

Проблемы развития экономики и управления

Научная статья
УДК: 331.57; 336:378(73)
DOI: 10.32324/2412-8945-2022-4-61-70

**РЕФОРМИРОВАНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И ГОСУДАРСТВЕННАЯ
РЕГИОНАЛЬНАЯ ПОЛИТИКА США**

Валерий Николаевич Минат

Рязанский государственный агротехнологический университет им. П. А. Костычева, Рязань, Российская Федерация,
minat.valera@yandex.ru

Аннотация. Одной из причин обострения социальных противоречий в современных США выступает неравенство обеспечения населения медицинскими благами, что актуализирует исследование реформ и направлений региональной политики, проводимых государством в сфере здравоохранения. Цель исследования состоит в выявлении тенденции формирования неравенства в обеспечении населения США медицинскими услугами, сложившейся вследствие социально-экономических и политических процессов в американском обществе, выраженных в перманентном реформировании национального здравоохранения и государственном регулировании региональных проблем. На основе эволюционно-генетического подхода к предмету исследования и использования методов статистико-экономического анализа, а также абстрактно-логических приемов обработки теоретического материала получены результаты, отражающие динамику исследуемого неравенства, и выявлены определяющие ее на протяжении 1951—2020 гг. факторы. Сделан ряд выводов, отражающих пространственно-временной и социально-структурный характер неравенства в обеспечении населения США медицинскими благами, определяемый экономическим и политическим циклизмом развития американского общества в исследуемый период. Следствием цикличности является противоречивость реформирования и использования различных типов государственной региональной политики в регулировании здравоохранения в зависимости от конъюнктурных факторов.

Ключевые слова: здравоохранение США, цикличность социально-экономического развития США, федеративное устройство США, конкурентный федерализм, неравенство в обеспечении медицинскими услугами, реформы здравоохранения, государственная региональная политика, регионализация

Для цитирования: Минат В. Н. Реформирование здравоохранения и государственная региональная политика США // Развитие территорий. 2022. № 4. С. 61—70. DOI: 10.32324/2412-8945-2022-4-61-70.

Problems of economic development and management

Original article

HEALTH CARE REFORM AND STATE U.S. REGIONAL POLICY

Valery N. Minat

Ryazan State Agrotechnological University named after P. A. Kostychev, Ryazan, Russian Federation, minat.valera@yandex.ru

Abstract. One of the reasons of social contradictions aggravation in modern USA is inequality of provision of the population with medical benefits, which actualizes the research of reforms and directions of regional policy, carried out by the state in the sphere of health care. The purpose of the research consists in revealing the tendency of formation of inequality in provision of the population of the USA with medical services, developed as a consequence of socio-economic and political processes in American society, expressed in permanent reforming of national health care and state regulation of regional problems. On the basis of the evolutionary-genetic approach to the subject of research and the use of methods of statistical and economic analysis, as well as abstract-logical methods of processing of the theoretical material the results were obtained, that reflect the dynamics of the studied inequality and the factors determining it during 1951—2020 years were revealed. A number of conclusions reflecting the spatial-temporal and socio-structural nature of inequality in the provision of medical benefits to the US population, determined by the economic and political cyclism of the development of American society in the period under study, are made. The consequence of cyclicity is the inconsistency of reforming and using various types of state regional policy in the regulation of healthcare, depending on conjunctural factors.

Keywords: US healthcare, cyclical socio-economic development of the USA, the federal structure of the USA, competitive federalism, inequality in the provision of medical services, healthcare reforms, state regional policy, regionalization

For citation: Minat V.N. Health care reform and state U.S. regional policy. *Territory Development*. 2022;(4):61—70. (In Russ.). DOI: 10.32324/2412-8945-2022-4-61-70.

Введение

Первопричина неравномерного обеспечения населения услугами здравоохранения, качественно и количественно характеризующегося посредством общенаучной категории «неравенство», как всегда,

имеет экономический, а в глобализованном мире — финансово-спекулятивный характер. Так, начало 2020-х гг., ознаменовавшееся пандемией, отмечено попросту тотальной финансиализацией общественных отношений в условиях информатизации и цифровизации. Это создает условия для острого, но небывалого по масштабам и силе кри-

зиса и, как хорошо известно из новейшей мировой истории, разрешаемого рано или поздно силовыми мерами, переводящими экономическую регионализацию в плоскость политической конфронтации.

Соединенные Штаты Америки — «родина федерализма» в современном понимании многоуровневых федеративных отношений — характеризуется не только бессистемной организацией здравоохранения как на национальном, так и на регионально-муниципальном уровнях, но и чрезвычайно разнообразной и противоречивой функциональной структурой обеспечения граждан страны медицинскими услугами в разрезе эффективности, безопасности, качества и, главное, доступности этого вида общественных благ. Отмеченная противоречивость эволюции американского здравоохранения не случайна по причине его непомерной коммерциализации (рыночного ценообразования) и управленческой децентрализации наиболее социально значимых институциональных структур, поскольку обеспечение здоровья граждан ведущей экономики мира много десятилетий находится в жесткой прямой зависимости от неравномерного циклического развития Соединенных Штатов.

Таким образом, актуализируется историко-экономическая (методологически определяемая как эволюционно-генетическая) проблема выявления факторов и результатов ограниченности рыночного механизма, объективно поддерживающего неравенство в защите здоровья граждан США. Отмеченное неравенство, характерное как в разрезе стратификации американского общества по социальным группам, видам деятельности, доходам и т. д., так и по территориям, отличающимся уровнем социально-экономического развития, представляется несправедливым и социально опасным явлением. Проблема неравенства в предоставлении медицинских услуг и товаров едва ли не каждый год обостряется, несмотря на то что, как показывает статистика, в целом здравоохранение США на протяжении всего послевоенного времени является самым финансово обеспеченным в мире, обладая при этом колоссальным инновационно-технологическим потенциалом¹. В этой связи важное место, на наш взгляд, должно быть уделено не только оценке результатов проведения перманентных реформ национального здравоохранения, где доминирует простое «подстраивание» параметров и индикаторов под существующую концепцию свободных рыночных отношений на релевантном рынке медицинских товаров и услуг, но и государственной региональной политике (ГРП). Общегосударственная направленность реформ учитывает ин-

¹ Американское здравоохранение, по данным официального сайта ВОЗ, — самое дорогое в мире как по общим затратам, так и по стоимости оказания медицинских услуг, что выступает основой роста инфляции в экономике в целом. Так, в 2010-х гг. на здравоохранение в США тратилось, как минимум, вдвое больше средств, чем в любой другой стране: как в структуре ВВП (по разным оценкам и в разные годы — от 16 до 19,5%), так и на душу населения — свыше 15 тыс. долл., не говоря уже об абсолютных суммарных показателях [1].

тересы фармгигантов страны (так называемой «большой фармы», *Big Pharma*). В то же время непрекращающиеся реформы здравоохранения, предпринимаемые по инициативе почти каждого вновь избранного президента США, напротив, практически не отвечают региональным особенностям оказания поддержки в предоставлении медицинских услуг.

Предмет настоящего исследования отражает динамику неравенства американского здравоохранения в пространстве и времени, развивающегося под воздействием перманентного реформирования системы здравоохранения и государственной региональной политики США.

Обзор литературы

Исследование динамики неравенства в сфере предоставления медицинских услуг рассматривается в долгосрочном, качественно неоднородном временном периоде, характеризуемом циклическостью наполняющих его экономических процессов и зависимых от их характера социальных явлений. При этом учитывается, что как проведение постоянных реформ в американском здравоохранении, так и государственная региональная политика не только напрямую, но и опосредованно формируют социально-экономические, административно-правовые и организационно-управленческие условия и действенные инструменты для обеспечения населения страны медицинскими услугами и товарами. Население США, являясь конечным потребителем медицинских благ, выступает объектом настоящего исследования в разрезе определенного динамического ряда показателей, связанных с неравенством обеспечения медицинскими услугами.

В соответствии с научными подходами американских социологов и экономистов изучение структуры неравенства проводится в двух аспектах / «исследовательских срезах»: «вертикальном социальном срезе» (*vertical social cut*) — в соответствии с показателями социально-экономического состояния и развития населения США и «горизонтальном пространственном срезе» (*horizontal spatial slice*) — на уровне конкретных целостных территорий Американской федерации (штатов, округов, графств, мегаполисов, субурбанизированных, сельских и откровенно депрессивных территорий страны) [2—4].

Для научного познания и правильного понимания предмета исследования важно выделить следующие аспекты.

Во-первых, либерально-рыночная модель американского здравоохранения в сочетании с конкурентным федерализмом США, образно выражаясь, «маскирует» в сложносоставной системе межбюджетных отношений свое главное противоречие. Оно состоит в двойственной роли государства в федеративных отношениях². Такой под-

² Именно государственное регулирование и управление в Соединенных Штатах можно считать неким «функциональным эталоном», обеспечивающим «согласованное взаимодействие создающего, образующего и рыночного статусов, что

ход системно раскрывает пространственно-уровневый спектр федеративных отношений, объективно расширяющийся в условиях начального этапа активной регионализации, применительно к предмету нашего исследования.

Во-вторых, реформирование здравоохранения США и государственная региональная политика, проводимые в Американской федерации, отождествляются прежде всего с федеральным правительством как центральным субъектом управления ключевыми сферами социально-экономической деятельности¹. Вместе с тем в рамках федеративного американского государства региональные власти (прежде всего на уровне штатов страны) и органы местного управления наделены полномочиями формирования конкретных направлений соответственно государственной и муниципальной политики, реализуемой в соответствии с законодательством США. В сфере здравоохранения Соединенных Штатов наблюдается трехступенчатая взаимосвязь федерального центра, регионов и муниципалитетов, с одной стороны, расширяющая пределы органов государственной власти и местного управления, а с другой — включающая цели развития и параметры функционирования региональных и местных структур здравоохранения в «ориентиры федерации». Последние, как мы отметили выше, имеют рыночно-регулируемую функциональную и идеологическую направленность как в рамках институциональной вертикали, так и на пространственно-горизонтальном уровне, характеризуясь резилентностью [7]. При этом территориальная резилентность ГРП, предполагающая стратегически ориентированный интегральный процесс трансформации и адаптации целостной территории США к возможным рискам, в условиях борьбы с пандемией COVID-19 и ее последствиями (наряду с положительными результатами) не обеспечила эффективность и оперативность антиковидных мер в рамках Американской федерации в целом. Это стало четким доказательством наличия пространственного неравенства обеспечения населения США медицинскими услугами.

Используя исторический (эволюционно-генетический) подход к предмету нашего исследования, отметим важность эмпирического доказательства (либо опровержения) сложившегося неравенства в обеспечении услугами здравоохранения населения Соединенных Штатов под воздей-

способствует усилению их взаимного действия» и выступающим «в качестве актора — активного сектора экономики, взаимодействующего с другими участниками рынка, тем самым формируя теоретический фундамент для анализа системы экономического федерализма через призму рыночного вектора экономики» [5, с. 82].

¹ Российские специалисты, в частности Е. С. Устинович, обосновывают диалектическое единство и различие научных категорий, связанных с государственной региональной политикой и региональной политикой, исходя из субъектности реализации каждой из них в федеративном государстве. Первая определяется как политика федерального центра по отношению к регионам, а вторая — как политика самого региона, направленная на собственное развитие и отношение с системой местного управления [6, с. 63—69].

ствием наиболее значимых факторов. Два важных фактора: цикличность социально-экономического развития США и начало государственного гарантирования медицинского обеспечения значительной части населения регионов и штатов Американской федерации — обусловили выбор пространственно-временного континуума, научного подхода и метода исследования. Во-первых, хронология настоящего исследования включает долгосрочный временной период, охватывающий 70 лет (1951—2020), в котором специалисты насчитывают не менее десяти мировых кризисов, в центре которых неизменно находились и находятся Соединенные Штаты². Во-вторых, концептуально исследование динамики развития здравоохранения США базируется на широко известных теоретических положениях цикличности социально-экономического развития общества [8].

Методика исследования

Информационно-статистическую основу настоящей работы составляют данные официальной американской статистики и аналитические доклады Министерства здравоохранения и социальных служб США (*United States Department of Health and Human Services*)³ за период 1951—2020 гг., приводимые в разрезе указанных пространственных субъектов, имеющих статус территориально-статистических единиц. Взаимное сочетание и принятое в американском статистическом учете соотношение привязанных к разным штатам и метрополитенским статистическим ареалам (МСА) и рассчитанных на их основе индексов дает в целом объективную структурную картину пространственно-временного состояния развития здравоохранения в США как в статике, так и в динамике. Методологически базируясь на известном методе декомпозиции индекса Тейла применительно к предмету настоящего исследования, автор получил результаты, отражающие внутригрупповое и межгрупповое неравенство в развитии здравоохранения США [9]⁴.

² Середина XX столетия считается в Америке рубежом в активизации социальной деятельности государства, позднее, с 1965 г., связанной с введением финансируемых целевым образом государственных программ — медицинского страхования «Медикэр» (Medicare) и медицинского вспомоществования «Медикейд» (Medicaid) и вплоть до «Обамакэр» (ObamaCare) 2010 г., подвергнувшейся изменениям при Д. Трампе и «антиковидной истерии» при Д. Байдене.

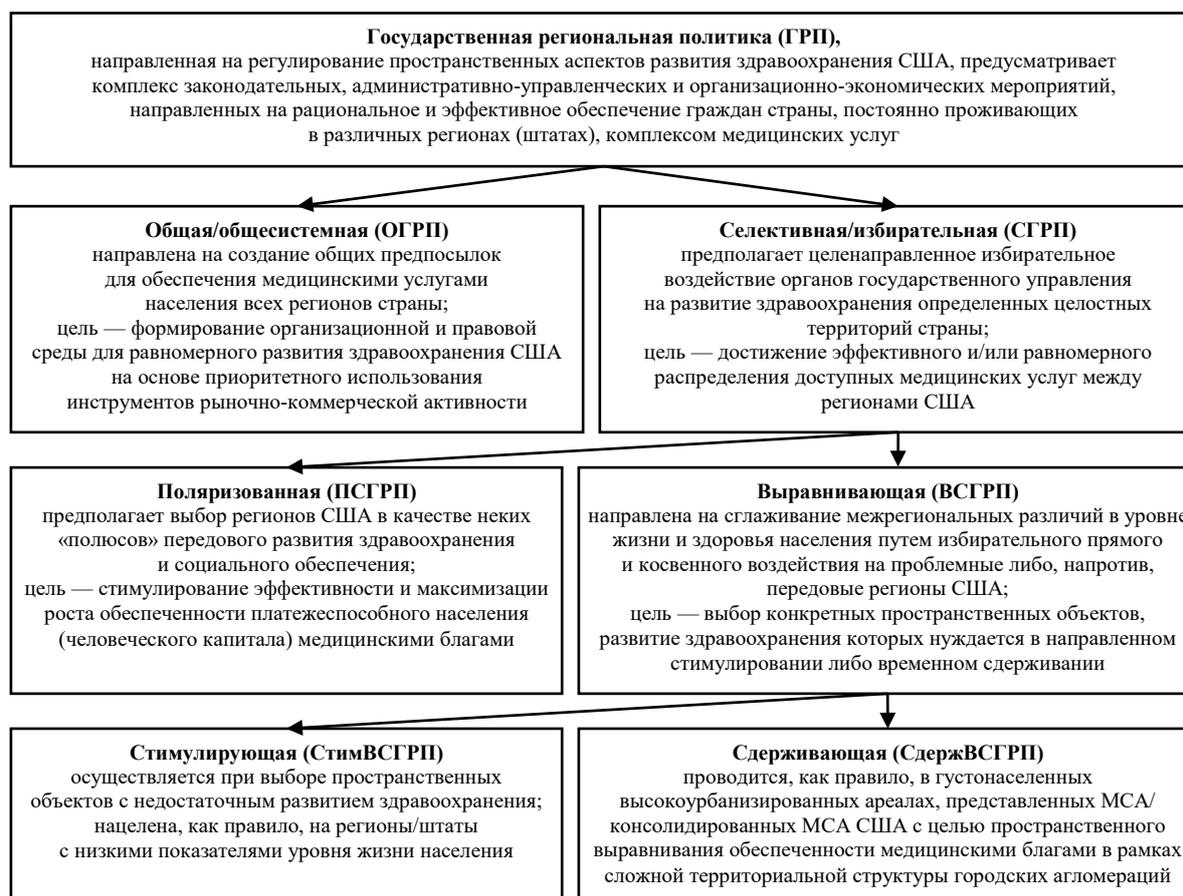
³ С 1953 по 1979 гг. — Министерство здравоохранения, образования и социального обеспечения (Department of health, education, and welfare) США.

⁴ Выявлена объективно сложившаяся тенденция увеличения указанных типов неравенства, связанных с доминированием нерегулируемых отношений на релевантном рынке медицинских товаров и услуг. Такой рынок преимущественно стихийно реагирует на покупательную способность населения конкретных территорий США, зависящую, в свою очередь, от уровня экономического развития и их урбанизированности, что формирует центр-периферийную структуру здравоохранения. Эмпирически подтвержденная неспособность отмеченного структурного типа организации здравоохранения в обширной по территории и пространственно неоднородной стране к быстрому реагированию на мобилизационные нужды населения в случае пандемической необходимости неоднократно свидетельствовала об ограниченности в разрезе ее эффективности.

Теоретико-методологической основой для изучения влияния реформ, проводимых в здравоохранении США за исследуемые семь десятилетий, тесно связанных с направлениями государственной региональной политики, напрямую и опосредованно влияющей на неравенство обеспечения населения страны медицинскими услугами, выступают результаты работ американских [3] и российских [10 ; 11] специалистов.

В рамках предмета нашего исследования важно отметить первоочередность снижения нера-

венства в обеспечении населения США медицинскими благами, что в условиях незыблемости либеральной социально-экономической модели и американских традиций напрямую зависит от ценовой политики и доступности охраны здоровья. Наряду с общесистемным широкое развитие в Американской федерации имеет селективная/избирательная государственная региональная политика [12], типологизация которой представлена на рисунке.



Типы государственной региональной политики, используемые в регулировании здравоохранения США
(составлено по: [6 ; 7 ; 9 ; 12 ; 13])

Types of state regional policy used in the regulation of U.S. healthcare (compiled by: [6 ; 7 ; 9 ; 12 ; 13])

При этом в рамках общей/общественной государственной региональной политики в связи с формированием разветвленной структуры и диверсификации медицинских услуг и товаров широко применяется инструментарий особого типа региональной политики — проактивного характера, основанного на элементах стратегирования, планирования и прогнозирования [13]. Это имеет особое значение для пространственного выравнивания развития в США такой социально значимой сферы, какой является здравоохранение, поскольку элементы планомерности, вынужденно вносимые в систему рыночного регулирования как на федеральном, так и на региональном уровнях, способны «поправлять» стихийность

распределения медицинских услуг, «сглаживая» неравенство.

Результаты и обсуждение

Реформирование здравоохранения США, неразрывно связанное с федеративными особенностями обеспечения населения медицинскими услугами и неизбежным формированием неравенства в рамках указанного процесса, регулируемого в зависимости от направления ГРП (см. рисунок), согласно аналитическим обзорам Министерства здравоохранения и социальных служб США [14 ; 15], ярко проявилось в партийно-идеологическом противоборстве администраций американских президентов (таблица).

Основные направления реформирования здравоохранения и типы государственной региональной политики в периоды правления различных президентов США, 1953—2020 гг.

The main directions of healthcare reform and types of state regional policy during the reigns of various US presidents, 1953—2020

Правление президентов США			Основные направления	Доминирующий тип ГРП*
Номер президентства	Президент, партийность	Период и продолжительность президентства		
1	2	3	4	5
34-й	Д. Эйзенхауэр, республиканец	20.01.1953—20.01.1961, 2 922 дня	Освобождение от налогообложения социального пакета (пенсионного и медицинского обслуживания), предоставляемого работодателем (соответствующий закон одобрен Конгрессом США в 1954 г.)	ОГРП, ПСГРП
35-й	Дж. Кеннеди, демократ	20.01.1961—22.11.1963, 1 036 дней	Попытка введения государственного здравоохранения в США (законопроект отклонен Конгрессом США в 1962 г.)	ОГРП, СтимВСГРП, СдержВСГРП
36-й	Л. Джонсон, демократ	22.11.1963—20.01.1969, 1 886 дней	Учреждение общенациональных страховых программ «Медикэр» и «Медикейд» при активной поддержке профсоюзов (одобрены Конгрессом США в 1965 г.)	
37-й	Р. Никсон, республиканец	20.01.1969—09.08.1974, 2 027 дней	Закон о создании относительно нового способа осуществления частного медицинского страхования — Организаций по поддержанию здоровья (ОПЗ) (<i>Health Maintenance Organizations</i>) (принят Конгрессом в 1973 г.) для создания конкуренции с частными страховыми компаниями с целью снижения стоимости медицинских услуг и активизацией профилактических мероприятий	ОГРП, ПСГРП
38-й	Д. Форд, республиканец	09.08.1974—20.01.1977, 895 дней		
39-й	Д. Картер, демократ	20.01.1977—20.01.1981, 1 461 день	Проработка законопроекта о всеобщем обязательном медицинском страховании	СтимВСГРП, СдержВСГРП
40-й	Р. Рейган, республиканец	20.01.1981—20.01.1989, 2 922 дня	Закон о предоставлении скорой медицинской помощи вне зависимости от наличия страхового полиса (принят Конгрессом США в 1986 г.)	ОГРП, ПСГРП, СтимВСГРП
41-й	Дж. Г. У. Буш («старший»), республиканец	20.01.1989—20.01.1993, 1 461 день	В ряде штатов и на федеральном уровне разрабатывались различные подходы к реформированию системы здравоохранения. Общий подход к реформе заключался в предоставлении специальных налоговых льгот нуждающимся слоям населения для покупки медицинской страховки	
42-й	Б. Клинтон, демократ	20.01.1993—20.01.2001, 2 922 дня	Программа «участуй или плати» (<i>play or pay</i>) предусматривала для работодателей возможность выбора: либо они в обязательном порядке оплачивают медицинское страхование своих сотрудников, либо отчисляют специальный налог в пользу фонда, который, в свою очередь, должен взять на себя оплату медицинского страхования работников Закон об обязательном медицинском обеспечении детей в форме программы, управляемой на уровне штатов (принят Конгрессом США в 1997 г.)	СтимВСГРП
43-й	Дж. У. Буш («младший»), республиканец	20.01.2001—20.01.2009, 2 922 дня	Закон о компенсации фармацевтическим компаниям стоимости лекарств по рецепту для пациентов Медикэр (одобрен Конгрессом США в 2003 г.)	ОГРП, СтимВСГРП
44-й	Б. Обама, демократ	20.01.2009—20.01.2017, 2 922 дня	Закон «О доступном медицинском обслуживании и защите пациентов» и закон о поправках (подписан 23.03.2010 г., постепенно вступал в силу до 2018 г.), предусматривающий постепенное введение обязательного медстрахования, регулирование тарифов страховых компаний и объемов страховки, государственный контроль цен на медицинские услуги и качество медицинской помощи	ОГРП, СтимВСГРП, СдержВСГРП
45-й	Д. Трамп, республиканец	20.01.2017—20.01.2021, 1 461 день	Отмена ряда положений социализации, универсализации и огосударствления здравоохранения как противоречащим Конституции США в части добровольного выбора граждан, намерение снизить дефицит федерального бюджета за счет возобновления коммерциализации здравоохранения; отмена государственных субсидий страховым компаниям (2017 г.)	ОГРП, ПСГРП, СтимВС
46-й	Д. Байден, демократ	20.01.2021 — настоящее время	Реализация программы «Медикэр для большинства» — средней между «Обамакер» и «Медикэр для всех», т. е. плавный переход (в течение 10 лет) к всеобщему здравоохранению в США, подконтрольному федеральному центру	ОГРП, СтимВСГРП, СдержВСГРП

* Условные обозначения типов ГРП приводятся в соответствии с рисунком.

Примечание. Составлено по: [2—4 ; 9—11 ; 16 ; 17].

Следует отметить, что еще в 1912 г. во время своей президентской кампании Т. Рузвельт впервые озвучил саму идею всеобщего медицинского страхования в США. Только в 1934 г. администрация другого Рузвельта — Франклина — наряду с системой социального страхования попыталась конкретизировать вопросы, связанные с предоставлением медицинских услуг гражданам США. В 1945 и 1948 гг. Г. Трумэн пытался провести законопроект о всеобщем медстраховании через Конгресс США. Характерно, что в 1934, 1945 и 1948 гг. все попытки американских президентов были успешно пресечены Американской медицинской ассоциацией — *American Medical Association* (АМА), созданной еще в 1847 г. в качестве крупнейшей ассоциации врачей и студентов с благими целями повышения качества медицинского обслуживания населения, мотивирования врачей и пациентов к успешному решению проблем, связанных со здоровьем последних и т. д. Отмеченная мотивация в интерпретации АМА напроць отрицала всеобщее медицинское обеспечение американцев даже на страховой основе, называя это «социалистической медициной» (*socialist medicine*)¹, снижающей конкурентное начало и предпринимательскую активность врачей, страховщиков и прочих заинтересованных лиц.

Тем не менее последствия первых послевоенных экономических кризисов, усиливших социальное неравенство в самих США, включая неравенство в медицинском обеспечении населения, лишившегося части доходов в 1948—1949 гг. и 1953—1954 гг., позволили Д. Эйзенхауэру в 1954 г. провести через Конгресс США закон, по которому социальный пакет, предоставляемый работодателем сотруднику (пенсии и медицинское обслуживание), не облагается налогом². Далее, как следует из таблицы, все 1960-е гг. президенты-демократы Дж. Кеннеди (безуспешно) и Л. Джонсон (весьма успешно — учреждение общенациональных страховых программ «Медикэр» и «Медикейд», действующих по сей день) направили усилия своих администраций на создание всеобщего медицинского страхования граждан. Это было сделано, как отмечалось выше, в условиях колоссального давления сложившегося «врачебного и фармацевтического лобби», требующего развития здравоохранения США на принципах релевантного рынка товаров и услуг, невзирая на рост неравенства в обеспечении медицинскими благами. Кроме того, впервые в истории федерализма США в части, касающейся здравоохранения, в дополнение к общей государственной региональной политике были применены селективные/избирательные формы сти-

мулирования, либо сдерживания обеспеченности конкретных регионов и штатов страны услугами здравоохранения с целью их нерыночного перераспределения в неоднородном пространстве США для снижения неравенства в обеспечении населения медицинскими услугами, чего удалось добиться уже в 1970-х гг., несмотря на начало нового экономического кризиса.

Указанный экономический и энергетический мировой кризис 1973—1975 гг., последовательный приход в Белый дом двух президентов-республиканцев Р. Никсона и Д. Форда вновь поставили во главу угла реформирование американского здравоохранения на коммерческой конкурентной основе. Это выразилось, во-первых, в создании организаций по поддержанию здоровья как нового способа осуществления частного медстрахования, а во-вторых, в приоритетности, наряду с ОГРП, поляризованного типа селективной политики (ПСГРП), выдвигающей концепцию «полюсов передового развития» взамен выравнивания медобслуживания населения.

Администрация президента-демократа Д. Картера традиционно рассматривала возможность введения обязательного всеобщего медицинского страхования для граждан, а также вернулась к широкому использованию инструментов выравнивающей селективной государственной региональной политики (ВСГРП), стимулируя и сдерживая соответствующие регионы страны в обеспечении медицинскими благами. Все это происходило на кризисном экономическом фоне, что не позволяло полноценно преодолеть социальные последствия экономической депрессии в стране. Все изменилось в наступившем десятилетии.

Относительная экономическая стабильность США второй половины 1980-х гг., когда были преодолены последствия кризиса 1979—1982 гг. и наметилось ослабление, а затем и развал мировой социалистической системы, позволила президентам-республиканцам Р. Рейгану в 1986 г. и его сменщику Дж. Бушу-старшему пойти по пути социализации здравоохранения (не свойственному республиканской партии). Так, впервые в США законодательно обеспечивались гарантии оказания первой медицинской помощи гражданам³, ГРП в сфере здравоохранения приобрела диверсифицированный характер, используя, в зависимости от целесообразности применения, ОГРП, ПСГРП, СтимВСГРП. Помимо проблемы неравенства, не была решена еще одна проблема здравоохранения США — дороговизна. Это вынудило администрацию следующего президента

¹ Такой «ярлык» не помешал многим развитым капиталистическим странам (в частности, Великобритании, Франции, Канаде и др.) социализировать национальную медицину, придав ей системные регулируемые государством функциональные и институциональные свойства.

² По официальным данным, в 2008 г. потери федерального бюджета от этой меры составили 226 млрд долл. [16, с. 33].

³ На данный момент времени такая норма уже давно и прочно существовала в национальных системах здравоохранения практически всех стран Европы, не говоря уже о социалистических странах. Стоит обратить внимание на то, что в США оказание первой медицинской помощи было быстро передано на аутсорсинг и никогда не было бесплатным (как, скажем, в СССР и пока еще в современной России). Оплату за услуги больницы требовали с пациента уже после их оказания, используя коллекторские агентства и судебные тяжбы.

сделать активный шаг в сторону снижения стоимости медицинских товаров и услуг.

Президент от демократической партии Б. Клинтон оказался в ситуации двух нерешенных проблем в сфере здравоохранения: увеличивающегося неравенства и дороговизны, а значит, снижения доступности медицинских услуг. Заложенные его администрацией основы реформирования американского здравоохранения были частично реализованы при самом Клинтоне, частично в течение двух сроков президентства «республиканца» Дж. Буша-младшего (в частности, расширенное финансирование федеральных и региональных программ здравоохранения за счет частного бизнеса). Принципы снижения неравенства в обеспечении услугами здравоохранения населения США нашли воплощение в радикальных реформах Б. Обамы, цели и механизмы реализации которых получили широкое освещение в научной и публицистической среде.

Сменивший в Белом доме Б. Обаму республиканец Д. Трамп, опираясь на конституционный суд и часть граждан страны, традиционно не доверяющих государственному вмешательству в их жизнь (охрану своего здоровья американское население воспринимает исключительно как личное дело каждого индивидуума), развернул ход реформ здравоохранения от социализации к коммерциализации. В этих условиях сменивший Трампа на волне социальных волнений Д. Байден был вынужден снизить радикализацию реформирования Обамы до плавного перехода к новой политике в сфере здравоохранения. Реализация программы «Медикэр для большинства» (*Medicare for All-ish*), предложенной администрацией Д. Байдена, представляет собой попытку сгладить противоречия между «Обамакер» и «Медикэр для всех». В ее основе лежит плавный переход к «всеобщему здравоохранению в США, подконтрольному федеральному центру» (*universal controlled healthcare*), который планируется осуществлять не менее 10 лет, учитывая трудности борьбы с пандемией коронавируса различных модификаций (мутаций).

В отношении снижения пространственного неравенства, начиная с Дж. Буша-младшего, намечилось стойкое сочетание применения инструментов ОГРП и ВСГРП, сохранившееся при всех последующих президентах вне зависимости от их идеологии. Хотя применение ВСГРП наиболее активно использует методы стимулирования и сдерживания в зависимости от партийной принадлежности президента страны. Не менее важно отметить, что в условиях необычайно тяжелых для американского общества социальных последствий финансово-экономического кризиса 2007—2009 гг. и «ковидного» кризиса 2020 г. американское правительство не отказалось от поляризованной селективной государственной региональной политики. Последняя в условиях деглобализации и регионализации американского общества предполагает стимулирование эффективности здравоохранения путем роста платеже-

способного спроса населения, сконцентрированного преимущественно в мегарегионах США — трансрегиональных урбанизированных и субурбанизированных пространственных структурах с неконтролируемым ростом.

Заключение

Теоретический и эмпирический анализ неравенства в обеспечении населения Соединенных Штатов медицинскими услугами, формирующегося в пространстве и времени, под воздействием перманентных реформ и различных типов ГРП, позволяет автору сделать следующие выводы.

Первый вывод констатирует развитие тенденции повышения неравенства в обеспечении населения США медицинскими благами по таким важным социально-экономическим показателям, как вид экономической деятельности, реальные располагаемые доходы, уровень образования, урбанизированность/урбоориентированность жизни и деятельности человека. Повышательная тенденция в развитии неравенства и социальной дифференцированности медицинского обеспечения американцев не только подтверждает снижение доступности и эффективности рыночного регулирования этой социально значимой сферы в течение 70 последних лет, отмеченных автором ранее, но и указывает на несправедливый характер распределения общественных благ.

Второй вывод связан с циклическим характером развития американской экономики, неизменно на протяжении десятилетий влияющий на здравоохранение и социальное обеспечение большинства граждан Америки. Эмпирически данное утверждение наиболее четко подтверждается колебанием уровня неравенства в обеспечении медицинскими благами в периоды времени, следующие за кризисными. Эта зависимость, естественная при либерально-рыночной модели функционирования здравоохранения США, тем не менее вынужденно и постоянно «подправляется» федеральной и региональными властями начиная с 1950-х гг. Настоящее исследование показывает, что реформирование здравоохранения Соединенных Штатов обладает схожей циклическостью, зависимой от двух факторов:

— экономической динамики (базовый фактор), связанной с конъюнктурой стоимости медицинских благ на релевантном рынке и коммерческим ценообразованием, лоббируемым медицинскими (врачебными) ассоциациями и фармацевтическими гигантами;

— политической конкуренции (идеологический фактор), составляющей основу развития американского правящего слоя, нуждающегося в поддержке конкретной части общества в рамках биполярной политической системы демократы — республиканцы¹.

¹ Следует отметить, что помимо названных крупнейших партий, выдвигающих президента США на протяжении всей истории их существования, существует ряд политических сил, имеющих другие, например левые, идеи. В рамках настоящего исследования нельзя не указать на возможность выдвижения

Таким образом, происходит постоянное лавинообразное разделение президентов США между интересами крупного бизнеса от страховой медицины и фармгигантов, с одной стороны, и населения — с другой. В целом изучение проблем реформирования здравоохранения США как американскими, так и российскими исследователями, показывает социальную ориентированность демократических президентов и либерально-рыночную направленность в формах, методах и инструментах развития здравоохранения. Следовательно, «политический циклизм» как бы наследует «циклизм экономический», определяющий задачи устранения неравенства в обеспечении населения США медицинскими услугами и товарами, встающие перед федеральной властью.

Третий вывод фиксирует пространственное неравенство развития здравоохранения, присущее Американской федерации на протяжении всего рассматриваемого периода времени. Указанный вид неравенства выражается посредством формирования центрально-периферийной структуры не только экономики, но и американского общества. Усиливающаяся из десятилетия в десятилетие неравномерность и неоднородность уровня благосостояния и жизни американцев, проживающих в разных регионах США, усиленная урбанизацией и субурбанизацией, привели в начале текущего столетия к двум параллельно идущим процессам, ставшим основой социального неравенства в целом и в охране здоровья населения в частности:

— регионализации — повышению роли регионов/субрегионов США (вплоть до отдельных штатов страны¹) в социально-экономическом и политическом развитии путем перераспределения властных полномочий, компетенций и функций, некогда находящихся у «федерального центра». Применительно к системе здравоохранения США указанный процесс выражается в локализации оказания медицинской помощи местному населению, ограничивая либо полностью исключая вовлеченность подконтрольных региональной власти медучреждений в общена-

циональную деятельность по охране здоровья граждан всей страны, что усиливает пространственное неравенство в обеспечении населения медицинскими благами;

— мегарегионализации — несмотря на созвучное с «регионализацией» наименование, этот процесс предусматривает развитие не субрегионального, а трансрегионального типа расселения и экономической деятельности; он доминирует в США последние 20—30 лет, поскольку в указанный период не менее 80—90 % населения страны постоянно проживает и работает в пределах 11 крупнейших мегарегионов, где неравенство в обеспечении населения медицинскими услугами имеет тенденцию к повышению (что выявлено автором эмпирическим путем).

Четвертый вывод результирует целесообразность применения комплекса мер ГРП — от ОГРП до селективной по тому или иному доминирующему типу либо их сочетанию. Характерно, что выбор конкретного типа СГРП зависит от уровня развития регионов страны, степени урбанизированности территории и, несмотря на общую идеологическую направленность, носит избирательный характер воздействия. Одновременно в отношении разных территорий может проводиться различная по направленности ГРП, способствующая стимулированию (СтимВСГРП), сдерживанию (СдержВСГРП), поляризации (ПСГРП) либо активизации (проактивный тип ГРП) медицинского обеспечения граждан отдельных штатов, субрегионов, МСА.

Эволюция ГРП как общегосударственного фактора сглаживания пространственного неравенства обеспечения населения США медицинскими благами также сопряжена с экономическим и политическим циклизмом, выраженном в регионализации реформирования американского здравоохранения.

В завершение отметим, что пандемия, начавшаяся в 2020 г., бросает очередной вызов бессистемному здравоохранению США, входящему в качестве составной части модернизируемой американской экономики не только в новый (уже «неамериканский») цикл мирового развития, но и в постглобалистский цикл развития. Он характеризуется регионализацией (субрегионального типа), мегарегионализацией и формированием посткапиталистических (непроизводственных, основанных на цифровых платформах) социально-экономических отношений и новых политических реалий, разворачивающихся в геопространстве Американской федерации.

в США леводемократических сил, ставящих одной из своих задач социализацию здравоохранения страны, придание ей системности, контролируемости со стороны государства и общественных институтов, большей регулируемости в интересах пациента, с расширением доступности медицинской помощи за счет ее бесплатного предоставления. Популярность отмеченных направлений реформирования здравоохранения связана прежде всего с последствиями «коронабесия», охватившего большую часть населения страны, пришедшего к пониманию, что коммерческая медицина всегда будет сверхзатратной для пациента и постоянно оптимизируемой со стороны рыночных регуляторов (будь то в лице государства или бизнеса). Американцам, как, например, и гражданам Российской Федерации, в 2020—2021 гг. стало совершенно ясно, что оптимизация здравоохранения означает оптимизацию населения страны.

¹ С опорой на американских экспертов, обосновывающих «глубинный раскол Америки», отмечаем, что пандемия ускорила отрыв побережий от центра Америки, поэтому американский федерализм, бывший некогда способом образования США, на определенном этапе развития может стать механизмом разрушения их целостности.

Список источников

1. Всемирный день здоровья 2021 г. Построим более справедливый, более здоровый мир // Всемирная организация здравоохранения : [официальный сайт]. URL: <https://www.who.int/ru/campaigns/world-health-day/2021> (дата обращения: 11.08.22).
2. Gruber J. Healthcare Reform: what it is, why it's necessary? Illustrated by N. Schreiber. N.Y., 2011. 152 p.
3. Smith J. C., Medalia C. Health Insurance Coverage in the United States: 2014 // Current Population Reports. U. S. Census Bureau. September 2015. 142 p.
4. Sommers B. D., Baicker K., Epstein A. M. Mortality and Access to Care among Adults after State Medicaid Expansions. Boston. Harvard School of Public Health. NEJM, 2012. 316 p.
5. Коротина Н. Ю. Формирование теоретической модели экономического федерализма на основе двойственной сущности государства // Федерализм. 2021. Т. 26, № 4 (104). С. 75—88. DOI: 10.21686/2073-1051-2021-4-75-88.
6. Устинович Е. С. Вопросы операционного определения категорий «государственная региональная экономическая политика» и «региональная экономическая политика» в современной политической науке // Известия Юго-Западного гос. ун-та. Сер.: История и право. 2020. Т. 10, № 3. С. 63—69.
7. Одицова А. В. От стратегического планирования к территориальной резилентности // Федерализм. 2020. Т. 25, № 4 (100). С. 26—41. DOI: 10.21686/2073-1051-2020-4-26-41.
8. Давыдов А. Ю. Экономический цикл США в условиях пандемии // США & Канада: Экономика — политика — культура. 2021. Вып. 8. С. 5—18. DOI: 10.31857/S268667300016019-0.
9. Минат В. Н. Динамика пространственного неравенства в развитии здравоохранения США и государственная региональная политика // Федерализм. 2022. Т. 27, № 1 (105). С. 130—149. DOI: 10.21686/2073-1051-2022-1-130-149.
10. Бурджалов Ф. Реформа здравоохранения в США (социально-экономические аспекты) // Мировая экономика и международные отношения. 2010. № 10. С. 44—55. DOI:10.20542/0131-2227-2010-10-44-55.
11. Костяев С. С. Межправительственное лобби, межбюджетные баталии и реформа здравоохранения в США // США & Канада: Экономика — политика — культура. 2014. № 12 (540). С. 37—52.
12. Леонов С. Н., Сидоренко О. В. Селективная региональная политика как самостоятельный тип региональной политики государства // Государственное управление. 2011. Вып. 28. С. 11—16.
13. Строева О. А., Квас А. А. Инструментарий реализации региональной инновационной политики проактивного характера // Среднерусский вестник общественных наук. 2014. № 6 (36). С. 102—109.
14. U. S. Department of Health and Human Services. Programs and services. URL: <https://www.hhs.gov/about/budget/fy2022/index.html> (дата обращения: 12.08.22).
15. U. S. Department of Health and Human Services. Budget and performance. URL: <https://www.hhs.gov/programs/index.html> (дата обращения: 12.08.22).
16. Костяев С. С. Реформа здравоохранения в США // Экономические и социальные проблемы России. 2011. № 2. С. 32—45.
17. Шведова Н. А. Здравоохранение в США и COVID-19: борьба продолжается // США & Канада: Экономика — политика — культура. 2021. Вып. 12. С. 5—17. DOI: 10.31857/S268667300017537-0.

References

1. Vsemirnyi den' zdorov'ya 2021 g. Postroim bolee spravedlivyi, bolee zdorovyi mir [World Health Day 2021: building a healthier, more fair world], *Vsemirnaya organizatsiya zdavookhraneniya [World health organization]*, [ofits. cait]. Available at: <https://www.who.int/ru/campaigns/world-health-day/2021> (accessed: 11.08.22).
2. Gruber J. Healthcare Reform: what it is, why it's necessary? Illustrated by N. Schreiber. New York, 2011, 152 p.
3. Smith J.C., Medalia C. Health Insurance Coverage in the United States: 2014, Current Population Reports. U. S. Census Bureau, September 2015, 142 p.
4. Sommers B.D., Baicker K., Epstein A.M. Mortality and Access to Care among Adults after State Medicaid Expansions. Boston. Harvard School of Public Health, NEJM, 2012, 316 p.
5. Korotina N.Yu. Formirovanie teoreticheskoi modeli ekonomicheskogo federalizma na osnove dvoistvennoi sushchnosti gosudarstva [Formation of a theoretical model of economic federalism based on the dual essence of the state], *Federalizm [Federalism]*, 2021, vol. 26, no. 4 (104), pp. 75—88. DOI: 10.21686/2073-1051-2021-4-75-88.
6. Ustinovich E.S. Voprosy operatsionnogo opredeleniya kategorii “gosudarstvennaya regional'naya ekonomicheskaya politika” i “regional'naya ekonomicheskaya politika” v sovremennoi politicheskoi nauke [Issues of operational definition of the categories of “state regional economic policy” and “regional economic policy” in contemporary political science], *Izvestiya Yugo-Zapadnogo gos. un-ta. Ser.: Istoriya i pravo [Izvestia of the South-Western State University. Ser.: History and Law]*, 2020, vol. 10, no. 3, pp. 63—69.
7. Odintsova A.V. Ot strategicheskogo planirovaniya k territorial'noi rezilientnosti [From strategic planning to territorial resilience], *Federalizm [Federalism]*, 2020, vol. 25, no. 4 (100), pp. 26—41. DOI: 10.21686/2073-1051-2020-4-26-41.
8. Davydov A.Yu. Ekonomicheskii tsikl SShA v usloviyakh pandemii [The U.S. economic cycle in a pandemic], *SShA & Kanada: Ekonomika — politika — kul'tura [USA & Canada: economy - politics - culture]*, 2021, Issue 8, pp. 5—18. DOI: 10.31857/S268667300016019-0.
9. Minat V.N. Dinamika prostranstvennogo neravenstva v razvitii zdavookhraneniya SShA i gosudarstvennaya regional'naya politika [The dynamics of spatial disparities in U.S. health care and regional public policy], *Federalizm [Federalism]*, 2022, vol. 27, no. 1 (105), pp. 130—149. DOI: 10.21686/2073-1051-2022-1-130-149.
10. Burdzhhalov F. Reforma zdavookhraneniya v SShA (sotsial'no-ekonomicheskie aspekty) [Health care reform in the United States (Social and economic aspects)], *Mirovaya ekonomika i mezhdunarodnye otnosheniya [World economy and international relations]*, 2010, no. 10. pp. 44—55. DOI:10.20542/0131-2227-2010-10-44-55.
11. Kostyaev S.S. Mezhpriavitel'stvennoe lobbi, mezhyudzhethnye batalii i reforma zdavookhraneniya v SShA [The intergovernmental lobby, budget battles, and health care reform in the U.S.], *SShA & Kanada: Ekonomika — politika — kul'tura [USA & Canada: economy - politics - culture 2014]*, 2014, no. 12 (540), pp. 37—52.

12. Leonov S.N., Sidorenko O.V. Selektivnaya regional'naya politika kak samostoyatel'nyi tip regional'noi politiki gosudarstva [Selective regional policy as an independent type of regional policy of the state], *Gosudarstvennoe upravlenie [Public administration]*, 2011, Issue 28, pp. 11—16.

13. Stroeva O.A., Kvak A.A. Instrumentarii realizatsii regional'noi innovatsionnoi politiki proaktivnogo kharaktera [Instruments of implementation of regional innovation policy of a proactive nature], *Srednerusskii vestnik obshchestvennykh nauk [The Mid-Russian Vestnik of social sciences]*, 2014, no. 6 (36), pp. 102—109.

14. U. S. Department of Health and Human Services. Programs and services. Available at: <https://www.hhs.gov/about/budget/fy2022/index.html> (accessed: 12.08.22).

15. U. S. Department of Health and Human Services. Budget and performance. Available at: <https://www.hhs.gov/programs/index.html> (accessed: 12.08.22).

16. Kostyaev S.S. Reforma zdravookhraneniya v SShA [Health care reform in the United States], *Ekonomicheskie i sotsial'nye problemy Rossii [Russia's economic and social problems]*, 2011, no. 2, pp. 32—45.

17. Shvedova N.A. Zdravookhranenie v SShA i COVID-19: bor'ba prodolzhaetsya [Health care in the U.S. and COVID-19: the struggle continues], *SShA & Kanada: Ekonomika — politika — kul'tura [USA & Canada: economy - politics - culture]*, 2021, Issue 12, pp. 5—17. DOI: 10.31857/S268667300017537-0.

Сведения об авторе

Минат Валерий Николаевич — кандидат географических наук, доцент, доцент кафедры экономики и менеджмента, Рязанский государственный агротехнологический университет им. П. А. Костычева, Рязань, Российская Федерация. E-mail: minat.valera@yandex.ru

Information about the author

Valery N. Minat — Candidate of Geographical Sciences, Associate Professor, Associate Professor of the Department of Economics and Management, Ryazan State Agrotechnological University named after P.A. Kostychev, Ryazan, Russian Federation. E-mail: minat.valera@yandex.ru

Статья поступила в редакцию 18.09.2022; одобрена после рецензирования 09.10.2022; принята к публикации 15.10.2022.

The article was submitted 18.09.2022; approved after reviewing 09.10.2022; accepted for publication 15.10.2022.