

СООБЩЕНИЯ

ВОПРОСЫ ГОСУДАРСТВЕННОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В КОНГРЕССЕ США (60-е годы)



В. Н. Сафонов

Исследование основных направлений политики социального маневрирования, проводимой правящими кругами США на современном этапе, позволяет раскрыть оборотную сторону широко-вещательных заявлений об «американском образе жизни», а также углубить представление о государственно-монополистическом регулировании в социальной сфере.

Критическое для трудящихся США положение с медицинским обслуживанием не только связано с невиданным ранее ростом цен на медицинские услуги (особенно в последние два десятилетия), но и является следствием неспособности капиталистического государства улучшить положение дел в здравоохранении, которое до сих пор остается прерогативой частного капитала. Единственной попыткой государственного вмешательства в область американской медицины было утверждение программ здравоохранения в 1965 г., когда был провозглашен лозунг так называемого «великого общества». Именно тогда конгресс после настоячивых требований трудящихся, общественных организаций стал выделять определенные средства для облегчения медицинских расходов части населения.

Поскольку в 70-е годы явно обозначилась неэффективность введенных законом 1965 г. программ, получивших название «медикейр» (medicare) и «медикейд» (medicaid), проблема продолжает оставаться крайне острой и актуальной. Выдвигаются новые проекты медицинской помощи населению, среди них проекты и обещания кандидатов на президентских выборах 1980 г. (Э. Кеннеди — проект государственной системы медицинского обслуживания, рассчитанного на охват всех граждан США, обещания Дж. Картера и др.). Однако проекты остаются проектами, а кризис здравоохранения в стране продолжается.

Анализ программ здравоохранения под углом зрения борьбы буржуазных группировок в конгрессе США свидетельствует об ограниченном классовом подходе американских законодателей к решению социальных проблем, о противоречивой сущности госу-

дарственно-монополистического регулирования, а также расширяет представление о деятельности конгресса¹.

В 1935 г. под влиянием тяжелейшего экономического кризиса 1929—1933 гг. и подъема забастовочного движения американский конгресс утвердил одно из центральных мероприятий «нового курса» Ф. Рузвельта — закон о социальном обеспечении, устанавливавший систему обязательного страхования по старости и по безработице. Медицинское же страхование законом не предусматривалось, хотя положение в этой сфере уже в те годы было крайне неблагоприятным. Одна из причин бездействия конгресса в данном направлении — давление Американской медицинской ассоциации (АМА), представлявшей интересы верхушки высокооплачиваемых частнопрактикующих врачей. Эта организация и в 30-е годы, и позже угрожала национальным бойкотом врачей в случае вмешательства государства в «отношения между врачом и пациентом», т. е. в вопрос об оплате расходов на медицинское обслуживание.

Положение с медицинским обслуживанием в стране постоянно ухудшалось и к началу 60-х годов стало критическим, с чем были вынуждены согласиться даже те, кто стоял против любого государственного вмешательства в этой области. С 1946 по 1961 г. цены на медицинское обслуживание росли в 2,5 раза быстрее, чем на другие услуги. В частности, стремительно росли стоимость ежедневного пребывания в больнице (1935 г. — 13 долл., 1963 г. — 37 долл.)² и счета, выписываемые врачами за тот или иной вид лечения. Особенно остро проблема оплаты медицинских расходов стояла перед престарелыми, вынужденными чаще других обращаться за врачебной помощью и не имевшими средств для ее оплаты. Среди этой категории населения в 1961 г. только у 14% был доход выше официального уровня бедности (3 тыс. долл. в год), 30% находились на грани нищеты (меньше 1 тыс. долл.)³.

Важной причиной, приведшей к принятию закона о государственном медицинском страховании, было движение народных масс в США, усилившееся в 60-е годы. Лозунги увеличения пособий по социальному страхованию и предоставления бесплатного медицинского обслуживания престарелым выдвигались на демонстрациях и митингах по всей стране вместе с лозунгами, призывавшими к установлению гражданского равноправия. Рабочий класс в целом, Компартия США, отмечая недостатки буржуазных проектов медицинского страхования, также рассматривали пред-

¹ В советской литературе главное внимание уделяется оценкам конгресса в связи с внешнеполитической деятельностью. Подробнее см.: Четвериков С. Б. Кто и как делает внешнюю политику США. М., 1974; Савельев В. А. США: сенат и политика. М., 1976; Попова Е. И. Американский сенат и внешняя политика, 1969—1974. М., 1978.

² Report of National Conference on Medical Costs. Wash., 1967, p. 7.

³ Political Affairs, 1964, Dec., p. 53.

⁶ Американский ежегодник, 1981

лагаемые либералами меры в этой области как шаг вперед. Это отмечалось и на страницах органа КП США «Политикл афферс»⁴. Учитывая настроения американских рабочих, АФТ—КПП выступила за принятие медицинского страхования.

Большую роль в принятии медицинского законодательства сыграла созданная в 1962 г. организация Национальный совет престарелых, в которую вступило около 2 млн. человек и которая имела по всей стране 1700 отделений, проводивших активную работу⁵. Движение престарелых повлияло на исход президентских выборов 1964 г., когда 2 млн. из них перешли от республиканцев, выступавших против государственного медицинского страхования, к демократам. Журнал американских коммунистов констатировал: «Размах и накал борьбы, которую ведут сегодня народные массы, — это в некотором смысле возрождение того, что было в 30-е годы»⁶. Среди самых заметных вспышек массового демократического движения 60-х годов было восстание в Уоттсе — негритянском гетто Лос-Анджелеса в августе 1965 г. Одной из причин восстания, приведшего к многочисленным человеческим жертвам, было отсутствие элементарной медицинской помощи для огромного района с населением в 300 тыс. человек.

Все это заставило правящие круги внести наконец на рассмотрение конгресса вопрос о создании контролируемых государством программ здравоохранения: программы «медикейр», предусматривающей медицинское страхование престарелых, и программы «медикейд», рассчитанной на медицинское обслуживание бедных.

Для понимания сущности программ необходимо кратко остановиться на американской системе социального страхования вообще, на определяющих ее структурных принципах.

Эти принципы восходят к закону о социальном обеспечении 1935 г. Следует отметить, что, воплощая его в жизнь, американские законодатели не пошли на создание единой централизованной системы по всем видам нуждаемости, утвердив ряд программ, отличавшихся по охвату населения, объему оказываемой помощи, порядку назначения пособий, способу финансирования и т. д. Такая структура была результатом действий оппозиции против централизованной системы социального обеспечения и имела следствием ограниченность видов помощи и числа ее получателей. При всем разнообразии указанных программ законом 1935 г. все же были установлены два общих принципа, два основных направления, по которым шло вмешательство государства: страхование (принцип действия программы «медикейр») и вспомоществование (принцип действия будущей программы «медикейд»).

⁴ Ibid., 1965, Apr., p. 63.

⁵ Газета американских коммунистов «Daily World» подчеркнула недавно, что «программа „медикейр“ появилась в 1965 г. в результате активной борьбы престарелых, использовавших помощь и поддержку организованных рабочих» (Daily World, 1980, 30 Jan.).

⁶ Political Affairs, 1964, Nov., p. 4.

Первый принцип предполагал введение страхового налога. Этот налог формально взимался в равной мере и с предпринимателей, и с работников по ведомостям заработной платы (payroll, отсюда название налога на социальное страхование — payroll tax). Хотя выплачиваемый и рабочим, и предпринимателем процент был одинаков, главная его тяжесть падала на трудящихся. Законодательное положение о налоге на социальное страхование не предусматривало никаких освобождений и исключений для получателей самой мизерной заработной платы.

Налог по самой своей сути был несправедлив. Как писал В. И. Ленин, в условиях капиталистического производства буржуазия должна полностью оплачивать социальные расходы⁷.

В 1935 г. были установлены единый процент взимания налога и база исчисления налога (3 тыс. долл. годового дохода)⁸. При доходе свыше этого уровня налогоплательщик платил те же 30 долл. Таким образом лица, имевшие высокие доходы, платили гораздо меньший процент, чем низкооплачиваемые работники⁹.

Что касается предпринимателей, то они получали право компенсировать расходы на социальное страхование за счет внесения их в себестоимость продукции. Тем самым эти расходы перекладываются в основном на потребителей.

На базе налога на социальное страхование создавался государственный фонд, из которого под контролем федерального правительства и осуществлялись выплаты по различным видам нуждемости¹⁰.

Второй принцип основывался на выделении средств из общего бюджета, т. е. существенной чертой вспомоществования было его безналоговое финансирование. Вспомоществование предоставлялось лишь лицам, живущим в крайней бедности. Денежное пособие назначалось после обследования материального положения семьи. Помимо этого, существовало еще одно, менее важное, но все же имевшее значение, различие между двумя принципами: если социальное страхование было федеральной программой, то программы вспомоществования во многих случаях управлялись штатами, которые и определяли круг получателей и объем оказываемой помощи. Штаты финансировали программы из собственных налоговых поступлений (с добавлением средств, ассигнуемых

⁷ Ленин В. И. Полн. собр. соч., т. 21, с. 146.

⁸ Congressional Record, 1935, 12 Apr., p. 5530.

⁹ Речь идет о доходах, а не только о заработной плате, поскольку налог на работников касался не только наемных рабочих, но и служащих, и лиц, выполняющих функции и работника, и предпринимателя (владельцы мелких и мельчайших предприятий сферы обслуживания и т. д.).

¹⁰ В 1935 г. по Общей федеральной программе социального страхования (OASDI) были предусмотрены выплаты только по одному виду нуждемости — пенсии престарелым. Постепенно в число получателей этой программы были включены некоторые категории иждивенцев и инвалиды. Подробнее см.: Кассирова Е. П. США: кризис социальной политики. М., 1978, с. 107—111.

федеральным правительством). В конечном счете и федеральные, и штатные налоговые поступления — это средства трудящихся. Несомненно, однако, что в штатах и на местах монополии имеют больше возможностей, чем на федеральном уровне, контролировать органы власти¹¹. Штатные органы, основываясь на отсутствии единых критериев, произвольно сокращали и круг получателей, и объем оказываемой помощи.

Системы социального страхования и вспомоществования были крупным завоеванием трудящихся в условиях, когда социальное обеспечение вообще отсутствовало в США. Однако обе были крайне недостаточны, и с течением времени их несоответствие интересам трудящихся становилось все заметнее.

Вспомоществование было основано на прогрессивном финансировании за счет госбюджета, тем не менее характеризовалось низкими суммами выплат; охватывало лишь самые нуждающиеся семьи (в основном негритянские и даже только часть из них); было связано с унижительной проверкой нуждаемости; зависело от властей штатов и поэтому неравномерно распределено по стране; легче подвергалось урезыванию и свертыванию, так как не имело регулярной основы в виде обязательного налога.

Страхование же включало относительно широкий круг получателей¹², а также носило регулярный, стабильный характер. В то же время оно базировалось на регрессивном налоге, который предусматривал для состоятельных слоев выплату меньшей доли их доходов. Более демократическое решение проблемы требовало финансирования пенсий и других социальных выплат за счет госбюджета, который пополняется главным образом подоходным налогом, основанным, хотя и с отклонениями, на прогрессивном налогообложении — этот путь означал бы перекладывание несколько большего бремени на богатей.

Важно подчеркнуть, что происходил постоянный рост налога на социальное страхование и базы его исчисления¹³. Дальнейшее повышение налога в 70-е годы вызвало резкие протесты трудящихся. Слабость и неэффективность страхования и вспомоществования, протесты трудящихся были и остаются причиной отдельных попыток правящих кругов США видоизменить сложившуюся систему или отдельные программы.

Соответственно указанным принципам сформировались и позиции борющихся групп внутри правящих кругов.

Консерваторы, отражавшие требования и интересы Национальной ассоциации промышленников, Торговой палаты, страховых компаний, вынуждены были согласиться с системой социального

¹¹ См. об этом: Новиков Л. В. Правовые формы организации государственной службы в США. М., 1974, с. 35.

¹² К началу 1965 г. около 19,7 млн. человек были охвачены программой, в то время как число получателей всех программ вспомоществования не превышало 7,8 млн. См.: Social Security Bulletin, 1965, Febr., p. 2.

¹³ С 1937 по 1978 г. налог увеличился в 7 раз. См.: Кассирова Е. П. Указ. соч., с. 110.

страхования¹⁴. Однако они протестовали против ее расширения, увеличения размера выплат, против повышения базы исчисления налога, но главное — против всякой попытки финансировать социальное обеспечение за счет госбюджета. Они провозглашали принципы индивидуализма, старые, укоренившиеся принципы «самопомощи» и индивидуальных накоплений: «ничего нельзя получить даром», «все надо заработать», «полагаться на себя, быть экономичным» и т. п. Отсюда — крайне отрицательное отношение консерваторов к принципу вспомоществования, который они объявляли не только неэффективным, но и порочным («не поощряет поисков работы», «стимулирует жульничество и обман при проверке нуждаемости», «содействует росту бюрократии» и т. п.). На деле все это означало нежелание допустить, хотя бы частично, перераспределение бремени оплаты социальных расходов в пользу менее обеспеченных слоев.

Либералы не только признавали необходимость — в интересах социальной стабильности — программ государственного страхования, но и стояли за их расширение, за введение, в частности, программ медицинского страхования. Их представители высказывались за повышение базы исчисления страхового налога, снижение пенсионного возраста. Соглашаясь, что принцип личных взносов (страховка) «поддерживает самоуважение» пенсионера, они не отвергали, однако, и идеи оплаты социальных программ за счет госбюджета, хотя бы частично, т. е. считали некоторое перераспределение налогового бремени возможным и необходимым для успокоения рабочих. Систему вспомоществования они также признавали необходимой.

Либеральную позицию разделяло по существу и руководство АФТ—КПП. Однако такие профсоюзы, как Объединенный союз автомобилестроителей, выдвигали более смелые и прогрессивные требования. Этот профсоюз выступал против социального страхования из средств рабочих, за выплату пенсий для всех престарелых из общих доходов государства (из госбюджета). Он поддерживал систему социального страхования, но высказывался за ее расширение. За расширение программ вспомоществования активно боролись негритянские организации.

Подобные характерные черты двух подходов к социальным программам, каждый из которых имел серьезные недостатки, с точки зрения трудящихся, а также позиции борющихся групп были перенесены, хотя и в измененном виде, на возникшую в конце 40-х годов и особенно усилившуюся на рубеже 50—60-х

¹⁴ С 1936 г., по мнению американского автора, в принципе никто не осмеливался выступать против системы государственного страхования и пенсионного обеспечения на этой основе. Бизнес ссылаясь на эту систему, когда забастовщики требовали включения пункта о пенсиях в коллективные договоры. Страховые компании продолжали процветать, несмотря на эту систему. См.: *Derthic M. Policymaking for Social Security*. Wash., 1979, p. 132—136.

годов борьбу по вопросу о создании хотя бы частичной системы государственного здравоохранения.

В 1958 г. законопроект, получивший название «медикейр», был впервые внесен в конгресс. В основу программы был положен принцип социального страхования.

В конгрессе, в правящих кругах США в целом не было единого мнения относительно первой государственной программы медицинского страхования. Поначалу силы, препятствовавшие утверждению программы, сумели обеспечить себе большинство голосов среди законодателей. К этим противникам «медикейр» и социального страхования вообще относились: большая часть членов республиканской партии, большинство демократов из южных штатов, АМА, ряд организаций крупного капитала, в том числе Национальная ассоциация промышленников, Торговая палата, «консерваторы вообще»¹⁵.

Однако значительная часть буржуазных политиков осознавала необходимость принятия срочных мер для исправления положения и не прекращала попыток утвердить «медикейр» с целью предотвратить нарастание недовольства в стране и привлечь на свою сторону избирателей. Среди сторонников законопроекта были: значительная часть демократов в конгрессе, Национальная ассоциация здравоохранения, АФТ—КПП, Национальный совет престарелых, ряд других общественных организаций. В 1959 г. одним из авторов законопроекта «медикейр» стал сенатор Дж. Кеннеди. Но в 1958, 1959, 1961 и в 1963 гг. билль был похоронен еще на стадии рассмотрения в комитете по доходам и налогам палаты представителей американского конгресса.

В 1960 г., для того чтобы не допустить утверждения программы государственного медицинского страхования, большинство в обеих палатах проголосовало за программу, основанную на принципе вспомоществования — так называемую программу Керра—Миллса. Этот план предполагал некоторое расширение системы компенсации медицинских расходов тем гражданам, которые являлись получателями государственного вспомоществования, т. е. беднякам. Помимо этого, программа Керра—Миллса касалась еще и новой категории лиц — так называемых «медицински неимущих» (*medically needy*). К ним относились престарелые, которые не были настолько бедны, чтобы получать государственное пособие, но не располагали средствами для того, чтобы оплатить лечение.

И масштабы программы Керра—Миллса в целом, и определение новой категории «медицински неимущих» в частности — все это относилось к компетенции местных властей. Сохранялись и другие характерные черты вспомоществования: право штатов распределять выделяемые федеральными властями средства,

¹⁵ Congress and the Nation. A Review of Government and Politics, 1945—1964. Wash., 1965, p. 1151.

унизительная проверка доходов. Программа была добровольной: штаты только поощрялись федеральными средствами к расходованию своих денег на медицинские цели. В результате в полном объеме программа была принята законодательными собраниями только девяти штатов. План Керра — Миллса не дал улучшения в области медицинского обслуживания для тех пенсионеров (составлявших большинство), пенсии которым выплачивались по Общей федеральной программе социального страхования.

Неудовлетворительность программы Керра — Миллса послужила дополнительным стимулом для широкого движения за более полную и прогрессивную систему здравоохранения. Это движение шло на фоне общего подъема массовых выступлений в США. С середины 60-х годов начинается волна негритянских бунтов в городах Севера и Запада США, организационно оформляется и достигает большого размаха студенческое движение, начинает развиваться оппозиция войне во Вьетнаме¹⁶. Все это было одной из главных причин усиления активности законодателей при утверждении новых социальных программ, в том числе программы медицинского страхования.

В 1964 г. президент Джонсон включил программу «медикейр» в число важнейших предвыборных обещаний, учитывая растущую популярность этой программы и несмотря на то что предложение утвердить ее в качестве поправки к закону о социальном обеспечении в очередной раз было отвергнуто конгрессом летом 1964 г. После выборов конгресса нового созыва первым законопроектом, внесенным в 1965 г. в обе палаты, стал билль Кинга — Андерсона; важнейшей составной частью его были программы «медикейр» и «медикейд».

Суть предложенного правительством законопроекта заключалась во введении обязательного государственного медицинского страхования для всех престарелых, получающих пенсионные пособия из страхового фонда¹⁷. «Медикейр» должна была финансироваться путем вновь вводимого налога, взимаемого аналогично страховому налогу, т. е. формально поровну с рабочими и предпринимателями. Охват большинства престарелых в США являлся положительной чертой программы. Однако объем услуг, предоставляемых получателям по этому плану, был в значительной степени урезан. По существу он сводился к оплате: койки в больнице, самых необходимых процедур, простейших видов лечения. В число льгот входили оплата счетов, выписываемых врачами-специалистами по анестезиологии, радиологии, патологии и фтизиатрии; лечение врачами, впервые приступавшими к лечеб-

¹⁶ О этих выступлениях см.: США: проблемы внутренней политики. М., 1971; Фурсенко А. А. Критическое десятилетие Америки. Л., 1974; Яковлев А. Н. США: От «великого» к больному... М., 1969; Общественно-политическое движение в США / Отв. ред. М. С. Возчиков. М., 1974 и другие работы.

¹⁷ Около 20 млн. человек в конце первого года действия программы.

ной практике¹⁸. Но все другие услуги и прежде всего такой вид лечения, как хирургия, не оплачивались из фонда «медикейр», даже если оперативное вмешательство осуществлялось в больнице¹⁹. Конечно, это значительно ослабляло значение законопроекта в целом.

Одновременно с началом рассмотрения законопроекта в конгрессе АМА усилила свою деятельность против «медикейр». АМА демагогически критиковала действительно серьезные недостатки законопроекта, такие, в частности, как отказ от оплаты хирургических и других врачебных счетов, хотя исключение из программы «медикейр» весьма важных льгот было результатом деятельности ассоциации. АМА обрушилась и на принцип налогового покрытия расходов по программе. В собственном печатном органе — «Джорнэл оф АМА», в большой прессе, выступлениях по радио и телевидению представители АМА демагогически заявляли о «несправедливости» нового страхового налога, предложенного по программе «медикейр», поскольку он «всей тяжестью падает на рабочий класс»²⁰. В действительности, как уже отмечалось, хотя страховой налог, являясь частью буржуазного налогового законодательства, и не мог быть справедливым, все же в условиях социально-экономических отношений капитализма расширение системы социального страхования было бы шагом вперед.

Несмотря на противодействие АМА, билль получал все большее одобрение и в конгрессе, и в общественном мнении. В начале января 1965 г. результаты опросов, проведенных службой Дж. Гэллапа, показали: только 23% опрошенных знают, что оплаты большинства видов врачебных счетов не включены в предложения администрации, но даже среди тех, кто знал об этом, 56% одобряли «медикейр»²¹.

¹⁸ Врачи, впервые приступающие к практике, — это интерны и резиденты. Интернатура — практическая работа (стажировка) выпускников медицинских учебных заведений в больницах и амбулаториях под руководством и наблюдением квалифицированных врачей. Пройдя интернатуру, стажеры обязаны сдать квалификационный экзамен, после чего получают диплом доктора медицины и право заниматься самостоятельной врачебной практикой в качестве общепрактикующего врача. Резидентура — вторая фаза последипломного медицинского образования с целью подготовки квалифицированных врачей по определенной медицинской специальности. Такая подготовка длится 3—8 лет. Надо сказать, что в результате политики АМА получение диплома врача в США чрезмерно затруднено. Интерны и резиденты выполняют огромный объем работы, однако лишь дипломированные врачи имеют право выписывать счета. Подробнее см.: Кук Ф. Дж. Заговор против пациента. М., 1972, ч. VI.

¹⁹ В США за любой вид медицинской услуги пациент должен заплатить или непосредственно врачу (как в больнице, так и вне ее), или через частное страховое агентство, если больной застрахован в частной страховой компании. В 1961 г. только четвертая часть всех престарелых имела подобные страховые полисы; отсюда — важность пункта об оплате врачебных счетов в законопроекте о «медикейр».

²⁰ Congressional Record, 1965, 8 Jan., p. 505.

²¹ Congress and the Nation, 1965—1968, p. 753.

8 января в комитете палаты представителей по доходам и налогам начались слушания о медицинском страховании престарелых. Тот факт, что слушания состоялись, как и их исход, во многом зависел от позиции председателя комитета У. Миллса, демократа от штата Арканзас. Долгое время он препятствовал проходу через комитет закона о медицинском страховании, но в начале 1965 г. изменил позицию, вероятно в связи с общей обстановкой в конгрессе и в стране по обсуждаемому вопросу.

Демократы, имевшие значительный перевес в комитете и в палате в целом²², настояли на том, чтобы сделать эти слушания закрытыми. Причина такого решения заключалась в стремлении лидеров демократов сократить срок обсуждения, не допустить длительных дебатов и оттягивания представления законопроекта в палату противниками «медикейр». Но одновременно преследовалась и другая цель: подготовить такой вариант билля, который удовлетворял бы правые круги США, крупный капитал, т. е. урезать законопроект, а это легче было сделать за закрытыми дверями. Обе задачи вполне согласовывались между собой, отвечая главному направлению политики большинства демократической партии США — путем ограниченных мер государственно-монополистического характера приглушить недовольство масс, не затрагивая сколько-нибудь серьезно интересы монополистического капитала.

АМА и ее сторонники в конгрессе предпринимали все новые усилия, чтобы остановить рост популярности «медикейр». Результатом этих усилий было внесение в конце января 1965 г. еще одного законопроекта (билля Херлонга — Кертиса). Этот билль, или «билль АМА», как называли его конгрессмены, предполагал расширение программы Керра — Миллса. Новым по сравнению с первым вариантом билля было прежде всего положение о вкладах самих престарелых, вносимых по специальной шкале, устанавливаемой органами штатов совместно с частными страховыми компаниями в соответствии с проверкой доходов престарелых, желавших участвовать в этой программе. Таким образом, некоторое расширение круга получателей предполагалось осуществить за счет взносов самих престарелых²³. Речь шла об установлении принципа добровольного страхования вместо обязательного, о частно-государственном (вместо государственного) администрировании программы, т. е. о консервативном подходе, противопоставляемом либеральному. Законопроект Херлонга — Кертиса не получил сколько-нибудь существенной поддержки даже среди республиканцев.

Тогда Дж. Бернс, член комитета, республиканец от штата Висконсин, предложил законопроект, носивший компромиссный

²² В палате было 295 демократов, 140 республиканцев; в комитете соответственно 17 и 8.

²³ Issues 65/66: Documents in Current American Government and Politics. N. Y., 1966, p. 76.

характер. Он предусматривал совместное управление программой со стороны штатов и федеральных органов при условии оплаты государством 80% расходов по программе, однако значительную часть фонда для оказания медицинской помощи должны были составить вклады самих престарелых, причем размер этих вкладов зависел от уровня благосостояния в штате и от уровня цен на медицинское обслуживание. Хотя сам автор отрицал «проверку дохода» и говорил о достаточности некоего «письменного свидетельства», было ясно, что и его план мало чем отличался от программы Керра — Миллса.

Внесение этих биллей и другие формы борьбы АМА (выступления руководителей, организация протестов со стороны врачей, угроза ультиматума правительству в случае принятия системы медицинского страхования), а также крупнейших фармацевтических и медицинских страховых корпораций против «медикейр» привели к тому, что комитет существенно изменил план, предложенный правительством.

Как же выглядел новый законопроект, утвержденный комитетом по доходам и налогам и предложенный на рассмотрение палаты представителей 24 марта 1965 г.? Законопроект комитета стал основой принятого конгрессом и подписанного президентом Джонсоном в августе 1965 г. закона. Был ли он в значительной степени улучшен по сравнению с законопроектом Кинга — Андерсона, как это утверждают американские источники? ²⁴

Билль состоял из трех частей: в первой излагались программы здравоохранения — «медикейр» и «медикейд», во второй и третьей — меры по другим, немедицинским социальным программам (увеличение выплат и круга получателей по Общей федеральной программе социального страхования и незначительное расширение программ государственного вспомоществования). К изучаемой теме непосредственно относится, следовательно, первая часть закона, явившаяся и наиболее новой. Приблизительно из 6,5 млрд. стоимости законопроекта 3900 млн. долл. должны были быть ассигнованы по первой части — программам здравоохранения ²⁵. А из всей суммы выделяемых на программы здравоохранения средств только 200 млн. предполагалось передать на финансирование программы «медикейд», что, в частности, повлияло на характер дебатов в обеих палатах во время утверждения законопроекта ²⁶.

Программа «медикейр», занимавшая главное место в анализируемом разделе законопроекта, в варианте комитета по доходам

²⁴ Congress and the Nation, vol. II, 1965—1968: A Review of Government and Politics During the Johnson Years. Wash., 1969, p. 751.

²⁵ Из 2,5 млрд. расходов по второй и третьей частям законопроекта около 1,5 млрд. составляло 7%-ное увеличение пенсий, но это увеличение, по мнению самих конгрессменов и сенаторов, означало не улучшение положения пенсионеров, а лишь повышение уровня выплат в соответствии с уровнем инфляции. См.: Congressional Record, 1965, 7 Apr., p. 7224.

²⁶ Ibid.

и налогам в свою очередь состояла из двух частей: основной (план А — по сути дела повторение правительственного законопроекта Кинга — Андерсона) и дополнительной (план Б — введен, чтобы отвести критику, указывавшую, что в билле не предусматривается оплата большинства врачебных счетов).

План А охватывал получателей Общей федеральной программы социального страхования, а также железнодорожников и государственных служащих (две последние категории имели свои отдельные программы социального страхования). Он предусматривал следующие льготы.

1. Компенсация больничных расходов за 60 дней при условии первоначального взноса пациентом 40 долл. (примерная стоимость одного дня пребывания в больнице в 1965 г.). В понятие «компенсация больничных расходов за 60 дней» входило: стоимость лекарств и медикаментов, обычно предоставляемых больницей (исключая отсутствующие в больнице и, как правило, дефицитные лекарства по специальным рецептам), стоимость некоторых видов **больничного обеспечения** (питание, больничная одежда, костыли и т. д.) и процедур, стоимость диагностических исследований, анализа и рентгена, а также все виды лечения врачами-интернами и врачами-резидентами.

Касаясь первого пункта плана А, необходимо отметить, что здесь, как и в билле Кинга — Андерсона, не было положения об оплате государством счетов дипломированных врачей. Больше того, если в правительственном варианте «медикейр» содержалось исключение, касавшееся врачей анестезиологов, патологов, радиологов и фтизиатров, то в билле комитета оно отсутствовало (что было главной уступкой комитета АМА и противникам «медикейр»).

2. Оплата престарелым 20 дней послебольничного обслуживания в попечительских домах²⁷ (комитет по доходам и налогам в своем билле уменьшил число дней с 60 до 20 по сравнению с законопроектом Кинга — Андерсона).

3. Послебольничное обслуживание в форме посещений больного на дому средним медицинским персоналом (комитет также уменьшил число дней с 240 до 100).

4. Оплата расходов на внебольничные диагностические исследования в амбулаториях с внесением предварительного взноса в 20 долл. (и здесь комитет пошел на уступки консервативным тенденциям всяческого урезывания льгот, получаемых по «медикейр», — 20 вместо 30).

²⁷ Попечительские дома (nursing homes) — заведения для престарелых, где медицинскую помощь оказывает средний и низший медицинский персонал. Предназначены главным образом для больных, не имеющих возможности лечиться в домашних условиях в связи с бедностью, отсутствием родственников и т. д. В медицинской и публицистической литературе термин «nursing homes» может иметь неодинаковый перевод: «сестринские дома», «дома санаторного типа», «пансионаты для престарелых», «попечительские дома».

Способ финансирования плана А был аналогичен способу финансирования Общей федеральной программы социального страхования: он обеспечивался за счет поступлений от вновь вводимого налога, взимаемого поровну с работников и предпринимателей. Этот новый налог имел те же недостатки, что и налог на социальное страхование — был регрессивным. Здесь также предусматривалась возможность дальнейшего повышения нормы взноса и базы исчисления налога в зависимости от темпов инфляции. Из собранных налоговых сумм с добавлением незначительных средств из госбюджета создавался специальный фонд медицинского страхования (*hospital insurance trust fund*), из которого и должны были, под контролем правительства, оплачиваться расходы по основной программе «медикейр».

План Б — дополнительная, добровольная программа «медикейр» — был новым «изобретением» комитета по налогам и доходам и его председателя У. Миллса. Главным в нем было то, что он финансировался наполовину за счет взносов самих престарелых, а другую часть фонда плана Б должны были составить средства из госбюджета. Тем самым средства из госбюджета для финансирования медицинского страхования престарелым — это уступка либералам, а взносы престарелых — это уступка консерваторам. Конкретной целью введения плана Б была оплата врачебных счетов престарелым. Однако оплате не подлежали такие виды медицинской помощи, как зубоврачебная, психотерапевтическая, физиотерапевтическая, многие виды протезов и т. д.

Сенаторы-либералы критически отнеслись к появлению этого плана: «Комитет по доходам и налогам встал на сторону АМА», — говорил сенатор П. Дуглас²⁸, имея в виду взносы престарелых. И действительно, план был объявлен добровольным ввиду его явной невыгодности для большинства престарелых. Получатели льгот по плану Б должны были платить ежемесячно определенный взнос (в 1966 г. — 3 долл., с тех пор взнос возрастает), но и это не приводило к полному страхованию по указанным видам услуг. Заболев, пациент должен был уплатить в качестве предварительного взноса 50 долл.; если лечение продолжалось, ему предстояло увеличить этот взнос до 20% общей суммы за весь период лечения, с тем чтобы остальные 80% расходов оплачивались из фондов добровольной программы²⁹.

Руководство планом осуществлялось местными медицинскими органами совместно с частными страховыми компаниями, а не федеральным правительством, что создавало возможность для сговора руководящих сторон с целью обмана пациентов. Многие члены конгресса отмечали, что это «искусственный и неэффективный план»³⁰. Таким образом, и план Б отразил классовую позицию

²⁸ Congressional Record, 1965, 29 Mar., p. 6225.

²⁹ Ibid., 7 Apr., 7216.

³⁰ Ibid., p. 7222.

законодателей при выработке положений о медицинском страховании.

В целом исправление недостатков первоначального проекта «медикейр» — включение в состав льгот большинства видов врачебных счетов, покрытие части фонда Б из бюджета — сопровождалось столькими условиями, исключениями, допущениями, что говорить о положительном значении для трудящихся билля 1965 г. можно только весьма условно, имея в виду общую прогрессивность того факта, что наконец-то была осуществлена первая попытка государственного вмешательства в систему здравоохранения. Если же иметь в виду объем уплачиваемых услуг, то уязвимость «медикейр» несомненна: по данным прессы, программы А и Б вместе покрывали только около 40% общих расходов престарелых на медицинские услуги³¹.

Еще одно обстоятельство во многом выявляло ограниченную сущность «медикейр» и стало главной причиной неудач в функционировании этой программы: отсутствовал эффективный контроль государства за размерами выписываемых врачами счетов, подлежащих оплате. Испугавшись шантажа со стороны АМА, угрожавшей бойкотом врачей в случае установления такого контроля, законодатели не предусмотрели условия о том, чтобы во всех случаях врачи получали деньги не от пациентов, а от органов «медикейр». В законе имелась двусмысленная формулировка, которая оставляла за врачами право выбора формы оплаты, и большинство врачей с первых месяцев действия программы стало требовать деньги прямо от пациентов, с тем чтобы органы «медикейр» лишь затем возмещали последним их расходы.

В условиях постоянного роста цен на медицинское обслуживание и различий между ценами в отдельных районах страны, счета врачей за один и тот же вид медицинской услуги были, конечно, неодинаковыми. По закону же предполагалось, что оплачиваться будут некие средние «разумно обоснованные» расходы (reasonable costs). Естественно, что счета врачей пациентам, состоявшим в списках «медикейр», чаще всего превышали эти «разумно обоснованные» расходы (к тому же определением норм этих расходов занимались, по просьбе правительственных администраторов «медикейр», частные страховые компании, что создавало еще одну дополнительную возможность для ограбления пациента)³².

Следствием описанной процедуры был и обман правительственных органов, и грабеж самих пациентов, далеко не всегда стремившихся выяснить точно, сколько они должны платить, с тем чтобы «не обидеть» лечащего врача. Таким образом, стремление ограничить вмешательство государства в отношения между врачом и больным привело к упрочению коммерческой сущности

³¹ Social Security Bulletin, 1965, Sept., p. 28.

³² Congressional Record, 1965, 7 Apr., p. 7216.

американской медицины. Программа «медикейр» была полумерой и не решила острого положения с медицинским обслуживанием в США.

Еще более противоречивой была программа медицинской помощи «медикейд»³³, также входившая в первую часть закона. Официальное название программы («Улучшение и расширение плана Керра — Миллса») недвусмысленно говорило о ее основном назначении: всего лишь обеспечить более эффективное действие названного плана и распространить его положения на некоторые новые категории лиц³⁴. Программа «медикейд» предусматривала оказание штатами медицинской помощи (бесплатной, в рамках предусмотренных видов) каждому получателю пособий по общему государственному вспомоществованию. Дополнительно предлагалось: свести все ранее существовавшие положения о медицинских льготах для получателей по линии государственного вспомоществования в одну программу; выделить более высокие доли федеральных средств (увеличение, впрочем, не превышало бы 3%) с тем, чтобы поощрить штаты присоединиться к программе; разрешить всем штатам включать в категорию получателей еще и «медицински неимущих».

Каждый штат должен был предоставлять (в случае добровольного присоединения к «медикейд») не менее шести видов медицинской помощи: больничное обслуживание, амбулаторное, лабораторные и рентгеновские исследования, оплату пребывания в домах для престарелых (попечительских домах), льготы в отношении оплаты врачебных счетов и стоматологическое лечение детей из бедных семей.

Отнюдь не случайно, что большинство положений «медикейд» действительно представляли собой пожелания и просьбы, идущие от федерального правительства к штатам³⁵. Конечно, программа «медикейд», и прежде всего пункт о расширении категории «медицински неимущих», была шагом вперед в организации здравоохранения США. Однако и этот пункт, как, впрочем, и все другие появившиеся в 1965 г. и относившиеся к медицинскому вспомоществованию, был вновь добровольным для штатов, оставаясь в их компетенции. К 1976 г. только около половины штатов включили в «медикейд» категорию «медицински неимущих»³⁶, причем определение этой категории (включать или нет стоимость недвижимости, страховых полисов и т. д.) было произвольным в каждом штате.

По сути дела «медикейд» имела недостатки того же характера, что и система государственного вспомоществования в целом. Это

³³ Свое название она получила позже, в начале 1966 г., когда штаты (первым штат Нью-Йорк) стали применять ее. См.: U. S. News and World Report, 1966, 20 June.

³⁴ Congressional Record, 1965, 7 Apr., p. 7216.

³⁵ Ibid., p. 7217.

³⁶ Medicaid Eligibility Quality Control. Wash., 1975, p. A — 2.

прежде всего неизбежно ограниченный круг получателей программы. В 1975 г. число получателей увеличилось до 23 млн. человек. Предсказания о том, что число получающих помощь по «медикейд» достигнет 40 млн. и более, оказались весьма далеки от действительности³⁷. Причина ограниченности была все та же: штатные агентства произвольно определяли численность получателей «медикейд» на основе собственных завышенных критериев и исходя из собственных фондов штатов.

Другим недостатком была зависимость штатов от ежегодных ассигнований федеральных властей, отсутствие постоянного фонда, как в «медикейр», отсутствие четких принципов финансирования и денежной отчетности. Не случайно конгресс дважды был вынужден принимать поправки к закону о «медикейд», которые сводились прежде всего к установлению хотя бы минимального контроля над деятельностью агентств штатов с тем, чтобы пресечь разного рода злоупотребления местных чиновников (нарушение отчетности, неполнота охвата нуждавшихся в медицинской помощи, чрезмерная трата средств на категорию «медицински неимущих» и т. д.³⁸). Президент Дж. Картер в предвыборных выступлениях 1976 г. назвал эту программу «национальным скандалом»³⁹.

Появление программ «медикейд» в таком виде свидетельствовало о том, что конгресс вновь как и в 1935 г. при утверждении закона о социальном обеспечении, не пошел по пути создания единой, всеохватывающей, эффективной системы государственного здравоохранения, которое оплачивалось бы из госбюджета, а не за счет регрессивного налогообложения, невыгодного трудящимся.

Таким образом, говоря о законопроекте комитета палаты представителей по доходам и налогам в его главной части, посвященной государственному вмешательству и регулированию в области здравоохранения, следует отметить его двойственный характер. Хотя билль явился результатом упорной борьбы американцев за введение медицинского государственного страхования, все его новые положения были сильно искажены и урезаны под давлением консервативно настроенных членов конгресса и АМА. Наличие в структуре билля отличавшихся друг от друга программ свидетельствовало о продолжении борьбы вокруг вопроса о масштабе и характере государственного вмешательства в этой сфере. Интересам трудящихся более соответствовало создание единой программы, осуществляемой под руководством федерального правительства и из средств федерального бюджета, а не через дополнительное прямое регрессивное и все время растущее налогообложение, которое падает основной тяжестью на рабочий класс. Однако значи-

³⁷ Ibid., p. II-6. Следует отметить, что это — не все нуждающиеся в медицинской помощи и не имеющие возможности ее оплатить.

³⁸ Ibid., p. II-5.

³⁹ Hospitals, 1976, vol. 50, N 19, p. 49.

тельная часть законодателей стремилась не допустить перераспределения расходов в пользу необеспеченных слоев (что было бы неизбежным следствием финансирования из госбюджета), сохранить децентрализацию и роль штатов. В конечном счете билль означал ограниченное государственно-монополистическое регулирование, содержал несомненные уступки АМА и связанным с ней корпорациям (главным образом фармацевтическим).

Более полное выявление классовой государственно-монополистической природы рассматриваемого законодательства, подхода к нему различных группировок американских правящих кругов дает анализ обсуждения данного законопроекта в обеих палатах.

Об остроте борьбы в конгрессе свидетельствовала уже сама процедура прохождения билля.

В палате представителей демократы, имея большинство, сумели утвердить такой порядок обсуждения, по которому вносить поправки в ходе дебатов было запрещено, т. е. законопроект должен был быть принят или отвергнут в варианте, предложенном комитетом по доходам и налогам. Это решение стало предметом острой полемики. Стремясь затянуть обсуждение и сорвать принятие «медикейр», противники билля (в большинстве своем члены республиканской партии) выступали за утверждение всех других положений закона, кроме «медикейр», призывали к отмене процедуры, предусматривавшей рассмотрение закона в целом. Однако демократам удалось утвердить указанную процедуру и ограничить продолжительность дебатов 10 часами, с тем чтобы обеспечить быстрое прохождение законопроекта. 8 апреля билль комитета был принят палатой представителей 313 голосами против 115, т. е. почти с трехкратным превосходством сторонников законопроекта.

Что касается сената, то в соответствии с правилами рассмотрения подобных законопроектов билль обсуждался первоначально в финансовом комитете. Этот комитет на своих заседаниях, продолжавшихся с 29 апреля по 18 мая 1965 г., внес около 500 изменений в вариант, предложенный палатой представителей. Большинство изменений относилось к формулировкам, к технической стороне. Однако ряд поправок имел существенное значение и обсуждался в ходе сенатских прений. Суммарное число поправок, внесенных на заседаниях финансового комитета и в процессе сенатских дебатов, достигло 513.

Каковы же были основные вопросы, вызвавшие столь длительную и сложную дискуссию?

Прежде всего это был вопрос о том, какие цели будут достигнуты с помощью обсуждаемого закона. Сторонники билля, в основном либералы, выдвигали следующую аргументацию относительно решаемых им общих задач: конгресс вынужден считаться с разительным контрастом, который осознавался всеми непредвзято мыслящими людьми при сравнении успехов социалистических стран в социальной сфере, особенно в постановке здравоохранения и образования, с положением дел в этой области в США. В то

же время проект не должен допустить «чрезмерного» государственного вмешательства, покушений на свободу предпринимательства. В данном случае медицинского. Билль тем самым удовлетворяет этой двойной цели.

В ходе дебатов по вопросу о «медикейр» сенатор от штата Нью-Йорк Дж. Джавитс, в частности, подчеркивал: «Коммунисты говорят о превосходстве своей системы медицинского обслуживания... Утвердив законопроект, мы продемонстрируем наше преимущество в этой сфере и вместе с тем сохраним нашу свободу и все другие привилегии демократического общества»⁴⁰. Судя по контексту, Джавитс имел в виду ту свободу, используя которую, врачи получали астрономические суммы и на которую оказался не в силах посягнуть план «медикейр». Впрочем, о защите принципов «свободной медицины» говорили все выступавшие в прениях — не только сторонники, но и противники плана «медикейр».

Наиболее четко сформулировали свое кредо представители последних: «Любой принудительный статус (в сфере медицинского страхования.— В. С.) противоречил бы нашему чувству экономической свободы и принципам частного предпринимательства», — подчеркивал, например, конгрессмен-республиканец Р. Пофф⁴¹, а сенатор К. Кертис фарисействовал по этому поводу: «Почему мы не прислушаемся к голосу наших медицинских организаций? Ведь это люди самой благородной профессии, ведь это наши домашние доктора, которые стали для каждого из нас лучшими друзьями»⁴².

Закон должен был стать ответом конгресса на давление избирателей, общественного мнения, требовавшего принятия безотлагательных мер в области медицинского обслуживания. К моменту внесения билля в конгресс к его членам шел поток писем от избирателей. Авторами писем были не только сами престарелые, но и их дети, а также занятые в производстве граждане, вынужденные на свою заработную плату содержать родителей. Как показали опросы общественного мнения, сторонники принятия программы вдвое превосходили оппозицию⁴³. Письма, заключения специальных комиссий разного уровня, назначенных для изучения положения, свидетельства и обращения Национального совета престарелых отразили настолько массовое недовольство, что даже противники принятия плана «медикейр», особенно учитывая свое переизбрание в конгресс, признали необходимость принятия срочных мер.

Большинство конгрессменов и сенаторов, подчеркивая значение законопроекта, объявляли его «краеугольным камнем» «великого

⁴⁰ Congressional Record, 1965, 7 July, p. 15795.
⁴¹ Ibid., 18 Jan., p. 1414.
⁴² Ibid., 8 July, p. 15870.
⁴³ Ibid., 7 Apr., p. 7202.

«общества»⁴⁴. Сенатор А. Рибиков говорил: «14 из 20 миллионов престарелых имеют доходы настолько низкие, что не платят подоходного налога... А ведь почти 18 млн. престарелых нуждаются в медицинской помощи»⁴⁵. Р. Кеннеди также прибегал к гуманной аргументации: «Потрясающие и постыдные цифры дохода престарелых свидетельствуют об уровне нашего социального обеспечения... Те, кто живет на пособия по социальному обеспечению, живут в ужасной бедности»⁴⁶. В высказываниях такого рода ясно звучало стремление завоевать популярность у возможно большего числа избирателей.

Немаловажным фактором стало и то, что вопрос о медицинском страховании престарелых стал «престижным» для администрации Л. Джонсона, поскольку и его правительство, и правительство Дж. Кеннеди много раз обещали принять решительные меры в этой сфере. Сам президент Л. Джонсон предпринимал энергичные усилия по стимулированию скорейшего прохождения закона через конгресс, используя специальные встречи с членами обеих палат, постоянные телефонные звонки, конфиденциальные разговоры с председателями комитетов. Американские авторы не раз подчеркивали, что личная активность Джонсона в отношениях с конгрессом, как и перевес демократов в обеих палатах, во многом способствовали утверждению ряда программ «великого общества»⁴⁷.

Сенаторы и конгрессмены — сторонники расширения социального законодательства приводили и такие аргументы, как экономическая необходимость, задача предотвращения кризисных явлений, постоянно угрожавших экономике страны. Вопрос, дебатировавшийся в палате представителей и в сенате, формулировался так: послужит ли утверждение законопроекта о дополнениях к системе социального обеспечения толчком для усиления инфляции? Противники и сторонники билля придерживались в этом отношении противоположных взглядов. Первые постоянно говорили об «инфляционной сущности законодательства». Вторые, и особенно те, кто принадлежал к либеральному крылу конгресса, настаивали на расширении положений билля (привлечение средств из общего федерального бюджета) в целях улучшения экономической ситуации в стране.

Так, член палаты представителей Дж. Родс из Пенсильвании отмечал, что расширение системы социального обеспечения благоприятно влияет на американскую экономику в целом: «Если бы по крайней мере на треть был увеличен вклад в социальное обеспечение из федерального бюджета, то это привело бы к увеличению резервных страховых фондов на 50%. Тогда было бы

⁴⁴ Ibid., 7 July, p. 15781.

⁴⁵ Ibid., p. 15801.

⁴⁶ Ibid., 8 Apr., p. 7411.

⁴⁷ U. S. News and World Report, 1965, 5 Apr.

улучшено положение лиц с самыми низкими доходами, без установления дополнительного несправедливого налога на наемных работников с низким уровнем заработной платы. Это позволило бы также снизить пенсионный возраст до 60 лет для мужчин, увеличить сроки выплат по нетрудоспособности и сделать другие необходимые изменения в нашей системе социального обеспечения. В результате увеличилась бы покупательная способность и престарелых, улучшивших свое материальное положение, и более молодых слоев, получивших бы возможность запясть рабочие места тех, кто ушел на пенсию, а это привело бы к укреплению экономики в целом, к повышению ее конкурентоспособности, к прекращению инфляции»⁴⁸.

Высказывания подобного рода свидетельствовали о наличии серьезных экономических причин для социального законодательства в США, о стремлении буржуазных либералов учесть общие интересы капитализма и капиталистической экономики, даже если бы это шло за счет ущемления неограниченной свободы эксплуатации.

Помимо обсуждения задач данного закона и его необходимости, вторым важным и наиболее горячо обсуждавшимся в обеих палатах был вопрос о принципах финансирования программы «медикейр» (основного и дополнительного плана). Программа «медикейд» не подверглась детальному обсуждению, поскольку оставалась практически неприкосновенной по сравнению с 1960 г., временем ее появления⁴⁹.

Как уже говорилось, консерваторы — ярые противники финансирования социальных программ из госбюджета, лишь в крайнем случае, в целях предотвращения массового недовольства трудящихся, они соглашались с системой социального страхования за счет дополнительного налогообложения. Почему же противники законодательства резко выступили против принципа финансирования «медикейр», которая должна была финансироваться главным образом за счет налогов и взносов самих трудящихся?

Во-первых, консервативные конгрессмены и сенаторы всегда выступали против любого расширения «принудительного», т. е. осуществляемого не частными компаниями, а государством социального страхования, распространения его принципов на новые виды нуждаемости и на новые категории населения. К этому времени они мирились с существующими системами социального страхования и вспомоществования как с неизбежным злом, что не означало, однако, их принципиального согласия с ними. В 1965 г. консерваторы обрушили свой удар на «медикейр» еще

⁴⁸ Congressional Record, 1965, 8 Apr., p. 7411.

⁴⁹ Предполагалось, что улучшение будет означать увеличение стоимости программы на 200 млн. долл., в то время как только расходы из госбюджета на программу «медикейр» должны были составить около 800 млн. См.: Congressional Record, 1965, 21 July, p. 17789.

по одной причине — то была федеральная программа, предполагавшая руководство со стороны федерального правительства и некоторое ущемление политических прерогатив штатов. Последнее обстоятельство, как показали советские ученые, является мерой по усилению государственного вмешательства в социально-экономический процесс⁵⁰, отсюда и крайне негативное отношение консерваторов к «медикейр». Наконец, третья причина, — особый характер программы «медикейр», выделявший ее из всех программ социального страхования в США — частичное финансирование из государственного бюджета, против чего так рьяно выступали и сейчас выступают консерваторы.

Так, сенатор К. Кертис, один из самых активных, в ходе дебатов доказывал опасность «медикейр» для американского свободного предпринимательства: «План Б — это не только еще одна программа социального страхования, руководимая федеральным правительством, но к тому же наполовину оплачиваемая федеральным правительством из государственного бюджета... Это уже не только социализм, это вопиющий (brazen) социализм. И эти деньги пойдут не тем, кто не может оплатить медицинские расходы, а всем»⁵¹.

Кертис намеренно преувеличивал значение программы Б, «забывая», что наполовину она оплачивается за счет взносов самих престарелых. Но основная мысль его выступления выражена откровенно: «опасность» планов А и Б состоит в государственном вмешательстве, в оплате расходов по «медикейр», хотя бы и частично, за счет бюджета, т. е. за счет прогрессивного налога, а это, как отмечалось, затронуло бы и представителей состоятельных слоев, означало бы некоторое перераспределение средств в пользу трудящихся. Кертис выразил свои опасения в особо «сильных» выражениях, подчеркивая «опасность» социализма, якобы вводимого планами А и Б. «Перед нами только одна задача — оплатить медицинские счета тех, кто сам это сделать не в состоянии... У нас уже есть программа Керра — Милла для этой цели...»⁵².

Противники закона говорили о «несправедливости» налога на социальное страхование ввиду своего неизбежного поражения. Но это было только отвлекающим маневром для избирателей и для неискушенных в тонкостях законодательства членов конгресса. Причина недовольства программой «медикейр» была иной: широкий охват престарелых и федеральное руководство программой. Сенатор Дж. Миллер говорил в ходе дебатов, что главный

⁵⁰ Советские исследователи пришли к выводу о том, что «сохранение федеративных форм обуславливает обратное влияние федерализма на социально-экономические процессы в США. Влияние не прямое, а опосредованное политическим процессом, поскольку федерализм выступает структурной формой политической системы» (Современный буржуазный федерализм. М., 1978, с. 7).

⁵¹ Congressional Record, 1965, 8 July, p. 15872.

⁵² Ibid., p. 15869.

недостаток «медикейр» — «оказание помощи тем, кто в состоянии оплатить ее сам», хотя медицинские расходы к этому времени были непосильны даже сравнительно обеспеченным престарелым.

Итак, авторы законопроекта сумели воплотить в программе самые различные принципы и варианты страхования⁵³, чем ослабили силу выпадов против «медикейр» со стороны консерваторов, но, как уже говорилось, это же привело к значительному ослаблению данного закона, несмотря на старания либералов доказать обратное.

Больше того, можно утверждать, что билль не был законченным выражением позиции либералов. В нем было множество принципиальных отступлений, ставших очевидными с течением времени и приведших к неудачам в функционировании программы.

Тем из либералов, которые призывали в 1965 г. к финансированию содержащихся в законе программ здравоохранения из государственного бюджета, не удалось заставить прислушаться к своим призывам сколько-нибудь большую часть членов конгресса, а соответствующих поправок в ходе рассмотрения законопроекта внесено не было⁵⁴. Лейтмотивом большинства склонявшихся к либерализму сенаторов стала защита «медикейр» от нападок консерваторов. Сенатор Рибиков отмечал: «Сделать 50% возможного — лучше чем ничего»⁵⁵.

В спорах о способах финансирования программ здравоохранения и в ходе дебатов в целом отчетливо обнаружилась позиция тех, кто поддерживал компромиссный подход к решению этих проблем. Проявлением этой позиции был и сам законопроект комитета по доходам и налогам и стремление ограничить масштабы «медикейр» в билле Кинга — Андерсона, не содержащем оплату врачебных счетов, и двойное финансирование плана Б и введение предварительных взносов со стороны престарелых по плану А, и отказ от контроля за деятельностью штатов по программе «медикейд».

Центристы предлагали разделить фонды Общей программы федерального страхования и программы «медикейр». Это разделение, т. е. отказ использовать Общую федеральную программу для финансирования «медикейр», хотя и имело вполне реальные причины (более быстрый рост цен на медицинские услуги, чем на все другие, мог привести к истощению фонда Общей програм-

⁵³ Одни из ярых консерваторов, У. Беннет, говорил: «...творцы билля думают, что поймали нас в ловушку тем, что связали в одно целое и те дополнения к уже существующим программам, которые мы поддерживаем, и те меры, против которых мы активно выступаем. Их цель — столкнуть наши цели с нашими желаниями...» (Congressional Record, 1965, 8 July, p. 15873).

⁵⁴ Сенаторы Р. Кеннеди, Х. Фонт и некоторые другие ограничились словесной риторикой в пользу финансирования через прогрессивное налогообложение.

⁵⁵ Congressional Record, 1965, 7 July, p. 15808.

мы), одновременно было тактическим ходом американских законодателей. Устанавливая самостоятельную программу «медикейр», они по существу вводили новый налог, основная тяжесть которого ложилась на рабочий класс. Кроме того, как и в 1935 г., они вновь сохранили бы право урезать и сокращать как данную программу «медикейр», так и всю систему социального обеспечения в целом.

Компромиссный подход большой группы американских законодателей означал, что по-прежнему не допускалось создание единообразной и всеохватывающей государственной системы, сохранялось и создавалось вновь множество программ и отдельные фонды, вводились новые налоги.

В отношении принципа финансирования победу в конгрессе одержала именно компромиссная позиция, по существу отразившая концепцию, изложенную и в правительственном проекте. Этому соответствовала вся расстановка сил в конгрессе. О численности политических группировок, которые вели борьбу во время дебатов 1965 г. по медицинскому страхованию, позволяют судить голосования по поправкам в сенате (здесь, в отличие от палаты представителей, процедура рассмотрения позволяла вносить поправки).

Две из предложенных поправок выражали позиции либералов — в случае их утверждения принцип медицинского страхования был бы несколько расширен. В поправке Рибикова предлагалось неограниченное увеличение бесплатного пребывания в больнице для престарелых, имевших самые тяжелые и длительные заболевания. Выступая во время дебатов, Рибиков особо указал на небольшую стоимость осуществления подобного предложения, если оно будет утверждено: ведь больных «с определенным исходом болезни (раковые заболевания и т. п.) можно будет перевести в попечительский дом»⁵⁶. Хотя эта поправка означала скромное улучшение законопроекта, исправляя одно из положений «медикейр» для ничтожного меньшинства получателей, консервативным силам удалось провалить ее небольшим перевесом голосов (43 : 39).

Довольно отчетливо позиция этого сенатора, как и в целом либералов, видна из его следующего утверждения во время дебатов по «медикейд»: «..убежден, что главной идеей социального страхования является то, что оно не должно приводить к дискриминации кого бы то ни было — ни богатых, ни бедных, ни средний класс... Мы должны предоставлять помощь на равных основаниях... Это великий принцип социального страхования...»⁵⁷. Величие этого принципа сенатор видел в том, что он ничуть не мешал богатым становиться богаче, а бедных оставлял бедняками, поскольку ясно, что равная помощь как одним, так и другим означала на деле сохранение неравенства.

⁵⁶ Ibid., 8 July, p. 16115.

⁵⁷ Ibid.

Вторая поправка не относилась к медицинскому страхованию и являлась второстепенной по сравнению с другими. Эта поправка (о смягчении условий определения инвалидности при потере зрения) была принята большим перевесом голосов. Ограниченность этой поправки, как и двух других, не принятых сенатом и тоже относящихся к частным вопросам системы социального страхования, особенно обнаружила ничтожность улучшений, предлагаемых либералами.

Консервативными были поправки сенатора К. Кертиса, республиканца от штата Небраска. Сначала этот сенатор внес поправку об обложении обязательным специальным налогом тех предполагаемых участников программы «медикейр», которые сами, без государственной доплаты, способны оплатить медицинские расходы. Мало того, Кертис предлагал для целей социального законодательства взимать налог в неодинаковом проценте не только с фонда заработной платы, но и с других форм дохода, с недвижимого имущества всех граждан и т. д.

Налог на самих получателей помощи — это традиционная консервативно-индивидуалистическая концепция. Хотя речь шла о всех доходах, тем не менее налог на предпринимателей — это чаще всего фикция, так как они перекладывают тяжесть подобного налога на трудящихся (за счет соответствующего изменения фонда заработной платы) и потребителей (за счет повышения цен). Налог на недвижимость практически во всех штатах имел регрессивный характер.

Этой поправкой консерваторы хотели поставить под сомнение и разрушить положительные принципы «медикейр»: широкий охват престарелых и руководство программой со стороны федерального правительства.

Поправка была отклонена 51 голосом против 41. Тот же К. Кертис предложил очень близкую по смыслу вторую поправку — о введении 20%-го повышения налога на тех получателей по программе «медикейр», кто сам в состоянии оплатить медицинские расходы, с установлением «проверки дохода» и некоторых других атрибутов вспомоществования (прерогатива штатов и т. п.). Результат этого голосования был почти таким же — 40:52.

Главный смысл поправок К. Кертиса заключался в том, чтобы попытаться увести сенат в сторону от основного содержания дебатов. Предложения относительно повышения налогов на «состоятельных» престарелых были всего лишь отвлекающим маневром, поскольку обреченность таких предложений в конгрессе, пекущемся прежде всего о незыблемости «экономической свободы», не вызывала сомнения. Сенатор-демократ от штата Иллинойс П. Дуглас говорил в ходе дебатов об авторах таких поправок: «Это те, кто никогда не верил и не верит сейчас в „медикейр“ и кто думает, что, выступая за раздутые цифры, они добьются, что о них будут говорить как о защитниках слепых и престарелых, а потом они проголосуют против „медикейр“, так

как программа, видите ли, дорого стоит, она приведет к инфляции»⁵⁸.

Третья поправка Кертиса еще отчетливее показала консерватизм этого сенатора и тех, кто вместе с ним хотел сорвать принятие законопроекта о медицинском страховании. Предлагалось вообще удалить из закона «медикейр» планы А и Б — основной и дополнительный. Поправка была отвергнута 25 голосами «за», 67 — «против», что говорило об осознании значительной частью правящих кругов необходимости введения медицинского страхования в своих собственных классовых интересах.

Одной из последних была предложена поправка республиканцев из Кентукки Т. Мортон, в которой предлагалось вычеркнуть из текста закона одно из положений, касавшееся как медицинского страхования, так и социального страхования в целом. В этом положении предусматривалось, что доходы частнопрактикующих врачей (*selfemployed physicians*) подлежат налоغوобложению, так же как и заработная плата врачей и интернов, получавших заработную плату в так называемых «некоммерческих» больницах штатов, государственных клиниках и т. д. В этой поправке Т. Мортон выступал с позиций АМА, которая и здесь усмотрела вторжение государства в принципы частной медицины и угрозу «социализации медицины». На самом деле многие врачи и тем более медицинские работники среднего звена не были против того, чтобы, получая заработную плату, участвовать в системе социального страхования. Поправка была провалена.

Несмотря на активность и либералов, и консерваторов, большинство голосований по поправкам закончилось негативно — почти все предложенные поправки были отвергнуты. Это было результатом наличия в сенате значительной центристской группы, которая, присоединяясь поочередно к консервативному или либеральному крылу, провалила принятие поправок.

В ходе голосований по поправкам обозначилась расстановка сил в конгрессе (по вопросам принятия системы медицинского страхования). Правда, эту расстановку сил труднее определить для палаты представителей, где прошло лишь одно голосование — итоговое, а отсутствие голосований по поправкам не позволяет сделать выводы о наличии отдельных, четко обозначенных группировок. Помимо этого, значительная часть конгрессменов не имела ясной позиции по многим положениям объемистого билля (около 400 страниц), который они просто-напросто не успели изучить за неделю (время от опубликования законопроекта комитета до итогового голосования)⁵⁹. Ряд конгрессменов (как и сенаторов) голосовали за законопроект, хотя были против «медикейр», но именно отношение к «медикейр» являлось показателем политического облика законодателя.

⁵⁸ Ibid., 9 July, p. 16129.

⁵⁹ Congressional Record, 1965, 7 Apr., p. 7203.

Из анализа результатов голосования в сенате ⁶⁰ можно сделать вывод о несоответствии партийного деления, возникшего при голосовании поправок группировкам. Если иметь в виду, что для определения политического облика сенатора имеет значение не только его позиция в ходе итогового голосования и его отношение к программам «медикейр» и «медикейд», но и его позиция при голосовании по отдельным поправкам, то несомненным является наличие трех группировок — либеральной (голосовали за либеральные поправки и против всех консервативных), консервативной (голосовали против всех либеральных поправок и за консервативные) и центристской. Применение такого принципа подсчета дает следующие итоговые данные: консерваторов — 27, центристов — 29, либералов — 44.

На основании такого подсчета можно говорить о значительном влиянии либерального крыла в конгрессе 89-го созыва во время обсуждения вопросов медицинского страхования. Вместе с тем общая численность консервативного крыла и центристов существенно превышала число либералов, что свидетельствует о слабости последних в момент принятия решений при явственном влиянии их в ходе дебатов. Именно центристы решили исход голосования по важнейшим поправкам (Рибикова и Кертиса), причем большая часть из них проголосовала консервативно.

Сенатор Джавитс применил термин «консенсус» ⁶¹, когда говорил об окончательном варианте билля, конгрессмен У. Миллс заявил о «компромиссе» ⁶². Действительно, согласительная конференция ⁶³ утвердила лишь те поправки, которые незначительно улучшали билль. Так, вместо 20 дней послебольничного обслуживания в попечительских домах предусматривалось 100 дней, но с уплатой ежедневного 5-долларового взноса со страховой суммы за каждый день начиная с 21-го. Сенат предлагал увеличить срок бесплатного пребывания в больнице до 120 дней с условием внесения пациентами взноса в 10 долл. за каждый день начиная с 60-го, а на согласительной конференции было решено ограничиться 90 днями с таким же условием и т. п.

Конференция отвергла более существенные поправки по сравнению с принятыми ранее, и в целом ее решения показали, что были сделаны дальнейшие уступки тем, кто выступил против федеральной системы медицинского страхования, кто ставил себе целью не допустить широкого вмешательства государства в частнопредпринимательскую медицину США. У. Миллс, один из главных авторов закона, заявил, что на 95% закон в окончательном

⁶⁰ Голосования в сенате дают широкий материал для подсчетов, если учитывать голоса «за» и «против» консервативной или либеральной поправки, «за» и «против» закона в целом.

⁶¹ Ibid., 7 July, p. 15797.

⁶² Ibid., 7 Apr., p. 7214.

⁶³ Если законопроект принимается в палатах в разных редакциях, для урегулирования разногласий созывается согласительная конференция из представителей обеих палат.

виде выглядит таким, каким он вышел из палаты представителей. Между тем из сказанного следует, что, хотя борьба между сторонниками и противниками «медикейр» велась в обеих палатах, сенат в целом был настроен либеральнее палаты представителей.

Итак, компромисс между противниками и сторонниками принятия программ медицинского страхования, компромисс, на который пошел комитет по доходам и налогам, предложив свой вариант билля, компромиссные решения конференции, не утвердившей некоторые существенные поправки сената, — все это значительно снизило эффективность программ «медикейр» и «медикейд», принятых в 1965 г. Разумеется, нельзя отрицать положительного значения принятия первых в истории США государственных программ в области здравоохранения, которые принесли некоторое улучшение положения больным и престарелым американцам. Но не менее важно подчеркнуть, что недостатки программ не были следствием случайных ошибок или некомпетентности законодателей. Эти недостатки явились следствием защиты политическими группировками в конгрессе принципа частной собственности и свободы предпринимательства, влияния могущественной АМА и общего консервативного характера государственного регулирования в США.