

С.С. Костяев

ПРОБЛЕМЫ УСТОЙЧИВОГО РАЗВИТИЯ АМЕРИКАНСКОЙ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

США находятся на начальной стадии кардинальных изменений в структуре своего населения. С 1950 по 2030 г. доля людей старше 65 лет увеличится с 8 до 20% [Lee R., 2014, p. 234]. Все это не может не повлиять на долгосрочные тенденции развития страны: более низкие темпы роста потребления, нехватка рабочей силы. Старение населения в США вызвано снижением рождаемости, последовавшей за поколением бэби-бумеров и ростом продолжительности жизни. В данном обзоре сначала рассматриваются общие проблемы, являющиеся угрозами устойчивому развитию американской системы здравоохранения, далее подробно описываются текущие тенденции и особенности функционирования сферы медицинских услуг США.

Старение населения как угроза устойчивому развитию

Математическое моделирование маркоэкономических последствий старения населения осложняется тем фактом, что довольно сложно предсказывать политику государства, равно как и индивидуальное поведение как реакцию на него. Важно отметить, что вышеуказанные демографические изменения представляют бóльшую проблему для государства, чем для экономики, так как потребуют значительно больших изменений в государственных финансах, чем корректировок в уровне потребления в экономике в целом.

Повышение продолжительности жизни в США коснулось не только людей старшего поколения, но и основной массив рабочей силы в возрасте от 20 до 65 лет. По разным оценкам, продолжительность жизни в США к 2050 г. увеличится до 82–84 лет. С 1950 по

2050 г. доля жизни, проведенная на пенсии, увеличится с 15 до 24%. Естественным ответом на увеличение продолжительности жизни могло бы стать продление трудоспособного возраста. Однако старение населения также вызвано снижением рождаемости и несбалансированностью доли разных групп населения, что осложняет решение проблемы.

В последние десятилетия рождаемость в США колебалась в пределах 2,0 и 2,1 ребенка на женщину, что близко к коэффициенту замещения, обеспечивающему воспроизводство текущей численности населения. Вместе с тем из-за рецессии 2008 г. она сократилась до 1,9. Большинство развитых стран имеют существенно более низкий уровень рождаемости – около 1,4 или 1,5 ребенка. С 1980 по 2040 г. средний возраст рабочей силы возрастет с 35 до 42 лет. С 2010 по 2050 г. доля людей самого активного возраста (25–54) сократится с 66 до 61% рабочей силы. С 1990 по 2050 г. доля работников 55+ увеличится с 12 до 27%. С 2010 по 2050 г. коэффициент зависимости от пожилого возраста (old age dependency ratio), соотношение людей старше 65 к когорте 20–64-летних вырастет с 0,22 до 0,39. В прошлом увеличение доли пожилых людей в структуре населения сопровождалось резким ростом потребления этой группы населения при сопоставлении с более молодыми людьми. С 1960 по 2007 г. коэффициент потребления практически удвоился, увеличивая тем самым стоимость такого явления, как старение населения [Lee R., 2014, p. 234].

По подсчетам Л. Шейнера, необходимо увеличить долю работающего населения на 11% в течение ближайших 30 лет, чтобы сохранить текущий уровень потребления в США. При этом американский экономист признает невысокую вероятность реализации этого сценария развития событий. Так, коэффициент участия в рабочей силе среди пожилых людей в последние годы несколько увеличился, тогда как у людей работоспособного возраста он остался неизменным. Иными словами, пожилые люди откладывают выход на пенсию, тогда как число работников среднего возраста остается стабильным. Для поддержания текущего уровня потребления необходимо увеличение коэффициента рождаемости на 0,5 ребенка ежегодно или нужно обеспечить чистый приток иммигрантов в один миллион человек каждый год.

С 1950 по 2010 г. коэффициент участия в рабочей силе мужчин в возрасте от 25 до 54 лет постепенно снижался, тогда как женщин – повышался, что вызвано постепенным движением к

эмансипации женщин во всех сферах жизни, включая рынок труда [Sheiner L., 2014, p. 218].

Хотя население и рабочая сила будут стареть, учитывая, что состояние здоровья имеет тенденцию ухудшаться с возрастом, тем не менее в течение следующих 40 лет способность населения в возрасте 20–74 лет работать (*capacity to work*) сократится лишь с 91 до 89%, полагает Р. Ли [Lee R., 2014, p. 234]. По его мнению, имеются значительные резервы увеличения предложения на рынке труда со стороны пожилых людей.

Организация пенсионной системы имеет определяющее влияние на поведение пожилых людей и их решение о выходе на пенсию. В США как социальное страхование, так и частные пенсионные планы фиксированных выплат (*private defined benefit plans*) стимулируют работников к раннему выходу на пенсию. Дело в том, что после 35 лет трудовой деятельности продолжение внесения систематических взносов в ту или иную пенсионную программу оказывает небольшое влияние на размер пенсии. Переход частных структур от системы фиксированных выплат к системе фиксированных платежей снижает подобные стимулы, хотя они, по-прежнему, сохраняются для государственной системы социального страхования.

По оценкам экономистов, снижение занятости пожилых людей не создает новые вакансии для молодежи, и, наоборот, повышение занятости людей старшего возраста не сокращает возможности трудоустройства молодых специалистов. Для продолжения занятости пожилых людей необходимо вводить для них специальный гибкий график и сокращенный рабочий день, что позволит перейти к «постепенному выходу на пенсию» (*gradual retirement*). Также следует вводить программы дополнительного образования и повышения квалификации, хотя, отмечает Р. Ли, степень эффективности последней меры пока не оценена статистически.

В отношении воздействия старения населения на такой показатель, как производительность труда, американские экономисты отмечают, что в 2010–2030 гг. статистически значимого влияния не ожидается. Анализ инновационного и технологического секторов показал, что по таким параметрам, как количество патентов и нобелевских премий, самым продуктивным считается возраст в 39 лет. Вместе с тем возраст имеет значение как индивидуальный показатель инноваций, каких-либо общих закономерностей выявить не удалось. Имеется, правда, опасение, что «постепенный выход на пенсию» в такой сфере, как наука, ограничивает доступ к ресурсам для молодых ученых, что может послужить препятствием к инно-

ваниям. Вместе с тем старение населения в целом не скажется на производительности труда в экономике США.

Влияние старения населения на национальную норму сбережения неоднозначно. Она может понижаться в общественном секторе в связи с ростом дефицита федерального бюджета. С другой стороны, люди, отдавая себе отчет в том, что их продолжительность жизни увеличивается, а государство испытывает сложности с финансированием перераспределительных социальных программ, могут увеличить индивидуальную норму сбережений. Другой вопрос, насколько индивидуальные и семейные сбережения будут адекватны потребностям людей при выходе на пенсию в контексте государственных и частных пенсионных и медицинских программ. Исследования, сделанные по разным методикам, показывают, что число американцев, не имеющих необходимых для выхода на пенсию сбережений, составляет от 20 до 60%. Столь существенный разброс показателей вызван разными мерками «адекватности» пенсионных накоплений [Lee R., 2014, p. 236].

Множество различных механизмов может быть задействовано для увеличения безопасности выхода на пенсию (*retirement security*). Одним шагом может стать увеличение доступа людей к корпоративным пенсионным программам. Другой механизм – стимуляция более позднего выхода на пенсию, которая может подготовить людей к более короткому пенсионному периоду. Развитие программ «обратной ипотеки» может стать механизмом, дающим людям доступ к важному ресурсу денежных средств. Повышение финансовой грамотности населения крайне важно в условиях старения американцев как нации. Но ключевым механизмом должно стать, безусловно, устойчивое развитие частных и государственных пенсионных и медицинских программ.

Доходность по капиталовложениям становится все более важной для пенсионеров, особенно в условиях, когда пенсионные планы фиксированных выплат (*defined benefits plans*) изживают свой век. Вызовет ли массовый выход на пенсию поколения бэби-бумеров коллапс цен на рынке акций и доходности от ценных бумаг? Во-первых, важно понимать, что рынок капитала носит глобальный характер и такой локальный феномен, как изменение структуры населения в США, не играет кардинальной роли. Вместе с тем население мира в целом тоже стареет. Разные скорости старения населения могут привести к перетоку капитала из «старых» стран в более «молодые». Старение населения в США, скорее всего, вызовет увеличение капитала на душу населения и на каждого работ-

ника. Общая капитализация увеличивается по мере «взросления» главы домохозяйства. Старение население также увеличивает нагрузку на федеральный бюджет, так как возрастает потребность в финансировании пенсионных, медицинских и прочих программ. Эти две противоположные тенденции: увеличение индивидуальной капитализации и возможность роста дефицита бюджета и как следствие государственного долга – не позволяют точно предсказать последствия старения населения для капитализации страны в целом. Математические модели последствий старения населения на доходность капитала показывают возможное ее снижение от 0,3 до 1% в ближайшие десятилетия.

Макроэкономическая адаптация к старению населения требует определенную комбинацию более низкого потребления (через увеличение сбережений и/или повышение налогов) и увеличения предложения на рынке труда, возможно, через более поздний выход на пенсию и/или привлечение трудовых мигрантов. Потребление среди пожилых людей обеспечивается во многом за счет государства. Более того, государство будет определять, какая группа населения понесет бремя ответственности за стареющее население. Например, экономия денежных средств может быть достигнута как через сокращение пенсий, так и через повышение налогов на еще работающих граждан. Это будет иметь различные последствия для работающих и пенсионеров, молодых и более зрелых людей трудоспособного возраста. Аналогичным образом одни и те же меры фискальной политики могут иметь различные последствия для работников с разным уровнем образования, принадлежащих к одному и тому же поколению.

Проблемы американской системы здравоохранения

Большинство экономистов полагают, что основную угрозу финансовой стабильности США несут государственные программы здравоохранения, хотя точных прогнозов роста их стоимости не существует. Оценки разнятся в зависимости от идеологических и политических пристрастий экономистов, которые выбирают ту или иную методологию расчета, с тем чтобы подогнать ее под нужные выводы. Так, представители либерального крыла из демократической партии считают, что рост государственных затрат на здравоохранение не представляет кардинальной угрозы, консервативные аналитики, поддерживающие республиканскую партию, говорят о грядущей фискальной катастрофе.

Некоторое снижение стоимости медицинских услуг может снизить остроту бюджетной проблемы. Возможно, определенную роль в этом сыграли общий экономический спад 2008 г., или реформа здравоохранения Б. Обамы, или увеличение количества медицинских страховок, дизайн которых предусматривает высокие «расходы из кармана». Официальные прогнозы изменения расходов на медицину отражают эту неопределенность.

Старение населения будет происходить в обозримом будущем. Особенно интенсивно оно ожидается в ближайшие три десятилетия, затем процесс замедлится вследствие снижения смертности, полагает Р. Ли [Lee R., 2014, p. 238]. Если государство решит сгладить этот процесс и его последствия среди разных поколений, то придется аккумулировать значительный объем дополнительных средств для обеспечения затрат на пожилых людей. Цена вопроса зависит от скорости принятия решения. Если бы решение о создании дополнительного резерва средств было бы принято в 2012 г., то на это ушло бы от 1,1 до 4,8% ВВП ежегодно. Если же эти меры отложить, скажем, до 2032 г., то речь пойдет о 2,2–7,7% ВВП каждый год [Lee R., 2014, p. 238].

Причины, объясняющие расхождение в ожидаемой продолжительности жизни различных групп населения, таковы: курение, диета, физические упражнения, стресс, управление хроническими заболеваниями, доступ к медицинским услугам. Продолжительность жизни после выхода на пенсию в возрасте 65 лет у когорты мужчин, родившихся в 1960 г. и относящихся к нижним 25% по доходам, составит 15,2 года, у лиц же в верхней четверти по доходам – 20,7 года, таким образом, разрыв в продолжительности жизни бедных и богатых составляет 5,5 года. Что касается женщин 1960 г. рождения, то 25% самых бедных из них проживут в среднем еще 19,9 года после выхода на пенсию, а самые обеспеченные – 23,5 года, итого имеем разрыв в 3,6 года [Goldman D., Orszag P., 2014, p. 231].

Теперь несколько слов об увеличении финансовой нагрузки на Фонд социального страхования, вызванном ростом продолжительности жизни. Выплаты из фонда на двух среднестатистических пенсионеров мужского пола, родившихся в 1928 и 1990 гг. и относящихся к нижним 25% в иерархии доходов, составят 78 тыс. и 96 тыс. долл., а выплаты на лиц из верхней четверти шкалы доходов составят 183 тыс. и 241 тыс. долл. соответственно [Goldman D., Orszag P., 2014, p. 232].

Стоимость медицинского обслуживания по программе «Медикэр» также увеличивается. В среднем федеральный бюджет тратит

на лечение одного пенсионера мужского пола 1928 г. рождения, относящегося к нижним 25% лиц по шкале доходов, 133 тыс. долл. за «период дожития», в случае если он относится к верхним 25% самых обеспеченных, то затраты составляют 134 тыс. долл. В будущем траты «Медикэр» на одного пенсионера мужского пола 1990 г. рождения составят 267 тыс. долл., если он относится к числу малообеспеченных, и 292 тыс. – состоятельных граждан. Как видим, в связи с увеличением продолжительности жизни и, соответственно, «периода дожития» потребуется значительно больше средств на лечение одного пенсионера [Goldman D., Orszag P., 2014, p. 233].

Приведенные данные свидетельствуют о том, что изменение показателей смертности в зависимости от уровня доходов и образования может иметь влияние на степень прогрессивности системы социального страхования и медицинского обслуживания. В будущем эти тренды могут иметь существенное влияние на общую стоимость реализации социальных программ, поскольку уровень выплат выше в абсолютном выражении для лиц в верхней четверти шкалы доходов, чем в нижней. Политики и исследователи должны уделять больше внимания этой проблеме, подчеркивают Д. Голдман и П. Орзаг.

Старение населения имеет разные последствия: одно дело, если пожилые люди активны и независимы, другое – если они испытывают проблемы со здоровьем и нуждаются в дорогостоящем уходе. Увеличенная продолжительность жизни материализуется разным способом в зависимости от качества этих дополнительных лет. Действительно, необходимость в уходе увеличивается с возрастом, вместе с тем качество жизни американских пенсионеров резко возросло в 1980–1990-е годы. Состояние здоровья индивида связано с его уровнем образования, так, его повышение среди последней когорты пожилых людей привело к резкому улучшению субъективных и объективных параметров здоровья. Появились такие выражения, как «70 лет – это новые 60». И действительно, отчеты о состоянии здоровья 60-летних мужчин в 1970-е годы соответствуют показателям 69-летних в 2000-е. Правда, на рубеже веков эта позитивная тенденция остановилась. Кроме того, отдельные ученые выявили массовое ухудшение состояния здоровья когорты 40–64-летних, вызванное ожирением и диабетом. Эти тенденции вызывают опасение специалистов, особенно на фоне быстрого старения населения США. Американские экономисты сделали прогноз способности населения «поставлять» рабочую силу для экономики до 2050 г. Учитывались такие факторы, как изменения возрастного

состава, долей различных расовых и этнических групп, уровень образования населения, состояние его здоровья, особенно в отношении таких заболеваний, как ожирение, рак, сердечно-сосудистые болезни, инсульт и т.д. В результате ученые пришли к выводу, что в течение 2010–2050 гг. доля лиц в возрасте от 20 до 74 лет, которые гипотетически могли бы составить основную массу рабочей силы, не изменится позитивным образом. Чудес не ожидается, и население в целом будет стареть.

В октябре 2013 г. началась регистрация людей в рамках специального регулируемого государством рынка медицинского страхования, параметры которого были заложены законом 2010 г. «О защите пациентов и доступном медицинском обслуживании», одним из основных достижений администрации Б. Обамы. Вопреки пессимистическим прогнозам и проблемам в начале реализации реформы здравоохранения с 1 октября 2013 г. по 31 марта 2014 г. более 8 млн человек зарегистрировались для приобретения полисов медицинского страхования в рамках специального регулируемого государством рынка. Смысл этого механизма в том, чтобы люди, недостаточно бедные для «Медикейд» и недостаточно старые для «Медикэр», могли приобрести полисы медицинского страхования с помощью специальных государственных субсидий. При этом 2,7 млн человек (34%) от общего числа были людьми младше 34 лет. Данный показатель крайне важен, так как низкое число молодых и здоровых людей могло бы привести к повышению страховых взносов к следующему периоду регистрации (октябрь 2014 – март 2015 г.).

При этом число людей, которые не только выбрали соответствующий план медицинского страхования, но и оплатили его, пока неизвестно. Ожидается, что эта информация появится в 2015 г. По предварительным оценкам, от 80 до 90% людей сделали первый взнос по своим страховым программам. Например, «Blue Cross Blue Shield Association» заявила, что от 80 до 85% страхователей сделали первый взнос по своим полисам, страховая компания «Wellpoint» объявила о 90% таких людей среди своих клиентов, об аналогичных показателях заявили и страховые гиганты «Aetna», «Health Care Services Corporation» [Health insurance marketplace..., 2014, p. 6].

Важно отметить, что наблюдается общий рост американского рынка страхования. По оценкам БУК, более 5 млн жителей США купили медицинские полисы вне специальной дотируемой государством схемы. В результате отмечается сокращение числа незастра-

хованных американцев. Так, по данным «Gallup» и «Urban Institute», с конца 2013 по март 2014 г. доля людей без медицинского полиса в возрасте от 18 до 64 лет сократилась с 18 до 15%. «RAND Corporation» даже объявила о 4,7% сокращения за тот же период [Health insurance marketplace..., 2014, p. 7].

Несколько дополнительных фактов о людях, зарегистрировавшихся для покупки субсидируемых государством полисов медицинского страхования: 46% составили мужчины, 54% – женщины. По категории плана: «бронзовую» страховку, предоставляющую минимальный набор услуг, выбрали 20% американцев, «серебряную» – 65, «золотую» – 9, «платиновую», обеспечивающую весь спектр медицинских услуг, купили лишь 5% жителей США, «катастрофический» план медицинского страхования, покрывающий расходы лишь в крайних ситуациях, выбрали 2% людей. Финансовой помощью государства воспользовались 85% лиц, зарегистрировавшихся для приобретения медицинского полиса в рамках регулируемого рынка [Health insurance marketplace..., 2014]. Условием получения помощи от государства в оплате полиса является доход от 100 до 400% федерального уровня бедности. Лица с доходом ниже уровня бедности имеют право на медицинскую помощь в рамках «Медикейд», специальной программы для малообеспеченных американцев. Люди, чей доход в четыре раза превышает федеральный уровень бедности, могут позволить себе купить медицинский полис самостоятельно.

В 2014 г. федеральный уровень бедности на одного человека составлял 11 тыс. долл. в год, на семью из двух человек – 15 тыс. долл., трех – 19 тыс. долл., четырех – 23 тыс. долл. и т.д. В отношении влияния финансовой помощи на категорию медицинского полиса можно отметить следующее: лица, не имевшие право на содействие государства в покрытии расходов на медицинское страхование, с большей вероятностью выбирали «бронзовые», «золотые», «платиновые» и «катастрофические» страховки, тогда как те, кто оказался в рамках установленного государством промежутка доходов и имел право на финансовую помощь, с большей вероятностью выбирали «серебряные» планы. Данное обстоятельство вполне объяснимо. «Бронзу» и «катастрофические» планы люди выбирали от безысходности, тогда как более состоятельные могли позволить более дорогие по ежемесячным платежам «золотые» и «платиновые» страховки.

Анализ лекарственной составляющей в медицинских страховках, продаваемых в рамках регулируемого государством рынка,

показал следующее. Во-первых, стандартная корпоративная страховка от работодателя имеет более выгодные условия, чем «серебряные» полисы, которые выбрало большинство людей. Размер расходов «из кармана» в рамках «серебряного» плана медицинского страхования в среднем на 38% выше (до выплат государственных субсидий), чем в корпоративной программе. Во-вторых, в 46% «серебряных» планов имеется существенная сумма «расходов из кармана» (суммы, которую пациент должен заплатить за свое лечение до того, как к его оплате подключится страховая компания), тогда как такую схему используют лишь 12% корпоративных медицинских страховок. В-третьих, размер «расходов из кармана» на лекарственное обеспечение в среднем на 130% выше в «серебряном» плане, чем в корпоративной страховке [Gaal M., 2014, p. 1].

Исторически медицинская и лекарственная составляющие корпоративных медицинских страховок имели разные принципы функционирования, однако с распространением страховок со значительными «расходами из кармана» произошла унификация обоих компонентов страхования здоровья на основе единой системы правил и норм. Подавляющее большинство корпоративных страховок (88%) не имеют одной фиксированной суммы «расходов из кармана» для медицинской и лекарственной составляющих, тогда как 46% «серебряных» планов используют этот механизм. Из этих 88% более 90% страховых планов предлагают оплату затрат на лекарства «с первого доллара» (first dollar coverage) [Gaal M., 2014, p. 1]. Эти данные свидетельствуют, что в среднем корпоративная страховка от работодателя предлагает более выгодные условия, чем «серебряный» план, покупка которого субсидируется государством. При этом нужно отдавать себе отчет в том, что многие компании не страховали здоровье своих сотрудников до реформы 2010 г. Отныне все предприятия с численностью работников более 50 человек обязаны предоставлять своему штатному персоналу медицинское страхование.

Более подробное разделение людей, купивших медицинские полисы за период с 1 октября 2013 г. по 31 марта 2014 г., выглядит следующим образом: лица до 18 лет составили 6% от общего числа, когорты 18–25-летних – 11, 26–34-летних – 17, 35–44-летних – 17, 45–54-летних – 23, 55–64-летних – 25% [Health insurance marketplace., 2014, p. 12].

Расовый состав людей, получивших доступ к здравоохранению через федеральный интернет-портал [The official site of the Health Insurance Marketplace. – Mode of access: <https://www.healthcare.gov/>],

выглядит следующим образом: белые – 43%, афроамериканцы – 11, латиносы – 7, азиаты – 5% [Health insurance marketplace., 2014, p. 27]. При этом следует отметить, что 31% лиц не указали свою расовую принадлежность.

Реформа Барака Обамы была попыткой изменить положение этих категорий населения. По переписи населения 2010 г., в США проживали 72% белых, 16 – латиносов, 12 – афроамериканцев, 4% – азиатов и др. Как видим, афроамериканцы и азиаты пропорционально представлены среди лиц, зарегистрировавшихся для приобретения полиса медицинского страхования, тогда как латиносы или испаноязычные не воспользовались в полной мере предоставленными возможностями.

Расовое распределение по штатам крайне неоднородно. Так, белые составляют большинство практически везде, правда, с существенными вариациями – от 95% в штате Мэн до 33% в Миссисипи, латиносы наиболее широко представлены в южных штатах: Техасе – 33%, Нью-Мексико – 31, Аризоне – 24, Флориде – 19%, афроамериканцы наибольшую долю занимают в Миссисипи – 59%, Джорджии – 38, Луизиане – 37, Алабаме – 29%, наиболее высокая концентрация азиатов отмечается в Вирджинии – 17%, Нью-Джерси – 16, Джорджии – 14% [Health insurance marketplace., 2014, p. 31].

Ожидается, что с течением времени новая программа субсидирования медицинского страхования Министерства здравоохранения и социальной защиты США станет все более популярной среди населения, включая этнические меньшинства, которые традиционно испытывают трудности с доступом к медицинской помощи. Из 5,45 млн человек, которые зарегистрировались для покупки полиса медицинского страхования через ранее указанный федеральный интернет-портал, 5,18 млн подали заявление на получение финансовой помощи от государства в оплате ежемесячных страховых взносов. Из этих 5,18 млн 695 тыс. (13%) отметили, что ранее имели тот или иной вид медицинского страхования. Полная информация по числу впервые застрахованных в штатах, которые самостоятельно администрировали свой рынок медицинского страхования, пока недоступна. Первичные данные из штатов Нью-Йорк и Кентукки свидетельствуют о том, что от 25 до 30% людей, обратившихся на региональные интернет-порталы, ранее имели полисы медицинского страхования [Health insurance marketplace., 2014, p. 37].

Закон 2010 г. «О защите пациентов и доступном медицинском обслуживании» позволяет подступиться к решению вышеуказанной проблемы. Например, этот закон учредил организации

ответственного ухода (accountable care organizations) для контроля над ценами в программе «Медикэр», предоставляющей медицинские услуги пенсионерам. Эти организации представляют собой группы сетевых больниц, система оплаты труда в которых стимулирует врачей к контролю над расходами. Предыдущая система оплаты за услуги (fee for service) в программе «Медикэр» продолжает функционировать, однако организации ответственного ухода имеют финансовые стимулы к экономии и могут получать дополнительные выплаты за качество оказываемых услуг. Опыт организаций ответственного ухода «Медикэр» оказался столь позитивным, что стали появляться аналогичные структуры вне рамок государства, на основе инициативы частного бизнеса. В статье К. Хо и А. Пейкса рассматриваются стимулы, выработанные «частными» организациями ответственного ухода в отношении своих врачей, с тем чтобы побудить их экономить денежные средства.

Для своего исследования американские экономисты выбрали пациентов, застрахованных в коммерческих страховых компаниях через организации поддержки здоровья – ОПЗ (health maintenance organizations). Эти организации были введены законом 1973 г. «Об организациях поддержки здоровья». Они служат своего рода посредниками между индивидами и медицинскими учреждениями. Врачи обслуживают пациентов в соответствии с регламентами организации поддержки здоровья за фиксированную плату, в обмен они получают стабильный поток больных и устойчивый доход. Во многих случаях организации поддержки здоровья требуют от своих клиентов выбрать «семейного врача», который служит исходной точкой при оказании медицинских услуг и при необходимости направляет к узким специалистам и на госпитализацию в случае диагностирования серьезного заболевания. При направлении к другим врачам используются регламенты и процедуры организации поддержки здоровья. ОПЗ также занимаются мониторингом деятельности врачей первичного звена, отслеживают качество их работы, обслуживают ли они большее или меньшее количество пациентов, чем другие, и т.д. Зачастую ОПЗ предоставляют услуги профилактической медицины, такие как вакцинация, проведение маммографий и т.д., на более выгодных условиях, чем традиционные методы (корпоративное страхование, государственные программы «Медикэр» и «Медикейд»). Необязательные процедуры, такие как пластическая хирургия, практически никогда не входят в перечень услуг ОПЗ. Еще одной специфической чертой ОПЗ является предоставление услуг по «управлению хроническими заболе-

ваниями», такими как диабет, астма и др. В этих случаях пациенту назначается «кейс менеджер» (case manager), который отслеживает, чтобы лечение больного проходило непрерывно при смене врачей или обращении в другую клинику. Такая проблема, как назначение двумя разными узкими специалистами несовместимых лекарств, полностью исключается у пациентов, обслуживающихся через ОПЗ.

При принятии решения о направлении на госпитализацию учитываются три фактора: цена медицинских услуг, их качество, близость больницы к пациенту. Для достижения максимальной экономии денежных средств порой приходится жертвовать удобствами больного и направлять его в отдаленное медицинское учреждение. Когда ряд учреждений Калифорнии приняли на вооружение новую модель, то получилось, что среднестатистическое расстояние до больницы увеличилось от 2,5 до 6 миль, при этом стоимость медицинских услуг понизилась на 4,5–5,5%, что в абсолютном выражении составило 3,6 тыс. долл. [Ho K., Pakes A., 2014, p. 203]. Таким образом, введение потолка расходов приводит к существенной экономии средств на одного больного, при этом, безусловно, снижается удобство при доставке, так как приходится направлять пациентов в более отдаленные госпитали, вместе с тем качество предоставляемой медицинской помощи не снижается.

К. Хо и А. Пейкс признают, что в их исследовании заложены определенные ограничения, влияющие на степень обоснованности выводов. Для анализа отобраны пациенты с таким диагнозом, как беременность. Направление на госпитализацию с другими медицинскими потребностями может быть в меньшей степени подвержено финансовым стимулам, на первый план могут выходить такие факторы, как наличие того или иного узкого специалиста в больнице. Еще одна проблема заключается в том, что по состоянию на январь 2013 г. 50% организаций ответственного ухода функционировали только на основе «семейных врачей» и не имели в своей структуре стационарных медицинских учреждений. Если же организация ответственного ухода имеет свою сеть больниц, то терапевты, скорее всего, будут направлять своих пациентов в учреждения своей системы, что может негативно сказаться на усилиях по контролю за инфляцией цен на медицинские услуги.

В заключение отметим, что в долгосрочной перспективе старение населения будет связано с сокращением уровня потребления и интенсификацией труда. Однако определение эффектов старения населения в течение ближайших десятилетий будет зависеть от состояния фискальной политики государства. При резком росте

дефицита бюджета, фактически откладывающего снижение потребления, капиталовооруженность как отношение всего капитала в стране к количеству рабочей силы будет сокращаться. Старение населения представляет серьезную угрозу, которая, впрочем, может быть обойдена. Более того, масштаб проблемы в США значительно меньше, чем в других развитых странах, например в ФРГ. В арсенале политиков имеется большой набор различных мер государственного управления, которые могут увеличить предложение на рынке труда и стимулировать частные сбережения. В то же время нужно учитывать, какие возрастные группы, поколения будут нести основное бремя реализации новых мер государственной политики. Откладывание назревших решений лишь увеличит их стоимость впоследствии. Подводя итог, можно высказать несколько предварительных соображений. Во-первых, итоговые показатели числа людей, обратившихся к специальному регулируемому государством рынку медицинского страхования, учрежденному в соответствии с положениями закона 2010 г. «О защите пациентов и доступном здравоохранении», значительно превысили прогнозируемые показатели, опровергнув мнение оппонентов реформы, полагавших, что инициатива Барака Обамы не вызовет интереса у населения. Во-вторых, значительная доля людей, обратившихся за помощью к государству, не имела ранее возможности купить полис медицинского страхования, таким образом, целевая аудитория реформы была охвачена новыми мерами правительства. В-третьих, этнические меньшинства, за исключением испаноязычных лиц, в пуле вновь застрахованных представлены пропорционально своей доле в населении, что опять-таки свидетельствует об определенном успехе реформы, ведь именно эти группы населения испытывали трудности с доступом к здравоохранению. В-четвертых, доля людей до 34 лет оказалась достаточно велика вопреки опасениям, следовательно, не стоит ожидать существенного повышения страховых взносов в период следующего этапа регистрации людей для приобретения полисов медицинского страхования осенью 2014–весной 2015 г.

Список литературы

1. Gaal M. Impact of the health insurance marketplace on participant cost sharing for pharmacy benefits. – Brookfield: Milliman, Inc., 2014. – 6 p.
2. Goldman D., Orszag P. The growing gap in life expectancy: using the future elderly model to estimate implications for social security and Medicare // American economic

- review. – Pittsburgh: American economic association, 2014. – Vol. 104, N 5. – P. 230–233.
3. Lee R. Macroeconomic consequences of population aging in the United States: Overview of national academy report // American economic review. – Pittsburgh: American economic association, 2014. – Vol. 104, N 5. – P. 234–239.
 4. Health insurance marketplace: summary enrollment report for the initial annual enrollment period. – Wash, D.C.: DHHS, 2014. – 45 p.
 5. Ho K., Pakes A. Physician payment reform and hospital referrals // American economic review. Pittsburgh: American economic association, 2014. – Vol. 104, N 5. – P. 200–205
 6. Sheiner L. Macroeconomic impact of population aging. The determinants of the macroeconomic implications of aging // American economic review. – Pittsburgh: American economic association, 2014. – Vol. 104, N 5. – P. 218–223.