

Тухватуллин Рустэм Расфарович

АМЕРИКАНСКИЙ БИЗНЕС И ПРОБЛЕМА РЫНОЧНО ОРИЕНТИРОВАННЫХ РЕФОРМ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ (ВТОРАЯ ПОЛОВИНА 1970-Х ГГ.)

В статье рассматривается отношение американского бизнеса к планам рыночно ориентированных реформ в системе здравоохранения, обсуждавшимся в период президентства Д. Картера. Показана сущность конкурентной стратегии в этой сфере. Проанализирована позиция различных групп и организаций американского бизнеса по отношению к планам проконкурентной реорганизации системы здравоохранения. Автор отмечает особенности подходов различных групп бизнеса к данным стратегии и планам.

Адрес статьи: www.gramota.net/materials/3/2017/10-2/42.html

Источник

Исторические, философские, политические и юридические науки, культурология и искусствоведение. Вопросы теории и практики

Тамбов: Грамота, 2017. № 10(84) : в 2-х ч. Ч. 2. С. 164-167. ISSN 1997-292X.

Адрес журнала: www.gramota.net/editions/3.html

Содержание данного номера журнала: www.gramota.net/materials/3/2017/10-2/

© Издательство "Грамота"

Информация о возможности публикации статей в журнале размещена на Интернет сайте издательства: www.gramota.net

Вопросы, связанные с публикациями научных материалов, редакция просит направлять на адрес: hist@gramota.net

УДК 94(7)“1975/1979”

Исторические науки и археология

В статье рассматривается отношение американского бизнеса к планам рыночно ориентированных реформ в системе здравоохранения, обсуждавшимся в период президентства Д. Картера. Показана сущность конкурентной стратегии в этой сфере. Проанализирована позиция различных групп и организаций американского бизнеса по отношению к планам проконкурентной реорганизации системы здравоохранения. Автор отмечает особенности подходов различных групп бизнеса к данным стратегии и планам.

Ключевые слова и фразы: национальное медицинское страхование; Д. Картер; проконкурентные планы; Американская медицинская ассоциация; Федерация американских больниц; Голубой крест; Голубой щит; Торговая палата США.

Тухватуллин Рустэм Расфарович, к.и.н., доцент
Башкирский государственный университет, г. Уфа
rtuhvatullin@rambler.ru

АМЕРИКАНСКИЙ БИЗНЕС И ПРОБЛЕМА РЫНОЧНО ОРИЕНТИРОВАННЫХ РЕФОРМ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ (ВТОРАЯ ПОЛОВИНА 1970-Х ГГ.)

В дебатах второй половины 70-х г. XX в. по проблеме реформирования здравоохранения США, помимо известных и обсуждавшихся предложений [2, с. 192-197], появилась новая стратегия. Сторонники рассматривали её в качестве альтернативы предложениям, предполагавшим усиление государственного регулирования медицины. Появление такой стратегии неслучайно в общественно-политической атмосфере США этого периода. В 1960-х – первой половине 1970-х гг. произошло расширение охвата страхованием и финансовых возможностей получения медпомощи. Но при отсутствии ценовой конкуренции между производителями медуслуг это вылилось в быстрый рост расходов на здравоохранение. Данное обстоятельство стало стимулом для поиска путей по сдерживанию роста цен [13, р. 113-123].

Во второй половине 1970-х гг. обвинения в неэффективности и расточительности правительственной бюрократии, рост расходов правительства и их низкая эффективность привели к появлению концепции о реорганизации системы оказания медицинской помощи в соответствии с рыночными силами и регуляторами. Задумывалось, что рыночные стимулы повысят действенность системы оказания медпомощи, усилят её реакцию на нужды потребителей. Следствием станет ограничение роста расходов на медобслуживание и более правильное размещение дефицитных медицинских средств и фондов [9, р. 37; 10, р. 286].

Стратегия поощрения конкуренции в сфере здравоохранения опирается на способность потребителя выбрать нужный план медицинского обслуживания при условии, что он обладает информацией о цене и услугах каждого из планов, а также получает некий экономический стимул для «прагматичного» выбора. Функция государства видится не в контроле над поставщиками медицинских услуг с целью сдерживания роста затрат на медобслуживание, а в конкурентной перестройке частного медицинского и страхового сектора.

Таким образом, главное в рассматриваемой стратегии – не устанавливать контроль над предложением медицинских услуг, а оказать влияние на излишний спрос. Это достижимо при изменении налоговых стимулов, которые воздействуют на приобретение страховки, и путем поощрения и расширения конкуренции между различными типами страховых планов и «механизмов» оказания медпомощи. По мнению сторонников проконкурентных планов, стремительный рост расходов на здравоохранение связан с тем, что страховые планы не поощряют конкуренцию между больницами или врачами, а также по причине неимения у работников реальной возможности выбора страховых планов. Сенатор Д. Дюренбергер отмечал, что современные методы финансирования медобслуживания являются «неадекватно конкурентными, способствующими неэффективности и ценовой несознательности» [4, р. 4769; 8, р. 23376; 14].

Государственная налоговая политика повлияла на развитие и расширение частного медстрахования. Конгрессмен А. Гепхардт считал, что «налоговые расходы действуют против контроля над ценами и стимулирования конкуренции». Одним из главных источников средств для здравоохранения в США стали государственные медицинские программы. Их развитие способствовало инфляции в данной сфере. Поэтому следует восстановить ценовые стимулы в сфере медобслуживания, либерализовать систему оказания медпомощи, разрешить рыночным силам достичь лучшего соотношения между предложением и спросом на медицинские услуги [5, р. 12450; 11, р. 388].

Достаточно определенно выразился сенатор Р. Швейкер: «Нам нужно поощрять потребителей (медицинских услуг. – Р. Т.) участвовать в принятии решений о цене медобслуживания и стимулировать конкуренцию в медицинской страховой индустрии». Страховые компании при этом должны быть побуждаемы, как писал в статье в журнале «Американская фармация» аналитик Д. Кон, «предоставлять более эффективные, дешевые планы». Дерегуляция поставщиков медицинских услуг, по мнению конгрессменов Стокмэна и Гепхардта, через разрешение здоровой и эффективной конкуренции на рынке, отказ от извлечения максимального преимущества от госрегулирования повлечет за собой создание конкурентной системы оказания медицинской помощи, которая сможет сдерживать рост цен на медобслуживание [6, р. 13709, 14361; 7, р. 21014; 11, р. 387-388].

Основным орудием желаемых перемен должен был стать, с точки зрения экономиста Стэнфордского университета А. Энтовена, одного из создателей проконкурентных предложений, пересмотр налогового законодательства. Главное в его плане – дать каждому человеку право выбрать из нескольких планов медстрахования, для того чтобы подобрать такой полис, который и с точки зрения объема услуг, и с точки зрения их цены был бы наиболее подходящим. Энтовен подчеркивал, что предприниматели должны делать установленные определенные взносы в страховые планы работников. Причем планы должны как минимум удовлетворять базовому стандарту и включать, в частности, страхование катастрофических расходов [7, p. 21014; 15].

При соблюдении этих условий суммы, отчисляемые предпринимателями на медстрахование работников, могли вычитаться из подоходного налога и налога на социальное страхование последних и не включаться в облагаемый доход предпринимателей. Суммы сверх определенного предела считались бы облагаемым доходом. Если работник выбирал дешевый план, стоящий меньше установленного лимита взносов предпринимателя, он мог получить хотя бы часть разницы («скидки») между ними [5, p. 12500; 6, p. 14363].

Законопроекты, ориентированные на введение рыночных стимулов в здравоохранение, были внесены сенаторами республиканцами Р. Швейкером (S. 1590) и Д. Дюренбергером (S. 1968), конгрессменом демократом А. Аллмэном (H.R. 5740), конгрессменом республиканцем Дж. Мартином (H.R. 6405), а также конгрессменами: демократом Р. Гепхардтом и республиканцем Д. Стокмэном (H.R. 7527).

Билль А. Аллмэна (H.R. 5740) получил поддержку Федерации американских больниц (ФАБ). М. Бромберг, исполнительный директор Федерации во время слушаний, назвал и выделил несколько дополнений к законопроекту, которые следовало учесть при выработке законодательства. Например, налоговое ограничение (предельная сумма необлагаемых выплат предпринимателя. – *P. T.*) должно быть установлено с учетом региональных различий, «скидка» должна разделяться поровну между бизнесом и рабочими, а также между правительством и бенефициариями его программ. Катастрофическое страхование следовало начинать после прямых затрат в сумме 2500 долл., а не 2000 долл. Данное положение, по мнению ФАБ, существенно уменьшило бы фискальное воздействие на предпринимателей и федеральный бюджет. Президент ФАБ Д. Худ отметил: «Работники имеют большой финансовый стимул добиваться во время переговоров широких, финансируемых предпринимателями наборов медицинских услуг». Такого рода страхование «стимулирует более частое использование медуслуг и повышает затраты на медобслуживание». Поэтому изменения в налоговом законодательстве, положение о предоставлении «многократного выбора планов сделало бы много для повышения сознательности потребителя». Одна из ценных сторон предложения А. Аллмэна в том, что «этот тип законодательства обращается к проблеме недостаточного участия потребителей в финансировании медицинского обслуживания». Помимо этого, Д. Худ подчеркнул и то, что предложения Аллмэна и других «не сфокусированы на поставщиках (медицинских услуг. – *P. T.*) как на единственной причине роста затрат» в данной сфере [11, p. 374-376]. Таким образом, для Федерации особо привлекательным являлось возможное увеличение финансового участия самих пациентов, потребителей медуслуг и их работодателей в оплате лечения и сохранение прежней роли частного сектора в здравоохранении при внесении конкуренции в систему оказания медицинских услуг.

Американская больничная ассоциация (АБА) более осторожно отнеслась к проконкурентным предложениям. Президент АБА А. Макмахон положительно высказался о билле Д. Мартина (H.R. 5740). В принципе, Ассоциация считала необходимым «поощрение ценовой осведомленности» потребителей и поставщиков медуслуг и стимулирование конкуренции среди страховых планов, возможным сокращением излишнего спроса на ненужные услуги через изменения в налоговом законодательстве [ibidem, p. 19-21]. При этом указывалось на ряд не получивших разрешения вопросов. Это – фиксированные в национальном масштабе взносы предпринимателей в медицинские планы, что не учитывает региональных экономических различий; влияние ценовой конкуренции на учреждения, занимающиеся главным образом медицинским образованием, обучением и исследованиями; положение городских больниц, оказывающих помощь малоимущим за счет других пациентов; воздействие конкуренции «за доллары медобслуживания» на качество и доступность медуслуг [ibidem, p. 27-28]. АБА считала, что для обеспечения медстрахованием не охваченных какими-либо планами не стоит учреждать специальную правительственную программу, а необходимо найти решение в рамках частного сектора. А. Макмахон подчеркнул, что можно, с одной стороны, создать план национального медицинского страхования без рыночных стимулов, с другой – ввести рыночные стимулы без увеличения охвата населения страхованием, но предпочтительнее – соединить оба подхода во имя достижения универсального охвата [ibidem, p. 30-31].

Позиция Американской медицинской ассоциации (АМА) касательно концепции поощрения конкуренции в здравоохранении наиболее полно высказана во время слушаний по биллю сенатора Д. Дюренбергера (S. 1968). АМА поддержала принцип усиления конкуренции через многократный выбор страхования работниками и полагала, что американцы в результате смогут получить долгосрочные преимущества в системе здравоохранения. Одобрение вызывало также сохранение в законопроекте сенатора возможности свободы выбора пациента (одной из основ американского здравоохранения), добровольности участия рабочих в планах страхования, разделения страховых премий между рабочим и предпринимателем.

Вместе с тем АМА выдвинула ряд существенных оговорок. Ассоциация указывала на отсутствие конкретизации относительно услуг, предоставляемых в разных планах. Предприниматель мог бы предоставить два плана Организаций по поддержанию здоровья (ОПЗ). Так как обычные страховые планы часто не содержат положения о всеохватывающем пакете услуг, то в этой ситуации в итоге пострадала бы конкуренция. Далее, по мнению Ассоциации, билль мог привести к неадекватному охвату услугами, поскольку объем услуг по «Медикэр» недостаточен. Законопроект сенатора не предусматривал ограничений на первые взносы и участие в издержках, кроме верхнего предела в 3500 долл.

Предлагаемые изменения в налоговом законодательстве могли бы заставить приобретать худшую страховку – с меньшим охватом услуг, чем было бы желательно для человека. Председатель АМА Л. Стин заметил, что большинство участников программы «Медикэр» приобретают за счет своих скромных средств дополнительное страхование (отечественный исследователь отметил, что 90% участников покупают это страхование [1, с. 161]). Эффект экономии от изменений, содержащихся в законопроекте S. 1968, наступит постепенно. За этот срок американцы должны были научиться покупать менее дорогие планы страхования, что обернулось бы увеличением прямых затрат и сокращением спроса на медуслуги. Лица, чье страхование по цене будет выходить за пределы необлагаемых отчислений, ощутят дополнительное налоговое бремя. Более молодые и здоровые люди, видимо, будут выбирать менее дорогое страхование, что повлечёт рост страховых премий для остальных участников медицинских планов [12, р. 331-332].

В целом крупные организации медицинского бизнеса не высказали безоговорочного одобрения проконкурентным законопроектам. Поддерживая базовый принцип, цели и намерения проконкурентной стратегии, они становились более сдержанными, когда дело доходило до конкретных законопроектов.

Вашингтонская группа бизнеса по здравоохранению (ВГБЗ), организация крупных предпринимателей, заинтересованных в политике в данной области, была еще одним примером подобного подхода. Исполнительный директор группы У. Голдбек подчеркнул, что на рынке медицинских услуг концепция «регулирования» и концепция «конкуренции» должны работать совместно. Но главное то, что возникновение конкурентной концепции свидетельствовало о неприемлемости «массивных предложений по федерализации системы медобслуживания». По словам Голдбека, «нации не нужна новая медицинская система. Ей нужно финансовое реструктурирование...». Но здесь же он подчеркивал: «Мы должны умерить наш энтузиазм относительно конкуренции признанием того, что частный сектор уже ясно продемонстрировал то, что медицинские услуги не могут быть целиком предоставлены свободному рынку, по крайней мере, для нации, которая поддерживает ценность обеспечения доступа к необходимому лечению для всех» [Ibidem, р. 255-260].

Ассоциации неприбыльного медицинского страхования (но, безусловно, заинтересованные в получении прибыли от своей деятельности) «Голубой крест» и «Голубой щит» не поддержали ни один из биллей национального медицинского страхования. Общие принципы реформирования здравоохранения, за которые высказались «Голубой крест» и «Голубой щит», могли толковаться достаточно широко и, конечно, совпадали с теми или иными частями конкретных законопредложений. Относительно сложного вопроса о сдерживании роста цен на медобслуживание, вице-президент ассоциации Н. Холландер заявил: «Те, кто являются адвокатами нестесняемой конкуренции или проверки тарифов штатами, или обязательных участия в издержках и первых взносов как простых средств, недооценивают или не понимают сложность проблемы цен». В ответ на вопрос конгрессмена Д. Мартина о роли частного сектора и государства в обеспечении населения страхованием Н. Холландер далее сказал: «Мы не верим, что целесообразно думать, что частный сектор в этот момент истории сможет обслужить всех американцев, так как механизмы нашего частного страхования требуют, чтобы люди имели финансовую возможность платить» [11, р. 35-37, 42]. Ассоциации, кроме того, даже не затронули проблему ревизии налогового законодательства, что само по себе является очень показательным. Организациям медстрахования важен и интересен именно платежеспособный потребитель, но не попытка ограничить спрос на медуслуги через конкуренцию страховых планов.

Торговая палата (ТП) не поддержала проконкурентные законопроекты. Представитель палаты назвал «предложения конкурентного медицинского страхования, такие как S. 1968, поддержанное сенатором Дюренбергером, и S. 1590, поддержанное сенатором Швейкером», потенциально более желательным типом плана в сравнении с предложениями Картера, Кеннеди и планами катастрофического страхования. Но проконкурентные предложения были бы меньшим из возможных зол. Также представитель палаты отметил: «Палата поддерживает постепенное введение большей конкуренции в индустрию медицинского обслуживания». Однако конкретная форма реализации этого намерения организацию явно не устраивала. Возражение ТП вызвало требование обязательного включения в страховку катастрофического страхования. Палата считала, что это «покушение на медицинские планы, обговоренные предпринимателями и рабочими, которые развивают тот вид медицинских услуг, какой рабочие желают и могут позволить». Торговая палата считала ненужным сам принцип обязательности, т.к. такое страхование предоставлялось в широком масштабе добровольно. Точно так же выбор среди страховых планов уже предоставляется многими предпринимателями, поэтому соответствующее требование законопроектов, по мнению палаты, излишне. Что же касается лимита на необлагаемые налогом взносы на медицинское страхование, то Торговая палата полагала, что эта сумма довольно щедрa (в частности, в билле Дюренбергера 125 долл. в месяц для семьи) и этот лимит может легко стать не потолком, а минимальной суммой, которую следует вносить в страховой план. Подобно многим организациям, палата считала данный лимит слишком жестким, т.е. не учитывающим вариации в медицинских ценах по регионам.

Кроме того, палата считала, как и Вашингтонская группа бизнеса, что «скидка» не должна доставаться целиком только работникам, иными словами, ее нужно разделить между ними и предпринимателями. В этом случае, по мнению палаты, экономия средств могла быть большей, поскольку у предпринимателей был бы «стимул искать более эффективные ценовые альтернативы». ТП не поддержала положение об одинаковых выплатах предпринимателей во все страховые планы. В целом Торговая палата выступила против принятия какого-либо федерального закона, устанавливающего, «сколько предприниматели могут потратить на охват (работников. – Р. Т.) медицинским обслуживанием». Таким образом, Палата не поддержала проконкурентные билли потому, что «они нарушают право предпринимателей договариваться с рабочими о медицинских услугах», считала, что законопроекты не нужны, принимая во внимание существующие тенденции и реалии в этой области, и просила отложить акции по S. 1968 и подобным предложениям [12, р. 284-285, 297-298]. Таким образом, крупный бизнес

желал не допустить даже незначительного вмешательства властей в сферу здравоохранения, предпочитая решать возникающие здесь проблемы непосредственно с рабочими. В этом случае бизнесмены могли бы установить более выгодные для себя условия финансового участия в страховых планах рабочих.

Обсуждение планов проконкурентной реорганизации системы здравоохранения США показало, что американский бизнес сдержанно или отрицательно отнесся к подобного рода предложениям. Идея ограничения платежеспособного спроса и увеличения прямых затрат пациентов представителям медицинского и страхового бизнеса явно не импонировала. Многие медицинские и страховые учреждения и организации успешно приспособились к госрегулированию, были заинтересованы в госпрограммах, в привычных сложившихся отношениях в этой сфере в целом. Не случайно представители медицинского и страхового бизнеса делали акцент на сочетании конкуренции и регулирования в здравоохранении.

Представители немедицинского бизнеса были заинтересованы в ограничении госрегулирования в здравоохранении, но и идея развязывания конкуренции в данной сфере не нашла безоговорочной поддержки. Наиболее привлекательной выглядела возможность сокращения расходов предпринимателей на медицинское страхование и обслуживание работников. Но решение, по мнению данных кругов, следовало искать без коренного переустройства системы здравоохранения: либо целиком в рамках частного сектора, либо сочетая элементы конкуренции и регулирования.

Следует отметить, что в 1980-е гг. американский немедицинский бизнес стал одним из инициаторов поиска альтернатив существующим методам и механизмам оказания медпомощи, стимулирования рыночных механизмов в системе здравоохранения, устранения так называемой информационной асимметрии на рынке медуслуг, но одновременно стремился и к усилению контроля за практикой оказания этих услуг.

Список источников

1. **Попов А. А.** Государство «всеобщего благосостояния»? Мифы и реальности современной Америки. М.: Политиздат, 1985. 256 с.
2. **Тухватуллин Р. Р.** Американский бизнес и проблема создания национального медицинского страхования (вторая половина 1970-х гг.) // Исторические, философские, политические и юридические науки, культурология и искусствоведение. Вопросы теории и практики. 2016. № 6 (68): в 2-х ч. Ч. 1. С. 192-197.
3. **Congressional Record: Proceedings and Debates of the 96th Congress. First Session.** Washington (D. C.): U.S. G.P.O., 1979. Vol. 125. Pt. 18.
4. **Congressional Record: Proceedings and Debates of the 96th Congress. Second Session.** Washington (D. C.): U.S. G.P.O., 1980. Vol. 126. Pt. 4.
5. **Congressional Record: Proceedings and Debates of the 96th Congress. Second Session.** Washington (D. C.): U.S. G.P.O., 1980. Vol. 126. Pt. 10.
6. **Congressional Record: Proceedings and Debates of the 96th Congress. Second Session.** Washington (D. C.): U.S. G.P.O., 1980. Vol. 126. Pt. 11.
7. **Congressional Record: Proceedings and Debates of the 96th Congress. Second Session.** Washington (D. C.): U.S. G.P.O., 1980. Vol. 126. Pt. 16.
8. **Congressional Record: Proceedings and Debates of the 96th Congress. Second Session.** Washington (D. C.): U.S. G.P.O., 1980. Vol. 126. Pt. 18.
9. **Government & the Advancement of Social Justice. Health, Welfare & Civil Rights in the Eighties.** Englewood Cliffs: Prentice Hall, 1980. 134 p.
10. **Health Politics & Policy** / ed. by T. J. Litman & L. S. Robins. N. Y.: John Wiley and Sons, 1984. 340 p.
11. **National Health Insurance. Hearings before Subcommittee on Health of the Committee on Ways & Means. House of Representatives, 96th Congress, 2nd Session.** Washington (D. C.): U.S. Government Printing Office, 1980. Vol. 2. 794 p.
12. **Proposals to Stimulate Health Care Competition: Hearings before the Subcommittee on Health of the Committee on Finance, United States Senate, Ninety-Sixth Congress, Second Session, on S. 1968.** March 18 and 19, 1980. Washington: U.S. Govt. Print. Off., 1980. 462 p.
13. **Quam L.** Post-war American Health Care: The Many Costs of Market Failure // Oxford Review of Economic Policy. 1989. Vol. 5. № 1. P. 113-123.
14. **U.S. Congress. House. Committee on Ways & Means. Proposals to Restructure the Financing of Private Health Insurance. Hearings before the Subcommittee on Health of the Committee on Ways & Means. House of Representatives. 96th Congress, 2nd Session.** Feb. 25, 1980. Washington (D. C.): U.S. Govt. Print. Off., 1980. 110 p.
15. **Washington Post.** 1980. March 1.

THE AMERICAN BUSINESS AND THE PROBLEM OF MARKET-ORIENTED REFORMS OF HEALTH CARE SYSTEM (THE SECOND HALF OF THE 1970S)

Tukhvatullin Rustem Rasfarovich, Ph. D. in History, Associate Professor
Bashkir State University, Ufa
rtuhvatullin@rambler.ru

The article examines the attitude of the American business to the plans of market-oriented reforms in the health care system, discussed during the presidency of J. Carter. The essence of the competitive strategy in this sphere is shown. The position of various groups and organizations of the American business in relation to plans for a procompetitive reorganization of the health care system is analyzed. The author notes the peculiarities of the approaches of different business groups to the given strategies and plans.

Key words and phrases: national health insurance; J. Carter; procompetitive plans; the American Medical Association; Federation of American Hospitals; Blue Cross, Blue Shield; US Chamber of Commerce.