

Тухватуллин Рустэм Расфарович

АМЕРИКАНСКИЙ БИЗНЕС И ПРОБЛЕМА СОЗДАНИЯ НАЦИОНАЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ (ВТОРАЯ ПОЛОВИНА 1970-Х ГГ.)

В статье рассматривается отношение американского бизнеса к планам реформирования здравоохранения, обсуждавшимся в период президентства Д. Картера. Показана сущность наиболее популярных подходов и предложений по созданию национального медицинского страхования. Проанализирована и охарактеризована позиция различных групп и организаций американского бизнеса по отношению к ним. Автор отмечает различие подходов медицинского и немедицинского бизнеса к реформе здравоохранения и госрегулированию в этой сфере.

Адрес статьи: www.gramota.net/materials/3/2016/6-1/47.html

Источник

Исторические, философские, политические и юридические науки, культурология и искусствоведение. Вопросы теории и практики

Тамбов: Грамота, 2016. № 6(68): в 2-х ч. Ч. 1. С. 192-197. ISSN 1997-292X.

Адрес журнала: www.gramota.net/editions/3.html

Содержание данного номера журнала: www.gramota.net/materials/3/2016/6-1/

© Издательство "Грамота"

Информация о возможности публикации статей в журнале размещена на Интернет сайте издательства: www.gramota.net

Вопросы, связанные с публикациями научных материалов, редакция просит направлять на адрес: hist@gramota.net

Список литературы

1. **Бэкон Ф.** Сочинения: в 2-х т. Изд. 2-е, испр. и доп. М.: Мысль, 1977, 1978. Т. 1. 567 с.; Т. 2. 575 с.
2. **Платон.** Собрание сочинений: в 4-х т. / общ. ред. А. Ф. Лосева и др.; авт. вступит. ст. А. Ф. Лосев; примеч. А. А. Тахо-Годи; пер. с древнегреч. М.: Мысль, 1990. Т. I. 860 с.
3. **Серл Дж.** Открывая сознание заново / пер. с англ. А. Ф. Грязнова. М.: Идея-Пресс, 2002. 256 с.
4. **Франкл В.** Человек в поисках смысла. М.: Прогресс, 1990. 368 с.
5. **Яковлев В. А.** Сознание как метафизическая проблема современной физики // Философия науки. 2012. № 3 (54). С. 117-131.
6. **Blackmore S.** Memes, Minds and Imagination // Imaginative Minds (Proceedings of the British Academy) / ed. I. Roth. Oxford University Press, 2007. P. 61-78.
7. **Dawkins R.** In Defense of Selfish Genes // Philosophy. 1981. № 56 (218). P. 556-573.
8. **Dennet D. C.** Consciousness Explained. Symposium // Inquiry. 1993. Vol. 36. № 1/2. P. 143-147.
9. **Fodor J. A.** Concepts. Where Cognitive Science Went Wrong. N. Y.: Oxford University Press, Inc., 1998. 174 p.

CONSCIOUSNESS IN THE CONTEXT OF CULTURE

Schastliltsev Aleksandr Nikolaevich, Doctor in Philosophy, Associate Professor
The Russian Presidential Academy of National Economy and Public Administration (Branch) in Tambov
a.alter2010@yandex.ru

Consciousness in the context of culture is an ability of understanding and controlling thinking and behavior. Consciousness controls thinking either as the moderate consciousness of an interpreter or the perplexed consciousness of a perceiving personality. The article formulates the pattern of consciousness formation at the moment of understanding. The formal structures of consciousness in the context of culture are considered, and the volitional conscious regulation of thinking is analyzed.

Key words and phrases: consciousness; thinking; culture; expression; sense; will; understanding.

УДК 94(7)«1975/1979»

Исторические науки и археология

В статье рассматривается отношение американского бизнеса к планам реформирования здравоохранения, обсуждавшимся в период президентства Д. Картера. Показана сущность наиболее популярных подходов и предложений по созданию национального медицинского страхования. Проанализирована и охарактеризована позиция различных групп и организаций американского бизнеса по отношению к ним. Автор отмечает различие подходов медицинского и немедицинского бизнеса к реформе здравоохранения и госрегулированию в этой сфере.

Ключевые слова и фразы: национальное медицинское страхование; Д. Картер; Американская медицинская ассоциация; Федерация американских больниц; Торговая палата США.

Тухватуллин Рустэм Расфарович, к.и.н., доцент
Башкирский государственный университет, г. Уфа
rtuhvatullin@rambler.ru

АМЕРИКАНСКИЙ БИЗНЕС И ПРОБЛЕМА СОЗДАНИЯ НАЦИОНАЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ (ВТОРАЯ ПОЛОВИНА 1970-Х ГГ.)

Одной из важнейших социальных проблем современного общества является организация и функционирование системы медицинского обслуживания. Социальная и политическая значимость системы здравоохранения возрастает в связи с интенсификацией производства, повышением морально-психологической, физической и экологической нагрузки на человека, изменением социально-демографической структуры населения, расширением социальных потребностей населения и ростом спроса на медицинские услуги. Возможность получения определенного набора медицинских услуг рассматривается как право каждого человека. Интерес к этой проблеме усиливается недовольством различных слоев общества сложившимися формами организации и финансирования данной системы.

В США сложился крупнейший медико-промышленный комплекс мира. Основные проблемы данной отрасли – растущая стоимость медицинских услуг, низкая их доступность для значительной части граждан, нерациональное использование государственных средств. Так, расходы на медицинское обслуживание в 1960 г. составляли 29,6 млрд долл. (5,3% ВВП), в 1979 г. – 206 млрд долл. (9,1% ВВП). В период с 1950 г. по 1976 г. цены на медобслуживание возрастали в 2 раза быстрее, чем общий рост стоимости жизни [2, p. 4172; 15, p. 202].

Следует отметить, что изменилась структура затрат на медобслуживание. В 1965 г. в общей сумме персональных расходов на медицинское обслуживание соотношение расходов пациентов, частного медстрахования и расходов государства составляло 53%-23%-24%. В 1978 г. на прямые расходы пациентов приходилось

около 33% (55 млрд долл.), на платежи по частному медицинскому страхованию – 27% (45 млрд долл.). Из средств госбюджета возмещалось около 40% (67 млрд долл.) расходов. Таким образом, возросла доля частного медстрахования и государства.

Развитие частного медицинского страхования стимулировалось государством: средства, выделяемые предпринимателями на планы медицинского страхования рабочих, освобождаются от налогообложения. Причем как от подоходного налога, так и от налога на социальное страхование. Налоговые льготы предоставлялись также застрахованным в индивидуальном порядке: в случае, если медицинские расходы превышали 3% годового дохода пациента, эта сумма вычиталась из общего дохода при исчислении подоходного налога [11, р. 41; 14, р. 73; 18, р. 10-12; 19, р. 102].

В итоге в 1960-1970-е гг. увеличивается охват населения медицинским страхованием. В 1963 г. предприниматели обеспечивали групповое страхование 27% рабочих и служащих, а во второй половине 80-х гг. – более чем 80% работников [14, р. 11; 20, р. 130-132]. Тем не менее, 22 млн американцев не имели страховки вообще и более 20 млн были охвачены страхованием, не обеспечивающим адекватного покрытия расходов в случае тяжелого заболевания [12, р. 35].

В 1970-е гг. в США неоднократно обсуждались планы создания национального медицинского страхования. В 94-м конгрессе (1975-1976 гг.) было внесено 45 биллей, предлагавших тот или иной вариант национального медстрахования. Но добиться принятия какого-либо законопроекта не удалось по причине серьёзных противоречий. Разногласия касались метода финансирования программы и роли федерального правительства в управлении ею. Одни планы предполагали обязательное участие в программе и введение дополнительного налогообложения заработной платы и доходов предпринимателей (или финансирование за счет общих доходов федерального правительства). Другие – добровольность участия и финансирование посредством налоговых кредитов или взимания страховых премий. Дебатировалась и проблема управления и контроля: либо со стороны федерального правительства, либо со стороны частного сектора [10, р. 228; 14, р. 12А-13А].

Администрация Д. Картера назвала национальное медицинское страхование среди приоритетов, что активизировало дебаты по проблеме. Среди наиболее известных предложений второй половины 1970-х гг. – страхование катастрофических расходов на медицинское обслуживание. В финансовом смысле катастрофическими считаются расходы, превышающие 15% годового дохода семьи или человека и выплачиваемые самим пациентом непосредственно. Политики, предлагавшие такого рода реформу, считали, что, в целом, система медобслуживания работает нормально. Но доступ к страхованию не достаточно широк. Так, во второй половине 70-х гг. 40% населения страны (83 млн американцев) не имели страховки на случай катастрофических расходов [7, р. 1621; 12, р. 35; 19, р. 104].

При этом почти 90% американцев были охвачены тем или иным видом страхования на случай заболевания. Поэтому необходимо расширить страхование тех групп населения, которые таковым не обладают, увеличить число услуг, охватываемых страховкой, включить в неё положение о страховании катастрофических расходов. Сторонники такого подхода подчёркивали, что данный проект из всех предлагавшихся наименее дорогой и не потребует серьёзных преобразований в существующей системе медпомощи. Он не предполагает существенных изменений в привычных отношениях страхователей, врачей, пациентов и правительства, в том числе массированного вмешательства государственных органов в сферу здравоохранения. Такое законодательство поддерживали влиятельные консервативные законодатели: лидер демократического большинства в сенате Р. Бэрд, председатель финансового комитета сената демократ Р. Лонг, один из влиятельных сенаторов-республиканцев Р. Доул [1, р. 1403; 14, р. 13, 75-76].

В частности, сенатор Р. Лонг в марте 1979 г. внёс законопроект S.760. По нему предусматривалось, что покрытие всех расходов на медобслуживание после того как пациент затратит на лечение 2000 долл. или же после 60-ти дней пребывания в больнице. Но при этом подчёркивалось, что размер первого взноса может быть повышен до 3000 долл. Предприниматели обязывались предоставить рабочим страхование катастрофических расходов. Для малого бизнеса предусматривались меры помощи: 50%-ный налоговый кредит или возможность вычесть сумму страховых премий из средств, облагаемых налогом. Подобные меры предусматривались также для бесприбыльных предприятий. Для предпринимателей, не предоставляющих страхование, предполагался налоговый штраф в размере 150% от суммы причитающихся страховых премий. Летом 1979 г. сенатор говорил уже о первом взносе в размере 5000 долл. в год. По его расчетам, затраты федерального правительства составят 2 млрд долл., для предпринимателей – 3,3 млрд. Тогда же он заявил о неприемлемости расходов свыше 10-12 млрд долл. [4, р. 14841]. Билль сенатора Р. Доула (S.748) был во многом сходен с предложением Р. Лонга. На слушаниях в финансовом комитете Р. Доул объявил, что затраты правительства на осуществление билля составят 3 млрд долл., примерно столько же расходы предпринимателей [13, р. 2].

Планы страхования катастрофических расходов были поддержаны влиятельной организованной медицинской. Председатель совета попечителей Американской медицинской ассоциации – крупнейшего объединения частнопрактикующих врачей – Л. Стин подчеркнул, что улучшения в системе медицинского обслуживания должны включить минимальные стандарты адекватной помощи во всех страховых полисах при условии участия пациентов в издержках, помощь правительства в приобретении бедными и престарелыми полисом частного страхования, национальную программу страхования катастрофических расходов, осуществляемую через частный страховой бизнес. При этом он жестко высказался против «централизованно планируемой и управляемой национальной системы медицинской помощи». Федерация американских больниц (ассоциация

больниц, принадлежащих инвесторам) считала возможным введение катастрофического страхования только при проведении ряда системных реформ [6, р. 30597; 17, р. 321-322, 384-385].

Представители Торговой палаты США, выражающей интересы широких деловых кругов и ассоциаций и насчитывающей 94 тысячи членов, причем 85% из них нанимали более 100 рабочих, отметили: проблемы здравоохранения могут быть решены без создания совершенно новой системы национального медицинского страхования или навязывания схемы страхования катастрофических расходов. Палата была против принципа обязательности предоставления катастрофического страхования, поскольку это покушение на медицинские планы, согласованные предпринимателями и рабочими, которые развивают тот вид медицинских услуг, какой рабочие желают и могут позволить [21, р. 284-285; 22, р. 229].

Широкий отклик получило предложение всеохватывающего национального медицинского страхования сенатора Э. Кеннеди (S.1720, H.R.5191), которое было анонсировано 14 мая 1979 г. План исходил из предположения, что рынок в области здравоохранения не может работать эффективно сам по себе, имеет ряд характеристик, которые требуют регулирования. Оно призвано обеспечить доступность, качество и ценовую эффективность медицинских услуг.

План Кеннеди предусматривал обязательное универсальное медстрахование любого жителя США и предоставление широкого набора услуг: предполагалось перестроить финансирование и управление здравоохранением, создание в течение двух лет механизма контроля над затратами в данной сфере. Для достижения данной цели в управлении программой страхования предусматривалась опора на частный сектор при значительной регулирующей роли правительства. Руководство программой в целом возлагалось на специальное агентство – Национальное управление медицинского страхования. На него возлагался надзор за осуществлением программы, установление стандартов страховых полисов и определение ежегодного бюджета здравоохранения. По законопроекту создавались также штатные управления здравоохранения с аналогичными функциями [13, р. 109; 14, р. 14].

Охват работников и их иждивенцев страховыми планами по проекту сенатора осуществлялся через предпринимателей. Последние выплачивали страховые премии, «связанные с заработной платой». То есть предприниматели, платящие более высокую зарплату, платили бы больше, чем предприниматели, выплачивающие меньшие заработки. Доля рабочих в страховых премиях не должна была превышать 35%. Это означало, что страховые премии, выплачиваемые предпринимателями и отдельными лицами, зависели только от заработной платы или дохода безотносительно к опыту прошлого медицинского обслуживания. Существенным было и то, что фактически каждый имеющий доход, кроме специально оговоренных случаев, по проекту делает взносы в общенациональный план. Страховые премии взимались бы и с так называемых незаработанных доходов, то есть рента, дивиденды и т.д. [5, р. 23307].

По оценке, предприниматель выплачивал бы страховые премии за своих рабочих в размере 7-8% общей суммы заработной платы. Уровень обложения доходов, не связанных с получением заработной платы, составил бы половину от уровня, взимаемого с предпринимателя. По некоторым подсчетам, максимум страховых премий мог достичь 800 долл. в год для одного человека и 1950 долл. для семьи из четырех человек [5, р. 23308; 13, р. 156-158].

Консервативные политики и круги выступили против всеохватывающего медицинского страхования. Сенатор Р. Доул отмечал отсутствие шансов на принятие плана Кеннеди и плана президента ввиду дефицитов, нежелания любой новой бюрократии и федерализации медицины [8, р. 1854; 13, р. 11].

Представители организованной медицины со сходных позиций критиковали план Кеннеди. Американская медицинская ассоциация (АМА) считала, что программа сенатора Кеннеди полностью контролировала бы все медицинское обслуживание в стране через национальное и штатные управления здравоохранения. Результатом таких радикальных изменений стало бы уничтожение отлаженной и успешной системы оказания медпомощи. В Соединенных Штатах, по мнению АМА, «закрытый» бюджет программы неизбежно приведет к произвольному рационированию медицинских услуг. Частный сектор как таковой прекратит существование: страхователи стали бы простыми заместителями федерального правительства, а условия работы частнопрактикующих врачей определялись бы по национальному декрету. Страховые премии по плану Кеннеди стали бы, по сути, новыми налогами [17, р. 322-323].

Представители Федерации американских больниц (ФАБ) отвергли план Кеннеди вследствие того, что он предусматривал массированное государственное регулирование и «установление произвольного потолка для количества и типа медицинских услуг, оказываемых американцам». Замораживание доли ВВП, затрачиваемой на медобслуживание, приведёт к рационированию медицинских услуг. К тому же, по мнению ФАБ, невозможно заранее определить нужды общества в области медицинских услуг на правительственном уровне [22, р. 282-294].

Взгляда, близкого к вышеуказанному, на проект Кеннеди придерживалась Торговая палата США. Представители палаты указывали, что их заинтересованность в политике в области здравоохранения связана, прежде всего, с тем, что в 1979 г. предприниматели заплатили около 40 млрд долл. в качестве страховых премий по групповому медицинскому страхованию [21, р. 282]. О. Делчампс, член совета директоров палаты, относительно плана Кеннеди отметил, что опыт ряда зарубежных стран говорит о нежелательности дублирования подобной схемы США, так как это привело бы к ухудшению качества лечения, длинным очередям для получения медицинской помощи, увеличению стоимости лечения и рационированию медуслуг. Проблемы лиц, не обладающих медицинским страхованием, могут быть решены без создания новой

системы национального медицинского страхования. Доступ к качественной медпомощи следует обеспечить через частную, добровольную систему поставщиков услуг и страхователей [22, р. 299].

Совершенствованию системы медобслуживания может способствовать увеличение конкуренции между поставщиками медицинских услуг и страхователями, осознание ими «ценовых» проблем, усиление ответственности каждого потребителя медуслуг, поощрение амбулаторного и предоплаченного лечения, программ медицинского обучения на рабочем месте [9, р. 23603]. Таким образом, Торговая палата желала снижения затрат на цели медобслуживания, отвергла даже ограниченное вмешательство государства в сферу медицинского обслуживания, хотя и признала необходимость некоторой модификации государственных программ. В целом, очевидно, что реализация плана Кеннеди затрагивала бы интересы организованного медицинского бизнеса, частных страховых компаний и предпринимательского сообщества, что вызывало соответствующие оценки.

Сенатор А. Рибикофф и конгрессмен Ч. Рэнджел в сентябре 1979 г. внесли проект реформы здравоохранения (S.1812, H.R.5400), который являлся первой фазой плана Национального медицинского страхования администрации Д. Картера [7, р. 26067-26068]. Национальный план здравоохранения (НПЗ) предполагал создание двух страховых программ. Первая предусматривала предоставление обязательного страхования предпринимателями рабочим, занятым полный рабочий день, и их иждивенцам. Вторая новая федеральная программа медицинского страхования для незанятых, а также для лиц и предпринимателей, не обслуживаемых адекватно частным страхованием. Эта часть плана получила название «Здравоохранение (ЗО)».

Устанавливались минимальные федеральные стандарты для планов обязательного страхования рабочих: страхование катастрофических расходов, продолжение охвата страхованием в течение 90 дней с момента прекращения занятости, а также включение в полисы положений о предоставлении дородовой помощи, родовспоможению и лечению детей в возрасте до одного года. Последнее, что подчеркивалось особо, осуществлялось бы без участия застрахованного в издержках. Таким образом, прямые затраты пациента по программе не должны превышать 2500 долларов в год, расходы свыше этой суммы покрывались бы полностью без каких-либо ограничений.

В финансировании страховых планов участвовали бы работники и предприниматели, выплачивая соответственно 25% и 75% страховых премий. Таким образом, участие рабочих в финансировании не ограничивалось бы в случае заболевания только прямыми расходами в размере 2500 долларов. Для тех предпринимателей, доступ которых к частному страхованию по той или иной причине был затруднен, предусматривалось предоставление помощи. Это субсидия для покупки полисов у частных компаний в случае, если суммы страховых премий превысят 5% фонда заработной платы, либо возможность покупки страхования по программе «Здравоохранение».

По расчётам администрации Картера, затраты федерального бюджета и предпринимателей в связи с расширением медстрахования составили бы 24,3 млрд долл., что выглядело предпочтительнее по сравнению с 63,8 млрд долл. по проекту Кеннеди [3, р. 14295; 17, р. 478].

Президент Американской медицинской ассоциации Х. Гарднер был не доволен предлагавшимися рестриктивными мерами федеральных властей. Он отметил, что общее направление законопроекта администрации – контроль над ценами. «Первая фаза программы президента создает базу для будущего контроля и национализации». АМА высказалась против федерализации государственных медицинских программ. По мнению Гарднера, предлагается расширение существующей противоречивой и перегруженной системы при всей риторике о необходимости поиска решений в частном секторе. Призывы же к фиксированным бюджетам, установленным в процессе переговоров гонораром и так далее, только ограничили бы в итоге дальнейшее улучшение медицинских услуг [17, р. 321-323].

Представители Федерации американских больниц (ФАБ), подобно АМА, были однозначно против «массированного правительственного вмешательства и установления произвольных пределов на количество и тип доступных услуг». Представители ФАБ подчеркивали, что правительству не следует быть моральным судьей денежной цены увеличившейся продолжительности жизни, уменьшившейся детской смертности. Этот подход может вызвать рационирование медицинской помощи. ФАБ считала непоследовательным поддерживать идею конкуренции в рыночноориентированной системе и в то же время призывать к рационированию и регулированию, как это делала администрация Картера [Ibidem, р. 379]. Эти организации признавали, с другой стороны, необходимость обеспечения американцев частным катастрофическим страхованием с некоторыми минимальными стандартами, касающимися охвата услуг, улучшения программ для малоимущих слоев и престарелых.

Торговая палата США высказалась против всеохватывающих планов медицинского страхования как дорогостоящих и ненужных. Планы сенатора Кеннеди и президента, по мнению палаты, «привели бы через комбинацию правил и предписаний, наложенных на больницы, врачей и страхователей, к системе национального медицинского страхования, руководство которой принадлежало бы федеральному правительству. Итогом стала бы система дорогих субстандартных медицинских услуг». Фактически Торговая палата выступила против всех законопроектов, требующих более или менее значительных расходов со стороны предпринимателей.

Возражения вызвали любые предложения об установлении каких-либо стандартов, минимальных выплат и т.д., поскольку на политический сцене «даже максимум мог бы стать вскоре минимумом». Палата не считала, что страна нуждается в какой-либо форме национального медицинского страхования, проблемы в данной области могут быть разрешены без него. Следует отметить, что и Национальная ассоциация промышленников считала, что «обязательство охвата страхованием окажется дорогим для предпринимателей в то время, когда инфляция является проблемой номер один» [14, р. 17; 22, р. 284, 293-294].

Крупнейшие страховые общества «Голубой крест» и «Голубой щит» формально не поддержали ни один из законопроектов. Они считали, что ни один из них не сможет достичь необходимого баланса между обеспечением доступа всех американцев к медобслуживанию и созданием возможностей для сдерживания расходов на медицинское обслуживание. Принципы «надлежащей программы», изложенные представителем этих организаций, во многом совпадали и с планами администрации, и с предложениями врачебно-больничного бизнеса. Например, предоставление страхования через предпринимателя, защита от катастрофических расходов, установление минимальных стандартов для страховых полисов и так далее. Но в отличие от АМА и ФАБ, принципы программы включали гибкие меры правительства по регулированию страхователей. Однако «Голубой крест» и «Голубой щит» не приветствовали намерение администрации применять универсальную программу по сдерживанию роста цен [17, p. 34-37].

Рассмотренные проекты реформ предполагали предоставление медстрахования работникам предпринимателями при посредничестве частных страховых компаний и использовании возможностей частной медицины, ту или иную степень правительственного регулирования, наличие государственных медицинских программ для определённых групп населения. Это, в частности, означало, что частный страховой бизнес и учреждения частной медицины могут получить дополнительные возможности на рынках медстрахования и медицинской помощи.

Американский бизнес был, в целом, солидарен в неприятии массированного государственного вмешательства в сферу здравоохранения. Обсуждение проблемы создания системы национального медицинского страхования показало определённые различия в позициях различных групп бизнеса. Представители медицинского бизнеса США считали возможной такую реформу, которая минимизирует государственное вмешательство в данной сфере и, по сути, позволяет сохранить благоприятные условия для его деятельности. При этом не отвергалась необходимость минимальных стандартов в полисах медстрахования и его расширения, не затрагивалась необходимость существующих государственных медицинских программ.

Страховой бизнес, считая необходимым реформирование здравоохранения, отверг предлагавшиеся законопроекты как неадекватные проблемам данной сферы и не отвечающие его интересам.

Немедицинский бизнес, признавая необходимость обеспечения работников медстрахованием, был заинтересован, прежде всего, в сдерживании собственных затрат на медстрахование и медобслуживание. Поэтому выступал против расширения роли правительства в сфере медицинского обслуживания, принципа обязательности страхования, установления законодательных требований к страховым полисам.

Список литературы

1. **Congressional Record: Proceedings and Debates of the 96th Congress. First Session.** Washington (D.C.): U.S. G.P.O., 1979. Vol. 125. Pt. 2.
2. **Congressional Record: Proceedings and Debates of the 96th Congress. First Session.** Washington (D.C.): U.S. G.P.O., 1979. Vol. 125. Pt. 4.
3. **Congressional Record: Proceedings and Debates of the 96th Congress. First Session.** Washington (D.C.): U.S. G.P.O., 1979. Vol. 125. Pt. 11.
4. **Congressional Record: Proceedings and Debates of the 96th Congress. First Session.** Washington (D.C.): U.S. G.P.O., 1979. Vol. 125. Pt. 12.
5. **Congressional Record: Proceedings and Debates of the 96th Congress. First Session.** Washington (D.C.): U.S. G.P.O., 1979. Vol. 125. Pt. 18.
6. **Congressional Record: Proceedings and Debates of the 96th Congress. First Session.** Washington (D.C.): U.S. G.P.O., 1979. Vol. 125. Pt. 23.
7. **Congressional Record: Proceedings and Debates of the 96th Congress. First Session.** Washington (D.C.): U.S. G.P.O., 1979. Vol. 125. Pt. 25.
8. **Congressional Record: Proceedings and Debates of the 96th Congress. Second Session.** Washington (D.C.): U.S. G.P.O., 1980. Vol. 126. Pt. 2.
9. **Congressional Record: Proceedings and Debates of the 96th Congress. Second Session.** Washington (D.C.): U.S. G.P.O., 1980. Vol. 126. Pt. 18.
10. **Ehrlich I.** On the Rationale for National Health Insurance: Where Did the Private Market Fail? // National Health Policy: What Role for Government?: proceedings of a conference / ed. by I. Ehrlich. Stanford (Cal.): Hoover Institution Press, 1982. P. 228-263.
11. **Freeman R. A.** A Review & Summary of "The Wayward Welfare State". Stanford (Cal.): Hoover Institution Press, 1981. 103 p.
12. **Government & the Advancement of Social Justice. Health, Welfare & Civil Rights in Eighties.** Englewood Cliffs: Prentice Hall, 1980. 134 p.
13. **Health Insurance Proposals. Materials Presented to the Committee on Finance, U.S. Senate, June, 20.** Washington (D.C.): U.S. Govt. Print. Off., 1979. 78 p.
14. **Health Policy. The Legislative Agenda: Timely Report to Keep Journalists, Scholars and the Public Abreast of Developing Issues and Trends.** Washington (D.C.): Congressional Quarterly, 1980. 140+89 p.
15. **Melloan G., Melloan J.** The Carter Economy. N. Y.: Wiley & Sons, 1978. 326 p.
16. **National Health Insurance. Hearings before Subcommittee on Health of the Committee on Ways & Means. House of Representatives, 96th Congress, 2nd Session.** Washington (D.C.): U.S. Government Printing Office, 1980. Vol. 2. 794 p.
17. **National Health Insurance. Joint Hearings before the Subcommittee on Health and the Environment of the Committee on Interstate and Foreign Commerce and the Subcommittee on Health of the Committee on Ways and Means. House of Representatives, 96th Congress, 2nd Session.** Washington (D.C.): U.S. Government Printing Office, 1980. 577 p.
18. **Setting National Priorities: Agenda for the 1980s** / ed. by J. A. Peachman. Washington (D.C.): Brookings Institution, 1980. 513 p.
19. **Statistical Abstract of the United States.** Washington (D.C.): U.S. Government Printing Office, 1979. 1032 p.

20. **To Promote Prosperity. US Domestic Policy in the Mid-1980s** / ed. by J. H. Moore. Stanford (Calif.): Hoover Institution Press, 1984. 429 p.
21. **U.S. Congress. House. Committee on Ways & Means. Proposals to Restructure the Financing of Private Health Insurance. Hearings before the Subcommittee on Health of the Committee on Ways & Means. House of Representatives, 96th Congress, 2nd Session. Feb. 25, 1980.** Washington (D.C.): U.S. Govt. Print. Off., 1980. 310 p.
22. **U.S. Congress. Senate. Committee on Finance. Proposals to Stimulate Health Care Competition. Hearings before Subcommittee on Health on S.1968.** Washington (D.C.): U.S. Govt. Print. Off., 1980. 462 p.

AMERICAN BUSINESS AND THE PROBLEM OF CREATING NATIONAL MEDICAL INSURANCE (THE SECOND HALF OF THE 1970S)

Tukhvatullin Rustem Rasfarovich, Ph. D. in History, Associate Professor
Bashkir State University
rtuhvatullin@rambler.ru

The article examines the American business's attitude to the health care reform plans that were discussed in the period of D. Carter's presidency. The author shows the essence of the most popular approaches and proposals regarding national medical insurance, describes and analyzes the views of different groups and organizations of the American business towards them. The paper mentions various approaches of medical and non-medical business to the health care reform and state regulation in this sphere.

Key words and phrases: national medical insurance; D. Carter; The American Medical Association; The Federation of American Hospitals; The United States Chamber of Commerce.

УДК 211.5

Философские науки

В представленной статье рассматриваются два феномена постсовременного общества: гиперреальная религия и гиперреальный атеизм. Теория «политической экономики знака» Ж. Бодрийяра является контекстом для появления понятия гиперреальной религии – феномена, устраняющего какое-либо различие между означающим и означаемым, между предметом и знаком. Подобно гиперреальной религии, современный атеизм может быть истолкован как гиперреальное безбожие, формирующее собственные субъективные мифы, копируя их с гиперреальных образов науки и обеспечивая онтологическую безопасность своим приверженцам.

Ключевые слова и фразы: гиперреальная религия; гиперреальное безбожие; постсовременное общество; «онтологическая безопасность»; массовая культура.

Фазлеева Регина Ринатовна

Казанский (Приволжский) федеральный университет
ragua@yandex.ru

ГИПЕРРЕАЛЬНАЯ РЕЛИГИЯ И ГИПЕРРЕАЛЬНЫЙ АТЕИЗМ КАК НОВЫЕ ФОРМЫ СУЩЕСТВОВАНИЯ В ПРОСТРАНСТВЕ ЗНАКОВО-СИМВОЛИЧЕСКОГО ПОТРЕБЛЕНИЯ

Закономерным итогом индустриальной эпохи становится постиндустриальное (постмодерное) общество потребления, главной чертой которого является непрерывное умножение объектов, услуг, товаров. Люди оказываются в среде не столько человеческих существ, сколько объектов, а вещи выступают, прежде всего, в их знаковой функции. В этом проявляется фундаментальное изменение общества и человека. Постмодерное общество оказывается насыщено образами и моделями восприятия реальности, создаваемыми массмедиа. Причем СМИ, телевидение, Интернет как части киберпространства создают принципиально невещественное, дематериализованное, виртуальное представление о реальности. Тем самым в деятельности людей участвует все больше символических посредников, а потребление становится ключевой формой жизнедеятельности человека.

По мнению французского философа-постструктуралиста Ж. Бодрийяра, подобная виртуализация действительности является следствием эволюции потребления, которое из первоначального удовлетворения потребностей приобретает статус фундамента культуры. Как полагает философ, потребление в постсовременном обществе является принудительным социальным институтом, навязывающим субъектам потребления завершённую систему ценностей, а самое главное – становится деятельностью «систематического манипулирования знаками» [1, с. 213]. Таким образом, объект потребления становится единством знака и товара. Теперь товар – это всегда знак, а знак – всегда товар. Знак провоцирует отчуждение стоимости, смысла (означаемого), а значит, и реальности.

В аспекте данного исследования важным является то, что теория «политической экономики знака» Бодрийяра является контекстом для появления понятия гиперреальной религии – феномена, устраняющего какое-либо различие между означающим и означаемым, между предметом и знаком. В силу этой особенности