

ЗАРУБЕЖНЫЙ ОПЫТ РЕАЛИЗАЦИИ ПРОГРАММ В СФЕРЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ (Сводный реферат)

1. УСПЕШНЫЙ ЗАРУБЕЖНЫЙ ОПЫТ В РЕАЛИЗАЦИИ НАЦИОНАЛЬНЫХ ПРОГРАММ В СФЕРЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ // Приоритетные национальные проекты. – М.: Европа. – С. 128–133.
2. АМЕЛИНА О. Европейский опыт организации страховой медицины. – Режим доступа: <http://www.cnews.ru/reviews/free/national2007/articles/insurance.shtml?print>
3. ФЕДИЧЕВА К. Модели и тенденции развития здравоохранения в мире 2006–2007. – Режим доступа: <http://www.cnews.ru/reviews/free/national2007/articles/world.shtml?print>
4. ФЕДИЧЕВА К. E-health в Европе и Америке: Кто впереди? Режим доступа: http://www.cnews.ru/reviews/free/national2007/articles/e_health_evr.shtml?print

Большинство капиталистических стран уже в течение длительного времени начали разрабатывать и осуществлять национальные программы в области здравоохранения.

Германия была первой страной, в которой разработана национальная программа в сфере здравоохранения.

В 1881 г. Отто фон Бисмарк, канцлер Германии, представил первую программу страхования рабочих и их семей, а также потенциальных военнослужащих. Программа базировалась на принципе социального страхования, оплачивающего медицинское обслуживание, предусматривающего выплаты на случай безработицы, а также пенсии для трудящихся. Введенная Бисмарком система обязательного медицинского страхования финансировалась через «больничные фонды» работником, вносившим 2/3 суммы и работодателем, выплачивавшим 1/3 взноса. Правительство узаконило паевое

участие рабочих и работодателей и их права, а также контролировало работу больничных фондов.

Фонды могли находиться в ведении союзов или ассоциаций работодателей, которые имели возможность задействовать свои собственные службы для предоставления различных медицинских услуг и обеспечения госпитализации своих пайщиков и их семей. Эти союзы, или общества взаимопомощи, также предоставляли денежные компенсации при несчастных случаях, оплачивали похороны и выдавали пособия вдовам.

В дальнейшем такая модель распространилась практически на все население и послужила основой для нынешней системы социального и медицинского страхования в Германии.

Накануне Первой мировой войны многие страны Центральной и Восточной Европы ввели подобные системы.

Рассматривая страховую медицину в Европе, следует отметить, что двадцатый век является точкой отсчета для обязательного медицинского страхования и национальной системы здравоохранения в европейских странах. В начале XX в. во многих европейских странах был принят закон об обязательном медицинском страховании, который скрепил отношения трудящихся и предпринимателей, государства и его граждан. Согласно этому закону, взносы за предоставление медицинских услуг частично оплачивали рабочие и предприниматели (от 25 до 40%). Государство также вносило свою долю в систему оплаты предоставляемой медицинской помощи. В дальнейшем динамика финансирования определялась большим участием государства и его усиливающимся контролем данной сферы. Стремление к осуществлению контроля воплотилось в создании государственной (национальной, бюджетной) медицины. В таких странах, как Великобритания, Швеция, Дания, Ирландия и других, медицинское страхование постепенно трансформировалось в государственную медицину. В Германии, Франции, Австрии, Швейцарии и других странах в большей мере развивается страховая медицина.

В Великобритании в 1948 г. была учреждена Национальная служба здравоохранения – финансируемая государством система всеобщего бесплатного медицинского обслуживания, в рамках которой действовали врачи общей практики и специалисты, больницы и общественные службы здравоохранения.

В 1990 г. были учреждены управления семейной медицины, которые осуществляли оплату врачей общей практики, врачей-стоматологов, фармацевтов и других специалистов, работавших по

контракту, а также формировали основные направления развития, контролировали предоставление услуг врачами, работающими по контракту.

В 1995 г. уже треть семейных врачей самостоятельно распоряжалась средствами, выделенными Национальной службой здравоохранения для амбулаторного и стационарного лечения. Это позволяет практикующим врачам непосредственно контактировать с больницами, что сокращает время и улучшает другие аспекты медицинского обслуживания, поскольку больницы вынуждены конкурировать между собой для получения заказов от врачей общей практики на предоставление услуг.

Модель, в которой особую роль играет врач общей практики, предоставляющий первичную медицинскую помощь, является одной из самых эффективных в промышленно-развитых капиталистических странах.

Национальной службе здравоохранения Великобритании удалось решить задачу всеобщего доступа к сравнительно недорогим и качественным медицинским услугам. Улучшилось стоматологическое обслуживание, взяты под контроль инфекционные заболевания. Великобритании удалось добиться низкого уровня детской смертности, по этому показателю она занимает 12-е место среди развитых стран.

В Канаде в 1956 г. федеральное правительство утвердило закон «О больничном обслуживании и службах диагностики», который вводил в действие программу всеобщего страхования для получения больничных услуг. Эта программа совместно финансировалась из бюджета федерального правительства и провинций. К 1961 г. все десять канадских провинций создали программы страхования для больничного обслуживания в соответствии с выработанными критериями.

В соответствии с этой программой оплата за предоставленную медицинскую помощь стала производиться за каждую оказанную услугу. Благодаря усилиям федерального правительства медицинское страхование стало предусматривать лечение на дому, включая длительное медицинское обслуживание патронажными сестрами.

В 1974 г. канадский министр здравоохранения Мар Лалонд выступил с новым проектом – «Новые перспективы здоровья канадцев». Документ представлял собой «Теорию сфер здоровья», в которой здравоохранение рассматривалось в качестве комплекса генетических, экологических проблем и особенностей образа жизни,

а также собственно медицинского обслуживания. В результате отличительной чертой канадской социальной политики стала охрана здоровья с целью изменения вредных привычек граждан (курение, переедание, отсутствие физической активности).

В результате деятельности федерального правительства общегосударственные расходы на нужды здравоохранения достигли 10% от ВНП (с. 1, с. 132). Из этой суммы более 40% выделялось больницам и другим медицинским учреждениям.

В течение последних десятилетий наблюдалось значительное улучшение состояния здоровья канадцев. Уровень материнской смертности при родах составляет 5 на 100 тыс. в Канаде, в то время как в США и Великобритании – 8 на 100 тыс. По показателям младенческой смертности в 1992 г. страна занимала 14-е место в мире (7 на 1 тыс.). По продолжительности жизни Канада также находится в числе лидирующих стран. Снизилась смертность от инсульта, болезней сердца и травм, снизились показатели смертности в результате специфических «возрастных» болезней.

В Соединенных Штатах Америки в 1946 г. правительство, в соответствии с Законом Хилла-Барттона, начало реализацию программ по предоставлению денежной помощи больницам по всей стране с целью их модернизации. Значительные инвестиции выделялись через Национальные институты здоровья на проведение исследований в частных и общественных медицинских школах, университетских госпиталях, а также на приобретение необходимого оборудования. Федеральное правительство также учредило центры по контролю за заболеваниями и выделило специальные гранты на поддержку проектов в области здравоохранения.

В 1965 г. президент Линдон Джонсон ввел программу «Медикэр» (Medicare) для пожилых людей старше 65 лет, благодаря которой около 10% населения было охвачено страхованием здоровья (в ограниченной форме). В том же году была введена программа «Медикаид» (Medicaid), согласно которой государство участвовало в финансировании проектов, разрабатываемых правительствами штатов и предназначенных для медицинского обслуживания незадачливых. Благодаря введению этой программы еще 25% американцев получили возможность страховать здоровье.

В 80-х годах в целях поощрения более эффективного больничного обслуживания введена практика оплаты по принципу клинико-статистических групп. В соответствии с этой системой деньги перечислялись больнице в зависимости от диагноза, а не количества

дней, которые пациент провел в стационаре. Такая система побуждала медиков к более интенсивному лечению и, следовательно, скорейшей выписке пациентов.

Несмотря на растущую стоимость медицинского обслуживания, усилия, направленные на укрепление здоровья и совершенствование медицинской технологии, состояние здоровья американцев улучшается медленнее, чем в других западных странах. Уровень младенческой смертности в США остается выше, чем в 24 развитых странах, и даже среди белого населения довольно высок (по сравнению со странами, которые тратят на медицину меньше средств).

Современная медицинская помощь с постоянно растущим уровнем технической оснащенности является слишком дорогостоящей для граждан, поэтому большинство стран вводят и успешно реализуют в области здравоохранения национальные программы.

Помимо мер, направленных на устранение финансовых барьеров, требуются специальные программы, направленные на снижение специфических факторов риска заболеваний и смертности. Правительства стран руководствуются принципом, что эффективная система здравоохранения нужна не только индивидууму, но и обществу и государству в целом.

В современном мире существуют, дополняя друг друга, следующие модели организации здравоохранения:

- национально-государственная система – основана на принципе прямого государственного финансирования медицинских учреждений и гарантирует бесплатную медицинскую помощь;

- обязательное медицинское страхование – обеспечивает финансирование объема медицинских услуг на уровне социальных гарантий государства; размер страхового взноса не связан с объемом медицинской помощи и состоянием здоровья застрахованного;

- добровольное медицинское страхование (частное) – является дополнительным; охватывает виды медицинского обслуживания, оставшиеся вне поля зрения системы обязательного медицинского страхования; размер страхового взноса пропорционален страховому риску, зависящему от состояния здоровья застрахованного; система рыночного медицинского страхования снижает дефицит медицинской помощи, характерной для системы обязательного страхования;

- платная (частная) медицина – финансирование частнопрактикующих врачей, клиник и больниц, находящихся в индивидуаль-

ной собственности, осуществляется за счет платного медицинского обслуживания пациентов.

Ни одна из моделей здравоохранения нигде в мире не встречается в чистом виде.

Государственное здравоохранение предполагает одинаковые медицинские услуги для всех социальных групп.

Альтернативой государственной медицине являются добровольное, обязательное медицинское страхование и платная медицина. Для самого многочисленного среднего класса актуально добровольное медицинское страхование, несмотря на то, что часть средств вносят сами застрахованные. Эти расходы они готовы нести в обмен на более высокое качество медицинского обслуживания.

В Германии в настоящее время проводится реформа здравоохранения. Ее цель – сокращение государственных расходов за счет повышения конкуренции в сфере страховых услуг. Нововведения предполагается вводить постепенно.

С 2009 г. для всех без исключения граждан Германии будет введена страховая обязанность. В настоящее время в стране без медицинской страховки проживают от 200 до 300 тыс. человек.

С января 2009 г. частные страховщики будут обязаны предлагать страховые полисы по так называемому базовому тарифу. Он должен включать в себя стандартный пакет услуг, которые предоставляют своим клиентам государственные страховые компании. Стоимость базового полиса не может превышать стоимость самого дорогого тарифа государственных страховых касс.

К 2009 г. Министерство здравоохранения создаст фонд, в котором будут аккумулироваться все средства на медицинские расходы. Фонд будет финансироваться за счет страховых взносов и налогов. Из средств фонда страховые компании будут получать на каждого застрахованного фиксированную сумму. На каждого хронически больного и инвалида будет выплачиваться надбавка.

Если расходы на одного больного превысят выделяемую фондом стандартную сумму, страховая компания может потребовать от застрахованного уплаты дополнительного взноса. Его размер не должен превышать 1% годового дохода пациента.

Страховые кассы, в которых застраховано много малоимущих и хронически больных граждан, будут получать дополнительное финансирование за счет своих более состоятельных конкурентов. По требованию ряда земельных правительств для перераспределе-

ленияя средств установлен «болевой порог»: из касс одной земли в другую может быть переброшено не более 100 млн. евро в год.

Оплата за вакцинации, поездки в санатории, в том числе детей в сопровождении родителей, и другие меры по восстановлению трудоспособности возлагается на страховые компании. Раньше страховщики сами определяли список оплачиваемых услуг в области профилактики и реабилитации. В свою очередь, страховые компании больше не обязаны полностью оплачивать расходы за устранение ошибок, допущенных при косметических операциях.

Больницы получают право предлагать ограниченный спектр услуг амбулаторно. В первую очередь это коснется хронических больных. Таким образом, законодатель намерен добиться сокращения числа стационарных больных.

По расчетам правительства, уже в 2007 г. нововведения должны были сэкономить государственному бюджету 1,1 млрд. евро. В последующие несколько лет расходы будут сокращаться в среднем на 1,5 млрд. евро ежегодно.

Во Франции современная система здравоохранения является централизованной. Существует единая страховая организация – Национальная больничная касса с многочисленными филиалами, расположеннымми по всей стране. Министерство труда и социального обеспечения контролирует деятельность системы здравоохранения.

Обязательным медицинским страхованием во Франции охвачены 80% граждан. Французы определенную часть своей заработной платы отчисляют на медицинское страхование.

Медицинское страхование покрывает 100% расходов на лечение, если произошел несчастный случай на работе, если причиной недомогания стала болезнь, то пациенту будет компенсировано 75% расходов. При необходимости стационарного лечения больничная касса оплатит 33 дня пребывания в больнице, остальные дни пациент оплачивает самостоятельно. Продолжительность лечения более двух месяцев является поводом для госпитализации в бесплатную больницу. Если состояние здоровья пациента не улучшается на протяжении трех лет, устанавливают инвалидность. Во Франции предусмотрены две группы инвалидности: первая, когда пациент не может сам себя обслужить, вторая – остальные состояния в связи с болезнью. Следует отметить, что больничная касса оплачивает 75% стоимости пребывания в стационаре, оставшуюся сумму вносит пациент. По такому принципу оплачиваются визит врача, медикаменты, диагностическое обследование.

Во Франции в системе медицинского страхования учтены некоторые психологические аспекты. Участие самого застрахованного в процессе возмещения денежных средств ограждает от чрезмерного желания полечиться.

В настоящее время все больше французских работодателей включают добровольное медицинское страхование в социальный пакет. Если работодатель заботится о здоровье своих подчиненных, то статус компании считается очень высоким. Добровольное медицинское страхование – это не только обслуживание в хороших клиниках, но и решение проблемы денежных выплат за медицинские услуги. При наличии частной страховки пациент уже ничего не платит. Часть стоимости лечения или лекарств оплачивается за счет обязательного медицинского страхования (75%), остальное (25%) – за счет добровольного.

В Австрии созданы многочисленные страховые компании, работающие в системе обязательного медицинского страхования и обслуживающие определенные категории граждан. Как и больничные кассы, они заключают договора с медицинскими учреждениями и врачами. В последние годы наметилась тенденция к созданию страховыми компаниями собственных медицинских центров, что улучшает контроль за качеством оказания медицинской помощи.

Страховые компании не покрывают полностью расходы на медицинское обслуживание. Около 14% стоимости застрахованные оплачивают самостоятельно. Также пациенты частично оплачивают стоимость лекарств.

Владелец страхового полиса вправе выбрать врача, но только среди тех, кто работает по договору со страховой компанией. Если пациент настаивает на лечении у «недоговорного» врача, то страховой полис покроет только 80% необходимой суммы, но только в том случае, если методика лечения не выходит за рамки официальной медицины. Нетрадиционные методы лечения исключены из списка услуг страховой компании.

В Швейцарии все проживающие должны быть застрахованы. Особенностью больничных касс Швейцарии является предоставление ими обоих видов страхования – обязательного и добровольного. Граждане вносят личный взнос в больничную кассу, которую выбирают сами. Взносы не зависят от уровня дохода.

Больничные кассы работают с врачами и клиниками, которые включены в список договорных учреждений и специалистов. Возможность работать с застрахованными предоставлена лучшим меди-

цинским клиникам, что гарантирует высокое качество обслуживания. Данная тенденция распространяется и на лекарственные препараты. Больничная касса оплачивает только стоимость медикаментов, входящих в список лекарственных препаратов. Ограничения гарантируют высокую эффективность и результативность терапии.

В Швейцарии обязательное медицинское страхование включает профилактические мероприятия, такие как вакцинация против гриппа, медицинский осмотр один раз в год, что направлено на предупреждение заболеваний. Как и в других европейских странах, застрахованный в Швейцарии оплачивает часть суммы за предоставленное лечение, что составляет 10%.

Рассматривая тенденции развития здравоохранения в мире в 2006–2007 гг., следует отметить, что реформа здравоохранения проходит по следующим направлениям:

поиск оптимальной роли государства как поставщика медицинских услуг в системе здравоохранения;

снижение высоких расходов на систему здравоохранения;
развитие всех видов медицинского страхования.

В 2006 г. наблюдалось значительное снижение роли государства в системе здравоохранения Болгарии, Чехии, Польши, Венгрии. Часто это происходило по причине акционирования больниц, в результате которого часть государственных услуг в области здравоохранения переходила в частные руки. Насколько это эффективно и экономически оправдано, будет ясно позднее.

В то же время в других странах в 2006 г. происходило усиление роли государства в сфере здравоохранения, но не на уровне поставки медицинских услуг, а на уровне увеличения финансирования. Так, в Китае, Индии, Венесуэле, США до недавнего времени роль государства была незначительна. Например, в Китае государство с середины прошлого века практически не участвовало в финансировании здравоохранения своей страны. Однако после вспышек птичьего гриппа Китайское правительство приняло решение о значительном увеличении государственных ассигнований в систему здравоохранения, в первую очередь в систему сельского здравоохранения. Кроме увеличения доли расходов государства на сельскую медицинскую помощь до 40% от всех расходов на здравоохранение, предполагается создание инфраструктуры больниц, которые были бы доступны для малообеспеченных семей.

Венесуэла, практически строя социализм, проводит ту же линию и в сфере здравоохранения. Лидер Венесуэлы Уго Чавес объя-

вил о том, что вся инфраструктура здравоохранения страны должна быть государственной, а медицинские работники обязаны состоять исключительно на государственной службе. Однако политика президента страны не получила широкой поддержки венесуэльских медиков, в результате чего в настоящее время в страну приглашаются специалисты из других государств. Так, за последние 4 года в Венесуэлу прибыли 12 тыс. врачей из Кубы, которым предложили оплату труда в размере 500 долл. США в месяц и определенный набор продуктов. Теперь Уго Чавес отправляет своих студентов на Кубу для обучения профессии врача. Все эти меры направлены на построение в стране государственной системы здравоохранения.

Усиление роли государства в здравоохранении наблюдается и в развитых странах. Так, правительство США активно занимается созданием системы лекарственного обеспечения населения. В таких странах, как Швеция, Великобритания, оптимизация роли государства проходит через осуществление частно-государственного партнерства. В Швеции государством привлекаются частные поставщики медицинской помощи, а в Великобритании действует система предоставления права пациентам лечиться в частных клиниках, если государственные медицинские учреждения не в состоянии обеспечить им необходимую медицинскую помощь. В этом случае государство берет на себя обязательство оплачивать все расходы пациентов на частные медицинские услуги.

Таким образом, в целом в мире наблюдается увеличение роли государства в предоставлении медицинских услуг – оно становится регулятором, контролером и финансистом функционирования системы здравоохранения. Происходят реформы в системе финансирования и страхования.

Реформируя систему финансирования страны в 2006 г., Германия ставила перед собой задачу сокращения расходов на здравоохранение. Был создан Централизованный фонд здоровья. Теперь все страховые компании осуществляют выплаты по единым тарифам через этот Фонд, в то время как до реформы платежи проводились в отдельных компаниях по различным тарифам. На основе единой тарифной системы планируется создать конкурирующий рынок страховщиков, что повысило бы эффективность всей системы страхования. Предполагается, что в перспективе за счет этого расходы на здравоохранение будут снижены примерно на 7–10%.

Сокращение дефицита финансирования больничных учреждений в 2006 г. происходило в Великобритании. Бюджет здраво-

охранения в этой стране достиг 81 млрд. фунтов стерлингов, при этом из 570 работающих трастов 37% находятся в финансовом кризисе. Таким образом, 2006 год был посвящен борьбе с финансовым кризисом и дефицитом в области медицинского обслуживания населения. Для этого правительством Великобритании были поставлены задачи по сокращению штатов (в результате число врачебных ставок уменьшилось на 1 тыс.), снижению объемов госпитализации, закрытию больничных палат. По предварительным результатам эта работа пока не дала ожидаемого результата: дефицит сохранился, как реакция на закрытие больниц выросли очереди на госпитализацию, возникли напряженные отношения среди работников системы здравоохранения.

Аналогичные процессы происходят и во Франции – страна вступила в борьбу с дефицитом финансирования больничных учреждений. Управление финансами на медико-санитарную помощь было передано частному сектору, и руководители больниц стали вести бюджет по принципу доход – расход на основе новых правил. Кроме того, было запрещено переносить дефицит расходов на следующий год, при этом ответственность за дефицит была возложена на сами больницы, которые вынуждены были искать новые способы самофинансирования. Предварительные итоги этой реформы показали, что многие лечебные заведения смогли выровнять свои доходы и расходы, одновременно увеличился объем востребованной медицинской помощи.

В Китае в 2006 г. начала действовать программа по страхованию сельского населения. Согласно этой программе, к 2010 г. все сельское население страны, а это около 900 млн. жителей, из которых 700 млн. находятся за чертой бедности, будет обеспечено полисами медицинского страхования. Китайское правительство предполагает так называемое кооперативное страхование, по которому 65% гарантированной медицинской помощи будет оплачиваться правительством, остальные 35% – населением страны.

В настоящее время в зарубежных странах особое внимание уделяется развитию «электронного» здравоохранения, т.е. разработке систем мобильной диагностики, созданию информационно-технологической (ИТ) инфраструктуры здравоохранения, использованию медицинских систем автоматизации, без которых в ближайшем будущем будет невозможно предоставление качественной и доступной медицинской помощи населению.

Системы мобильной диагностики в Великобритании

По мнению специалистов университета города Лидс, расположенного на севере Англии, важным показателем состояния общественного здоровья, как и во многих европейских странах, является старение населения. Одновременно с этим растет медицинская грамотность пациентов и увеличивается стоимость медицинских услуг. Несмотря на это, больных с хроническими заболеваниями становится все больше.

Эти факторы заставляют специалистов задуматься о смене некоторых акцентов в функционировании системы здравоохранения страны. Исследования экспертов Национальной службы здравоохранения (NHS) Великобритании показали, что традиционные методы лечения оказываются не только дорогими, но и не обеспечивающими нужного качества. Поэтому в настоящее время в Великобритании и в Европе в целом возникла тенденция перехода на домашнее лечение, которое подразумевает не только мониторинг состояния здоровья больного через Интернет, но и оказание медицинской помощи различной сложности в амбулаторных условиях.

В настоящее время в Великобритании уже существуют системы, такие как NHS Director, которые подразумевают прямое обращение в Национальную службу здравоохранения за консультацией или советом. Национальная служба скорой помощи выполняет ряд задач по лечению пациентов на дому. Однако проблема заключается в том, что работа этих служб не соотносится с деятельностью других служб оказания медицинской помощи, а также с системой управления здравоохранением Великобритании в целом.

Таким образом, на данном этапе перед страной стоят задачи, связанные с использованием информационных технологий в здравоохранении. В первую очередь необходимо изменение принципа работы системы здравоохранения: существующая система работает в режиме реагирования на остро возникающие потребности населения в лечении, в то время как в области развития профилактических мер лечения хронических заболеваний существует множество пробелов. Кроме того, важным является изменение культуры пациентов и врачей с целью повышения двусторонней ответственности за участие в лечебном процессе. На данный момент специалисты университета города Лидс работают над созданием трех высокотехнологичных проектов: пульс-актиметра для пациентов с тяжелыми хроническими легочными заболеваниями; перечня продук-

тов, позволяющего следить за составом и калорийностью пищи (что особенно способствует внедрению и продвижению идеи здорового образа жизни среди населения); разработкой и внедрением устройств мониторинга артериального давления, что позволило бы решить социально значимую задачу сокращения количества больных с подобным заболеванием.

Эти проекты осуществляются в сотрудничестве с группой Московского государственного университета, а также при содействии некоторых организаций Великобритании и других стран Западной Европы. Одной из задач является разработка и использование в медицине сенсорных датчиков, позволяющих передавать в цифровом виде медицинскую информацию либо напрямую, либо через устройства, основанные на технологии передачи данных bluetooth. Затем полученные данные будут передаваться на центральный сервер.

Проблемы здравоохранения США. Несмотря на то что многие специалисты ставят систему здравоохранения США в пример другим странам, в последние десятилетия она неоднократно впадала в кризис. США занимают первое место в мире по уровню медицинских расходов на душу населения, на 48% превышая аналогичный показатель в занимающей второе место Норвегии. При этом качество предоставляемых услуг в США не отвечает предъявляемым требованиям.

В США от 98 тыс. до 195 тыс. смертей в год вызваны врачебными ошибками, а вопрос о доступности здравоохранения является крайне острым – 45 млн. жителей этой страны не имеют медицинской страховки, а более 15 млн. человек – недостаточное страховое покрытие. Кроме этого, США занимают 22-е место по продолжительности жизни среди 30 развитых стран. Таким образом, в США отсутствует оптимальный баланс стоимости, качества и доступности услуг здравоохранения.

В настоящее время США приступили к рассчитанной на десять лет программе по созданию инфраструктуры информационных технологий для здравоохранения, цель которой – перевод медицинских данных в цифровую форму и оптимизация управления ими. Президентский проект бюджета на 2006 г. предусматривал поддержку использования информационных технологий в здравоохранении путем увеличения финансирования пилотных схем до 125 млн. долл.

Использование современных информационных технологий в здравоохранении подразумевает переход на современное цифровое медицинское оборудование, поддерживающее открытые стандарты DICOM, HL7, внедрение медицинских систем КИС, ЛИС, PACS. При этом все жестче становятся требования к защите персональной информации.

По оценкам специалистов компании IBM, в управлении здравоохранением происходила следующая эволюция. Если еще во второй половине прошлого века система здравоохранения являлась врач-ориентированной, то сейчас руководящие указания в этой области поступают от тех, кто обладает финансовыми ресурсами, что означает кризис системы. В будущем же система здравоохранения должна стать пациент-ориентированной, направленной на максимальное вовлечение пациента в лечебный процесс, построение лечения на основе персональных данных о здоровье пациента, содержащихся в электронном виде. Пациент-ориентированная сеть является объединением разнообразных участников системы здравоохранения, обменивающихся медицинской информацией таким образом, чтобы повысить качество медицинской помощи.

Дания показывает пример работы развитой автоматизированной системы здравоохранения. В 1994 г. в этой стране была построена медицинская система Health Net, а с 2004 г. она обрела свое портальное воплощение. В настоящее время Health Net является значительным ресурсом для граждан страны, специалистов, а также врачей общей практики, при помощи которого возможно осуществление лечения на дому. Принципиальным в системе является то, что получение информации здесь происходит на национальном (Национальный совет здравоохранения), первичном (сестринские дома, аптеки) и вторичном (больницы) уровнях. Все уровни объединены в единую портальную инфраструктуру, что дает возможность участникам любого уровня получать все виды информации.

В данный проект было вовлечено 92% поликлиник, все аптеки, все лечебно-профилактические учреждения, 62% медицинских специалистов страны. В результате реализации проекта было высвобождено 50 минут в день для врача общей практики, а количество телефонных звонков в лечебно-профилактические учреждения сократилось на 66%. На общегосударственном уровне было сэкономлено 100 млн. евро и повышено клиническое содержание услуг, оказываемых врачами общей практики. Кроме того, произошло

существенное улучшение осведомленности населения о необходимых действиях и процедурах при типичных симптомах.

В Австрии был разработан другой проект информационной системы автоматизации. Одним из принципов работы Венского многопрофильного госпиталя является интеграция лечебной, преподавательской и исследовательской деятельности, поэтому возникла необходимость внедрения такой информационной системы, которая обеспечивала бы поддержку клинического процесса, а также процессов исследования и обучения, обслуживая приблизительно 8000 пользователей. В результате в госпитале было осуществлено внедрение электронной истории болезни, модуля администрирования пациентов, системы управления контентом для общего клинического депозитария, модуля планирования и документации операций, системы миграции данных, интеграции существующих подсистем, системы клинического испытания лекарств, платформы интеграции исследований.

Электронная медицинская система в Канаде. Министерство здравоохранения канадской провинции Альберта приняло решение о распределении медицинской информации по безопасной сети для обеспечения принятия решений работниками здравоохранения по оказанию медицинской помощи. Для реализации проекта была разработана интегрированная медицинская система (Wellnet), которая позволила обеспечить поддержку принятия решений, а также доступность точной и актуальной информации о здоровье населения и текущей информации о медикаментах (включая доказательную медицину).

Система Wellnet смогла заменить 43 системы медицинских записей, 18 финансовых систем, более 12 систем управления ресурсами. Она поддерживает функции ведения электронных записей рецептов, создания описаний лекарств, проверки дозировок препаратов, учета лекарственных и нелекарственных аллергий, контроля взаимодействия лекарств, а также включает в себя сетевые медицинские ресурсы.

С.Н. Куликова