

ДИНАМИКА РАЗВИТИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ СОЕДИНЕННЫХ ШТАТОВ АМЕРИКИ

© 2021 В.Н. Минат*

Новизна работы видится в соединении теоретико-сравнительного исторического анализа с циклической социально-экономической динамикой развития американского общества, применительно к предмету настоящего исследования – эволюции здравоохранения США. Выявление и обоснование тенденций эволюции американского здравоохранения в разрезе обеспечения эффективности, безопасности, качества и доступности медицинских услуг опирается на традиционную методологическую базу статистико-экономического анализа среднегодового роста основных показателей развития американского здравоохранения в период становления его современной институциональной, управленческой и организационно-функциональной структуры в 1951–2020 гг. Полученные результаты отражают общее направление эволюции здравоохранения США в качестве бессистемного сложносоставного механизма, функционирующего в непосредственном резонансе с социально-экономической циклическостью.

Ключевые слова: здравоохранение США, эффективность здравоохранения, качество и доступность медицинских услуг, теоретико-сравнительный исторический анализ, циклическая социально-экономическая динамика США, релевантный рынок медицинских услуг, медицинское страхование, потенциальные и реальные ресурсы здравоохранения.

Основные положения:

- ♦ проведен эмпирический анализ динамики показателей долгосрочного развития здравоохранения США, раскрывающий результаты его развития в 1951–2020 гг. в рамках концепции свободных рыночных отношений на релевантном рынке медицинских товаров и услуг;
- ♦ выявлены и обоснованы тенденции развития здравоохранения США в условиях чрезвычайной коммерциализации медицины и страховой зависимости пациентов от рыночной конъюнктуры при слабом государственном регулировании, раскрывающие в целом неэффективный и крайне недоступный характер оказания полноценных медицинских услуг для населения страны.

Введение

Начало крушения глобалистских тенденций общественного развития, связанных, прежде всего, с базисными экономическими отношениями – как в мировом сообществе в целом, так и в рамках наиболее значимых стран, формирующих всемирный геоэкономический центр – неминуемо отражается на состоянии социальной сферы. Яркий пример – здравоохранение Соединенных Штатов Америки, развивающееся в циклических условиях воспроизводства, построенное на примате либерально-рыночных отношений «пациент – страховщик – врач», базой которого длитель-

ное время выступает бессистемный¹ сложносоставной механизм финансирования и, как следствие этого, разнонаправленное по целям и задачам функционирования своих институтов полиструктурное образование.

Эволюция американского здравоохранения – как отрасли национальной (позднее, транснациональной/глобальной) экономики, так и в качестве сферы производства, потребления и распределения специфических общественных благ (медицинских услуг и продуктов) – постоянно базировалась на институтах и инструментарии *релевантного рынка*². Последнему, как известно, свойственно посто-

* Минат Валерий Николаевич, кандидат географических наук, доцент, доцент кафедры экономики и менеджмента Рязанского государственного агротехнологического университета имени П.А. Костычева. E-mail: minat.valera@yandex.ru.

янно раздвигать свои географические и технологические границы. Подобные «расширительные» (по сути, экспансионистские) тенденции в пространстве-времени опирались на объективные социально-экономические процессы общественного развития: демографический рост, смену технологических укладов, инновационных волн и деловых циклов и др., достаточно полно описанных в отечественной и зарубежной научной литературе. Следовательно, анализ эволюционной динамики здравоохранения США в разрезе основных показателей, характеризующих в сопоставлении друг с другом такие важнейшие характеристики развития указанной сферы, как эффективность, качество, доступность, безопасность, отвечает не только теоретическим, но и практическим/прикладным задачам социальной политики.

Цель исследования состоит в выявлении тенденций развития здравоохранения США в период 1951–2020 гг.

Причем временной выбор не случаен. Именно в этот период, по мнению современных специалистов, окончательно сформировалась и оформилась (юридически, функционально, организационно, ментально...) высококоммерциализированная американская модель кредитно-страхового здравоохранения, отличающаяся не просто слабым государственным регулированием, а перманентностью подъемов и спадов своего воздействия на отношения купли-продажи медицинских товаров и услуг, в зависимости от циклических и конъюнктурных колебаний.

Таким образом, долгосрочный 70-летний период исследования в американском пространственно-временном континууме:

♦ с одной стороны, наиболее полно, ярко и рельефно отражает саму сущность базовых ценностей здравоохранения США – рост нормы прибыли, т.е. отдачу от инвестиций, в ущерб социализации этой общественно значимой сферы³;

♦ с другой стороны, обнажает порочное «сглаживание» перманентно обостряющихся противоречий, главным из которых выступает неравнозначное присвоение результатов: не в пользу пациентов – населения страны, и даже не в пользу сети здравоохранительных учреждений США, а в пользу страховых и фарма-

цевтических компаний, крупнейших производителей медтехники и расходных материалов, дистрибьюторов – одним словом, бизнеса.

Последний тезис подтверждается не только теоретически, но и методологически.

Методы

Необходимо представить логическую схему выявления взаимосвязанных тенденций развития здравоохранения США. Эта динамичная схема должна охватывать в пространственно-временных рамках 1951–2020 гг. не только само американское здравоохранение во всем его структурно-функциональном многообразии и важнейших чертах, но и отражать эволюционную динамику, смену хотя бы условно выделяемых этапов, отличающихся друг от друга особенностями состояния и процесса поддержания здоровья большинства населения США. Для этого требуется прибегнуть к методологии зарубежных (Дж. Арриги⁴; Р. Бреннер⁵) и современных российских (Е.В. Харченко и П.В. Гейдерих⁶) экономистов, соединивших *теоретико-сравнительный исторический анализ с цикличностью социально-экономического развития*, в нашем случае, американского общества. Тем более что «американоцентричный» глобальный мир последние 70 лет, как пылесос, «затягивает» в США ресурсы в планетарном масштабе, одновременно, как спрут, охватывая своими ментальными пороками (в том числе в сфере здравоохранения и социального обеспечения) многие регионы мира, ставшие американской геоэкономической периферией.

Последний из указанных посылов, в рамках объектно-предметной области настоящего исследования, подразумевает не просто динамическое выявление целого ряда проблем, решаемых и, напротив, консервируемых многочисленными реформами, проводимыми в здравоохранении США, но и (самое главное) позволяет провести, по возможности, более-менее адекватную *визуальную корреляцию* (не требующую расчета соответствующих коэффициентов) социальных, экономических и сугубо медицинских показателей эволюции американского здравоохранения за 70 последних лет, выявить объективные и субъективные (в том числе политические) факторы

циклических колебаний в рамках процесса осуществления охраны здоровья американской нации. В данной связи важной задачей, в частности, видится возможность увязки объема, динамики и структуры финансирования здравоохранения США в разные периоды времени (представлено в работах П. Якобса и Дж. Рапопорта⁷; М.М. Мелло и др.⁸; И.М. Шеймана⁹; Д.В. Лукьянцевой и др.¹⁰; В.В. Омельяновского и др.¹¹; Т.М. Скляр¹²) и организации социального и медицинского страхования (Ю.В. Михайлова и др.¹³; А.П. Татаринцов и др.¹⁴) с направлениями перманентного реформирования названной сферы (по материалам исследований В.С. Караник и др.¹⁵; Н. Кураковой¹⁶; Дж. Грубера¹⁷). В этом же контексте не менее важным представляется взгляд на необходимость государственного вмешательства в сферу здравоохранения США (И.М. Шейман¹⁸; Я.Ч. Романчук¹⁹) и борьбы с бедностью посредством программ социальной и медицинской помощи²⁰.

Учитывая методические подходы, предложенные в вышеперечисленных исследованиях, автор, основываясь на официальной статистической базе американского и всемирного информационных ресурсов, с использованием методов *абстрактно-логического* и *статистико-экономического анализа*, применяемых в рамках *исторического подхода*, самостоятельно анализирует динамику целого ряда показателей, характеризующих эволюцию здравоохранения США в долгосрочном периоде.

Результаты

Анализ динамики абсолютных показателей развития здравоохранения США в 1951–2020 гг. не дает до конца объективной картины о структурных особенностях этого процесса. Поэтому автором на основе традиционной методики рассчитаны *среднегодовые темпы роста/снижения (отрицательного роста)*, т.е. средние величины ежегодных темпов роста, которые позволяют сравнивать динамику взаимосвязанных явлений за длительный временной период (см. таблицу).

В структуре таблицы можно выделить 3 группы показателей, отражающих динамику:

♦ финансирования основных, образующих национальное здравоохранение институ-

тов и направлений деятельности, т.е. *доходную часть здравоохранения как коммерческого института*;

♦ финансовых затрат, прежде всего, населения на получаемые медицинские услуги и продукты, т.е. *расходное бремя потребителя этих специфических общественных благ*;

♦ результативности функционирования здравоохранения США за 70 лет.

Обсуждение

Теоретическое обобщение позволяет выделить ряд предварительных структурно-динамических особенностей эволюции здравоохранения США, позволивших, хотя и с определенной долей условности, выделить 5 качественно отличных друг от друга этапов протяженностью по 20 лет (1951–1970 гг. и 1971–1990 гг.) и по 10 лет (1991–2000 гг., 2001–2010 гг., 2011–2020 гг.). В социально-экономическом плане предложенные этапы различаются на основе временного соответствия динамики характеризующих их показателей эволюции здравоохранения США характерным периодам подъемов 1950–1970 гг. и второй половины 1980-х гг. – 2000 г. американской экономики и связанных с ней транснациональных, а затем глобальных хозяйственных структур. И, напротив, «американоцентричная» мировая экономика в рамках рассматриваемого нами периода времени имела 2 *кризисно-депрессивных волны*: 1971–1982 гг. и 2008–2020 гг. Период времени, очерченный кризисом 2001–2002 гг. в США – крупнейшим глобальным кризисом 2008–2009 гг., в целом характеризуется *стагнацией американской экономики* с присущими ей отсутствием качественного экономического роста, «застоем» в реальных секторах экономики и, напротив, непомерным «раздуванием» финансово-кредитных «пузырей».

В «фарватере» указанных волн, безусловно, происходило функционирование социальных институтов США, в том числе составляющих национальное здравоохранение. Сопоставив в динамике приведенные выше «растущие» по своим темпам показатели с общим коэффициентом смертности, младенческой смертностью и, тем более, общей продолжительностью жизни, мы не сможем говорить

Среднегодовые темпы роста некоторых показателей здравоохранения США в 1951–2020 гг., %*

Показатели	1951–1970	1971–1990	1991–2000	2001–2010	2011–2020
Доля затрат на здравоохранение в ВВП	2,6	3,2	3,6	4,2	4,0
Суммарные расходы федерального бюджета на здравоохранение	1,8	3,1	2,0	3,4	2,6
Расходы федерального бюджета на здравоохранение в расчете на 1 жителя США	1,6	2,2	1,6	2,5	1,9
Прямое государственное финансирование профилактических мероприятий	1,8	0	-1,1	-1,6	-1,8
Государственное страхование, в том числе по программам Medicare, Medicaid и PACE и др. (суммарный объем финансирования)	3,7	5,2	3,0	4,2	4,1
Групповое добровольное медицинское страхование (объем финансирования)	4,1	2,4	5,5	3,3	5,0
Индивидуальное добровольное медицинское страхование (объем финансирования)	2,3	1,7	2,7	2,3	1,7
Реализация на внутреннем рынке США фармацевтической продукции американских компаний	2,7	3,5	4,3	4,9	5,5
Реализация на внутреннем рынке США медицинского оборудования и расходных материалов	1,9	2,8	3,7	4,7	5,4
Стоимость медицинских услуг на 1 человека	3,4	3,8	4,6	5,5	6,2
Оплата населением медицинских услуг на уровне семейной медицины	2,8	3,3	4,2	4,9	5,4
Оплата населением медицинских услуг на уровне амбулаторных медицинских служб	2,2	3,3	4,3	5,0	5,3
Оплата населением медицинских услуг на уровне стационарной медицинской помощи	1,8	2,3	3,8	4,2	5,5
Оплата населением медицинских услуг по оказанию экстренной помощи	2,7	3,8	4,3	4,4	4,8
Доля затрат на страхование и прямую оплату медуслуг и фармпродукцию в бюджете среднестатистической семьи	1,6	2,7	2,2	4,2	3,9
Расходы пациентов на обжалование качества оказанных медуслуг в судебном порядке	2,6	4,0	4,8	5,4	5,5
Расходы лечебных учреждений / врачей на обжалование исков пациентов	2,7	2,9	3,4	2,7	3,2
Объем взысканий с населения по судебным задолженностям пациентов клиник	1,8	3,6	4,8	5,6	6,4
Ожидаемая продолжительность жизни при рождении	1,4	2,0	1,6	1,1	-1,2
Общий коэффициент смертности	-1,7	-1,3	-1,6	0	1,3
Младенческая смертность и осложненная беременность, рождение больных детей	-3,1	-2,2	-2,0	-1,5	0
Общая заболеваемость детей и подростков по 7 классам болезней	-2,0	-1,2	1,7	2,2	2,5
Потребление основных продуктов питания в среднем на душу населения	1,1	1,8	2,3	2,0	1,8

* Рассчитано на основе данных официальной американской и международной статистики: Social Security: Medicare. URL: <http://www.ssa.gov/> (дата обращения: 20.04.2021); World Health Organization: World health statistics. URL: <https://dndi.org/viewpoints/2021> (дата обращения: 22.04.2021); и др.

об эффективности такого здравоохранения за все исследуемые 70 лет. Напротив, наряду с неуклонным ростом финансирования здравоохранения, оплаты медицинских услуг и продуктов здоровье американской нации, судя по официальным (!) показателям, неуклонно ухуд-

шается. В этом видится эволюция, прежде всего, *медицинской неэффективности здравоохранения США.*

Сравнение положительных трендов по затратности здравоохранения страны с не менее высоким ростом среднегодовых показателей в

затратах среднестатистической американской семьи на оплату медуслуг и продуктов дает картину *низкой социальной эффективности здравоохранения США*. В особенности в кризисные периоды начала 1970-х – конца 1980-х гг. и конца 2000-х гг. Иными словами, здравоохранение США, призванное к защите здоровья граждан своей страны, в кризисные годы попросту «перекладывает» на их плечи чисто рыночные, конъюнктурные «тяготы», связанные с повышением цен, не взирая на снижение реального дохода домохозяйств. Указанная тенденция подтверждается динамикой среднегодового увеличения расходов федерального бюджета на здравоохранение США (как суммарно, так и на 1 жителя страны) в кризисно-депрессивные периоды и сокращения темпов среднегодового роста этих же показателей в периоды роста и стабильности.

Наконец, об *экономической неэффективности здравоохранения США* свидетельствует сравнение динамики показателей финансирования государственного страхования, растущего в кризисные периоды и снижающегося в условиях стабилизации и подъема экономики, также «перекладывающего» на граждан заботы о своем здоровье в условиях почти не контролируемой «рыночной стихии», где нет единой цели «здоровье человека». Цели у разных участников рынка здравоохранения США разнонаправленны, а значит, *исключается сама целесообразность в мобилизации ресурсов для достижения конечного результата*. При этом, как мы отмечали выше, создается и из года в год накапливается и растет дефицит бюджета США, вызванный госфинансированием медстрахования граждан.

Результаты исследования отражают важнейший недостаток, не позволяющий считать здравоохранение США эффективным. Это *отсутствие всеобщего доступа к медицинским услугам*. Оценить доступность, исходя из динамики среднегодового роста показателей развития здравоохранения США, не представляется возможным (даже с учетом неизменного роста затрат населения на медицинские услуги и продукты и увеличения стоимости последних). Однако в таблице отмечено повышение среднегодового роста показателей государственного страхования в кризисно-депрессив-

ные периоды. Это однозначно указывает на необходимость «вытаскивать из социальной ямы» значительное количество населения США, теряющего в данных условиях работу, а вместе с ней и групповую добровольную страховку. Иного пути обеспечить медпомощью и медицинскими товарами массового потребителя указанных общественных благ в условиях рыночных приоритетов в американском здравоохранении просто не существует. Этому препятствуют законы развития рынка, ограничивающие платежеспособный спрос на любые блага величиной располагаемого дохода потребителя (бюджетный ограничитель потребления).

Зачастую, оценивая качество и безопасность предоставления медицинских услуг пациентам и здравоохранения в США в целом, авторы обращают особое внимание на законодательное обеспечение взаимоотношений «врач – пациент», считая это положительным явлением в правовом обществе. Автор не оспаривает важности гарантий пациента, с одной стороны, и врача, с другой стороны, на действенность правовой защиты каждой из сторон. Тем не менее эмпирический анализ соответствующих расходов на судебные разбирательства в части, касающейся получения качественных медуслуг и продуктов, а в случае нанесенного ущерба – компенсации и возмещения убытков, ярко свидетельствует на макроэкономическом уровне об усиливающемся все 70 лет *структурном перекосе*. Суть проблемы, на наш взгляд, состоит в том, что на основе либерально-рыночного моделирования общественных отношений в США сдвинуты базовые *приоритеты в оценке здоровья населения* – от системного, подразумевающего, прежде всего, первоочередную профилактику заболеваемости граждан, к «комфортности жизни человека в обществе». Последнее, возможно, более четко гарантирует права личности на качественное здравоохранение (разумеется, на возмездной, платно-страховой основе), но абсолютно сознательно не стимулирует (либо стимулирует недостаточно) меры, мероприятия и социальные институты, объективно и целенаправленно способствующие сохранению здоровья на ранних этапах жизни, профилактике заболеваний в период трудовой

деятельности на основе, опять-таки, ранней диагностики проблем со здоровьем.

Рыночному здравоохранению выгодно именно лечить пациента. Причем долго и упорно добиваться результата от как можно более дорогостоящего (!) лечения. Частнопрактикующий врач – основа здравоохранения США – объективно не заинтересован в наличии большого числа здоровых людей в обществе, во всяком случае, в росте таковых. Это может обернуться сокращением платежеспособных клиентов-пациентов, учитывая занятость в здравоохранении страны, где, по разным оценкам, работает от 10 до 15 млн человек.

Заключение

Результаты настоящего исследования, проведенного как в разрезе теоретических, так и эмпирических динамических характеристик и показателей, позволяют выявить и обосновать некоторые тенденции эволюции здравоохранения США.

Первая. Циклическая сопряженность и «визуальная корреляция» показателей эволюции здравоохранения США с периодически сменяющимися кризисно-депрессивными и восходящими стадиями социально-экономического развития страны (являющейся геоэкономическим центром мира все последние 70 лет), в целом убеждают исследователя в наличии прямой и постоянно усиливающейся во времени зависимости охраны общественного здоровья американской нации от макроэкономической конъюнктуры. Этот теоретический и эмпирический факт ставит в прямую зависимость качество жизни, здоровье и саму жизнь большинства населения США от стабильности не только американской, но и «американоцентричной» глобальной экономики.

Вторая. Анализируемая динамика среднегодового роста различных показателей эволюции здравоохранения США, охватывающая в целом 70 лет отрезками по 20 и 10 лет, так или иначе отражает долгосрочные тенденции, причем, как мы отмечали выше, преимущественно положительные, хотя и сокращающиеся в разрезе наиболее социально уязвимых показателей. Именно по этой причине реформирование американского здравоохранения

вот уже 70 лет просто «топчется на месте», выдвигая для решения все те же самые снова не решенные задачи: снижающаяся доступность, дороговизна, недостаточное качество государственных программ и т.п. Без изменения базисных, безусловно, связанных с экономическими отношениями по поводу собственности на средства производства медицинской продукции и ее реализации по фиксированной цене принципов деятельности врача с предпринимательских на «гиппократовские» вышеуказанных проблем никак не преодолеть. Хотя, неизбежно, возникнут другие.

Третья. В условиях либерально-рыночной американской социально-экономической модели, ориентированной на максимальное использование коммерческих механизмов в производстве, обмене товарами и услугами, их распределении и даже в управлении, в том числе и социальной сферой, удовлетворение нужд потенциальных и реальных пациентов не соотносится (как в случае, например, государственного планирования в медицине) с потенциальными возможностями ресурсной базы национальной экономики. По «мейнстримной» логической схеме нет смысла вовлекать не востребованные платежеспособным (!) спросом населения дополнительные ресурсы (финансовые, кадровые, материальные, инновационные и др.). Достаточно вести медицинский бизнес, исходя из условий рыночного равновесия. Поэтому только государство, опираясь на инновационный потенциал новых медицинских и производственных технологий, рост производительности труда и другие экономические феномены, может рационально и эффективно использовать колоссальные потенциальные ресурсы, несомненно, имеющиеся у здравоохранения США. Избыточность ресурсов, готовых к использованию в здравоохранении в период кризиса и последующей депрессии, не может опираться на страховую медицину. Человеку требуется медицинская помощь всегда (!), в том числе и во время кризиса, не взирая на инфляционное обесценение его накоплений, потерю работы, группового частного страхования и т.д.

¹ Бессистемная медицина: опыт США // Менеджер здравоохранения. 2007. № 10. С. 57–59.

² Проблемы релевантных рынков медицинских услуг: исследование отечественного и зарубежного опыта / А.Д. Шматко, А.Ю. Щербук, Е.В. Черепанова, А.Н. Шукин // Менеджер здравоохранения. 2020. № 8. С. 57–66.

³ В Конституции США отсутствует положение о праве граждан на бесплатную медицинскую помощь. основополагающими выступают «... два важных аспекта, или "правила игры": 1) здоровье пациента здесь является заботой самого пациента; 2) здравоохранение (медицинская помощь) – это бизнес, который функционирует по тем же принципам конкурентоспособности, как и другие его разновидности» (цит. по: Система здравоохранения США: взгляд белорусских специалистов / А.М. Дзядзько, И.И. Новик, М.Ю. Масюк, В.С. Караник // Медицинские новости. 2014. № 7. С. 38).

⁴ Арриги Дж. Долгий двадцатый век: Деньги, власть и истоки нашего времени / пер. с англ. А. Смирнова, Н. Эдельмана. Москва : Территория будущего, 2006. 472 с.

⁵ Бреннер Р. Экономика глобальной турбулентности. Развитые капиталистические экономики в период от долгого бума до долгого спада, 1945–2005 / пер. с англ. А. Гусева, Р. Хаиткулова. Москва : Изд. дом ВШЭ, 2014. 552 с.

⁶ Харченко Е.В., Гейдерих П.В. Циклы и этапы социально-экономического развития общества в контексте процессов созидательного разрушения // Известия Юго-Западного гос. университета. Серия: Экономика. Социология. Менеджмент. 2018. Т. 8, № 2 (27). С. 17–30.

⁷ Jacobs P., Rapoport J. The Economics of Health and Medical Care. Sudbury, Massachusetts : Jones and Bartlett Publishers, 2004. 438 p.

⁸ National Costs of the Medical Liability System / M.M. Mello, A. Chandra, A.A. Gawande, D.M. Studdert // Health Aff (Millwood). 2010. Sept. № 29 (9). Pp. 1569–1577.

⁹ Шейман И.М. Реформа управления и финансирования здравоохранения. Москва : Издатцентр, 1998. 337 с.

¹⁰ Лукьянцева Д.В., Татаринов А.П., Мельникова Л.С. Финансирование систем здравоохранения: международный опыт // Медицинские технологии: оценка и выбор. 2017. № 2. С. 20–29.

¹¹ Омеляновский В.В., Максимова Л.В., Татаринов А.П. Зарубежный опыт: модели финансирования и организации систем здравоохранения // Финансовый журнал. 2014. № 3. С. 22–34.

¹² Скляр Т.М. Международный опыт финансирования по результатам деятельности в здравоохранении // Менеджер здравоохранения. 2015. № 3. С. 51–57.

¹³ Михайлова Ю.В., Обухова О.В., Гажаева А.В. Зарубежный и отечественный опыты формирования фондов социального страхования // Менеджер здравоохранения. 2013. № 5. С. 54–61.

¹⁴ Татаринов А.П., Лукьянцева Д.В., Мельникова Л.С. Влияние софинансирования населением медицинской помощи на эффективность систем здравоохранения различных стран мира // Медицинские технологии: оценка и выбор. 2016. № 4. С. 20–25.

¹⁵ Реформа здравоохранения США (закон «О защите пациентов и доступности медицинской помощи»): взгляд белорусских специалистов / В.С. Караник, А.М. Дзядзько, М.Ю. Масюк, И.И. Новик // Медицинские новости. 2014. № 9. С. 52–57.

¹⁶ Куракова Н. Здравоохранение США накануне реформ // Менеджер здравоохранения. 2009. № 4. С. 65–67.

¹⁷ Gruber J. Healthcare Reform: what it is, why it's necessary? / illustrated by N. Schreiber. New York, 2011. 152 p.

¹⁸ Шейман И.М. Зарубежный опыт интеграционных процессов в здравоохранении // Менеджер здравоохранения. 2012. № 7. С. 32–40; № 8. С. 19–25.

¹⁹ Романчук Я.Ч. Система здравоохранения – пример провала государства // Менеджер здравоохранения. 2010. № 11. С. 58–68; № 12. С. 50–56.

²⁰ Income, Poverty, and Health Insurance Coverage in the United States. 2010. U.S. Government Printing Office, Washington DC. 2011. 95 p.

Поступила в редакцию 19.05.2021 г.

DYNAMICS OF HEALTHCARE DEVELOPMENT IN THE UNITED STATES OF AMERICA

© 2021 V.N. Minat*

The novelty of the work is seen in the combination of theoretical and comparative historical analysis with the cyclical socio-economic development of American society, in relation to the subject of this study – the evolution of US healthcare. The identification and justification of trends in the evolution of American healthcare in terms of ensuring the effectiveness, safety, quality and availability of medical services is based on the traditional methodological basis of statistical and economic analysis of the average annual growth of the main indicators of the development of American healthcare during the formation of its modern institutional, managerial and organizational-functional structure in 1951–2020. The results reflect the general direction of the evolution of US healthcare as a haphazard complex mechanism that functions in direct resonance with the socio-economic cycle.

Keywords: US healthcare, healthcare efficiency, quality and availability of medical services, theoretical and comparative historical analysis, cyclical socio-economic development of the United States, relevant market of medical services, health insurance, potential and real healthcare resources.

Highlights:

- ◆ an empirical analysis of the dynamics of indicators of long-term development of US healthcare is carried out, revealing the results of its development in 1951–2020 within the framework of the concept of free market relations in the relevant market of medical goods and services;
- ◆ trends in the development of US healthcare in the context of extreme commercialization of medicine and patients' insurance dependence on market conditions with weak state regulation are identified and justified, revealing the generally inefficient and extremely inaccessible nature of providing full-fledged medical services to the country's population.

Received for publication on 19.05.2021

* Valery N. Minat, Candidate of Geography, Associate Professor, Associate Professor of the Department of Economics and Management of the Ryazan State Agrotechnological University Named after P.A. Kostychev. E-mail: minat.valera@yandex.ru.