

Administrative and legal characteristics of public administration of the United States of America sphere of health: comparative and legal aspects

Адміністративно-правова характеристика публічного адміністрування сфери охорони здоров'я Сполучених Штатів Америки: порівняльно-правовий аспект

Oksana Strelchenko, Lyubov Shevchenko

Key words:

health care, family medicine, doctor, paramedic, private medicine, USA, Medicare program, Medicaid program.

Ключові слова:

охорона здоров'я, сімейна медицина, лікар, фельдшер, приватна медицина, США, програма "Medicare", програма "Medicaid".

Метою статті є вивчення досвіду надання медичної допомоги у Сполучених Штатах Америки (далі – США) порівняно з Україною. Над розглядом цієї проблематики працювали вітчизняні вчені О. Кузьменко, І. Пастух, О. Гобач, О. Стрельченко, М. Плугатир, Л. Шевченко¹ тощо.

Основні результати дослідження. Сполучені Штати Америки є власниками найдорожчих галузей у світі. Так, система охорони здоров'я США представлена незалежними службами на трьох основних рівнях, а саме: сімейна медицина, госпітальна допомога дітям і громадська охорона здоров'я. Медичні послуги в США надаються приватними особами та юридичними установами. Різні комерційні, благодійні і державні організації пропонують пацієнтам як амбулаторні, так і стаціонарні послуги.

Майже 47% усіх витрат на охорону здоров'я в США становлять видатки на стаціонарне лікування, приблизно 2% – на домашнє обслуговування, 10% – на медикаментозне лікування і 10% – на утримання вдома престарілих. Решта 11% охоплюють послуги стоматологів, офтальмологів та інших вузьких фахівців.

Сімейна медицина – досить розвинена структура США. Сімейні лікарі оглядають і спостерігають пацієнтів і за необхідності направляють їх до вузьких фахівців чи в стаціонар. Оплату такі лікарі отримують безпосередньо від пацієнтів. Зазвичай сімейний лікар має власний офіс чи кооперується з фахівцями.

Лікарні, чи госпіталі – найбільша складова частина медичних послуг США. Стаціонарне лікування є найбільш дорогим і важливим компонентом індустрії охорони здоров'я цієї країни. Однак останнім часом відбуваються помітні зрушення у бік інших закладів, переважно поліклінік, пунктів надання швидкої допомоги й будинків престарілих. Амбулаторні послуги повільно, але впевнено замінюють стаціонарне лікування, а допомогу вдома – перебування в будинках престарілих².

У США функціонує два типи госпіталів: із правом власності, які найчастіше керовані великими приватними корпораціями, і неприбуткові госпіталі, які перебувають в управлінні окружної і державної влади, релігійних громад чи незалежних громадянських організацій. Структура госпіталів подібна структурі наших лікарень. Вони надають певний обсяг амбулаторної допомоги у відділеннях швидкої медичної допомоги й у спеціалізованих клініках, але переважно вони призначені для госпітальної допомоги².

Найбільшу увагу приділяють відділенню невідкладної медичної допомоги. У відділеннях швидкої медичної допомоги й у центрах невідкладної терапії надають допомогу у вигляді порад щодо конкретної проблеми. Хірургічний центр є прикладом спеціалізованої клініки. З іншого боку, у США добре розвинена

¹ Коваленко В. Курс адміністративного права України: підручник. К.: Юрінком-Інтер, 2012. 880 с.

² Кимбол А. Система здравоохранения США: сравнительное исследование. Управление в здравоохранении России и США: опыт и проблемы: сб. науч. тр. / под ред. М. Удальцовой, М. Ричардсон. Новосибирск: НГАЭиУ, 2007. С. 50–64.

мережа хоспісів для термінальних хворих, які передбачають утримання тривалістю шість місяців і менше, і зазвичай субсидуються благодійними організаціями та керівництвом держави³.

Як і в інших країнах, поняття амбулаторної допомоги охоплює надання медичних послуг без госпіталізації пацієнта, що становить велику частку надання медичної допомоги населенню. Лікування вдома переважно здійснюється за допомогою сестринських громадських організацій і зазвичай замовляється лікарями. Приватний сектор амбулаторної медичної допомоги представлений особистими лікарями (фахівцями сімейної медицини та педіатрами), вузькими фахівцями, наприклад, гастроентерологами, кардіологами, дитячими ендокринологами, і навіть медсестрами та іншим медичним персоналом. 1996 р. поширилися так звані послуги "Concierge medicine" – надання розширеного спектра послуг особистим лікарем за передоплату.

У США сімейна медицина набула офіційного статусу спеціальності 1969 р. Однак до 90-х рр. медицина в США була більш орієнтована на вузьких фахівців. 1992 р. Рада Американської медичної асоціації (далі – АМА) заявила, що небезпечна тенденція до надмірно вузької спеціалізації загрожує подорожчанням служб первинної допомоги, а це надалі неминуче призведе до недостатності медичної допомоги в бідних міських і сільських районах. Тому було запропоновано субсидіювати медичну освіту відповідно до потреб держави і населення, тобто не менше 50% студентів мають тепер пройти резидентуру із сімейної медицини, внутрішніх хвороб і загальної педіатрії. Сімейна медицина набула статусу обов'язкової³.

Основне ядро фахівців із первинної медико-санітарної допомоги становлять у США сімейні лікарі (терапевти і педіатри широкого профілю), але є ще категорія лікарів, що називаються «основні лікуючі лікарі». Такі фахівці вузького або широкого профілю надають хворому медичну допомогу під час лікування основного захворювання.

У США координація лікування покладена на лікарів первинної допомоги і має особливо велике значення для літніх людей і осіб, що страждають на множинні хронічні захворювання. Часто такі хворі потребують лікування в декількох фахівців у різних клініках, що може призвести до ситуацій, коли заходи, що рекомендуються для лікування одного захворювання, можуть викликати ускладнення іншого. Без лікаря первинної допомоги, що знає про те, на які захворювання страждає пацієнт, виникає небезпека неповної передачі інформації, а отже – несприятливих для пацієнта наслідків. Все частіше первинну допомогу надають висококваліфіковані практикуючі медичні сестри, більшість з яких по закінченні основної сестринської освіти здобули диплом магістра, а також помічники лікаря – фельдшери, що закінчили дворічні медичні курси⁴.

Водночас треба зазначити, що чимало американців, які мають страховки приватної форми, підпадають під дію таких урядових програм, як "Medicare" і "Medicaid", і навіть інших програм різних штатів і місцевої влади для незаможного населення.

Одне з досліджень показало, що майже 25% незастрахованих жителів США (приблизно 11 млн. людей) могли би брати участь у тій чи іншій державній програмі, але з якихось причини не потрапили до них. Однією із цілей уряду є розширення сфери дії цих програм на всі верстви населення, що їх потребує.

Наприклад, для ветеранів та їхніх сімей є програма "TRICARE". 1997 р. федеральний уряд впровадив програму державного страхування дітей, що забезпечує медичним страхуванням дітей 53 родин, дохід яких не перевищує припустимого доходу щодо участі в "Medicaid", проте вони навряд чи змогли би дозволити собі купити страховку. Так, 2016 р. програма допомогла 11,6 млн. дітей.

Ще 1986 р. ухвалено Акт про невідкладну медичну допомогу, який закріпив доступ до такої допомоги населенню незалежно від наявності страховки.

Уряд США покриває витрати на охорону здоров'я у вигляді двох основних програм – "Medicaid" і "Medicare", що дозволяють отримати медичні послуги бідним і нужденним жителям країни безкоштовно або за найнижчу вартість⁵.

³ Стрельченко О., Стрельченко К. Особливості реформування сфери охорони здоров'я в умовах децентралізації. Суспільство, право, психологія та педагогіка: поступ у майбутнє: зб. матеріалів Міжнар. курсантсько-студентського форуму "Studio Весна 2017" (Київ, 21 квітня 2017 р.) / відп. ред. Л. Лазаренко. К.: Ін-т крим.-викон. служби, 2017. 384 с. С. 29–32.

⁴ Стрельченко О., Стрельченко К. Особливості корупції у сфері охорони здоров'я Сполучених Штатів Америки: порівняльно-правовий аспект. Адміністративно-правове забезпечення діяльності публічної адміністрації: зб. матеріалів підсумкової наук.-практ. семін (Київ, 16 червня 2016 р.) / ред. кол.: О. Кузьменко, І. Пастух, О. Волох. К.: Видавничий центр «Кафедра», 2016.

⁵ Ломакин В. Мировая экономика: учебник для вузов. М.: Юнити-Дана, 2007. 735 с.

2016 р. програма "Medicaid" забезпечила надання допомоги 38,3 млн. американців із низьким рівнем доходів, а "Medicare" забезпечила надання допомоги 40,3 млн. пацієнтів похилого віку й осіб із обмеженими фізичними можливостями.

"Medicare" – це відома страхова державна програма для осіб, яким більше 65 років, що впроваджена ще 1967 р. На той час більшість (понад 50%) літніх жителів США не отримували належного обсягу медичних послуг. Відповідно до цієї програми, здійснюється страхування всіх американців, старших 65-літнього віку, і навіть тих, хто наближається до цього віку та має серйозні відхилення в здоров'ї. Отже, нині забезпечується медичною допомогою за даною програмою понад 97% осіб похилого віку, 90% людей із захворюваннями нирок тяжкого ступеня та 3,6 млн. інвалідів.

Ця страхова програма покриває витрати на медичну допомогу за гострих станів, зокрема, стаціонарне лікування, різні діагностичні процедури, медичні послуги вдома і нетривале перебування в будинках для літніх людей. З іншого боку, пацієнти можуть одержати деякі профілактичні послуги, наприклад вакцинацію проти гепатиту, грипу, пневмокока, проведення маммографії. Такі послуги, як тривала госпіталізація, надання сестринської допомоги вдома, надання слухових апаратів і рецептурних препаратів, цієї програмою не оплачуються та не покриваються⁵.

"Medicare" – досить ефективна програма. Вона частково фінансується з особливого податку працівників, частину доходів якого вони платять самі, частину – роботодавець. Цей податок становить приблизно 15% доходу зайнятих американців. Інша ж частина "Medicare" фінансується з надходжень прибуткового податку.

Державна програма "Medicaid" запроваджена 1966 р. і передбачає страхування громадян із бідних сімей. Під цю програму також потрапляють особи похилого віку, особи з каліцтвами, інваліди, вагітні тощо. Так, 2017 р. цією програмою охоплено 53% новонароджених, 48% дітей усіх вікових груп, 40% хворих на ВІЛ тощо.

"Medicaid" передбачає надання п'яти основних медичних послуг: стаціонарного й амбулаторного лікування, консультації різних фахівців, перебування в будинках для літніх, лабораторну діагностику і рентгенологічні методи дослідження.

У межах програмних засобів оплачується перебування в будинках для літніх осіб, які потребують постійного догляду та які неспроможні обходитися без сторонньої допомоги. Перебування в таких закладах дуже дороге, приблизно 100 доларів на добу, тому в більшості людей своїх заощаджень для оплати бракує. Саме тому на дану категорію пацієнтів у будинках престарілих більшу частину грошей виділяють за програмою "Medicaid".

Програма "Medicaid" фінансується як федеральним урядом, так і органами управління штатів. Федеральний уряд оплачує значну частку витрат на зазначену програму з надходжень від загального податку, що становить приблизно половину всіх витрат. Решту оплачує уряд кожного штату.

1966 р. Конгрес США ухвалив закон, що реформує систему соціального забезпечення в США. З того часу кожен штат країни подає федеральному уряду план надання медичних послуг груп населення, охоплених "Medicaid". Після затвердження цього плану штати витрачають на фінансування медичних послуг федеральні гроші і навіть власні доходи. У кожному штаті є власна програма "Medicaid"⁶.

Федеральний бюджет США бере участь у фінансуванні охорони здоров'я через програми "Medicare" та "Medicaid". Розширення цих програм у межах 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 не зупиняє непропорційного зростання бюджетних витрат на охорону здоров'я, а тільки дещо їх уповільнює. Висловлюються сподівання, що ухвалене законодавство є першим кроком, який робить легшим наступний рух у напрямі ефективної системи охорони здоров'я.

Реформа припускає порівняльне збільшення витрат на охорону здоров'я в найближчі 10 років через розширення страхового покриття населення. Однак частка додаткових витрат становить менше 0,5% валового внутрішнього продукту (далі – ВВП).

⁶ Сучасні Сполучені Штати Америки. М.: Инфра, 2008.

У короткостроковій перспективі реформа, ймовірно, не буде мати значущого ефекту для економіки США, оскільки основні її положення вступають у дію поступово. Наприклад, відкриття бірж торгівлі страховими планами було намічено на 2015 р., що істотно спрощує зміну місця роботи для найманих робітників і стимулює появу нових робочих місць у малому бізнесі.

У короткостроковій перспективі можливе невелике збільшення страхових премій на нові плани через заборону, що вводить реформою, на дискримінацію й обмеження щодо сумарних витрат у планах. Також у короткостроковій перспективі деякі великі компанії втратять податкову пільгу на витрати для придбання медикаментів для колишніх співробітників, що вийшли на пенсію.

За останні 40 років частка споживання у ВВП у 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, якщо скорочення витрат відбудеться досить швидко, то це дозволить згладити частину негативних наслідків процесу зниження боргового навантаження на розвиток економіки США⁷.

З 1 по 17 жовтня 2013 р. 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 запланованих реформ. Оскільки порозуміння досягнуто не було, федеральні установи уряду США офіційно припинили свою роботу 1 жовтня 2013 р. (з початком нового фінансового року). Майже 800 тисяч співробітників федеральних міністерств, діяльність яких визнано некритичною, були відправлені в 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. Граничний ліміт держборгу США підвищено на 1,1 трлн. дол. на строк до 7 лютого 2014 р. Крім того, Конгрес дозволив відновити фінансування уряду до 15 січня 2014 р. і затвердив План створення міжпартійної бюджетної комісії, яка розпочає вироблення пропозицій щодо зміни податкового законодавства і скорочення держвидатків. Експерти впевнені, що республіканці пішли на поступки тільки через побоювання втратити голоси виборців на майбутніх виборах⁸.

Досвід США показує, що за умови ринкової економіки оптимальним є перехід до державної системи медичного страхування. Запровадження системи медичного забезпечення, заснованої на державному страхуванні, доцільне і є об'єктивно необхідним заходом у країні з ринковою економікою. Принцип соціальної відповідальності роботодавців за збереження здоров'я найманої робочої сили – неодмінна умова розвитку медицини в суспільстві. Можливості дежави щодо вирішення проблем медичного забезпечення простим збільшенням масштабів виділених коштів обмежені. Необхідна така ефективна організація галузі, коли здійснюється реальна оплата за надані медичні послуги.

Програма державного соціального страхування "Medicare" – важливий механізм у досягненні соціального рівноваги в суспільстві. Поруч з іншими державними соціальними програмами вона виконує роль стабілізатора суспільства, вирівнюючи можливості доступу до медичного обслуговування різних груп населення. Завдяки цій програмі у США розширився доступ престарілих до медичного обслуговування і поліпшилася його якість. "Medicare" – свідчення соціальної відповідальності американської держави перед своїми громадянами. І хоча згадана державна медична програма не вирішує всіх проблем у сфері охорони здоров'я літніх громадян, вона має велике значення, оскільки забезпечує американцям відчуття впевненості в завтрашньому дні та в сьогодні.

Програма "Medicaid" виконує функцію перерозподілу доходів у країні, будучи інструментом для вирівнювання можливостей різних категорій населення та підтримки відносної рівноваги у стартових можливостях різних за своїм економічним потенціалом та розвитком штатів⁹.

Водночас варто зазначити, що в американській системі охорони здоров'я накопичилася низка проблем. США – єдина промислово розвинена нація, яка не гарантує своїм громадянам універсальної та все-

⁷ Козлов К. США: краткий обзор реформы здравоохранения. Обзор центра макроэкономических исследований Сбербанка России. 2010. Москва. 7 с.

⁸ Resneck J. An analysis of health system reform for dermatologists: elements and implications of the Patient Protection and Affordable Care Act. J Am Acad Dermatol. 2010, Oct.; 63(4):706–15.

⁹ Адміністративне право зарубіжних країн: курс лекцій / авторський колектив: О. Кузьменко, І. Пастух, О. Користін та ін. К.: Юрінком-Інтер, 2014. 528 с.

осязної системи медичного страхування. Незважаючи на вражаючі успіхи американської охорони здоров'я і системи медичних послуг, мільйонам американців вони недоступні через надзвичайне зростання вартості.

Висновки. Отже, охорона здоров'я в США є прикладом приватної моделі охорони здоров'я. Так, впроваджена реформа стала важливим кроком на шляху підвищення ефективності національної системи охорони здоров'я. Водночас це радше початковий крок, що не вирішує сам проблему величезних витрат на охорону здоров'я в США. Саме після етапу перебудови системи відповідно до зміненого законодавства варто очікувати подальших реформ у цьому напрямі, насамперед щодо посилення контролю витрат.

Анотація

У статті охарактеризовано основні елементи системи охорони здоров'я Сполучених Штатів Америки, здійснено ґрунтовний аналіз страхової медицини в системі охорони здоров'я та виокремлено її недоліки. Проаналізовано програми надання медичної допомоги незахищеним верствам населення, а саме: "Medicaid" та "Medicare". Особливу увагу приділено сімейній медицині як досить розвиненій у Сполучених Штатах Америки. Сімейні лікарі оглядають і спостерігають пацієнтів й за необхідності направляють їх до вузьких фахівців чи в стаціонар. Оплату такі лікарі отримують безпосередньо від пацієнтів. Зазвичай сімейний лікар має власний офіс чи кооперується з фахівцями. Лікарні, чи госпіталі – найбільша складова частина медичних послуг країни. Стаціонарне лікування є найбільш дорогим і важливим компонентом індустрії охорони здоров'я Сполучених Штатів Америки.

Summary

The article describes the main elements of the United States health system, where a thorough analysis of health insurance in the healthcare system has been carried out and identifies the disadvantages of this system. The programs for providing medical care to vulnerable groups of the population, namely the "Medicaid" and "Medicare" programs, have been analyzed. The emphasis in the article is on emergency medical care. It is noted that in ambulance departments and emergency centers provide help in the form of advice focused on the problem. Surgical Center is an example of a specialized clinic. On the other hand, the US has a well-developed network of hospices for terminal patients, which include six months of maintenance, and fewer, which are usually subsidized by charitable organizations and government. The article states that in the United States, the coordination of treatment is for primary care physicians and is particularly important for the elderly and people suffering from multiple chronic diseases. Often such patients need treatment in several clinicians, which can lead to situations where the measures recommended for the treatment of one disease may cause complications of another.

Використана література:

1. Коваленко В. Курс адміністративного права України: підручник. К.: Юрінком-Інтер, 2012. 880 с.
2. Кимбол А. Система здравоохранения США: сравнительное исследование. Управление в здравоохранении России и США: опыт и проблемы: сб. науч. тр. / под ред. М. Удальцовой, М. Ричардсон. Новосибирск: НГАЭиУ, 2007. С. 50–64.
3. Кіцул І. Сучасний стан охорони здоров'я США: погляд американських вчених: науковий огляд. Проблеми соціальної гігієни, охорони, здоров'я та історії медицини. 2009. № 6. С. 31–33.
4. Ломакин В. Мировая экономика: учебник для вузов. М.: Юнити-Дана, 2007. 735 с.
5. Сучасні Сполучені Штати Америки. М.: Инфра, 2008.
6. Боротьба світів: державні та приватні галузі. URL: washprofile.org/ru/node/5459.
7. Козлов К. США: краткий обзор реформы здравоохранения. Обзор центра макроэкономических исследований Сбербанка России. Москва, 2010. 7 с.
8. Resneck J. An analysis of health system reform for dermatologists: elements and implications of the Patient Protection and Affordable Care Act. *J Am Acad Dermatol.* 2010 Oct.; 63(4):706–15.

9. Адміністративне право зарубіжних країн: курс лекцій / авторський колектив: О. Кузьменко, І. Пастух, О. Користін та ін. К.: Юрінком-Інтер, 2014. 528 с.
10. Стрельченко О., Стрельченко К. Особливості корупції у сфері охорони здоров'я Сполучених Штатів Америки: порівняльно-правовий аспект. Адміністративно-правове забезпечення діяльності публічної адміністрації: зб. матеріалів підсумкової наук.-практ. семін. (Київ, 16 червня 2016 р.) / ред. кол.: О. Кузьменко, І. Пастух, О. Волох. К.: Видавничий центр «Кафедра», 2016. С. 39–44.
11. Стрельченко О., Стрельченко К. Особливості реформування сфери охорони здоров'я в умовах децентралізації. Суспільство, право, психологія та педагогіка: поступ у майбутнє: зб. матеріалів Міжнар. курсантсько-студентського форуму "Studio Весна 2017" (Київ, 21 квітня 2017 р.) / відп. ред. Л. Лазаренко. К.: Ін-т крим.-викон. служби, 2017. 384 с. С. 29–32.

Oksana Strelchenko,

*Candidate of Science, Associate Professor,
Associate Professor of the Department of Administrative Law and Process
National Academy of Internal Affairs*

Lyubov Shevchenko,

*K. Y. N., Senior Lecturer in the Department of Administrative Law and Process
National Academy of Internal Affairs*