

Ньюхауз Дж.

Беспристрастный взгляд на сдерживание роста стоимости здравоохранения

Newhouse J.

An iconoclastic view of health cost containment

Health Affairs. Project HOPE. 1993. V. 12. Supplement. P. 152-171.

7500 Old Georgetown Road; Suite 600, Bethesda, MD 20814

Ключевые слова Сдерживание стоимости

Уровень стоимости

Расширение страхования

Индекс потребительских цен

Темы Финансово-экономические аспекты здравоохранения

Аннотация Призывы к сдерживанию роста стоимости здравоохранения звучат повсюду. Хотя свидетельства слишком высокой стоимости весомы, свидетельства того, что они повышаются слишком быстро, значительно слабее. Основной причиной повышения цен является расширение возможностей медицины; скудные доступные сведения говорят о том, что на сегодняшний день население хотело бы больше платить за большинство этих возможностей. Эффективные глобальные бюджеты обратятся к растущим возможным затратам на здравоохранение. Тем не менее они будут угрожать проведению инноваций и, возможно, увеличат искажения, вызванные ошибками ценообразования.

Существует широко распространенное убеждение, что стоимость здравоохранения в Америке повышается темпами, которые невозможно сдержать. Так ли это? В этом эссе Джозеф Ньюхауз, один из ведущих экономистов страны в области здравоохранения, утверждает, что кризис сдерживания стоимости здравоохранения преувеличен. Одно за другим он развенчивает широко бытующие убеждения относительно причин повышения цен в области здравоохранения: старение населения; высокие административные затраты; распространение страхования здоровья; переизбыток врачей, которые повышают наведенный спрос на медицинские услуги; оборонительная позиция медицины; дорогостоящее лечение смертельно больных и т.д. Вместо этого Ньюхауз доказывает, что основной движущей силой роста цен является новая технология и ее способность расширять возможности медицины. На сегодняшний день ограниченная доступная информация говорит о том, что американцы хотели бы платить больше за такие расширенные возможности. Принимая во внимание, что посылка Ньюхауса верна — что расширенные возможности медицины являются основной движущей силой роста цен — одна только управляемая конкуренция (без глобальных бюджетов), как он пишет, “не сумеет, разве только в переходный период, замедлить темпы роста стоимости здравоохранения”. Ньюхауз профессор в области политики здравоохранения и управления в Гарвардском университете и директор Отделения политики здравоохранения и исследовательского обучения. Он имеет степень доктора экономики из Гарварда и является основателем и редактором Журнала экономики здоровья. Первые двадцать лет своей карьеры он посвятил корпорации RAND, где разработал и руководил Экспериментом RAND по страхованию здоровья, исследованием, оказавшим значительное влияние на дебаты о политике страхования здоровья. Высоко чтимый своими коллегами, Ньюхауз был удостоен многочисленных премий, самая последняя Премия

выдающемуся исследователю от Ассоциации исследований услуг здравоохранения в 1992 году.

Рядового читателя газеты — и даже не совсем рядового читателя этого журнала — можно простить в его заблуждении, что сдерживание роста стоимости медицинской помощи является наиболее важной из стоящих перед нацией задачей. Уверенность в важности этой задачи основывается на нескольких фактах:

- Уровень затрат на здравоохранение в Соединенных Штатах значительно превышает уровень затрат в любой другой стране. В то же время уровень смертности в США проигрывает в сравнении с другими странами, что предполагает, что Соединенные Штаты не получают пользы от дополнительных затрат на здравоохранение. Некоторые считают, что административные расходы являются основным источником дополнительных затрат. Другие полагают, что если даже Соединенные Штаты и получают пользу от вложений в здравоохранение, высокие затраты вредят конкурентному положению Америки.
- Уровень роста затрат на здравоохранение превышает уровень роста экономики, приводя к тому, что все большая доля совокупного внутреннего продукта (СВП) уходит на здравоохранение, соответственно уменьшается его часть, направляемая на другие важные цели.

Возможно, более тонкая причина сегодняшнего движения к сдерживанию цен лежит в динамике расходов Medicare и Medicaid. Как показывает последняя строка Табл. 1, общественные затраты на эти две программы с момента их введения росли даже быстрее, чем персональные затраты на здравоохранение в целом, и это особенно верно в отношении программы Medicare после 1990 года. Это оставляет Конгрессу и исполнительной ветви власти три выбора: во-первых, они могут увеличить налоги для финансирования возросших затрат, рискуя навлечь на себя гнев противящегося налогам электората, или финансировать их, увеличивая дефицит (хотя это невозможно применительно к части A Medicare). Во-вторых, они могут понизить стоимость только этих программ. Как получилось с Medicaid, это может ограничить доступ бенефициаров к услугам, что вызовет гнев бенефициаров и всех, кто озабочен своим благосостоянием. Взамен или в дополнение они могут позволить переложить затраты на частных плательщиков, что может рассматриваться как форма налогообложения, для финансирования этих программ. В-третьих, они могут попытаться сдержать рост стоимости здравоохранения во всей системе. Историческим ответом была комбинация первых двух подходов. Ни один из них в настоящее время неприемлем, поэтому внимание начало концентрироваться на третьем.

В этой статье я доказываю, что риторика о срочности сдерживания цен может быть значительно преувеличена: делая это, я допускаю, что значительная часть затрат на здравоохранение в США обусловлена неэффективностью, бесполезными расходами или, что еще хуже, ятрогенными заболеваниями. В абсолютном масштабе размер этой неэффективности значителен и, конечно, заслуживает рассмотрения. Я также не оспариваю трюизмы, что стоимость здравоохранения не может всегда расти с опережением роста СВП и что ценой роста стоимости здравоохранения являются упущенные возможности в других сферах, например, в образовании, развитии инфраструктуры и так далее. Разумеется, самый сильный довод в пользу эффективного осуществления глобального сдерживания цен в моем понимании основывался бы на двух следующих аргументах:

- существующие условия финансирования не обеспечивают достаточных стимулов к снижению цен, потому что страхование делает сдерживающую функцию бюджета слишком мягкой, и ничто не обеспечит таких стимулов кроме регулирующей интервенции;
- мы достигли такого уровня, на котором возможная стоимость других вложений в здравоохранение становится слишком большой (то есть, общественные потребности в других областях просто слишком велики).

Эти аргументы поднимают закономерный вопрос, что мы приобретем, направляя еще часть СВП в здравоохранение, и действительно ли это тот способ, которым мы хотим потратить наши деньги? Я доказываю, что мы можем получить различные усовершенствования в области медицины и что, возможно, в определенный момент наша способность к улучшениям перевесит наше желание за них платить, разрозненные доступные данные свидетельствуют в пользу того, что хотя бы до сегодняшнего момента мы хотели платить за эти усовершенствования. Может быть, мы больше не захотим платить, в этом я сомневаюсь.

Табл. 1. Реальный рост затрат на Medicare, Medicaid и на персональное здравоохранение, 1967 - 1993 годы

	Medicare	Medicaid	Персональные расходы
1967 - 1970	8.2%	13.5%	7.3%
1970 - 1975	9.2%	12.5%	4.8%
1975 - 1980	9.7%	5.7%	5.3%
1980 - 1985	8.0%	4.0%	5.1%
1985 - 1990	5.3%	8.5%	5.8%
1990 - 1993	3.2%	23.5%	
1967 - 1990	8.1%	8.4%	5.5%

Некоторая сложность дебатов о стоимости медицины заключается в смешении понятий уровня стоимости в момент времени и темпа роста с течением времени. В результате довольно обширные свидетельства того, что уровень цен слишком высок, подменяются утверждением высоких темпов роста стоимости. Я настаиваю на различии, которое неоднократно делал Уиллиам Шварц — между уровнем затрат и его ростом с течением времени.

Уровень затрат против темпов роста. Почему рост затрат на здравоохранение является предметом беспокойства? В конце концов многие секторы экономики выросли за эти годы; компьютерная промышленность и телекоммуникации являются двумя яркими примерами. Конечно, поскольку мы больше тратим на здравоохранение, чем любая другая страна, мы можем больше тратить на душу населения на персональные компьютеры, факсимильные аппараты и сотовые телефоны. Тем не менее ни один из тех, кого я знаю, не призывает к сдерживанию цен в этих отраслях промышленности. Что же делает затраты на медицину отличными от других?

Я подозреваю, что по меньшей мере некоторые из пороков затрат на медицину были организованы экономистами, которые на протяжении как минимум двадцати пяти лет подчеркивали, что субсидии, предоставляемые системой страхования здоровья, приводят к чрезмерным тратам. Влияние страховых субсидий было измерено Экспериментом Rand по страхованию здоровья, который показал, что полное страхование привело к затратам, на 40% выше, чем значительная выводимая (\$ 1000 на семью в год в ценах 1970 года), с мизерными результатами в улучшении здоровья среднего жителя. Аргумент, что страхование приводит к слишком большим затратам, был обновлен в 70-е годы, фокусируясь на льготном налогообложении страховых взносов, выплачиваемых работодателем, что, как было заявлено, привело к избыточному страхованию, следовательно, к избыточным тратам.

Важно, что все эти аргументы относятся к уровню затрат на здравоохранение, а не к темпам их роста. В последние десять лет экономисты начали изучать, может ли

страхование здоровья так же влияют на темпы роста затрат, но эмпирических результатов немного.

Однако именно темпы роста затрат, а не их уровень, более всего беспокоят политиков. В этом эссе я рассматриваю, что же является движущей силой темпов роста затрат на здравоохранение и приносит ли это увеличение соразмерные преимущества.

Оценка значимости возможных причин

Высокие темпы роста расходов на здравоохранение не есть что-то новое. Если начать с 1940 года и смотреть по десятилетиям, ежегодный прирост реальных затрат на здравоохранение составит грубо 4 процента в год в каждом десятилетии, кроме 1960-х годов, когда он составлял 6 процентов (Табл. 2). Таким образом, любая попытка оценить причины повышения расходов на здравоохранение должна учитывать факторы, действовавшие на протяжении более пятидесяти лет.

Табл. 2 Рост реальных расходов на здравоохранение, Совокупного внутреннего продукта (СВП) и количества врачей на душу населения по десятилетиям, 1929 - 1990 годы

Период	Рост реальных расходов на здравоохранение на душу населения	Рост реального СВП на душу населения	Рост доли врачей на душу населения	Рост количества здравоохранения в СВП в конце периода
1929-1940	1.4%	0.0%	0.6%	4.0%
1940-1950	4.0	3.1	- 0.1	4.5
1950-1960	3.6	1.5	- 0.1	5.3
1960-1970	6.5	2.5	1.1	7.3
1970-1980	3.8	1.7	2.4	9.1
1980-1990	4.4	1.7	2.0	12.2

Везде я пытался оценить влияние некоторых постоянно упоминаемых факторов увеличения расходов. Я пришел к заключению, что расширенные возможности медицины вероятнее всего обеспечивают большую часть роста, к этому же заключению пришли Уиллиам Шварц и Бертон Вайсброд до меня. Так как влияние этих возможностей не может быть измерено прямо, я тем не менее прихожу к такому заключению косвенно, показывая, что наиболее часто упоминаемые причины роста затрат вероятнее всего не привели бы к большому росту, если бы возможности медицины (медицинской технологии в широком смысле) оставались неизменными. Двигаясь от более весомых к менее весомым, можно выделить следующие наиболее часто упоминаемые причины.

Старение населения. Конечно, пожилые люди больше тратят на охрану здоровья, чем молодые, и, как мы все знаем, пропорция пожилого населения растет. Фактически люди старше шестидесяти пяти тратят на охрану здоровья в среднем в три раза больше, чем люди до шестидесяти пяти, но их доля в населении выросла всего лишь с 8 процентов в 1950 году до 12 процентов в 1987 году. Применяя арифметику, можно обнаружить, что если бы ничто другое не менялось, рост пожилого населения обусловил бы только 7 процентов прироста затрат на здравоохранение — пустяк по сравнению с общим приростом. Учет затрат на наиболее старых жителей только лишь незначительно увеличивает эту цифру. Таким образом, старение было реальным, но в стоимостном выражении несущественным фактором во всеобщем росте затрат на здравоохранение.

Расширение страхования здоровья. Как уже отмечалось, это любимый фактор экономистов. 40-процентный прирост спроса, отмеченный приведенным выше экспериментом Rand, показывает, насколько увеличатся общие траты с ростом объема страхования без учета изменений в возможностях медицины. Оказывается, изменения в объемах страхования, приведшие к 40-процентному росту общих расходов в предмете исследования Rand, были приблизительно такими же, как и дополнительные объемы страхования в национальном масштабе в послевоенный период. Таким образом, не принимая во внимание изменения в возможностях медицины, обусловленные расширением объемов страхования, непосредственно это расширение объемов повлекло только довольно скромное увеличение затрат, может быть, одну десятую часть.

Рост доходов. Не удивительно, что более состоятельные граждане чаще прибегают к медицинским услугам, чем менее состоятельные. С ростом благосостояния наций можно ожидать роста затрат на здравоохранение. Трудно определить, на сколько, не учитывая изменения в медицинской технологии, но спектр оценок в литературе предполагает, что рост доходов может обусловить где-то от 5 до 25 процентов роста затрат. Я считаю, что реальная цифра ближе к нижней границе оценки.

Увеличение количества врачей и наведенный врачами спрос. Если расширение объемов страхования является любимой причиной экономистов, объясняющей рост затрат на здравоохранение, увеличение количества врачей является любимой причиной многих других. В этом сценарии большее количество врачей порождает больше спроса на их услуги, таким образом увеличивая счета за медицинское обслуживание. Иногда предполагают, что каждый врач добавляет фиксированную сумму к общим затратам на медицину. Трудно установить роль дополнительных врачей, потому что рост их количества может частично отражать любую из трех уже обсуждавшихся причин — больше престарелых, увеличение объемов страхования и рост доходов, нежели будет независимой причиной увеличения расходов.

Поэтому увеличение количества врачей не является важной независимой причиной роста затрат. Табл. 2 показывает рост количества врачей в сравнении с ростом затрат на здравоохранение. Там явно нет никакой связи. В особенности существенный скачок в количестве выпускников-медиков в 1970-х годах не вызвал какого-либо существенного скачка темпов роста медицинских расходов.

Оборонительная позиция медицины. Согласно этой точке зрения, значительное увеличение числа претензий к качеству лечения заставило врачей проводить различные обследования и процедуры, которые они в другом случае не проводили бы, таким образом увеличивая стоимость медицинского обслуживания. Как и во многих других объяснениях, здесь есть рациональное зерно, но насколько можно судить, оборонительная позиция не является важным фактором во всеобщем росте затрат на здравоохранение. Довольно сложно определить стоимость оборонительной медицины. Наиболее часто приводимая оценка определяет ее на уровне около 1 процента общих затрат в 1984 году — явно крошечная часть роста затрат на медицинское обслуживание.

Административные затраты. Об административных затратах много говорится в последние пять лет. Данных, однако, мало. Администрация программ и чистая стоимость медицинского страхования возросли с 4 процентов от общих затрат в 1940 году до 6 процентов в 1990, ясно, что это не основной источник прироста. У нас нет аналогичных данных об административных затратах больниц и врачей. Даже если бы мы ими располагали, то не смогли бы определить, до какой степени рост административных затрат сократил траты, не соответствующие получаемым преимуществам — основная проблема в здравоохранении.

Другим свидетельством относительно административных затрат является тот факт, что отношение реальных затрат на здравоохранение США и Канады в 1990 году было таким же, как в 1960 году. Так как канадский план страхования здоровья вступил в действие после 1960 года, Канада сэкономила бы на сокращении административных затрат за эти тридцать лет движения к системе единого

плательщика. Я не сомневаюсь, что наша система финансирования принесет плоды в плане административной эффективности, но эти явления отразятся на уровне стоимости, а не темпов ее роста.

Смертельно больные. Затраты на смертельно больных являются другим основным подозреваемым в непонятно высоком росте стоимости медицины. Рациональным зерном этого подозрения является то, что эти деньги обуславливают диспропорцию в затратах. Среди престарелых на те 6 процентов, которые умрут в течение каждого данного года, приходится 28 процентов затрат за этот год и за предыдущий. Но три фактора говорят о том, что затраты на смертельно больных не являются основной причиной роста затрат.

Прежде всего, та часть, которая тратилась на умирающих людей, 28 процентов, была стабильной между 1967 и 1979 годами. Таким образом, этот факт не внес диспропорциональных изменений в рост затрат. Во-вторых, из тех, кто умер в 1978 году, только на 6 процентов приходилось более чем \$15000 медицинских расходов, что не соответствует заявлению об огромном количестве денег, потраченных на огромное количество смертельно больных пациентов.

В-третьих, и это наиболее важно, не обязательно очевиден тот факт, что те, кто умерли, должны были умереть. Для проверки, много ли ресурсов тратилось на безнадежно больных пациентов, в конце 1970 годов было проведено исследование пациентов отделений интенсивной терапии. Врачам предлагалось предсказать вероятность краткосрочного выживания пациентов по их поступлению, и собирались данные о последующих затратах. Исследователи обнаружили, что теоретически дорогостоящие пациенты являли диспропорцию: те, от которых ожидали, что они выживут, умирали, а те, от которых ожидали, что они умрут, выживали. Другими словами, если врач считал, что пациент выживет, а его состояние ухудшалось, на него тратилось больше ресурсов, чем на пациента, о котором думали, что он умрет. Таким образом, из 6 процентов умерших и получивших услуг более чем на \$15000, от многих не ожидали, что они умрут, т.е. они не считались смертельно больными в популярном смысле слова. Вне всякого сомнения, затраты на лечение смертельно больных являются пустыми затратами, нет данных для предположения, что эта группа является главным виновником роста стоимости здравоохранения.

Производительность в сфере услуг. Это еще одно любимое объяснение экономистов. Если производительность в какой-либо отрасли промышленности ниже, чем в экономике в целом, цены на эти продукты имеют тенденцию к повышению. Примером является мужская стрижка. Стрижка одинакового качества отнимает столько же времени парикмахера сегодня, сколько отнимала пятьдесят лет назад. Но реальный уровень зарплат повысился, отражая общий рост производительности экономики. Если зарплаты не растут в тех отраслях экономики, где производительность отстает, туда придет меньшее количество работников. Следовательно, относительные цены на продукты отстающих отраслей промышленности (такие, например, как услуги парикмахеров) должны повышаться для привлечения работников.

В целом считается, что производительность в сфере услуг, таких как медицина, отстает. Это влечет увеличение цен, что в свою очередь ведет к увеличению затрат, если соответственно не падает спрос, как это обстоит в здравоохранении. Но приписывание роста медицинских затрат отставанию производительности подразумевает, что производительность в области здравоохранения ненамного изменилась с течением времени. Это применимо только к долгосрочному и домашнему лечению, занимающим около 10 процентов сектора здравоохранения. Неотложная помощь изменилась настолько сильно, что, пожалуй, не стоит считать, что ее производительность отстает от роста производительности экономики в целом. Если взять три наиболее распространенные причины летальных исходов, ни сердечные заболевания, ни рак, ни паралич не лечатся сегодня так, как они лечились пятьдесят лет назад. Тем не менее представляется необходимой прямая проверка этого аргумента: что происходит с ценами на медицинские услуги в сравнении с другими?

Компонент медицинских услуг в индексе потребительских цен

Наиболее известным способом определения цен на медицинские услуги является компонент медицинских услуг в индексе потребительских цен (ИПЦ), который рос быстрее почти всех остальных, соответствуя аргументу, что отставание в производительности предопределило и будет предопределять дальнейший рост затрат на медицинские услуги. Разумеется, ИПЦ для медицинской помощи представляет настолько много связанных с ним проблем измерения, что я не думаю о возможности использования для разложения роста трат на изменение цен и количества. Нет даже попыток использовать его таким образом. В связи с широко распространенной точкой зрения о росте выше среднего в медицинском компоненте ИПЦ, демонстрирующей, что в медицинской помощи произошла значительная инфляция цен, я в этом разделе попытаюсь обрисовать несколько проблем, связанных с использованием ИПЦ таким образом.

Риски ценообразования. Первая проблема была описана более двадцати пяти лет назад Энн Ситовски. Консультируясь с врачом, пациент в действительности ищет решения своей медицинской проблемы. Индекс цен, однако, не выделяет лечение сердечного приступа, или рака молочной железы, или радикулита; скорее он учитывает определенные услуги, такие как стоимость дня пребывания в больнице, посещение врача или стоимость определенного лекарства. Предположим, что при определенной медицинской проблеме, такой как нормальные роды, удаление катаракты или язва желудка, протокол лечения меняется так, что сокращается период госпитализации, хирургические процедуры проводятся амбулаторно или хирургическое вмешательство заменяется терапевтическим лечением. Предположим, что изменения в способе лечения уменьшают стоимость лечения, а финальный результат для здоровья пациента такой же, как и прежде. Истинный индекс цен зафиксирует уменьшение цены.

К сожалению, ИПЦ не отразит такого уменьшения. Прямое влияние на индекс будет равно нулю; никакие из этих моментов на первый взгляд не ведут к изменению стоимости дня, посещения врача или лекарства. Разумеется, косвенное влияние на ИПЦ может быть неправильным. Если, например, уменьшение продолжительности госпитализации или сдвиг в сторону амбулаторной хирургии означают, что средний пациент в больнице болен более серьезно, стоимость дня пребывания может даже возрасти, в то время как средняя стоимость пребывания может снизиться. Естественно, значительные изменения в способах лечения в 1980-х годах, такие как сокращение периода госпитализации, сдвиги в сторону амбулаторной хирургии, могут объяснить, почему изменение компонента медицинской помощи в ИПЦ превзошло изменение других пунктов ИПЦ более значительно в 1980-х годах, чем за три предыдущие десятилетия (Табл. 3).

Табл. 3. Превышение роста индекса потребительской стоимости (ИПЦ) медицинской помощи над ростом других пунктов ИПЦ в 1950 - 1990 годах

	Медицинская помощь	Другие пункты	Разница
1950-1960	4.0%	2.1%	1.9%
1960-1970	4.3	2.7	1.6
1970-1980	8.2	7.8	0.4
1980-1990	8.1	4.7	3.4

Предоставление скидок. Во-вторых, индекс цен исторически основывался на тарифах (установленных ценах). В 1980 годах, когда расширилось предоставление

скидок, все меньше и меньше пациентов стали платить эти установленные цены. Одно исследование больниц в Калифорнии показало, что с 1983 по 1988 год тарифы выросли на 70 процентов, тогда как реальные цены возросли только на 40. Другими словами, индекс цен преувеличивает реальный рост почти в два раза. Так как система скидок в Калифорнии была, возможно, более развита, чем где-либо, этот расчет может преувеличить национальную картину, но он подчеркивает, что различия могут быть большими. Также, исторически индекс не включал расходов, оплачиваемых Medicare и Medicaid. Таким образом, в той степени, в которой произошло смещение стоимости из этих программ к частным плательщикам, частные цены, включенные в индекс, будут расти быстрее, чем соответствующий дефлятор для медицинской экономики в целом.

Изменения в количестве. В-третьих, индексу цен всегда сложно инкорпорировать улучшение качества. Если на этаже больницы появится дополнительная медсестра, таким образом увеличивая количество осмотров, но и увеличивая стоимость, это, вероятно, будет отражено как чистое увеличение цены, тогда как истинный индекс вычленил бы ценность более частых осмотров. Корректировка в плане изменения качества могла бы представить еще большую проблему, если попытаться сместить индекс в сторону стоимости лечения эпизода болезни. Допустим, неинвазивное обследование заменило инвазивное, но по более высокой цене. Что нужно вычленить для корректировки уменьшения болевых ощущений или риска побочных эффектов от нового обследования? Допустим, новое лекарство повысило ожидаемое качество жизни кого-либо с синдромом приобретенного иммунодефицита (СПИД), но за более высокую цену. Сколько нужно оценивать? Или, скажем, качество искусственного бедра, синусового узла сердца или внутриглазной линзы улучшилось. Как можно это оценить? Такие вопросы должны пояснить, насколько сложными могут быть необходимые корректировки при выведении ориентированного на качество индекса цен, игнорирование же их явно приводит к росту индекса.

Неправильное распределение значимости. В конце концов индекс цены медицинской помощи, как и любой другой индекс цены, рассчитывается путем определения значимости цены каждого медицинского продукта или услуги, включенных в индекс и усредненных. Для точного распределения роста затрат на медицину на рост цены и качества значимость каждого продукта или услуги должна быть пропорциональна затратам на нее. Затраты на больницу примерно в два раза больше, чем затраты на врачей. В индексе медицинских цен, тем не менее, значимость услуг больницы и врача примерно одинакова.

Это определение значимости не является ошибкой, но отражает скрытую цель ИПЦ, которая состоит в приспособлении растрчиваемого дохода потребителя к изменениям в стоимости жизни. Различные значимости ИПЦ таким образом отражают, как потребители тратят свою часть растрчиваемого дохода на различные товары и услуги. Поскольку больничные услуги в большой степени застрахованы, сумма, которая тратится на них пациентами, сравнительно невелика по отношению к их доле в общих затратах на медицину, в то время как услуги врачей не в таком объеме страхуются, соответственно их значимость оказывается относительно выше.

Хотя определение значимости легко решается, с другими проблемами сложнее. Бюро статистики труда, работая с жесткими бюджетами, старается улучшить компонент медицинских услуг ИПЦ, но, по-моему, у нас нет достоверного мерил того, что произошло с течением времени с ценами на медицинскую помощь, и соответственно никакой адекватной эмпирической базы для того, чтобы сказать, какая часть роста расходов должна быть приписана росту цен (инфляции), а какая — росту количества. Этот аргумент также подразумевает, что традиционное разложение роста затрат на изменение состава населения, инфляцию в масштабе всей экономики, избыточную специфическую медицинскую инфляцию и интенсивность только частично правомочно. В моем понимании, два последних компонента не могут быть с уверенностью определены.

Остаток: марш науки?

Сила последующего аргумента заключается в том, что различные перечисленные факторы не объясняют большей части увеличения стоимости, оставляя большой остаток возрастания стоимости необъяснимым. Что представляет этот остаток? Для меня наиболее вероятным является увеличение возможностей медицины. Некоторые из расширенных возможностей уменьшили стоимость (вакцина против полиомиелита является наиболее ярким примером), но в противовес им, такие как неинвазивные методы внутреннего обследования, инвазивная кардиология, трансплантации, моноклональные антитела и почечный диализ увеличили стоимость. Читателям не составит большого труда привести свой список технологических улучшений, увеличивающих стоимость.

Хотя навешивание ярлыков на остаток само по себе спорно, для большей ясности я могу привести пример того, что расширенные возможности медицины обуславливают большую часть роста стоимости. Прежде всего, факторы, упомянутые ранее — больше престарелых, больше страхования, больше доходов — увеличили бы спрос на больничное лечение и посещение врачей, даже если технология не изменилась. Но поражает то, что количество дней госпитализации и визитов врачей примерно такое же, как и в 1960 году. Громадное увеличение больничной стоимости произошло не потому, что больше людей обратились в больницы, а потому, что по поступлению они платят больше. Это соответствует заявлению, что для них больше делается, когда они попадают в больницу, и не соответствует заявлению, что медицинские затраты являются просто следствием большего спроса со стороны пожилых людей или больших объемов страхования без каких-либо изменений в технологии.

Вторым аргументом является примерно такой же уровень роста стоимости в ОПЗ или системах с подушными платежами, как и в здравоохранении в целом. Хотя сложно соотнести увеличение размеров взносов в ОПЗ и планы платных услуг с изменениями, связанными с рисками смешанного страхования, также как и с изменениями в разделении стоимости и предлагаемыми преимуществами, насколько нам известно, стоимость ОПЗ и платной медицины растет такими же темпами (хотя ОПЗ, основанные на моделях групп и персонала, находятся в каждый момент времени на более низком уровне стоимости). Таким образом, то, что заставляет расти цены в платной медицине, заставляло их расти и в ОПЗ. Технология является фактором, применимым в обоих случаях.

Наконец, темпы роста реальных затрат на медицинские услуги в США (при использовании дефлятора СВП для перевода в реальные доллары) не отличаются от темпов роста в других странах (Табл. 4). Таким образом, что бы не стояло за ростом затрат на здравоохранение, оно является общим для всех развитых стран. Общими во всех этих странах являются, конечно, усовершенствования в медицинской технологии.

Предположим, что это заключение принимается. Тогда ключевым вопросом становится, хотели ли потребители оплачивать стоимость этих возможностей, или они в основном были вынуждены их покупать через избыточное медицинское страхование, разросшееся благодаря льготному налогообложению? Даже если потребители охотно платили в прошлом, хотят ли они платить сейчас?

Табл. 4. Реальные темпы роста подушных взносов в затратах на здравоохранение и разница между темпами роста в здравоохранении и СВП, 1960 -1990 годы

Ежегодный прирост в затратах на здравоохранение на душу населения				
Страны	1960-1990	1960-1970	1970-1980	1980-1990
Канада	4.7%	6.1%(2.8)	3.7%(0.5)	4.3%(2.5)
Франция	5.5	7.8 (3.5)	5.3 (3.0)	3.3 (1.7)
Германия	4.4	5.6 (2.2)	6.3 (3.9)	1.4 (-0.4)

Италия	6.1	8.9 (4.1)	6.2 (3.4)	3.4 (1.3)
Япония	8.2	14.0 (5.1)	7.1 (4.2)	3.7 (0.1)
Соединенное Королевство	3.7	3.7 (1.5)	4.4 (2.9)	3.1 (0.8)
США	4.8	6.0 (3.6)	4.2 (2.5)	4.4 (2.9)

Плата за медицинский прогресс

Будут ли потребители платить за различные расширенные возможности медицины — является стандартным тестом экономиста, не будет ли нам лучше без этих усовершенствований и связанных с ними затрат. Позвольте мне сразу отметить одно возможное недоразумение. Недостаточно сказать, что большинство этих возможностей не было бы принято без субсидий со стороны медицинского страхования и, следовательно, потребители не хотят за них платить. Истинный тест таков: захотят ли потребители оплачивать ожидаемые затраты на эти возможности, если они поддерживаются политикой страхования здоровья. Взять конкретный пример — вопрос не в том, захочу ли я, незастрахованный потребитель, тратить сбережения всей своей жизни на пересадку печени, если моя печень отказала. Вопрос в том, захочу ли я, здоровый потребитель, платить взносы системе страхования, которая оплатит пересадку печени, если моя печень откажет. На этот вопрос, как и на другие вопросы, использующие различные технологии, очень трудно ответить. Но если я прав, что большая часть роста стоимости приходится на расширение возможностей медицины, этот вопрос лежит в основе дебатов относительно сдерживания цен на медицинские услуги.

Фактор стоимости. Итак предположим, что мы преуспели в сдерживании цен и сократили темпы внедрения новых возможностей. Будем ли мы себя лучше чувствовать? Хотя понятие слишком больших технологических изменений может показаться клиницистам странным, позвольте мне постараться обрисовать аргумент, почему может оказаться слишком много медицинской технологии, аргумент, который в деталях привел Вайсброд. На традиционном национальном американском рынке здравоохранения с полностью или почти полностью застрахованными пациентами, проверкой каждой медицинской инновации будет то, предполагает ли она в целом какие-либо улучшения в здравоохранении, а не то, соответствуют ли эти улучшения стоимости инновации. Напротив, в большей части остальной экономики стоимость является фактором, определяющим успех инновации. Если бы телевизоры с высокой разрешающей способностью стоили \$50000 каждый, маловероятно, что их бы разрабатывали для бытового рынка несмотря на много лучшее изображение, чем предлагаемое существующей телевизионной технологией. В отношении медицинского оборудования с высокой степенью разрешения этот вопрос, как правило, не ставился; основным вопросом в прошлом было, стало ли изображение четче. Из-за отсутствия обычного теста стоимости, особенно для технологии, используемой в больницах, презумпцией является то, что может быть слишком много технологии и слишком много инноваций.

Но это чисто теоретический спор. Нам необходимы эмпирические данные, потому что существует вероятность, что потребители захотят платить за большинство этих инноваций, даже если бы применялся обычный рыночный тест. К сожалению, но и неудивительно, что эмпирических данных мало. Все мои данные — это несколько показателей того, что прежде общественность была согласна платить за большую часть прироста возможностей медицины.

Международные сравнения. Мне кажется, наиболее сильной информацией являются международные сравнения, приведенные в Табл. 4. Предположим, что возможности медицины стоят за значительной частью прироста стоимости повсюду, включая такие страны, как Канада, которые принимают по вопросам затрат на здравоохранение детальные бюджетные решения. Если в странах с

очень отличающейся от США финансовой системой темпы роста стоимости оказываются такими же, они очевидно хотят платить за технологию, хотя может быть и не с такой интенсивностью.

Тезис об ограниченной интенсивности может быть проиллюстрирован стилизованным примером. Предположим, что две страны одинаковы, но одна тратит \$1000 на человека, а другая — \$500. Предположим, что в обеих странах развивается и внедряется новая процедура или оборудование; каждый купленный прибор или процедура добавляют \$10 на человека к счетам за медицинские услуги. Если первая страна купит 10 процедур, а вторая страна — 5 (потому что она ограничивает технологии), стоимость в обеих странах возрастет на 10 процентов. Такой же опыт может быть проделан в следующем году с другой процедурой. Это наглядно демонстрирует, что произошло в мире.

Другим свидетельством желания оплачивать новые возможности является такой же темп роста стоимости в ОПЗ. ОПЗ являются наибольшим в нашем распоряжении приближением к рыночному тесту на желание платить. Тем не менее мы не наблюдали ОПЗ, не предлагающих последние медицинские достижения в обмен на более низкие взносы. Правда, ОПЗ запрещено это делать законом о несоответствии деятельности. Но если взрыв возможностей оказания медицинской помощи далеко опередил желание потребителей платить, немного удивляет, что мы не обнаружили какой-либо организации, желающей вступить в рынок без предложения всех этих возможностей.

Еще одним свидетельством являются опросы общественного мнения. На вопрос, должна ли нация больше тратить на здравоохранение, 69 процентов опрошенных заявили, что мы тратим слишком мало на “улучшение и охрану здоровья нации”.

Глобальные бюджеты

Затраты на медицину не могут всегда расти реальными темпами 4% на человека, когда темпы роста экономики составляют 1 или 2%. Этот трюизм в сочетании с ощущением, что для медицинских инноваций используется искаженный рыночный тест, привели к убеждению, что “что-то нужно делать” со стоимостью медицинской помощи и способами финансирования.

Согласно мнению некоторых, этим “чем-то” должна стать управляемая конкуренция; согласно другим — глобальные бюджеты. Ниже я покажу достаточно сильную версию глобального бюджета. Не имеется в виду ослабление управляемой конкуренции при отсутствии глобального бюджета. Предположим, однако, что управляемая конкуренция функционирует именно так, как предполагают ее защитники, наилучший сценарий. Если верно, что большая часть роста стоимости отражает расширенные медицинские возможности, которые общество в основном готово оплачивать, управляемая конкуренция не снизит, за исключением переходного периода, темпы роста стоимости медицинских услуг. Другими словами, если потребители не хотят сейчас получить сокращение темпов внедрения новых медицинских процедур и технологий в обмен на снижение цен, тогда в конечном итоге управляемая конкуренция не обязательно будет “сдерживать” цены на уровне, соответствующем росту СВП. Конечно, если кто-то верит в предоставление потребителю выбора, это не проблема. Тем не менее, если управляемая конкуренция функционирует должным образом — очень серьезное “если”, но это предмет отдельной статьи — она должна сократить объем непроизводительных и неэффективных трат и предложить тест на желание людей платить за дальнейшие медицинские усовершенствования.

Что же насчет глобальных бюджетов? Для начала нужно определиться в терминах. Хотя глобальные бюджеты могут принимать различные формы, ради конкретности примем, что система перспективных платежей (СПП) Medicare и основанная на ресурсах шкала относительной ценности (ОРШОЦ) применимы ко всем плательщикам, и Национальный совет здравоохранения контролирует фактор конверсии доллара с задачей сдерживать рост расходов, хотя бы на больничные и врачебные услуги, на уровне темпов роста СВП.

Достаточно жесткое сдерживание стоимости — чтобы рост расходов соответствовал росту СВП — будет нелегким делом. За исключением Германии в 1980-х годах, никакой из стран, включенных в Табл. 4, не удалось этого достичь в течение последних тридцати лет. Но давайте примем, что такой глобальный бюджет может быть применен и будет удерживать рост стоимости на уровне роста СВП. Какие существующие проблемы это не решит, какие это решит и какие новые проблемы возникнут?

Глобальные бюджеты сами по себе не обязательно что-либо смогут сделать с потерями в существующей системе здравоохранения, например, с неподходящими процедурами, злоупотреблением лекарствами, самолечением и высокими тарифами на рынке мелкого бизнеса. Некоторые надеются, что глобальные бюджеты заставят врачей более внимательно обследовать пациентов и таким образом сократить в основном количество ненужных процедур. Этого, однако, может не случиться по трем причинам. (1) Сегодня существуют значительные различия в стоимости процедур в зависимости от местности, но процент ненужных находится в рамках разумного постоянства. Этот результат не соответствует положению, что дополнительные процедуры применяются к пациентам в областях с высокой стоимостью и приносят им меньше пользы. Исследование результатов может помочь решить эту проблему. (2) Даже если медицинский персонал больницы придет к согласию относительно того, кто принес больше пользы, нет причин ожидать, что распределение бюджета больниц будет безошибочным, так что дополнительная процедура, примененная в одной больнице, окажет не такой эффект в другой. (3) Неизбежные ошибки в установлении цен оставляют стимулы к применению процедур, не приносящих пользы пациентам; с другой стороны, если плата за услуги заменена чистыми подушными взносами, появится другой набор искажений.

Если даже глобальные бюджеты не сильно сократят непроизводительные расходы, высвобождая ресурсы для других целей, они обратятся к проблемам растущих возможных стоимостей в тратах на здравоохранение. Более того, можно сохранять доступ к лечению для бенефициаров Medicare (а может быть, и бенефициаров Medicaid), применив какой-либо способ сохранения на прежнем уровне налогов или расширения дефицита.

Эти преимущества не нужно принимать легко, но аргумент предполагает, что из-за высокой возможной стоимости общественность предпочла бы не тратить еще миллиард долларов на здравоохранение. Весомость аргумента в том, что общественность может не захотеть покупать плоды медицинского прогресса, когда они массово придут на рынок в следующем десятилетии. Хотя эти плоды теоретически могут компенсироваться в течение какого-то времени за счет сокращения потерь в существующей системе, непохоже, что такое положение сохранится долго или даже в течение короткого времени будет применимо на практике.

Какие новые проблемы поднимут глобальные бюджеты? Одним широко обсуждаемым моментом является нормирование, и я сконцентрировался на частном вопросе в рамках дискуссии вокруг нормирования: продолжающемся развитии медицинской технологии. Существует, однако, другая потенциальная проблема, связанная с более жесткими бюджетными ограничениями, которой было уделено меньше внимания — рост возможных искажений из-за администрированной системы цен.

Создается впечатление, что многие дебаты проходят в предположении, что регулятор, будь это правительство или частный страхователь, знаком с экономической стоимостью медицинских услуг (или в условиях подушных взносов знает ожидаемую ежегодную стоимость пациента) так же, как и потребитель. Дело не в том. Допущение, что это тривиальная техническая задача — исключая политику — установить цены наравне с затратами, опровергается историей администрированных систем цен во всех отраслях промышленности, в особенности в тех, которые характеризуются быстрыми технологическими изменениями, что справедливо по отношению к оказанию медицинской помощи.

Это говорится не для умаления попыток разработать и усовершенствовать

алфавитную солянку систем ценообразования, используемых сейчас Medicare (СПП, ОРШОЦ и скорректированная средняя подушная стоимость), скорее всего они ближе подходят к экономической стоимости, чем все, что было до них. Тем не менее можно не сомневаться, что общественные и администрируемые системы цен все еще содержат значительные ошибки в оценке экономической стоимости на уровне процедуры или пациента. И даже если бы они не содержали ошибок сегодня, ошибки появились бы завтра, когда методы лечения заболевания изменятся, а система ценообразования останется прежней.

Конечно, реальной альтернативы администрируемым ценам не существует из-за широкого распространения страхования, делающего их использование неизбежным. В моем понимании, управляемая конкуренция не обязательно уходит от проблемы администрируемых цен, потому что доход, получаемый производителем услуг от пациента, может не соответствовать ожидаемой стоимости пациента в представлении производителя услуг. Даже обговариваемые бюджеты сталкиваются с этой проблемой, потому что они устанавливают безоговорочные цены для смешанных случаев и объемы, которые будут отличаться от экономических цен.

Я опасаясь, что более жесткие бюджетные ограничения приведут к искажениям в поведении, обусловленным ошибками в ценообразовании, более явным, чем они есть сейчас. Мы уже наблюдаем некоторые эффекты искажения цен. Многие больницы и врачи, например, стараются снизить количество незастрахованных пациентов, которых они лечат; многие врачи не принимают новых пациентов Medicare. Наиболее явным объяснением такого поведения является то, что доход не соответствует затратам. По другую сторону рычага производитель услуг ищет “доходные” услуги и “платящих в частном порядке пациентов”. У нас есть свидетельства того, что организации, оплачиваемые путем подушных взносов, непропорционально привлекают здоровых пациентов (или здоровых пациентов внутри категории); другое название таких пациентов — “доходные”.

До этого момента, однако, влияние таких ошибок в ценообразовании на реальное поведение ослаблялось мягкостью общего бюджетного сдерживания и медицинской этикой. Боюсь, что введя более жесткие бюджетные ограничения, мы столкнемся с дискриминацией нежелательных в финансовом плане пациентов, более изощренной и сложной. В прошлом были попытки обеспечить равный доступ к лечению путем страхования; в будущем мы можем столкнуться с проблемами обеспечения доступа лишь имеющих страховку, доход от которых мало отличается от затрат. Например, хронически больные пациенты могут обнаружить, что организации, оплачиваемые путем подушных платежей, будут ненавязчиво мешать их вступлению или, если они уже вступили, побуждать их к выходу.

Таким образом, у нас два неприятных варианта. Во-первых, способность медицины приносить пользу пациентам и сопутствующие затраты могут расти более быстро, чем наше желание платить, хотя разрозненные свидетельства говорят о том, что сегодня такой вопрос не стоит. Во-вторых, мы стоим перед выбором жесткости бюджетного сдерживания и последствий ошибок в ценообразовании. По этой причине явная инициатива по сдерживанию цен скорее всего не будет “хирургическим разрезом”, затрагивающим только потери; любое такое действие приведет к дополнительному ущербу. Вопросом сегодняшнего момента является, хотим ли мы принять этот ущерб.

Итак, что же нужно делать?

Хотя большая часть дебатов будет концентрироваться на преимуществах и недостатках глобального бюджета, я завершаю обзор рассмотрением четырех видов инициатив, которые желательны независимо от введения глобального бюджета.

Общественный или квазиобщественный план для рынка мелкого бизнеса. Рынок мелкого бизнеса ярко иллюстрирует проблемы выбора: существующие условия мешают определенным фирмам или отраслям промышленности купить

страховку; резкие ежегодные скачки в размере взносов из-за экспериментального установления их уровня для мелких групп тоже не способствуют покупке страховки. Простые призывы к работодателям обеспечить страхование не решат эту проблему. Если полное страхование не будет доступно работодателям в сфере малого бизнеса, это может привести к необходимости организации общественного или квазиобщественного агентства, которое будет аккумулировать риски на этом рынке; то есть, страхование на базе занятости может быть не очень удачной идеей для независимых работников или мелких фирм.

Ликвидация федеральных дотаций для Medicaid. Расходы на Medicaid сейчас растут намного быстрее, чем расходы на Medicare. Это различие предполагает, что что-то большее, нежели общий рост расходов на медицину, заставляет расти федеральный бюджет здравоохранения. Одной из возможностей является то, что штаты начали использовать федеральную дотацию на Medicaid способами, которые вовсе не предполагались. Если это так, следует попытаться решить проблему двояко: путем федерализации или, если принятие решений остается за штатами, ограничением федеральных взносов, чтобы дополнительные средства шли от штатов. (Федеральные дотации должны оставаться более щедрыми для более бедных штатов; если штаты продолжают нести ответственность за долговременное лечение хронических больных, я бы предложил, чтобы дотации были более щедрыми для штатов с большим количеством населения пожилого возраста.) Общий принцип — тот, кто принимает решения, должен нести все затраты. Канада произвела аналогичные изменения в своей программе страхования здоровья в конце 1970-х годов, когда правительство приняло решение о финансировании пятьдесят-на-пятьдесят с провинциями.

Ограничение необлагаемых налогами взносов, выплачиваемых работодателями. Своего рода универсальные полномочия подрывают рациональность льготного налогообложения взносов, выплачиваемых работодателями, мешает выбору стимулов к оправданному риску при вступлении в план на рабочем месте. (Налоговая субсидия, между тем, может все-таки оставаться важной, если универсальные полномочия относятся только к узкому спектру услуг, а дополнительные дотации используются для других льгот.) Некоторые считают, что если ликвидировать дотации к установленным суммам, этим можно ликвидировать значительные искажения в выборе потребителей, направленном на более дорогие страховые планы, не предоставляющие за страховые деньги достаточных услуг. Предположим, однако, что они ошибаются и что потребители в достаточной степени безразличны к разнице в страховых взносах. В таком случае ограничение размера взносов, не облагаемого налогом, внесло бы здоровый вклад в сокращение дефицита или финансирование новых льгот, таких как лечение пациентов, не имеющих в настоящее время страховки.

Увеличение налогов для помощи в финансировании Medicare и Medicaid. Важным является определение той степени, до которой состоятельная часть населения желает покупать дорогостоящие достижения современной медицины для себя, но не желает платить за их такую же доступность для менее состоятельной части населения. Если частным образом застрахованное население моложе шестидесяти пяти лет и более богатые пожилые люди захотят приобрести плоды медицинского прогресса, необходимо будет увеличить налоги, чтобы не допустить ухудшения доступа для бенефициаров общественных программ.