

Американская модель системы здравоохранения: регулирующая роль государства

А.Г. ЗЕМЦОВ, Л.П. ЗЕНЬКОВА

Рассматривается специфика системы здравоохранения США, особенности государственного вмешательства в функционирование рыночных структур медицины, рассмотрены социальные аспекты государственного контроля доступности медицинских услуг населению.

Ключевые слова: здравоохранение, экономическая политика, США, государство, социальные льготы, государственно-частное партнерство.

The specifics of the US healthcare system, the peculiarities of the state intervention in the functioning of market structures of medicine are considered, the social aspects of the state control over the availability of medical services to the population are considered.

Keywords: medicine, economic policy, USA, state, social benefits, public-private partnership.

Введение. Американская система здравоохранения имеет особые черты: значительная децентрализация государственного контроля и финансирования, обширные государственные вливания, большая социальная дифференциация привилегий и льгот по системам медицинских страховок. Имеются и особые рычаги контроля за ценообразованием в частном секторе медицины. Представляется интересным частично сравнить роль государства в других развитых странах по сравнению с Америкой в этой сфере. Система здравоохранения США представляет собой смесь государственных и частных, коммерческих и некоммерческих страховщиков и поставщиков медицинских услуг. Федеральное правительство финансирует национальную программу медицинской помощи взрослым в возрасте 65 лет и старше и некоторым инвалидам, а также различные программы для ветеранов и людей с низкими доходами, включая программу Medicaid и Программу медицинского страхования детей. Государства управляют и оплачивают аспекты местного охвата и сети безопасности.

Финансирование государством системы здравоохранения США: особый случай. По расходам на медицину, конечно, США занимают первое место в мире как в абсолютных цифрах, так и в процентах к ВВП (таблица 1). Однако важнее всего не затраты, а их результативность. В этом случае стоит сопоставить продолжительность жизни в США с другими странами, а также заболеваемость «критическими» болезнями (ВИЧ, онкозаболевания и проч.). За последние 5 лет средняя продолжительность жизни в США практически не изменилась и даже в 2016–2018 гг. чуть сократилась, в то время как в Японии, например, она существенно возросла на +0,5 года, во Франции – на +0,5 года, в Италии – на +0,8 года [2]. Даже в Германии, ужесточившей систему льгот по медицинскому обслуживанию населения из-за огромного притока беженцев-арабов из зоны ближневосточного конфликта в сер. 2010-х гг., продолжительность жизни возросла за рассматриваемый период на +0,3 года. Более того, среди стран G7 Америка занимает по продолжительности жизни самое последнее место, так и не достигнув рубежа 80 лет [2].

Анализ уровня заболеваемости сердечно-сосудистой системы, туберкулеза показывает, что в США благодаря передовым технологиям прекрасно разработана система первичной диагностики, что и привело, например, к практически нижайшему уровню заражения первичным туберкулезом (3 случая на 100 000 жителей) (в сравнении Беларусь – 19 случаев). Однако по уровню заболеваний злокачественными новообразованиями, ВИЧ-инфекцией в США не все так безоблачно, особенно если учесть, что почти пятая часть населения увлекается курением (для сравнения Беларусь – десятая часть населения) [3, с. 102–103].

В 2022 г. Конгресс США планировал увеличить ассигнования по линии Центров по контролю и профилактике заболеваний до 8,7 млрд. долл., увеличить расходы на здравоохранение на 24 %, что стало бы самым крупным увеличением бюджета данного ведомства за почти 20 лет [4], [5], однако украинский конфликт нарушил эти планы.

Таблица 1 – Динамика государственных расходов на здравоохранение в США за период 2015–2019 гг.

Годы	2015	2016	2017	2018	2019
Доля в ВВП, %	16,7	17,0	17,0	16,9	17,0
На душу населения, долл., в текущих ценах	9498,3	9880,2	10212,7	10637,1	11071,7

Источники: [1], [2], [4].

Совершенство системы первичной диагностики в США и уровень качества медицинского обслуживания доказывают следующие данные. Сегодня большую часть Нобелевских премий в области медицины получают представители США – 18 из 25 последних лауреатов были американскими гражданами либо приглашёнными учёными. На американцев приходится половина всех созданных за последние 20 лет медицинских препаратов [5].

По рейтингу Bloomberg Global Health Index (который охватывает 169 стран) США находятся всего лишь на 35 месте в мире. Это исследование, кстати, является более широким по содержанию, чем просто физическая продолжительность жизни, так как изучает кроме оной такие показатели, как меры по борьбе с курением и ожирением, доступ к чистой воде и медицине, экологическая обстановка [6].

В системе здравоохранения США роль государства сводится к координации государственного и частного финансирования оказания медицинских услуг, а также к комбинированию и недопущению взаимонакладки шести видов медицинского обслуживания: а) профилактики заболеваний, б) первичной, в) вторичной (в стационарных лечебных учреждениях общего типа), г) третичной (в специализированных центрах) помощи, д) медицинской реабилитации и е) послебольничного обслуживания. Однако в основном все эти виды медицинских услуг опираются на самооплату населения. Причем спецификой Америки является невмешательство государства в тарификацию оплаты медицинских услуг, как это делается в Германии или в Англии. Официальные ограничения для тарифов отсутствуют.

Что касается степени охвата населения контингентом врачей-специалистов, то по сравнению со странами СНГ, где их количество на 10 000 населения постоянно растёт (в Беларуси, в частности, с 46 до 49,2 за последние 20 лет [2]), в американской системе ощущается «голод» на медперсонал, количество врачей на 10 000 жителей колеблется за последние годы в пределах 24–27 чел. [3, с. 95], а учитывая расстояния между населёнными пунктами в отдельных штатах, такое положение дел может отрицательно сказаться на здоровье жителей, в том числе пожилого возраста.

Согласно данным Американской медицинской ассоциации (АМА), в течение следующих 15 лет США ощутят нехватку от 90 до 200 тыс. врачей. Это вызвано старением населения и неизменно ограниченным количеством выпускников медицинских школ [7]. В исследовании 2018 г. США заняли 29-е место по доступу и качеству здравоохранения [8].

К сожалению, детализированная статистика по направлениям расходов бюджетных финансов в здравоохранении по Беларуси не ведётся, однако если судить по аналогичной картине в США, то становится очевидным факт незначительности доли расходов на стационарно-клиническое лечение. Из каждого доллара, потраченного на здравоохранение в Соединённых Штатах, на стационарное лечение идёт 31 %, на врачебно-клинические услуги – 21 %, на медикаментозное лечение – 10 %, на содержание в домах престарелых – 6 %, на лечение зубов – 4 %, на домашнее обслуживание – 3 %, на другие розничные продукты 3 %, на государственные мероприятия в области здравоохранения – 3 %, на инвестиции – 7 %, административные расходы – 7 %, остальное приходится на другие профессиональные услуги (физиотерапевты, офтальмологи и т. д.) [9]. Возможно, именно поэтому в Беларуси наблюдается тенденция значительного сокращения больничных стационаров (с 830 в 2000 г. до 600 в 2020 г.) [2].

Специфической чертой Америки, в отличие от большинства других развитых стран, является отсутствие универсальной программы здравоохранения. Существуют такие программы, как Программа медицинского страхования детей и Управление здравоохранения ветеранов. Для малообеспеченных граждан действует широко известная специальная программа Medicaid, для престарелых – Medicare. Для остальных категорий населения имеются три рынка страхования – для работников крупных компаний, для мелких предприятий (от 2 до 50

человек) и индивидуальная страховка. При этом, по данным редактора медицинского журнала «The Lancet» Астрида Джеймса, помощь на разных уровнях страховки оказывается по-разному, что порождает дискриминацию [7]. По данным Bloomberg View, рынок медицинского страхования в США недостаточно конкурентен: в большинстве случаев работающие вынуждены приобретать медстраховку, предлагаемую им работодателем [6].

Во многих организациях можно оформить коллективную страховку на несколько человек. Такой вид страхования, как правило, обходится дешевле, чем индивидуальный. Однако в случае серьезной болезни одного из членов трудового коллектива, стоимость общей цены страховки на следующий год может возрасти, что может вызвать неприязнь к людям предпенсионного возраста или инвалидам. Средняя стоимость такой страховки составляет 600 долларов в месяц на одного человека [9]. Кроме того, замечено, что высокая стоимость медицинского обеспечения провоцирует американцев лечиться за рубежом в более «дешёвых» странах – обычно в Канаду, Англию, Италию, на Кубу [10]. Возник даже такой термин – «медицинский туризм».

Результаты функционирования американской системы здравоохранения. По итогам даже поверхностного анализа становится очевидным, что США тратят больше на здравоохранение – почти в два раза больше, чем в среднем по странам ОЭСР, – но при этом имеют самую низкую продолжительность жизни и самый высокий уровень самоубийств среди 11 стран. В США самое высокое бремя хронических заболеваний и уровень ожирения, который в два раза превышает средний показатель по ОЭСР [3, с. 101–103].

У американцев было меньше посещений врача, чем у сверстников в большинстве стран, что может быть связано с низким предложением врачей в США. Американцы чаще, чем наши сверстники, используют некоторые дорогостоящие технологии, такие как КТ, МРТ, и узкоспециализированные процедуры (замена тазобедренного сустава, коронарное шунтирование, липосакция).

Большой заслугой здравоохранения США является реализация комплекса профилактических мер, о чем свидетельствует один из самых высоких показателей скрининга рака груди среди женщин в возрасте от 50 до 69 лет и второй по величине (после Великобритании) показатель вакцинации от гриппа среди людей в возрасте 65 лет и старше. По сравнению с другими странами, в США самое большое предотвратимых смертей [11].

Частное страхование как преобладающая форма финансирования услуг здравоохранения в США, обеспечивается обычно работодателями, и это важно, так как способствует росту социальной защищенности работающих. Положительным результатом функционирования системы здравоохранения можно также считать расширение доли застрахованного населения. Удельный вес незастрахованных, а это 8,5 % населения (по данным 2018 г., позже данные не приводились), снизился почти в 2 раза по сравнению 2010 г., составив 16 %. Этому способствовало принятие Закона о доступной помощи. Однако особенностью Америки так и остаются чрезмерные, не унифицированные правила и льготы страхования не только от частных, но даже и от государственных страховых компаний. Последние годы можно отметить положительную динамику расширения законодательных федеральных законов по совместному несению государственными и частными страховщиками расходов на медицинское обслуживание населения [12].

Среди негативных результатов функционирования системы здравоохранения США можно выделить углубляющуюся гендерную дискриминацию. Исследование Национальных институтов здравоохранения свидетельствует, что пожизненные расходы на душу населения показали большую разницу между расходами на здравоохранение женщин (361 192 доллара) и мужчин (268 679 долларов). Большая часть этой разницы в затратах связана с более короткой продолжительностью жизни мужчин, но даже после корректировки на возраст (при условии, что мужчины живут столько же, сколько женщины) разница в расходах на здравоохранение в течение всей жизни приблизительно составляет 20 % [13].

Изучение результативности функционирования известной программы Medicaid показало, что она не только с каждым годом расширяет контингент обслуживаемых прослоек населения, но и бюрократизируется. Сначала она дала штатам возможность получать федеральное финансирование и софинансирование медицинских услуг семей с низким доходом, слепых и лиц с ограниченными возможностями, лиц в возрасте 65 лет и старше. Постепенно это страхование охватило беременных женщин и младенцев из малообеспеченных семей, а затем

детей в возрасте до 18 лет. С 1972 г. право на участие в этой программе получили лица в возрасте до 65 лет, но с длительной инвалидностью или терминальной стадией почечной недостаточности. На начало 2020-х гг. Medicaid охватывало уже 17,9 % американцев. Однако она функционирует на основе детальной глубокой проверки нуждаемости каждого индивида. Физические лица должны подавать заявление на участие в Medicaid, повторно регистрироваться и проходить повторную сертификацию ежегодно. Критерии и права на участие в ней различаются в зависимости от каждого штата США [12].

Последние десятилетия Америка стала уделять внимание поддержке рождаемости и многодетности. Программа медицинского страхования детей CHIP является государственной программой для детей из малообеспеченных семей, где родители зарабатывают слишком много, чтобы претендовать на получение Medicaid, но гораздо меньше, чем позволить членам семьи частную страховку. В некоторых штатах она действует как расширение программы Medicaid, в других – как отдельная программа. Но уже на начало 2020-х гг. программа CHIP охватывала 9,6 млн. детей [12].

Среди положительных результатов функционирования системы здравоохранения США за последние десятилетия можно отметить усиление роли государства в контроле за качеством и доступностью медицинской помощи. Кардинальным поворотом здесь стало принятие в 2010 г. Закона о защите пациентов и доступном медицинском обслуживании (ACA). Затем этот Закон подвергся модификации и уточнению в 2014 г. по следующим аспектам:

- сформулировано требование государства к большинству американцев иметь обязательную медицинскую страховку или заплатить штраф (позже штраф был снят);
- расширен охват страхованием молодых людей в рамках родительских страховок, позволяя им оставаться в частных страховках своих родителей до 26 лет;
- разрешено открытие рынков медицинского страхования или бирж, которые предлагают премиальные субсидии лицам с низким и средним уровнем дохода;
- расширены финансовые возможности Medicaid с помощью федеральных субсидий (в штатах, выбравших этот вариант).

По оценкам ACA, благодаря этому охват страхованием составил 20 млн. чел., сократив долю незастрахованных *взрослых* в возрасте от 19 до 64 лет с 20 % в 2010 г. до 12 % в 2018 г. [14]. Однако такое страхование обычно покрывает стоимость лекарств, большинство из которых доступны только по рецепту врача, что затрудняет лечение населения заболеваниями в легкой форме, не требующих частого посещения врачебных кабинетов.

Заключение. Подводя итоги, можно указать, что за последние десятилетия Америка попыталась усилить роль государства в контроле за доступностью и качеством медицинской помощи населению, поскольку самый главный конечный показатель функционирования системы здравоохранения – продолжительность жизни – так и остается на низком уровне, не говоря уже о высоком проценте хронических заболеваний и вредных привычках среди населения.

Усилено также государственное финансирование оказания медицинских услуг: к концу 2010-х гг. государственные расходы от общего объема расходов на здравоохранение составляли уже 45 %, при этом значительная финансовая помощь федерального уровня. Федеральные расходы составляли 28 % от общего объема расходов на здравоохранение. Благодаря федеральным налогам финансируются многие программы государственного страхования: Medicare, Medicaid, CHIP, программы военного медицинского страхования (Veteran's Health Administration, TRICARE) [12]. Федеральное правительство играет лишь незначительную роль в непосредственном владении и предоставлении медицинских услуг, за исключением Управления здравоохранения ветеранов и Индийской службы здравоохранения.

Государство также значительно контролирует профподготовку медицинского персонала. Более половины медицинских школ являются государственными.

В области регулирования отношений в системе здравоохранения в обязанности федерального правительства по-прежнему входит:

- разработка законодательства и национальных стратегий по сохранению и укреплению здоровья граждан;
- администрирование, софинансирование и установление ключевых требований и правил доступа к программе Medicaid;

- финансирование медицинского страхования федеральных служащих, а также действующих и бывших военнослужащих и членов их семей;
- регулирование стандартов качества и иногда – каналов сбыта и квот – фармацевтических продуктов и медицинских изделий (особенно в условиях пандемий);
- управление, координация федеральных рынков частного медицинского страхования;
- предоставление субсидий для отдельных субъектов частного рынка.

Однако, несмотря на принятые меры, роль частного страхования очень значительна и определяет дискриминацию в доступе и качестве медицинского обслуживания в зависимости от доходов конкретной прослойки населения. Расходы на частное медицинское страхование на начало 2020-х гг. составляли треть общих расходов на здравоохранение. Частная страховка по-прежнему является первичным медицинским страхованием для двух третей американцев. Большая часть частного страхования (55 %) спонсируется работодателями, а меньшая доля (11 %) приобретается физическими лицами у коммерческих и некоммерческих лиц [12]. Замечено также, что специалисты-частники амбулаторной специализированной помощи все больше интегрируясь с больничными системами, консолидируясь друг с другом в групповых практиках, не заинтересованы в оказании медуслуг населению по линии государственных страховок, так как получают от этого малые доходы, особенно по программам Medicaid и Medicare.

Остается также нерешенным вопрос гендерной дискриминации в медицинском обслуживании и страховании.

Литература

1. OECD.Stat. [Electronic resource]. – Access mode : <https://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=SHA>. – Access date : 16.05.2022.
2. Национальный статистический комитет Республики Беларусь [Электронный ресурс]. – Режим доступа : https://www.belstat.gov.by/ofitsialnaya-statistika/publications/izdania/public_compilation/. – Дата доступа : 16.05.2022.
3. Беларусь и страны мира : статистический сборник. – Минск : Национальный статистический комитет, 2021. – 369 с.
4. Расходы США на здравоохранение в 2022 г. [Электронный ресурс]. – Режим доступа : https://news.rambler.ru/conflicts/46190792/?utm_content=news_media&utm_medium=read_more&utm_source=copylink. – Дата доступа : 29.05.2022.
5. Здравоохранение в США [Электронный ресурс]. – Режим доступа : https://ru.wikipedia.org/wiki/Здравоохранение_в_США#cite_note-svoboda-4. – Дата доступа : 16.05.2022.
6. Bloomberg View : Америке тоже не хватает конкуренции [Электронный ресурс]. – Режим доступа : <https://republic.ru/posts/1/794755>. – Дата доступа : 16.05.2022.
7. These Are the World's Healthiest Nations [Electronic resource]. – Access mode : <https://www.bloomberg.com/news/articles/2019-02-24/spain-tops-italy-as-world-s-healthiest-nation-while-u-s-slips>. – Access date : 16.05.2022.
8. Measuring performance on the Healthcare Access and Quality Index for 195 countries and territories and selected subnational locations : a systematic analysis from the Global Burden of Disease Study 2016 [Electronic resource]. – Access mode : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5986687/>. – Access date : 16.05.2022.
9. Health Costs [Electronic resource]. – Access mode : <https://www.kff.org/health-costs/How%20is%20the%20U.S.%20health%20care%20dollar%20spent?>. – Access date : 16.05.2022.
10. Злобин, Н. Америка... Живут же люди! / Н. Злобин. – М. : Эксмо, 2012. – 416 с.
11. U.S. Health Care from a Global Perspective, 2019 : Higher Spending, Worse Outcomes? [Electronic resource]. – Access mode : <https://www.commonwealthfund.org/publications/issue-briefs/2020/jan/us-health-care-global-perspective-2019>. – Access date : 16.05.2022.
12. International Health Care System Profiles United States [Electronic resource]. – Access mode : <https://www.commonwealthfund.org/international-health-policy-center/countries/united-states>. – Access date : 16.05.2022.
13. Uninsured trauma patients are much more likely to die [Electronic resource]. – Access mode : <https://www.latimes.com/nation/la-sci-trauma-uninsured17-2009nov17-story.html>. – Access date : 17.05.2022.
14. Health Insurance Coverage Eight Years After the ACA [Electronic resource]. – Access mode : <https://www.commonwealthfund.org/publications/issue-briefs/2019/feb/health-insurance-coverage-eight-years-after-aca>. – Access date : 17.05.2022.