

<https://doi.org/10.53656/his2022-4-5-res>

*Civilization Boundaries
Цивилизационни граници*

СЪДБАТА НА ЗДРАВНАТА РЕФОРМА В СЪЕДИНЕНИТЕ ЩАТИ ПРЕЗ 40-ТЕ ГОДИНИ НА XX ВЕК

Д-р Ивана Николова

Софийски университет „Св. Климент Охридски“

Резюме. Настоящата статия разглежда опитите за реформиране на здравеопазването от страна на администрацията на президента Хари Труман и либералното крило на Демократическата партия през 40-те години на XX в. Очертани са различните предложения както от страна на Белия дом, така и от страна на различни групи конгресмени. Като основни причини за провала на здравната реформа авторът посочва липсата на координация сред демократите – радетели на идеята за реформи, слабото президентско влияние върху Конгреса, и най-вече ролята на съсловните организации, чиято информационна кампания води до слаба обществена подкрепа за федерална намеса в здравеопазването.

Ключови думи: САЩ; Хари Труман; Демократическа партия; здравеопазване; лобизъм

Здравноосигурителната система на Съединените щати е една от най-сложните заради комплексното преплитане на частен и държавен сектор. САЩ са единствената развита страна, която не предлага държавно здравно осигуряване на гражданите си. В Европа въпросът доби популярност покрай усилията на администрацията на Барак Обама за прокаране на здравна реформа в лицето на „Обамакеър“ през 2009 – 2010 г. За мнозина европейци, за които държавното здравно осигуряване е даденост, американският случай буди недоумение. Безспорно един от ключовете за по-доброто му разбиране е запознаването с историята на проблема. В тази връзка, целта на настоящата статия е да представи най-ранните опити за създаване на държавна здравноосигурителна система по време на администрацията на Хари Труман (1945 – 1953 г.). Подробно са разгледани както президентските предложения, така и дейността на Конгреса в сектор здравеопазване. Изведени са няколко основни причини за провала на опитите за здравна реформа на Труман и демократите. На първо място, силната опозиция на съсловните организации, в това число и най-голямото и влиятелно сдружение на лекарите – Американската медицинска

асоциация (АМА). Във втората половина на 40-те години разгръщат масирана информационна кампания, която съумява да убеди достатъчно голяма част от населението, че намесата на федералната държава в здравноосигурителната система е в негов ущърб. Друга причина за провала на здравната реформа са разединените усилия на демократите в Конгреса. Само в рамките на 1949 г. на Капитолия се лансират четири различни законопроекта, целящи едно и също. Не на последно място, трябва да се изтъкне слабото влияние на Труман върху бившите му колеги в Конгреса. Той многократно апелира към законодателите за действие, но не успява да убеди достатъчно от тях в правотата на визията си. Заедно тези три основни причини предопределят оскъдния успех на предложенията на 33-тия президент в сектора. Чак две десетилетия по-късно администрацията на Линдън Джонсън прокарва програми за държавно здравно осигуряване за възрастните и най-бедните, а за останалата част от населението продължава да се бори ляволибералното крило на демократите и през XXI в.

Историографията по темата е учудващо бедна, особено като се има предвид актуалния ѝ характер. В последните години основен обект на изследванията, свързани с историята на здравеопазването в САЩ, са опитите за реформи в сектора от 90-те години насам (Béland et al. 2012; Gaffney 2015). Друга съвременна тенденция в историографията е разглеждане на отражението на здравната система върху отделни групи хора, като расовите малцинства или жените, което отмества фокуса на научния дискурс в различна посока (Caruso et al. 2015; Zhu et al. 2015). Може би най-изследваната тема, свързана с американската здравна система, е прокарването на „Медикеър“ и „Медикейд“ през 60-те години. Това са федералните здравноосигурителни програми за пенсионерите и най-бедните, с които практически се поставя основата на федералното участие в здравеопазването. На този фон скромните постижения на администрацията на Труман често остават встрани от изследователския интерес. Малкото изследвания, засягащи конкретно 40-те години, са тясно специализирани и не представят пълната картина. За пример може да се даде Хендрикс, който се фокусира върху един-единствен аспект от здравната система само в един регион на страната (Hendricks 1991). Най-близка до настоящата тема и най-изчерпателна може би е монографията на Поен от 1979 г., чийто фокус е върху противопоставянето на здравната програма на Труман срещу силните лобистки организации, които се явяват стожери на статуквото (Poen 1979). Но дори той се спира само на един аспект от пречките пред реформиране на здравната система. В крайна сметка, според мен темата се нуждае от по-задълбочени изследвания, за да бъде разбран по-добре проблемът, най-малкото защото много от предизвикателствата, пред които се изправя администрацията на Труман, са пречки за реформиране на здравната система и днес.

Преди да преминем към същината на идеите на Труман за реформи, е необходимо на кратко да се спрем върху основните характеристики на здравноосигурителната система в САЩ към разглеждания период. До средата на XX в. може да се каже, че здравният сектор е своеобразен „див Запад“ без особено участие на държавата (с изключение на здравните грижи за ветераните) – на лекарите се заплаща на място по ценоразпис, определен от тях. Отделни щати имат по-активна роля по отношение на здравните грижи, но липсва кохерентна федерална политика по въпроса. Много от функциите, които на Стария континент често са поети от държавата, се изпълняват от частния сектор, като например осигуряването, болничната грижа и пр. През 40-те години все повече се разширява обхватът на частни осигурителни дружества като „Син кръст“ и „Син щит“⁽¹⁾. Един от основните катализатори за ръста на здравноосигурените лица е включването на здравно осигуряване към социалните придобивки, договорени в колективните договори между работодатели и профсъюзи. Например в договора между Обединените автомобилни работници и „Дженерал мотърс“ от 1950 г. автомобилната компания се съгласява да плаща половината от вноските към „Син кръст“ и „Син щит“ (Lear 1951, 254). Един от най-големите групови планове за здравно осигуряване идва от индустриалеца Хенри Кайзер, който създава фондацията „Перманенте“ през 1942 г., за да осигури на работниците си и на семействата им адекватни здравни грижи (Hendricks 1991, 442 – 443). Фондацията наема собствени лекари и строи болници, за да подсигури безпроблемното третиране на членовете си. До 1955 г. в „Перманенте“ членуват 524 хил. души, като Фондацията отваря вратите си и за хора извън предприятията на Кайзер.

Първоначално най-голямата съсловна организация в лицето на АМА се обявява дори против подобен тип дружества, твърдейки, че груповото застраховане застрашава доверието между лекар и пациент и отнема свободния избор на лекар (Hendricks 1991, 452). Но тяхната популярност, придружена със заплахата от въвеждане на държавна здравноосигурителна система през 40-те години, принуждава Асоциацията да промени мнението си. Също така, съществена роля играе фактът, че цените на здравните услуги се покачват, което ги прави още по-недостъпни⁽²⁾. В този смисъл, груповото застраховане, особено това, покрито частично или напълно от работодателя, остава най-добрата частна алтернатива за достъп до здравни услуги в Съединените щати и до ден-днешен.

Идеята за държавна здравноосигурителна система съществува още от самото начало на XX в. (Quadagno 2005, 7 – 8). През 30-те години тя се възражда от експертите, които изготвят Закона за социалните осигуровки от 1935 г., част от Новия курс на Франклин Делано Рузвелт. Експертното предложение е за система със смесено федерално и щатско участие, в която федералната държава субсидира осигурителните системи на отделните щати, изградени

по общонационални правила, като грижата за най-бедните се поема изцяло от държавата. В допълнение са предвидени и грантове за строеж и поддръжка на болници, особено в селските райони, където има сериозен недостиг на лечебни заведения³⁾. Администрацията на Рузвелт обаче решава да не включи предложението към проектозакона за социални осигуровки, страхувайки се за съдбата на другите компоненти от него, ако бъдат включени в пакет със здравноосигурителна система (Morris 2015, 72). Предложението среща подкрепа сред либералните реформаторски настроени демократи в Конгреса и на базата му през 1939 г. се появява първият законопроект, подкрепен от сенаторите Робърт Вагнер от Ню Йорк, Джеймс Мъри от Монтана и конгресмен Джон Дингел от Мичиган. Заради силната опозиция на републиканци и консервативни демократи в Конгреса обаче през 1939 г., а впоследствие и през 1943 г., когато законопроектът отново е внесен за обсъждане в комисия, той не стига до пленарна зала.

Втората световна война възобновява интереса към здравеопазване поради факта, че над 4 млн. млади мъже са обявени за негодни за военна служба по здравословни причини, което говори за слабостта на здравната система в страната⁴⁾. Към Комисията за образование и труд в Сената се създава специална подкомисия, която разследва факторите, които водят до лошото здраве на толкова много млади мъже. Нейните препоръки повтарят част от идеите от 30-те години – федералната държава да подпомогне щатите за строеж на болници, да поеме грижа за лечението на най-бедните, както и да инвестира средства за подготвяне на повече медицински кадри⁵⁾. В същото време, по време на мандата на 79-ия Конгрес (1944 – 1946 г.) „Вагнер – Мъри – Дингел“ е пренаписан и съдържа още по-амбициозни мерки. Планът вече предвижда задължително държавно осигуряване за цялото население⁶⁾. Републиканците, от своя страна, предлагат законопроект, спонсориран от сенатор Робърт Тафт от Охайо, чийто обхват покрива единствено най-бедните⁷⁾. Либералните демократи обаче не могат да приемат подобен компромис, и накрая и двете предложения остават погребани в комисия.

Хари Труман е първият американски президент, който предлага някаква форма на национално здравно осигуряване. Той проявява специален интерес към темата още докато е част от местната власт в щата Мисури (Savage 1997, 152). Докато е сенатор, подкрепя първия законопроект „Вагнер – Мъри – Дингел“, макар и да е скептичен за успеха му (Truman 2014, Ch. 2). На 19 ноември 1945 г., вече в качеството си на президент, той излага програма, която практически е амалгама от много от гореизброените предложения. Тя включва отпускане на федерални средства за строеж на болници, клиники, здравни центрове и модернизиране на съществуващи такива. Други мерки са разширяване на програми за детска грижа, както и създаване на федерална програма за по-добро медицинско образование и стимулиране на медицински проучвания.

Най-радикалното предложение са задължителни здравни осигуровки, които да са управляват от отделните щати, финансирани от нов налог върху възна-гражденията с вноски едновременно от работодатели и работници по примера на социалните осигуровки, въведени от неговия предшественик през 1935 г. Част от програмата на администрацията е и изплащане на обезщетения за временна неработоспособност или инвалидност по примера на осигуровките за безработица. Предполага се държавата да поеме изцяло грижата единстве-но за най-бедните слоеве на населението⁸⁾. Много от проблемите, адресирани от президента, сериозно засягат мнозинството американци. Положението с недостига на лекари и болнични заведения е критично, особено в по-бедните райони на страната. Изчислено е, че в 1200 общини, които съставляват 40% от територията на страната, няма нито една болница⁹⁾. През 1950 г. на 100 000 души население се падат едва 134 лекари, което е крайно недостатъчно за нуждите на нацията¹⁰⁾.

191 политически лидери от цялата страна, включително кметът на най-големия град в страната тогава – Ню Йорк, Фиорело ла Гуардия, изразяват одобрението си за плана на Труман¹¹⁾. Предложенията на администрацията срещат подкрепата и на профсъюзите и на по-малки съсловни организации като Националната медицинска асоциация (НМА), която представлява чер-нокожите лекари (Рoen 1979, 83 – 84). Поддръжниците на идеята за държавно здравно осигуряване създават и свое лоби в лицето на Комитета за нацио-налното здраве, който се занимава с информационни кампании, събиране на подкрепа за каузата сред конгресмени и обществени организации и пр. В съ-щото време, реакцията на АМА е частично одобрение само на някои от пред-ложенията, като това за строеж на болници и обезщетенията за неработос-пособност, но категорично противопоставяне на задължителното държавно здравно осигуряване, което те определят като антиамериканско. Д-р Морис Фишбейн – главният редактор на официоза на организацията, е красноречив, че предложената от президента програма олицетворява най-лошите черти на „социалистическата“ медицина и че „това е точно типът регламентация, който доведе до тоталитаризъм в Германия и краха на германската нация...“¹²⁾.

В крайна сметка, Конгресът одобрява единствено предложението за подпо-магане строежа на болници, клиники и здравни центрове, което не е случай-но, тъй като инвестирането на федерални средства в подобни обществено по-лезни каузи носи политически дивиденди и в същото време, не крие особени рискове. През 1946 г. чрез законодателен акт се дава началото на програма за отдаване на грантове по 75 млн. щ.д. годишно за четири години¹³⁾. През 1949 г., с подкрепата на демократи и републиканци, програмата е удължена с още четири години, а годишният ѝ бюджет е увеличен от 75 на 150 млн. щ.д.¹⁴⁾ Колкото до съдбата на предложението за създаване на държавна здравнооси-гурителна система, не се наблюдава особен прогрес. В рамките на 80-ия Кон-

грес (1946 – 1948 г.) републиканците представят законопроект, подобен на този от 79-ия – подпомагане единствено за най-бедните, но също и федерални грантове за медицинско образование, които президентът и либералните демократи подкрепят¹⁵⁾. Лявото крило на демократите обаче отказва да застане зад програмата, която не е универсална, и отново внася „Вагнер – Мъри – Дингел“, макар и ненужно, тъй като той отново не излиза от комисия.

След победата за демократите през 1948 г. в Белия дом и Капитолия се заражда известен оптимизъм, че може би най-накрая ще има реформи в здравеопазването. През 1949 г. администрацията представя своята програма, която, в общи линии, засяга всичко от дотук изброеното. Програмата е вменена в законопроект, подкрепен от знакови либерали в Сената като Вагнер, Хъмфри и Пепър. Тя засяга пет основни направления.

- Подпомагане на медицинските университети и отдаване на стипендии с цел увеличаване на медицинските специалисти.

- Подобряване на изследователския капацитет на страната чрез откриване на нови звена към националните институти за здравеопазване.

- Увеличаване и на грантовете за строеж на болници, клиники и здравни центрове и удължаване на действието на програмата.

- Разширяване и формиране на нови фондове за щатите, целящи подобряване на общественото здраве, както и откриване на специални програми за подобряване на детското здраве.

- Създаване на задължителна национална здравноосигурителна система, финансирана по примера на социалните осигуровки¹⁶⁾.

Предложението на Труман за федерално участие в здравната система на страната далеч не е единствено. В рамките на 81-вия Конгрес (1948 – 1950 г.) се лансират още три законопроекта, което показва силната воля и в двете партии за изпълнение поне на част от идеите на администрацията. Първият от тях е законопроектът на „Хил – Ейкен“, подкрепен в Сената както от демократи като Хърбърт О’Конър от Мериленд, Гарет Уитърс от Кентъки и Листер Хил от Алабама, който е и основният спонсор на гласуването през 1946 г. законодателство за строеж на болници, така и от републиканци, включително Джордж Ейкен от Вермонт и Уейн Морз от Орегон. „Хил – Ейкен“ предполага държавата да доплаща вноските за частни здравноосигурителни планове на онези, които не могат да си ги позволят, и поискат помощ. Също така отпуска средства за медицинските университети¹⁷⁾. Този законопроект среща и подкрепата на Американската болнична асоциация и като цяло, има най-добри шансове да бъде одобрен заради широката подкрепа и от двете партии (Роеп 1979, 166). Второто предложение, алтернативно на плана на администрацията, е законопроектът на Тафт, Смит и Донъл – и тримата републикански сенатори. Той наподобява предложенията на републиканците от предходните конгреси, но обхваща и други точки, подкрепяни и от админи-

страцията. Такива са продължаването на програмата за строеж на болници, както и подпомагането на медицинските университети¹⁸⁾. Третият законопроект е този на републиканците Ралф Флиндерс от Вермонт и Ирвинг Айвс от Ню Йорк. Той е може би най-амбициозен от трите – предвижда създаване на доброволни частни предплатени планове, чиито вноски са съобразени с доходите на населението, като държавата поема отговорност да плаща разликата, когато лечението стане по-скъпо от вноските на даден индивид. В допълнение и „Фландерс – Айвс“ също включва продължаване на грантовете за строеж на болници и финансова подкрепа за медицинските университети¹⁹⁾. Основният принцип, по който тези три предложения се различават от това на администрацията, е доброволният и частен характер на предлаганата осигурителна система. Тафт отлично изразява опозицията на всички тези конгресмени срещу всякаква форма на задължителна държавна здравноосигурителна система: „Със сигурност нищо не може да попречи на свободата на американското семейство повече от подобна държавна здравна програма“²⁰⁾.

Въпреки очевидното желание да се направи нещо за подобряване на здравната система в страната, от гореизброените пет основни направления са изпълнени само две, а други две са частично реализирани. Сенатът с подкрепа и от двете партии гласува програма за подобряване на детското здраве, както и такава за общественото здраве и отпускане на грантове за медицинските университети²¹⁾. Но Камарата на представителите остава пасивна по всички тези законопроекти. Постигнато е единствено продължаване на програмата за строеж на болници, както и създаване на нови институти към Националните институти по здравеопазване, което затвърждава ролята на федералната държава като инвеститор в медицинската наука²²⁾. Освен това в промените в Закона за социалните осигуровки от 1950 г. специално е упоменато, че помощите за най-бедните, сираците, слепите и добавената категория на хора с трайни увреждания включват и медицински грижи²³⁾. Учудващо мярка като подпомагането на медицинските университети и отпускането на стипендии с цел увеличаване на медицинските специалисти, която се ползва с подкрепата едновременно на някои от най-либералните демократи и най-консервативните републиканци, не се реализира. Въпреки изразената подкрепа подпомагането на медицинските университети, явно, не стои на вниманието на конгресмените, защото липсват съществени опити за превръщане на предложената мярка в закон.

Сред причините за слабите резултати на администрацията на Труман в сектор здравеопазване може да се посочи разединението в Конгреса по въпроса – само в 81-вия Конгрес има четири различни законопроекта, преследващи една и съща цел. В същото време обаче, достатъчен брой конгресмени не са убедени, че е работа на федералната държава да се намесва въобще²⁴⁾. Неслучайно Камарата на представителите предприема единствено минимални действия в

областта. В този смисъл, по-добра стратегия би била подкрепящите някаква форма на държавно подпомагане в здравния сектор да се обединят зад един законопроект. В 79-ия Конгрес, пред който Труман за първи път излага своята програма, даже има различия вътре в лагера на либералните демократи и дори те не могат да се обединят зад Вагнер – Мъри – Дингел²⁵). По този начин най-реформаторски настроените конгресмени разединяват усилията си, вместо да обединят сили в убеждаване на по-скептичните си колеги в правотата на здравната реформа.

Друг фактор за неуспеха за прокаране на някаква форма на държавна здравноосигурителна система е слабото влияние на Труман върху законодателния орган. По принцип лидерството на президента и умението му да убеждава конгресмените в своята визия, са от огромно значение. За добри примери в това отношение могат да се дадат президенти като Франклин Рузвелт и Линдън Джонсън. И двамата имат голям опит в машинациите на Капитолия и съумяват успешно да въздействат върху Конгреса. В допълнение към това Труман има лошия късмет да управлява в период на силно разделение в редиците на демократите, и затова често неговите апели дори към съпартийците му остават нечути.

Но основната причина за провала на здравната реформа през 40-те години е силната опозиция на най-голямата лекарска организация – АМА. 40-те и началото на 50-те години се характеризират с масирана лобистка дейност. Няколко важни фактора способстват за това. Първо, разширяването на функциите на федералната държава в периода на Новия курс и Втората световна война. Това, което според мнозина е прекомерна намеса, особено в свободната икономическа дейност, подтиква много групи да създадат мощни лобита в опит да защитят интересите си. Оттук идва и необходимостта за инициране на информационни кампании на национално равнище, а не както е дотогава – основно на регионално, което води до увеличаване цената и мащаба на лобистката дейност. Второ, начинът, по който се пишат законите. Показанията на експерти, представители на едно или друго лоби, са значим елемент от законодателната дейност, но в същото време, способстват за оказване на пряко влияние върху конгресмените. Освен това липсата на достатъчно подготвени експерти, заети в държавния сектор, много често оставя писането на законопроекти в ръцете на групите със специални интереси. По този начин изготвянето на законодателни текстове остава един от основните методи на лобистките групи за пряко влияние върху решенията на Конгреса. Трети метод е този на директната конфронтация или организиране на протест или стачка срещу законодателни действия, с които дадената група не е съгласна. Още един похват на лобистките организации са информационните кампании независимо дали са насочени към широката общественост, или конкретно към конгресмените, както и предоставяне на сведения за различни комисии в

хода на изслушвания по дадена тема. Накрая може да се посочат и опитите на групите със специални интереси да влияят директно върху гласоподавателите чрез призив за кампании за писане на писма или мобилизиране на гласове за един или друг кандидат (Roof 2015, 191 – 192).

Понеже в Съединените щати лобистката дейност е обект на държавен контрол, сме добре запознати със средствата, похарчени от различни лобита, в опити за оказване на влияние. Един поглед върху разходите на лобистките групи показва, че за годините 1949 и 1950 г. АМА с нейния годишен бюджет за лобистка дейност от над 1 млн. щ.д. убедително оглавява класацията за най-много похарчени средства²⁶⁾. Мащабът на информационната кампания на Асоциацията дава повод на някои изследователи да определят Асоциацията като най-могъщата лобистка организация във Вашингтон за времето си (Griffith 1991, 84). Стратегията ѝ е да критикува предложенията на президента като прекалено скъпи и „социалистически“, а в същото време, да лансира по-добра алтернатива в очите на доброволното частно осигуряване. Не трябва да забравяме, че в края на 40-те години с началото на Студената война в САЩ се разгръща масирана антикомунистическа вълна, известна още като „маккартизъм“. В този смисъл, определянето на нещо за социалистическо или комунистическо носи силно отрицателна конотация и в случая е стратегия с няколко основни цели. Първо, тя служи за формиране на отрицателно обществено мнение по отношение на държавното здравно осигуряване. В същото време, по този начин се подкопава подкрепата за президентските инициативи в Конгреса, защото в контекста на антикомунистическата истерия дори заподозрените в пристрастие към комунизма често пъти се прощават с политическата си кариера²⁷⁾. В допълнение АМА използва държавната здравна програма, която покрива грижите за ветераните, като пример колко лоша може да бъде една национална система (Yamagishi 2011, 111).

Особено след победата на Труман и демократите през 1948 г., Асоциацията си поставя за цел да попречи на преизбирането на кандидати, подкрепящи „Вагнер – Мъри – Дингел“, на изборите през 1950 г., и в много отношения успява, тъй като либерални демократи като Клод Пепър и Андрю Бимилер от Уисконсин губят местата си в Конгреса. За осъществяване на мащабната си кампания тя ползва услугите на една от най-успешните консултантски фирми по политически въпроси, което определено повишава ефективността на основното послание, че държавното здравеопазване е крачка към социализма, кошмар за мнозинството американци (Quadagno 2005, 34). Същата година АМА отпечатва между 50 и 80 млн. брошури и купува реклами на цяла страница във всички големи вестници в страната (Gordon 2003, 222 – 223). За да финансира кампания от подобен мащаб, Асоциацията събира от членовете си допълнителни 25 щ.д., което, макар и да среща известна съпротива от някои, се оказва достатъчно за спирането на здравната реформа²⁸⁾. Джон

Дингел определя кампанията като „една от най-ловките, най-пресметливите и най-хладнокръвните лобистки операции в американската история“⁽²⁹⁾. Той представя пред Камарата част от стратегията за влияние директно върху Конгреса, а именно свързване директно с личните лекари на всеки един конгресмен и сенатор за още по-голяма ефективност⁽³⁰⁾. Освен директно въздействие върху законодателите успешно се оказва и влиянието върху общественото мнение, тъй като подкрепата за предложенията на президента рязко спада⁽³¹⁾.

На фона на всичко това организациите, които подкрепят плана на Труман, или не успяват да се конкурират с АМА, или имат други проблеми. Комитетът за националното здраве има годишен бюджет от едва 98 хил. щ.д. за 1949 г. (Poen 1979, 152). НМА даже оттегля подкрепата си за плана през 1948 г. след известен натиск от страна на АМА. В същото време, едни от най-властните поддръжници на задължителното здравно осигуряване – профсъюзите, тръгват по пътя на подsigуряване на частни планове за членовете си. В края на краищата кампанията на Асоциацията се радва на абсолютен успех в годините на управление на Труман и чак до 60-те години липсва федерално участие в здравноосигурителната система на страната.

Не е изненадващо, че именно годините непосредствено след 1945 г. се оказват период на сериозно реформиране на социалната система в Западна Европа и Северна Америка. Огромните катаклизми, породени от Голямата депресия и Втората световна война, пораждат широк консенсус сред управляващите, че хората трябва да бъдат предпазени от социални рискове. Неслучайно страни като Великобритания и Канада прокарват сериозни реформи в тази посока. В САЩ обаче въпросът за участието на федералната държава в живота на обикновените граждани остава все така оспорван и след 1945 г. От противоречивите виждания на политическата класа по въпроса се възползват лобистките организации като АМА, които стъпват и върху новородения страх от комунизъм и външни влияния, характерни за началния етап на Студената война. Всичко това довежда до неуспех за голяма част от мерките, предложени от 33-тия президент. В крайна сметка обаче, ограничените успехи на администрацията на Труман се превръщат в основата, на която стъпват последвалите реформатори от Демократическата партия в лицето на Линдън Джонсън, Бил Клинтън и Барак Обама, които с огромни усилия прокарват, макар и ограничено, федерално участие в здравната система.

БЕЛЕЖКИ

1. Частните здравноосигурителни дружества в периода предлагат два основни вида планове – такива, покриващи болничен престой („Син кръст“), и пла-

нове, чийто обхват са единствено хирургически процедури („Син щит“). Трябва да се има предвид, че плановете, които обхващат единствено хоспитализация, са в пъти по-популярни – например за 1950 г. първите покриват 50,7% от населението, а вторите – едва 35,8%. Това означава, че осигурените лица често трябва да доплащат медицински процедури от джоба си. Данните са от U.S. Bureau of the Census, 1975. *Historical Statistics of the United States, Colonial Times to 1970 Bicentennial Edition, Part 1*. Washington: U.S. Government Printing Office, 82.

2. Ibid., 73.
3. COMMITTEE ON ECONOMIC SECURITY, 1935. *The Unpublished 1935 Report on Health Insurance & Disability. March 7, 1935*. Available from: <https://www.ssa.gov/history/reports/health.html> [Viewed 2022-3-7].
4. U.S. SENATE. Committee on Education and Labor, 1944. *Wartime Health and Education. Interim Report from the Subcommittee on Wartime Health and Education. January 1945*. Washington: U.S. Government Printing Office, 2 – 3.
5. Ibid., 21– 22.
6. U.S. CONGRESS, 1945. *Congressional Record*, Vol. 91. Washington: U.S. Government Printing Office, 4924 – 4927.
7. Ibid. 1946, Vol. 92, 4391.
8. *Special Message to the Congress Recommending a Comprehensive Health Program, November 19, 1945*. Public Papers of the Presidents of the United States: Harry S. Truman. Available from: <https://www.presidency.ucsb.edu/> [Viewed 2022-3-7].
9. Ibid.
10. *Historical Statistics of the United States, Part 1*, 76.
11. “New York Times” (NYT), December 1, 1945, 24. Available from: <https://www.nytimes.com/> [Viewed 2020-3-20]. [paywall].
12. “NYT”, November 20, 1945, 13; “NYT”, November 27, 1945, 16.
13. United States Statutes at Large. Hospital Survey and Construction Act. 1946. Pub. L. 79 – 725, Title VI, Sec. 621.
14. United States Statutes at Large. Hospital Survey and Construction Amendments. 1949. Pub. L. 81 – 380, Sec. 2.
15. U.S. Congress, 1947. *Congressional Record*, Vol. 93, 911.
16. *Annual Message to the Congress on the State of the Union, January 5, 1949; Special Message to the Congress on the Nation's Health Needs, April 22, 1949*. Public Papers of the Presidents of the United States: Harry S. Truman.
17. U.S. Congress, 1949. *Congressional Record*, Vol. 95, 3436 – 3438.
18. Ibid. 4573 – 4574.
19. Ibid., 7001 – 7004.
20. “NYT”, January 9, 1948, 6.

21. CONGRESSIONAL QUARTERLY SERVICE, 1965. *Congress and the Nation, 1945 – 1964. A Review of Government and Politics*. Washington: Congressional Quarterly Service, 1133 – 1134.
22. Новосъздадените институти са за изследване на артрит и други метаболитни заболявания, както и такъв за неврологични болести и слепота. United States Statutes at Large. Public Health Services Act. 1950. Pub. L. 81 – 677.
23. UNITED STATES STATUTES AT LARGE. Social Security Act Amendments. 1950. Pub. L. 81 – 734.
24. Типичен пример са изказванията на републиканския конгресмен от Артур Милер от Небраска: „Нека не бъркаме здравния план на президента със социален експеримент. Той ще бъде финална капитулация и държавата ще поеме огромната отговорност да управлява и финансира здравните грижи“. Подобен тон подхваща и републиканският конгресмен Франк Кефе от Уисконсин, който говори за разпространението на социализма в администрацията и как това е довело до предложенията за държавно здравно осигуряване. Вж. U.S. Congress, 1949. *Congressional Record*, Vol. 95, 7205 – 7208; 12 003 – 12 005; A2412.
25. Причината за това е, че част от либералните демократи подкрепят единствено спонсорирания от Клод Пепър законопроект за подобряване здравните грижи на майки и деца. (Poen 1979, 76).
26. CONGRESSIONAL QUARTERLY SERVICE, 1965. *Congress and the Nation*, 1587.
27. Добър пример за това са случаите на Джери Ворхис и Хелън Гахаган Дъглас – демократи, които губят местата си в Конгреса именно заради недоказани обвинения в пристрастия към комунизма (Gellman 2017, 61 ff.; 306 ff.).
28. За протестното писмо на някои членове на АМА срещу събирането на допълнителни средства с цел блокиране на законодателство вж. U.S. Congress, 1949. *Congressional Record*, Vol. 95, 4589 – 4590.
29. Ibid., A3174.
30. Ibid., A3174 – A3177.
31. Броят на подкрепящите плана за здравеопазване на администрацията пада от 38% на 29% между март 1949 и ноември 1950 г. За същия период противниците на плана се увеличават от 38 на 60%. (Blendon, Brodie 1997, 210).

REFERENCES

- BÉLAND, D.; WADDAN, A., 2012. *The Politics of Policy Change. Welfare, Medicare, and Social Security Reform in the United States*. Washington: Georgetown University Press. ISBN 9781589018846.
- BLENDON, R. J.; BRODIE, M., 1997. Public Opinion and Health Policy, 201 – 219. In: LITMAN, T. J.; ROBIMS, L. S. (eds.). *Health Politics and Policy. Third Edition*. Albany: Delmar Publishers. ISBN 0827367767.

- CARUSO, D. F.; HIMMELSTEIN, D. U.; WOOLHANDLER, S., 2015. Single-Payer Health Reform: A Step Toward Reducing Structural Racism in Health Care. *Harvard Public Health Review*. 7, 1 – 4. eISSN 2643-6450.
- GAFFNEY, A., 2015. The Neoliberal Turn in American Health Care. *International Journal of Health Services*. 45(1), 33 – 52. ISSN 0020-7314.
- GELLMAN, I. F., 2017. *The Contender. Richard Nixon: The Congress Years, 1946-1952*. New Haven: Yale University Press. ISBN 9780300220209.
- GORDON, C., 2003. *Dead on Arrival. The Politics of Health Care in Twentieth-Century America*. Princeton: Princeton University Press. ISBN 9780691119519.
- GRIFFITH, R., 1991. Forging America's postwar order: domestic politics and political economy in the age of Truman, 57-88. In: Lacey, M. J. (ed.) *The Truman Presidency*. Cambridge: Woodrow Wilson International Center for Scholars and Cambridge University Press. ISBN 9780511572364.
- HENDRICKS, R., 1991. Medical Practice Embattled: Kaiser Permanente, the American Medical Association, and Henry J. Kaiser on the West Coast, 1945 – 1955. *Pacific Historical Review*. 60(4), 439 – 473. ISSN 0030-8684.
- LEAR, W. J., 1951. Medical-Care Insurance for Industrial Workers: Status of Programs in 1950 in Perspective Three Principal Types of Nonindustrial Plans Used Payment of Increasing Share of Cost by Employers. *Monthly Labor Review*. 73(3), 251 – 257. ISSN 0098-1818.
- MORRIS, A., 2015. The Great Depression and World War II, 59 – 75. In: Béland, D. et al. (eds.) *The Oxford Handbook of U.S. Social Policy*. Oxford: Oxford University Press. ISBN 9780199838509.
- POEN, M. M., 1979. *Harry S. Truman Versus the Medical Lobby. The Genesis of Medicare*. Columbia: University of Missouri Press. ISBN 9780826210869.
- ROOF, T., 2015. Interest Groups, 187 – 205. In: Béland, D. et al. (eds.) *The Oxford Handbook of U.S. Social Policy*. Oxford: Oxford University Press. ISBN 9780199838509.
- SAVAGE, S. J., 1997. *Truman and the Democratic Party*. Lexington: University Press of Kentucky. ISBN 9780813109411.
- QUADAGNO, J., 2005. *Uninsured. Why the U.S. Has No National Health Insurance*. Oxford: Oxford University Press. ISBN 9780195160390.
- YAMAGISHI, T., 2011. *War and Health Insurance Policy in Japan and the United States. World War II to Postwar Reconstruction*. Baltimore: The John Hopkins University Press. ISBN 9781421400686.

ZHU, L.; CLARK, J. H., 2015. "Rights without Access": The Political Context of Inequality in Health Care Coverage in the U.S. States. *State Politics & Policy Quarterly*. **15**(2), 239 – 262. ISSN 1532-4400.

THE FATE OF HEALTHCARE REFORM IN THE UNITED STATES IN THE 1940S

Abstract. The article focuses on the attempts at healthcare reform by the Truman administration alongside the liberal wing of the Democratic party in the 1940s. The proposals of both the White House and different groups of congressmen are laid out in detail. The main reasons for the failure of healthcare reform, as proposed by the author, are the lack of coordination among the Democrats supporting healthcare reform, Truman's poor influence on Congress, and the role some key professional organizations play in weakening public support for the administration's initiatives.

Keywords: USA; Harry Truman; Democratic Party; healthcare; lobbyism.

✉ **Dr. Ivana Nikolova**

ORCID ID: 0000-0003-0158-395X

Faculty of History

University of Sofia

Sofia, Bulgaria

E-mail: ivanan@uni-sofia.bg