

*На правах рукописи*

АНОХИН Александр Сергеевич

**ОБЩЕСТВЕННО-ПОЛИТИЧЕСКИЕ ДИСКУССИИ  
В США ВОКРУГ ЗАКОНА О БЕЗОПАСНОСТИ ЗДОРОВЬЯ 1993 г.**

Специальность 07.00.03 – Всеобщая история

(новая и новейшая история)

Автореферат диссертации  
на соискание ученой степени  
кандидата исторических наук

Томск 2010

Работа выполнена на кафедре новой, новейшей истории и международных отношений Государственного образовательного учреждения высшего профессионального образования «Томский государственный университет»

**Научный руководитель:**

кандидат исторических наук, доцент  
**Соколов Николай Николаевич**

**Официальные оппоненты:**

доктор исторических наук, профессор  
**Романов Владимир Викторович**

кандидат исторических наук, доцент  
**Троицкий Евгений Флорентьевич**

**Ведущая организация:**

ГОУ ВПО «Алтайский государственный университет»

Защита состоится 11 июня 2010 г. в 12.00 часов на заседании диссертационного совета Д 212.267.03 при ГОУ ВПО «Томский государственный университет» (634050, г. Томск, пр. Ленина, 36).

С диссертацией можно ознакомиться в Научной библиотеке ГОУ ВПО «Томский государственный университет» (г. Томск, пр. Ленина, 34а).

Автореферат разослан «\_\_» \_\_\_\_\_ 2010 г.

Ученый секретарь  
диссертационного совета,  
доктор исторических наук,  
профессор



О.А. Харусь

## ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

**Актуальность исследования.** Широкие преобразования в сфере национального здравоохранения США, которые начали осуществлять в настоящее время демократы во главе с Б. Обамой, требуют осмысления прошлого опыта американских либералов в этой области. Общественно-политические дискуссии в США вокруг реформы здравоохранения, проводимой в первой половине 1990-х гг. администрацией Б. Клинтона, приобретают в этой связи не только научно-академический интерес, но и несут практическую значимость, причем не только для самих американцев, но и для всех стран, которые решают подобные задачи, включая наше государство.

**Научная разработанность темы.** В проведенном исследовании диссертант опирался на *фундаментальные труды* отечественных и зарубежных авторов, посвященные историческому развитию и особенностям американской политической системы в целом, включая работы А.М. Белоногова<sup>1</sup>, Н.В. Загладина<sup>2</sup>, В.М. Зяблюка<sup>3</sup>, Ю.А. Иванова<sup>4</sup>, Э.А. Иवानяна<sup>5</sup>, А.С. Манькина<sup>6</sup>, С. Милкиса<sup>7</sup>, А.А. Мишина<sup>8</sup>, В.О. Печатнова<sup>9</sup>, М. Скидмора<sup>10</sup>, С. Сковронька<sup>11</sup>, В.В. Согрина<sup>12</sup>, А.М. Шлезингера мл.<sup>13</sup> и др.

В монографии В.В. Согрина «Политическая система США» выявлены исторические корни фрагментарного характера американской власти, периодически формирующей «раздельное правление», существенно влияющее на механизмы выработки социальной политики в этой стране.

В работе Н.В. Загладина «США: общество, власть, политика» значительное внимание уделяется функционированию американской политической сис-

---

<sup>1</sup> Белоногов А.М. Белый дом и Капитолий – партнеры и соперники. М., 1974.

<sup>2</sup> Загладин Н.В. США: общество, власть, политика. М., 2001.

<sup>3</sup> Зяблук Н.Г. США: лоббизм и политика. М., 1976.

<sup>4</sup> Иванов Ю.А. Конгресс США и внешняя политика. Возможности и методы влияния (1970-80-е гг.). М., 1982.

<sup>5</sup> Иवानян Э. А. Белый дом: президенты и политика. М., 1979; Иवानян Э.А. История США. М., 2004.

<sup>6</sup> Манькин А.С. История двухпартийной системы США. М., 1981; Манькин А.С. «Эра демократов»: партийная перегруппировка в США, 1933-1952. М., 1990.

<sup>7</sup> Milkis S. The President and the Parties. New York, 1993.

<sup>8</sup> Мишин А.А., Власихин В.А. Конституция США. Политико-правовой комментарий. М., 1985.

<sup>9</sup> Печатнов В.О. Демократическая партия США: избиратели и политика. М., 1980.

<sup>10</sup> Skidmore M., Tripp M. American Government. New York, 1989.

<sup>11</sup> Skowronek S. The Politics Presidents Make: Leadership from John Adams to Bill Clinton. Cambridge, 1997.

<sup>12</sup> Согрин В.В. Политическая история США. М., 2001.

<sup>13</sup> Шлезингер А. Циклы американской истории. М., 1992.

темы в годы администрации Б. Клинтона. При этом автор связывает в единый комплекс факторы внутреннего и внешнего влияния в процессе реформирования социальной сферы.

Труд В.О. Печатнова «От Джефферсона до Клинтона: Демократическая партия США в борьбе за избирателя» выявляет роль демократов как главных реформаторов американского капитализма в отличие от преимущественно охранительно-консервативной роли республиканцев. Как главное интегрирующее звено двухпартийной системы США, эта партия активно вовлекает оппозиционные силы и движения в русло либеральной политики.

В учебнике по политической системе США американских авторов М. Скидмора и М. Триппа дается полное представление об истоках, правовой основе, механизмах и особенностях американской демократии. В нем подробно рассматриваются принципы федерализма, разделения властей, роль политических партий, общественного мнения, групп давления и лоббистов. Авторы учебника основательно показали рассредоточение властных полномочий как результат реформ конгресса 1970-х гг., что на практике проявилось в годы президентства Б. Клинтона.

В классической работе выдающегося американского историка А. Шлезингера мл. «Циклы американской истории» показана эволюция и динамика развития американской политической системы. Заключение этого автора об уникальном характере американских ценностей, которые определяют социально-политическое и экономическое устройство страны, принималось во внимание диссертантом при оценке национального здравоохранения США в исторической ретроспективе.

*Специальные научно-исследовательские труды.* В отечественной историографии важный вклад в изучение социально-экономической политики США был внесен сотрудниками Института США и Канады РАН. В работе Л.Ф. Лебедевой «США. Государство и социальная политика»<sup>14</sup> дан комплексный анализ социальной сферы США, истоков и современного состояния государственной политики в этой области. На основе обширной источниковой базы автор делает вывод об усилении личной ответственности американских граждан за их собственное здоровье и благополучие.

Значительное внимание вопросам социальной политики и реформирования национального здравоохранения США было уделено в работах ведущего научного сотрудника ИСКРАН Н.А. Шведовой. В статье «Тенденции XXI века:

---

<sup>14</sup> Лебедева Л.Ф. США: государство и социальное обеспечение. М., 2000.

здравоохранение США как фактор социально-политической стабильности»<sup>15</sup> отмечается специфика американской медицинской системы, сочетающая в себе государственные и частные компоненты.

Большая часть работ отечественных авторов по данной тематике посвящена рассмотрению вопросов социальной сферы и здравоохранения в контексте экономической политики. Именно экономическим аспектам разграничения полномочий федеральной и региональной властей, а также механизмам осуществления социальной политики посвящена работа сотрудников ИМЭМО РАН «Роль государства в социально-экономическом развитии США»<sup>16</sup>. Коллективная монография под редакцией В.С. Васильева «США: опыт социальной политики и уроки для России»<sup>17</sup> наглядно демонстрирует взаимозависимость широкого круга социально-экономических вопросов, включая проблему финансирования американского здравоохранения в условиях дефицита государственного бюджета.

В работе заместителя директора Института США и Канады РАН В.Н. Гарбузова «Социально-экономическая модель США»<sup>18</sup> убедительно показаны позиции консерваторов и либералов в области американской социально-экономической политики, послужившие основой для формирования ряда современных школ.

*Консервативная школа*, представленная работами Б. Голдуотера<sup>19</sup>, У. Бакли<sup>20</sup>, Ф. Хайека<sup>21</sup>, исторически придерживается идеи минимизации участия государства в проведении социальной политики. Труды выдающегося экономиста, лауреата Нобелевской премии Ф. Хайека способствовали возврату правящих кругов США к традициям *классического либерализма*, отклонение от которых произошло в годы политики «Нового курса» Ф. Рузвельта и «Великого общества» Л. Джонсона.

---

<sup>15</sup> Шведова Н.А. Тенденции XXI века: здравоохранение США как фактор социально-политической стабильности // США – Канада: экономика, политика, культура. 2000. № 3. С. 44-54.

<sup>16</sup> Роль государства в социально-экономическом развитии США / В.И. Марцинкевич [и др.]. М., 1997.

<sup>17</sup> США: опыт социальной политики и уроки для России / В.С. Васильев [и др.]. М., 2007.

<sup>18</sup> Гарбузов В.Н. Социально-экономическая модель США // Общество и экономика. 2004. № 11. С. 228-277.

<sup>19</sup> Goldwater B. Conscience of a Conservative. Princeton, 1960.

<sup>20</sup> Buckley W. Let Us Talk of Many Things: The Collected Speeches. Philadelphia, 2000.

<sup>21</sup> Hayek F. The Constitution of Liberty. Chicago, 1960; Hayek F. The Road to Serfdome. Chicago, 1944.

Исследования П. Кругмана<sup>22</sup>, Дж. Галбрайт<sup>23</sup> представляют собой яркий образец либерального взгляда на американскую политику и на здравоохранение. Ставя во главу угла социальную справедливость, профессор Принстонского университета, лауреат Нобелевской премии по экономике П. Кругман исходит из представления о медицинском обслуживании как о праве граждан требовать от государства выполнения обязательств, которые оно взяло на себя.

Большое значение для понимания компромиссного подхода «новых демократов» к реформе здравоохранения администрации Б. Клинтона имела *неоклассическая экономическая школа*. Основанная на критике государственного регулирования экономических отношений, она решительно порывала с кейнсианской традицией и пыталась найти альтернативные пути к более эффективному функционированию сферы здравоохранения. Наиболее ярким представителем неоклассического подхода к экономике в целом и политике здравоохранения, в частности, считается профессор Гарварда М. Фельдштейн<sup>24</sup>. С его точки зрения, любое государственное вмешательство, включая налоговые льготы на покупку медицинской страховки, наносит ущерб рынку.

Еще более резко к государственному регулированию относились представители *либертарианской школы*. Ее наиболее яркая фигура, известный экономист и лауреат Нобелевской премии М. Фридман<sup>25</sup>, отмечал, что негативное воздействие на рыночные отношения в здравоохранении оказывает не только государство, но и сами представители медицинских профессий.

Механизмы выработки и принятия решений по вопросам здравоохранения по-разному объясняются представителями различных теоретических подходов. Известным представителем *системной теории*<sup>26</sup> считается профессор Калифорнийского университета Д. Истон. Он пишет, что целью функционирования любой политической системы является эффективное распределение ценных ресурсов. В этой связи автор вводит понятие «стражей» – элементов системы, контролирующих ввод информации в механизм принятия решений<sup>27</sup>.

*Групповой подход*<sup>28</sup> объясняет выбор спектра вопросов, которые пытаются

---

<sup>22</sup> Кругман П. Кредо либерала. М., 2007.

<sup>23</sup> Galbraith J. The Affluent Society. New York, 1958.

<sup>24</sup> Feldstein M. Hospital Costs and Health Insurance. Cambridge, 1981.

<sup>25</sup> Фридман М. Капитализм и свобода. М., 2006.

<sup>26</sup> Bauer R., Pool I., Dexter L. American Business and Public Policy. New York, 1963.

<sup>27</sup> Easton D. The Political System. New York, 1953.

<sup>28</sup> Odegard P. A Group Basis of Politics: A New Name for Ancient Myth // Western Political Quarterly. 1958. № 11. P. 692-702; Bentley A. The Process of Government: A Study of Social Pressures. Chicago, 1908; Truman D. The Governmental Process: Political Interests and Public Opinion. New York, 1951.

ся решить носители исполнительной и законодательной власти разнонаправленным влиянием групп интересов.

Сторонники *элитистского подхода*<sup>29</sup> делают акцент на жестких структурных связях таких групп. При этом в настоящее время все более актуальным становится *плюралистский групповой подход*<sup>30</sup>, отражающий тенденцию к возрастающей фрагментации участников политического процесса в условиях исчезновения фиксированных связей между ними.

Работа американского автора, лауреата Пулитцеровской премии П. Старра «Социальная трансформация американской медицины»<sup>31</sup> посвящена эволюции медицинского сообщества как замкнутой профессиональной группы, анализу попыток реформирования медицинской сферы, а также вопросам соотношения рыночных и государственных механизмов в области здравоохранения США. Важным для понимания взглядов самих американских врачей был вывод этого автора о том, что по сути они воспринимают свою работу как вид предпринимательской деятельности, что делает их принципиальными противниками государственного регулирования рынка медицинских услуг.

В ходе сравнения социально-экономических систем США и других развитых стран диссертант опирался в том числе и на труды сотрудниц кафедры мировой политики исторического факультета Томского государственного университета Е. Ю. Лицаревой и Л. В. Дериглазовой<sup>32</sup>. В них дается анализ формирования, развития и современного состояния социально-экономической и финансовой политики Европейского Союза.

**Объектом исследования** диссертационной работы является процесс формирования и эволюции национального здравоохранения США в исторической ретроспективе в рамках так называемых «железных треугольников» исполнительной, законодательной власти и групповых интересов в американском обществе.

Конкретным **предметом изучения** стали общественно-политические дискуссии в США в первой половине 1990-х гг. вокруг Закона о безопасности здоровья. Его создавала Рабочая группа Белого дома во главе с супругой президента Х. Клинтон, опираясь на государственные институты федерального и мест-

---

<sup>29</sup> Mosca G. The Ruling Class. New York, 1939; Mills C. The Power Elite. New York, 1956.

<sup>30</sup> Bachrach P., Baratz M. Two Faces of Power // American Political Science Review. 1962. Vol. 56, № 4. P. 947-952; Schattschneider E. The Semi-Sovereign People. New York, 1960.

<sup>31</sup> Starr P. The Social Transformation of American Medicine. New York, 1982.

<sup>32</sup> Валютная и социальная политика Европейского Союза : учеб. пособие / под ред. А.Г. Тимошенко. Томск, 2004; Дериглазова Л.В. К сообществу, основанному на ценностях: объединение Европы и европейская идентичность. Томск, 2005. С. 48-57.

ного значения, экспертные организации и групповые интересы, академические центры и бизнес-сообщества, а также широкие слои американской общественности.

**Целью** данной работы явилось стремление показать роль общественно-политических дискуссий в процессе формирования универсальной системы национального здравоохранения США в первой половине 1990-х гг.

В этой связи в диссертации ставились следующие **исследовательские задачи**:

- выявить идейно-политические и философские основы социальной политики США, включая момент зарождения и эволюцию американской системы здравоохранения в исторической ретроспективе;

- показать роль государства и рыночных отношений в процессе становления, развития и регулирования системы здравоохранения;

- проследить системные изменения американского общества, соотношение консервативных и либеральных сил и ценностей, трансформацию политических институтов, т.е. все то, что главным образом обусловило кризис здравоохранения США в конце 1980-х гг.;

- исследовать механизмы выработки и осуществления реформы здравоохранения, на которые опиралась администрация Клинтона, используя концепцию управляемой конкуренции, систему «единого плательщика», принцип «участуй или плати» и т.д.;

- проанализировать факторы внутреннего и внешнего влияния, проявившие себя в ходе общественно-политических дискуссий вокруг Закона о безопасности здоровья, которые воздействовали на его судьбу, включая экспертные, академические и бизнес-сообщества, группы интересов и общественное мнение;

- изучить внутриполитическую борьбу в американских правящих кругах по вопросам реформирования программ Медикэр и Медикэйд в условиях бюджетного дефицита США середины 1990-х гг.

**Хронологические рамки** работы охватывают период с 1990 по 1996 гг. Выбор нижнего рубежа – 1990 г. продиктован тем, что в этом году активизировались общественно-политические дискуссии вокруг вопросов, связанных с возможностью внедрения в сферу национального здравоохранения механизмов управляемой конкуренции. Именно в это время управляемая конкуренция из академической идеи оформилась в фундаментально проработанную концепцию, причем в том виде, в котором она стала в 1993 г. основой президентского Закона о безопасности здоровья. Это, в свою очередь, вызвало ответную реакцию со стороны консервативных сил, прежде всего, в среде американских зако-

нодателей, активизировав тем самым межпартийную и внутрипартийную борьбу сначала на уровне комитетов и подкомитетов, а затем и в обеих палатах конгресса.

Общественно-политические дискуссии в стране обострились в условиях бюджетного дефицита по мере приближения промежуточных выборов в конгресс в 1994 г. Критика Закона о безопасности здоровья в это время способствовала победе республиканцев на промежуточных выборах, что усилило позиции консервативных сил в стране. Учитывая это, демократы попытались найти компромисс с консерваторами по вопросу о снижении бюджетного дефицита, согласившись сократить затраты на основные медицинские программы – Медикэр и Медикейд.

Провал демократов в деле формирования универсальной модели здравоохранения способствовал очередной победе Республиканской партии в ходе пере выборов в конгресс в 1996 г. Закрепление «раздельного правления» в стране, однако, не помешало Б. Клинтону стать президентом в этом году, что было реакцией американского общества на стабилизацию внешнеполитических и экономических позиций Соединенных Штатов внутри страны и за рубежом. Все эти обстоятельства обусловили выбор верхнего рубежа диссертационного исследования.

**Методологической основой** исследования послужила общая теория постиндустриального общества. Согласно этой теории, США являются одними из мировых лидеров «новой экономики», основанной на высоком уровне научно-технологических достижений в сочетании с преобладающей занятостью населения в сфере услуг. Особое значение в контексте изучения социально-экономической политики и механизмов принятия решений приобретают информационные потоки и прикладные научные знания.

Автор диссертационной работы опирался на принципы научной объективности и историзма, предполагающие аргументированное, всестороннее и беспристрастное изучение событий и явлений, характеризующих объект и предмет исследования.

В качестве **основных методов** в диссертационном исследовании использованы анализ, синтез, системный подход и контент-анализ, который применялся, в частности, для изучения общественно-политических дискуссий по вопросам реформы здравоохранения в комитетах и подкомитетах американского конгресса, а также при изучении материалов периодической печати.

В диссертационном исследовании использовались и специально-исторические методы. Сравнительно-исторический анализ и проблемно-

исторический подход помогли сопоставить разные универсальные модели здравоохранения в мире, выявить составные элементы системы медицинского обеспечения США, обсуждавшиеся в ходе общественно-политических дискуссий в этой стране в первой половине 1990-х гг.

При написании диссертационной работы автор использовал широкую **источниковую базу**, в которой можно выделить ряд разделов.

*Официальные документы.* Конституция США дает представление об особенностях американского государственного устройства, в частности, о разделении полномочий центральной и местной власти и о так называемом «конкурентном федерализме», о правовых рамках государственного участия в регулировании и управлении социальной политикой.

Выступления американских президентов от Ф. Рузвельта до Б. Клинтона, а также предвыборные программы Демократической и Республиканской партий позволяют проследить противоречивые процессы формирования универсальной системы национального здравоохранения на разных этапах американской истории, что отражает различные подходы правящих кругов США к созданию всеобъемлющей системы медицинского обеспечения американского народа. Так, республиканский пакет социальных реформ 1970-х гг., подготовленный администрацией Р. Никсона, включал новаторские предложения по формированию «организаций по поддержанию здоровья», которые предусматривали переход к рыночным механизмам регулирования затрат на здравоохранение, что разрушало кейнсианские методы осуществления социально-экономической политики в целом.

Большое значение для автора диссертации имели публичные выступления руководителя Рабочей группы по подготовке реформы здравоохранения Х. Клинтон, супруги президента, которая пыталась примирить сторонников и противников преобразований в социальной сфере, чего, по ее мнению, можно было добиться путем сочетания рыночных отношений и государственного участия в процессе создания универсальной модели медицинского обеспечения американских граждан.

*Основные проекты реформы здравоохранения.* Начиная с 1970-х гг. широкое распространение в США получили разного рода проекты по организации управляемого здравоохранения, которые фактически вынуждали потенциальных пациентов выбирать экономную стратегию лечения. Ряд таких проектов был направлен на слияние организаций управляемого здравоохранения со страховыми компаниями в рамках планов медицинского обеспечения, лишавших

среднего американца возможности приобрести страховку на справедливых условиях.

Видный эксперт в области здравоохранения А. Энтховен предлагал решить эту проблему путем создания особых некоммерческих институтов, которые он определял как «общественных спонсоров», призванных объединить взносы отдельных граждан и вести переговоры со страховыми компаниями с позиции силы. Опираясь на эту идею, организованная А. Энтховеном экспертная «группа Джексон-Хоула» разработала проект так называемых «ответственных медицинских партнерств».

В работах комиссара по вопросам здравоохранения штата Калифорния Дж. Гараменди предпринималась попытка совместить деятельность подотчетных обществу объединений поставщиков медицинских услуг и страховых компаний с канадской системой здравоохранения, на основе чего американский эксперт П. Старр позднее создал либеральную версию управляемой конкуренции.

Проекты реформы здравоохранения американских конгрессменов наглядно продемонстрировали разные подходы правящих кругов США, экспертных и академических сообществ к реформированию медицинской сферы. В стратегии налогового кредита, поддержанной президентом Дж. Бушем, дополнительные затраты государства сводились исключительно к налоговым льготам для нуждающихся категорий граждан. Демократы консервативного толка в ответ выдвинули концепцию «участвуй или плати», основанную на финансировании со стороны работодателей, тогда как либералы выступали за создание государственной системы «единого плательщика», которая предоставляла возможность федеральным властям контролировать цены на медицинские нужды напрямую.

Центральное место в источниковой базе диссертационной работы занимают *материалы американского конгресса*. Помимо стенограмм заседаний сената и палаты представителей, был основательно изучен ход дебатов в комитетах и подкомитетах, которые полнее всех других источников позволяют ощутить всю остроту общественно-политических дискуссий вокруг проблем здравоохранения. С первого дня работы конгресса в 1993 г. в процессе обсуждения вопросов о страховом покрытии, перераспределении расходов, росте административных затрат в медицинской сфере и т.п. в комитетах и подкомитетах стали обозначаться первые неформальные коалиции сторонников и противников будущей реформы.

После обнародования президентского Закона о безопасности здоровья основные дебаты в конгрессе развернулись вокруг его ключевых положений: требования к работодателям оплачивать медицинское страхование своих сотрудников, идей создания «кооперативов покупателей медицинской страховки», условий финансирования реформы, что стало основой широких общественно-политических дискуссий, которые велись в американском обществе вплоть до президентских выборов 1996 г.

*Мемуары и воспоминания участников общественно-политических дискуссий.* Переведенная на русский язык в 2005 г. автобиография Б. Клинтона<sup>33</sup> наглядно отражает ход мыслей самого президента и его ближайшего окружения, так называемых «новых демократов», эволюция взглядов которых по вопросам здравоохранения привела к выбору Белым домом управляемой конкуренции в качестве основы президентского проекта реформы. Мемуары Х. Клинтон<sup>34</sup> позволяют взглянуть изнутри на детальную проработку основных положений президентского проекта реформы здравоохранения в рамках Рабочей группы Белого дома.

*Периодическая печать.* Отечественная и зарубежная пресса первой половины 1990-х гг., включая такие издания, как «США – Канада: экономика, политика, культура», «Нью репаблик», «Экономист», «Американ Журнал оф Политикал Сайнс», «Конгрешнл Квотерли Уикли Репорт», газеты «Нью-Йорк Таймс», «Вашингтон пост», «Лос Анджелес Таймс», «Тайм» и др., оказала большую помощь в процессе анализа настроений в американском обществе, при выявлении реакций разных его слоев на те или иные социально-политические и экономические инициативы, особенно в ходе опросов общественного мнения. Что важно, американские СМИ сыграли свою роль в процессе оформления вариантов Закона о безопасности здоровья: серия редакционных статей<sup>35</sup> в «Нью-Йорк Таймс», посвященных концепции управляемой конкуренции, превратила ее в популярную модель реформирования здравоохранения не только внутри влиятельных экспертных и бизнес-сообществ, но и среди американских законодателей.

*Личное интервью* автора диссертации со старшим консультантом экономического совета при администрации Клинтона, видным экспертом в области здравоохранения и участником деятельности Рабочей группы по реформе здра-

---

<sup>33</sup> Клинтон Б. Моя жизнь. М., 2005.

<sup>34</sup> Clinton H. Living History. New York, 2003.

<sup>35</sup> Weinstein M. And Here's How to Fix It // New York Times. 1991. July 22. P. A14; Weinstein M. California's Medical Model // New York Times. 1992. February 17. P. A16; Weinstein M. The Bush-Clinton Health Reform // New York Times. 1992. October 10. P. A20; Weinstein M. Clinton Waffles on Health // New York Times. 1992. September 27. P. A16.

вохранения Ш. Глид, взятое 27 апреля 2009 г., дало уникальную возможность выяснить детали процесса разработки реформы, уточнить цели и задачи, которые ставила перед собой эта группа, разногласия в ней и т.п. Это интервью позволило прояснить механизмы взаимодействия администрации с группами интересов и причины провала реформы.

**Новизна проведенного исследования** заключается в том, что автор впервые в отечественной науке провел комплексный анализ американского опыта формирования и осуществления универсальной системы здравоохранения в первой половине 1990-х гг. При этом особое внимание было уделено обсуждению многочисленных проектов в рамках комитетов и подкомитетов конгресса. Ход обсуждения в них показал, что именно эти институты законодательной власти США не только адекватно отражали острейшую межпартийную и внутрипартийную борьбу в американском обществе вокруг президентского проекта и альтернативных ему вариантов, но и существенным образом повлияли на выбор приоритетов правящих кругов США в осуществлении социально-экономической политики в стране.

**Практическая значимость** диссертационной работы состоит в том, что изучение опыта США позволяет более качественно и подробно разработать систему мер и стимулов для эффективного функционирования медицинской сферы в нашей стране.

Здравоохранение, особенно в условиях современного глобального экономического и финансового кризиса, являясь одним из наиболее важных и болезненных вопросов внутренней политики любой страны, оказывает и, безусловно, будет оказывать значительное влияние на расстановку сил не только внутри правящей элиты США, но и в масштабах американского общества в целом.

Именно в периоды великих потрясений, реальных угроз и вызовов национальной безопасности американцы сплачивают свои ряды, достигают единства интересов разных слоев американского общества, ядром которого неизменно является средний класс, а гарантом его безопасности – президент США. Первые результаты американского президента Б. Обамы в области реформирования национального здравоохранения это подтверждают.

**Апробация работы.** Основные положения диссертации отражены в публикациях и выступлениях автора на региональных и всероссийских конференциях. Тезисы диссертационного исследования были представлены в Институте здравоохранения Мэйлмэн при Колумбийском университете г. Нью-Йорка.

**Структура работы.** Диссертационное исследование состоит из введения, трех глав, заключения, списка источников и литературы и приложения.

## ОСНОВНОЕ СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

Во **введении** раскрывается актуальность и научная значимость темы, а также степень ее изученности; формулируются цели и задачи диссертационной работы, обосновываются хронологические рамки, определяются методологические принципы и методы исследования и дается анализ источниковой базы.

В **первой главе – «Эволюция системы национального здравоохранения США в исторической ретроспективе»** – анализируются идейно-политические, конституционные и философские основы социальной политики США. В исторической ретроспективе показана роль исполнительной и законодательной власти, общественного мнения в этой области, что позволяет проследить в рамках так называемых «железных треугольников» формирование и развитие системы американского здравоохранения в Новое и Новейшее время.

В *первом разделе – «Идейно-политические и философские основы американской модели здравоохранения»* – рассматриваются американские принципы и ценности, лежащие в основе социальной политики и системы здравоохранения США.

В основе сложившегося в США механизма выработки и принятия политических решений лежит конфликт между идеей сильного государства и необходимостью ограничить его власть. А. Гамильтон считал важным создание сильного и централизованного правительства, в то время как Т. Джефферсон был убежден, что государственная власть должна иметь четкие границы. Компромиссной между ними стала позиция Дж. Мэдисона: сначала нужно дать государству силы контролировать тех, кем оно управляет, а затем обязать его контролировать само себя.

Институциональным выражением идей Дж. Мэдисона стал американский федерализм. Согласно этому принципу каждый уровень власти получал широкие полномочия и автономные права. Лишь некоторые сферы деятельности были отданы в исключительное ведение федерального правительства, в то время как другие (включая и здравоохранение) остались в компетенции местных властей. Децентрализованность американских государственных институтов в значительной степени определила диапазон возможностей государственных и общественных деятелей в области социально-экономической политики.

В последней трети XIX в. в США сложилась система «конкурирующего федерализма», при которой корпорации имели возможность расширять инвестиции в тот штат, который предлагал наиболее выгодные с их точки зрения условия. В результате местные власти активно шли на снижение налогов, социальных затрат бизнесменов в своих штатах, ослабляли регулирование их фи-

нансово-экономической деятельности, пытаясь привлечь капитал на свою сторону. В таких условиях либеральные законы пользовались меньшей поддержкой местной политической и деловой элиты, а зачастую и высокооплачиваемых рабочих в отдельных штатах.

Избирательный процесс Соединенных Штатов также представлял собой значительное институциональное препятствие на пути социальных реформ. Голосование по одномандатным округам по принципу «победитель получает все» сформировало двухпартийную систему, в которой обе партии были вынуждены занимать более или менее центристские позиции.

В Новое время процесс формирования системы здравоохранения развивался стихийно, что вполне соответствовало духу американского индивидуализма. Любое государственное вмешательство в личную жизнь отдельно взятого гражданина США неизменно сталкивалось с теми или иными групповыми интересами.

*Второй раздел – «Проблема государственного участия и рыночных отношений в процессе становления и развития национальной системы здравоохранения»* – посвящен изучению эволюции системы здравоохранения США с точки зрения дискуссии в американском обществе о роли государства и рынка в вопросах социальной политики.

Участие государства в регулировании медицинской сферы Соединенных Штатов началось сравнительно недавно. Несмотря на то, что отдельные вопросы здравоохранения рассматривались со времен принятия Конституции, большая часть связанных с ними законов была принята за последние 150 лет. Популярное в стране в начале XX в. движение американских «прогрессистов» развивало идеи государственного регулирования социальной сферы и национального здравоохранения. Участники этого движения мечтали создать эффективное правительство, очищенное от коррупционеров, способное предложить общенациональную программу социального вспомоществования и оформить полномасштабную систему медицинского обеспечения по европейским образцам. В 1912 г. Т. Рузвельт, кандидат в президенты США от Прогрессивистской партии, решительно отказался в своей предвыборной платформе от «тактики невмешательства» государства в социальные проблемы и провозгласил политику «нового национализма», при которой государство должно было стать посредником между бизнесом и рабочим классом на пути создания социальных программ. Реализовать на практике эти планы «прогрессистов» объективно не позволяла сама структура американской политической системы, а также Американская

медицинская ассоциация (АМА), созданная еще в 1847 г. как крупнейшая профессиональная организация врачей США.

Новая попытка преобразовать национальную систему медицинского страхования была предпринята во время Великой депрессии 1929-33 гг. в рамках «Нового курса» Ф.Д. Рузвельта. Во время работы над Законом о социальном обеспечении (1935 г.) стала очевидной невозможность включения в него из-за непримиримой оппозиции АМА хотя бы отдельных элементов государственной системы медицинского страхования. Несмотря на то, что демократы контролировали конгресс, реальной властью в партии обладали южане-консерваторы, занимавшие основные должности глав комитетов. Фактически, вместе с АМА они составляли основу так называемого «железного треугольника», на протяжении десятилетий контролировавшего политику в области национального здравоохранения. Важнейшую роль в провале реформ в сфере здравоохранения в годы президентства Ф. Д. Рузвельта сыграл выход средних слоев американского общества из коалиций, выступавших за улучшение медицинского обеспечения в стране, в связи с повсеместным распространением частного медицинского страхования.

Во время президентства Л. Джонсона были реализованы две крупномасштабные государственные программы медицинского обеспечения: Медикэр, предназначенная для медицинского страхования пожилых граждан, и Медикэйд, направленная на обеспечение доступа малоимущих к услугам здравоохранения. Стратегия поиска компромисса с влиятельными группами интересов, в частности, с АМА привела к тому, что контроль над реализацией новых программ практически полностью получило профессиональное медицинское сообщество.

В годы правления Р. Никсона была предложена концепция «нового федерализма», предполагавшая отказ от целевых программ администрации Л. Джонсона в пользу общего перераспределения доходов. Конгресс настороженно воспринял предложенную Никсоном схему, так как, по мнению американских законодателей, она привела бы к потере контроля над расходованием средств. Разразившийся Уотергейтский скандал лишил поддержки конгрессменов все законопроекты, связанные с именем действующего американского президента.

К концу 1980-х гг. республиканская администрация Р. Рейгана, исповедуя максимально ограниченную роль государства в области здравоохранения фактически возвращала к жизни идеи Т. Джефферсона о четких границах государственных полномочий. Основной целью администрации Р. Рейгана было дос-

тижение экономического и финансового «здоровья» страны, а не каждого отдельного гражданина.

В *третьем разделе – «Трансформация механизмов формирования социальной политики в условиях кризиса американского здравоохранения в конце 1980-х гг.»* – рассматриваются особенности политической системы США с точки зрения их влияния на общественно-политические дискуссии вокруг вопросов медицинского обеспечения граждан в конце 1980-х гг.

К этому времени около 38 млн. американских граждан не имели медицинской страховки. Начиная с 1988 г., эта цифра росла в среднем на миллион человек в год. Отсутствие страховки означало, что человек мог иметь доступ только к очень ограниченному набору медицинских услуг. Для того, чтобы компенсировать свои потери от лечения незастрахованных пациентов, медицинские учреждения увеличивали стоимость услуг для тех пациентов, кто имел возможность оплачивать лечение, тем самым ускоряя рост цен. Несмотря на такое перераспределение расходов, бюджет больниц все равно сокращался, что заставляло медиков выступать за реформу здравоохранения.

К началу 1990-х гг. был существенно расширен спектр участников социальной политики США – организации поставщиков медицинских услуг больше не являлись доминирующими. Существенную трансформацию претерпел «железный треугольник» федеральной бюрократии, законодательной власти и групповых интересов. Ему на смену пришла сетевая структура, отличавшаяся широким охватом всех слоев общества, а также отсутствием фиксированной внутренней структуры.

Отказ от приоритетной роли всеобщего медицинского обеспечения, необходимость сокращения расходов на здравоохранение, подкрепленная десятилетием консервативной политики Р. Рейгана – все это контрастировало с кризисной реальностью в социально-экономической жизни США конца 1980-х гг. Было очевидно, что «политика невмешательства» государства в социально-экономические отношения в стране, которую исповедовали правящие все 80-е гг. республиканцы, не обеспечила адекватного ответа на социально-экономический кризис, который созрел к концу их правления. Американцы среднего достатка ощутили на себе прямую угрозу собственному благополучию, что мгновенно отразилось в растущей популярности в стране канадской модели «единого плательщика», предусматривавшей создание полностью государственной системы здравоохранения. В это время стали заметны результаты реформ конгресса 1970-х гг., положивших конец доминированию председателей комитетов над процессом принятия решений.

Во второй главе – «**Варианты реформы здравоохранения в начале 1990-х гг.**» – рассматриваются различные стратегии устройства системы медицинского обеспечения и прослеживается формирование проекта реформы «новых демократов».

*Первый раздел – «Обсуждение концепции управляемой конкуренции»* – связан с изучением общественно-политических дискуссий в США в конце 1980-х – начале 90-х гг. вокруг оптимального сочетания государственного регулирования и рыночных подходов к реформированию национальной системы здравоохранения.

Проекты реформы, которые предлагали в это время эксперты в области медицины, политики разных калибров и убеждений, принципиально отличались друг от друга степенью государственного участия и выбором рыночных приоритетов. Республиканская стратегия налогового кредита была сориентирована на расширение доступа граждан к услугам здравоохранения с помощью снижения отдельных категорий налогов. При этом она фактически исключала возможность создания универсальной системы здравоохранения, по сути являясь лишь модификацией старых методов медицинского обеспечения. Либерально настроенные демократы, в свою очередь, поддерживали концепцию «единого плательщика», определявшую содержание многих национальных систем здравоохранения развитых в экономическом отношении стран, включая соседнюю Канаду. Эта концепция предполагала прямое участие государства в организации здравоохранения, что на практике исключало сокращение затрат на медицину с помощью рыночных механизмов. Конгрессмены-демократы умеренного толка в целом положительно оценивали стратегию «участуй или плати». Реализация этой альтернативы возлагалась на плечи работодателей, что обрекало их либо на то, чтобы компенсировать страхование своих сотрудников, либо на уплату налога на организацию государственной системы медицинского страхования.

Концепция управляемой конкуренции, предложенная влиятельным экономистом А. Энтховеном, впервые в американской истории предусматривала реформирование не только отдельных элементов системы медицинского обеспечения, но и всей сферы здравоохранения на основе механизмов конкурентной борьбы. В основе проекта лежала мысль об ответственности потребителей за затраты на здравоохранение, что благожелательно восприняли и высоко оценили американские конгрессмены от обеих партий. А. Энтховен предлагал организовать такую систему, которая бы позволила гражданам США выбирать выгодные для себя из одобренных государством, разные по стоимости планы ме-

дицинского обеспечения, в то время как федеральные субсидии (в форме освобождения от налогов) должны были составить одинаковую сумму независимо от выбора, сделанного пациентами. Разницу между субсидией и стоимостью страховки пациент обязан был оплачивать из собственного кармана.

В конце 1980-х гг. А. Энтховен в соавторстве с экспертом по вопросам здравоохранения Р. Кроником сформулировал обновленный проект реформы системы медицинского страхования. Его принципиальным нововведением была фигура «общественного спонсора» частного страхования. В то же время план Энтховена-Кроника использовал либеральные идеи прошлых времен: всеобщее медицинское страхование и контроль за ценами.

В феврале 1990 г. в городе Джексон-Хоул (штат Вайоминг) была проведена конференция с участием реформистски настроенных политиков и представителей медицинской индустрии, включая крупные страховые компании. В ее рамках А. Энтховен совместно с двумя другими экспертами в области здравоохранения – П. Элвудом и Л. Эзереджем, приступил к разработке нового масштабного проекта реформы медицинской сферы. По мере работы участвовавшая в ней группа экспертов, представителей страховой и медицинской индустрии, получившая название «группа Джексон-Хоула», становилась все более влиятельной силой в среде академических и экспертных сообществ США.

А. Энтховен представил на рассмотрение всей американской общественности свой новый научный труд под названием «Путь ко всеобщему медицинскому страхованию и всеобъемлющей рыночной реформе через преобразование рынка мелких предпринимателей». В нем он вернулся к своей старой идее о роли «общественных спонсоров», но при этом обосновал необходимость их замены на некоммерческие объединения, назвав их «кооперативами по приобретению медицинской страховки» (КПМС). По мнению Энтховена, сотрудники мелких фирм должны были получать страховку через КПМС, так как это позволяло объединить большее количество людей, для более эффективного распределения рисков страховых компаний.

Осенью 1991 г. состоялись довыборы сенатора от штата Пенсильвания. Их результаты стали настоящей сенсацией: политический новичок, демократ консервативного толка Х. Уоффорд одержал победу над бывшим губернатором штата и министром юстиции в администрации Дж. Буша Р. Торнбургом, сделав ставку на реформы национального здравоохранения. После этого события конгрессмены от обеих партий стали активно выдвигать собственные проекты реформы системы медицинского обеспечения. Конгрессмен-демократ от штата Теннесси Дж. Купер после консультаций с экспертами «группы Джексон-Хоула»

предложил проект, основанный на концепции управляемой конкуренции. Несмотря на существенные отличия этого проекта от предложенного А. Энтховеном, П. Эллуудом и Л. Эзереджем, с сентября 1991 г. усилиями Консервативно-демократического форума (КДФ) идеи «группы Джексон-Хоула» были выдвинуты на передний план реформирования системы национального здравоохранения США.

Новые подходы в решении проблем национального здравоохранения рождались и на уровне отдельных американских штатов. В 1990 г. должность комиссара по страхованию Калифорнии занял Дж. Гараменди, объявивший о своем намерении провести реформу здравоохранения на местном уровне. Итоговый документ представлял собой соединение идей А. Энтховена и Р. Кроника с принципами системы «единого плательщика». Предполагалось создать единый для всех жителей Калифорнии «кооператив покупателей медицинской страховки», а средства для его работы должны были поступать из налога на доходы работодателей и сотрудников. Поскольку по закону налоги не могли расти быстрее заработной платы, вся медицинская система Калифорнии располагала единым и фиксированным бюджетом, что обеспечивало контроль над затратами. Таким образом, была оформлена либеральная версия управляемой конкуренции, в которой неоклассические идеи регулирования медицинской сферы, в свое время разработанные Ф. Хайеком, помещались в новый контекст, тесно связанный с принципами системы «единого плательщика». В значительной мере это укрепило уверенность «новых демократов» в том, что технически выверенная реформа способна достичь своих целей, не ущемив при этом ни чьих интересов.

*Во втором разделе – «Проект реформы здравоохранения «новых демократов»* – анализируется процесс разработки Закона о безопасности здоровья в правящих кругах США в ходе президентской кампании начала 1990-х гг. и в первые месяцы правления администрации Б. Клинтона

Администрация Дж. Буша стремилась сплотить республиканцев против принципа «участуй или плати», которым руководствовались демократы в конгрессе, разрабатывавшие свой проект реформы. В частности, делались заявления о том, что принцип «участуй или плати» приведет к банкротству множества мелких предприятий и в результате его реализации будет создан огромный государственный медицинский сектор, который из-за постоянной нехватки денег будет вынужден ограничивать доступ населения к услугам здравоохранения.

В июле 1992 г. в «Медицинском журнале Новой Англии» была опубликована статья Б. Клинтона, в которой он излагал основные элементы своего про-

екта реформы здравоохранения. 12 сентября 1992 г. был опубликован программный манифест кандидата в президенты Б. Клинтона под названием «Люди прежде всего». В разделе манифеста, посвященном здравоохранению, были провозглашены основные задачи в этой области, в частности давались гарантии всеобщего страхового покрытия. Команда Клинтона в тот момент слабо представляла себе общую картину осуществления общенациональной реформы здравоохранения, либо сознательно скрывала свои намерения в этой области, стремясь не оттолкнуть от себя потенциальных союзников.

Среди консультантов Клинтона по вопросам здравоохранения наметились серьезные разногласия. Его главные советники А. Гаванд и А. Магазинер однозначно высказались против принципа «участвуй или плати», который отстаивала Вашингтонская консультативная группа по вопросам здравоохранения.

В сентябре 1992 г. А. Гаванд и А. Магазинер представили Клинтону новый проект реформы здравоохранения, основанный на центристской идеологии. По содержанию он основывался на разработках калифорнийца Дж. Гараменди: с одной стороны предполагалось предъявить требование к работодателям о страховании своих сотрудников, а с другой – потребители должны были получить действенные стимулы пользоваться услугами управляемого медицинского обслуживания для того, чтобы затраты на здравоохранение сокращались под действием сил рынка. Основная идея «новых демократов» состояла в том, что роль государства сводилась к определению общих принципов функционирования системы здравоохранения, в рамках которой основную работу должен был выполнять частный сектор. Такой подход к всеобщему медицинскому обеспечению не имел аналогов в мире.

3 ноября 1992 г. состоялись выборы президента США, на которых Б. Клинтон одержал убедительную победу. 25 января 1993 г. Б. Клинтон сообщил о создании Рабочей группы по реформе национальной системы здравоохранения. По его словам, задачей этой группы было подготовить окончательный план реформы медицинского обеспечения и представить его в конгресс в течение первых 100 дней работы новой администрации. Возглавить этот процесс было поручено супруге президента Х. Клинтон, а ответственным за кадровый состав Рабочей группы и фактическим ее руководителем был назначен товарищ Клинтона со студенческих времен А. Магазинер.

Опрос Хэрриса в марте 1993 г. показал подавляющую поддержку со стороны американцев основных разделов разрабатываемой Рабочей группой системы национального здравоохранения. В то же время значительная часть американских законодателей, причем не только среди республиканской оппозиции,

но и в рядах конгрессменов-демократов, напротив, была настроена к реформе скептически. Стало очевидно, что до конца этого года реформа здравоохранения не состоится.

Одним из главных оппонентов администрации стала Национальная федерация независимого бизнеса, наиболее влиятельное лобби малых предпринимателей. Основные свои усилия НФНБ сосредоточила именно на предложенном администрацией Белого дома требовании к работодателям оплачивать большую часть страховки своих сотрудников.

22 сентября 1993 г., выступая на совместном заседании обеих палат конгресса, Б. Клинтон официально обнародовал подготовленный Рабочей группой проект национальной реформы здравоохранения.

**В третьей главе – «Кульминация общественно-политических дискуссий в 1993 – 96 гг.»** – прослеживается внутривнутриполитическая борьба в правящих кругах США по вопросам национальной системы здравоохранения в условиях бюджетного дефицита.

*В первом разделе – Дебаты в конгрессе вокруг Закона о безопасности здоровья* – анализируется содержание президентского проекта реформы системы медицинского обеспечения. Основным элементом новой системы должны были стать «объединения здоровья», которые предполагалось содержать на страховые взносы предприятий и отдельных граждан. Общая стоимость затрат, по данным Рабочей группы, должна была составить 331 млрд. долл. в течение последующих пяти лет. В эти расходы была включена выплата субсидий мелким предпринимателям и малоимущим американцам, которые могли пострадать от последствий реформы.

К марту 1993 г. либерально настроенным демократам удалось сплотить вокруг себя около 100 противников президентского проекта. Их вариант реформы оказался значительно проще президентского: он был основан на концепции «единого плательщика», упразднял страховые компании в области здравоохранения и обязывал государство оплачивать все медицинские расходы в стране.

На противоположных позициях внутри самой Демократической партии стоял Консервативно-демократический форум. Со времен президентской кампании его участники добивались снижения затрат на здравоохранение при минимальном регулировании системы медицинского обеспечения. Ради этого участники Консервативно-демократического форума решили отказаться от всеобщего медицинского страхования.

Республиканцы при обсуждении в конгрессе реформы здравоохранения выглядели более сплоченной силой. Сенатор Дж. Чафи, например, легко убедил половину своих коллег в верхней палате поддержать билль, который гарантировал всеобщее медицинское страхование и не требовал увеличения полномочий государства в этой сфере и исключал обязанность работодателей оплачивать страховку своим сотрудникам. Вместо этого гражданам предписывалось покупать страховку самостоятельно, а для малоимущих американцев государство обязано было бы предоставить субсидии. Финансирование на эти цели должно было поступить от сокращения программ Медикэр и Медикэйд.

В сенате развернулась острейшая борьба вокруг юрисдикции комитетов по вопросам здравоохранения. За эксклюзивное право рассматривать президентский законопроект боролись председатель финансового комитета сената демократ из Нью-Йорка Д. Мойнихан и председатель комитета по труду и человеческим ресурсам сенатор-демократ от штата Массачусетс Э. Кеннеди. Итогом борьбы в сенате стал раскол демократов, что затянуло обсуждение президентского проекта реформы здравоохранения на длительное время.

Закулисная борьба демократов между собой дала республиканцам возможность перегруппироваться и начать активную кампанию против президентского законопроекта. Главным вдохновителем республиканцев стал Б. Кристал – руководитель мозгового центра «Проект республиканского будущего». Он открыто призывал Республиканскую партию саботировать президентский Закон о безопасности здоровья.

2 февраля 1994 г. организация Круглый стол предпринимателей нанесла очередной удар по позициям администрации, поддержав проект реформы конгрессмена-демократа Дж. Купер. В его пользу высказались и представители Национальной ассоциации производителей, а также Торговая палата США, что явилось результатом «обратного лоббирования»: республиканцы-конгрессмены провели активную кампанию с целью изменить позицию этих влиятельных организаций.

В свою очередь Бюджетное управление конгресса выступило с заявлением о том, что финансирование проекта реформы здравоохранения Рабочая группа при президенте рассчитала некорректно, предсказывая увеличение бюджетного дефицита в ближайшие годы на 74 млрд. долл. В такой обстановке работодатели будут рассматривать затраты на страхование своих работников как дополнительный налог. В начале 1994 г. большинство респондентов по результатам опроса, проведенного «Уолл Стрит Джорнал» и «Эн-Би-Си Ньюс»,

перестали связывать успех реформы национального здравоохранения с именем президента.

С марта по июль 1994 г. проходило детальное обсуждение Закона о безопасности здоровья в комитетах и подкомитетах обеих палат конгресса. Принятые к нему поправки не примирили законодателей-оппозиционеров с президентским проектом. Окончательный приговор Закону о безопасности здоровья вынесли конгрессмены-республиканцы, когда объявили, что откажутся поддержать создание Всемирной торговой организации (ВТО) и вступление в нее США, если президент будет настаивать на обсуждении своего закона в конгрессе.

Всеобщее медицинское страхование являлось основным смыслом реформы национального здравоохранения, которую предлагала администрация Клинтона и большая часть демократов в конгрессе. В то же время Республиканская партия и демократы консервативного толка считали эту реформу средством оздоровления экономики, сокращения затрат на медицинскую сферу (причем не только государственных) и решения проблемы дефицита бюджета. Тупик, в который зашли американские законодатели, объяснялся несовместимостью этих целей.

*Во втором разделе – «Внутриполитическая борьба в правящих кругах США по вопросам реформирования программ Медикэр и Медикэйд в 1994-96 гг.»* – показано закрепление консервативных тенденций в социальной политике США, в общем, и в организации национального здравоохранения, в частности, что выглядело естественно в условиях «раздельного правления» в американском обществе.

Консервативно настроенные республиканцы и часть демократов настаивали на радикальном сокращении затрат на общенациональную программу Медикэр для решения проблемы бюджетного дефицита в стране. Парадоксальным образом эти сокращения соответствовали подобным же планам администрации Б. Клинтона. Закон о безопасности здоровья (президентский проект реформы здравоохранения) предусматривал ограничение ежегодного роста страховых взносов, в случае если управляемая конкуренция не поможет справиться с затратами на здравоохранение.

Республиканцы в конгрессе также предложили реформировать программу Медикэйд на основе стратегии «блоковых субсидий», что еще более обострило общественно-политические дискуссии в стране. Согласно этому предложению, федеральное правительство должно было бы выделять штатам ежегодно определенную и строго ограниченную сумму денег. В реальности эта сумма была

бы меньше, чем затраты на Медикэйд по обычной схеме, и федеральное правительство имело бы возможность ее легко контролировать. В обмен на эти сокращения, штаты получали из центра значительную свободу в использовании своих средств и дополнительные возможности самостоятельно уточнять и совершенствовать различные положения программы.

В ходе обострившихся дискуссий вокруг бюджета, президент и конгресс имели различные рычаги влияния друг на друга. Бюджетные законы не могли быть приняты без согласия Б. Клинтона, так как у республиканцев не было достаточно поддержки, чтобы преодолеть президентское вето. С другой стороны, конгресс не был обязан принимать столь необходимый правительству закон о предельном уровне задолженности. Такое проявление системы «сдержек и противовесов» в конечном итоге превратилась в очередное препятствие на пути реформирования национальной системы здравоохранения в США. 14 ноября 1995 г. президент Клинтон был вынужден приостановить деятельность федерального правительства.

Опросы общественного мнения показывали, что американские граждане винили конгрессменов в политическом кризисе в стране и поддерживали президента. Промежуточные выборы продемонстрировали общественную поддержку, причем не столько консервативной идеологии, сколько изменений в межпартийном сотрудничестве. Бюджетная конфронтация обнажила беспомощность единодушной партийной политики республиканского большинства, которая была следствием амбиций его лидеров на очередных президентских выборах 1996 г.

В **заключении** подведены основные итоги и сформулированы выводы обобщающего плана.

История развития системы здравоохранения в США свидетельствует об ограниченной роли государства и приоритете рыночных механизмов в этой области. Для групповых интересов в недрах американского общества все услуги, связанные с обслуживанием в сфере медицинского обеспечения, представляют собой скорее товар, нежели неотъемлемое право отдельно взятого гражданина.

В условиях социально-экономического кризиса в США конца 1980-х гг., как следствия геополитического перенапряжения страны, писал американский автор Пол Кеннеди, американские граждане все больше теряли уверенность в завтрашнем дне. Приход к власти в США в начале 1990-х гг. «новых демократов» во главе с Б. Клинтонем создал предпосылки для формирования согласия в американском обществе по вопросам реформирования национального здравоохранения.

охранения. Администрация Клинтона предложила нации свой проект Закона о безопасности здоровья, рассчитывая обеспечить широкую общественную поддержку, сведя воедино разнонаправленные классовые, социальные и идеологические разногласия и интересы граждан своей страны.

Обострившаяся в связи с этим межпартийная и внутривнутрипартийная борьба в обеих палатах конгресса продемонстрировала неспособность консерваторов и либералов разного толка найти компромисс по вопросу о создании универсальной системы национального здравоохранения. Представители Демократической партии в обеих палатах конгресса проявили либо безволие и безразличие, либо откровенное упрямство и недалекость, заботясь скорее о собственных карьерных интересах, чем о судьбе президентского проекта, тогда как республиканцы заняли практически единодушно отрицательную позицию относительно Закона о безопасности здоровья. Все это в конечном итоге обрекло этот закон на поражение. В период кульминации бюджетных споров 1995-96 гг. открыто спровоцированный республиканцами конфликт конгресса с исполнительной властью США по поводу бюджета не решил проблемы дефицита в стране, что стало одной из основных причин победы Б. Клинтона на президентских выборах 1996 г.

«Третий путь» в социальной политике, который отстаивала администрация Клинтона всю первую половину 1990-х гг, заложив его в основу Закона о безопасности здоровья, так и не стал альтернативой либеральным и консервативным настроениям в американском обществе в условиях «раздельного правления» и бюджетного дефицита. Участники общественно-политических дискуссий в рамках исполнительной и законодательной власти, экспертных и бизнес-сообществ, между представителями медицинской индустрии, страховых компаний и различными группами интересов не договорились между собой об оптимальном сочетании государственных и рыночных механизмов в процессе создания универсальной системы здравоохранения США.

**В приложения** к диссертации вынесен именной указатель, глоссарий, комплекс графиков, иллюстрирующих соотношение затрат на медицину с основными экономическими показателями страны, а также схемы лоббирования в ходе обсуждения наиболее острых вопросов реформы здравоохранения в 1993-1994 гг.

## **ОСНОВНЫЕ ПУБЛИКАЦИИ АВТОРА ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ**

### **Статьи в ведущих научных журналах, рекомендованных ВАК:**

1. Анохин А.С. Проблема государственного регулирования американской системы здравоохранения в процессе обсуждения Закона о безопасности здоровья / А.С. Анохин // Вестник Томского государственного университета. – 2010. – № 332. – С. 69-73. (0,5 п.л.)

### **Публикации в других научных изданиях:**

2. Анохин А.С. Процесс реформирования политики социального обеспечения в США (1993-1996 гг.) / А.С. Анохин // Американские исследования в Сибири. – Томск : Изд-во Том. гос. ун-та, 2009. – Вып. 10. – С. 221-227. (0,3 п.л.)

3. Анохин А.С. Концепция «управляемой конкуренции» как основа реформы национальной системы здравоохранения США в 1992-1994 гг. / А.С. Анохин // Американские исследования в Сибири. – Томск : Изд-во Том. гос. ун-та, 2008. – Вып. 9. – С. 157-163. (0,3 п.л.)