

С.С. Костяев

СТАРЕНИЕ НАСЕЛЕНИЯ И СИСТЕМА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В США

Программа медицинского обеспечения пенсионеров Медикэр крайне успешна в реализации поставленных задач. Благодаря ей многие пожилые люди получили доступ к здравоохранению. Части Б и Д¹ (оплата лекарств за счет страховки) Медикэр в обозримом будущем смогут выполнять поставленную задачу, что касается части А, покрывающей расходы больниц, то полная реализация реформы здравоохранения Барака Обамы позволит свести дефицит средств к минимуму в ближайшие четверть века.

Медикэр за время своего функционирования ввела в систему американского здравоохранения новые системы оплаты, которые впоследствии были заимствованы и частными страховыми компаниями. Концепция государственных субсидий страховых взносов в программы частного медицинского страхования, вынесенная на суд общественности Полом Райаном, главой комитета Палаты представителей по бюджету, появилась еще в середине 1990-х годов. Однако она далека от той степени детализации, которая позволяет серьезное обсуждение в экспертном сообществе. Условия, послужившие поводом для дискуссии вокруг этой концепции, отсутствуют в современном американском здравоохранении. Уже сейчас существует конкуренция между государственной Медикэр и частными планами медицинского страхования, причем последние как раз и служат локомотивом инфляции стоимости медицинских услуг, вызывающей серьезную озабоченность как общественности, так и правительства. Изменение Медикэр, а не ее

¹ Медикэр состоит из трех частей: А – страхование в случае госпитализации, Б – медицинское страхование, Д – оплата рецептурных лекарств. – *Прим. С.К.*

ликвидация, позволит сэкономить средства и улучшить качество медицинского обслуживания.

Современное состояние Медикэр

Медикэр, программа медицинского страхования для пенсионеров и людей с ограниченными возможностями, была введена в 1965 г. Она обеспечила доступ к здравоохранению для тех категорий лиц, которые ранее во многих случаях не имели возможности обратиться за квалифицированной медицинской помощью. Большинство американцев предпочитают сохранить эту программу, а не получать фиксированную сумму денег от государства для покупки полиса медицинского страхования в частной компании. А именно, по опросу газеты the Washington Post и телеканала ABC, примерно 53–45% респондентов предпочли повысить налоги всех американцев, но не сокращать финансирование Медикэр, 72% опрошенных сочли бы необходимым обложить дополнительным налогом лиц, с доходом выше 250 тыс. долл. в год, и лишь 21% людей одобрили бы урезание Медикэр как таковое [Aaron, H. 2012].

Немногие американцы понимают принципы финансирования Медикэр, и это используется политиками правого толка в общественных дискуссиях. Часть А функционирует за счет специального налога и внебюджетного фонда Медикэр. В этой компоненте возможно дефицитное финансирование за счет ранее аккумулированных средств внебюджетного фонда. Части Б и Д реализуются только за счет страховых взносов, соответственно, можно говорить лишь о потенциальной угрозе устойчивости части А, а не всей Медикэр.

Дебаты о банкротстве части А идут с момента принятия программы Медикэр. Каждый год актуарии определяют момент, когда в программе будет столько пациентов, что она не сможет оплатить все расходы и обанкротится, исчерпав ресурсы внебюджетного фонда. Например, в 1999 г., Национальная двухпартийная комиссия по будущему Медикэр, предрекала банкротство этой программы в 2010 г. [Aaron, H. 2012]. Как известно, катастрофы не произошло. Дело в том, что законодатели знают о популярности этой программы и делают все возможное, чтобы избежать ее банкротства. В одних случаях изменяются тренды в структуре инфляции стоимости медицинского обслуживания, в других, принимается решение перевести отдельные виды процедур и услуг из части А в часть Б. По консенсусной оценке экспертов, реформа здравоохра-

нения Барака Обамы обеспечит бездефицитное финансирование Медикэр, а именно части А, в ближайшие 10–20 лет [Aaron, H. 2012].

Анализ американской системы здравоохранения показывает, что эффективность Медикэр не ниже, а то и выше чем других программ, например, Медикейд, программы медицинского страхования для малообеспеченных слоев населения, и частного медицинского страхования (Так?). Более того, в последние десятилетия расходы на одного пациента в Медикэр росли медленнее, чем в других частях системы охраны здоровья в США. Проблема повышения эффективности расходования средств характерна для всей американской медицины, а не только Медикэр, как утверждают отдельные политики республиканцы.

Медикэр является крупнейшей программой в сфере здравоохранения в США. Как крупнейший покупатель медицинских услуг она влияет на функционирование всей американской медицины. За историю своего существования Медикэр стимулировала введение новых прогрессивных форм оплаты медицинских услуг: оплата постфактум¹ стала одним из важных стимулов снижения темпов роста цен на врачебную помощь, пакетированная оплата представляет собой единый счет и снижает степень фрагментации системы оказания медицинских услуг.

Утверждения республиканцев о том, что в Медикэр нет конкуренции между страховщиками и введение ваучеров позволит ее создать, не соответствует действительности, полагает Г. Аарон. В 2010 г. пациент Медикэр имел возможность выбрать один из 24 полисов медицинского страхования, одну из 10 больниц [Aaron, H. 2012]. Кроме того, существует программа «Медикэр-плюс» (Medicare Advantage), предоставляющая дополнительный набор услуг. В среднем такая страховка стоит на 3% больше в городе и 6% в деревне, чем в среднем по Медикэр [Aaron, H. 2012].

Закон 2010 г. «О защите пациентов и доступном здравоохранении» серьезно изменяет положение дел в Медикэр. В течение ближайшей четверти века рост расходов по Медикэр, благодаря реформе здравоохранения Барака Обамы, сокращается вдвое и составит 2,1% ВВП, и это не свидетельствует о кризисе данной программы, считает Г. Аарон. А ожидаемый через 25 лет дефицит можно избежать путем повышения налога на заработную плату

¹ В США пациенту сначала оказывается медицинская помощь, а затем решается вопрос с ее оплатой посредством медицинской страховки или деньгами. – *Прим. С.К.*

отдельных сотрудников и фонд оплаты труда в целом всего лишь на 0,35% [Aaron, H. 2012]. Также важно подчеркнуть, что создан Независимый консультативный совет по платежеспособности, который имеет полномочия реструктурировать программу с целью снижения расходов в случае, если темпы роста превысят ранее указанный целевой показатель в 2,1%. Данная мера позволит предотвратить неограниченный всплеск затрат по этой программе. Однако Р. Моффит, старший научный сотрудник Фонда «Наследие», считает, что снижение расходов слишком значительное, т.к. стоимость медицинских услуг будет превышать объем, выделяемых государством средств. В ближайшие десять лет предполагается сократить финансирование Медикэр на 716 млрд. долл. Как следствие, с 2019 по 2050 гг. доля больниц с дефицитным бюджетом увеличится с 15% до 40% [Moffit, R. 2012]. В результате, сети медицинских учреждений либо откажутся обслуживать пациентов Медикэр, либо сократят количество больниц, что резко ограничит доступ к здравоохранению для пенсионеров и лиц с ограниченными возможностями.

Г. Аарон отмечает, что отмена закона 2010 г., которую предлагал произвести М. Ромни, привела бы к следующим негативным последствиям для американских пожилых людей. Во-первых, реформа здравоохранения закрывает так называемую «дырку от бублика» (donut hole)¹, при отмене реформы данная проблема возникнет вновь. Во-вторых, исчезнет государственное финансирование профилактических лечебных процедур. В-третьих, не будет субсидирования программы покупки более дешевых аналогов рецептурных лекарств (generic drugs). В-четвертых, новая когорта лиц², по-

¹ «Дырка от бублика» в программе Медикэр – это разрыв в страховом покрытии расходов на прописанные лекарства, т.е. интервал величины расходов на лекарства, в котором не выплачиваются страховки; напр., в 2007 г. стандартные условия страхования по программе Медикэр предусматривали, что: страховка начинает действовать после того, как застрахованный приобретет лекарства на 265 долл.; после достижения этой суммы страховкой покрывается 75% от всех расходов на лекарства до достижения общей суммы расходов в 2400 долл.; после этого расходы покрываются застрахованным полностью самостоятельно, до тех пор, пока общая сумма расходов не достигнет 3850 долл.; по достижении суммы в 3850 долл. страховка вновь начинает действовать, при этом 95% расходов покрываются за счет страховки, а 5% – за счет средств бенефициара; «дырка от бублика» в этом случае – интервал между 2400 долл. и 3850 долл. – *Прим. С.К.*

² Закон 2010 г. «О защите пациентов и доступном здравоохранении» изменил размер дохода для лиц, обращающихся за помощью к Медикейд, благодаря

лучившая право пользоваться Медикейд благодаря реформе Обамы, снова окажется без медицинской страховки. В-пятых, лица, работодатели которых не предлагали им корпоративного медицинского страхования, получившие медицинскую страховку благодаря закону 2010 г., лишатся доступа к здравоохранению. В-шестых, реструктуризация Медикэр, благодаря которой сэкономлены немалые средства, будет отменена и внебюджетный фонд больничного страхования (Hospital Insurance Trust Fund) столкнется с дефицитом в 2016 г., а не в 2024 г. как ожидается благодаря закону 2010 г.

Очень тревожным, по мнению Г. Аарона, является предложение М. Ромни об ограничении расходов федерального бюджета 20% ВВП, из них 4% предлагается потратить на оборону. Выполнение данной задачи потребует громадного сокращения государственных расходов. По оценке Г. Аарона, в 2016 г. придется сократить траты федерального бюджета на 29%, а в 2022 г. на 59%, при условии, что М. Ромни будет избран президентом дважды [Aaron, H. 2012]. Более того, анализ центра Брукингского института по налоговой политике показывает, что реализация налоговой реформы, предлагаемой М. Ромни, приведет к усилению налогового бремени на людей с доходом ниже 200 тыс. долл. в год. Г. Аарон убежден, что реализация всего набора предложений М. Ромни (замена Медикэр ваучером, отмена реформы здравоохранения Обамы, де-факто регрессивная налоговая политика, бюджетная программа) крайне негативно скажется на положении американских пенсионеров.

Важно отметить, что стоимость реализации закона 2003 г. об оплате рецептурных лекарств, часть Д Медикэр, оказалась ниже, чем ожидалось. Одна из причин заключается в том, что Медикэр санкционировала использование дешевых аналогов лекарств (generic drugs). Многие частные страховщики переняли эту инициативу, что способствует замедлению роста стоимости медицинских услуг. Проведенный анализ показывает, что пенсионеры и инвалиды не используют предлагаемые ресурсы оптимальным образом. Они выбирают медицинские полисы с минимальной доплатой, хотя в действительности, следовало бы использовать планы с более высокими первоначальными дополнительными платежами, которые обеспечивали бы более полный пакет лекарств при возникновении серьезного заболевания.

чему масса людей, которые ранее были «недостаточно бедны» для этой программы, получили доступ к здравоохранению. – *Прим. С.К.*

Дискуссии о реформировании Медикэр

В ходе предвыборной кампании 2012 г. одной из самых остро обсуждаемых тем стало реформирование Медикэр. Демократы обвиняли республиканцев в желании ликвидировать Медикэр. Республиканцы обвиняли президента Обаму в сокращении объемов финансирования Медикэр для того, чтобы оплатить реализацию закона 2010 г. «О защите пациентов и доступном здравоохранении». Зачем политикам подрывать функционирование одной из самых успешных и популярных программ в американской истории в то время, когда количество пенсионеров резко увеличивается? В действительности, полагает А. Ривлин, старший научный сотрудник Брукингского института, ни одна из политических партий не намерена разрушать Медикэр или кардинально ее реформировать. Речь идет о запугивании пенсионеров с целью предстать в их глазах в качестве истинных поборников интересов пожилых людей.

Существуют точки соприкосновения у демократов и республиканцев. Все признают тот факт, что американское здравоохранение слишком дорогостояще и неэффективно. Проблема лишь обострится со старением населения и ростом стоимости медицинских услуг. Все признают необходимость улучшить качество здравоохранения при снижении его себестоимости. Поступление средств в больницы на основе принципа оплаты медицинских услуг приводит к тому, что пациентам проводится больше процедур, чем необходимо. Разработчики медицинских реформ в обеих политических партиях предлагают реформировать систему компенсации врачей с тем, чтобы акцентировать внимание на результатах лечения, увеличить координацию разных видов здравоохранения, сократить неэффективное расходование денежных средств. И демократы, и республиканцы убеждены, что изменение системы оплаты в Медикэр поможет преобразовать всю систему здравоохранения в США. Б. Обама и М. Ромни сходятся на параметрах ограничения темпов увеличения расходов по Медикэр – рост ВВП плюс 0,5% [Galston, W. 2012].

Далее вступает в силу идеология. Для достижения единой цели демократы предлагают усилить регулирование страхового бизнеса, а республиканцы уповают на конкуренцию. Партия слона предпочитает дать пенсионерам выбор между полисами медицинского страхования, эквивалентными Медикэр. Покупка полисов должна осуществляться с помощью специальной субсидии (ваучера). Республиканцы надеются, что конкуренция между страховщиками

обеспечит улучшение качества медицинского обслуживания и снизит его стоимость. При этом они предлагают ограничить расходы на пенсионное здравоохранение в таких же масштабах, как и Барак Обама. Поскольку демократы не доверяют частному сектору в той же степени, в какой республиканцы не доверяют государству, они предсказывают, что введение медицинских субсидий (ваучеров) обеспечит процветание бизнеса за счет пенсионеров и инвалидов. Интересно отметить, по мнению А. Ривлин, что демократы поощряют конкуренции в законе о реформе здравоохранения Б. Обамы, но опасаются ее в Медикэр, в то время как республиканцы продвигают идею конкуренции в Медикэр, но хотят отменить закон 2010 г. «О защите пациентов и доступном здравоохранении».

В ходе дебатов обе стороны предрекали провал предложений своих оппонентов, хотя в действительности, нет гарантии, что их собственные прожекты, в случае воплощения в жизнь, приведут к ожидаемым результатам. Регуляторные нормы, предназначенные для снижения стоимости медицинских услуг, не редко проваливались при столкновении с противодействием больниц, в то время как конкуренция среди страховых компаний далеко не всегда приводила к снижению цен на медицинские услуги.

А. Ривлин предлагал пойти на компромисс: совершенствование традиционной Медикэр с одной стороны, и специальный регуляторный режим для тех страховщиков, которые разрабатывают программы обеспечения пенсионеров медицинскими услугами, финансируемые за счет ваучера, — с другой. Данная комбинация примерно соответствует версии плана П. Райана, главы комитета палаты представителей по бюджету, выработанной в 2012 г. Первоначально идея П. Райана заключалась в замене Медикэр как системы гарантирования определенного набора медицинских услуг, определенной суммой денег в виде ваучера, который нужно использовать для покупки полиса у частной компании.

Более того, данный компромиссный план не многим отличается от того выбора, который делает четверть пенсионеров в рамках программы Медикэр плюс (Medicare Advantage). Первоначально эта программа была плохо структурирована, получала чрезмерные государственные субсидии и отдавала предпочтение сравнительно более молодым и здоровым пациентам. Теперь же, закон 2010 г. «О защите пациентов и доступном здравоохранении» ликвидировал излишние платежи, что республиканцы именуют «обворовыванием» пенсионеров с целью оплатить реализацию реформы. Данная мера привела к тому, что «Медикэр-плюс» предлагает более дешевые

полисы со сравнимым уровнем медицинского обслуживания без снижения его качества.

Как демократы, так и республиканцы признают необходимость снижения затрат на Медикэр и изменения системы оплаты медицинских услуг. Они должны прекратить пугать пенсионеров и инвалидов. Ни один реалистичный политик никогда не отменит медицинское страхование пенсионеров за счет государства. После завершения предвыборной кампании 2012 г. демократы и республиканцы должны приступить к выработке скоординированного плана действий по реформированию Медикэр [Rivlin, A. 2012].

Рассмотрев общие моменты в подходах республиканцев и демократов, отметим различия. Представители партии слона обвиняли Б. Обаму в сокращении финансирования Медикэр на 716 млрд. для того, чтобы оплатить свою реформу здравоохранения и улучшить положение дел в Медикейд. В июле 2012 г. конгрессмены-республиканцы попросили Бюджетное управление Конгресса (БУК) и Объединенный комитет по налогообложению оценить финансовые последствия отмены закона 2010 г. «О защите пациентов и доступном здравоохранении». Эти структуры подсчитали, что в 2013–2022 гг. при отмене закона 2010 г. расходы по Медикэр увеличились бы следующим образом: общие затраты на часть А (страхование на случай госпитализации) возросли бы на 517 млрд. долл., часть Б (медицинское страхование) – 247 млрд. долл., часть Д (оплата рецептурных лекарств) – 48 млрд. долл. В целом, расходы по этой программе медицинского обеспечения пенсионеров и инвалидов увеличились бы как раз на искомые 716 млрд. долл., отмечают У. Галстон, старший научный сотрудник Брукингского института, и К. Дэвис, координатор специальных проектов Брукингского института [Galston, W. 2012].

Действительно ли Б. Обама урезал финансирование Медикэр на 716 млрд. долл., задаются вопросом сотрудники Брукингского института. Действительно, закон 2010 г. произвел существенные изменения в Медикэр для того, чтобы снизить темпы роста затрат на эту программу. Реформирование Медикэр привело к экономии, снижению расходов и ликвидации отдельных категорий трат. Эти преобразования позволили сэкономить 449 млрд. долл., т.е. половину стоимости реализации закона 2010 г., отмечают У. Галстон и К. Дэвис. В действительности, не было сокращения набора услуг для пенсионеров и инвалидов, наоборот, качество этих услуг увеличилось. Экономия средств появилась в результате снижения компенсации затрат для больниц и программы «Медикэр-плюс».

Тогда, задают вопрос сотрудники Брукингского института, как появилась цифра 716 млрд. долл.?

Причина в разных периодах оценки реализации закона 2010 г. Первый подсчет был проведен в 2010 г. и охватывал период с 2010 по 2019 г. Второй – в 2012 г. – с 2013 по 2022 г. Дело в том, что основные положения закона 2010 г. вступают в силу в 2014 г. Соответственно, второй анализ БУК охватывает 10 лет полноценной реализации закона, а первый – лишь 6. В результате, 449 млрд. долл. экономии трансформируются в 716 млрд. долл., констатируют У. Галстон и К. Дэвис [Galston, W. 2012]. В плане реформирования здравоохранения П. Райана, главы комитета палаты представителей по бюджету, предполагающем отмену закона 2010 г. «О защите пациентов и доступном здравоохранении», предполагается сохранить все преобразования, сделанные Б. Обамой. Следовательно, в пику республиканцам сотрудники Брукингского института утверждают, что и демократы и республиканцы выступают за контроль темпов роста затрат на медицинское обслуживание пенсионеров и лиц с ограниченными возможностями.

За последние три десятилетия республиканцы и демократы предлагали заменить Медикэр государственной субсидией в виде ваучера на покупку полиса медицинского страхования у частной компании. Данный подход основан на той идее, что люди должны сами выбирать конкретную программу страхования. На самом деле людей интересует выбор хорошей больницы, а не – страховой фирмы. Важно отметить, что ни один частный полис медицинского страхования не предлагает большего выбора больниц, чем Медикэр.

Особую популярность идея ваучера приобрела в середине 1990-х годов после провала администрации У. Клинтона в деле реформирования американской системы здравоохранения. Считалось, что страховые компании будут конкурировать между собой, что приведет к снижению цен на медицинские услуги и повышению их качества. Однако предварительный анализ показал, что пенсионеры и люди с ограниченными возможностями обладают недостаточным доступом к информации, что не позволит им выбрать оптимальную медицинскую страховку.

Пример медицинской программы для федеральных государственных служащих, которая фактически функционирует как ваучер, не может быть показательной при определении путей реформирования Медикэр. Дело в том, что уровень образования этих людей значительно выше, чем американцев в целом. Федеральные чиновники обладают доступом к специальным консультативным

службам, которые помогают им сделать правильный выбор среди различных полисов медицинского страхования, предлагаемых частными фирмами. В довершении всего, данная программа не способствовала снижению расходов на здравоохранение, т.к. регулярно индексируется с учетом инфляции цен на медицинские услуги.

Согласно последней версии плана П. Райана, пенсионеры должны либо оставаться в рамках традиционной Медикэр, либо получать фиксированную сумму денег (ваучер) для покрытия стоимости медицинской страховки. Если ее стоимость будет увеличиваться быстрее, установленного государством индекса, то пенсионеру предстоит покрывать разницу из своего кармана или согласиться на более ограниченный набор медицинских услуг. По мнению Г. Аарона, утверждение П. Райана о том, что его план не затронет нынешних пенсионеров, неверно. Скорее всего, размер собственных расходов пенсионеров на здравоохранение увеличится. Дело в том, что стоимость обслуживания пенсионеров, пользующихся Медикэр, увеличится из-за того, что страховые компании будут стремиться работать с более молодыми и здоровыми пенсионерами. Страхование как механизм перераспределения риска работает только тогда, когда пул застрахованных лиц разнороден. Если же люди с хорошим состоянием здоровья будут обслуживаться частными компаниями, а больные – государственной Медикэр, то финансовое положение последней, а следовательно, и само существование программы будет поставлено под вопрос.

Важным условием эффективности ваучерного плана в Медикэр должен стать новый регуляторный режим для страховых компаний. Они не должны иметь право продавать свои полисы пенсионерам и инвалидам напрямую, а действовать через посредника в виде некоммерческой организации или государственного органа, который бы оказывал консультативную помощь в процессе выбора. Без такого нововведения рынок медицинского страхования с введением ваучеров в Медикэр останется столь же неэффективным, как и сейчас. Однако политическая ситуация последних десятилетий свидетельствует о том, что создание такого посредника невозможно. Страховые компании смогут заблокировать подобный законопроект в конгрессе США. Для эффективного функционирования ваучерной системы важно умение управлять рисками. Очевидно, что для пациентов Медикэр характерно более плохое состояние здоровья, чем в среднем у населения США. Страховщики, которые обслуживают слишком большое количество больных людей, могут просто обанкротиться. Соответственно, делается все

возможное, чтобы страховать людей более здоровых, чем население в целом. Необходим механизм перераспределения средств между страховыми компаниями, а именно: те, у кого среди застрахованных больше здоровых людей, должны часть средств переводить менее удачливым коллегам. Для реализации подобного механизма нужен жесткий регуляторный режим, отсутствующий в США, полагает Г. Аарон.

Вызывает опасение и отсутствие жесткого принципа в индексации стоимости ваучера в предложении П. Райана. В 2011 г. он полагал, что в основе должен быть индекс потребительских цен, в 2012 г. выдвинул идею, согласно которой ваучер должен индексироваться в соответствии с ростом ВВП плюс 1% [Aaron, H. 2012]. Г. Аарон полагает, что политически проще проводить манипуляции со стоимостью ваучера, чем с фиксированным набором услуг, финансируемых Медикэр. Существует точка зрения, которой придерживается, например, Р. Моффит, что система функционирования Медикэр, основанная на оплате определенного набора медицинских услуг, слишком дорогостоящая, поскольку ценовой механизм Медикэр перемещает расходы, а не контролирует их. На смену Медикэр должен прийти ваучер. Одним из механизмов использования ваучера может стать сохранение корпоративного медицинского полиса даже после выхода на пенсию. Р. Хедерман мл., научный сотрудник Фонда «Наследие», подчеркивает, что П. Райан внес кардинальные изменения в план реформирования Медикэр. Если в 2011 г. он предлагал заменить эту программу ваучером, то в 2012 г. по его замыслу пенсионеры и инвалиды должны получить право выбора между Медикэр и ваучером. Еще одним новшеством плана 2012 г. стала идея введения анализа рынка медицинских услуг в частном секторе, для определения суммы денег, которую государство должно выделять на здравоохранения для пенсионеров и инвалидов. Иными словами, за основу в расчетах оплаты труда медицинского персонала, оказывающего услуги пациентам Медикэр, предлагается брать рыночные цены [Hederman, Jr., R. 2012]. Стоит отметить убежденность Р. Хедермана мл. в силе конкуренции как единственного условия эффективного функционирования ваучерной системы. Этот экономист не видит необходимости в дополнительном регулировании рынка медицинского страхования в США как необходимым условием введения ваучера.

Г. Аарон указывает на несколько частных моментов в функционировании Медикэр, которые требуют внимания. Во-первых, закон о модернизации Медикэр закрепил людей, которые ранее

могли пользоваться как Медикейд, так и Медикейд при оплате лекарств, только за Медикэр. Ошибочно считалось, что в результате этой меры цены на лекарства для этих пациентов снизятся. Во-вторых, Г. Аарон предостерегает от поспешного слияния частей А и Б Медикэр. В принципе выработка единого механизма дополнительных платежей была бы полезной, однако в большинстве случаев пенсионеры и инвалиды не обладают достаточными финансовыми ресурсами для ожидаемых увеличенных дополнительных платежей по страховкам. В-третьих, административные расходы Медикэр слишком низки. Их повышение позволило бы предотвратить значительное количество нарушений и мошенничеств. Например, при санкционировании какого-либо нового дорогостоящего лечения или лекарства нужно жесткое регламентирование процедуры их использования. На практике многие больницы назначают подобные процедуры для своих пациентов без острой необходимости, что приводит к неэффективному расходованию бюджетных средств.

Проблема долгосрочного ухода

Хотя в ходе предвыборной кампании 2012 г. основным предметом дискуссий стали медицинские услуги врачей в частности и больниц в целом, проблема долгосрочного ухода за пенсионерами и лицами с ограниченными возможностями не менее остра. Около 10 млн. человек испытывают потребность в подобной услуге, из них половина – это очень пожилые люди с плохим состоянием здоровья, а другая половина – инвалиды, моложе 65 лет. Средняя стоимость ухода в доме для престарелых составляет 75 тыс. долл. в год, а – в комплексе для пожилых людей с частичным уходом около 40 тыс. долл. в год. В отдельных штатах, таких как Коннектикут, полный уход в доме для престарелых обходится в 100 тыс. долл. в год [Galston, W. 2012]. Полис страхования на случай долгосрочного ухода крайне дорог, т.к. частные компании уходят с этого рынка из-за невозможности аккумулировать финансовые резервы. Причиной тому низкая доходность финансового рынка, в результате страховщикам приходится поднимать размер ежемесячных взносов, что отталкивает потенциальных клиентов.

Обычно оплата долгосрочного ухода происходит следующим образом. Первые 100 дней покрываются за счет Медикэр. Затем люди при отсутствии страхового полиса долгосрочного ухода начинают опустошать свои накопительные счета в банках. Лишь

затем у пенсионеров и инвалидов появляется возможность обратиться за помощью в местный офис программы Медикейд, так как непереносимым условием является истощение всех финансовых ресурсов семьи.

В 2010 г. структура финансирования долгосрочного ухода в США выглядела следующим образом: 43% – Медикейд, 25% – Медикэр, через программу реабилитации после оказания скорой медицинской помощи, остальная часть потребностей покрывалась за счет личных средств пенсионеров, инвалидов и их родственников. Вследствие выхода на пенсию поколения бэби-бумеров, уже в 2011 г. расходы по Медикейд¹ составляют 24% бюджетов штатов, а к 2030 г. этот показатель достигнет 35% бюджетов штатов, причем половина расходной части этой программы будет уходить на долгосрочный уход [Butler, S. 2012]. В 2010–2011 гг. бюджет Медикейд в штатах вырос на 43%. Причиной тому увеличение количества пациентов, финансирующих свои медицинские услуги за счет этой программы. В 2010–2013 гг. их число вырастет на 12,5%. Доходы штатов растут значительно медленнее, чем расходы по Медикейд. Приходится делать выбор между медицинскими нуждами малообеспеченных слоев населения и высшим образованием, залогом конкурентоспособности экономики в будущем.

С. Батлер полагает, что, американцы должны понимать, что Медикэр не покрывает всех расходов по долгосрочному уходу. Следует инициировать общенациональную дискуссию на тему ответственности детей за благосостояние своих родителей. Одним из выходов из сложившейся ситуации может стать включение долгосрочного ухода в качестве интегрального компонента большинства полисов медицинского страхования. Кроме того, большинство пенсионеров и инвалидов предпочли бы получение ухода на дому, а не в профильном учреждении. Необходимо реформировать регламент и финансовые механизмы Медикэр с тем, чтобы соответствующий медицинский персонал был многочислен и хорошо оплачиваем. В довершении всего, штаты должны получить возможность вносить изменения в структуру Медикейд на своей территории, чтобы более эффективно интегрировать различные коммерческие, государственные и волонтерские программы для предоставления долгосрочного ухода по максимально низкой цене.

¹ Медикэр финансируется на федеральном уровне, тогда как Медикейд получает средства на паритетных началах из федеральных и региональных налогов. – *Прим. С.К.*

Здравоохранение как фискальная проблема

В своем исследовании сотрудники Центра по бюджетным и политическим приоритетам Р. Гринстейн и Р. Коган выступают против бытующей в среде республиканцев и правых журналистов идеи о том, что программы вспомоществования бедным являются одной из причин растущего государственного долга США.

В действительности, практически весь рост стоимости реализации программ для малоимущих вызван, во-первых, экономическим кризисом, во-вторых, ростом стоимости медицинских услуг в целом, что отражается и на Медикейд. Согласно подсчетам Бюджетного управления конгресса США (БУК), доля программ помощи бедным, за исключением здравоохранения, будет сокращаться как процент ВВП, следовательно, они не являются существенным фактором увеличения размера государственного долга. Более того, доля программ для малоимущих как процент ВВП будет ниже, чем за последние 40 лет с 1972 по 2011 г. В частности, расходы федерального бюджета, включая такие налоговые льготы, как заработанный налоговый кредит (Earned Income Tax Credit), на эту категорию лиц составляли 1,3% ВВП в последние десятилетия. Лишь в 2011 г. они достигли 2% ВВП. Однако по прогнозам БУК, к 2020 г. эта цифра опустится даже немного ниже среднестатистической величины последних 40 лет [Greenstein, R. 2012]. Расходы же, утверждаемые конгрессом ежегодно (discretionary spending), будут лишь сокращаться из-за принятого в 2011 г. закона «О контроле за бюджетом»¹.

Два фактора угрожают долгосрочной финансовой стабильности США: рост стоимости медицинских услуг и старение населения. В течение нескольких десятилетий цены на медицинские услуги в США увеличивались быстрее, чем ВВП. Сама же программа страхования малоимущих не является причиной этого явления, наоборот, расходы на одного пациента Медикейд росли более медленными темпами, чем по здравоохранению США в целом. Более того, в абсолютном выражении затраты на одного пациента Медикейд ниже, чем у людей застрахованных в частных компаниях, из-за более низких ставок оплаты труда и более скромных административных расходов. Прогресс в медицине ведет к увеличению ее стоимости, что в свою очередь увеличивает среднюю продолжи-

¹ С 1 марта 2013 г. закон вступил в силу. – Прим. С.К.

тельность жизни, которая является системным фактором значительного размера расходов на здравоохранение в США.

Пожилые люди, в среднем, тратят на медицинское обслуживание значительно больше, чем молодые. По состоянию на 2011 г., 25% пациентов Медикейд являются пожилыми людьми или инвалидами, при этом на их лечение расходуется 68% бюджета этой программы [Galston, W. 2012, p. 2]. В дальнейшем ситуация будет лишь усугубляться.

Еще одной причиной увеличения затрат на функционирование Медикейд является сокращение числа людей с корпоративными полисами медицинского страхования. И последнее обстоятельство, расширение мандата Медикейд, санкционированное законом о реформе здравоохранения Б. Обамы. В целом, поскольку расходы по федеральным целевым программам помощи бедным будут стабильными, а ежегодно утверждаемые траты на аналогичные задачи, скорее всего, будут даже сокращены, общий размер социальных расходов на помощь малоимущим, за исключением программы Медикейд, будет ниже среднестатистических показателей за последние 40 лет. При этом, стоимость программы помощи в обеспечении питанием ПДПП (Supplemental Nutrition Assistance Program) существенно увеличилась в последнее время. Основная причина в низких темпах выхода из кризиса и высокой безработице. Без этой программы проблема бедности в США стояла бы гораздо более остро. Здесь важно отметить реформу системы социального обеспечения 1996 г., ее целью было стимулирование занятости и стремление снять людей с программ социального вспомоществования. Тогда, многие лица, не потеряв формальное право пользоваться продовольственными талонами (так тогда называлась ПДПП), фактически были лишены этой возможности. Дело в том, что штаты, ответственные за администрирование этой программы, установили требование каждые 90 дней подавать новый пакет документов, чтобы получать талоны на питание. Естественно, люди, занятые в низкооплачиваемом секторе услуг (общественное питание, торговля) не могли позволить себе столь частые визиты в органы социальной защиты. Для решения этой проблемы, в 2002 и 2008 гг. конгресс США принял законы, облегчающие участие в ПДПП для малоимущих работающих семей. А в 2009 г. был временно увеличен размер финансирования всей программы для облегчения последствий экономического кризиса.

Р. Гринстейн и Р. Коган отмечают, что имеется три основные причины увеличения затрат на ПДПП. Во-первых, экономиче-

ский спад. Во-вторых, временное увеличение размера предоставляемых благ: в 2007–2011 гг. 20% роста стоимости реализации этой программы было вызвано именно этим обстоятельством. В-третьих, рост доли лиц, имеющих право на участие в ПДПП, которые фактически стали получать талоны: в 1994, 2002 и 2009 гг. таковых было 75%, 54 и 72% соответственно, а в 2002–2009 гг. доля работающих малоимущих семей увеличилась с 43% до 60% [Greenstein, R. 2012. p. 5]. Конечно, как показывают эти данные далеко не все люди, которые имеют право на продовольственные талоны, фактически получают их, но определенный прогресс налицо.

История функционирования ПДПП показывает, что число людей получающих талоны, снижается в периоды экономического роста и увеличивается во время рецессий. Первичные данные за январь и февраль 2012 г. показывают улучшение положения дел, что выражается в снижении количества бенефициаров этой программы. Расчеты БУК показывают, что в ближайшем будущем данная тенденция продолжится. Кроме того, выявлено, что так называемая «доля участия» – процент людей, фактически участвующих в ПДПП из тех, кто имеет на это право в установленном законом порядке, зависит от количества продуктов питания, которые можно приобрести на талон. В ноябре 2013 г. увеличенный размер продовольственного пакета будет отменен, т.к. срок действия закона 2009 г. «О восстановлении экономики» истечет, в результате, можно ожидать и снижения «доли участия» в ПДПП.

История ПДПП демонстрирует общий тренд для всех программ социального обеспечения, за исключением здравоохранения: в условиях экономических трудностей стоимость их реализации резко увеличивается, тогда как при первых признаках выхода из рецессии объем этого вида расходов бюджета сокращается. В заключении своего доклада, американские ученые отмечают, что политики могут принимать любые решения в отношении программ помощи малоимущим, увеличивать или сокращать их финансирование, но они не должны исходить из ложной посылки, что система социальной защиты становится все более и более дорогой.

Анализируя итоги переписи населения 2011 г., Р. Гринштейн отмечает, что в 2011 г., во-первых, уровень бедности остался прежним, тогда как в предыдущие три года положение американцев ухудшалось из-за экономического кризиса 2008 г., во-вторых, с 2008 по 2011 г. средний доход американских семей сократился на 1,5%, что привело к углублению разрыва между богатыми и бедными. В общем, доходы среднего класса сократились, а у состоя-

тельных людей увеличились, таким образом, восстановление экономики после рецессии неравномерно сказалось на разных слоях населения. У 20% домашних хозяйств в середине шкалы доходов¹ средний доход сократился на 1,7% (876 долл.). 20% наиболее состоятельных американцев увеличили свои авуары на 1,9% (3286 долл.), 5% самых обеспеченных смогли обогатиться на 5,1% (15 184 долл.). В целом же у остальных четырех пятых граждан США уровень благосостояния сократился.

В 2011 г. расходы на страхование по безработице сократились на 36 млрд. долл., четверть от уровня 2010 г., в то время как число безработных снизилось лишь на 7%, а лиц пребывающих без работы в течение полугода и более – на 6%. В 2010 г. 3,2 млн. американцев были выведены над уровнем бедности за счет страхования по безработице, годом позже таковых было лишь 2,3 млн. человек [Greenstein, R. 2012, р. 1]. Данные Бюро переписи населения свидетельствуют о том, что снижение затрат на пособия по безработице увеличило количество бедных на 0,3% в 2011 г.

В 2011 г. количество занятых в частном секторе увеличилось на 1,7% (1,9 млн. человек), тогда как 386 тыс. человек, сотрудников финансируемых из бюджетов штатов и местных органов власти, лишились работы; в это число входит увольнение 110 тыс. учителей. При этом, уровень оплаты труда рядовых сотрудников с учетом инфляции снизился на 0,3% в том же году.

Важным фактором, определяющим количество пациентов Медикейд, является уровень бедности. По данным Бюро переписи населения, в 1993, 2000 и 2011 гг. он составлял 15,1%, 11,3 и 15% соответственно. Конгресс регулярно продляет пакет страхования по безработице. С 1958 г., когда была создана эта программа, законодатели ни разу не блокировали продление выплат людям без постоянного места занятости, при уровне безработицы выше 7,2% [Greenstein, R. 2012, р. 3].

Воздействие социальных программ на повседневную жизнь американцев крайне велико. В 2011 г. страхование по безработице позволило 2,3 млн. человек находиться выше уровня бедности. Аналогичный эффект имело для 21,4 млн. американцев социальное страхование (пенсии, пособия по инвалидности и т.д.). Такие программы, как налоговый кредит по заработанному доходу (Earned Income Tax Credit) и программа помощи в дополнительном пита-

¹ Американские статистики делят население на 5 групп в целях учета. – Прим. С.К.

нии (Supplemental Nutrition Assistance Program) позволили 5,7 млн. и 3,9 млн. человек соответственно обеспечивать уровень потребления выше официального порога бедности (2, с. 4).

Важно отметить, что борьба с дефицитом федерального бюджета не должна отражаться на усилиях по снижению уровня бедности. Ранее принимавшиеся меры по сокращению дефицита в 1990, 1993, 1997 гг. одновременно уменьшали и количество бедных из-за предусмотренных ассигнований на налоговый кредит по заработанному доходу, продовольственные талоны и программу медицинского страхования детей.

Охват населения медицинским обслуживанием

По данным Бюро переписи населения США (БПН), в 2011 г. количество американцев без полисов медицинского страхования снизилось впервые 2008 г. Данный факт был вызван началом реализации реформы здравоохранения Барака Обамы, инициированной принятием закона 2010 г. «О защите пациентов и доступном медицинском обслуживании». Основная причина столь быстрого роста числа застрахованных в том, что закон 2010 г. позволяет людям до 26 лет получать медицинскую помощь, оплаченную полисами добровольного медицинского страхования (ДМС) своих родителей. 40% (539 тыс. в абсолютных числах) снижения числа незастрахованных людей пришлось на когорту 19–25-летних [Greenstein, R. 2012, p. 1]. В результате, впервые за 10 лет доля лиц с полисами ДМС осталась неизменной, вместо наметившегося ранее сокращения.

Увеличение числа застрахованных, в основном, вызвано тем, что все больше и больше людей получают доступ к здравоохранению через Медикэр, Медикейд и Программу детского медицинского страхования (ПДМС) (Children's Health Insurance Program), свидетельствуют данные Бюро переписи населения. По подсчетам Бюджетного управления конгресса США (БУК), к 2022 г. более 30 млн. американцев, ранее не имевших доступа к медицинскому обслуживанию, получают его благодаря закону 2010 г. По оценке БПН, в 2011 г. число незастрахованных американцев сократилось на 1,3 млн. человек до 48,6 млн.; в 2010–2011 гг. доля жителей США без страховки снизилась с 16,3 до 15,7%; за тот же период 2,3 млн. малоимущих американцев стали получать медицинские услуги благодаря Медикейд и ПДМС; за ранее указанный промежуток времени доля незастрахованных афроамериканцев снизилась с 20,8 до 19,5%, аналогичные процессы имели место и среди белых

и американцев азиатского происхождения за исключением испаноязычных, среди которых ситуация с доступом к медицинским услугам не улучшилась.

Снижение в 2011 г. доли незастрахованных американцев на 0,6% представляет собой крупнейшее изменение подобного рода с 1999 г., когда многие штаты создали или расширили программу медицинского страхования для детей. Успехи 2011 г. частично покрыли снижение числа застрахованных в предыдущие годы, когда с 2007 по 2010 г. доля лиц без полиса медицинского страхования выросла с 14,7% до 16,3%, что привело к увеличению их числа с 44,1 до 50 млн. Ранее лица, которым исполнилось 19 лет, лишались возможности оплачивать свои медицинские расходы с помощью страхового полиса своих родителей. Это нововведение вступило в силу в сентябре 2010 г. Детальный анализ показывает, что в 2011 г. в то время как доля застрахованных молодых людей увеличилась на 1,6%, доля лиц с медицинской страховкой в возрасте от 25 до 64 лет, напротив, сократилась на 0,4%. При этом, увеличение числа застрахованных на частном рынке медицинских услуг осталось неизменным на уровне 63,9% впервые за последние 10 лет. Эти данные подтверждают позитивный эффект рассматриваемого нововведения, без него 6,6 млн. лиц в возрасте от 19 до 25 лет потеряли бы доступ к медицинскому обеспечению [Greenstein, R. 2012, p. 3]. Подсчеты Национального бюро экономического анализа показали, что шансы молодых людей получить доступ к медицинскому обслуживанию, после введения ранее указанного положения реформы здравоохранения, повысились на 30%.

Как указывалось ранее, государственное медицинское страхование через Медикэр, Медикейд и ПДМС служило важным фактором увеличения числа лиц, получивших доступ к современному здравоохранению. Одна из причин – старение населения. В 2010–2011 гг. более 2 млн. американцев вышли на пенсию, достигнув необходимых для этого 65 лет. В 2010 г. из когорты 64-летних – 12,5% были не застрахованы. В 2011 г. лишь 1,7% 65-летних американцев были не охвачены Медикэр, что, вероятно, вызвано неспособностью правильно оформить необходимую документацию. В 2011 г. число лиц, получивших возможность оплачивать медицинские услуги с помощью Медикейд и ПДМС, увеличилось на 2 млн., в 2010–2011 гг. доля детей неохваченных медицинским страхованием осталась стабильной на уровне 9,4% [Greenstein, R. 2012, p. 4].

Вместе с тем следует признать, что определенные категории американцев все еще находятся вне сферы медицинского страхования. Когорта 25–34-летних наиболее уязвима в этом отношении, в 2011 г. 28% американцев этой возрастной группы не имели полиса медицинского страхования. В том же году, в аналогичной ситуации находились 30,1% испаноязычных американцев, 19,5% афроамериканцев, 16,8% граждан США азиатского происхождения, 14,9% белых. Имеются и географические измерения параметров застрахованности, так 18,3% жителей юга США и 18% резидентов западных штатов не были охвачены медицинским страхованием. Тогда как жители северо-восточных штатов, не имевших полисов медицинского страхования, составляли 11%, а – среднего запада 12,7%. В 2011 г. 26,7% безработных американцев и 27,7% работающих по совместительству на неполный рабочий день были вынуждены обходиться без медицинского обеспечения из-за отсутствия соответствующих полисов. И даже среди работающих американцев 15,3% не имели страховки, т.к. работодатель не включал ее в социальный пакет, а заработная плата была столь низка, что не позволяла купить полис ДМС. Среди жителей США с доходом ниже 25 тыс. долл. в год доля незастрахованных составляла 25,4%, а – с доходом в 75 тыс. долл. доля неохваченных медицинским страхованием была на уровне 7,8%.

Самым прогрессивным штатом в США в отношении состояния здравоохранения и доступа к нему широких слоев населения является Массачусетс. В 2011 г. доля незастрахованных лиц там составляла 4,5%, а среди работающих резидентов штата – 5,7%, по сравнению с 21,5% по США в целом. В 2006 г. в этом штате была предпринята комплексная реформа здравоохранения, была расширена программа Медикейд, малообеспеченные люди, не подпадающие под программу для людей с реально низкими доходами, получили субсидии для покупки полисов ДМС. Для создания рационального пула застрахованных, в котором все платят страховые взносы и здоровые, и больные, было введено требование обязательного приобретения полиса медицинского страхования, несоблюдение которого влечет за собой взыскание штрафа.

Важнейшим шагом к снижению числа незастрахованных американцев является расширение программы Медикейд. Одной из проблем с этой программой был низкий порог бедности, нужно было быть крайне бедным человеком, чтобы иметь возможность воспользоваться благами Медикейд. Любая даже самая низкооплачиваемая работа на неполный рабочий день, не предполагающая

никакого социального пакета, уже поднимала индивида выше порога, установленного для Медикейд. Для решения этой проблемы штаты получили возможность расширить круг застрахованных за счет лиц, чей доход составляет ниже 133% уровня бедности¹. В течение 3 лет федеральное правительство будет финансировать 100% расходов штатов на расширение Медикейд, и 90% впоследствии. Особый вызов увеличение контингента Медикейд будет представлять для Техаса, где в 2011 г. доля незастрахованных лиц непенсионного возраста составляла 24,2%, Луизианы – 20,3, Флориды – 20,2%.

Если все штаты примут решение расширить Медикейд за счет страхования новых людей, то к 2022 г. 17 млн. малообеспеченных американцев смогут впервые воспользоваться медицинскими услугами².

Увеличение числа американцев с полисами медицинского страхования в 2011 г. вызвано, преимущественно, положением закона 2010 г. «О защите пациентов и доступном медицинском обслуживании», позволяющим молодым людям до 26 лет оставаться в числе бенефициаров полисов своих родителей. По оценке Бюджетного управления конгресса, к 2022 г. 30 млн. американцев смогут получить доступ к медицинскому обслуживанию как через программу Медикейд, так и через систему специальных государственных субсидий для покупки полисов медицинского страхования у частных компаний.

Рассмотрим теперь ситуацию с охватом американцев медицинским страхованием в разных штатах. В 20-ти из них положение дел улучшилось, и лишь в одном доля резидентов штата без полиса медицинского страхования упала. По данным БПН, в 18 штатах количество людей без страховки сократилось, в 34 штатах доля лиц в возрасте 18–24 лет с частным полисом медицинского страхования увеличилась, в таком же числе штатов возросла численность пациентов больниц, оплачивающих уход с помощью Медикейд. В остальных штатах увеличение числа застрахованных за счет Медикейд и молодых людей до 26 лет лишь замещало снижение –

¹ На 2013 г. для одного американца установлен федеральный уровень бедности в 11 тыс. долл. в год. – *Прим. С.К.*

² Некоторые консервативные штаты, например Вирджиния, намерены проигнорировать возможность застраховать значительное количество малообеспеченных жителей своих регионов, пользуясь правом, предоставленным в 2012 г. решением Верховного суда США. – *Прим. С.К.*

людей с корпоративными медицинскими страховками. В 2011 г. Миссури был единственным штатом США, в котором доля лиц без полиса медицинского страхования увеличилась.

В 2010–2011 гг. наибольшего успеха в снижении доли лиц без медицинской страховки достигли следующие штаты – Айдахо с 17,7 до 16,5%, Канзас с 13,9 до 12,6%, Орегон с 17,1 до 15,7%, Род-Айланд с 12,2 до 10,8%, и Вермонт с 8 до 6,6%.

За тот же период доля детей до 18 лет без полиса медицинского страхования в наибольшей степени снизилась в Арканзасе с 6,6 до 5,6%, Калифорнии с 9 до 8%, Канзасе с 8,2 до 6,4%, Айдахо с 10,5 до 9,1%, Неваде с 17,4 до 16,2%, Нью-Хэмпшире с 4,8 до 3,7%, Нью-Мексико с 10,2 до 9,2%, Орегоне с 8,8 до 7,3%, Род-Айленде с 5,3 до 4%, Южной Каролине с 9,4 до 8,4%, Южной Дакоте с 8,3 до 6% и Техасе с 14,5 до 13,2%. В Вашингтоне, Федеральный округ Колумбия наоборот доля детей без доступа к медицинскому обслуживанию выросла с 2,3 до 3,9%, равно как и в штате Мэн с 4 до 5,2% [Greenstein, R. 2012, p. 4].

В абсолютных цифрах данные выглядят следующим образом. В 2010–2011 гг. число незастрахованных американцев сократилось на 832 тыс. Чемпионами по абсолютным показателям сокращения лиц без доступа к медицинскому обслуживанию стали – Калифорния – 99 тыс., Иллинойс – 86 тыс., Мичиган – 57 тыс., Нью-Йорк – 82 тыс., и Техас – 85 тыс. за ранее указанный период, в США число детей без медицинской страховки сократилось на 390 тыс. человек. На ниве борьбы с незастрахованностью детей в абсолютных числах лидируют – Калифорния – 87 тыс. и Техас – 79 тыс. [Greenstein, R. 2012, p. 5].

В 2010–2011 гг. наиболее эффективно положение закона о реформе здравоохранения, позволяющее молодым людям до 26 лет пользоваться страховым полисом родителей, работало в Индиане, где доля 18–24-летних с полисами медицинского страхования выросла с 60,9 до 66,1%, Айове с 68,1 до 75,1%, Канзасе с 67,1 до 72,5%, Кентуки с 55,7 до 61,4%, Мэрилэнде с 65,3 до 71,8%, Мичигане с 57,5 до 62,8%, Миссисипи с 48,8 до 54,2%, Небраске с 68,3 до 73,6%, Неваде с 51 до 56%, Нью-Хэмпшире с 71,5 до 77,7%, Южной Каролине с 54,7 до 60% и Вайоминге с 63,1 до 68,9%.

В 2010–2011 гг. доля 25–64-летних с корпоративными полисами медицинского страхования в наибольшей степени увеличилась в Род-Айленде с 73,4 до 74,9% и Вермонте с 71 до 72,5%. [Greenstein, R. 2012, p. 6].

Американская система здравоохранения все еще крайне нуждается в реформировании. Система оплаты медицинских услуг базируется на количественных, а не качественных показателях. В одних случаях тратятся огромные средства на административные расходы, а в других недостаточно денег на элементарный контроль, который мог бы снизить затраты и увеличить качество предоставляемых услуг. Медикэр является частью системы здравоохранения, и поэтому не лишена недостатков. Однако они не являются более острыми в Медикэр, чем в системе в целом. Закон 2010 г. «О защите пациентов и доступном медицинском обслуживании» представляет собой первый шаг в реформировании американского здравоохранения. Этот правовой акт далек от совершенства и в ходе его реализации станет ясно, какие дополнительные меры следует предпринять. Пока еще рано говорить о том, что нужно вводить ваучерную систему оплаты медицинских услуг, вместо ныне действующей Медикэр.

Список литературы

1. Aaron, H. The current state of Medicare. – Mode of access: <http://www.brookings.edu/research/testimony/2012/04/27-medicare-aaron> (Дата обращения 20.08.2013).
2. Aaron, H. Why the Medicare fight matters to Americans over 55 – Mode of access: <http://www.brookings.edu/research/opinions/2012/08/20-ryan-medicare-aaron> (Дата обращения 20.08.2013).
3. Broaddus, M., Park, E. Number of uninsured fell in 2011 largely due to health reform and public programs / Center on Budget and Policy Priorities. – Washington, DC: CBPP, 2012. – 6 p.
4. Broaddus, M., Park, E. Uninsured rate fell or held steady in almost every state last year, new census data show / Center on Budget and Policy Priorities. – Washington, DC: CBPP, 2012. – 7 p.
5. Butler, S. Confronting the problem of long-term care. – Mode of access: <http://newsatjama.jama.com/author/stuartbutler/> (Дата обращения 20.08.2013).
6. Galston, W., Davis, K. Medicare cuts: what is the fight about? – Mode of access: <http://www.brookings.edu/blogs/up-front/posts/2012/08/15-medicare-cuts-galston> (Дата обращения 20.08.2013).
7. Galston, W. The long term is now. – Mode of access: <http://www.brookings.edu/research/opinions/2012/09/11-health-care-galston> (Дата обращения 20.08.2013).

8. Greenstein, R., Kogan, R. Are low-income programs enlarging the nation's long – term fiscal problem? Programs outside health care projected to decline as share of economy. – Washington, D.C.: Center on budget and policy priorities press, 2012. – 6 p.
9. Greenstein, R. Statement of Robert Greenstein, president, on census' 2011 poverty, income, and health insurance data. – Washington, D.C.: Center on budget and policy priorities press, 2012. – 4 p.
10. Hederman Jr., R. Why Medicare premium support would not cost future beneficiaries \$6,400 more // Issue brief. – #3745. – Washington, D.C.: The Heritage Foundation Press, 2012. – P. 2. – Mode of access: [http://www.heritage.org/research/reports/2012/09/why-medicare-premium-support-would-not-cost-future-beneficiaries-\\$6400-more](http://www.heritage.org/research/reports/2012/09/why-medicare-premium-support-would-not-cost-future-beneficiaries-$6400-more) (Дата обращения 20.08.2013).
11. Moffit, R. Medicare's status quo: no, we can't. – Mode of access: <http://www.heritage.org/research/commentary/2012/10/medicares-status-quo-no-we-cant> (Дата обращения 20.08.2013).
12. Patel, K. Using innovation to reform Medicare physician payment. – Mode of access: <http://www.brookings.edu/research/testimony/2012/07/18-medicare-innovation-patel> (Дата обращения 20.08.2013).
13. Rivlin, A. Curing health care. – Mode of access: <http://www.brookings.edu/research/papers/2012/05/04-health-care-rivlin> (Дата обращения 20.08.2013).
14. Rivlin, A. The great Medicare compromise. – Mode of access: <http://www.brookings.edu/research/opinions/2012/08/29-medicare-compromise-rivlin> (Дата обращения 20.08.2013).