

ИНСТИТУТ МИРОВОЙ ЭКОНОМИКИ И МЕЖДУНАРОДНЫХ ОТНОШЕНИЙ
РОССИЙСКОЙ АКАДЕМИИ НАУК

Г.Н. Зевелева

**Государственная политика в области
здравоохранения в США в 1992–2012 гг.:
борьба за реформы**

Москва
ИМЭМО РАН
2012

УДК 338.242.4(73)
ББК 65.012.2(7Сое)
Зев 471

Серия «Библиотека Института мировой экономики и международных отношений»
основана в 2009 году

Техническое обработка материалов и макетирование И.В. Титова

Зев 471

Зевелева Г.Н. **Государственная политика в области здравоохранения в США в 1992–2012 гг.: борьба за реформы** – М.: ИМЭМО РАН, 2012 – 104 с.
ISBN 978-5-9535-0349-5

Предметом исследования данной работы является государственная политика в области здравоохранения администраций Клинтона, Буша и Обамы. Рассмотрены не только наиболее важные законы, принятые в сфере здравоохранения США в конце XX - начале XXI вв., но и эволюция этой системы, а также роль федеральных органов в ее развитии и реформировании. Показаны социально-экономические и финансовые условия, в которых принимались важнейшие решения, оказавшие влияние на формирование американской системы здравоохранения, а также политическая борьба и общественные дискуссии вокруг реформ в этой области. Основное внимание уделено анализу провалившегося законопроекта по реформированию медицинского страхования, подготовленного администрацией Билла Клинтона, и его последующим реформам в этой области, а также исторической реформе Барака Обамы, которая венчает многолетнюю борьбу американских демократических сил, начиная с президента Франклина Рузвельта, за создание национальной системы здравоохранения в США. Изучение государственной политики в этой области в других странах, включая США, и их опыт реформ, представляется чрезвычайно важным для разработки эффективной политики и реформирования российского здравоохранения.

The government's healthcare policies in 1992–2012: On the Road to Reforms.

The book focuses on healthcare policies under the Clinton, G.W. Bush Junior and Obama administrations. It examines the major legislation adopted at the end of the XX and the beginning of the XXI century. The author analyses the role of the federal government in the evolution of the healthcare system. The book examines economic, social, and financial context of the major decisions in this area. It also deals with politics and debates of healthcare reforms. The book's major focus is on the failure of the healthcare reform under the Clinton administration and the historic significance of the Obama's healthcare reform. Research of the international experience of healthcare reforms, including those in the Unites States, is important for designing and implementing efficient policy in this area in Russia.

Публикации ИМЭМО РАН размещаются на сайте <http://www.imemo.ru>

ISBN 978-5-9535-0349-5

© ИМЭМО РАН, 2012
© Зевелева Г.Н., 2012

ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ	5
ГЛАВА 1	
ЭВОЛЮЦИЯ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ США И ГОСУДАРСТВЕННАЯ ПОЛИТИКА В ЭТОЙ ОБЛАСТИ К НАЧАЛУ 90-Х ГОДОВ XX ВЕКА	12
1. Роль государства в формировании американской системы здравоохранения (исторический экскурс)	12
2. Организация системы здравоохранения США в конце 80-х - начале 90-х годов	21
3. Концепции реформы американского здравоохранения в начале 90-х годов.....	26
ГЛАВА 2	
ПОЛИТИКА АДМИНИСТРАЦИИ КЛИНТОНА В СФЕРЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ	31
1. Предвыборная кампания Билла Клинтона.....	31
2. План реформы здравоохранения	33
3. Альтернативные планы реформирования здравоохранения	38
4. Судьба законопроекта Клинтона	41
5. Другие инициативы Клинтона в области здравоохранения в ходе его первого срока на посту президента	46
6. Политика администрации Клинтона в сфере здравоохранения в середине 90-х годов.....	49
7. Реформы Клинтона в области здравоохранения на втором президентском сроке	57
8. Политика Джорджа Буша-мл. в сфере здравоохранения	64
ГЛАВА 3	
ОСНОВНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ ПОЛИТИКИ АДМИНИСТРАЦИИ ОБАМЫ В СОЦИАЛЬНОЙ СФЕРЕ И РЕФОРМА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ	69
1. Реформа здравоохранения: политический контекст	71
2. Программа изменений в системе здравоохранения	74
3. Борьба вокруг реформы здравоохранения и ее итоги	78
ЗАКЛЮЧЕНИЕ	88
<i>Приложение 1</i>	94
<i>Приложение 2</i>	95
<i>Приложение 3</i>	96
<i>Приложение 4</i>	97
<i>Приложение 5</i>	98
<i>Приложение 6</i>	99
<i>Приложение 7</i>	100
<i>Приложение 8</i>	101
<i>Приложение 9</i>	103
<i>Приложение 10</i>	104

ВВЕДЕНИЕ

В 2008-2012 гг., невзирая на экономический кризис, борьба вокруг реформы здравоохранения оставалась в центре общественной и политической жизни Соединенных Штатов. Ее противники предпринимали неоднократные попытки остановить осуществление мер, предусмотренных в рамках принятых в марте 2010 г. законов о преобразовании системы медицинского страхования. Эта борьба носила острый, подчас драматический, характер, расколов американское общество примерно пополам и вызвав шквал критики, обрушившейся на президента Барака Обаму. Битва за реформу здравоохранения завершилась лишь в конце июня 2012 г., когда Верховный суд США признал ее конституционной. Однако даже после этого решения высшего судебного органа страны, республиканцы не оставили надежд на пересмотр поистине исторического закона, который должен обеспечить всеобщее медицинское страхование американского населения.

Возросшее внимание к вопросам здравоохранения и выработке такой государственной политики по данному направлению, которая была бы адекватна новым задачам и реалиям настоящего времени, представляется вполне закономерным. В начале текущего столетия системы здравоохранения почти во всех странах мира сталкиваются с проблемами роста издержек и недоступности медицинской помощи для части населения, что связано с новыми тенденциями в социальной сфере, а также открывшимися возможностями и вызовами, вставшими перед государствами в современном глобальном мире. В России также идет активное обсуждение вопросов о том, какая система здравоохранения нужна нашей стране и, соответственно, какая государственная политика должна быть выстроена в этой области.

Динамизм социально-экономических процессов в конце XX – начале XXI в. оказывает противоречивое воздействие на современное общество. Рост качества, уровня и продолжительности жизни населения, наряду с расширением возможностей науки и медицины, вызвали существенные изменения в социальной и демографической структурах общества большинства развитых стран, в том числе, его старение. Указанные тенденции ведут к стремительному увеличению социальных расходов и затрат на услуги здравоохранения во всех развитых странах. Они также означают неизбежный и быстрый рост финансовой нагрузки на общество, делая бремя социальных расходов, которое вынуждено нести современное государство, неподъемным для государственного бюджета. В этих условиях во многих странах возрастает необходимость поиска новых подходов и путей преобразования сферы социального обеспечения, а также модернизации национальных систем здравоохранения. Проведение эффективной государственной политики в этой области, наряду с формированием и организацией здорового образа жизни, повышением его качества становится одним из приоритетных направлений государственной политики во многих странах.

Разразившийся в 2008 г. экономический кризис, усугубивший финансовые проблемы, только усилил необходимость пересмотра социальной политики по ряду направлений, сделав еще более неотложным проведение реформ в социальной системе, включая здравоохранение.

Изучение государственной политики в сфере здравоохранения представляет большой научный и практический интерес. Обеспечение прав граждан на сохранение и поддержание своего здоровья - важнейшее направление государственной политики в социальной сфере, и, по мере экономического развития, роль данного направления в деятельности государства возрастает. Эффективная государственная политика в этой области является показателем социального

здоровья общества, состоятельности государства и ответственности власти перед своими гражданами. Значимость данной темы определяется также тем, что в современных условиях жизнь и здоровье человека является главной ценностью, а также условием развития и процветания любого государства.

Важнейшими целями государственной политики в области здравоохранения является доступное, качественное, всеобщее обеспечение населения медицинскими услугами. Достижение одновременно всех трех указанных целей – трудная задача для любого государства. В мире не существует совершенной системы здравоохранения, которая была бы способна гарантировать в равной мере доступность, высокое качество и одновременно широкий охват населения медицинскими услугами. Доступное здравоохранение может означать наличие недорогого медицинского страхования, а также доступ к медицинской помощи, что не является синонимами. Наличие страховки обеспечивает финансирование при оказании медицинской помощи, однако не обязательно гарантирует ее владельцу легкий доступ к медицинским услугам. На практике во многих странах, где существует всеобщее медицинское страхование, набор включаемых в страховку услуг часто носит ограниченный характер. Их граждане могут сталкиваться с «листами ожидания» для получения необходимой медицинской помощи, недостаточно высоким уровнем обслуживания и низким качеством лечения, с ограничениями в выборе врачей и прочими трудностями. Для успешного решения проблем в этой области необходима эффективная государственная политика по данному направлению, а также система здравоохранения, которая позволяла бы решать стоящие перед обществом задачи, и была бы адекватна требованиям времени.

Существуют огромные межстрановые различия в сфере медицинского обеспечения. Характер национальной системы здравоохранения той или иной страны определяется, прежде всего, сложившейся социально-экономической моделью и уровнем экономического развития. Сложившаяся национальная система здравоохранения в каждой стране является также результатом ее уникальных условий развития, истории, политической жизни, национального характера, общественного сознания и культуры. Принципы организации этих систем варьируются от «управляемой конкуренции» в Швейцарии и Голландии до жесткой структуры по принципу единого плательщика в Великобритании, Канаде и Норвегии и множества промежуточных вариантов.

Система здравоохранения США отражает особенности американской социально-экономической модели, идеологии и традиций. Эта страна, являясь наиболее последовательным сторонником нелиберальной экономической модели, ориентируется на максимальное использование рыночных механизмов, в том числе и в социальной сфере. Соединенные Штаты придерживаются избирательной системы социальной защиты, выборочности в применении социальных программ, основанной, в частности, на процедуре «проверки нуждаемости», а также на постоянном сопоставлении масштабов социальных затрат и их результатов. Другими чертами, характерными для США, являются децентрализация социальной политики и ее плюрализм. Функции федерального правительства, правительства штатов и местных органов власти разграничены, и каждый уровень играет свою роль. Автономия штатов и местных органов власти, их право осуществлять законодательную, правовую и регулирующую деятельность на местном уровне, а также наличие собственных источников дохода закреплено за ними Конституцией¹.

¹ См.: Роль государства в социально-экономическом развитии США / Под ред. В.И. Марцинкевича. -- М.: ИМЭМО РАН, 1997. – С. 6.

Принципы индивидуализма и селективности прочно укоренились в американском общественном сознании. Если в европейских странах при выработке социальной политики всегда доминировали принципы равенства возможностей для каждого, социальной защищенности для всех и общественной солидарности, то в США такой подход не разделяется значительным числом граждан. Большинство американцев исходило и продолжает исходить из убеждения собственной ответственности за свою судьбу и принимаемые решения, а идея перекладывания ответственности на все общество не пользуется большой поддержкой. В отличие от европейцев, которые относятся к государству с большим доверием, чем к рынку, в Соединенных Штатах расширение участия американского государства в социальной и общественной жизни страны традиционно вызывало подозрения и недовольство и наталкивалось на сопротивление со стороны граждан. Преобладание в американском обществе подобных взглядов и системы ценностей не могло не сказаться на развитии социальной сферы и здравоохранения как ее части, во многом предопределив особенности ее развития.

Доминирование в США рыночного подхода, в том числе к социальной сфере, в большой мере определяет отношение общества и к сфере здравоохранения, услуги которой рассматриваются значительной частью американцев не как важнейшая социальная функция государства, а как товар, который, подобно другим товарам, продается и покупается на рынке медицинских услуг.

Самой либеральной в мире экономике соответствует децентрализованная система здравоохранения с минимальным вмешательством государства и с наиболее высоким среди развитых стран удельным весом частного сектора. Согласно данным Всемирной Организации Здравоохранения (ВОЗ), а также данным Организации Экономического и Социального Развития (ОЭСР), в абсолютном большинстве стран здравоохранение финансируется преимущественно за счет государственных источников. В частности, в 2005 г. в 20 странах ОЭСР доля государственных и частных источников составляла 70% и 30% соответственно. Это соотношение существенно не изменилось в 2009-2010 гг., составив 71,4% и 28,6% соответственно. При этом в четырех наиболее крупных европейских странах (в Германии, Франции, Великобритании и Италии) это соотношение было в 2005 г. 78,3% и 21,7%, а в 2010 г. – 79,2% и 20,8%. В России доля государственного финансирования в общих расходах на здравоохранении снизилась с 70,8% в 1997 г. до 60% в 2000 г. и составила 62,1% в 2010 г., что ниже соответствующего среднего показателя по странам ОЭСР, составлявшего в 2010 г. 72,2%. В Соединенных Штатах доля частного финансирования превышала государственные расходы, которые в общих расходах на здравоохранение составляли 43% в 2000 г., 44% в 2005 г. и 48% в 2010 г.²

Отмеченные выше характеристики американской модели на протяжении многих десятилетий позволяли этой стране успешно адаптироваться к меняющимся внутренним и внешним условиям, демонстрируя большую гибкость, а также обеспечивали динамичное экономическое развитие и высокую конкурентоспособность. Соединенные Штаты не только лидируют в экономике, науке и многих других областях, но также предлагают новаторские решения многих проблем, включая социальные. Присущая этой стране адаптивность, поиск и использование новых подходов к социально-экономическим и другим проблемам

² Подсчитано по данным ОЭСР, содержащимся в: Health: Key Tables from OECD. 2012. http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/public-expenditure-on-health_20758480-table3
См. также: World Health Organization. The World Health Report. Health Systems Financing. The Path to Universal Coverage. -- Geneva: WHO, 2010; World Health Organization. World Health Statistics 2012. Part III. Global Health Indicators. http://www.who.int/healthinfo/EN_WCHS2012_Part3.pdf

делает американский опыт предметом пристального изучения и возможного заимствования в тех областях, где он оказался успешным. Это в полной мере относится и к выработке руководством США путей оптимизации государственной политики в сфере здравоохранения. В настоящее время страна проходит через болезненный процесс по ее реформированию, который начат с целью приведения этой сферы в соответствие с изменившимися социально-экономическими условиями.

Особого внимания заслуживает анализ самого процесса выработки и реализации государственной политики в сфере здравоохранения, включая процедурные вопросы. Этот анализ показывает, что процесс выработки и принятия решений по важнейшим социальным проблемам является результатом сложного, противоречивого взаимодействия исполнительной и законодательной властей США при активном участии экспертного сообщества, групп интересов и других заинтересованных сторон, а также с учетом мнения американской общественности. Изучение данной темы важно еще и потому, что задача модернизации национальной системы здравоохранения стоит в настоящее время перед многими государствами, включая Россию.

В современных условиях успешное решение проблем здравоохранения невозможно только силами государства, без привлечения частного капитала. Поэтому велика вероятность того, что в будущем опыт США, в частности, активное использование рыночных отношений в области предоставления медицинских услуг, а также усиление конкуренции между государственным и частным сектором в социальной сфере, будет более широко востребован другими странами. В XXI в. именно по этому пути пойдет модернизация национальных систем здравоохранения в большинстве государств мира. Однако свободная конкуренция невозможна в таком секторе экономики, как здравоохранение с его важными социальными функциями. В этой связи необходим поиск правильного баланса между прямым государственным участием, государственным регулированием и рыночной конкуренцией. В дальнейшем можно также ожидать интенсификации уже идущего процесса интернационализации здравоохранения и унификации стандартов в сфере оказания медицинских услуг, а также усиления конкуренции в этой области на международном уровне.

Несмотря на всю остроту современных дискуссий о проблемах американского здравоохранения и путях ее реформирования, речь идет не о коренном пересмотре всей системы, а лишь о совершенствовании и перестройке отдельных ее составляющих, а также о включении некоторых новых механизмов, которые должны обеспечить модернизацию сферы медицинского страхования страны. В США сформировалась сложная по своей организационной и финансовой структуре смешанная система здравоохранения, основанная на частно-государственном партнерстве, которая, несмотря на наличие отдельных и серьезных недостатков, обеспечила огромные достижения в области медицины, как на практике, так и в науке. Проблемы американской системы здравоохранения известны. По общим расходам на здравоохранение и расходам на душу населения эта страна занимает первое место в мире. Однако по многим параметрам, включая доступность системы здравоохранения, охват ею населения, высокая стоимость медицинских услуг, а также быстрый рост цен на них и лекарства, США уступают многим развитым странам. При этом стоит отметить, что Соединенные Штаты являются общепризнанным мировым лидером инноваций и исследований в области здравоохранения. США опережают другие страны по использованию в здравоохранении передовых медицинских технологий. За последние 30 лет 80% важнейших изобретений в области медицины принадлежали американцам. В

течение последних 20 лет более половины всех новых препаратов, появившихся в мире, были разработаны американскими фармацевтическими компаниями³. Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) ставит США на первое место в мире по таким параметрам, как удовлетворение нужд пациентов в плане выбора врача или медицинского учреждения, уважительного отношения со стороны персонала, своевременность оказания помощи и ее конфиденциальность⁴.

Анализ американской государственной политики на данном направлении позволяет оценить накопленный страной уникальный опыт и, возможно, взять на вооружение в качестве образца те преобразования или их отдельные элементы, которые уже зарекомендовали себя как эффективно работающие, для внедрения в российскую систему здравоохранения.

Созданная в СССР мобилизационная модель здравоохранения достаточно успешно функционировала в советских условиях. Она в целом справлялась с поставленными перед ней задачами, была признана мировым сообществом как эффективная и малозатратная, хотя со временем начали проявляться ограничения и слабые стороны данной модели. Это произошло на фоне совершенствования систем здравоохранения и развития медицинских технологий в развитых странах, где получил приоритет индивидуальный подход к пациентам. В 90-е годы российское общество столкнулось с глубоким социально – экономическим кризисом и нарастанием проблем в области здравоохранения. Произошла дезинтеграция этой сферы, которая была связана с нарушением механизмов ее регулирования, трудностями и избыточностью структур управления, а также отсутствием необходимых финансовых средств. В новых условиях, когда страна отказалась от прежней политической и экономической системы, со всей очевидностью проявились дефекты практически всех составляющих существовавшей модели здравоохранения. Попытка сочетания государственной системы российского здравоохранения с медицинским страхованием, которое основано на рыночной модели, не только усугубила уже имевшиеся проблемы, но также создала новые на разных уровнях: органов власти, органов управления здравоохранением, медицинского персонала и пациентов. В настоящий момент по уровню развития здравоохранения и показателям здоровья населения Россия существенно отстает не только от развитых государств, но и от таких развивающихся стран, как, например, Мексика, Турция и Чили, которые имеют сопоставимый уровень дохода. В 2010 г. общие расходы на здравоохранение в России составили 5,1% ВВП, что ниже аналогичного среднего показателя по странам ОЭСР, который равнялся 9,5%. Россия отстает также по такому показателю, как расходы на здравоохранение на душу населения, которые составили в нашей стране в 2010 г. 998 долл. США по паритету покупательной способности по сравнению с 3268 долл. в среднем по странам ОЭСР. За период с 1997 по 2009 гг. государственное финансирование российского здравоохранения увеличилось на 23%, а частного – более чем на 73%. Это означает, что россияне оплачивают все большую часть медицинских услуг из собственного кармана. По сравнению со странами ОЭСР, в России - более высокий уровень смертности и меньшая продолжительность жизни. В 2010 г. продолжительность жизни в России составляла 69 лет, что более чем на 10 лет ниже, чем в среднем по странам ОЭСР (79,8 лет). Уровень детской смертности в

³ См. доклады американской ассоциации исследователей и производителей в области фармацевтики: Pharmaceutical Research and Manufacturers of America // <http://www.phrma.org/>

⁴ World Health Organization. The World Health Report 2000. -- Geneva: WHO, 2000.

России, несмотря на снижение в последние два десятилетия, в 2008 г. оставался в два раза выше, чем в среднем по странам ОЭСР⁵.

Очевидно, что российская система здравоохранения не является сформировавшейся или нормально функционирующей, и ее реформирование неизбежно. Основными проблемами российской системы здравоохранения в настоящее время являются снижение качества медицинской помощи населению, увеличение числа заболеваний социально-опасного характера, отсутствие комплексного государственного подхода к охране здоровья, разрушение системы медицинской профилактики, а также расширение теневой экономики в сфере оказания медицинских услуг, производства и реализации лекарств. Устранение названных и многих других проблем требует проведения реформ в системе российского здравоохранения, усиления конкуренции в этой сфере, в том числе, путем дальнейшего развития сферы медицинского страхования, расширения федеральных и региональных программ, направленных на обеспечение широких слоев населения качественной медицинской помощью. Для разработки эффективной государственной политики и проведения реформ в российском здравоохранении чрезвычайно важным и полезным представляется изучение опыта других стран, в том числе и США.

В данной работе предметом исследования является государственная политика в области здравоохранения администраций Клинтон, Буша и Обамы. Рассмотрены не только наиболее важные решения и законы, принятые в сфере здравоохранения США в конце XX - начале XXI вв., но также прослеживается эволюция этой системы и роль федеральных органов власти в ее развитии и реформировании.

Здравоохранение, являясь одним из наиболее важных и болезненных вопросов внутренней политики американского государства, тесно связано с состоянием экономики, финансов и расстановкой политических сил в стране. В связи с этим показаны социально-экономические и финансовые условия, в которых принимались важнейшие решения, оказавшие влияние на формирование американской системы здравоохранения, а также политическая борьба и общественные дискуссии вокруг реформ в этой области. Основное внимание уделено анализу провалившегося законопроекта о безопасности здоровья, подготовленного администрацией Билла Клинтон, и его последующим реформам в этой области, а также исторической реформе Барака Обамы, которая венчает многолетнюю борьбу американских демократических сил, начиная с президента Франклина Рузвельта, за создание национальной системы здравоохранения в США.

Выход в данной работе за хронологические рамки, обозначенные концом XX – началом XXI вв., то есть временем правления администраций Клинтон, Буша-младшего и Обамы, связан с необходимостью обозначить те подходы и решения их предшественников по рассматриваемой проблематике, которые оказали существенное воздействие на формирование или изменение системы медицинского обеспечения США.

Автор ограничивается рассмотрением федеральной государственной политики в сфере здравоохранения, оставив за рамками данной работы исследование этого вопроса на уровне штатов, которые имеют большую специфику в организации здравоохранения, что заслуживает отдельного изучения.

Данная работа построена в первую очередь на анализе официальных документов, среди которых наибольшую ценность представляют материалы

⁵ См.: OECD Reviews of Health Systems - Russian Federation. June 2012.
<http://www.oecd.org/russia/oecdreviewsofhealthsystems-russianfederation.htm>

Конгресса США⁶. Она также опирается на достижения российских исследователей, внесших существенный вклад в изучение эволюции социальной политики США в целом и системы здравоохранения в частности. Среди них – работы А.С. Анохина, Ф. Бурджалова, О.В. Гулемпинченко, Л.Ф. Лебедевой А.А.Попова, Н.М. Травкиной, Н.А. Шведовой.

В 2009-2012 гг. изучение реформы здравоохранения превратилась в отдельное направление исследований американских политологов, социологов и экономистов. Это произошло в результате того, что при президенте Обаме рассматриваемая тема не только привлекла большое внимание ученых, экспертов и журналистов, но также превратилась в важнейший вопрос в политической борьбе. Дискурс о социальной политике в целом, и государственной политике в сфере здравоохранения в частности, в последние годы стал чрезмерно идеологизированным. Значительная часть литературы на эту тему носит острополюемический характер и лежит вне поля академической науки. Среди глубоких научных исследований эволюции системы здравоохранения в США следует отметить труды Дж. Брэсфилд, Р. Гибсона, Т. Майлса, Дж. Макдоноф, Дж. Ругер, П. Старра, О. Фергюсона, Б. Хоффмана, Ф. Томсона и др.⁷

⁶ United States Congress. House Committee on Energy and Commerce. Subcommittee on Health. Making health care work for American families: improving access to care: hearing before the Subcommittee on Health of the Committee on Energy and Commerce, House of Representatives, One Hundred Eleventh Congress, first session, March 24, 2009. Washington: U.S. G.P.O., 2012; United States Congress. House Committee on Energy and Commerce. Subcommittee on Health. Making health care work for American families: saving money, saving lives: hearing before the Subcommittee on Health of the Committee on Energy and Commerce, House of Representatives, One Hundred Eleventh Congress, first session, April 2, 2009; Washington : U.S. G.P.O., 2012; United States Congress. House Committee on Energy and Commerce. Subcommittee on Health PPACA's effects on maintaining health coverage and jobs: a review of the health care law's regulatory burden: hearing before the Subcommittee on Health of the Committee on Energy and Commerce, House of Representatives, One Hundred Twelfth Congress, first session, June 2 & 15, 2011. Washington: U.S. G.P.O., 2011; United States Congress. House Committee on Education and the Workforce. Subcommittee on Health, Employment, Labor, and Pensions. Regulations, costs, and uncertainty in employer provided health care: hearing before the Subcommittee on Health, Employment, Labor and Pensions, Committee on Education and the Workforce, U.S. House of Representatives, One Hundred Twelfth Congress, first session, hearing held in Washington, DC, October 13, 2011. Washington: U.S. G.P.O., 2011; United States Congress. House Committee on Ways and Means. Health care law's impact on jobs, employers, and the economy: hearing before the Committee on Ways and Means, U.S. House of Representatives, One Hundred Twelfth Congress, first session, January 26, 2011. Washington: U.S. G.P.O., 2011; United States Congress. Senate Committee on Health, Education, Labor, and Pensions. Addressing insurance market reform in national health reform (roundtable discussion): hearing of the Committee on Health, Education, Labor, and Pensions, United States Senate, One Hundred Eleventh Congress, first session, on examining addressing insurance market reform in national health reform, March 24, 2009. Washington: U.S. G.P.O., 2011; United States Congress. House Committee on Education and the Workforce The impact of the health care law on the economy, employers, and the workforce: hearing before the Committee on Education and the Workforce, U.S. House of Representatives, One Hundred Twelfth Congress, first session, hearing held in Washington, DC, February 9, 2011. Washington: U.S. G.P.O., 2011; United States Congress. House Committee on Ways and Means. Health care law's impact on the Medicare program and its beneficiaries: hearing before the Committee on Ways and Means, U.S. House of Representatives, One Hundred Twelfth Congress, first session, February 10, 2011. Washington: U.S. G.P.O., 2011; United States Congress. Senate Committee on Health, Education, Labor, and Pensions. Principles of integrative health: a path to healthcare reform: hearing of the Committee on Health, Education, Labor, and Pensions, United States Senate, One Hundred Eleventh Congress, first session, on examining principles of integrative health, focusing on a path to healthcare reform, February 23, 2009. Washington: U.S. G.P.O., 2010; и др.

⁷ Brasfield, J. M. Health Policy: the Decade ahead. -- Boulder, Colo.: Lynne Rienner Publishers, 2011; Gibson R. The Battle over Health Care: What Obama's Reform Means for America's Future. -- Lanham: Rowman & Littlefield Publishers, 2011; Health Care. Ed.: O. Ferguson. – Detroit, Mich.: Greenhaven Press, 2011; The Health Care "Safety Net" in a Post-Reform World. Ed.: M. A. Hall and S. Rosenbaum. -- New Brunswick, N.J.: Rutgers University Press, 2012; Hoffman B. R. Health Care for Some: Rights and Rationing.

ГЛАВА 3. ОСНОВНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ ПОЛИТИКИ АДМИНИСТРАЦИИ ОБАМЫ В СОЦИАЛЬНОЙ СФЕРЕ И РЕФОРМА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Барак Обама пришел к власти в январе 2009 г., когда мировой финансово-экономический кризис, начавшийся во второй половине 2007 г., был в самом разгаре. Великая рецессия, как называют период 2007-2009 гг., потребовала от администрации Буша в 2008 г., а затем и от администрации Обамы, беспрецедентных мер по преодолению кризисных явлений и предотвращению еще больших экономических потрясений, вероятность которых на тот момент представлялась достаточно высокой. Разразившийся кризис обнажил накопившиеся в американской экономике структурные и финансовые проблемы, ослабил позиции США в мировом хозяйстве и показал необходимость серьезных изменений социально-экономической политики.

В ходе предвыборной кампании, а также после победы на президентских выборах в своих выступлениях, Обама неоднократно подчеркивал, что перед США стоит задача научиться жить по средствам и одновременно обеспечить устойчивое развитие по инновационному сценарию. Он исходил из того, что для сохранения глобального лидерства в условиях стремительно усилившейся конкуренции со стороны других стран Соединенные Штаты нуждаются в «инвестициях в будущее». Для этого надо было реформировать системы здравоохранения, образования и социального обеспечения, стимулировать развитие высокотехнологичных секторов экономики, повысить ее энергоэффективность, инвестировать в альтернативную энергетику и увеличить ассигнования в инфраструктурные проекты. Став президентом под лозунгом перемен, он выдвинул амбициозный план модернизации страны, включающий проведение реформ в сфере здравоохранения, образования, а также развитие науки и новейших технологий, обеспечивающих американской экономике инновационное будущее.

Экономический кризис существенно переформатировал внутренние и внешние условия функционирования страны, а также внес коррективы в повестку дня, но не привел к пересмотру планов президента по обновлению страны. Задача проведения обещанных структурных реформ осложнилась необходимостью одновременной реализации антикризисной программы для преодоления последствий тяжелой экономической рецессии и стабилизации финансовой ситуации в США.

Правительство США приняло беспрецедентные меры и потратило огромные финансовые средства для того, чтобы Великая рецессия не переросла в Великую

in the United States since 1930. -- Chicago; London: University of Chicago Press, 2012; Kronenfeld J. Medicare. -- Santa Barbara, Calif.: Greenwood, 2011; McDonough J. E. Inside National Health Reform. -- Berkeley: University of California Press; New York: Milbank Memorial Fund, 2011; Miles T. P. Health Care Reform and Disparities: History, Hype, and Hope. -- Santa Barbara, Calif.: Praeger, 2012; The Reform of Health Care: Shaping, Adapting and Resisting Policy Developments. Ed.: H. Dickinson and R. Mannion. -- Houndmills, Basingstoke, Hampshire; New York: Palgrave Macmillan, 2012; Reforming Healthcare Systems. Ed.: T. R. Marmor and C. Wendt. -- Cheltenham: Edward Elgar, 2010; Ruger J. P. Health and Social Justice. -- Oxford; New York: Oxford University Press, 2010; Starr, P. Remedy and Reaction: the Peculiar American Struggle over Health Care Reform. -- New Haven: Yale University Press, 2011; Thomas K. Deluxe Jim Crow: Civil Rights and American Health Policy, 1935-1954. -- Athens: University of Georgia Press, 2011; Thompson, F. J. Medicaid Politics: Federalism, Policy Durability, and Health Reform. -- Washington, DC: Georgetown University Press, 2012; и др.

депрессию. В основу антикризисной политики Обамы лег план «О восстановлении американской экономики и реинвестиций» (American Recovery and Reinvestment Act), принятый в феврале 2009 г.⁸ Он явился фундаментом социальной политики его администрации в период глубочайшей рецессии, позволив существенно сгладить ее последствия. Этот план общим объемом в 787 млрд. долл., или 5,5% ВВП Соединенных Штатов в годовом выражении, явился самой крупной программой стимулирования экономики в мирное время за всю американскую историю. В качестве его главных целей были провозглашены создание новых рабочих мест при сохранении уже существующих, поддержка экономической активности и одновременно обеспечение долгосрочного устойчивого роста путем инвестиций.

В дополнение к этому плану были также приняты другие меры по стимулированию экономического роста и смягчению тяжелых последствий кризиса, в том числе, в социальной сфере⁹. Однако осуществление мер, предусмотренных антикризисной масштабной программой по стимулированию американской экономики и улучшению состояния рынка труда, не в полной мере оправдало возлагавшихся на нее надежд: экономическое восстановление шло медленнее, чем ожидалось и не сопровождалось достаточным ростом рабочих мест в экономике. Уровень безработицы, составлявший в начале 2009 г. 8,5%, достиг в начале 2010 г. 10,6% и снизился до 9,1% в августе-сентябре 2011 г., а летом 2012 г. все еще превышал 8%¹⁰.

Огромные вливания в американскую экономику государственных средств, направленных на ее поддержку, а также социальные программы и борьбу с безработицей в условиях существенного снижения налоговых поступлений значительно ухудшили финансовое состояние США. Конфликты, которые вышли на поверхность в ходе дебатов о повышении потолка государственного долга, подорвали доверие ко всем политическим институтам, а также обнажили остроту финансовых и социально-экономических проблем. В условиях нависшей угрозы технического дефолта необходимость повышения потолка госдолга заставила администрацию Обамы пойти на компромисс с Конгрессом и согласиться на жесткий план сокращения бюджетных расходов. Приняв в срочном порядке закон о повышении порога государственного долга, американские власти сделали первый шаг на пути взятия под контроль финансов и выработки плана мер, которые в дальнейшем позволили бы США жить по средствам. Указанный закон предусматривал сокращение бюджетных расходов более чем на 2 трлн. долл. в течение десяти лет и создание межпартийного комитета в Конгрессе, которому предстояло решить, какие именно статьи расходов должны были попасть под сокращение. Ради достижения компромисса с республиканцами администрации Обамы пришлось отказаться от своего главного требования на тот момент – отмены налоговых льгот для богатых американцев, но удалось отстоять сохранение объема расходов на социальную сферу и здравоохранение, по крайней мере, на тот момент.

После президентских выборов 2012 г. и победы на них Б.Обамы в США с новой силой разгорелись дебаты относительно и повышения налогов, в частности, для американцев с высокими доходами. В сложившейся ситуации следует ожидать сокращения ассигнований на систему социального страхования, ревизии программ

⁸ См. полный официальный текст: <http://www.gpo.gov/fdsys/pkg/BILLS-111hr1enr/pdf/BILLS-111hr1enr.pdf>

⁹ Более подробно об антикризисной политике администрации Обамы, а также состоянии американской экономики и финансов см. Перспективы социально-экономического развития США после кризиса 2008 – 2009 гг.. – М.: ИМЭМО РАН, 2012.

¹⁰ См. официальные данные Бюро статистики рабочей силы Министерства труда США: <http://www.bls.gov/>

социальной медицинской помощи «Медикэйд» и «Медикэр». Возможно также внесение изменений в систему налогообложения, а в более отдаленной перспективе со всей неизбежностью встанет вопрос о пенсионной реформе.

Очевидно, что экономические проблемы США - не только следствие кризиса, но также являются отражением структурных диспропорций американской экономики, преодоление которых потребует серьезных реформ в социально-экономической сфере и носит долговременный характер. Увеличение администрацией Обамы расходов на человеческие ресурсы, в том числе уже запущенные реформы здравоохранения и образования, – важный шаг для решения социальных проблем страны и ее модернизации в долгосрочном плане.

1. Реформа здравоохранения: политический контекст

Несмотря на кризис, Обама энергично взялся за реализацию обещанной в ходе своей предвыборной кампании программы по преобразованию Америки. Первоочередным и приоритетным направлением своей деятельности на посту президента он объявил реформу здравоохранения. Необходимость ее проведения диктовалась нарастающими негативными тенденциями в этой сфере.

Среднегодовой рост расходов на здравоохранение США за период с 2000 до 2008 гг. составил 5,8%, превысив 16% ВВП (см. приложение 7). Для сравнения, доля общих расходов на здравоохранение в ВВП в 2008 г. составила в Великобритании 8,8%, в Японии – 8,6%, в Канаде – 10,3%, а в Германии и Франции – 10,7% и 11,0% соответственно (см. приложение 6). Наряду с быстрым ростом расходов на здравоохранение в США продолжало увеличиваться число людей, которые не могли получить своевременную медицинскую помощь или лекарства по причине их слишком высокой стоимости. Удельный вес американцев, не имеющих доступа к медицинским услугам среди взрослого населения США возрос с 9,2% в 2000 до 13,6% в 2008 г., а среди людей с доходами ниже уровня бедности этот показатель увеличился за указанный период с 18,4% до 21,9% (см. приложение 8). Пути рационализации государственных расходов на здравоохранение, а также расширение доступа американцев к медицинским услугам и лекарствам вновь выдвинулись на повестку дня в качестве одного из важнейших вопросов общественной жизни страны.

В самом общем виде основные идеи реформы здравоохранения были сформулированы Обамой во время предвыборной кампании. Тема преобразования системы медицинского страхования заняла важное место в дебатах главных претендентов на право быть выдвинутыми кандидатом в президенты от Демократической партии. Все три представителя от демократов, боровшихся за право стать кандидатом в президенты от своей партии на предстоящих выборах, представили свой план преобразований американской системы здравоохранения.

Джон Эдвардс, который из трех претендентов на роль кандидата в президенты от Демократической партии придерживался наиболее левых взглядов, подвергал резкой критике существующую в стране систему здравоохранения. В ходе праймериз его штаб размещал на телевидении предвыборные ролики, в которых обыгрывалась трагическая судьба девочки-подростка, которую не удалось спасти из-за того, что компания, где был застрахован ее отец, отказалась оплатить ей

пересадку печени¹¹. Он выступал в поддержку системы здравоохранения, основанную на концепции единого плательщика, приводя в пример в качестве модели канадскую систему здравоохранения. Эдвардс полагал, что подобная система позволит существенно улучшить в США ситуацию с диагностикой и профилактикой заболеваний, и даже предлагал заставить всех американских граждан в обязательном порядке проходить медицинские обследования¹².

Хилари Клинтон и Барак Обама выступали за систему здравоохранения, основанную на концепции «управляемой конкуренции»¹³. Различия во взглядах на американское здравоохранение и необходимые в этой области реформы между Клинтон и Обамой были незначительны. Однако предложения Обамы выглядели как в большей мере ориентированные на рынок.

Команда Обамы начала подготовку реформы здравоохранения еще в разгар его предвыборной президентской кампании. Летом 2008 г. в целях разработки концепции и продвижения национальной реформы здравоохранения было создано объединение «Здравоохранение для Америки сейчас!» (Health Care for America Now!). В него вошли профсоюзные объединения, различные ассоциации медицинских работников, а также многие другие группы интересов, которые находились в контакте с экспертами в области здравоохранения.

Открытое и широкое обсуждение плана реформы здравоохранения в американском обществе позволило учесть многие конструктивные предложения участников дискуссии по данному вопросу и обеспечило ей более широкую поддержку среди американцев, но вместе с тем, выявило серьезные разногласия относительно путей реформирования этой сферы. В результате проведенного анализа, Обама остановился на рекомендованной ему концепции «разделенной ответственности» в сфере медицинского страхования в рамках системы здравоохранения, основанной на принципах «управляемой конкуренции». Данная концепция предполагает, что оплата услуг, которые предоставляются населению в таком секторе экономики, как здравоохранение, должна распределяться между государством, работодателями и сотрудниками.

Многие положения, которые легли в основу будущей общенациональной реформы медицинского страхования, были заимствованы из опыта штата Массачусетс, где уже были осуществлены преобразования в сфере здравоохранения. Закон об обеспечении доступного, качественного и подотчетного здравоохранения был принят в этом штате в 2006 г. при губернаторе-республиканце Митте Ромни по инициативе сенатора-демократа Эдварда Кеннеди¹⁴. Эта реформа предусматривала требование, чтобы все жители штата трудоспособного возраста в обязательном порядке приобретали страховку, обеспечивающую, по крайней мере, минимальный набор медицинских услуг. Они имеют возможность получить страховку по месту работы или приобрести ее самостоятельно. Работодатель обязан обеспечивать своих работников медицинским страхованием или делать взносы в специальный фонд, созданный в рамках данного штата. Правительство штата Массачусетс гарантирует бесплатную медицинскую страховку лицам, доходы которых составляют менее 150% от установленного федеральным законом уровня бедности и которые при этом не подпадают под действие программы «Медикэйд».

¹¹ <http://jre.gigliwood.com/news/headlines/20080106-underdog-ad/index.html>

¹² Edwards Back Mandatory Preventive Care. By Amy Lorentzen, Associated Press // USA Today. -- September 2, 2007; Joel Zinberg. Edwards' Evil Insurance Scam // New York Post. -- 2008. -- January 10.

¹³ Подробнее о концепции «управляемой конкуренции» см. Enthoven A. The History and Principles of Managed Competition // Health Affairs. -- 1993. -- Vol. 12, suppl. 1, а также вторую главу данной работы.

¹⁴ An Act Providing Access to Affordable, Quality, Accountable Health Care. An Outline of the New Massachusetts Health Insurance Legislation and its Effects on Employers. April 12. 2006. <http://www2.gtlaw.com/pub/alerts/2006/0404.pdf>

Указанный закон штата Массачусетс предусматривает субсидии, частично покрывающие медицинскую страховку гражданам, чьи доходы ниже 300% федерального уровня бедности. Лица, которые отказываются от покупки хотя бы минимального страхового пакета, обязаны заплатить штраф вместе с уплатой налогов. Все жители штата при заполнении своей налоговой декларации должны в ней указать, имеют ли они страховку или освобождение от нее по финансовым причинам. Граждане с доходом менее 150% от федерального уровня бедности освобождены от выплаты этого штрафа. Размер штрафа определяется главным образом уровнем полученного дохода и может варьировать от 228 до 1212 долларов в год.

Кроме того, закон штата Массачусетс от 2006 г. предусматривал создание специального независимого государственного органа (Commonwealth Health Insurance Connector Authority или Health Connector), который функционирует, в том числе, как страховая биржа, предлагая населению различные пакеты частного медицинского страхования, а также введение государственного контроля над ценами на рынке медицинских страховок.

Реформа также расширила действие государственной программы «Медикэйд», включив в нее, в частности, детей из семей с низкими доходами. Власти Массачусетса считают эту реформу успешной. По их мнению, население штата приняло ее и оценивает как справедливую¹⁵ Социологические обследования общественного мнения подтверждают поддержку закона 2006 г. жителями этого штата. Согласно опросам, проведенным в 2011 г. Институтом общественного здоровья при Гарварде (Harvard School of Public Health) совместно с газетой Бостон Глоб (Boston Globe), 63% жителей штата одобряют данный закон. Другим подтверждением того, что реформа оказалась успешной, является снижение числа лиц, которые отказались покупать страховку и были вынуждены платить штраф: число таких людей сократилось с 67000 в 2007 г. до 48000 в 2009 г.¹⁶ Закон штата Массачусетс в значительной мере явился прообразом президентского законопроекта о здравоохранении¹⁷.

Таким образом, как и Билл Клинтон, Барак Обама начал свою деятельность с реформы американского здравоохранения. Соответствующий законопроект был подготовлен и внесен на рассмотрение обеих палат Конгресса всего спустя полгода после инаугурации президента. Однако, в отличие от подготовки плана реформы здравоохранения в начале 90-х годов, работа над документом на этот раз велась в максимально открытом режиме и с учетом пожеланий и замечаний всех заинтересованных сторон. В феврале 2009 г. начались слушания по реформе здравоохранения в пяти комитетах Конгресса, в ходе которых участникам этого процесса была предоставлена возможность внести свои предложения по совершенствованию американской системы здравоохранения. Летом 2009 г. Обама встретился с конгрессменами пяти комитетов, в которых проходили слушания по готовящейся реформе. Они также имели возможность внести свои поправки в законопроект, после чего этот документ вышел на завершающий этап согласования в Конгрессе.

¹⁵ Goodnough A. In Massachusetts, Insurance Mandate Stirs Some Dissent // New York Times. – 2012. – March 27.

¹⁶ Ibid.

¹⁷ См. подробнее: Mooney B.. RomneyCare – a revolution that basically worked // Boston Globe. – 2011. -- June 26.; Blue Cross Blue Shield of Massachusetts Foundation. Massachusetts Health Care Reform. <http://bluecrossmafoundation.org/Policy-and-Research/Reports-By-Topic/Massachusetts-Health-Reform.aspx>

В ходе его прохождения через Нижнюю палату республиканцы использовали все средства, чтобы не допустить или хотя бы затормозить принятие данного законопроекта. Однако, преодолев огромное сопротивление со стороны консерваторов и части консервативно настроенных демократов, президент смог выполнить свое главное предвыборное обещание - ввести всеобщее медицинское страхование.

В настоящее время американское общество проходит через болезненную реформу системы здравоохранения, которая должна изменить страну. Победа в борьбе с многочисленными противниками этой реформы и обретение ею силы закона явилось важнейшим достижением Обамы на посту президента. В американской истории было всего несколько президентов, которым удалось провести серьезные структурные реформы, изменившие Америку: Авраам Линкольн, уничтоживший рабовладение и обеспечивший сохранение единства страны, Франклин Рузвельт, создавший институты социальной помощи, которые легли в основу современной системы социальной защиты и помощи и, наконец, Рональд Рейган, который произвел дерегулирование экономики и существенно ограничил роль федерального центра при принятии экономических решений. Запуск реформы системы здравоохранения не может решить всех проблем в этой области, однако приведет ее в большее соответствие с требованиями времени и явится важным шагом в направлении модернизации американского общества.

2. Программа изменений в системе здравоохранения

Проблемы в системе здравоохранения США накануне президентских выборов 2008 г. заняли одно из центральных мест в общественных дискуссиях в американских средствах массовой информации. Согласно результатам многочисленных опросов, которые проводились среди американцев в тот период, по мнению большинства опрошенных, эта тема по своей важности уступала только войне в Ираке. Как и Билл Клинтон в ходе своей первой президентской кампании, Барак Обама объявил реформу здравоохранения одним из главных направлений своей деятельности на посту президента США¹⁸.

Его программа реформ в этой сфере преследовала следующие цели:

- 1) улучшить условия медицинского страхования для тех, у кого страховка уже имеется, ограничив «произвол» страховых компаний;
- 2) снизить цены на страховки, стимулируя рыночную конкуренцию и создав биржу для страховщиков;
- 3) ввести обязательное медицинское страхование по примеру страхования гражданской ответственности владельцев автотранспортных средств.

Для достижения этих целей предусматривались следующие меры:

- Добиться увеличения числа людей, защищенных государственными программами медицинского страхования «Медикэйд» и «Медикэйр»; одновременно эти две страховки должны стать менее затратными;

¹⁸ О реформе здравоохранения см. Бурджалов Ф. Реформа здравоохранения США (социально-экономические аспекты) // Мировая экономика и международные отношения. -- 2010. -- №10.; Бурджалов Ф. Как в США принимался закон о здравоохранении // Мировая экономика и международные отношения. -- 2011. -- №1.; Попов А.А. Проблемы американского здравоохранения и реформы Б. Обамы // США - Канада: экономика, политика, культура. -- 2010. -- №10.; Гулемпинченко О.В. Реформа здравоохранения США: дискуссии продолжаются // США – Канада. Экономика – политика – культура.—2011.-- № 5.

- Обеспечить медицинское страхование детей из малоимущих семей, многие из которых в настоящее время не имеют доступа к современным медицинским услугам;

- Ввести более жесткое регулирование деятельности медицинских страховых компаний. В частности, предлагается обязать их выдавать страховки по единой шкале, без учета имеющихся у клиента болезней. Необходимость этой меры вызвана из-за распространенной среди страховых компаний практики отказа в страховке людям, имеющим серьезные заболевания, требующие дорогостоящего лечения;

- Создать страховую биржу, где частные лица и небольшие предприятия смогут покупать медицинские страховки по конкурентным ценам;

- Ввести административную ответственность в отношении лиц, отказывающихся приобретать медицинскую страховку, а также в отношении компаний, отказывающихся ее продавать;

- Учредить специальные центры, где граждане смогут приобрести страховые полисы без содействия работодателей;

- Предоставить налоговые льготы малому бизнесу с тем, чтобы побудить предпринимателей покупать страховки для своих работников. В настоящее время большинство занятых на малых предприятиях не имеют медицинских страховок;

- Увеличить финансирование превентивной медицины;

Введение в силу закона «О доступном здравоохранении в Америке» (The Affordable Health Care for America Act) растянуто во времени. Основные положения данного закона вступят в силу лишь после 2014 г., а некоторые – даже с 2018 и 2020 гг.

Согласно этому документу, начиная с 2010 г., страховые компании лишены права отказывать в страховке заболевшим людям, а также введены ограничения на увеличение стоимости страховки для людей с тяжелыми заболеваниями. Родители получили возможность вписывать в свои страховые планы детей до достижения ими 26-летнего возраста, если они - учащиеся. Для людей, не имевших медицинской страховки, но страдающих различными заболеваниями, создается специальная программа, обеспечивающая страховку на льготных условиях. Установлены лимиты на стоимость страховки и визитов к врачу. С 2010 г. введены налоговые льготы на предприятия малого и среднего бизнеса, которые предоставляют своим сотрудникам страховку.

В 2011 г. внесены изменения в систему социального страхования «Медикэр». Работающие с малоимущими группами населения терапевты и педиатры получили прибавку к зарплате, а их пациенты - право на ежегодное прохождение бесплатной диспансеризации. На них также распространяется ряд дополнительных услуг, в частности, неимущие, которые нуждаются в постоянном уходе, получили возможность жить в специализированных медицинских центрах. Введен дополнительный налог на фармацевтические компании, который будет рассчитываться, исходя из их доли на рынке. Компании, имеющие годовой доход менее 5 млн. долларов, освобождены от выплаты этого налога. В 2012 г. начали действовать программы по повышению эффективности и контролю работы больниц, детских поликлиник, домов престарелых. В 2013 г. предполагается увеличение налогов, идущих на поддержку системы «Медикэр», а также введение акцизного сбора в размере 2,9% на продажу медицинского оборудования. С 2014 г. многие американцы получают возможность обменять свои страховые планы на новые, которые должны быть более экономичными и полными. Крупные организации, не предоставляющие своим сотрудникам страховки, будут штрафоваться. В том же 2014 г. наличие страховки станет обязательным условием для большинства

проживающих в США людей. Именно последнее требование вызвало наибольшее сопротивление со стороны противников реформы, которые пытались оспорить его законность в американских судах.

В последующие годы реформа должна быть продолжена. Будут повышаться требования к страховщикам и работодателям. Под угрозой штрафа они должны найти возможности предоставлять своим сотрудникам и клиентам наиболее экономичные планы с максимальным покрытием.

В борьбе за принятие реформы здравоохранения президенту пришлось отказаться от пунктов, вызывавших особенно ожесточенное сопротивление со стороны его оппонентов. В частности, темой острых дебатов в американском обществе стало предложение президента создать государственную страховую компанию. По существу речь шла о том, что у частных страховых компаний в США должен был появиться конкурент в лице государства, которое предоставляло бы дешевую страховку тем, кто не может позволить себе дорогостоящие частные полисы. Идея Обамы была встречена в штыки политиками-республиканцами, страховыми компаниями и лоббистами. Они заявили, что новые государственные формы страхования «ведут к социализму». Этот наиболее спорный пункт не попал в окончательный вариант реформы здравоохранения.

Другим политизированным пунктом предлагавшейся Обамой реформы было выделение федеральных средств на проведение операций по прерыванию беременности. По данному вопросу демократы расходились во мнениях: их консервативно настроенная часть выступила категорически против использования федеральных средств на эти цели. При Джордже Буше государство отказывалось финансировать работу клиник, делающих аборты. Президент Обама предлагал пересмотреть такую практику, что вызвало крайне резкую реакцию со стороны республиканцев и демократов-консерваторов. Американские журналисты назвали тему абортов убийцей реформы. В конце концов, Обама согласился, что государственные субсидии не будут выделяться на страховые программы, которые финансируют аборты. Таким образом, осталась в силе так называемая поправка Хайда, которая запрещает выделение федеральным правительством средств на финансирование абортов и предусматривает использование на эти цели только внебюджетных средств, причем в исключительных случаях, а именно - для женщин, живущих за чертой бедности.

Реформа Обамы нацелена не на пересмотр существующей в США системы здравоохранения, а на ее совершенствование с максимальным использованием уже имеющейся структуры и ее составляющих, а также встройкой в нее некоторых новых механизмов. Поскольку частный сектор имеет преобладающее значение в американском здравоохранении, именно рыночным инструментам отводится важная роль в преобразовании этой сферы. В этой связи, одним из ключевых пунктов реформы Обамы было создание бирж медицинского страхования (Health Insurance Exchanges), которое запланировано в 2014 г. Их появление призвано создать условия для роста конкуренции страховых компаний на рынке медицинских услуг и привести к снижению цен на них. Именно к этому пункту, т.е. созданию бирж, привязаны многие другие положения реформы, которые должны вступить в силу после 2014 г.

В настоящий момент страховой рынок США контролируется сравнительно небольшим числом компаний, которые диктуют условия страхования, часто злоупотребляя своим положением и завышая стоимость предоставляемых ими услуг. Как отмечает российский исследователь Ф. Бурджалов, в США «здравоохранение в большей степени, чем многие отрасли, ограждено от нормальной рыночной конкуренции, а его продукция – от критической оценки

потребителя. Влияние последнего на размер и характер спроса сравнительно невелико. Спрос формируют преимущественно производители; во многом именно отсюда проистекает его высокая неэластичность относительно цен. К тому же до недавнего времени страховой бизнес фактически был исключен из антитрестовского законодательства. В 34 штатах 75% рынка медицинского страхования контролируется не более чем пятью компаниями, а в штате Алабама одна компания контролирует 90% рынка»¹⁹.

Создание бирж медицинского страхования направлено на пресечение злоупотреблений страховых компаний и обеспечение доступного медицинского страхования для всех американских граждан. Они должны стать рыночным институтом, который позволит сформировать не только конкурентный, но и более организованный рынок, стать центром регулирования всей системы медицинского страхования и увеличить его прозрачность. Функционирование бирж предусматривает предоставление потребителям широкого выбора страховых планов, обеспечение стандартизации их содержания и стоимости, информирование населения об имеющихся вариантах медицинского страхования. Таким образом, реформа здравоохранения предполагает усиление регулирования частного сектора американского здравоохранения и введение определенных ограничений на деятельность страховых компаний.

Биржи должны предоставлять страховые планы четырех видов. Они различаются между собой по стоимости и объему гарантированных медицинских услуг. Бронзовый план предоставляет минимальный набор услуг и компенсирует 60% расходов на лечение. Серебряный план покрывает 70% затрат застрахованного клиента на медицинские услуги, а золотой и платиновый – на 80% и 90% соответственно.

В целях борьбы с мошенничеством и злоупотреблениями со стороны страховых компаний в сфере здравоохранения был разработан ряд новых мер. Среди них – усиление государственного контроля над страховыми взносами граждан и предотвращение их чрезмерного роста, запрет практики лишения страхового полиса в одностороннем порядке, а также включение с 2018 г. регулярных профилактических обследований в страховые пакеты без увеличения стоимости страховки и без дополнительных выплат со стороны пациентов. Меры по ограничению произвола страховых компаний пользуются наибольшей поддержкой в американском обществе и не вызывают больших вопросов.

Кроме того, с 2014 г. предусмотрено создание специального федерального агентства по контролю над страхованием здоровья (Health Insurance Rate Authority), которое призвано осуществлять мониторинг стоимости медицинских страховок и роста тарифов на услуги, предоставляемые в сфере здравоохранения. Сейчас контроль над ценами на оказание медицинской помощи осуществляется властями штатов, однако, по мнению многих американцев, деятельность страховых компаний требует более пристального внимания и регламентации.

В законе о здравоохранении также предусмотрены меры, направленные на борьбу со злоупотреблениями, связанными с программами «Медикэр» и «Медикэйд», в том числе, создание общенациональной базы данных обо всех нарушениях, допущенных в этой области организациями или отдельными лицами. Закон предусматривает создание научно-исследовательской программы, которая должна разработать новые механизмы оказания страховых и медицинских услуг, относящихся к «Медикэр» в целях уменьшения расходов при одновременном повышении качества обслуживания. Однако данные положения сформулированы

¹⁹ Бурджалов Ф. Реформа здравоохранения в США (социально-экономические аспекты) // Мировая экономика и международные отношения. - 2010 -- №10. С.46.

недостаточно конкретно, поэтому в настоящее время их влияние на программу «Медикэр» трудно оценить. Попытки сократить расходы на эту программу предпринимались неоднократно, однако не давали больших результатов.

Важными пунктами закона являются повышение налогов, которые отчисляются в фонд «Медикэр», для состоятельных граждан с доходами свыше 250 тыс. долл. в год и за счет этого расширение программы «Медикэйд». С 2014 г. предполагается введение единого федерального уровня дохода для семей, которые могут претендовать на получение медицинской помощи по программе «Медикэйд», который должен составить 133% от уровня бедности для семьи из четырех человек.

Требование о введении всеобщего обязательного страхования в США является самым спорным среди основных положений закона о здравоохранении. Именно положение «участуй или плати» (play or pay requirement) обеспечивает обязательное медицинское страхование. Те, кто может, но отказывается приобретать медицинскую страховку, обязаны заплатить штраф, годовая сумма которого будет увеличиваться с 495 долл. в 2014-2015 гг. до 750 долл. в 2016 г. с последующим ростом с учетом инфляции. Лица с низкими доходами освобождаются от уплаты штрафа. Те же правила распространяются и на компании, владельцы которых, в случае отказа от медицинского страхования своих работников, должны будут выплатить штраф. Компании с числом занятых более 50 человек в случае отказа от покупки страховки для своих работников должны платить штраф, размер которого составляет 3 тыс. на каждого работника. Владельцы компаний с числом занятых менее 50 чел. освобождаются от уплаты штрафа на первые 30 чел., работающих в этой компании. Таким образом, расширение доступа американцев к медицинскому страхованию достигается путем снижения стоимости страхования благодаря созданию биржи, а также предоставлению льгот и субсидий представителям малого бизнеса и людям с низкими доходами.

Граждане, самостоятельно покупающие страховку, включая представителей мелкого бизнеса, с 2014 г. могут рассчитывать на государственную помощь в том случае, если они получают низкие доходы и не могут позволить себе покупку медицинской страховки. Эта помощь осуществляется путем предоставления субсидий в форме налоговых кредитов, размер которых зависит от доходов его получателя.

3. Борьба вокруг реформы здравоохранения и ее итоги

Реформа здравоохранения оставалась главным внутривнутриполитическим вопросом на протяжении всего первого президентского срока Обамы и важнейшей темой предвыборных дебатов между кандидатами на пост президента США в 2012 г.

Противники реформы, в основном республиканцы, называли план Обамы «планом увеличения налогов». Они выражали опасение, что финансируемое государством страхование здоровья и программы медицинской помощи лишат человека необходимости взвешивать стоимость расходов на лечение и их возможную отдачу. При этом успешно эксплуатировалось традиционно подозрительное отношение многих американских граждан к федеральному правительству и его роли в экономике, а также их вера в частный бизнес и его большую эффективность по сравнению с государственными структурами. Американцев запугивали тем, что государственные чиновники будут за них решать, у каких врачей и как им лечиться. Этот проект также вызывал резкую критику со стороны относительно обеспеченных пожилых граждан, по мнению которых положение молодых неработающих американцев будет улучшаться за их счет. Особой мишенью для критики республиканцев была идея обязательного

страхования, при котором каждый американец будет обязан купить страховку или в противном случае ему грозит штраф.

Страховые и фармацевтические компании, а также Торговая палата США отчисляли огромные средства на агитационные акции против реформы. Развернувшаяся в стране дискредитация предложений Обамы по реформированию здравоохранения дала свои результаты: рейтинг президента начал снижаться, как и поддержка его реформ среди населения. Большинство американцев было не готово разделить энтузиазм президента и его сторонников по этому вопросу. Согласно опросам общественного мнения, число сторонников реформы здравоохранения упало с 66% в июле до 60% в октябре 2009 г. Мартовское социологическое обследование 2010 г., проводившееся исследовательской компанией Расмуссен (Rasmussen Report) незадолго до голосования по данному законопроекту в конгрессе, показало, что 56% участников опроса выступали против этой реформы и лишь 33% поддерживали ее. Согласно обследованию этой компании в начале июня 2010 г., рейтинг президента упал до рекордно низкой отметки: 43% опрошенных категорически не одобряют его деятельность на этом посту и только 25% продолжают оказывать ему решительную поддержку. Различные опросы также показали, что в конце весны – начале лета 2010 г. большинство американцев по-прежнему высказывались против реформы здравоохранения²⁰.

Спустя год после принятия конгрессом и подписания Обамой закона «О доступном здравоохранении в Америке» его популярность была все еще низка. Американское общество по-прежнему остается расколотым по этому вопросу, причем в значительной мере по признаку партийной принадлежности. По данным опросов общественного мнения, проведенных службой Гэллуп (Gallup Poll) 18-19 марта 2011 г., 79% демократов одобряют реформу здравоохранения, а 74% республиканцев, напротив, относятся к ней отрицательно. Среди т.н. «независимых» 37% опрошенных высказываются за реформу и 51% - против. В целом, число американцев, поддерживающих принятый закон о здравоохранении, немного превысило число тех, кто возражает против него: 46% и 44% соответственно²¹.

Исследовательская компания Расмуссен на основе опросов, проведенных в конце мая 2011 г., дала более низкие оценки уровня поддержки реформы здравоохранения среди американцев: 37% опрошенных считали ее принятие позитивным для страны, 48% - негативным и 5% не думали, что она приведет к каким-либо серьезным изменениям. Данное обследование также показало, что 51% поддерживают отзыв закона «О доступном здравоохранении» и 43% выступают против этой идеи. Согласно опросам этой компании в конце мая 2012 г., 23% американских граждан решительно одобряли деятельность Обамы на посту президента и 34% , наоборот, категорически ее не одобряли. Число тех, кто в той или иной степени положительно оценил работу президента и тех, кто дал ей в целом отрицательную оценку, сравнялось и составило 49%²².

Существует несколько причин, которые затрудняли продвижение реформы здравоохранения в США в 2008-2012 гг.:

1. Идеологическое неприятие и боязнь усиления роли государства, взятия им на себя дополнительных социальных функций. Такие настроения очень

²⁰ См. результаты ежедневного мониторинга общественного мнения: http://www.rasmussenreports.com/public_content/politics/obama_administration/daily_presidential_tracking_poll

²¹ См.: <http://www.gallup.com/poll/146729/one-year-later-americans-split-healthcare-law.aspx>

²² См. результаты опросов общественного мнения, проводимые компанией Расмуссен: <http://www.rasmussenreports.com/>

распространены в американском обществе, что коренным образом отличает США от европейских стран.

2. Опасения, что расширение рамок медицинского страхования и включение в него бедных слоев населения приведет к ухудшению условий и качества медицинского обслуживания.

3. Опасения, что реформа увеличит нагрузку на государственный бюджет и ударит по карману рядовых американцев в результате повышения страховых взносов.

4. Для страховых, фармацевтических и других компаний, работающих в системе американского здравоохранения, эта сфера – бизнес, приносящий высокие прибыли, а не социальная функция. Они пытаются блокировать реформы, приводя самые разные аргументы против них, поскольку опасаются новых ограничений, ухудшения условий своей деятельности и снижения доходов. Высокая коммерциализация здравоохранения США порождает недоверие к реформам, которые имеют социальную направленность. Сломить сопротивление этих мощных и влиятельных групп очень трудно.

Острота дискуссии на эту тему определялась еще и тем, что, по сути, для многих американцев речь шла о фундаментальных ценностях. Вопрос не в том, каким будет медицинское страхование, а в том, какой будет их страна в XXI в. Станут США похожими на Европу с ее разветвленной системой социальной поддержки, но с меньшей свободой и динамизмом, или же останутся страной свободного предпринимательства и индивидуализма, готовой мириться с социальным неравенством. Демократы считают, что реформа здравоохранения сделает Америку более справедливой, а республиканцы рассматривают ее как угрозу, которая может превратить их свободную страну в «велферное» общество. Эта реформа корректирует модель общественного устройства, затрагивает его идеологические основы и именно поэтому ее обсуждение и принятие привело к такой поляризации американского общества.

Выборы в конгресс США осенью 2010 г. еще больше обострили борьбу между демократами и республиканцами вокруг реформы здравоохранения, переведя обсуждение этой темы в политическую плоскость. В своих речах перед голосованием по законопроекту президент подчеркивал, что принятие плана реформы явится «победой всех американцев», что он включает «лучшие идеи демократов и республиканцев». Однако очевидно, что принятие законопроекта стали победой лично Обамы и его партии. Эта победа, о которой до него мечтали многие президенты-демократы, далась ему нелегко.

Прохождение законопроекта о реформе здравоохранения через Конгресс шло чрезвычайно сложно. Процесс его согласования в Палате представителей и Сенате США сопровождался острой борьбой и занял многие месяцы. В итоге, в ноябре 2009 г. Палата представителей приняла законопроект «Доступное здравоохранение для Америки»²³. В декабре того же года Сенат одобрил законопроект «О защите пациентов и доступном медицинском обслуживании»²⁴. Эти две версии законопроекта по ключевым пунктам совпадали, однако между ними имелись и некоторые различия. Они касались следующих положений:

- Стоимость реформы: по версии Палаты представителей она оценивалась в 1,1 трлн. долл., а по версии Сената - в 871 млрд. долл.

²³ Affordable Health Care for America Act, 2009, H.R. 3962. См. полный официальный текст: http://housedocs.house.gov/rules/health/111_ahcaa.pdf

²⁴ Patient Protection and Affordable Care Act, 2009, H.R. 3590. См. полный официальный текст: <http://www.govtrack.us/congress/bills/111/hr3590/text>

- Источники финансирования реформы: если Палата представителей поддерживала введение дополнительного налога (5,4%) на годовой доход состоятельных американцев (более 500 тыс. долл., а для семейных пар – более 1 млн. долл.), то Сенат высказался за дополнительное налогообложение дорогостоящих страховых планов и повышение налога на «Медикэр» для состоятельных граждан.

- По биржам медицинского страхования: Палата представителей считала, что она должна быть общенациональной и находиться под управлением органов федерального правительства, тогда как Сенат выступал за передачу бирж под контроль штатов. Наиболее радикальное положение, которое было принято Палатой представителей, но отвергнуто Сенатом США, состояло в формировании государственных программ медицинского страхования (Public Health Insurance Option) в рамках бирж медицинского страхования. Предполагалось, что эти государственные страховые программы должны функционировать на тех же принципах, что и программы в рамках «Медикэйд» и «Медикэр», стоимость медицинских услуг которых регулируется государственными органами на федеральном уровне либо на уровне штатов. Появление подобных государственных программ могло бы расширить выбор страховых полисов, прежде всего для представителей мелкого бизнеса и индивидуальных покупателей, взносы которых явились бы основным источником их финансирования.

Как отмечал А.А. Попов, «парадокс состоит в том, что идея конкурирующего государственного плана, не набирая большинства голосов в Сенате, пользуется широкой поддержкой населения. Эта идея популярнее, чем реформа здравоохранения в целом... Борьба за государственный план, по сути, превратилась в отдельную политическую битву. Возможно, этот вопрос будет стоять на повестке дня в течение многих лет»²⁵.

Из перечисленных пунктов, по которым имелись расхождения видно, что версия законопроекта реформы здравоохранения, одобренная Палатой представителей, шла гораздо дальше, чем сенатский вариант и была радикальнее.

Несмотря на преобладание в Конгрессе демократов, обсуждение реформы в Нижней палате сопровождалось острыми дебатами, поскольку серьезные разногласия по реформе существовали не только между демократами и республиканцами, но и среди представителей Демократической партии. Первоначально политическая обстановка, несмотря на все дискуссии, в целом, была благоприятна для прохождения проекта по реформе здравоохранения по причине численного преобладания в Конгрессе его сторонников. В условиях имевшегося у демократов большинства в обеих палатах Конгресса согласование указанных двух версий законопроекта представлялось чисто технической процедурой. Однако во второй половине 2009 – начале 2010 г. ситуация изменилась. Поражение демократов на выборах губернаторов в штатах Виргиния и Нью-Джерси, а также победа на выборах мэра Нью-Йорка независимого кандидата М. Блумберга и избрание на место сенатора от штата Массачусетс республиканца С. Брауна привело к изменению соотношения сил, поставив под угрозу дальнейшее прохождение законопроекта в Конгрессе. Сторонники реформы, потеряв квалифицированное большинство в Сенате, не могли согласовать его окончательный вариант с Палатой представителей, а республиканцы получили возможность затягивать этот процесс. В сложившихся новых условиях они предложили отказаться от имеющегося законопроекта и вновь начать обсуждение реформы здравоохранения с чистого листа, однако на это не соглашались

²⁵ Попов А.А. Проблемы американского здравоохранения и реформа Б. Обамы. // США – Канада: экономика, политика, культура – 2010.-- С.15.

демократы. Для преодоления этой тупиковой ситуации Обама в феврале 2010 г. года созвал специальную конференцию (Health Care Summit), в которой приняли участие ведущие конгрессмены от обеих партий с целью выработки окончательного плана по реформе здравоохранения. Она состоялась 25 февраля и транслировалась в прямом эфире по телевидению. В основу совместного плана должны были войти уже имевшиеся в Конгрессе законопроекты, а также предполагалось включить предложения республиканцев. Несмотря на некоторые уступки со стороны демократов, попытка выработать окончательный план реформы провалилась.

После провала попытки урегулирования имевшихся разногласий из сложившейся ситуации оставалось только два выхода: первый состоял в том, чтобы отказаться от принятия разработанного законопроекта и начать проводить через Конгресс его отдельные части, второй - принять версию Сената, а не Палаты представителей. Администрация Обамы выбрала второй вариант, который не требовал квалифицированного большинства при утверждении Сенатом совместно с Палатой представителей данного законопроекта, проведя его через процедуру называемого «примирения», которая ранее не раз использовалась в ходе утверждения государственного бюджета. В результате, с минимальным перевесом в пользу сторонников реформы здравоохранения, данный законопроект был принят. 23 марта 2010 г. Обама подписал закон «О защите пациентов и доступном медицинском обслуживании» (Patient Protection and Affordable Care Act). В том же месяце Конгресс принял к нему поправки, содержащиеся в законе «О финансировании здравоохранения и образования» (Health Care and Education Reconciliation Act), который был подписан президентом 30 марта 2010 г.²⁶

Можно констатировать, что противникам Барака Обамы не удалось сорвать план реформ этой сферы, однако они смогли максимально затруднить выполнение президентом своего главного предвыборного обещания и существенно снизили рейтинги его популярности. Правда, в случае провала этого законопроекта, рейтинги Обамы могли снизиться еще больше, и многие американцы стали бы воспринимать его как слабого, неэффективного президента.

Республиканцы и стоящие за ними избиратели не приняли реформу и не смирились с поражением. Представители Республиканской партии заявили, что принятие реформы – смертный приговор демократам, которые протолкнули ее через Конгресс, не считаясь не только с мнением оппозиции, но и с волей большинства избирателей. Они также объявили о своей готовности использовать все возможности, чтобы остановить реформу здравоохранения. Генеральные прокуроры 26 американских штатов, а также Национальная федерация независимого бизнеса подали судебный иск о ее незаконности. Почти все истцы, подписи которых стояли под документом, являлись представителями оппозиционной Республиканской партии. Они были намерены доказать, что разработанный администрацией Обамы закон противоречит конституции США, поскольку нарушает закрепленные в ней полномочия местных органов власти, вторгается в суверенитет штатов и незаконно заставляет граждан приобретать медицинские страховки, а в случае отказа – платить штрафы. Поскольку эти два требования являются ключевыми в реформе

²⁶ См. тексты законов: <http://www.gpo.gov/fdsys/pkg/BILLS-111hr3590enr/pdf/BILLS-111hr3590enr.pdf>; <http://www.gpo.gov/fdsys/pkg/PLAW-111publ152/pdf/PLAW-111publ152.pdf> О процессе принятия закона по реформе здравоохранения и борьбе вокруг него см.: Бурджалов Ф. Как в США принимался закон о здравоохранении // Мировая экономика и международные отношения. -- 2010. -- №10.; Гулемпинченко О. В. Роль групп интересов в политической борьбе в связи с реформой системы здравоохранения в США (1993-1994 гг.) // Вестник Московского Университета. Серия 8. История. -- 2011. -- №4.; Костяев С.С. Лоббизм и реформа здравоохранения в США после выборов. // США и Канада: экономика, политика, культура – 2011.-- №7.

здравоохранения, то бизнес-федерация и штаты настаивали на необходимости полной отмены данного закона.

Однако эксперты по конституционному праву оценивали эти иски как бесперспективные и имеющие скорее символическое значение. Согласно конституции США федеральное законодательство обладает приоритетом над региональными законами. Со своей стороны, администрация Обамы также заявила о готовности отстаивать в судах конституционность закона о реформе системы здравоохранения и выражала уверенность в своей победе.

Таким образом, уже после принятия Конгрессом и подписания президентом закона о реформе здравоохранения, борьба вокруг нее продолжалась не только в форме дискуссий, но также переместилась в юридическую плоскость. Важным элементом этой борьбы явилось традиционное для США противостояние между федеральным центром и правительствами штатов в борьбе за полномочия. По сути, спор вышел за рамки реформы здравоохранения и трансформировался в дебаты по более широким вопросам о форме федерализма США, т.е. где кончаются границы федерального центра, а также о правах и свободах американских граждан.

Противники реформы здравоохранения преследовали двойную цель: во-первых, попытаться оспорить реформу в судах при понимании, что шансы на успех невелики и, во-вторых, дискредитировать ее в глазах избирателей. Республиканцы умело использовали недоверие американских граждан к государству, эксплуатируя тему «наступления центрального правительства на права и свободы рядовых американцев» и подогревая их недовольство реформой здравоохранения, иногда вопреки собственным интересам. Критика реформы принесла свои плоды: на промежуточных выборах в ноябре 2010 г. им удалось получить большинство мест в палате представителей, но сенат остался в руках демократов. Однако представители Республиканской партии надеялись на большее: в случае победы в обеих палатах конгресса они планировали начать процесс отзыва принятого закона. Республиканцы также сделали ставку на максимальное выхолащивание реформы здравоохранения, добиваясь пересмотра части ее положений на переговорах с демократами как условие достижения компромисса по таким вопросам, как повышение планки допустимого государственного долга. Финансовые проблемы США используются ими в качестве важного аргумента против реформы в ее нынешнем виде.

В результате действий противников реформы конституционность принятого закона о здравоохранении была неоднократно оспорена в федеральных судах, как физическими лицами, так и некоторыми штатами. В августе 2011 г. апелляционный суд США счел противоречащим конституции ключевой пункт реформы здравоохранения об обязательности медицинского страхования. Все остальные положения данного закона были признаны законными. В ответ Министерство юстиции США обратилось к Верховному суду с просьбой поддержать реформу здравоохранения, подав петицию о пересмотре решения суда, посчитавшего, что Конгресс превысил свои полномочия, обязав американцев приобретать страховку под угрозой штрафа. Таким образом, вопрос о соответствии закона о здравоохранении конституции Соединенных Штатов перешел на рассмотрение из судов нижестоящей инстанции в Верховный суд.

Судьба реформы рассматривалась девятью судьями Верховного суда. На момент рассмотрения данного вопроса, в состав Верховного суда входили пять судей, считающихся консерваторами и четыре, принадлежащих к либеральному лагерю. Все они занимают свой пост пожизненно, с возможностью добровольной отставки. В конце июня 2012 г. Верховный суд США вынес решение о соответствии принятого в 2010 г. закона о здравоохранении конституции страны. Согласно

постановлению суда, обязательное страхование будет внедряться через налоговую систему, и таким образом им не было усмотрено какого-либо противоречия с конституцией. Этот вердикт стал важнейшей победой президента в борьбе с республиканской оппозицией. Однако решение было принято с перевесом всего в один голос. Пятеро судей, включая председательствующего Джона Робертса, проголосовало в поддержку закона, а четверо их коллег, придерживающихся консервативных взглядов, высказались против него. Решение Верховного суда, принятое после долгих дебатов с перевесом всего в один голос, еще раз подтвердило противоречивость документа о реформе здравоохранения, который спустя более двух лет после его принятия по-прежнему вызывал ожесточенные споры в американском обществе и раскалывает его примерно пополам.

Согласно опросам общественного мнения, проведенными СиБиЭс Ньюз (CBS News) и Нью Йорк Таймс (New York Times) 21-25 марта 2012 г., 38% опрошенных выступают за полную отмену закона о здравоохранении, 29% - за отмену положения об обязательном страховании, 26% - поддерживают реформу Обамы и 7% не имеют мнения по этому вопросу. Лишь один из четырех опрошенных готов поддержать данный закон. В то же время достаточно большое число американцев, включая республиканцев, одобряют его отдельные положения. В частности, 85% американских граждан поддерживают требование к страховым компаниям о покрытии медицинской страховкой людей с хроническим заболеваниями, которые были обнаружены до момента ее приобретения, 77% согласны с сокращением расходов по программе «Медикэр», идущих на покрытие стоимости лекарств, выписанных по рецепту, и 68% одобряют положение закона, которое позволяет включать в страховку родителей детей в возрасте до 26 лет²⁷.

В результате решения Верховного суда о соответствии закона о здравоохранении Конституции США Барак Обама закона получил важное моральное преимущество в споре с противниками реформы. «Я не буду говорить о том, чья это победа и чье поражение, это уводит нас от главного...Решение Верховного суда – это победа всех жителей страны.», которые теперь могут быть уверены, что «никакая болезнь или несчастный случай не вызовут финансового краха их семей», - заявил президент вскоре после того, как решение суда было объявлено²⁸.

Однако, и после вердикта Верховного суда противники реформы здравоохранения не считают, что борьба завершена и не намерены сдаваться. Соперник Обамы в президентской гонке Митт Ромни неоднократно высказывался против этой инициативы действующего президента и обещал отменить закон 2010 г. в случае своей победы на выборах в 2012 г. Сразу после объявления решения Верховного суда кандидат от Республиканской партии вновь подтвердил свое намерение, заявив, что данный федеральный закон является образцом «плохой политики, проводимой вчера и сегодня»²⁹.

Такая критическая, непримиримая позиция Ромни по отношению к реформе здравоохранения Обамы поставила кандидата от республиканцев в довольно сложное положение и вызвала вопросы у многих американцев в связи с тем, что во время его пребывания на посту губернатора Массачусетса, в этом штате были проведены похожие преобразования в системе медицинского страхования. Некоторые советники и эксперты, которые помогали разрабатывать проект этой

²⁷ См.: http://www.cbsnews.com/8301-503544_162-57404793-503544/poll-1-in-4-want-supreme-court-to-uphold-health-care-law/

²⁸ Remarks by the President on Supreme Court Ruling on the Affordable Care Act. The White House. Office of the Press Secretary. June 28, 2012. <http://www.whitehouse.gov/the-press-office/2012/06/28/remarks-president-supreme-court-ruling-affordable-care-act>

²⁹ New York Times. – 2012. -- June 29.

реформы в Массачусетсе позднее работали над законопроектом по здравоохранению Барака Обамы. Один из таких консультантов по реформе здравоохранения, Джонатан Грабер (Jonathan Gruber), который принимал участие в разработке обеих реформ, заявил по этому поводу следующее: «Совершенно неожиданно Митт Ромни начал критиковать то, что сделал сам. Он выбрал прекрасный план и смог реализовать его в Массачусетсе, где была продемонстрирована жизнеспособность и эффективность заложенных в нем идей, но, когда такой же план был предложен другой партией, он сразу оказался плохим ... К чести президента Обамы, он признал, что позаимствовал у правых ряд идей, поскольку нашел их плодотворными»³⁰.

Бывший губернатор штата Массачусетс пытался убедить консервативную часть своего электората, что проведенная им реформа существенно отличается от президентского плана и, в отличие от него, основывается на консервативных принципах. Он объявил ошибкой намерение Обамы осуществить свой план преобразований по всей стране и высказался в поддержку идеи проведения каждым штатом собственной политики в сфере здравоохранения с учетом местной специфики³¹.

Демократы и республиканцы по-разному оценивают финансовые последствия реформы здравоохранения. Сторонники Обамы концентрируются на ее положительных сторонах, а противники, напротив, высвечивают ее возможное отрицательное влияние на экономику и финансы США. Демократы утверждают, что затраты на реформу окупятся, так как в перспективе она принесет стране экономию средств, ссылаясь на данные Бюджетного управления при Конгрессе, которое является «непартийным» независимым ведомством. Согласно его оценке, сделанной незадолго до принятия данного законопроекта, экономия должна составить 132 млрд. долл. за 10 лет, при этом 32 млн. американцев, лишенных медицинской страховки, смогут ее приобрести³². Конгрессмены-демократы также ожидают, что в результате реформы снизятся цены на медицинские услуги.

Оппоненты президента полагают, что 940 млрд. долл. на реформу - неоправданно большая сумма. Они считают, что реформа станет непосильной нагрузкой для американской экономики. Противники реформы также возражают против введения дополнительных налогов, которые потребуются для ее финансирования. Республиканцы предсказывают, что цены на услуги в сфере здравоохранения в целом поднимутся.

Весной 2012 г. Бюджетное управление пересмотрело свою оценку затрат на реформу здравоохранения за 2012-2021 гг. в сторону понижения на 48 млрд. долл., что связано прежде всего с более низкой оценкой затрат на субсидии и налоговые кредиты при покупке индивидуальной страховки. Перед заседаниями Верховного суда по реформе здравоохранения оглашенные новые расчеты дали дополнительные аргументы сторонникам данного закона в борьбе с его противниками.

Финансовые и экономические последствия реформы будут в полной мере понятны только после того, как она реально заработает. Однако очевидно, что ее воздействие на американское общество будет огромно. Закон «О доступном

³⁰ Обама не скрывал, что фундаментом его закона о здравоохранении послужила реформа Ромни в Массачусетсе, которая, после изучения опыта преобразований в ряде штатов, была признана как одна из наиболее успешных. См.: Obama team celebrates anniversary of Romney's health care law // CBS News. – 2012. -- April 12. www.cbsnews.com/2102-503544_162-57413021.html?tag=contentMain;contentBody

³¹ Ibid.

³² Congressional Budget Office. H.R. 436, Health Care Cost Reduction Act of 2012. https://cbo.gov/sites/default/files/cbofiles/attachments/hr436_0.pdf

здравоохранении» приведет к самому большому изменению в системе медицинского обеспечения США с 60-х годов прошлого века, когда вступили в действие государственные программы «Медикэр» и «Медикэйд». Принятие этого закона можно без преувеличения назвать революционным событием, которое венчает столетнюю историю борьбы за всеобщее медицинское страхование.

Наряду с рассмотренной реформой здравоохранения, перед США со всей неизбежностью встанет вопрос реформы пенсионной системы. Необходимость ее проведения связана с быстрым ростом дефицита бюджета социального страхования в результате меняющейся демографической ситуации. США, как и многие другие развитые страны, сталкивается с проблемой старения населения, хотя по сравнению с большинством из них в Америке эта проблема стоит не столь остро. Попытка Джорджа Буша реформировать пенсионную систему путем ее частичной приватизации провалилась. Он предложил разрешить молодым людям выделять часть своих пенсионных отчислений не государственным, а коммерческим структурам, рассчитывая, что это может повысить доходность этих средств и привести к увеличению размеров пенсий в будущем. Однако проект этого закон не прошел через Конгресс, и в настоящих условиях, когда во время кризиса частные пенсионные фонды понесли огромные потери из-за краха фондовых рынков, вопрос об изменении пенсионной системы отложен.

Анализ реформы системы здравоохранения показывает, что в перспективе следует ожидать увеличения регулирующей роли федерального центра в данной сфере. Быстрый рост и бесконтрольная коммерциализация этого сектора в последние десятилетия породили определенные социально-экономические проблемы для американского общества. В настоящее время созрела необходимость частичного пересмотра прежнего регулирования и введение новых регулирующих мер в целях роста эффективности, рационализации расходов на здравоохранение, повышения качества при одновременном расширении доступности услуг, предоставляемой этой сферой.

Тенденция к росту государственного регулирования, наметившаяся в США, отражает изменения в функционировании рынка в этой стране и в мире в целом, а также является реакцией на пошатнувшееся доверие к свободному рыночному саморегулированию. Разразившийся кризис, показавший необходимость пересмотра прежней экономической политики, усилил сомнения в эффективности свободного рынка и потребовал расширения регулирующей роли государства в экономике страны.

Реформа здравоохранения Обамы, если ему удастся ее провести в полной мере, означает серьезную трансформацию этой системы, сформировавшейся в условиях американской модели с ее опорой на свободный рынок и минимальным вмешательством государства в экономику. Реформы администрации Обамы, если они будут успешными, могут внести изменения в существующую модель, перенастроить в соответствие с новыми условиями, но не приведут к ее радикальному пересмотру.

Важными характеристиками американской системы, которые до сих пор обеспечивали ей успех, являются консерватизм, преемственность и одновременно гибкость. Указанные черты позволяют этой стране поступательно развиваться, приспособляясь к новым условиям, без угрозы саморазрушения. Даже в случае усиления роли государства в форме введения мер по дополнительному регулированию и контролю со стороны федерального центра американской экономики, социальной сферы и финансов, США останутся страной свободного предпринимательства, а здравоохранение в этой стране всегда будет частью рыночной системы и никогда не станет государственным. По справедливому

замечанию Ф. Бурджалова, «положения Закона в целом не только не ломают нынешнюю систему здравоохранения, не ведут к ее радикальным и сущностным изменениям, но во многом способствуют ее укреплению, приспособлявая к новым потребностям общества»³³.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

90-е годы XX – первое десятилетие XXI в. – время важных изменений в социально-экономической сфере и во внутренней политике Соединенных Штатов. Эти изменения во многом подготовили почву и сделали возможной проведение исторической реформы американского здравоохранения, предусматривающей введение всеобщего медицинского страхования.

Дискуссии о необходимости реформы этой сферы давно ведутся в американском обществе, однако в последние два десятилетия необходимость ее проведения стала признаваться все большим числом граждан. Все опросы общественного мнения показывали, что абсолютное большинство населения выступало за преобразования в этой сфере. Недовольство американцев было вызвано, прежде всего, высокими ценами на медицинские услуги, а также их недоступностью для постоянно увеличивающегося числа лиц, включая представителей среднего класса. Многие в Соединенных Штатах признают, что, по сравнению с системами здравоохранения ведущих развитых стран Европы и Канады, американская система здравоохранения предоставляет за ту же цену меньший объем услуг или же медицинское обслуживание более низкого качества. Большая часть американцев поддерживает меры, направленные на повышение эффективности системы здравоохранения и расширение доступа американцев к медицинскому обеспечению. Однако по вопросу о том, какой должна быть система здравоохранения США и какие именно преобразования необходимы в этой области, американское общество остается расколотым. Острая борьба, развернувшаяся вокруг реформы системы медицинского страхования, разработанной администрацией Обамы, явилась доказательством отсутствия консенсуса среди американцев по данной проблеме, даже после принятия закона о здравоохранении в марте 2010 г. Противники реформы, в основном республиканцы, выражают опасение, что финансируемое государством страхование здоровья и программы медицинской помощи лишат человека необходимости взвешивать стоимость расходов на лечение и их возможную отдачу.

Как показано в данной работе, все предыдущие, весьма многочисленные, попытки проведения общенациональной реформы в этой сфере неизменно терпели провал, наталкиваясь на жесткое сопротивление со стороны части американского общества. Традиционное подозрительное отношение к любым реформам, которые могут привести к росту влияния государства и усилению его регулирующих функций,

³³ Бурджалов Ф. Реформа здравоохранения США (социально-экономические аспекты). -- С.54.

является отражением специфики США с присущим их гражданам духом индивидуализма, неприятием любого государственного вмешательства в личную жизнь и ограничение их свободы, а также расчетом на себя и опорой на собственные силы. Указанные особенности Соединенных Штатов, наряду с высокой степенью самостоятельности местных органов власти и децентрализацией управления, затрудняют проведение единой государственной политики в масштабе всей страны, в том числе осуществление общенациональной реформы здравоохранения. Важным элементом борьбы вокруг плана преобразований системы медицинского страхования Обамы явилось традиционное для США противостояние между федеральным центром и правительствами штатов в борьбе за полномочия. По сути, спор вышел за рамки реформы здравоохранения и трансформировался в дебаты по более широким вопросам о форме федерализма США, т.е. о том, где кончаются границы полномочий федерального центра, а также о правах и свободах американских граждан. Не случайно, главный вопрос, вызывавший наибольшие споры, в законе о здравоохранении 2010 г. был пункт об обязательности медицинского страхования американских граждан. Этот пункт оспаривался противниками реформы по двум линиям: превышение полномочий федерального центра в отношении граждан и в отношении органов власти на уровне штатов.

Наращение проблем в системе медицинского обеспечения США в конце XX – начале XXI в. привело к тому, что необходимость преобразований в здравоохранении признали не только демократы, всегда уделявшие данной проблематике большое внимание, но и республиканцы, которые не могли игнорировать общественные настроения. В 90-е годы обозначилось изменение приоритетов развития американского общества и усиление роли социального направления в государственной политике, а вопросы здравоохранения выдвинулись в число наиболее важных проблем, требующих неотложных решений. В начале XXI в., особенно после кризиса 2008-2009 гг., в условиях ухудшения экономического и финансового положения США и других развитых стран, необходимость поиска новых подходов к решению социальных проблем, в том числе и в области здравоохранения, еще более возросла.

Смена президентов, и в еще большей мере партийной принадлежности американской администрации, неизбежно влечет изменение государственной политики и ее приоритетов. Более того, значительное изменение курса нередко происходит на втором сроке того же президента под воздействием внутренних или внешних обстоятельств. Таким примером может служить Джордж Буш-мл., объявивший в качестве приоритетного направления внутреннюю политику и реформы в социальной сфере, однако резко изменивший свой курс после террористических актов 11 сентября 2001 г. Тем не менее, при анализе программ трех последних президентов и их политики в социально-экономической сфере, при всех различиях между ними, прослеживается определенная преемственность. Она заключается, в частности, в том, что все они в своих программах объявляли социальную политику, в том числе в области здравоохранения, центром внимания сформированной ими администраций.

Традиционно, особенно со времени «Нового курса» Рузвельта, социальная политика ассоциировалась главным образом с Демократической партией. Республиканцы длительное время выступали критиками социальных программ не только по экономическим соображениям, но также исходя из моральных и культурных аспектов программ помощи нуждающимся. Ситуация в этой области начала меняться с приходом в Белый дом Рональда Рейгана, при котором консерваторы впервые попытались сформулировать свою повестку дня по вопросам социальной политики. Однако именно при Джордже Буше-мл. впервые в

американской истории была не только сформулирована, но и предпринята попытка реализовать консервативную модель социальной политики в качестве альтернативы либеральной модели. Более того, консервативные подходы к социальным проблемам, озвученные в конце XX в. в программе «Контракт с Америкой» были использованы не только Бушем при выработке политики в этой сфере, но и администрацией Клинтона. Они также оказали определенное влияние на политику Обамы.

Анализ государственной политики администрации трех последних президентов в сфере здравоохранения позволяет сделать следующие выводы:

- Политика администраций Клинтона, Буша-мл. и Обамы в области здравоохранения была направлена на решение многочисленных проблем, накопившихся в этой сфере, а также адаптации системы медицинского страхования к быстро менявшимся реалиям конца XX – начала XXI в., как американским, так и общемировым.

- В рассматриваемый период в результате принятых федеральными властями законодательных мер, а также развития и совершенствования практики в сфере предоставления населению медицинских услуг, система здравоохранения США претерпела существенные изменения.

- Реформа сферы медицинского страхования являлась приоритетным направлением деятельности обеих администраций Клинтона. После провала попытки введения всеобщего медицинского страхования, Клинтону удалось добиться успехов в проведении отдельных частичных реформ в этой сфере на основе достижения компромиссов с республиканским большинством в Конгрессе. В ходе первого срока его администрации были приняты меры по расширению государственной поддержки материнства и детства одновременно с ужесточением контроля над федеральными программами, действующими в этой области. Важным шагом в совершенствовании системы медицинского страхования явился закон о мобильности и гарантиях, принятый в 1996 г. Этот закон давал американским гражданам ощущение большей защищенности. В частности, одним из его центральных пунктов явился запрет страховым агентам отказывать в медицинской страховке людям с серьезными или хроническими медицинскими заболеваниями при условии, что с момента прекращения их прошлого страхования прошло менее одного года. В 1997 г., в условиях республиканского большинства в обеих палатах американского Конгресса, администрации Клинтона удалось добиться создания новой медицинской программы по страхованию здоровья детей, в основном из малоимущих семей. Как отмечает А.А. Попов, эта программа «иногда считается урезанной формой реализации первоначально предложенного плана универсального медицинского страхования», выдвинутого администрацией Клинтона³⁴.

На протяжении второго срока Клинтону удалось внести изменения в программу «Медикэр», создав в ее рамках третью альтернативную часть под названием «Медикэр плюс выбор», известной также под названием «Медикэр – часть Си». Расширение этой государственной программы увеличило выбор вариантов медицинского страхования для пожилых людей, получивших возможность пользоваться услугами посреднических организаций, работающих в сфере здравоохранения. Деятельность этих организаций была направлена на достижение более экономных вариантов оплаты медицинских услуг для пациентов и, таким образом, способствовала более эффективному использованию государственных

³⁴ Попов А.А. Реформа американского здравоохранения администрации Б. Обамы: модель и технология социального реформаторства в XXI веке. Новые бюджетные приоритеты и национальные интересы России. М. 2010. – С.74-87.

средств, идущих на нужды здравоохранения. В результате, программа «Медикэр» стала состоять не из двух, как это было раньше, а из трех частей. Создание «части Си» было призвано обеспечить экономию федеральных средств по этой дорогостоящей программе, расходы на которую непрерывно и быстро увеличивались, как и их доля в общих бюджетных ассигнованиях, идущих на здравоохранение.

Указанные меры привели к расширению доступа американских граждан, прежде всего семей с низкими доходами, к медицинскому обеспечению, а также рационализации государственных расходов, идущих на эту сферу. Однако они не позволили обуздать рост цен на услуги здравоохранения, а число людей, которые не были покрыты медицинским страхованием, не только не сократилось, но, напротив, продолжало расти.

- Главным результатом политики Джорджа Буша-мл. в сфере здравоохранения явилось внесение новых изменений в программу «Медикэр». При Буше с 2006 г. была введена в действие четвертая часть этой программы («часть Д»), которая предусматривала компенсацию расходов на приобретение лекарств.

- Новый этап реформирования системы американского медицинского страхования связан с именем Барака Обамы. В ходе работы над проектом здравоохранения его администрация постаралась учесть не только положительный, но и отрицательный опыт Клинтона по разработке реформы в этой области. Взяв на вооружение многие идеи, содержащиеся в проекте реформы 1993 г., администрация Обамы учла допущенные Клинтонем просчеты, которые носили, главным образом, тактический характер. Разработанный администрацией Обамы конечный документ носил компромиссный характер с учетом пожеланий и рекомендаций различных заинтересованных сил и групп интересов, сформировавшихся в американском обществе. В борьбе за реформирование системы медицинского страхования президенту пришлось отказаться от ряда первоначально имевшихся в проекте положений, вызывавших особенно резкую критику со стороны противников этой инициативы Обамы. В частности, предметом острых дебатов и нападок стало его предложение о создании государственной страховой компании, действующей в сфере здравоохранения. По существу, речь шла о том, что у частных страховых компаний должен был появиться конкурент в лице государства, которое предоставляло бы дешевую страховку тем американцам, которые не могут себе позволить дорогостоящие частные полисы. Эта идея была встречена в штыки политиками-республиканцами, страховыми компаниями, а также лоббистами и в итоге была отвергнута.

- Подписание Обамой в марте 2010 г. закона «О защите пациентов и доступном медицинском обслуживании», а также закона «О финансировании здравоохранения и образования», явилось историческим событием. Оно венчает многие десятилетия борьбы демократических сил и усилий президентов от Рузвельта до Клинтона за введение в Соединенных Штатах всеобщего общенационального медицинского страхования. По своему значению принятие данного законодательства сопоставимо с такими событиями, как создание государственной системы социального обеспечения в середине 30-х годов, а также создание общенациональных медицинских программ «Медикэр» и «Медикэйд», предназначенных для пенсионеров и людей с низкими доходами.

- Основные положения пакета документов по данной реформе направлены на ее модернизацию и ведут к усилению государственного регулирования в системе здравоохранения США. Однако они не предполагают радикальных изменений, а лишь адаптируют ее к изменившимся социально-экономическим условиям и новым потребностям американского общества.

- Реализация реформы здравоохранения, которая растянута во времени, призвана обеспечить системе медицинского здравоохранения обязательный и универсальный характер. Некоторые из предусмотренных новым законодательством о здравоохранении мер уже вступили в силу, а некоторые начнут действовать лишь в 2018 и 2020 гг.

А.А. Попов отмечает, что лежащая в основе принятых документов по здравоохранению концепция «прав пациента» стала «очередным воплощением политической традиции и базовых ценностей американского гражданского общества, восходящих своими истоками к знаменитому «Биллю о правах» (1791 г.), «Биллю прав военнослужащих» (1944 г.), и закону о гражданских правах (1964 г.). Именно эта концепция, которая опирается, скорее, на правовые категории, восходящие своими истоками к Конституции США, нежели на понятия рыночного фундаментализма, и призвана стать краеугольным камнем системы доступного медицинского страхования. Ее смысл состоит в том, что гражданин США имеет неотъемлемое право на доступное медицинское обслуживание, подобно другим основополагающим правам человека, в значительной степени независимо от его материального положения. В этом плане положения закона, касающиеся «защиты пациентов», следует понимать как защиту прав пациентов»³⁵.

Осознание необходимости обновления страны привело Барака Обаму в Белый дом под лозунгами «перемен» и «да, мы можем». Победа президента в борьбе за реформу здравоохранения показала, что он действительно способен добиваться обещанных им перемен. Однако принятие закона о всеобщем медицинском страховании не объединило, а раскололо страну и, вопреки надеждам сторонников реформы, ее неприятие со стороны части американского общества не исчезло.

Реформа здравоохранения, наряду с экономикой и безработицей, была одним из главных вопросов президентской кампании 2012 г. Переизбрание Обамы на второй срок в ноябре 2012 г. сделало уже запущенную реформу здравоохранения бесповоротной

Как показывает опыт принятия закона о социальном страховании в 1935 г. и введение государственных медицинских программ «Медикэр» и «Медикэйд» в 1965 г., реформа здравоохранения в дальнейшем может претерпеть некоторые изменения. Однако ее базовое положение – всеобщее медицинское страхование и субсидирование тех, кто нуждается, - уже вряд ли будет пересмотрено. Все будет определяться стоянием экономики и финансов США. Демографические факторы, связанные с ростом продолжительности жизни и, как следствие, старением населения, а также быстрый рост цен на медицинские услуги и лекарства, которые трудно взять под контроль, делают эту сферу все более тяжелой ношей для американской экономики с финансовой точки зрения.

Расходы на здравоохранение в США имеют тенденцию к постоянному увеличению, опережающему темпы роста экономики, и в будущем эта тенденция сохранится. В результате удельный вес расходов на здравоохранение в ВВП будет продолжать расти и, согласно прогнозу Министерства здравоохранения и социальных услуг США, составит в 2020 г. 19,8%³⁶. При этом государственное

³⁵ Там же. С.82.

³⁶ См.: National Health Expenditure Projections 2010-2020. Forecast Summary. <https://www.cms.gov/Research-Statistics-Data-and-Systems/Statistics-Trends-and-Reports/NationalHealthExpendData/downloads/proj2010.pdf>;
National Health Expenditure Projections 2011-2021. Forecast Summary <http://www.cms.gov/Research-Statistics-Data-and-Systems/Statistics-Trends-and-Reports/NationalHealthExpendData/Downloads/Proj2011PDF.pdf>

финансирование будет продолжать расти опережающими темпами по сравнению с частным. Доля государственных расходов возрастет с 45% в 2010 г. до 50% в 2020 г. Если в 2012 - 2013 гг. среднегодовой рост расходов на здравоохранение должен составить 4%, то в 2014 г., когда вступят в действие новые положения закона, их прирост достигнет 7,4%. Таким образом, по оценкам экспертов, в 2014 г. реформа здравоохранения приведет к увеличению финансирования этой сферы на дополнительные 2,1%. В 2015 - 2021 гг. среднегодовой рост расходы на здравоохранение составит 6,2%.

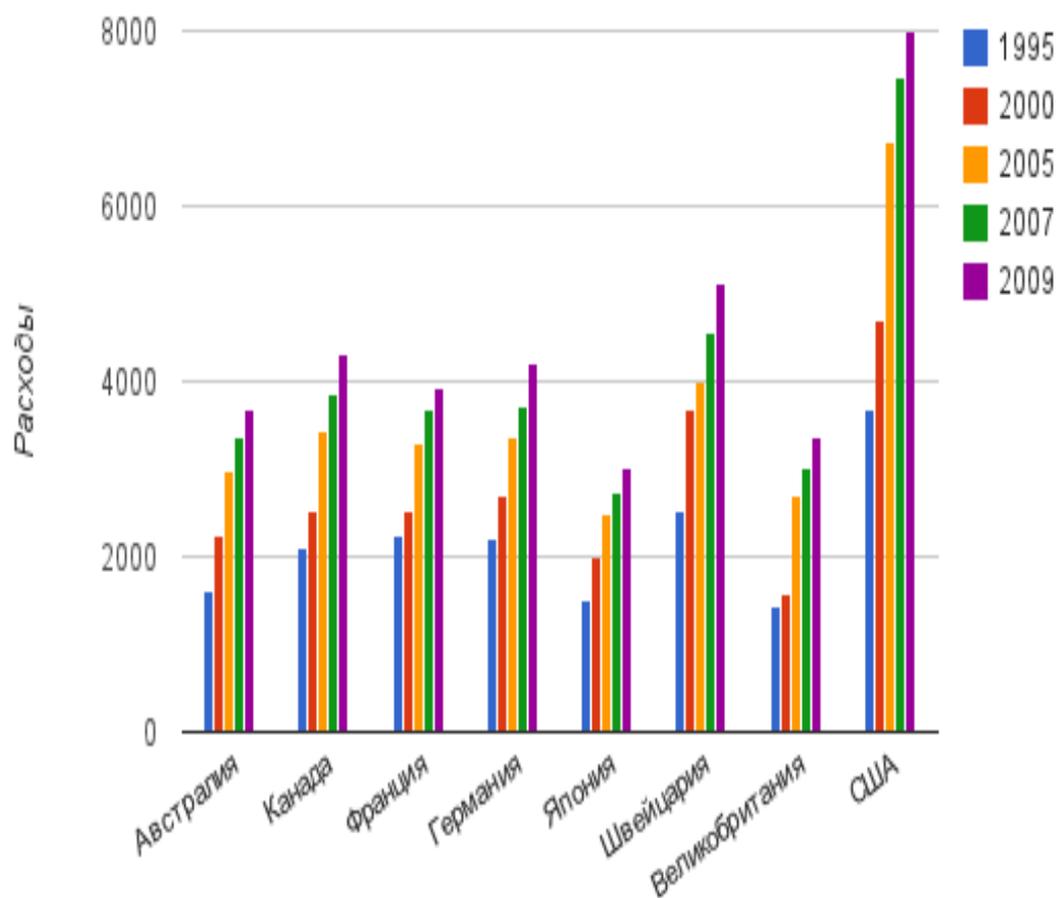
Важнейшим фактором увеличения государственных расходов на здравоохранение является постоянный рост затрат на программы «Медикэр» и «Медикэйд». Среднегодовой рост расходов на «Медикэр» прогнозируется в 2012 - 2013 г. в размере 3,6%, а в 2014 - 2021 гг. – уже 6,7%. Финансирование «Медикэйд» также будет быстро увеличиваться: рост расходов на эту программу составит 7% в 2013 г. и 18% в 2014 г. К 2021 г. доля расходов на «Медикэйд» в общих расходах на здравоохранения может достигнуть 20% по сравнению с 15,5% в 2010 г.³⁷

Очевидно, что в обозримом будущем встанет вопрос о дальнейшей рационализации государственных расходов на здравоохранение. В первую очередь это относится к самой большой и дорогостоящей программе «Медикэр». Скорее всего, ее реформа будет означать постепенный отход от существующей модели страхования, при которой осуществляется оплата за каждую услугу (fee for service plan) к системе, при которой организации, предоставляющие профессиональные медицинские услуги, будут получать компенсацию за поддержание здоровья пациентов. Давно назревшая, но непопулярная в обществе реформа «Медикэр» потенциально является чрезвычайно взрывоопасной темой, поскольку затрагивает жизнь большинства американцев и их перспективы в пожилом возрасте.

Несмотря на все лежащие впереди трудности, Барак Обама уже вошел в историю как президент, сумевший провести реформу здравоохранения. Это ставит его в один ряд с такими президентами-реформаторами, изменившими Америку, как Рузвельт, Джонсон и Рейган.

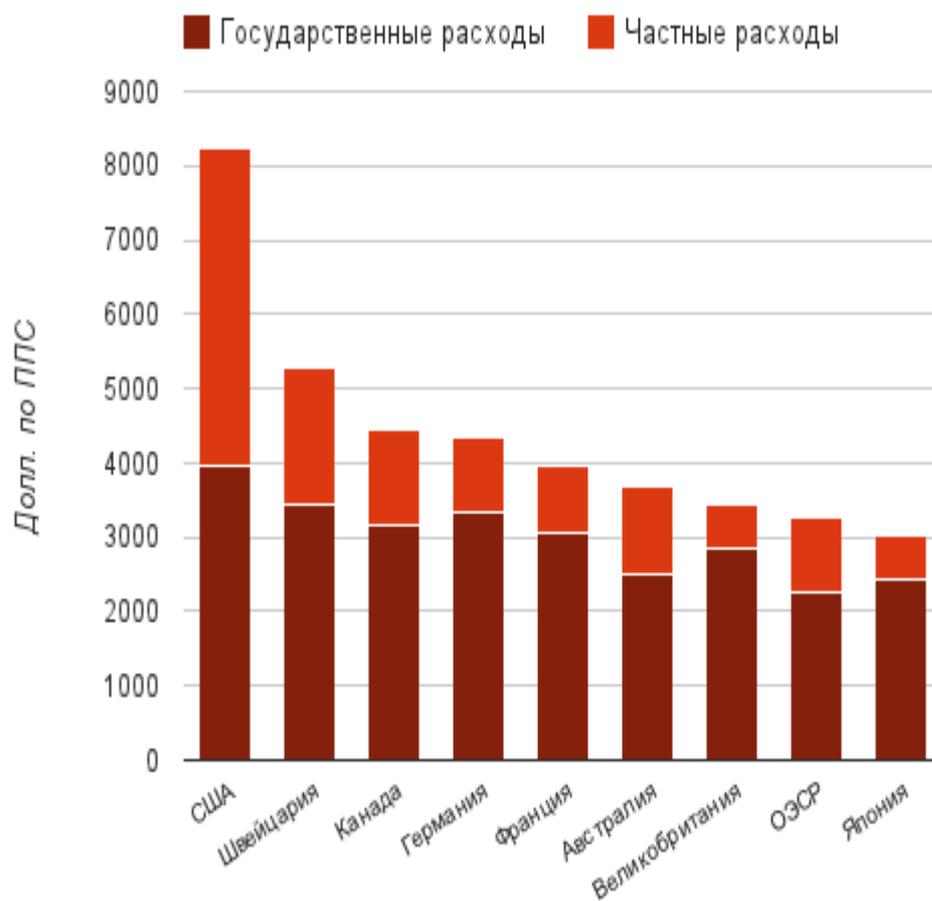
³⁷ Ibid.

Общие расходы на здравоохранение на душу населения в долл. США по ППС



Источник: OECD Health Data 2012.

Общие расходы на здравоохранение на душу населения в долл. США по ППС в 2010 г.



Источник: OECD Health Data 2012.

Общие расходы на здравоохранение на душу населения
в текущих ценах по ППС в долл. США в ведущих странах ОЭСР

Страны	2004 г.	2005 г.	2006 г.	2007 г.	2008 г.	2009 г.	2010 г.	2011 г.
Австралия	2877	2980	3164	3351	3452	3670		
Канада	3209	3448	3674	3850	4002	4317	4445	4607,8
Франция	3108	3294	3484	3667	3750	3930	3974	
Германия	3166	3362	3567	3722	3967	4225	4338	
Япония	2346	2491	2607	2746	2878	3035		
Швейцария	3935	4015	4252	4570	4933	5135	5270	5489
Великобритания	2540	2700	2961	3030	3143	3379	3433	
США	6355	6728	7107	7482	7760	7990	8233	

Источник: OECD Health Data 2012

Доля государственных расходов на здравоохранение в общих расходах
на здравоохранение в ведущих странах ОЭСР (в %)

Страны	2004 г.	2005 г.	2006 г.	2007 г.	2008 г.	2009 г.	2010 г.	2011 г.
Австралия	66,7	66,9	66,6	67,5	67,9	68,5		
Канада	70,2	70,2	69,8	70,2	70,5	70,9	71,1	70,4
Франция	78,8	78,8	78,7	78,3	76,7	76,9	77,0	
Германия	76,8	76,6	76,5	76,4	76,6	76,9	76,8	
Япония	80,8	81,6	79,4	80,4	80,8	80,5		
Швейцария	58,4	59,5	59,1	59,1	65,2	65,5	65,2	
Великобритания	81,2	81,7	81,3	81,2	82,5	83,4	83,2	
США	44,1	44,2	45,0	45,2	46,0	47,3	48,2	

Источник: Health: Key Tables from OECD. 2012.

Приложение 5

Государственные расходы на здравоохранение на душу населения
в текущих ценах по ППС в долларах США в ведущих странах ОЭСР

Страны	2004 г.	2005 г.	2006 г.	2007 г.	2008 г.	2009 г.	2010 г.	2011 г.
Австралия	1919	1993	2107	2262	2342	2515		
Канада	2254	2421	2563	2704	2823	3062	3158	324,5
Франция	2450	2597	2743	2873	2877	3024	3061	
Германия	2431	2577	2727	2845	3037	3250	3331	
Япония	1895	2032	2071	2207	2325	2443		
Швейцария	2298	2388	2514	2700	3214	3365	3437	
Великобритания	2062	2205	2407	2480	2593	2819	2857	
США	2801	2975	3200	3381	3567	3780	3967	

Источник: OECD Health Data 2012

Доля общих расходов на здравоохранение в ВВП
в ведущих странах ОЭСР (в %)

Страны	2004 г.	2005 г.	2006 г.	2007 г.	2008 г.	2009 г.	2010 г.	2011 г.
Австралия	8,5	8,4	8,5	8,5	8,7	9,1		
Канада	9,8	9,8	10,0	10,0	10,3	11,4	11,4	11,2
Франция	10,0	11,2	11,1	11,1	11,0	11,7	11,6	
Германия	10,7	10,8	10,6	10,5	10,7	11,7	11,6	
Япония	8,0	8,2	8,2	8,2	8,6	9,5		
Швейцария	11,3	11,2	10,8	10,6	10,7	11,4	11,4	11,5
Великобритания	8,0	8,2	8,5	8,5	8,8	8,9	9,6	
США	15,8	15,8	15,9	16,2	16,6	17,7	17,6	

Источник: OECD Health Data 2012

Расходы на здравоохранение в США 1960-2010 гг.

	1960	1970	1980	1990	2000	2008	2009	2010
Расходы в целом в млрд. долл.	27,4	74,9	255,8	724,3	1377,2	2403,9	2495,8	2593,6
Среднегодовой рост расходов	–	10,6	13,1	11,0	6,6	5,8	3,8	3,9
Среднегодовой рост ВВП	–	7,0	10,4	7,6	5,5	4,2	–2,5	4,2
Доля расходов на здравоохранение в ВВП	5,2	7,2	9,2	12,5	13,8	16,8	17,9	17,9
Расходы на здравоохранение на душу населения в долл.	147	356	1,110	2,854	4,878	7,911	8,149	8,402
Прямые выплаты пациентам в млрд. долл.	13,1	25,0	58,4	138,7	201,8	294,0	294,4	299,7
Премии страховых компаний в млрд. долл.	4,9	14,0	61,4	205,1	407,1	707,5	734,0	746,0
Федеральные расходы на программу Медикэр» в млрд. долл.	–	7,3	36,3	107,3	215,3	442,0	471,2	493,8
Расходы на программу «Медикэйд» в целом в млрд. долл. в т.ч.	–	5,0	24,7	69,7	186,9	317,1	345,9	371,6
Федеральные расходы на «Медикэйд»	–	2,7	13,7	40,3	109,3	187,8	230,5	251,5
Расходы штатов и местных властей на «Медикэйд»	–	2,3	11,0	29,4	77,6	129,3	115,5	120,1

Источники: Health United States, 2011. With Special Feature on Socioeconomic Status and Health. – Washington, DC: U.S. Government Printing Office, 2012

Доступ с запозданием или отсутствие доступа к необходимым медицинским услугам по причине их слишком высокой стоимости среди взрослых американцев в возрасте от 18 до 64 лет в США в 2011 г. (%)

Уровень бедности	2000 год	2001 год	2002 год	2003 год	2004 год	2005 год	2006 год	2007 год	2008 год	2009 год	2010 год
Ниже 100%	18,4	17,6	16,9	18,5	20,4	20,0	20,8	20,8	21,9	24,8	23,4
100-199%	15,8	16,8	17,2	18,5	19,3	18,9	19,1	19,9	22,5	24,0	24,0
200-399%	9,6	10,2	10,4	10,9	12,1	11,8	12,0	13,0	15,0	16,8	15,2
400% и более	4,0	4,0	4,4	5,1	5,2	5,0	5,4	5,3	6,7	7,2	6,8
18-64 года не зависимо от дохода	9,2	9,5	9,7	10,6	11,4	11,0	11,7	11,8	13,6	15,1	14,7

Источник: CDC Centers for Disease Control and Prevention. National Health Interview Survey. 2011. <http://www.cdc.gov/nchs/nhis.htm>

Таблица составлена на основе данных интервью относительно последних 12 месяцев.

Ограничения в доступе к медицинским, стоматологическим услугам и лекарствам по рецепту по причине их слишком высокой стоимости в США 2011 г. (в %)

Категории	Медицинская помощь не получена или получена с опозданием			Лекарства по рецепту (не получена или получена с опозданием)			Не получена стоматологическая помощь		
	1997 год	2009 год	2010 год	1997 год	2009 год	2010 год	1997 год	2009 год	2010 год
Мужчины	9,3	14,1	13,5	5,1	9,4	8,8	8,8	14,6	15,2
Женщины	12,0	16,1	15,7	7,4	13,0	13,5	12,4	18,9	19,4
Имеющие страховку	6,8	9,5	9,1	3,7	7,0	7,3	7,2	10,8	11,8
Не имеющие страховку	27,6	36,5	34,5	18,0	26,7	25,7	26,1	39,0	37,7
Реципиенты по программе «Медикэйд»	11,9	13,6	12,5	11,1	13,5	13,5	14,8	22,1	24,2

Источник: Centers for Disease Control and Prevention. National Health Interview Survey. 2011. <http://www.cdc.gov/nchs/nhis.htm>

Данные на основе опросов относительно последних 12 месяцев.

Основные источники покрытия расходов на здравоохранение населения США

По категориям	Все источники	Прямые выплаты пациентов				Частное страхование				Государственные источники ¹				Прочие источники			
		1987	1997	2000	2008	1987	1997	2000	2008	1987	1997	2000	2008	1987	1997	2000	2008
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18
Всех возрастов	100.0	24,8	19,4	19,4	16,7	36,6	40,3	40,3	41,1	34,1	34,4	35,4	37,2	4,5	5,9	5,0	5,0
До 65 лет в т.ч.	100.0	26,2	21,1	20,3	17,7	46,6	53,1	52,5	53,9	21,3	18,1	21,3	22,9	6,0	7,7	6,0	5,6
До 6 лет	100.0	18,5	14,2	10,3	7,3	39,5	49,3	51,2	37,2	35,8	25,4	33,6	47,7	6,2	11,2	4,9	7,8
От 6 до 17 лет	100.0	35,7	29,0	27,7	23,2	47,3	53,2	48,8	48,8	11,8	14,1	20,1	25,8	5,2	3,7	3,4	2,1
От 18 до 44 лет	100.0	27,4	21,1	19,9	19,4	46,8	52,9	51,2	55,7	19,4	15,7	21,1	18,9	6,4	10,3	7,8	6,1
От 45 до 64 лет	100.0	24,0	20,1	20,2	16,8	47,8	53,6	54,5	55,5	22,4	20,3	20,2	22,2	5,8	6,0	5,2	5,5
65 лет и старше	100.0	22,0	16,3	17,5	14,6	15,8	16,5	14,9	14,1	60,8	64,8	64,7	67,5	1,5	2,5	2,9	3,8
По полу:																	
женщины	100.0	27,5	21,0	22,1	18,1	48,1	55,1	52,7	54,9	19,2	17,0	19,5	22,3	5,2	6,8	5,7	4,7
мужчины	100.0	24,5	21,3	18,1	17,1	44,6	50,3	52,2	52,2	23,9	19,5	23,5	23,7	7,1	8,9	6,3	6,7
По страховому статусу																	
Любая частная страховка	100.0	29,0	21,6	21,2	18,9	60,0	67,6	70,2	74,0	6,2	6,6	5,3	4,8	4,8	4,2	3,3	2,4
Государственная страховка	100.0	8,9	10,6	9,8	6,6	–	–	–	–	87,2	80,7	84,4	86,4	3,9	8,7	5,8	7,0

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18
Отсутствие страховки в течение всего года	100.0	40,6	41,3	40,4	46,0	–	–	–	–	28,6	7,5	21,2	9,5	30,9	51,1	38,4	44,5
Только Медикэр	100.0	29,8	19,8	22,2	16,9	–	–	–	–	68,8	72,4	72,2	74,5	1,4	7,7	5,7	8,6
Медикэр и частная страховка	100.0	23,4	17,3	17,0	16,2	18,9	25,7	25,3	28,9	56,1	56,3	57,1	54,7	1,6	0,6	0,6	0,3
Медикэр и другие государственные источники	100.0	6,2	5,2	9,1	4,2	–	–	–	–	92,9	92,7	87,3	93,4	1,0	2,1	3,6	2,0

¹. Государственные источники финансирования включают покрытие медицинской помощи программами «Медикэр», «Медикэйд», а также рядом других государственных программ и источников.

Источник: Health, United States, 2011. With Special Feature on Socioeconomic Status and Health. – Washington, DC: U.S. Government Printing Office, 2012.

