



Система страхового финансирования медицинских услуг в США

Школик О.А., к.э.н., доцент кафедры социально-экономических дисциплин
Уральский юридический институт МВД России, Екатеринбург, Россия

Аннотация. Статья посвящена рассмотрению вопросов функционирования системы здравоохранения в США и входящей в нее подсистемы медицинского обеспечения. Автором исследованы категории «здравоохранение» и «медицинское обеспечение», а также раскрыта и обоснована принципиальная разница между этими категориями. В ходе исследования приводится характеристика и анализ функционирования медицинского обеспечения, как системы страхового финансирования медицинских услуг, рассматриваются положительные и отрицательные социально-экономические эффекты от введения текущей системы медицинского обеспечения.

Ключевые слова: медицинское обеспечение; медицинское страхование; финансовые рынки; финансовые инструменты; финансирование здравоохранения

The system of insurance financing of medical care in the United States

Shkolik O.A., Associate Professor of the Department of socio-economic disciplines
Ural Law Institute of the Ministry of Internal Affairs of Russia, Yekaterinburg, Russia

Annotation. The article discusses the functioning of the healthcare system in the United States and the subsystem of medical support included in it. The author investigates the categories of «health care» and «medical care», and also reveals and substantiates the fundamental difference between these categories. In the course of the study, the characteristics and analysis of the functioning of medical support as a system

of insurance financing of medical services are given, the positive and negative socio-economic effects of the introduction of the current medical support system are considered.

Key words: medical support; medical insurance; financial markets; financial instruments; healthcare financing.

Между категориями «здравоохранение» и «медицинское обеспечение» имеется принципиальная разница. Рассмотрение этих категорий как смежных или вообще равнозначных весьма свойственно для практики государственного управления, и достаточно часто встречается среди исследователей. Их существенные различия, лежащие в самой сути этих категорий, не всегда принимаются во внимание или игнорируются. Обычно в рамках термина «здравоохранение» обобщаются любые общественные отношения, которые так или иначе связаны с деятельностью в области охраны здоровья и медицины. Однако здравоохранение как категория одновременно представляет собой целый спектр государственной деятельности, т.к. это направление государственной политики, реализуемой посредством деятельности профильных государственных институтов, в результате чего формируется широкая и многогранная сфера общественных отношений по охране здоровья населения (здравоохранению). В свою очередь, регулирование этих отношений осуществляется на основе норм, устанавливающих правила и требования, по отношению к деятельности всех институтов, как частных, так и публичных, которые вовлечены в процесс реализации государственной политики по охране здоровья населения.

Фундаментальной задачей здравоохранения является разработка и реализация специальных мероприятий, нацеленных на сохранение и повышение качественного уровня здоровья населения. Однако нужно понимать, что реализуемые в сфере здравоохранения мероприятия не ограничиваются сугубо медицинскими, и даже в большей степени, они скорее включают в себя управленческие мероприятия в экономической и социальной сферах. В

контексте этого здравоохранение и его многогранная природа проявляется в консолидации таких элементов как: определение целевых ориентиров в области охраны здоровья населения; формирование структуры медицинских и иных организаций в здравоохранении; создание и пополнение поддержание технической и технологической базы здравоохранения; разработка и внедрение механизмов финансирования здравоохранения и управления процессами в нем; подготовка и набор необходимых медицинских и вспомогательных кадров в здравоохранении.

Медицинское обеспечение, представляет собой подсистему, внутри широкой и многоаспектной системы общественных отношений, охватываемых термином «здравоохранение». В рамках медицинского обеспечения, через национальную систему государственных, муниципальных и негосударственных медицинских учреждений и организаций населению непосредственно предоставляется медицинская помощь. Но при этом, категория «медицинское обеспечение» прежде всего охватывает аспекты финансирования медицинской помощи, а не только сугубо вопросы ее практической реализации. Проще говоря, медицинское обеспечение — это в большей степени обеспечение материальное (финансовое), нежели инфраструктурное, организационное или материально-техническое обеспечение. Важно понимать, что наличие современной медицинской инфраструктуры, оргструктуры, внедрение передовых технологий, — вкупе это все не гарантирует доступность медицинских услуг для широких слоев населения без эффективной системы финансирования расходов, связанных с приобретением медицинских услуг.

Отсюда следует, что медицинское обеспечение, с правовой точки зрения подразумевает закрепленное национальным законодательством, незыблемое право граждан, на получение медицинских услуг. При этом, данное право состоит не только в практической возможности получения этих самых медицинских услуг носителями права, но также состоит и в получении финансирования расходов на медицинские услуги со стороны государства.

В США достаточно давно действует система оказания медицинских услуг населению. Одной из характерных черт этой системы является высокое качество медицинской помощи, которое, с одной стороны, обусловлено как правило высоким уровнем квалификации медицинского персонала, вкупе с не менее высоким уровнем оснащения учреждений здравоохранения современным и технологичным медицинским оборудованием. С другой стороны, высокое качество оказания медицинских услуг там обусловлено, во-первых, их практически беспрецедентной дороговизной, в сравнении со стоимостью аналогичных услуг или процедур других странах мира, а во-вторых, это связано с высокой степенью ответственности, как дисциплинарной или материальной ответственностью отдельных виновных лиц из числа медицинских работников, либо уголовной ответственностью виновных медицинских работников, так и материальной ответственностью самих медицинских учреждений за ошибки, проступки, халатность или небрежность при оказании медицинской помощи (медицинских услуг).

При этом, как в целом система здравоохранения, так и в частности подсистема медицинского обеспечения, значительно отличаются от систем, существующих во многих других странах. Система здравоохранения и медицинского обеспечения в США представляет собой сложное сочетание частного и государственного секторов с множеством участников, вовлеченных в предоставление медицинских услуг и получающих финансирование в счет их оказания населению.

Главной особенностью системы здравоохранения и медицинского обеспечения в США является преобладание частного медицинского страхования. Не малая часть американцев обладает теоретической возможностью получения медицинской страховки через страховые планы, финансируемые либо работодателем, либо посредством софинансирования работником и работодателем, или индивидуально могут приобрести частную страховку. Существует также государственная программа медицинского страхования под названием Medicare, которая обеспечивает страхование людей

в возрасте 65 лет и старше, а также некоторых людей с ограниченными возможностями. Кроме того, существует программа Medicaid, совместная федеральная и региональная программа, которая предлагает медицинское страхование для лиц и их семей с низким уровнем дохода. Однако важно отметить, что не все граждане США имеют медицинскую страховку. В США имеется значительное число незастрахованных лиц, которые сталкиваются с трудностями при получении медицинских услуг. Усилия по расширению доступа к недорогому медицинскому обслуживанию и достижению всеобщего охвата являются предметом постоянных дебатов и политических дискуссий в США.

Система здравоохранения в США базируется на широком спектре поставщиков медицинских услуг, таких как государственные, муниципальные и частные больницы, клиники, врачебные практики и другие медицинские учреждения. Эти поставщики предлагают разнообразные услуги, включая первичную помощь, специализированную помощь, неотложную помощь и стационарную помощь. При этом, подсистема медицинского обеспечения в США характеризуется сочетанием частного страхования, государственных программ, для финансирования расходов по приобретению медицинских услуг у разнообразных поставщиков.

Таким образом, несмотря на описанные выше характерные черты, медицинское обеспечение в США, как система страхового финансирования медицинских услуг, не только является не идеальной, но и имеет явные недостатки и системные изъяны, которые демонстрируют ее значительное несовершенство.

Наглядным примером в случае США, является грандиозная и весьма скандальная реформа, которая существенно модифицировала систему национального медицинского обеспечения. Правовым базисом данной реформы является Закон о защите пациентов и доступном лечении¹ - Affordable Care Act

¹ См.: The Patient Protection and Affordable Care Act [Электронный ресурс]. - Режим доступа: <https://www.dpc.senate.gov/healthreformbill/healthbill04.pdf> (Дата обращения: 01.05.2023);

(ACA), который получил широкое публичное освещение в мировых средствах массовой информации под неофициальным наименованием - «Obamacare».

Он внес существенные реформы в систему здравоохранения США с целью расширения доступа к недорогому, как планировалось, медицинскому страхованию, улучшения защиты потребителей и реализации различных мер по снижению медицинских затрат. В частности, в законе отражены такие ключевые положения, которые включают в себя:

1. Рынки медицинского страхования: закон создал онлайн-рынки медицинского страхования, где частные лица и малые предприятия могут сравнивать и приобретать финансовые планы медицинского обеспечения (финансирования);

2. Страховые субсидии: закон предусматривает субсидирование страховых взносов и сокращение расходов, чтобы помочь гражданам и их семьям, оплатить финансовую услугу по приобретению медицинского страхования на рыночных площадках;

3. Расширение программы Medicaid: в закон включено необязательное положение о том, что штаты (регионы) могут расширить свои программы Medicaid, чтобы охватить больше граждан и их семей с низкими доходами;

4. Покрытие текущих заболеваний: закон запрещает страховым компаниям отказывать в страховом покрытии или взимать более высокие страховые взносы на основании дискриминации по заболеваниям, приобретенным до предоставления страхового покрытия.

5. Основные медицинские услуги: закон требует, чтобы планы медицинского страхования покрывали основные медицинские услуги, такие как профилактические услуги, охрана материнства, психиатрические услуги и рецептурные препараты.

Этот нормативный акт был подписан президентом Б. Обамой в 2010 году и с тех пор претерпел ряд изменений и пережил некоторое количество юридических проблем. В частности, к таким юридическим проблемам прежде всего нужно отнести попытки его законодательной отмены и судебного

признания закона и его отдельных положений неконституционными, т.е. противоречащими конституции США. Однако, несмотря на это данный акт по-прежнему остается федеральным законом американского государства.

В целом результаты данной реформы в публичном информационном пространстве, как в национальных границах, так и в мире в целом характеризуются крайне негативно. Ведь несмотря на то, что разработка реформы и ее внедрение опирались на аналитический базис² и финансовые расчеты, проводимые в рамках всесторонних публичных исследований, федеральных учреждений и организаций, США не достигли должного уровня медицинского обеспечения для значительной, постоянно растущей части населения.

До внедрения реформированной системы медицинского обеспечения более 21% американцев взрослого возраста, т.е. почти 42 млн. граждан США, не имели доступа к медицинскому обеспечению в силу отсутствия решения о его финансовом покрытии на уровне государства [2]. Предоставление всем гражданам медицинского обеспечения в виде медицинских страховок, которые бы покрывали все или большую часть расходов на необходимые медицинские услуги, отсутствовало, а следовательно, и всеобщего доступа к здравоохранению не было. Однако, впоследствии, частичное решение проблем финансового покрытия расходов на медицинское обеспечение через обязательное и всеобщее медицинское страхование дало свои результаты. Так в дальнейшем, по истечению среднесрочного периода действия реформы, доля граждан США, которая не имеет полисов медицинского страхования, уменьшилась чуть более чем в 2 раза и составила 10,3% от общего количества взрослых американских граждан, что в абсолютных показателях соответствует 20,6 млн. человек [3]. Таким образом, достигнутые результаты реформы могли бы выступить показателем некоторой ее эффективности, ведь рост фактических показателей

² См., например: Testimony on CBO's Analysis of the Major Health Care Legislation Enacted in March 2010 [Электронный ресурс]. - Режим доступа: <https://www.cbo.gov/sites/default/files/112th-congress-2011-2012/reports/03-30-healthcarelegislation.pdf> (Дата обращения: 01.05.2023);

охвата соотносится с прогнозными количественными оценками, положенными в обоснование необходимости реформы.³ Однако, дальнейший анализ результатов реформы ставит ее успех под сомнение. Например, исследование результатов реформы выявило парадокс, противоречивость которого выражается в том, что общая масса застрахованных лиц существенно увеличилась, и в то же время сократилась количественная масса граждан, которым медицинское обеспечение предоставлялось гарантированно. Иными словами, реформа также причинила и значительный вред, — ожидаемый положительный эффект, в виде повышения доступности медицинского обеспечения, обернулся отрицательным эффектом для той части населения, которая ранее была защищена медицинской страховкой, покрывающей набор гарантированных медицинских услуг [4].

Несмотря на ожесточенную борьбу республиканцев против данной реформы, которая развернулась в рамках избирательных компаний 2016-2018 годов по выборам Президента США и по выборам в Конгресс США, допущенные ошибки и серьезные просчеты при моделировании реформы признаются в обоих лагерях двухпартийной политической системы США. В частности, представители Демократической партии, которая выступала не только инициатором, но и основной силой, продвигавшей эти нормативные новации в медицинском обеспечении, неоднократно обращали внимание на объективные недостатки реформы. Например, они отмечали, что хотя система медицинского страхования, только благодаря этой реформе каждый год охватывает все больше и больше американских граждан, несколько десятков миллионов американцев, обладающих медицинской страховкой, в конечном итоге не могут получить медицинского обслуживания, в силу сложностей и несовершенства методологии финансового покрытия расходов на медицинские услуги, присущих новой системе медицинского страхования [5].

Таким образом, главным негативным эффектом внедрения новой системы медицинского обеспечения является то, что она способствовала увеличению

³ См.: Jonathan Gruber (2021). The Impacts of the Affordable Care Act: How Reasonable Are the Projections? National Tax Journal, 5(64).

страховых взносов и вычетов по медицинским страховкам для большей части американских семей, особенно для тех, кто не имеет права на федеральные или местные субсидии.

Еще один негативный эффект новой системы медицинского обеспечения выразился в сокращении сети поставщиков медицинских услуг. В противодействие реформе у страховщиков наметилось стремление к большему контролю за своими расходами при страховом финансировании медицинской помощи, оказываемой застрахованным лицам. И здесь страховые компании пошли по пути исключения из своих сетей обслуживающих медицинских организаций определенные госпитали, больницы, врачей или медицинских специалистов, что привело к ограничению доступа к поставщикам, предпочитаемым больными. Параллельно с этим некоторые страховые компании стали сокращать свое присутствие на определенных рынках или в определенных регионах, что привело к снижению уровня конкуренции и ограниченному выбору для потребителей медицинских страховок.

Также к числу негативных эффектов относится наметившаяся тенденция в сфере трудовых отношений, которая выражается оптимизации политики льгот и привилегий, предоставляемых работодателями своим работникам. Так, в частности, фиксируются факты сокращения работодателями рабочего времени сотрудников или перевод их на неполный рабочий день, в целях сокращения медицинских льгот и привилегий, в виде финансируемых работодателем медицинских страховок. Развитие этой тенденции в среднесрочной перспективе потенциально может сдерживать создание рабочих мест и экономический рост.

В заключение нужно отметить, что исследования общественного мнения относительно восприятия американскими гражданами самой реформы в целом и ее результатов в частности, демонстрируют изменчивость на протяжении многих лет [7]. Прежде всего, согласно данным опросов Американского института общественного мнения – Gallup, за период январь 2016 – декабрь 2022 года, в зависимости от периода времени и конкретного опроса, рейтинг одобрения реформы колебался от 40% до 55% среди взрослого населения США. При этом

на мнение опрашиваемых влияет некоторое количество детерминированных факторов, корректирующих мнение опрашиваемых под их политические или социальные взгляды. Например, дополнительные исследования показали, что политическая принадлежность или электоральные предпочтения сильно влияют на восприятие реформы и ее результатов – сторонники демократов, как правило, больше поддерживают реформу, в то время как республиканцы, как правило, более критичны. Так в одном из опросов, разделение по партийному признаку составило: 85% демократов выразили благоприятное мнение по сравнению с 16% республиканцев, выразившими отрицательное мнение.

Или, например, положения Закона о защите пациентов и доступном лечении (ACA), запрещающее страховым компаниям отказывать в страховом покрытии или взимать более высокие страховые взносы на основании ранее существовавших заболеваний, неизменно пользуется широкой общественной поддержкой у представителей либеральных кругов. С другой стороны, опросы показали неоднозначное восприятие реформы под влиянием личного воздействия. Некоторые участники опросов основывают свое мнение на личном положительном/негативном опыте, например, о получении страхового покрытия или защите от отказов в страховании, либо о росте страховых взносов или перебоях в страховом покрытии, а в результате высказываются за/против, без объективного рассмотрения.

Также стоит отметить, что общественное мнение по поводу Закона о доступном медицинском обслуживании (ACA), может различаться среди разных расовых и этнических групп. Исторически сложилось так, что афроамериканцы демонстрируют более высокий уровень поддержки по сравнению с другими расовыми и этническими группами. Эта поддержка часто объясняется положениями закона, направленными на расширение доступа к недорогому медицинскому обслуживанию и сокращение неравенства в области здравоохранения. Латиноамериканцы в целом положительно относятся к реформе, но уровень поддержки в этой этнической группе существенно ниже, что обусловлено более высоким уровнем незастрахованных среди

испаноязычного населения США. Общественное мнение среди белых американцев демонстрирует большую изменчивость, с различными уровнями поддержки и оппозиции по отношению к реформе. На мнение среди белых американцев более влияют детерминированные факторы, такие как политическая идеология, личный опыт в области медицинского страхования или восприятие влияния закона на экономику [8].

Библиографический список:

1. Клинг Дж., Саншайн Р. Бюджетные и экономические последствия отмены Закона о доступном медицинском обслуживании [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://www.cbo.gov/sites/default/files/114th-congress-2015-2016/reports/50252-effectsofacarepeal.pdf> (Дата обращения: 01.05.2023);

2. Майкл Э. Мартинес, Робин А. Коэн, Эмили П. Заммитти. Охват медицинским страхованием: Досрочное обнародование оценок, полученных в результате Национального опроса в области здравоохранения [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://www.cdc.gov/nchs/data/nhis/earlyrelease/insur201602.pdf> (Дата обращения: 01.05.2023);

3. Уберой Н., Файнголд К., Джи Э. Медицинское страхование и Закон о доступном медицинском обслуживании, 2010-2016 [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://aspe.hhs.gov/system/files/pdf/187551/ACA2010-2016.pdf> (Дата обращения: 01.05.2023);

4. Брилл, С. (2015) Горькая пилюля Америки: деньги, политика, закулисные сделки и борьба за исправление нашей разрушенной системы здравоохранения. Рэндом Хаус. с.427.

5. Алонсо-Залдивар Р. Скудное страхование рассматривается демократами как следующая проблема здравоохранения. «Вашингтон таймс». [Электронный ресурс]. - Режим доступа: <https://www.washingtontimes.com/news/2015/may/25/skimpy-insurance-seen-by-democrats-as-next-health/> (Дата обращения: 01.05.2023);

6. Тидуэлл, А. (2017) Одна семья делится своим кошмаром по программе Обамасаре: «Это факты» [Электронный ресурс]. – Режим доступа:

<https://dailycaller.com/2017/07/24/one-family-shares-its-obamacare-nightmare-these-are-facts/> / (Дата обращения: 01.05.2023);

7. Сингх Р., Палоски С., опрос Kaiser Health Tracking Poll: мнение общественности о АСА [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://www.kff.org/interactive/kaiser-health-tracking-poll-the-publics-views-on-the-aca/> / (Дата обращения: 01.05.2023);

8. Эми Э. Лерман и Кэтрин Т. Маккейб, «Личный опыт и общественное мнение: теория и проверка условной обратной связи в политике», *The Journal of Politics* 79, – № 2 (апрель 2023 г.): 624-641.

References:

1. Kling J., Sunshine R. Budgetary and economic consequences of the repeal of the Affordable Care Act [Electronic resource]. – Access mode: <https://www.cbo.gov/sites/default/files/114th-congress-2015-2016/reports/50252-effectsofacarepeal.pdf> (Accessed: 01.05.2023);

2. Michael E. Martinez, Robin A. Cohen, Emily P. Zammitti. Health insurance coverage: Early publication of estimates obtained as a result of the National Health Survey [Electronic resource]. – Access mode: <https://www.cdc.gov/nchs/data/nhis/earlyrelease/insur201602.pdf> (Accessed: 01.05.2023);

3. Uberoy N., Feingold K., Ji E. Medical insurance and the Affordable Care Act, 2010-2016 [Electronic resource]. – Access mode: <https://aspe.hhs.gov/system/files/pdf/187551/ACA2010-2016.pdf> (Accessed: 01.05.2023);

4. Brill, S. (2015) *America's Bitter Pill: Money, Politics, Backroom Deals and the Struggle to Fix Our Broken Healthcare System*. Random House. – p.427.

5. Alonso-Zaldivar R. Poor insurance is considered by Democrats as the next health care problem. *The Washington Times*. [electronic resource]. – Access mode: <https://www.washingtontimes.com/news/2015/may/25/skimpy-insurance-seen-by-democrats-as-next-health/> (Accessed: 01.05.2023);

6. Tidwell, A. (2017) One family shares its nightmare about the Obamacare program: «These are facts» [Electronic resource]. – Access mode:

<https://dailycaller.com/2017/07/24/one-family-shares-its-obamacare-nightmare-these-are-facts/> / (Accessed: 01.05.2023);

7. Singh R., Paloski S., Kaiser Health Tracking Poll: Public Opinion on the ACA [Electronic resource]. – Access mode: <https://www.kff.org/interactive/kaiser-health-tracking-poll-the-publics-views-on-the-aca/> / (Accessed: 01.05.2023);

8. Amy E. Lerman and Catherine T. McCabe, «Personal experience and Public Opinion: Theory and verification of conditional feedback in politics» *The Journal of Politics* 79, – № 2 (April 2023): 624-641.