

## НА ЗАКІНЧЕННЯ НОМЕРА

# КРИЗА СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я У США

## Скорочений виклад

The Economist, Jan., 2006

Система охорони здоров'я у США — це справжній монстр. Вона найдорожча у світі: у 2004 році у США на охорону здоров'я було витрачено 1,9 трільйона доларів або 16% ВВП; це майже вдвічі більше, ніж у середньому в розвинених країнах. Було б неправильно стверджувати, що надання медичної допомоги замикається на приватному секторі, адже врешті-решт більше половини усіх рахунків за надання медичної допомоги оплачуються центральним урядом або урядом штатів. Але це єдина багата країна, де велика частка витрат на охорону здоров'я оплачується страховкою, яку надає роботодавець, і ці гроші звільнені від оподаткування.

Така система набула свого розвитку в часи Другої світової війни, коли уряд здійснював примусовий контроль за рівнем заробітної плати і фірми змушені були застосовувати медичне страхування, щоб привабити кваліфіковану робочу силу. Нині приблизно 174 млн. американців отримують медичну страховку від власного роботодавця, роботодавця дружини (чоловіка) чи роботодавця, на якого працюють батьки. Ще 27 млн. купують медичну страховку індивідуально, і в такому випадку ці кошти не звільняються від оподаткування. Уряд оплачує медичну страховку для 40 млн. літніх людей і інвалідів (через державну систему Medicare) і ще для 38 млн. бідних людей через систему Medicaid. Урешті-решт 46 млн. людей залишаються незастрахованими, хоча велика частка цих людей свідомо не купує страховку. На практиці вони отримують невідкладну допомогу у шпиталях, за яку непрямо платять інші за рахунок вищих тарифів на медичні послуги.

Якщо порівнювати з іншими багатими країнами, де в типових випадках усі громадяни отримують безплатні (або дуже дешеві) послуги охорони здоров'я, що фінансуються через податки, то американська система має деякі сильні сторони. Пацієнти мають великий вибір, і інновація вражає. Одне з опитувань лікарів засвідчило, що 8 із 10 найважливіших досягнень у медицині за останні 30 років відбулися саме в Америці. З іншого боку, американська система має серйозні проблеми, однією з яких є неадекватне покриття страховками (жодна інша багата країна не має такої армії незастрахованих), велика відмінність в якості медичної допомоги між різними регіонами і різними клініками і дуже висока вартість.

У системі є суттєві викривлення. В одній з наукових статей повідомлялось, що через систему Medicare у Майямі витрачається удвічі більше коштів на одного пацієнта, ніж у Міннеаполісі, проте результати ліпші там, де витрачається менше коштів. У висновку було зазначено, що близько 30% коштів, витрачених системою Medicare, просто марнуються. Погана якість лікування трапляється всюди: у дослідженні Інституту медицини зроблено припущення, що медичні помилки у США є восьмою основною причиною смерті.

Протягом десятиріч витрати на охорону здоров'я у США перевищували ріст доходів у середньому на 2,5% щороку. Така тенденція мала свої цикли. У 1990-х роках працедавці примушували працівників вступати у так звані організації з

підтримання здоров'я, які мали змогу тиснути на лікарів, змушуючи їх виставляти менші рахунки за лікування, паралельно обмежуючи послуги, доступні для пацієнтів. Це допомогло в середині 1990-х років уповільнити інфляцію в системі охорони здоров'я. Однак такі організації були ненависними для більшості пацієнтів, вони чинили тиск на політиків, унаслідок чого вартість медичних послуг знову різко пішла вгору в кінці 1990-х років. Хоча за останні кілька років зростання витрат на медицину дещо сповільнилось (у 2004 році +7,9%), проте з 2000 по 2005 роки витрати зросли на 40%. А вартість типових медичних страховок за цей же період зросла на 60%.

### Сумні наслідки

Оскільки інфляція у сфері медичних послуг значно перевищує загальну інфляцію, американські фірми починають відмовлятися купувати медичні страховки своїм працівникам. Відсоток працівників, які отримували медичну страховку від свого працедавця, зменшився із 70% у 1970-х роках до 50% нині. Лише за останні 5 років частка фірм, які пропонували медичну страховку працівникам, зменшилась із 70 до 60%, причому ця тенденція найбільш катастрофічна серед малих фірм і тих фірм, які наймають низькокваліфікований персонал.

Ті працедавці, які й надалі пропонують медичну страховку, усе більше витрат починають перекидати на працівників, піднімаючи величину так званих доплат від працівників за страховку і збільшуючи мінімальний необхідний поріг витрат, після якого медичні витрати починає покривати страховка. Ще не так давно працедавець забезпечував медичну страховку і для пенсіонерів, які працювали на фірмі, проте ця практика різко звужується, хоч американські автомобільні гіганти, включаючи "Форд" і "Дженерал Моторс", і надалі змушені оплачувати медичні страховки величезній армії своїх пенсіонерів, що поставило ці компанії на межу банкрутства.

Водночас фінансове навантаження на уряд різко зростає. Якщо додати разом Medicaid, Medicare та інші сфери, які фінансуються урядом, наприклад колишніх військовиків, то державний сектор уже оплачує 45% усіх витрат американської системи охорони здоров'я. Насправді ж якщо врахувати, що часто суми, витрачені на медичні страховки, не оподатковуються, то цей відсоток сягає 60%. Але при тій тенденції, коли американські фірми різко зменшують витрати на охорону здоров'я, частка, яку виплачує бюджет, буде різко зростати. За умови збереження теперішніх тенденцій відсоток ВВП, який витрачається на охорону здоров'я, до 2020 року подвоїться. А це буде означати лише одне — вищі податки, чого американці дуже не хочуть.

У ситуації, коли працедавці різко зменшують свої витрати на охорону здоров'я, а американський уряд не здатний фінансувати свої зобов'язання, американську систему охорони здоров'я чекає крах — якщо не цього року чи наступного, то принаймні скоро. Мало хто з експертів заперечує таку думку. Експерти також погоджуються стосовно джерел цих проблем: ринок охорони здоров'я страждає від поганої поінформованості, неадекватної конкуренції і викривлених стимулів.

Оскільки більшість рахунків оплачується третьою стороною (страховою компанією або урядом), ні пацієнти, ні лікарі не відчувають нагальної потреби контролювати витрати коштів. Загалом американці платять лише 1 долар з кожних 6, витрачених на охорону здоров'я, з власної кишені. Лікарі щедро оплачуються за надання індивідуальних послуг, тому вони мають великий стимул виконувати якомога більше процедур. Серйозне субсидування податків для тих працедавців, які купують своїм працівникам медичну страховку, заохочує обирати дорогі ва-

ріанти страховок. “Жадаючі крові” адвокати і ризик судового позову посилюють тенденцію до практикування надмірно захисної медицини.

Перше питання, яке стоїть перед урядом: спробувати змусити недосконалий американський ринок працювати ліпше чи змиритися з тим фактом, що ринок не спроможний адекватно працювати в системі охорони здоров'я, і сфокусуватись на державному регулюванні. У другому варіанті постає питання: робити поступові реформи чи серйозну реконструкцію всієї системи?

Історія Америки знає дуже багато невдалих спроб радикально реформувати систему охорони здоров'я. Гаррі Труман хотів створити систему національного страхування здоров'я в 1940-х роках. Коли Канада в 1971 році запровадила свою державну систему охорони здоров'я, багато американських політиків хотіли зробити те саме. Найбільшою недавньою спробою був план реформування системи охорони здоров'я Гілларі Клінтон у 1993 році, який гарантував страхове покриття всіх громадян через систему регульованих компаній, причому запроваджувався максимальний поріг цін на медичні послуги. Усі ці зусилля провалилися через дуже потужне медичне лоббі в Конгресі і страх усіх американців перед будь-чим, що хоч трохи “пахне соціалізованою медициною”.

Нинішнім дебатам перешкоджають ці невдачі, хоч деякі сміливі експерти пропонують зробити радикальну реформу.

Однак політики у Вашингтоні не прагнуть радикальних змін. Вони намагаються розширити покриття страховкою, а не контролювати кошти. Наприклад, у 2003 році вирішили, щоб програма Medicare покривала рецептурні препарати, що різко збільшило витрати уряду і ще більше заплутало систему.

Нинішній уряд намагається щось змінити. Наприклад, намагається примусити пацієнтів більше витрат брати на себе (co-payment) і збільшувати поріг витрат на медичну допомогу, після якого витрати вже оплачує страховка. Вважають, що у такому випадку пацієнт двічі подумає, чи йти йому до ЛОРа, коли запершить у горлі.

Система Medicare експериментує з бонусами тим шпиталям і лікарям, які поліпшують якість і ефективність допомоги.

Президент Буш намагався встановити максимальні межі виплат за медичними судовими позовами, але наразі цей законопроект провалило лобі в Конгресі. Також є ідея звільнити від оподаткування кошти, які платять за медичну страховку окрема особа (а не лише працедавець).

Одна із проблем охорони здоров'я полягає в тому, що людина поводиться не логічно, якщо виникає потреба звернутися за допомогою медиків. Для пацієнта більше значення може мати те, що лікарня близько від дому, або порада сусіда, ніж обґрунтовані поради спеціалістів.

Підбиваючи підсумок, можна сказати, що президент Буш намагається поступовими епізодичними змінами щось налагодити в цій системі. Але навряд чи це дасть ефект. Буш може прискорити реформу американської системи охорони здоров'я, але лише в тому сенсі, що прискорить той день, коли нинішня система повністю розпадеться.

Підготував *Володимир Павлюк*