

ПРОСТРАНСТВЕННАЯ ДИНАМИКА РАЗВИТИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ СОЕДИНЕННЫХ ШТАТОВ АМЕРИКИ

© 2021 В.Н. Минат*

Раскрыты особенности пространственной динамики развития американского здравоохранения в долгосрочном периоде. На основе использования статистико-экономического анализа, принятого в рамках сочетания исторического, геопространственного и типологического подходов, исследована динамика среднегодовых показателей развития здравоохранения США за 1951–2020 гг. в разрезе отдельных штатов. Группировка показателей позволила выявить зависимость между ростом эффективности, качества, безопасности, доступности и результативности здравоохранения США на региональном уровне. На основе указанной зависимости проведена типология штатов, в целом соответствующая центр-периферийной концепции динамики социально-экономического развития США.

Ключевые слова: здравоохранение США, пространственная динамика развития здравоохранения, эффективность здравоохранения, качество и доступность медицинских услуг, результативность здравоохранения.

Основные положения:

- ♦ в рамках разработки методической базы исследования осуществлена группировка показателей среднегодового роста эффективности, качества, безопасности, доступности и результативности развития здравоохранения США в разрезе конкретных штатов;
- ♦ проведена типология штатов США по сочетанию основных характеристик развития здравоохранения в 1951–2020 гг., определяемых различными группами показателей;
- ♦ выявлены особенности пространственной динамики (на уровнях штатов и субрегионов страны) развития здравоохранения США в среднегодовых темпах роста за исследуемый период времени.

Введение

Динамические процессы, характеризующие развитие здравоохранения США за последние 70 лет, выявили ряд тенденций (как положительного, так и отрицательного свойства) обеспечения здоровья населения в разрезе эффективности, качества, безопасности и доступности этого важнейшего социального блага¹. Бессистемность, периодичность, цикличность эволюции либерально-рыночной модели американского здравоохранения, ее зависимость и сопряженность с кризисно-депрессивными и, напротив, восходящими стадиями социально-экономического развития США определили сущность охраны здоровья американской нации как *экономического фе-*

номена. Материальной базой его функционирования выступает в первую очередь коммерческая выгода на страховой основе, выраженная в необходимости роста *нормы прибыли* от предоставления медицинских услуг и продуктов на релевантном рынке.

Помимо ярко выраженной функционально-временной составляющей развития здравоохранения США в его вертикальной стратификации «государство – медицинский бизнес – население», в процессе эволюции, несомненно, выявилась *пространственная неоднородность*, связанная с неперменной *территориальной дифференциацией* и *субъектно-региональной асимметрией*, свойственной федеративным государствам. Несмотря на тот

* 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.

факт, что американский внутренний рынок медицинских товаров и услуг на протяжении последних семи десятилетий остается крупнейшим в мире по объему потребляемых благ (в частности, в 2003 г. на внутренний рынок США приходилось около 42-43% мирового фармацевтического рынка, к 2009 г. этот показатель снизился примерно до 35%, а к 2020 г. вновь вырос до 41-42% от общемирового²⁾, его внутренняя структура, как и в циклично-временном аспекте, подвержена колебаниям функциональных показателей развития, сопряженным с отношениями федеральной власти и властей штатов, с неодинаковым уровнем жизни и платежеспособности населения и т.д.

Цель настоящего исследования состоит в выявлении особенностей пространственной динамики развития здравоохранения США в разрезе отдельных штатов страны в среднегодовых темпах роста за период 1951–2020 гг.

Методы

Выявление указанной динамики и обоснование особенностей ее проявления на разных территориях Соединенных Штатов базируются на расчете, анализе и группировке показателей среднегодовых темпов роста, находящихся в свободном статистическом доступе (см. пояснение к рисунку). Информационной базой послужили официальные источники прежде всего специализированных центров по контролю и профилактике заболеваемости США (*Centers for Disease Control and Prevention, CDC*) Министерства здравоохранения и социального обеспечения США. Наиболее полную информацию в пространственном разрезе, используя целый ряд программ по сбору данных, предоставляет Национальный центр статистики здравоохранения США (*National Center for Health Statistics, NCHS*), являясь главным агентством Федеральной статистической системы, которое предоставляет статистическую информацию для направления действий и разработки политики по улучшению общественного здоровья.

Следует отметить, что обширная статистическая база позволила американским исследователям уделить должное внимание региональным особенностям пространственно-временного развития здравоохранения США как

в исторической ретроспективе (А. Фрезер³⁾, так и в современных условиях (Ф. Карани⁴; Г.Л. Соканто, С. Бруиз⁵⁾, в том числе связанных с проблемой борьбы с пандемией 2020 г. и ее последствиями (И. Лакоуз, Г. Мидлер⁶⁾. В российской научной литературе изучение пространственной неоднородности предоставления медицинских услуг, фармпродуктов и оборудования для учреждений здравоохранения в качестве специального исследования автору не встречалось. При этом как советские (И.М. Шейман⁷; А.В. Сахно⁸⁾, так и современные отечественные исследователи (Р.А. Хальфин и И.Я. Таджикиев⁹; Ю.Ю. Швец¹⁰; Н.А. Полканова и др.¹¹⁾ не могли обойти стороной проблему территориальной дифференциации здравоохранения США. Однако указание на неоднородность социального пространства Америки в плане эффективности, доступности и качества медицинского обслуживания соотносилось с временными рамками проводимого исследования.

В настоящей работе на основе рассчитанных автором среднегодовых темпов роста показателей здравоохранения США последние были сгруппированы по принципу, отражающему (хотя и с долей условности) *эффективность и качество* (I группа), *безопасность и доступность* (II группа), а в итоге и *результативность* (III группа) исследуемого феномена в целом за период с 1951 по 2020 г. Несмотря на существенное усреднение трендовых значений развития здравоохранения США, территориальные диспропорции, сложившиеся за 70 лет и качественно характеризующиеся в разрезе указанных параметров, дают представление о пространственно-временной динамике, определившей имеющуюся неоднородность.

В рамках синтеза *эволюционного/исторического, геопространственного и типологического* подходов с использованием приемов *статистико-экономического анализа* необходимых показателей, с применением условного/схематического картографического отображения исследуемого феномена в пространстве штатов США представлена «картина» территориальной дифференциации и неоднородности развития здравоохранения страны в указанный период времени.

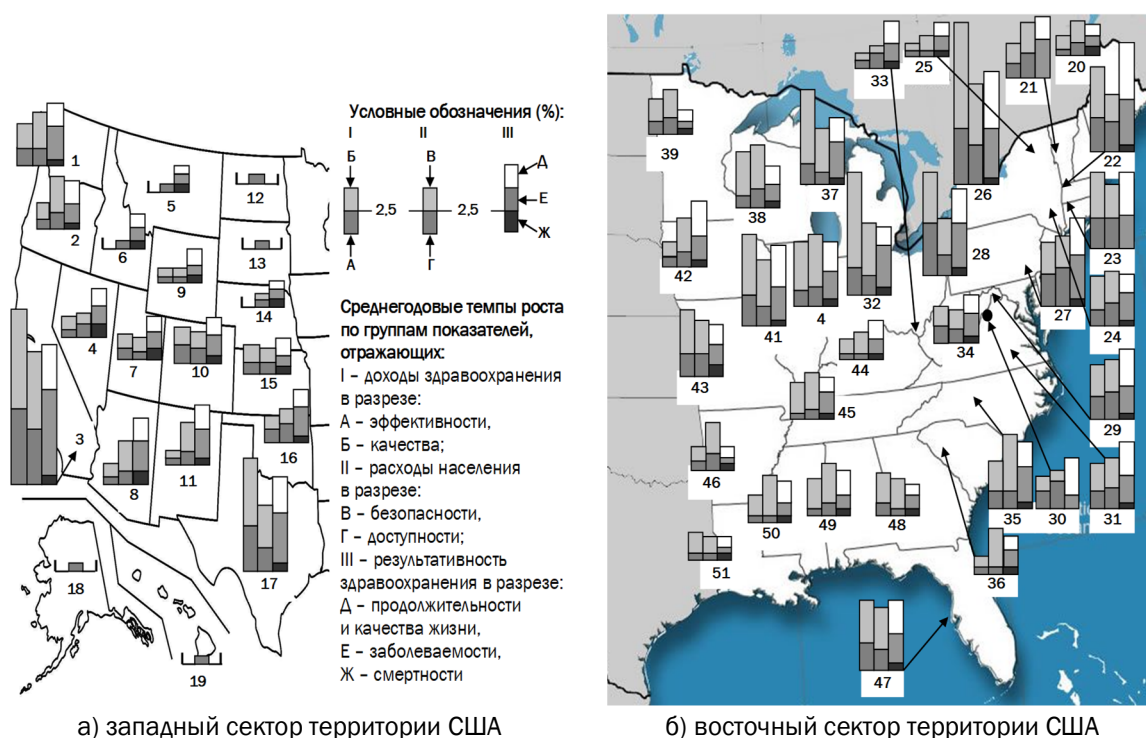


Рис. Карта-схема среднегодовых темпов роста здравоохранения штатов США (по группам показателей) в 1951-2020 гг.*:

- 1 – Вашингтон; 2 – Орегон; 3 – Калифорния; 4 – Невада; 5 – Монтана; 6 – Айдахо; 7 – Юта; 8 – Аризона; 9 – Вайоминг; 10 – Колорадо; 11 – Нью-Мексико; 12 – Северная Дакота; 13 – Южная Дакота; 14 – Небраска; 15 – Канзас; 16 – Оклахома; 17 – Техас; 18 – Аляска; 19 – Гавайские острова; 20 – Мэн; 21 – Нью-Гэмпшир; 22 – Массачусетс; 23 – Род-Айленд; 24 – Коннектикут; 25 – Вермонт; 26 – Нью-Йорк; 27 – Нью-Джерси; 28 – Пенсильвания; 29 – Мэриленд; 30 – Округ Колумбия; 31 – Делавэр; 32 – Огайо; 33 – Западная Вирджиния; 34 – Вирджиния; 35 – Северная Каролина; 36 – Южная Каролина; 37 – Мичиган; 38 – Висконсин; 39 – Миннесота; 40 – Индиана; 41 – Иллинойс; 42 – Айова; 43 – Миссури; 44 – Кентукки; 45 – Теннесси; 46 – Арканзас; 47 – Флорида; 48 – Джорджия; 49 – Алабама; 50 – Миссисипи; 51 – Луизиана

* Рассчитано на основе данных официальной статистики США, в частности: National Center for Health Statistics. URL: <https://www.cdc.gov/nchs/index.htm/> (дата обращения: 02.06.2021); Centers for Disease Control and Prevention. URL: <https://tools.cdc.gov/campaignproxyservice/subscriptions.aspx> (дата обращения: 05.06.2021); Social Security: Medicare. URL: <http://www.ssa.gov> (дата обращения: 11.06.2021); и др.

Результаты

Анализ карты-схемы, представленной на рисунке, позволяет осуществить типологическую группировку штатов США, основанную на сочетаниях значений динамики показателей конкретных групп, отражающих пространственные особенности развития американского здравоохранения в целом за период 1951–2020 гг.

Важно подчеркнуть, что настоящая типология учитывает качественные, динамически меняющиеся характеристики, определяющие особенности пространственной неоднородности развития здравоохранения страны в разрезе типологизируемых штатов (как основных

административно-территориальных единиц рассматриваемого федеративного государства) по вышеуказанным направлениям: эффективность, качество, безопасность, доступность, результативность.

Обсуждение

Прежде всего, отметим, что по среднегодовому росту группы показателей, характеризующих повышение эффективности и качества развития здравоохранения посредством роста вложений в данную сферу, выделяются штаты Северо-Востока США (особенно штат Нью-Йорк), Северо-Восточного Центра (лидер – штат Огайо) и по одному штату из Тихоокеан-

ского субрегиона (Калифорния) и Северо-Западного Центра (Техас). Причина регионального лидерства в формировании доходной базы здравоохранения, в целом повышающей эффективность и качество (преимущественно) обеспечения продуктами и услугами этой важнейшей социальной сферы, видится в исторически сложившемся за последние 70 лет высоком уровне социально-экономического и инновационного развития данных штатов страны. Они составляют так называемый геоэкономический центр национального хозяйства и национальной инновационной системы США, отличающийся наиболее высоким уровнем урбанизации территории.

Характерно, что по следующей группе показателей, динамически представленной среднегодовыми темпами роста расходов населения (конечного потребителя медицинских услуг и продуктов), преимущественно доминируют эти же штаты. Кроме того, к ним присоединяются другие штаты Среднего Запада, практически все штаты Юго-Восточного и Юго-Западного Центра, южная оконечность Горных штатов (Аризона, Нью-Мексико) и северо-западная часть субрегиона Тихоокеанские штаты (Вашингтон, Орегон). Таким образом, мы констатируем, что на колоссальном по охвату пространстве США сформировалась многолетняя тенденция роста расходов населения на медобслуживание в разрезе безопасности предоставления услуг и товаров, а в особенности их массовой доступности. Следовательно, штаты как «центра», так и «полупериферии», характеризующиеся значительным ростом вложений в здравоохранение, перекладывали в течение всего исследуемого периода времени значительную часть расходов как на само медобслуживание граждан (доступность), так и на правовое регулирование его последствий (безопасность) «на плечи» последних. Такая ставшая традиционной за последние 70 лет американская практика перераспределения инвестирования в создание общественных благ между федеральным правительством, властями штатов и местным управлением – с одной стороны, и платежеспособным потребителем – с другой стороны, составляет основу региональной политики в США. Этот подход в духе либерально-рыночного фундаментализма до-

полнительно подчеркивает центр-периферийную основу пространственной неоднородности здравоохранения Соединенных Штатов, усилившейся с развитием их экономической мощи и с ростом внутреннего потребления.

Каковы же результаты коммерческого развития американского здравоохранения, поддерживаемого государством, в разрезе пространственных особенностей?

На рисунке результативность отражается в трех условных направлениях: негативном (черный столбик) – *рост смертности населения*, преодолеваемом (серый столбик) – *рост заболеваемости* и позитивном (белый столбик) – *рост продолжительности и качества жизни*. Если говорить о свежей статистике продолжительности жизни в США в целом, на нее, несомненно, оказала воздействие пандемия: в США количество смертей от коронавируса достигло полумиллиона, это абсолютный мировой рекорд. Однако COVID-19 – далеко не единственная причина. Национальный центр статистики здравоохранения США недавно сообщил, что продолжительность жизни американцев в первой половине 2020 г. снизилась на целый год по сравнению с предыдущим и составила 77,8 года. Для чернокожих американцев этот показатель был еще ниже – 72 года. Еще в 2013 г. группа экспертов подготовила по заказу Национального института здоровья США доклад с говорящим названием «Американское здравоохранение в международной перспективе: жизнь – короче, здоровье – хуже». Сравнив здоровье американцев с положением дел в других развитых странах, эксперты выявили по меньшей мере 9 областей отставания США: детская смертность и недоношенность; смертность в результате травм и убийств; беременность несовершеннолетних и венерические заболевания; ВИЧ и СПИД; смертность от наркотиков; ожирение и диабет; сердечно-сосудистые заболевания; хронические легочные заболевания; статистика инвалидности¹².

Рост смертности невелик повсеместно, хотя и характерен для большинства штатов США как факт усреднения долгосрочной динамики (естественное старение населения и его убыль и т.п.). При этом рост заболеваемости в динамике среднегодовых показателей чрезвы-

чайно высок, несмотря на еще более высокий процентный рост государственного и партнерского (в форме ГЧП) финансирования и расходов населения на здравоохранение. Причины тому различны: от концентрации и сверхконцентрации населения и его деятельности до статистического учета все большего количества ранее неизвестных заболеваний, вызванных урбанизированным образом жизни и работы. В то же время в ряде штатов Юго-Восточного Центра (Кентукки, Алабама, Миссисипи), Юго-Западного Центра (Арканзас, Луизиана) и в большинстве Горных штатов рост заболеваемости можно считать незначительным. Заметим, что в этих штатах наблюдается высокий среднегодовой темп роста прежде всего качества медицинской помощи (по первой группе показателей) и безопасности ее предоставления (по второй группе показателей). Данный факт доказывает существование зависимости между отмеченными характеристиками развития здравоохранения и его результативностью в долгосрочном периоде, но при условии сравнительно невысокой численности населения. Тем более что рост продолжительности жизни в среднем за 1951–2020 гг. в этих штатах также сравнительно невелик, учитывая малую выборку по населению.

Интересен и тот факт, что среднегодовой рост продолжительности и качества жизни во всех штатах, включая наиболее развитые в социально-экономическом отношении, хотя и успешно соперничает с ростом заболеваемости в целом за 70 лет (не учитывая циклические колебания), тем не менее уступает по своим темпам в таких передовых штатах страны, как Калифорния, Техас, в некоторых штатах Северо-Востока (Коннектикут), Северо-Восточного Центра (Мичиган, Огайо). Здесь, напротив, прослеживается тенденция слабой прямой зависимости между объемами финансового обеспечения здравоохранения и его результативностью в условиях сверхконцентрации населения и экономической деятельности. Повышение общей эффективности и качества медицинских услуг в среднегодовом росте за исследуемый временной период не создает столь высокого роста показателей доступности здравоохранения и, как следствие этого, сложную структуру

(позитивную и негативную, но преодолеваемую) его результативности.

Кроме того, ряд штатов субрегионов – Тихоокеанские штаты (Аляска, Гавайи), Горные штаты (Монтана, Айдахо), Северо-Западный Центр (Северная и Южная Дакота, Небраска), являясь явной «геоэкономической периферией» США и отличаясь сравнительно слабой заселенностью и урбанизированностью территорий, характеризуются динамизмом ряда показателей развития здравоохранения, близких к нулевому значению.

Таким образом, можно выделить 3 основных типа штатов США по сочетанию ключевых характеристик развития здравоохранения в длительном периоде, определяемых различными группами показателей. Для *первого типа («центрального»)* характерно сочетание высоких темпов роста доходов здравоохранения с переложением значительной доли затрат на население и достаточно высокой результативностью, ограниченной ростом общей заболеваемости населения. К первому типу относится примерно половина американских штатов, которые отличаются высоким ростом показателей социально-экономического развития, концентрации инновационной и экономической деятельности, урбоориентированным образом жизни и сверхконцентрацией населения. *Второй тип («полупериферийный»)* включает в себя преимущественно южные штаты, для которых характерны невысокие, но стабильные значения роста среднегодовых показателей развития здравоохранения. *Третий тип («периферийный»)*, штаты которого, расположенные в удаленных от геоэкономических центров регионах США, не имеют высоких темпов роста экономики и населения, но и не обременены необходимостью устранения последствий циклического развития, связанного с охраной здоровья сравнительно немногочисленных граждан.

Заключение

По результатам настоящего исследования выделяется ряд особенностей пространственной динамики развития здравоохранения США в разрезе отдельных штатов страны в среднегодовых темпах роста за период 1951–2020 гг.

Первая особенность. Развитие здравоохранения США, являясь диалектически единым процессом в рамках общего социально-экономического и технологического развития страны, в пространственном разрезе характеризуется традиционной для динамической и циклической капиталистической системы центр-периферийной концептуальной схемой, предполагающей территориальные диспропорции и общую неравномерность. Это подтверждается сочетанием анализируемых в динамике среднегодовых темпов роста показателей, сгруппированных по разным направлениям: доходности, расходов и результативности. Анализ и синтез динамики показателей разных групп предоставили возможность выявить неоднозначные по направленности процессы в пространственном развитии американского здравоохранения по сочетанию его эффективности, качества, безопасности, доступности и в конечном итоге результативности.

Отмеченная неоднозначность развития американского здравоохранения нашла свое отражение в результатах типологической группировки штатов и, в частности, проявилась:

◆ с одной стороны, в неоднородности пространственно-временного развития (эволюционирования) этой социально значимой сферы и неравномерности распределения результатов и ресурсов, а следовательно, эффективности оказания медицинских услуг на территории страны за последние 70 лет;

◆ с другой стороны, в поддержании за весь рассматриваемый период времени достаточно высокого уровня обеспеченности основными медицинскими услугами и продуктами населения как минимум половины административно-территориальных единиц США.

Вторая особенность сопряжена с известным тезисом о преемственности влияния последствий/результатов динамики, сложившейся в прошлом, на современное состояние здравоохранения США и его будущее в контексте последствий «ковидной пандемии», в которой Америка проявила явную слабость, связанную с бессистемностью и либерально обоснованной коммерциализацией предоставления медицинских услуг и продуктов. Эта слабость имеет ярко выраженный регионально-

пространственный характер. Современные исследователи американского федерализма отмечают противостояние наиболее «богатых» штатов США федеральному центру, спровоцированное последствиями пандемии COVID-19¹³. Неравномерное развитие здравоохранения, обеспечивающее успешное функционирование таких штатов, как Калифорния и Техас, с наложением социокультурных особенностей истории их формирования в составе США, выступает не последним фактором в заявлениях, подобных сделанному калифорнийским губернатором, о высокой самостоятельности руководимого им штата в решении постпандемических проблем (как медицинского, так и экономического характера). Данное заявление находится как бы в «фарватере» парадигмы «отрыва побережий от центра Америки».

¹ Минат В.Н. Динамика развития здравоохранения Соединенных Штатов Америки // Вестник Самарского государственного экономического университета. 2021. № 4 (198). С. 9–16. DOI: 10.46554/1993-0453-2021-4-198-9-16.

² См.: Кротков А.И. Анализ инвестиционной привлекательности развивающихся стран мира для фармацевтических ТНК // Региональные исследования. 2011. № 4 (34). С. 107–115; Сеницова Я.С. Современные тенденции международных сделок слияния и поглощения фармацевтических компаний // Международная торговля и торговая политика. 2021. Т. 7, № 2 (26). С. 97–108. DOI: 10.21686/2410-7395-2021-2-97-108.

³ Fraser A. Regionalization of American health care. Historical path and contemporary issues // American economic journal. Macroeconomics. 2018. Vol. 10, No. 4. P. 35–80.

⁴ Karani F. Spatial heterogeneity of the US healthcare organization in the context of reform // American journal of economics and control systems management. 2014. Vol. 4, No. 2. P. 47–54.

⁵ Sokanto G.L., Bruise S. Regional policy for health care reform in the United States. Administration approaches from Obama to Trump // American review of public administration. 2021. Vol. 51, No. 2. P. 62–77.

⁶ Lacouz I., Midler G. Antique US Government and State Health // American journal of law and medicine. 2021. Vol. 47, No. 1. P. 104–122.

⁷ Шейман И.М. Социально-экономические проблемы капиталистического здравоохранения. Москва: Наука, 1982. 169 с.

⁸ Сахно А.В. Кризисные явления в медицине капиталистических стран. Москва : Медицина, 1986. 208 с.

⁹ См.: Хальфин Р.А., Таджиев И.Я. Организация здравоохранения в США. Часть 1 // Менеджер здравоохранения. 2012. № 9. С. 35–47; Хальфин Р.А., Таджиев И.Я. Организация здравоохранения в США. Часть 2 // Менеджер здравоохранения. 2012. № 10. С. 47–57.

¹⁰ Швец Ю.Ю. Зарубежный опыт обеспечения качества медицинских услуг // Транспортное дело России. 2016. № 6. С. 51–53.

¹¹ Полканова Н.А., Федоскина И.В., Минат В.Н. Зарубежный опыт развития инфраструктуры здравоохранения региона с использованием механизма государственно-частного партнерства // Ак-

туальные проблемы современной науки : сб. науч. тр. Рязань, 2018. С. 82–87.

¹² Бараникас И. В США упала продолжительность жизни: Техасский синдром // MKRU. URL: <https://www.mk.ru/politics/2021/02/24/v-ssha-upala-prodolzhitelnost-zhizni-tekhassskiy-sindrom.html> (дата обращения: 01.07.2021).

¹³ См.: Глигич-Золотарева М.В. На пороге новой регионализации // Федерализм. 2021. Т. 26, № 1 (101). С. 163–186. DOI: 10.21686/2073-1051-2021-1-165-186; Глигич-Золотарева М.В., Лукьянова Н.И. Эффективность федеративного государства в условиях пандемии коронавируса // Федерализм. 2020. Т. 25, № 3 (99). С. 145–168. DOI: 10.21686/2073-1051-2020-3-145-168.

Поступила в редакцию 08.07.2021 г.

SPATIAL DYNAMICS OF HEALTHCARE DEVELOPMENT OF THE UNITED STATES OF AMERICA

© 2021 V.N. Minat*

The features of the spatial dynamics of the development of American healthcare in the long term are revealed. Based on the use of statistical and economic analysis undertaken within the framework of a combination of historical, geospatial and typological approaches, the dynamics of the average annual indicators of the development of US healthcare for 1951-2020 in the context of individual states is studied. Grouping of indicators allowed to identify the relationship between the growth of efficiency, quality, safety, accessibility and effectiveness of US healthcare at the regional level. On the basis of this dependence, a typology of states is carried out, which generally corresponds to the central-peripheral concept of the dynamics of socio-economic development of the United States.

Keywords: US healthcare, spatial dynamics of healthcare development, healthcare efficiency, quality and accessibility of medical services, healthcare effectiveness.

Highlights:

- ◆ as part of the development of the methodological base of the study, the grouping of indicators of the average annual growth of efficiency, quality, safety, accessibility and effectiveness of the development of US healthcare in the context of specific states was carried out;
- ◆ the typology of the US states is carried out according to the combination of the main characteristics of the development of healthcare in 1951-2020, determined by various groups of indicators;
- ◆ the features of the spatial dynamics (at the levels of states and sub-regions of the country) of the development of US healthcare in the average annual growth rates for the studied period of time are revealed.

Received for publication on 08.07.2021

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