

УДК 351.77(73)

С.С. Костяев*

**АМЕРИКАНСКИЕ СПЕЦИАЛИСТЫ О СИСТЕМЕ
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В США**

Аннотация. В работе представлены основные направления реформирования системы здравоохранения в США и отношение к ним американских специалистов.

Ключевые слова: США; система здравоохранения; заинтересованные группы; реформа Б. Обамы.

**S.S. Kostiaev
American experts about U.S. healthcare system**

Abstract. This article presents the key aspects of reforming the health-care system in the United States and the attitude of American experts to them.

Keywords: USA; healthcare system; interest groups; B. Obama's reform.

* **Костяев Сергей Сергеевич**, канд. полит. наук, старший научный сотрудник Отдела экономики Института научной информации по общественным наукам РАН (ИНИОН РАН), докторант факультета планирования и государственной политики Университета Ратгерса, преподаватель кафедры политологии Университета Ратгерса (США).

Kostiaev Sergei, PhD (Polit. Sci.), senior researcher of the Department of economics, Institute of Scientific Information for Social Sciences of the Russian Academy of Sciences (Moscow, Russia), PhD Candidate, Bloustein School of Planning and Public Policy, part-time lecturer, Department of political science, Rutgers University (U.S.).

Введение

Научная литература по проблемам развития системы здравоохранения в США характеризуется «теоретическим политеизмом» [Contandriopoulos, 2011]. Ученые изучают разные факторы, определяющие состояние национальной системы здравоохранения. В их числе: культура (в вопросе формулирования проблемы [Danielson, Stryker, 2015]), институты (при рассмотрении, например, эффектов обратной связи с политикой – policy feed back effects), общественное мнение (в частности, поддержка позиций демократов и республиканцев), социально-экономические условия.

В настоящей работе внимание сконцентрировано на четырех вопросах: почему в конце XX в. в США не удалась реформа системы здравоохранения, направленная на обеспечение всеобщего медицинского страхования? Как функционируют полузакрытые подсистемы (semi-closed policy subsystems) в американском здравоохранении? Почему Б. Обаме удалось провести реформу системы здравоохранения? Насколько устойчива эта реформа?

Что пошло не так в конце XX в.?

Сравнительные исследования показывают, как выглядит система здравоохранения США на фоне систем здравоохранения других развитых стран и как институциональные характеристики той или иной страны влияют на национальную систему здравоохранения. Теоретической основой таких исследований являются институциональный и исторический (концепция исторической зависимости – path dependence) подходы. Сравнение медицинских систем разных стран также позволяет понять, как их различные вариации связаны с комбинациями социально-экономических и политических факторов [Immergut, 1990].

По данным Организации по экономическому сотрудничеству и развитию, в 2019 г. по паритету покупательной способности США тратили на медицинское обслуживание одного жителя 11 тыс. долл. в год, Россия – 1,5 тыс. долл. в год, при этом государственные расходы в США составили 9,3 тыс. долл. на человека, в России – 872 долл. [OECD..., 2019].

Особенностью американской системы здравоохранения является доминирование частного сектора оказания медицинских услуг. Это является основной социально-экономической проблемой в здравоохранении США. Политический союз между част-

ными больницами и высокообеспеченными гражданами служит структурной (институциональной) причиной ряда специфических черт системы здравоохранения США. Например, это не позволяет принять некоторые принципы, реализуемые другими развитыми странами, такие как всеобщее медицинское страхование и определенный набор гарантированных медицинских услуг, государственное регулирование количества койко-мест и цен на медицинские услуги¹ [Evans, 1997].

Сложность изменения системы здравоохранения в условиях двухпартийной системы власти заключается в необходимости заинтересовать в ней политических лидеров и сделать такую реформу ключевым пунктом их предвыборной платформы [Booth, 2012]. Мажоритарная электоральная система, которая действует в США, дает заинтересованным группам определенный уровень контроля над политиками. Поскольку в двухпартийных системах разница между победителем и проигравшим на выборах обычно мала, соответственно поддержка той или иной заинтересованной группы может оказать решающее влияние на результат. Однако сообщество врачей не обладает уникальными характеристиками, которые могли бы сделать его влиятельным в качестве заинтересованной группы [Mahoney, 2008; Moosbrugger, 2012].

Экономическая история предоставляет достаточно фактического материала для изучения попыток реформ систем здравоохранения в США и Великобритании. Вариация наблюдается по двум параметрам: иерархия (независимость против зависимости) и управление (централизация против децентрализации). Система здравоохранения в США представляет собой пример сферы, контролируемой децентрализованными и независимыми участниками. Соединенное Королевство, напротив, является образцом централизации и иерархии, которые привели к созданию Национальной системы здравоохранения Англии, Шотландии, Уэльса и Северной Ирландии. Считается, что разрыв с исторической траекторией развития (path dependence) в странах с независимыми децентрализованными участниками процесса формирования государственной политики маловероятен [Wilsford, 1994], что справедливо и для системы здравоохранения.

¹ Во многих странах государство владеет и управляет лечебными учреждениями (больницами), регулирует время оказания медицинской помощи, что позволяет оптимизировать общие расходы на здравоохранение.

Изучение истории реформ в сфере здравоохранения в США показывает, как институты (федерализм, правила законодательного процесса в Конгрессе США, СМИ) позволяли противникам реформ блокировать попытки масштабного изменения системы здравоохранения в США в XX в. [Steinmo, Watts, 1995]. Согласно выводам ученых, сторонники реформ не должны впустую тратить время на создание максимально широкой коалиции. Следует концентрироваться на изменении вышеуказанных институтов – это является непременным условием коренной реформы системы здравоохранения в стране.

Концепция мобилизации участников процесса выработки государственной политики (theory of stakeholder mobilization) представляет убедительное объяснение провала реформы здравоохранения в США в XX в. Как показывают ее сторонники, Американская медицинская ассоциация (American medical association), частные компании медицинского страхования и группы работодателей успешно блокировали все попытки ввести всеобщее медицинское страхование. Они обладали для этого достаточными ресурсами и организационной структурой, а отделения организаций в каждом штате были способны оказывать давление на сенаторов и членов Палаты представителей [Quadagno, 2004].

Соотношение сил в системе здравоохранения США менялось с течением времени. До 1970-х годов частные больницы действовали в союзе со страховыми компаниями, в котором первые играли доминирующую роль. Позже оплачивающие медицинские услуги организации (работодатели, предоставляющие корпоративное медицинское страхование, и государство в лице «Медикэр»¹ и «Медикейд»²) начали контролировать общий объем расходов на здравоохранение через Организации по управлению здравоохранением³ (Health Maintenance Organizations). В результате частные больницы утратили свою доминирующую роль в системе здравоохранения США [Bodenheimer, 1995], а значение Организаций по

¹ «Медикэр» (от англ. Medicare) – национальная программа медицинского страхования в США для лиц от 65 лет и старше.

² «Медикейд» (от англ. Medicaid) – американская государственная программа медицинской помощи нуждающимся. Осуществляется на уровне штатов при поддержке федеральных властей. Медицинская помощь оказывается лицам, имеющим доход ниже официальной черты бедности.

³ Организации по управлению здравоохранением получают от государства фиксированную сумму денег на предоставление медицинских услуг определенному числу лиц и получают прибыль за счет того, что снижает стоимость услуг.

управлению здравоохранением возросло. В дополнение к этому, после дебатов о реформе здравоохранения Б. Клинтона в 1990-х годах организации по управлению здравоохранением получили все большее распространение [Nigam, Ocasio, 2010]. Противодействие заинтересованных групп, низкий уровень поддержки реформы внутри страны и недостаток политического мастерства демократов не позволили ее осуществить [Blumenthal, 1995].

Ученые, придерживающиеся марксистской экономической теории, указывают, что Конгресс США представляет высший класс американского общества (в частности, медико-промышленный комплекс состоит из страховых компаний, групп работодателей и профессиональных ассоциаций), который выступает против идеи всеобщего медицинского страхования. Реформа Клинтона через ограничение размера ежемесячных платежей по медицинским страховкам привела бы к ценообразованию, препятствующему конкуренции. Это дало Конгрессу США политическую поддержку за счет увеличения количества застрахованных американцев и сократило бы поддержку среди групп, заинтересованных в политике высоких ежемесячных платежей по страховкам.

Специалисты указывают, что проект «Закона о безопасности в сфере здравоохранения» (Health Security Act), предлагавшийся Клинтоном, не учитывал эффекты обратной связи с политикой [Butler, 1994]. На членов Конгресса США, отвечавших за написание текста законопроекта реформы здравоохранения в 1993–1994 гг., воздействовали методами сетевого лоббизма (grass root stactics). Внушалось, что они заплатят высокую политическую цену за поддержку реформы и проиграют на очередных выборах. Заинтересованные группы использовали для этого политически важных избирателей в округах законодателей [Goldstein, 1999].

Наконец, противостоявшие реформе заинтересованные группы потратили значительные ресурсы на негативную рекламу в СМИ на ранних стадиях обсуждения законопроекта. СМИ освещали дебаты без критического анализа и способствовали формированию неблагоприятного для реформы общественного мнения [West, Heith, Goodwin, 1996].

После провала попыток реформировать систему здравоохранения в США на федеральном уровне, некоторые штаты стали самостоятельно расширять доступ к медицинскому страхованию, ограничивать размер расходов штатов на медицину и добиваться увеличения федеральных расходов на медицинское обслуживание населения. Некоторые штаты добились определенных успехов в

данном направлении, в том числе Флорида (штат Гавайи), Массачусетс, Миннесота, Орегон, Вермонт и штат Вашингтон [Kingdon, 1984]. Этому способствовало активное участие местных политиков и поддержка основных участников систем здравоохранения этих штатов [Paul-Shaheen, 1998].

Основными причинами, почему отдельные штаты пытались реформировать систему здравоохранения, служат наличие конкретных проблем в этой сфере (в основном связанных с финансированием затрат штатов на покрытие расходов на разные виды медицинской помощи и страховок, отсутствием минимального страхового обеспечения значительной части малоимущих жителей), определенный социально-экономический и политico-управленческий контекст. Высокая экономическая активность и большой ВВП штата¹, а также развитость системы управления, способной администрировать сложные программы, позволяли получить поддержку реформ со стороны населения. Так, рост расходов бюджета штата, направляемых на обязательное страхование, ассоциировался здесь с увеличением доли людей, обладающих медицинской страховкой. Сильный бюрократический аппарат штата воспринимался как способный к более детальному регулированию организаций здравоохранения и принятию программ по поддержке покупки лекарств (по рецепту) населением.

Важным фактором проведения реформы системы здравоохранения остается партийность, которая, однако, в данном случае не имеет идеологической направленности. Контроль демократов над постом губернатора и законодательным собранием штата согласуется с принятием законодательных актов о всеобщем медицинском страховании для жителей штата и, одновременно, об ограничении организаций по управлению здравоохранением.

В данном случае проявляется разная степень влияния заинтересованных групп в штатах по различным направлениям реформирования здравоохранения. Сторонники регулирования организаций по управлению здравоохранением имели влияние на результат и добивались поставленных целей. Сторонники всеобщего медицинского страхования смогли добиться только умеренного успеха, а группы, выступающие «за» или «против» программ помощи пациентам, не имели влияния на шансы принятия таких программ [Gray, 2013].

¹ В России в подобном случае принято говорить о региональном валовом продукте или РВП. – Прим. ред.

В конечном счете национальная реформа здравоохранения в США не была принята в XX в. из-за того, что не была сформирована коалиция, способная изменить существующие институты и разорвать связь с исторической зависимостью в траектории развития.

Подсистемы в здравоохранении США

Согласно политологической концепции о политических подсистемах (policy subsystems scholars), заинтересованные группы представляют собой одну из подсистем (субъектов) государственной политики. Исследователи пришли к выводу, что в некоторых сферах государственной политики заинтересованные группы находятся в симбиотических отношениях с государством. Увеличение власти президента и снижение власти Конгресса США дают заинтересованным группам преимущество перед рядовыми гражданами. Конкуренция между группами не ведет к плюралистическому равновесию (pluralistic equilibrium), поскольку ни одна из них не беспокоится об общественных интересах, а руководствуется групповыми (частными) целями. В этом случае содержанием государственной политики становится согласование позиций конкретных групп по различным вопросам [Lowi, 1979].

Несмотря на общественное внимание, комитеты и федеральные ведомства США располагают существенной автономией в определении повестки дня и направлении государственной политики в соответствующей сфере [Freeman, 1955]. Для заинтересованной группы наиболее важным фактором успеха в достижении собственных целей является поддержка внутри федеральных органов власти [Baumgartner, 2010]. Считается, что отдельные ведомства правительства США контролируются узкими автономными элитами [McConnell, 1970].

Основное изменение в заинтересованных группах в США на федеральном уровне состоит в их усиливающейся фрагментации. Ассоциации обычно представляли крупные сектора американской экономики, но в 1990-е годы углубляющаяся специализация стала все более очевидной [Weissert, 2012]. Например, по сравнению с 1960-ми годами в 2010-е годы Американская медицинская ассоциация (American Medical Association) более не являлась крупнейшей ассоциацией врачей страны. Врачи также разделились во мнении относительно путей реформирования национальной системы здравоохранения [Quadagno, 2011]. В 2018 г. по данным Центра за

ответственную политику (Center for Responsive Politics), Американская медицинская ассоциация занимала лишь 7-е место по объему взносов в предвыборные фонды политиков (1,3 млн долл.). Другие ассоциации врачей внесли больше средств, в том числе: Американская ассоциация врачей скорой помощи (American College of Emergency Physicians) – 1,5 млн долл., Американская оптометрическая ассоциация – 1,7 млн долл., Американская ассоциация хирургов-ортопедов (American Association of Orthopedic Surgeons) – 1,8 млн долл., Американская ассоциация стоматологов (American Dental Association) – 1,8 млн долл., Американская ассоциация анестезиологов (American Society of Anesthesiologists) – 2,1 млн долл.¹. При этом с точки зрения расходов на лоббизм в 2018 г. Американская медицинская ассоциация по-прежнему занимала 1-е место с объемом затрат в 20,4 млн долл. Американская ассоциация семейных врачей (American Academy of Family Physicians) была на 2-м месте (3,8 млн долл.), Американская ассоциация радиологии (American College of Radiology) – на 3-м месте (3,2 млн долл.)².

Крупные корпорации способны преодолеть проблему кол-лективного действия, заключающуюся в том, что выгоды от изменения государственной политики обычно распространяются на многих, а соответствующие усилия прилагают лишь некоторые. Корпорации участвуют в формировании государственной политики в сфере здравоохранения не только на основе индивидуальных выгод, но и на основе «классового интереса» (classwiderationality). Лучший пример такого поведения – это Вашингтонская бизнес-группа по здравоохранению (Washington Business Group on Health (WBGH)) [Mintz, 1995]. WBGH выражает интересы крупных работодателей. Она, в частности, стремится защитить безналоговый статус корпоративного медицинского страхования³, поскольку это представляется полезным ресурсом в конкурентной борьбе. В условиях высокого уровня безработицы компании могут предлагать

¹ Health Professionals: Top Contributors to Federal Candidates, Parties and Outside Groups // Center for Responsive Politics. – 2018. – Mode of access: <https://www.opensecrets.org/industries/contrib.php?cycle=2018&ind=H01> (дата обращения: 27.04.2019).

² Health Professionals. Lobbying // Center for Responsive Politics – 2018. – Mode of access: <https://www.opensecrets.org/industries/lobbying.php?cycle=2018&ind=H01> (дата обращения: 27.04.2019).

³ В 1930–1950-е годы в США был принят ряд законов, по которым выгоды, получаемые работниками от работодателей в виде корпоративных медицинских полисов, не облагаются налогами.

менее щедрые медицинские страховки, а при низком уровне безработицы – более щедрые. Подобная гибкость является важным инструментом поддержания конкурентоспособности.

Согласование государственной политики в сфере здравоохранения в США – очень сложный процесс. Обладание достоверной и максимально полной информацией в ходе ведущихся здесь дебатов крайне важно. Проведенные исследования показали, что лоббисты получают большую часть новой информации через свои слабые связи (*weaktie connections*), а не через сильные непосредственные связи (*strongties*) [Carpenter, Esterling, Lazer, 1998]. Иными словами, именно слабые связи представляют собой наиболее важный социальный капитал в процессах лоббирования на уровне государственной политики в США.

Интересы различных групп в системе здравоохранения США продвигаются несколькими способами. Во-первых, путем финансирования медицинских исследований в университетах. Во-вторых, благодаря стимулированию определенной подачи информации в СМИ и в профессиональных научных изданиях. В-третьих, за счет создания групп или организаций пациентов, страдающих определенными заболеваниями. В-четвертых, в результате использования информации из платежей в Управление по лекарствам и продуктам питания (Food and Drug Administration), которые предоставляют фармацевтические и другие компании при рассмотрении своих заявок на одобрение новых лекарств и медицинских приборов [Geyman, 2004].

Попытки уравнять лоббистские расходы медицинских организаций с влиянием других заинтересованных групп пока не достигают цели [Baumgartner, 2010]. По мнению некоторых ученых, группы пациентов и группы, выступающие за общественное здоровье (public health) или подготовку к эпидемиям, имеют ограниченное влияние на выработку государственной политики в сфере здравоохранения США. Хотя терапевты и медицинские работники в целом почувствовали, что их возможности влиять на государственную политику в сфере здравоохранения с середины 1990-х годов существенно сократились.

Данные отчетов по закону 1995 г. «О раскрытии лоббистской деятельности» за 1997–2000 гг. показывают, что к 2000 г. организации здравоохранения представляли собой самого щедрого клиента лоббистов: они обеспечивали 15% от общего объема расходов на лоббизм в США. Внутри сектора здравоохранения на первом месте по расходам на лоббизм стоит фармацевтическая

промышленность. На втором месте были терапевты и другой медицинский персонал, на третьем – группы пациентов и группы, отстаивающие вопросы общественного здоровья, например эпидемиологи. Примечательно, что за 1997–2000 гг. лоббистские расходы частных лечебных учреждений (больниц) увеличились на 59%, производителей лекарственных средств – на 27, врачей – на 10, групп пациентов – на 9% [Demko, 2014].

Один из основных участников процесса принятия государственных решений в сфере здравоохранения США – ассоциации. Они могут быть охарактеризованы как частные, автономные, ограниченные в своей цели, гомогенные, добровольные. Зачастую ассоциации рассматриваются как форма частного правительства (*private government*), в котором отсутствует процесс разрешения внутренних конфликтов. Во многих случаях руководство ассоциаций имеет собственные интересы, которые отличаются от интересов рядовых членов [McConnell, 1970].

Профессиональные медицинские ассоциации (*professional medical associations – PMA*) в США, представляющие группы врачей-специалистов или ассоциации больных, зачастую имеют системные конфликты интересов. Так, группы врачей-специалистов выполняют две взаимоисключающие задачи: формируют медицинские протоколы лечения и осуществляют защиту финансовых интересов своих членов. Например, в 2015 г. эти группы преуспели в отмене формулы устойчивого роста (*sustainable growth rate formula*), которую использовал Центр по услугам «Медикэр» и «Медикейд» для контроля расходов на здравоохранение. Различные ассоциации больных (например, Американская ассоциация больных диабетом – *American Diabetes Association*) пытаются защитить взаимоисключающие интересы врачей и пациентов. Например, фармацевтические компании платят деньги врачам за выписку определенных лекарств, в то время как пациенты заинтересованы в получении более дешевых аналогов. В 2009 г. несколько профессиональных медицинских ассоциаций заявили о намерении снизить долю средств от фармацевтических компаний в своих бюджетах, но не сдержали слова [Nissen, 2017].

Взаимоотношения между группами пациентов и фармацевтическими компаниями являются проблемой во многих странах. В Великобритании, например, для ограничения влияния фармацевтов на группы пациентов предлагается использовать государственное финансирование [Herxheimer, 2003]. Кроме того, в 2010 г. правительство Великобритании выступило за усиление превен-

тивных мер в здравоохранении. Хотя группы пациентов сконцентрированы на оказании медицинских услуг, но некоторые из них стали, вслед за государством, уделять внимание профилактическим мерам.

В США процесс утверждения лекарств в Администрации по лекарствам и продуктам питания очень противоречив. С одной стороны, это ведомство хочет получить как можно больше информации о новом лекарстве. С другой стороны, группы пациентов и фармацевтическая промышленность могут выступать в качестве влиятельной коалиции, которая пытается ускорить процесс получения одобрения нового лекарства, в особенности если на рынке отсутствуют аналоги [Carpenter, 2004].

Одним из механизмов влияния заинтересованных групп на процесс принятия решений в исполнительных органах власти США выступает рассмотрение итоговых проектов нормативно-правовых актов Административно-бюджетным управлением при президенте США (Office of Management and Budget – ОМБ). Влияние заинтересованных групп на этот процесс обнаруживается тогда, когда в него вовлечены бизнес-группы или когда среди них есть консенсус по тому или иному нормативно-правовому акту. Влияние заинтересованных групп не заметно, когда проект нормативно-правового акта касается общественных интересов.

Можно констатировать, что в настоящее время профессиональные группы в системе здравоохранения США разделены и потеряли прежнее влияние, а значимость представителей фармацевтической промышленности как заинтересованной группы существенно возросла. Политика США в сфере лекарственного обеспечения представляется яркой иллюстрацией концепции политики подсистем, согласно которой разные субъекты государственной политики играют определенную роль в процессе принятия решений. В 2019 г. администрация Д. Трампа предложила проект нормативно-правового акта, который ограничивал список лекарств, оплачиваемых «Медикэр», и тем самым стимулировал страховые компании предлагать своим клиентам более дешевые аналоги. Но кампания нескольких десятков групп пациентов в форме негативных рекламных роликов на этот законопроект способствовала его отклонению Конгрессом.

При этом наблюдается тенденция усиления зависимости общественного мнения от производителей лекарственных средств. Ряд ассоциаций пациентов получают финансирование от фармацевтических компаний для поддержки или противодействия при-

нятию тех или иных решений на государственном уровне. Так, Ассоциация больных метастатическим раком груди (Metastatic Breast Cancer Alliance) получила от фармацевтических компаний 16 млн долл., Ассоциация больных сердечными заболеваниями (American Heart Association) – 15,8 млн долл. [Knight, 2019].

Почему реформа системы здравоохранения удалась Б. Обаме?

Комбинация институциональных, общественных и личных факторов позволила начать реформу системы здравоохранения в США в 2010 г. Закон 2010 г. «О защите пациентов и доступном здравоохранении» является компромиссным документом, который отражает идеи как демократов, так и республиканцев.

Индивидуальный мандат (individual mandate), или требование для всех американцев иметь медицинскую страховку, впервые появился в законопроекте 1992 г. «О всеобъемлющей реформе здравоохранения», который продвигался администрацией Дж. Буша-старшего. Детальное регулирование страховых компаний (единые тарифы, гарантированная продажа полиса всем желающим и т.д.) впервые подробно было расписано в законопроекте 1993 г. «О безопасности Америки в сфере здравоохранения», который пыталась принять администрация Б. Клинтона. Требования к работодателям предоставлять своим сотрудникам корпоративное медицинское страхование, а также предоставление субсидий на покупку медицинских страховок для малоимущих были описаны в законопроекте 1993 г. «О реформе доступа к здравоохранению», который выдвинул сенатор Дж. Чиффе в качестве альтернативы реформе Клинтона. Использование статьи 1115 закона 1965 г. «О поправках в закон о социальном страховании», предложенное Б. Клинтоном, позволило правительствам штатов расширять программу «Медикейд», предоставляя миллионам малоимущих американцев доступ к медицинским услугам. Наконец, реформа здравоохранения в Массачусетсе, которую провел республиканец М. Ромни, собрала в себе все эти идеи и стала прологом для реформы Б. Обамы [Quadagno, 2014].

К 2009–2010 гг. уникальное сочетание обстоятельств обеспечило условия для проведения реформы. Среди них: представление о серьезности кризиса в системе здравоохранения; процедурные изменения в регламенте Палаты представителей, произведенные Н. Гингричем еще в 1994 г., которые увеличили роль руково-

водства палаты; высокая популярность Б. Обамы внутри страны [Peterson, 2011].

Факторами возможности ее осуществления стали, во-первых, pragmatism и решимость руководства США, которое в этот период представляли демократы (Б. Обама, Н. Пелоси, Г. Рид) [Jacobs, Skocpol, 2015], а также единство разработчиков законопроекта из трех ключевых комитетов (комитета по энергетике и торговле, комитета по налогам и сборам, комитет по образованию и труду). При этом все они были готовы идти на компромиссы с республиканцами. Во-вторых, законопроект был достаточно быстро проведен через Конгресс США, что позволило предотвратить мобилизацию заинтересованных групп. В-третьих, было принято решение о перераспределительном финансировании (redistributive financing) в виде налогов на обеспеченных американцев. При этом отсутствовали системные меры по сдерживанию расходов на здравоохранение, предложение которых погубило реформу Б. Клинтона. Впрочем, было проведено сокращение программы «Медикэр Плюс», в которой пенсионеры получают средства от государства на покупку частных полисов медицинского страхования. В-четвертых, реформаторы постарались максимально учесть мнение заинтересованных групп [Oberlander, 2010]. Благодаря такому подходу в выборочном цикле 2010 г. организации системы здравоохранения пожертвовали демократам 59% своих средств, а республиканцам 41%.

Важно отметить такой фактор успеха реформаторов, как правильная формулировка проблемы. Сторонники реформ в качестве аргумента необходимости преобразований указывали причины проблемной ситуации, которые не являются следствием человеческой природы или случая [Stone, 1989]. В результате республиканцы не смогли доказать, что только ленивые люди не имеют доступа к медицинским услугам. Демократы действовали более успешно в плане формирования общественной поддержки реформы.

Однако заинтересованные группы смогли внести ограничения в реформу системы здравоохранения США 2010 г. [Margol, Oberlander, 2011]. Страховые компании смогли добиться исключения из итогового текста законопроекта положения о государственном страховании для всех американцев. В 2009 г. в Конгрессе США обсуждалась идея управляемой государством программы медицинского страхования, которая будет конкурировать с корпоративным страхованием от работодателей и с регулируемыми го-

сударством рынками медицинского страхования. К декабря 2009 г. эта идея была снята с повестки дня [Jacobs, Skocpol, 2015]. Коалиция работодателей и профсоюзов добилась сохранения корпоративного медицинского страхования за счет того, что оно, как и прежде, не облагается налогами. Католические группы принудили Б. Обаму пообещать издать указ, согласно которому федеральные средства не могут направляться на аборты, не обоснованные медицинскими показаниями [Quadagno, 2010]. Позднее этот вопрос был решен Верховным судом США, который разрешил частным компаниям не включать оплату абортов в корпоративное страхование.

Таким образом, сочетание ряда факторов сделало реформу системы здравоохранения в США возможной, а комбинация внутренних условий определила ее ограниченный характер.

Реформа Б. Обамы имеет три положительных эффекта: расширение доступа граждан к медицинским услугам; защита людей с хроническими заболеваниями (до реформы страховые компании могли отказать таким клиентам в покупке полиса или выставить высокую цену за страховку); увязка размера выплат лечебным учреждениям (больницам) с качеством медицинских услуг. В результате их проявления за период с апреля по май 2020 г. доля американцев, одобряющих реформу, увеличилась с 46 до 51%¹. Одновременно некоторые профессиональные медицинские ассоциации, такие как Американская ассоциация хирургов-ортопедов и Американская ассоциация хирургов, специализирующихся на заболеваниях колен и бедер (American Association of Hip and Knee Surgeons), изменили медицинские протоколы лечения в целях повышения качества предоставляемых услуг [Chambers, 2016].

Итак, ряд факторов сделали реформу возможной: ее ограниченный характер, желание демократов идти на уступки заинтересованным группам, представление о кризисе в здравоохранении (высокая доля незастрахованных, расовые различия в доступе к здравоохранению, медицинские расходы как ключевая причина банкротств физических лиц), изменение регламента Палаты представителей, популярность президента Б. Обамы, контроль демократов над обеими палатами Конгресса и Белым домом.

¹ KFF Health Tracking Poll: The Public's Views on the ACA // KFF (Kaiser Family Foundation). – 2020. – Mode of access: <https://www.kff.org/interactive/kff-health-tracking-poll-the-publics-views-on-the-aca/#?aRange=all> (дата обращения: 26.07.2020).

Насколько устойчивы результаты реформы системы здравоохранения Б. Обамы?

Факторы, которые сделали возможной реформу системы здравоохранения в США 2010 г., имеют и определенные негативные эффекты. Их действие подрывает устойчивость изменений.

Ученые, занимающиеся проблемой устойчивости результатов реформ, часто используют в качестве теоретической базы концепцию эффектов политики (policy feed back effects). Данный подход нацелен на объяснение воздействия реформ на поведение политиков и влияния текущей государственной политики на решения, принимаемые впоследствии.

По мнению политологов, поляризация и недоверие среди политиков является одним из главных препятствий при реализации реформ [Mechanic, McAlpine, 2010; Peterson, 2012]. Например, в США штаты, контролируемые республиканцами, за редким исключением решили не расширять программу «Медикейд»¹. Впрочем, используя так называемое «освобождение от обязательств» (waivers), администрация Обамы смогла убедить несколько республиканских штатов увеличить таким способом доступ своим жителям к здравоохранению [Thompson, Gusmano, 2014].

«Освобождение от обязательств» в общем случае представляет собой делегирование Конгрессом США исполнительной власти полномочия осуществлять определенные отклонения от закона. До президентства Клинтона этот механизм в сфере здравоохранения использовался редко. В 1990–2010 годы «освобождение от обязательств» дало возможность штатам перевести значительную часть участников программы «Медикейд» из системы оплаты за услуги (fee-for-service) в систему «управляемого лечения» (managedcare)². Кроме того, увеличилось количество людей, получающих медицинские услуги через Медикейд, и изменилась инфра-

¹ Закон 2010 г. «О защите пациентов и доступном здравоохранении» дал право штатам расширить «Медикейд» за счет лиц, чей доход не превышает 133% федерального уровня бедности. По состоянию на 21 апреля 2020 г. 14 штатов еще не приняли решения о расширении «Медикейд».

² Управляемое лечение (managedcare) – система, при которой организация получает фиксированную сумму на обслуживание определенного числа людей в определенный период. Оптимизация стоимости оказания медицинских услуг позволяет получать соответствующую прибыль. Представляет собой попытку снизить темпы роста расходов на здравоохранение в США без уменьшения объема предоставляемых услуг.

структурой медицинского обслуживания. В 2010–2020 годы около 80% запросов штатов на «освобождение от обязательств» были одобрены федеральным правительством. В результате одна треть расходов программы «Медикейд» направлялась на деятельность, осуществляемую в этих рамках [Gusmano, Thompson, 2020].

При президентстве Обамы штаты (в том числе такие контролируемые республиканцами, как Индиана, Мичиган, Монтана) расширяли программы «Медикейд» для увеличения количества людей, имеющих доступ к медицинским услугам, на основе принципов выбора и личной ответственности. Применялись такие нехарактерные для «Медикейд» механизмы, как уплата ежемесячных платежей по страховке, управление счетом на оплату медицинских расходов, отмена ежемесячных платежей при условии прохождения ежегодного медицинского обследования, прохождение курсов повышения профессиональной квалификации и т.п.

Наоборот, в период действия администрации Трампа «освобождение от обязательств» стало применяться для снижения количества лиц, получающих медицинскую помощь через «Медикейд».

В 2017 г. Трамп попытался отменить реформу системы здравоохранения Обамы. После неудачи этой инициативы в Конгрессе США администрация Трампа приняла ряд нормативно-правовых актов, искажающих ход реализации реформы. Во-первых, было введено требование наличия работы (учебы, поиска работы или участия в качестве волонтера в деятельности некоммерческих организаций) для тех, кто хочет пользоваться программой «Медикейд». Во-вторых, указом президента профильным федеральным ведомствам предписывалось продвигать полисы медицинского страхования, не подпадающие под действие закона 2010 г. «О защите пациентов и доступном здравоохранении». Другие акты изменили определение работодателя (по закону «О безопасности доходов и пенсионном обеспечении» – Employee Retirement and Income Security Act), увеличили действие краткосрочных медицинских полисов с 3 месяцев до 3 лет и обязали снизить расходы на рекламу регулируемых государством рынков медицинского страхования. Однако остановить реализацию реформы системы здравоохранения администрации Трампа не удалось. Множество актов были заблокированы судами, а количество людей, пользующихся регулируемыми государством рынками медицинского страхования, снизилось незначительно [Thompson, Gusmano, Shinohara, 2018].

По состоянию на декабрь 2019 г. десять штатов с губернаторами-республиканцами воспользовались предложениями адми-

страции Трампа по трансформации содержания «освобождения от обязательств». В четырех штатах такие «освобождения от обязательств» не вступили в силу, поскольку различные общественные организации оспорили их в судебном порядке. Например, в 2018 г. судья по Федеральному округу Колумбия Дж. Боасберг отменил подобное «освобождение от обязательств», посчитав, что оно противоречит сути закона, который нацелен на увеличение количества людей, получающих медицинскую помощь.

Американские исследователи также отмечают, что исполнение законодательства в сфере здравоохранения традиционно было прерогативой бюрократии. Однако администрации Обамы и Трампа стали использовать бюрократические инструменты (такие, как «освобождение от обязательств») для реализации противоположных политических целей.

Республиканские штаты в значительной степени продолжают противодействовать реформе системы здравоохранения. Причинами этому служат традиционные политические разногласия с демократами и недостаточно развитый в этих регионах бюрократический аппарат. При этом демократические штаты больше преуспели в сглаживании конфликтов и в предоставлении медицинских услуг [Greer, 2011]. Кроме того, привлечение Обамой семи республиканских штатов к расширению программы «Медикейд» имело достаточно устойчивый результат. По крайней мере в первые три года президентства Трампа ни один штат не пересмотрел ранее принятые решения [Gusmano, Thompson, 2020].

Сложность системы здравоохранения в США не позволяет многим людям осознавать свои интересы и выгоды. Значительная часть расходов на здравоохранение скрыта особенностями налогового законодательства, которое, например, не облагает налогами корпоративное медицинское страхование. Основная проблема реформы здравоохранения в том, что она «затыкала дыры» в действующей системе. В свою очередь оппозиция реформе во многом базируется на узких интересах тех, кто уже пользуется медицинскими услугами через «Медикэр» и корпоративное страхование [Starr, 2013].

Применение концепции эффектов политики в отношении реформы системы здравоохранения Обамы позволяет сделать следующие выводы. Во-первых, позитивно воспринимаются реформы в том случае, когда люди получают конкретную пользу от изменений (например, государственные субсидии на покупку частных полисов медицинского страхования или защита людей с хрони-

ческими заболеваниями). Во-вторых, аксиома теории эффектов политики – преобладание эгоистического интереса – аннулируется политическими факторами. Общая оценка реформы зависит от уровня доверия правительству и партийной принадлежности. Так, низкое доверие правительству и принадлежность к республиканской партии сочетается с негативной оценкой реформы системы здравоохранения в США. Конкретные результаты реформы в данном контексте не являются значимыми. В-третьих, социотропизм (sociotropism) – ориентация на интересы общества в целом – ведет к положительной оценке реформы. Люди, сфокусированные на пользе реформ для общества (например, такой, как расширение доступа к медицинским услугам), позитивно оценивают реализацию реформы американской системы здравоохранения вне зависимости от партийной принадлежности [Jacobs, Mettler, 2018]. Впрочем, партийная принадлежность влияет на решение использовать достижения реформы. Республиканцы с меньшей вероятностью, чем демократы, покупают полисы медицинского страхования на регулируемых государством рынках [Lerman, Sadin, Trachtman, 2017].

Эффекты политики и партийная принадлежность влияют и на сами рынки медицинского страхования. В республиканских штатах, где реформа не популярна, люди меньше покупают полисы на регулируемых государством рынках. Это ведет к ухудшению рисковых пулов (riskpools) в республиканских штатах по сравнению с демократическими, так как только люди с серьезными заболеваниями покупают такие страховки. В результате ежемесячные платежи по страховым полисам в республиканских штатах выше, чем в демократических [Trachtman, 2019].

Комбинация позитивных (увеличение числа застрахованных, защита людей с хроническими заболеваниями) и негативных эффектов (ограничение федерального финансирования расширения программы «Медикейд» и высокие расходы пациентов по полисам, продаваемым на регулируемых государством рынках) привела к тому, что реформа американской системы здравоохранения, начатая Б. Обамой, продолжается.

Заключение

Масштабы системы здравоохранения в США огромны, а ее достижения вполне убедительны. Однако она во многом сохраняет элитарную направленность, что во многом противоречит демокра-

тическим традициям страны. Реформа позволила снизить число людей без медицинского страхования: в 2009 г. 15% населения (45,6 млн человек не имели полиса медицинского страхования), к 2018 г. благодаря реформе и несмотря на саботаж администрации Трампа, доля незастрахованных сократилась до 8,9% (28 млн человек). Не удалось решить проблемы расового неравенства в доступе к здравоохранению и проблему медицинских счетов, как основной причины банкротств физических лиц. В 2009 г. не имели полиса 13% белых, 18% афроамериканцев, 30% испаноязычных, к 2018 г. диспропорции сохранились, не имели полиса 8% белых, 10% афроамериканцев, 18% испаноязычных, свидетельствуют данные Бюро переписи населения [US Census Bureau..., 2019]. Личные медицинские расходы являются одной из основных причин банкротств физических лиц в США, в 2007 г. 62% респондентов, подавших в суд на объявление банкротства, указывали, что основная причина – высокие счета за медицинское обслуживание, аналогичный опрос, проведенный после 2014 г., показал, что ситуация не изменилась, 65% американцев, инициировавших процедуру банкротства, указывают медицинские расходы как основную причину [Himmelstein, 2019].

Исследователи с разной степенью убедительности объясняют, почему в конце XX в. реформа системы здравоохранения в США проваливалась и почему она была реализована в начале XXI в. Однако все они сходятся во мнении, что предшественники Обамы предлагали слишком жесткие меры. Б. Обама смог проявить необходимую гибкость. Приложив значительные усилия, демократы создали широкую коалицию по поддержке реформ и добились принятия нужных решений.

Попытки следующей администрации республиканца Д. Трампа воспрепятствовать реализации начатой реформы системы здравоохранения в США практически провалились. Однако высокий уровень смертности от коронавируса и масштабы потерь от эпидемии COVID-19 наглядно продемонстрировали незавершенность реформы и наличие существенных проблем в современной американской системе здравоохранения. Опыт ее функционирования и реформирования – как позитивный, так и негативный, – служит поучительным примером для других стран мира, особенно для России, склонной порой к широкому использованию зарубежных практик.

Список литературы

1. Baggott R., Allsop J., Jones K. Speaking for patients and careers: health consumer groups and the policy process. – Globe Press, 2004. – 365 p. – Mode of access: <https://www.macmillanihe.com/page/detail/Speaking-for-Patients-and-Carers/?K=9780230801851>
2. Baggott R., Jones K. Prevention better than cure? Health consumer and patients' organizations and public health // Social science & medicine. – 2011. – Vol. 73, N 4. – P. 530–534.
3. Baumgartner F. Lobbying and policy change: who wins, who loses, and why // The j. of politics. – 2010. – Vol. 72, N 4. – P. 1252–1253.
4. Blumenthal D. Health care reform – past and future // Elder law j. – 1995. – Vol. 3. – P. 89–98.
5. Bodenheimer T. The Serpent on the staff: the unhealthy politics of the American medical association // J. of public health policy. – 1995. – Vol. 16, N 4. – P. 496–498.
6. Booth A. Healthcare reform in the United States: why structures matter. – Chapel Hill: University of North Carolina at Chapel Hill Press, 2012. – 52 p.
7. Burgin E. Congress, policy sustainability, and the affordable care act: democratic policy makers overlooked implementation, post-enactment politics, and policy feedback effects // Congress & the presidency. – 2018. – Vol. 45, N 3. – P. 279–314.
8. Butler H. Unhealthy alliances: bureaucrats, interest groups, and politicians in health reform. – Washington, D.C.: AEI Press, 1994. – 100 p.
9. Carpenter D. The political economy of FDA drug review: processing, politics, and lessons for policy // Health affairs. – 2004. – Vol. 23, N 1. – P. 52–64.
10. Carpenter D., Esterling K., Lazer D. The strength of weak ties in lobbying networks: evidence from healthcare politics in the United States // J. of theoretical politics. – 1998. – Vol. 10, N 4. – P. 417–44.
11. Chambers M. Health care reform // Orthopedic clinics of North America. – 2016. – Vol. 47, N 4. – P. 645–652.
12. Contandriopoulos D. On the nature and strategies of organized interests in health care policy making // Administration & society. – 2011. – Vol. 43, N 1. – P. 45–65.
13. Danielson T., Stryker R. Cultural influences on social policy development // Oxford Handbook of U.S. Social Policy, edited by Daniel Béland, Kimberly J. Morgan and Christopher Howard. – New York: Oxford University Press, 2015. – P. 133–150.
14. Demko P. Healthcare's hired hands: when the stakes rise in Washington, healthcare interests seek well-connected lobbying firms // Modern healthcare. – 2014. – Vol. 44, N 40. – P. 12–16.
15. Evans R. Going for the gold: the redistributive agenda behind market-based health care reform // J. of health politics, policy and law. – 1997. – Vol. 22. – N 2. – P. 427–465.

16. Freeman J. The political process: executive bureau-legislative committee relations. – Garden City, N.Y: Doubleday, 1955. – 75 p.
17. Geyman J. The corporate transformation of health care: can the public interest still be served? – New York: Springer, 2004. – 328 p.
18. Goldstein M. Interest groups, lobbying, and participation in America. – New York: Cambridge university press, 1999. – 158 p.
19. Gray V. Interest groups and health care reform across the United States. – Washington, D.C.: Georgetown university press, 2013. – 228 p.
20. Greer S. The states' role under the patient protection and affordable care act // *J. of health politics, policy and law*. – 2011. – Vol. 36, N 3. – P. 469–473.
21. Gusmano M., Thompson F. The administrative presidency, waivers, and the affordable care act // *J. of health politics, policy and law*. – Durham: Duke university press, 2020. – Vol. 45, N 4. – P. 633–646.
22. Haeder S., Webb Yackee S. Influence and the administrative process: lobbying the U.S. president's office of management and budget // *American political science review*. – Vol. 109, N 3. – P. 507–522.
23. Herxheimer A. Relationships between the pharmaceutical industry and patients' organizations // *British medical j.* – 2003. – Vol. 326, N 7400. – P. 1208–1210.
24. Himmelstein D. Medical bankruptcy: still common despite the Affordable Care Act // *AJPH Law & Ethics*. – 2019. – Vol. 109, N 3. – P. 431–433.
25. Immergut E. Institutions, veto points, and policy results: a comparative analysis of health care // *J. of public policy*. – 1990. – Vol. 10, N 4. – P. 391–416.
26. Jacobs L., Mettler S. When and how new policy creates new politics: examining the feedback effects of the affordable care act on public opinion // *Perspectives on politics*. – 2018. – Vol. 16. – N 2. – P. 345–363.
27. Jacobs L., Skocpol T. Health care reform and American politics: what everyone needs to know. – Oxford university press, 2015. – 210 p.
28. Kingdon J. Agendas, alternatives, and public policies. – Boston: Little, Brown, 1984. – 70 p.
29. Knight S. Big pharma gave money to patient advocacy groups opposing Medicare changes // *Kaiser health news*. – 2019. – 28.04. – Mode of access: <https://khn.org/news/big-pharma-gave-money-to-patient-advocacy-groups-opposing-medicare-changes/> (дата обращения: 02.08.2020).
30. Landers S., Sehgal A. Health care lobbying in the United States // *The American j. of medicine*. – 2004. – Vol. 116, N 7. – P. 474–477.
31. Lau R., Schlesinger M. Policy frames, metaphorical reasoning, and support for public policies // *Political psychology*. – 2005. – Vol. 26, N 1. – P. 77–114.
32. Lawrence J., Mettler S. When and how new policy creates new politics: examining the feedback effects of the affordable care act on public opinion // *Perspectives on politics*. – 2018. – Vol. 16, N 2. – P. 1255–1268.

33. Lerman A., Sadin M., Trachtman S. Policy uptake as political behavior: evidence from the affordable care act // American political science review. – 2017. – Vol. 111, N 4. – P. 755–770.
34. Lowi T. The end of liberalism: the second republic of the United States. – New York: Norton, 1979. – 165 p.
35. Mahoney Ch. Brussels versus the Beltway. Advocacy in the United States and the European Union. – Washington, DC: Georgetown University Press, 2008. – 256 p.
36. Marmor T., Oberlander J. The patchwork: health reform, American style // Social science & medicine. – 2011. – Vol. 72, N 2. – P. 125–128.
37. McConnell G. Private Power & American Democracy. – Vintage Books, 1970. – 399 p.
38. Mechanic D., McAlpine D. Sociology of health care reform: building on research and analysis to improve health care // J. of health and social behavior. – 2010. – Vol. 51, N 1. – P. 147–159.
39. Mintz B. Business participation in health care policy reform: factors contributing to collective action within the business community // Social problems. – 1995. – Vol. 42, N 3. – P. 408–428.
40. Moosbrugger L. The vulnerability thesis: interest group influence and institutional design. – New Haven, CT: Yale university press, 2012. – 208 p.
41. Nigam A., Ocasio W. Event attention, environmental sensemaking, and change in institutional logics // Organization Science. – 2010. – Vol. 21, N 4. – P. 823–841.
42. Nissen S. Conflicts of interest and professional medical associations: progress and remaining challenges // J. of American medical association. – 2017. – Vol. 317, N 17. – P. 1737–1744.
43. Oberlander J. Long time coming: why health reform finally passed // Health affairs. – 2010. – Vol. 29, N 6. – P. 1112–1125.
44. OECD DATA. Health spending // OECD. – 2019. – Mode of access: <https://data.oecd.org/healthres/health-spending.htm> (дата обращения: 25.08.2020).
45. Paul-Shaheen P. The states and health care reform: the road traveled and lessons learned from seven that took the lead // J. of health politics, policy and law. – 1998. – Vol. 23, N 2. – P. 319–361.
46. Peterson M. The ideological and partisan polarization of healthcare reform and tax policy // Tax law review. – 2012. – Vol. 65, N 4. – P. 627–667.
47. Peterson M. It was a different time: Obama and the unique opportunity for health care reform // J. of health politics, policy and law. – 2011. – Vol. 36, N 3. – P. 429–436.
48. Quadagno J. Institutions, interest groups, and ideology: an agenda for the sociology of health care reform // J. of health and social behavior. – 2010. – Vol. 51, N 2. – P. 125–136.

49. Quadagno J. Interest-group influence on the patient protection and affordability act of 2010: winners and losers in the health care reform debate // *J. of health politics, policy and law.* – 2011. – Vol. 36, N 3. – P. 449–453.
50. Quadagno J. Right-wing conspiracy? socialist plot? the origins of the patient protection and affordable care act // *J. of health politics, policy and law.* – 2014 – Vol. 39, N 1. – P. 35–56.
51. Quadagno J. Why the United States has no national health insurance: stakeholder mobilization against the welfare state, 1945–1996 // *J. of health and social behavior.* – 2004. – Vol. 45, N 3. – P. 25–44.
52. Starr P. *Remedy and reaction: the peculiar American struggle over health care reform.* – New Haven, CT: Yale University Press, 2013. – 324 p.
53. Steinmo S., Watts J. It's the institutions, stupid! why comprehensive national health insurance always fails in America // *J. of health politics, policy and law.* – 1995. – Vol. 20, N 2. – P. 329–372.
54. Stone D. Causal stories and the formation of policy agendas // *Political science quarterly.* – 1989. – Vol. 104, N 2. – P. 281–302.
55. Thompson F., Gusmano M., Shinohara S. Trump and the affordable care act: congressional repeal efforts, executive federalism, and program durability // *Publius: the j. of federalism.* – 2018. – Vol. 48, N 3. – P. 396–424.
56. Thompson F., Gusmano M. The administrative presidency and fractious federalism: the case of Obamacare // *Publius: the j. of federalism.* – 2014. – Vol. 44, N 3. – P. 426–450.
57. Trachtman S. Polarization, participation, and premiums: how political behavior helps explain where the ACA works, and where it doesn't // *J. of health politics, policy and law.* – 2019. – Vol. 44, N 6. – P. 855–884.
58. US Census Bureau. Health insurance historical tables // *Census Bureau.* – 2020. – Mode of access: <https://www.census.gov/data/tables/time-series/demo/health-insurance/historical-series/hic.html> (дата обращения: 25.08.2020).
59. Weissert W. *Governing health: the politics of health policy.* – Baltimore: Johns Hopkins University Press, 2012. – 260 p.
60. West D., Heith D., Goodwin C. Harry and Louise go to Washington: political advertising and health care reform // *J. of health politics, policy and law.* – 1996. – Vol. 21, N 1. – P. 35–68.
61. Wilsford D. Path dependency, or why history makes it difficult but not impossible to reform health care systems in a big way // *J. of public policy.* – 1994. – Vol. 14, N 3. – P. 251–283.