортерів медикаментів, пропорційно частці на ринку – з 2011 року;
- 20 млрд.дол. – акцизний податок 2,3% на виробників й імпортерів медичного обладнання – з 2013 року [2].

#### Економічні наслідки

Федеральний бюджет США бере участь у фінансуванні охорони здоров'я через програми Medicare і Medicaid. Розширення цих програм у рамках реформи фінансується частково через зниження витрат, частково через додаткові податки. Загалом, за прогнозами Бюджетного офісу Конгресу, реформа дає зменшення федерального дефіциту на 143 млрд.дол. за перші 10 років і на 1,2 трлн.дол. за наступні 10 років. Проте реформа сама по собі не зупиняє непропорційний ріст бюджетних витрат на охорону здоров'я, а тільки дещо їх уповільнює. Висловлюються сподівання, що прийняте законодавство є першим кроком, який робить легшим наступний рух у напрямку ефективної системи охорони здоров'я.

Реформа припускає порівняльне збільшення витрат на охорону здоров'я в найближчі 10 років через розши-

рення страхового покриття населення. Однак частка додаткових витрат становить менш 0,5% ВВП.

У короткостроковій перспективі реформа, швидше за все, не буде мати значимого ефекту для економіки США, оскільки основні її положення вступають у дію поступово. Наприклад, відкриття бірж торгівлі страховими планами намічено на 2014 рік, і саме тоді може істотно спроститися зміна місця роботи для найманих робітників і буде стимульована поява нових робочих місць у малому бізнесі.

У короткостроковій перспективі можливе невелике збільшення страхових премій на нові плани через заборону, що вводиться реформою, на дискримінацію і обмеження по сумарних витратах у планах. Також у короткостроковій перспективі деякі великі компанії втратять податкову пільгу на витрати по придбанню медикаментів для колишніх співробітників, що вийшли на пенсію.

За останні 40 років частка споживання у ВВП в США зростала за рахунок збільшення витрат на охорону здоров'я. У довгостроковій перспективі, якщо реформа виявиться успішною в плані скорочення витрат на охорону здоров'я, виникне можливість підвищення частки інших компонентів споживання. Очевидно, що, якщо скорочення витрат відбудеться досить швидко, то це дозволить згладити частину негативних наслідків процесу зниження боргового навантаження на розвиток економіки США [2].

З 1 по 17 жовтня 2013 року реформа охорони здоров'я і захисту пацієнтів стала причиною припинення роботи американського уряду. Напередодні Палата представників, контрольована Республіканською партією, фактично виставила чинному президенту (від Демократичної партії) ультиматум, погрожуючи заблокувати роботу уряду, якщо він не відмовиться від планованих реформ. Після того, як порозуміння досягнуто не було, федеральні установи уряду США офіційно припинили свою роботу 1 жовтня 2013 року (з початком нового фінансового року). Близько 800 тисяч співробітників федеральних міністерств, діяльність яких визнано некритичною, були відправлені у неоплачувану відпустку. Законопроект, який дозволив відновити фінансування федерального уряду і підвищити ліміт державного боргу, був схвалений Палатою представників лише пізно ввечері 16 жовтня, коли до оголошення про можливий дефолт США залишалось лише 26 годин. Гранничний ліміт держборгу США підвищений на 1,1 трлн дол. на строк до 7 лютого 2014 року. Крім того, конгрес дозволив відновити фінансування уряду до 15 січня 2014 року і затвердив план створення міжпартійної бюджетної комісії, яка зайнялася виробленням пропозицій щодо зміни податкового законодавства і скорочення держвидатків. Експерти впевнені, що республіканці пішли на поступки тільки через побоювання втратити голоси виборців на майбутніх виборах [7,8].

### Наслідки для дерматологічної служби

Американська дерматологічна служба бере свій початок у 1836 році, коли була заснована перша американська дерматологічна клініка, Нью-Йоркська лікарня хвороб шкіри. На теперішній час в США працюють понад 11 000 практикуючих дерматологів, сертифікованих Американською Радою Дерматології, тобто один дерматолог на близько 28000 населення.

Дерматологічна резидентура включає трирічне інтенсивне навчання за акредитованою програмою. Після завершення близько 25 % молодих дерматологів продовжують подальше навчання у спеціалізованих галузях, як, наприклад, хірургія Мооса (хемохірургія), дерматопатологія, педіатрична дерматологія, дерматологічна імунологія або процедурна дерматологія.

Після завершення навчання дерматологи проходять сертифікацію у Американській Раді Дерматології. Після здачі іспиту з початкової сертифікації лікарі повинні виконувати вимоги програми безперервної освіти, займатися самоосвітою і періодично проходити переатестацію.

В першу чергу сертифіковані дерматологи практикують у приватних кабінетах поза великими лікарнями. За даними Американської Академії Дерматології (American Academy of Dermatology, 2007), 44 % американських дерматологів мають так звану сольну практику. Близько 33 % лікарів працюють у складі приватних дерматологічних колективів з іншими дерматологами та близько 10 % працюють у багатопрофільних приватних лікарських колективах. Невелика кількість лікарів-дерматологів працює на кафедрах університетів, у Ветеранській Адміністрації США та у збройних силах.

Навантаження американських дерматологів складає у середньому 38 годин на тиждень при середньому потоці 136 пацієнтів. Найбільше робочого часу (65%) витрачається на терапевтичне лікування захворювань, ще близько 25% – на некосметичні хірургічні втручання і близько 10% – на косметичні процедури.

Пацієнти поступають до дерматолога за направленням від 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 напрямком є залучення допоміжного медичного персоналу, що дозволяє задовольняти пацієнтів в умовах збільшення попиту на стабільну дерматологічну допомогу. До такого персоналу належать 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, в той час як лікар постійно знаходиться на місці і подає допомогу по мірі необхідності [3].

В США, де близько 59 % лікарів загалом та близько 87% лікарів дерматологів зокрема працюють у приватних кабінетах, вплив реформи на таких "самозайнятих" лікарів може виявитися згубним. Лікарі будуть змушені консолідуватися у більшій практиці для зменшення накладних витрат. Для компенсування можливих втрат приватним лікарям доведеться змінювати графіки прийому пацієнтів. Вже зараз, щоб потрапити на первинний прийом до дерматолога, пацієнту доводиться чекати в середньому 3 тижні. Кількість амбулаторних прийомів буде скорочена, і буде складніше забезпечити нові призначення. Дерматологи змушені переходити на оплату лише готівкою ("cash only"), відмовляючись від роботи зі страховими компаніями [5].

Косметичні процедури й процедури проти старіння стають дорожчими й теж надаються все частіше лише за готівку. Чимало пацієнтів зараз відмовляються від косметології та пластичної хірургії в США заради лікування в Мексиці чи Центральній Америці, де вони набагато дешевші [5,7].

#### Висновки

Реформа охорони здоров'я не приводить до 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 Обами зберігає існуючий status quo, лише усуваючи деякі провали ринку за рахунок жорсткості вимог до страхових компаній і роботодавців, а також створення ринкової площадки для торгівлі страховими планами.

Прийнята реформа стала важливим кроком на шляху підвищення ефективності національної системи охорони здоров'я. Разом з тим це скоріше початковий крок, що не вирішує сам по собі проблему величезних витрат на охорону здоров'я в США. Після етапу перебудови системи під нове законодавство варто очікувати подальших реформ у цьому напрямку, особливо в плані посилення контролю витрат.

Важливими є зміни, що їх, імовірно, зазнає американська дерматологічна допомога. Прогнозується частіша консолідація приватних кабінетів окремих власників у спільні дерматологічні клініки. Вектор допомоги ризикує зміститися від амбулаторної допомоги в офісі до допомоги на дому, що зменшить частку хірургічних втручань у практиці дерматологів. Можливий відтік лікарських кадрів (особливо хірургів по Моосу та пластичних хірургів) до сусідньої Мексики та країн Центральної Америки.

Рецензент: д.м.н., професор Степаненко В.І.

#### ЛІТЕРАТУРА

1. Алексеев В.А. Проблемы здравоохранения США и предпринимаемая реформа [електронний ресурс] / Алек-

сеев В.А., Борисов К.Н., Рожнецкая С.В. // Росмедпортал.ком/Rosmedportal.com. – 2011, том 2 (1). – [http://www.rosmedportal.com/index.php?option=com\\_content&view=article&id=1410:2011-10-11-21-28-46&catid=25:the-project](http://www.rosmedportal.com/index.php?option=com_content&view=article&id=1410:2011-10-11-21-28-46&catid=25:the-project).

2. Козлов К. США: краткий обзор реформы здравоохранения // Обзор центра макроэкономических исследований Сбербанка России. – Москва: 2010, март. – 7с.

3. Степаненко В.І. Структура організації надання дерматологічної та венерологічної допомоги у провідних країнах світу в аспекті перспектив реформування дерматовенерологічної служби в Україні / Степаненко В.І., Короленко В.В. // Український журнал дерматології, венерології, косметології. – 2012. – №1. – С.10-18.

4. 2009 US Census Report: "Income, Poverty, and Health Insurance Coverage in the United States: 2009". – DC, 2009. – P.22-28.

5. Gottlieb S. How ObamaCare Will Affect Your Doctor: Expect longer waits for appointments as physicians get pinched on reimbursements [електронний ресурс] // The Wall Street Journal. – 2009. – <http://online.wsj.com/news/articles/SB124208383695408513> (Updated May 12, 2009)

6. Insuring America's Health: Principles and Recommendations, Institute of Medicine of the National Academies of Science, 2004-01-14. [електронний ресурс] Retrieved 2007-10-22. – <http://www.iom.edu/Reports/2004/Insuring-Americas-Health-Principles-and-Recommendations.aspx>.

7. Johnson A. Recession Swells Number of Uninsured to 50.7 Million [електронний ресурс] // The Wall Street Journal. – 2010. – <http://online.wsj.com/news/articles/SB10001424052748704394704575496093363948142> Updated Sept. 17, 2010.

8. 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.

### РЕФОРМИРОВАНИЕ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В США: АНАЛИЗ ПРЕДПОСЫЛОК, СУЩНОСТИ РЕФОРМЫ И ПЕРСПЕКТИВ ДЛЯ ДЕРМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

Короленко В.В.

Национальный медицинский университет  
имени А. А. Богомольца, департамент  
здравоохранения Киевской облгосадминистрации  
г. Киев, Украина

**Резюме:** в статье представлен анализ ситуации в здравоохранении США в ходе его реформирования с целью повышения доступности медицинской помощи населению. Рассмотрены экономические предпосылки и возможные последствия реформы, инициированной правительством Барака Обамы. Показаны обозримые перспективы изменений, которые могут возникнуть в дерматологической помощи под влиянием данной реформы.

**Ключевые слова:** реформа здравоохранения, США, Affordable Care Act, дерматология, макроэкономика

### REFORMING THE HEALTHCARE SYSTEM IN THE UNITED STATES: ANALYSIS OF THE PRECONDITIONS, REFORM ESSENCE AND PROSPECTS FOR DERMATOLOGICAL CARE

V.V. Korolenko

Bogomolets National Medical University,  
Health Department of Kyiv Regional State  
Administration, Kyiv, Ukraine

**Summary:** This article presents an analysis of the healthcare situation in the United States during its reform in order to improve access to medical care. The economic assumptions and the possible consequences of the reforms initiated by the government of Barack Obama are reviewed. The foreseeable future changes that may occur in dermatological care under the influence of the reform are shown.

**Key words:** health care reform, the United States, Affordable Care Act, dermatology, macroeconomics