Охрана здоровья как императив

Пол Кругман

23 марта Барак Обама подписал документ, согласно которому будет проводиться реформа здравоохранения в США. Но почему стране, в которой гражданам оказывают помощь, быть может, лучшие врачи и применяются самые передовые медицинские технологии, понадобилась эта реформа? И почему реформа встречает такое упорное сопротивление? Ответ можно найти в книге известного американского экономиста, лауреата Нобелевской премии по экономике (2008 г.), профессора Принстонского университета Пола Кругмана «Кредо либерала» (М.: Европа, 2009).

На 37-м месте!

Среди богатых стран только в США гражданам не гарантированы базовые услуги по охране здоровья.

Если руководствоваться прошлым опытом, то в течение любого наступающего года у половины американцев медицинские расходы будут незначительными. Вероятно, эти граждане приобретут несколько упаковок аспирина, сделают парочку анализов, но не заболеют или, по крайней мере, не заболеют так сильно, чтобы появилась необходимость в дорогостоящем лечении. И в то же время огромные расходы по медицинской линии падут на тех, кому потребуются коронарное шунтирование, гемодиализ или химиотерапия. В целом 80% затрат на здравоохранение придется на 20% населения. Самому больному 1% населения США в среднем потребуются медицинские услуги на сумму свыше 150 тыс. долл. на протяжении всего лишь одного года.

Очень немногие американцы в состоянии самостоятельно оплатить столь крупные счета — особенно если дорогое лечение продолжается годами, как это часто бывает. Здравоохранение доступно среднему классу в Америке и других развитых странах только потому, что большую часть счетов, когда возникает потребность в дорогостоящих медицинских услугах, оплачивает кто-то еще.

В отличие от большинства остальных благополучных наций в США этот «кто-то» — обычно частная страховая компания. В большинстве развитых государств медицинское страхование фактически обеспечивается правительством, а в конечном счете — налогоплательщиками (хотя в деталях система может быть более сложной). Даже в США программа страхования, на которую идут деньги налогоплательщиков, — «Медикэр» — рассчитана на всех, кому 65 лет и более, а другая правительственная программа — «Медикэйд» — охватывает многих (но не всех), кто слишком беден, чтобы позволить себе частную страховку. Преобладающее же большинство американцев, охваченных медицинским страхованием, получает его в частном секторе. Опора на частное страхование делает США единственной развитой страной, где значительная часть населения (около 15%) не застрахована вообще.

Так как же выглядит система здравоохранения США, уникальная в своей опоре на частное страхование, на фоне других государств. Ответ — в таблице, где показано, сколько те или иные страны расходуют на здравоохранение в расчете на душу населения. Сравнение этих расходов со средней продолжительностью жизни позволяет судить о том, насколько хорошо функционирует система здравоохранения. (Всемирная организация здра-

Сравнение систем здравоохранения в западных странах, 2004 г.

Страны	Расходы на душу населения, долл.	Ожидаемая продолжительность жизни, лет
США	6102	77,5
Канада	3165	80,2
Франция	3150	79,6
Германия	3043	78,9
Великобритания	2508	78,5

воохранения отводит ей только 37-е место в своем рейтинге.)

Соединенные Штаты превосходят всех по расходам на медицинские услуги, но находятся лишь в середине списка, если говорить о том, что американцы на самом деле получают за свои деньги.

Как же удается стране, в которой силен предпринимательский дух, в стране, находящейся на переднем крае технологического развития во многих областях, иметь столь несовершенную систему здравоохранения? Главный ответ состоит в том, что нас угораздило получить систему, в которой значительные суммы расходуются не на предоставление человеку медицинских услуг, а на то, чтобы отказать ему в них.

Азы экономики здравоохранения

Частные страховые компании зарабатывают вовсе не тем, что оплачивают услуги врачей. Они делают деньги на том, что кладут себе в карман ваши страховые взносы, но всегда, когда это возможно, отбиваются от оплаты оказанных вам медицинских услуг. Выплаты, связанные с покрытием затрат на серьезную операцию, страховые фирмы недвусмысленно квалифицируют как «медицинские потери».

Страховые компании пытаются снизить эти злосчастные потери двумя основными способами. Один из них — «выбор рисков», также довольно невразумительно именуемый «подпиской». Оба эти термина — это эвфемизмы, за которыми прячется отказ страховать тех, кому страховка как раз может понадобиться, либо выставление им крайне завышенных расценок. При всяком удобном случае страховщики тщательно проверяют потенциального клиента, чтобы выяснить, не может ли ему потребоваться дорогостоящая медицинская помощь. При этом они исходят из семейной истории, характера занятости, а прежде всего — из предшествующего состояния здоровья. Любой признак того, что клиенту с большой вероятностью предстоят серьезные затраты на лечение, перечеркивает перспективу получения им приемлемого варианта страхования.

Если кому-то удалось пройти этап «выбора риска», но лечение все же понадобилось, то на этот случай у страховщиков существует вторая линия обороны. Они ищут повод уклониться от платежа, копаясь в истории болезни пациента, чтобы доказать, что у него имелось некое хроническое заболевание, о котором пациент не сообщил, из-за чего страховка лишается силы. Что еще важнее во многих случаях, страховщики подвергают сомнению мнения врачей и больниц, изыскивая причины, по которым предложенное лечение не подпадает под их ответственность.

Почти все согласны: каждый должен получать достойную медицинскую помощь. Это подразумевает доступ к адекватному страхованию. Однако в США система работает так, что миллионам людей отказывают в страховке либо предлагают ее, но по недоступным тарифам. В то же время страховые компании тратят немалые деньги на проверку заявителей и на уклонение от исполнения своих обязательств. Те же, кто непосредственно оказывает медицинскую помощь, включая врачей и больницы, в свою очередь расходуют огромные суммы на общение со страховыми фирмами и на судебные тяжбы с ними, чтобы получить плату за лечение. Сложился целый бизнес, известный как «управление отказами», — это компании, которые помогают врачам судиться со страховыми фирмами, отказывающимися выплачивать страховку.

Ничего подобного не возникает при общедоступной системе здравоохранения, когда в качестве страховщика выступает государство. Если медицинское страхование положено каждому, не надо проверять людей, чтобы выбраковывать клиентов с высокими рисками. Если страхование осуществляет государственное ведомство, нет надобности спорить о том, кто должен платить за ту или иную медицинскую процедуру: коль скоро речь идет о процедуре, подпадающей под страховой случай, ее финансовое покрытие берет на себя правительство. В результате государственные программы медицинского страхования меньше забюрократизированы и не требуют особых админи-

стративных расходов. Например, в рамках «Медикэр» всего лишь 2% средств идет на административные нужды, тогда как у частных страховщиков этот показатель вырастает до 15%. (В 2003 г. в американской системе медицинского страхования административные расходы были на 84 млрд долл. выше, чем в странах, где действуют государственные программы страхования.)

Куда же уходят остальные деньги? В отличие от прочих развитых стран в США нет централизованного агентства, которое торговалось бы с фармацевтическими компаниями по поводу цен на лекарства. В итоге в Америке фактически употребляется меньше лекарств на душу населения, чем в среднем в остальных государствах, но денег на них тратится гораздо больше, что добавляет как минимум 100 млрд долл. к общим расходам на медицинское обслуживание. Существует также масса менее заметных причин неэффективности американской системы. Например, из-за неправильных финансовых стимулов получили распространение амбулаторные центры компьютерной томографии, в которых дорогостоящее оборудование практически простаивает.

В американской системе есть еще один серьезнейший изъян, достойный упоминания. У страховых фирм нет особого стимула оплачивать меры по профилактике заболеваний, даже если это позволило бы им сэкономить крупные суммы на лечении в будущем. Самым вопиющим примером является диабет. Страховщики зачастую не оплачивают лечение, которое помогло бы купировать заболевание на его ранних стадиях, но готовы покрывать расходы на ампутацию ног, что нередко является следствием развития диабета, который вышел из-под контроля. Это выглядит как извращение, но давайте оценим мотивацию страховой фирмы. Предположим, что она понесет затраты, оплачивая профилактическое лечение. Но это вряд ли принесет ей выгоду, так как люди часто меняют страховщиков либо по достижении 65-летнего возраста переходят от частного страхования к «Медикэр». Иначе говоря, с точки зрения отдельно взятой страховой компании не имеют особого смысла медицинские процедуры, которые сегодня стоят денег, хотя и экономят средства в будущем. Напротив, в рамках общедоступных систем, охватывающих всех граждан на протяжении всей их жизни, имеются мощные стимулы оплачивать профилактику заболеваний.

Почему система, охватывающая 85% американцев, все же работает довольно неплохо? Часть ответа на этот вопрос заключается в том, что даже в США правительству принадлежит решающая роль в предоставлении страхового покрытия на медицинские цели. В 2005 г. 80 млн американцев были охвачены правительственными программами (в основном «Медикэр» и «Медикэйд», а также некоторыми другими, например, медицинским обеспечением ветеранов). Это значительно меньше числа тех, кто охвачен частным медицинским страхованием (198 млн), но упомянутые программы в основном рассчитаны на пожилых людей, у которых медицинские расходы гораздо выше, нежели у молодежи. Так что на деле получается, что основную часть затрат на здравоохранение покрывает правительство, а не частные страховщики. В 2004 г. через государственные программы было оплачено 44% предоставленных медицинских услуг в США, тогда как частными страховыми компаниями — только 36%. Остальное было в основном оплачено самими пациентами из собственного кармана, причем такая практика существует повсеместно.

Еще одно объяснение того, почему американская система здравоохранения все же работает, сводится к тому, что большинство американцев, охваченных частным страхованием, получает его за счет своих работодателей. Отчасти здесь сказалась история: во время Второй мировой войны компаниям не разрешалось повышать заработную плату для привлечения работников, а потому многие из них стали предлагать медицинские льготы. В существенной мере это также результат целенаправленной налоговой политики государства: в отличие от заработной платы страховые пособия не облагаются подоходным налогом или начислениями на соответствующий фонд. Однако чтобы воспользоваться такой налоговой льготой, работодатель должен предложить одинаковый план медицинского страхования всем своим работникам, независимо от истории болезни. Таким образом, страховое покрытие на основе занятости в какой-то мере смягчает проблему, возникающую из-за того, что страховщики отсеивают людей, действительно нуждающихся в страховании. Кроме того, крупные фирмы сами в определенной мере обеспечивают реализацию права своих работников на медицинскую помощь.

Затяжной кризис

В основных чертах система здравоохранения в США не менялась с 1965 г., когда при президенте Линдоне Джонсоне появились программы «Медикэр» и «Медикэйд». Но если основные характери-

стики системы сохранились, то пропорции изменились. Сокращается страхование, предоставляемое по месту работы. «Медикэйд» восполняет такое сокращение лишь частично, не компенсируя его полностью. Сокращение медицинского страхования, предоставляемого работодателями, подстегивается в свою очередь ростом стоимости страховых полисов. Средняя ежегодная плата за семейную страховку в 2006 г. превысила 11 тыс. долл., что составило более четверти среднего годового заработка. Для работников, у которых доход невелик, это слишком много — фактически такая сумма близка к общему годовому заработку тех, кто трудится полный рабочий день за минимальную заработную плату. Даже среди американцев с умеренным доходом (20-36 тыс. долл. в год на одного члена семьи) какое-то время в течение двухлетнего периода более 40% не имели страховых полисов.

Почему же дорожает страхование? Как это ни странно, ответ связан с прогрессом медицины. Достижения в медицинской технологии позволяют врачам браться за многие болезни, ранее считавшиеся неизлечимыми. Правда, лечение стоит очень дорого. Страховые компании оплачивают его, но для компенсации своих расходов поднимают стоимость полисов. По мере того как цены на медицинские услуги продолжали расти, фирмы продолжали отказывать своим работникам в медстраховании. Это привело к увеличению числа американцев, которые не имеют страхового полиса и часто не могут получить даже базовую медицинскую помощь.

Мы приходим к жесткому парадоксу: прогресс медицины вреден для здоровья многих американцев!

Плоды будущей реформы здравоохранения

Приведенные цифры и факты столь показательны и настолько противоречат обыденным представлениям, будто частный сектор эффективнее государственного, что многие политики, эксперты и экономисты просто отмахиваются от них.

Однако в течение последних нескольких лет американские эксперты и политики разрабатывали такой подход к реформе здравоохранения, который, как представляется, может стать действенным компромиссом между экономической эффективностью и политическим реализмом. Он опирается на четыре основных компонента:

равная тарифная сетка для всех;

субсидии для семей с низкими доходами;

обязательное страхование;

конкуренция между государством и частным сектором.

Объединение первых трех элементов позволит создать общедоступную систему здравоохранения, основную роль в которой будут играть частные страховые компании. Люди, которым из-за состояния здоровья сейчас грозит отказ в страховании, обретут гарантированный доступ к нему благодаря равной тарифной ставке. Люди, которым страховка вообще не по карману, получат финансовую поддержку. Наконец, людей, которые предпочитают не страховаться вовсе, лишат такой возможности.

Имеются ли у системы общедоступного здравоохранения, основанного на частном страховании, какие-то принципиальные преимущества по сравнению с системой единого плательщика? Если рассуждать в экономических категориях — нет. Фактически ее следует считать просто попыткой сымитировать систему единого плательщика с помощью регулирования и субсидий. Однако такая имитация далека от совершенства. В частности, введение равных тарифов и обязательности страхования потребует существенного увеличения бюрократического аппарата. Смешно сказать: управление деятельностью частных страховщиков будет сопровождаться бóльшим государственным вмешательством в сферу здравоохранения, нежели осуществление чисто правительственной программы.

Предложенный план позволит сохранить частное страхование для тех американцев, которых оно удовлетворяет, но люди получат также право подключаться к государственной системе страхования по образцу «Медикэр» по цене, отражающей его реальную стоимость для правительства. Подобная ситуация породит конкуренцию между государственными и частными страховыми схемами. Как показывает практика, государственные схемы, предполагающие меньшие накладные расходы из-за того, что не тратятся крупные суммы денег на маркетинг, способны выиграть такое соревнование.

Еще предстоит проработать множество деталей, но важно то, что общедоступное здравоохранение вполне осуществимо с экономической, фискальной и даже политической точек зрения.

Печатается по: *Кругман П.* Кредо либерала. — М.: Европа, 2009.