

## ЭВОЛЮЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ США: ЭФФЕКТИВНОСТЬ, БЕЗОПАСНОСТЬ, КАЧЕСТВО И ДОСТУПНОСТЬ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

**МИНАТ Валерий Николаевич**, кандидат географических наук, доцент, доцент кафедры экономики и менеджмента, Рязанский государственный агротехнологический университет имени П.А. Костычева, адрес: 390044, г. Рязань, ул. Костычева, д. 1, e-mail: minat.valera@yandex.ru.

**Аннотация.** Цель исследования состоит в выявлении тенденций эволюции американского здравоохранения в разрезе обеспечения эффективности, безопасности, качества и доступности медицинских услуг. Ее достижение 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 бес-системного сложносоставного механизма, функционирующего в непосредственном резонансе с социально-экономической цикличностью. Анализ динамики показателей долгосрочного развития здравоохранения США раскрывает низкие результаты проведения перманентных реформ национального здравоохранения по причине подстраивания их параметров и индикаторов под существующую концепцию свободных рыночных отношений на релевантном рынке медицинских товаров и услуг. Выявляется ограниченность рыночного механизма в задействовании потенциальных ресурсов американского здравоохранения, в целом обеспеченного как финансовым, так и инновационно-технологическим потенциалом.

**Ключевые слова:** здравоохранение США, эффективность здравоохранения, качество и доступность медицинских услуг, теоретико-сравнительный исторический анализ, цикличность социально-экономического развития США, релевантный рынок медицинских услуг, медицинское страхование, потенциальные и реальные ресурсы здравоохранения.

## EVOLUTION OF THE USA HEALTHCARE: EFFECTIVENESS, SAFETY, QUALITY AND ACCESS TO HEALTHCARE

**MINAT V. N.**, Candidate of Geographical Sciences, Associate Professor of the Department of Economics and Management, Ryazan State Agrotechnological University named after P.A. Kostychev (Russian Federation, Ryazan), e-mail: minat.valera@yandex.ru.

**Abstract.** The relevance of the study of the evolution of the socially significant sphere of the United States of America, located at the point of bifurcation of socio-economic development, one way or another concerns the entire global community. The main aim of the study is to identify trends in the evolution of American health care in terms of ensuring the effectiveness, safety, quality and accessibility of medical services. Its achievement 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 health care during the formation of its modern organizational-functional structure in 1951-2020.

The results obtained reflect the general direction of the evolution of the USA health care as a haphazard complex mechanism functioning in direct resonance with socio-economic cyclicity. Identified trends in the evolution of healthcare in the context of the extraordinary commercialization of medicine and insurance dependence of patients on market conditions. Analysis of long-term development indicators of the USA health care dynamics reveals rather low results of permanent reforms of national health care due to the adjustment of their parameters and indicators to the existing concept of free market relations in the relevant market of medical goods and services. The limitation of the market mechanism in the use of potential resources of American health care, which is generally provided with both financial and innovative and technological potential, is revealed.

**Keywords:** the USA health care, health care effectiveness, quality and access to healthcare, comparative historical analysis, cyclical nature of the USA socio-economic development, relevant market of medical services, health insurance, potential and real resources of health care.

### ВВЕДЕНИЕ

Актуальность исследования эволюции социально значимой сферы лидирующей страны мира – Соединенных Штатов Америки, находящейся в точке бифуркации социально-экономического развития, так или иначе касается всего глобального сообщества. Экономическая феноменальность здравоохранения США в разрезе ее эффективности, безопасности, качества и доступности для основной массы населения выступает не только фактором, но и проблемой многолетнего американского лидерства, усиливающей диспропорциональность и неравномерность развития, имеющих целый ряд негативных эффектов. Выявленные тенденции эволюции здравоохранения в условиях чрезвычайной коммерциализации медицины и страховой (по сути долговой) зависимости пациентов от рыночной конъюнктуры при слабом государственном регулировании раскрывают в целом неэффективный и крайне недоступный характер оказания полноценных медицинских услуг населению страны.

В названии статьи не случайно использовано понятие «здравоохранение» вместо принятого в отечественной научной и публицистической литературе «система здравоохранения». По авторитетному мнению руководителя центра политики в сфере здравоохранения при Университете имени Вашингтона в Сент-Луисе (*Washington University in St. Louis's Center for Health Policy*) профессора У. Пека, в Соединенных Штатах Америки, «...в отличие от большинства других индустриально развитых стран мира, не существует системы здравоохранения. Под системой подразумевается высокоорганизованный и единый подход к решению каких-либо проблем – в американском здравоохранении подобное отсутствует. ...Каждые 10–15 лет власти начинают прикладывать серьезные усилия, чтобы реорганизовать эту сферу, но, несмотря на все попытки, единой системы все равно не существует»<sup>1</sup>.

В вышеприведенной цитате, на наш взгляд, заключается основное, точнее основополагающее, до сих пор неразрешимое противоречие, пронизывающее весь эволюционный путь развития американского здравоохранения, включающее:

- с одной стороны, *бессистемность* (можно сказать, «анархию») *предоставления медицинских услуг* населению страны (различаемому по социальной и пространственной структуре) одновременно в качестве как общественных, так и коммерческих благ, динамически и структурно подверженных цикличному характеру процесса воспроизводства;

- с другой стороны, *присвоение основных результатов* реализации и потребления этих благ отнюдь не субъектами, на которых направлена деятельность по охране здоровья (население США)<sup>2</sup>, и даже не общественными институтами, непосредственно

---

<sup>1</sup> Бессистемная медицина: опыт США // Менеджер здравоохранения. – 2007. – № 10. – С. 57, 58.

<sup>2</sup> В Конституции США отсутствует положение о праве граждан на бесплатную медицинскую помощь. По мнению белорусских специалистов в сфере организации здравоохранения и непосредственно врачей, официально ознакомленных с принципами функционирования американского рынка оказания медицинских услуг в 2014 году, в процессе проведения очередной

предоставляющими указанные услуги (сеть медицинских учреждений США, доходы которых зависят от количества обслуженных больных, а не от уровня их здоровья).

Главными выгодоприобретателями по результатам функционирования американского здравоохранения выступают чисто коммерческие структуры, господствующие на рынке медицинских услуг. К ним принадлежат страховые и фармацевтические компании, производители медицинского оборудования и расходных материалов, дистрибьюторы. Цель деятельности указанных коммерческих структур и их агентов универсальна для рыночной экономики – *увеличение нормы прибыли* (отношения прибыли к основному капиталу, т.е. отдачи от инвестиций), напрямую зависящей от уровня заболеваемости населения (в особенности хроническими болезнями), предполагающего нескончаемый поток инвестиций в здравоохранение (как со стороны бизнеса, так и из государственных фондов).

Именно из указанного основного противоречия, по своей сути *базисного экономического*, вытекают и иные, более частные противоречия, относящиеся к *социально-экономической модели развития общества*. Они связаны с пониманием, прежде всего, *эффективности американского здравоохранения*, оцениваемого либо с позиций отрасли национальной либерально-рыночной экономики, основанной на повышении нормы прибыли, либо в качестве генератора общественных благ. Или, например, *качества и доступности медицинских услуг*, либо гарантированных (на основе льготного финансирования) федеральным правительством, властями штатов и органами местного управления всему населению (без дискриминации по разным признакам), либо дифференциации указанных услуг на коммерческой основе (т.е. в зависимости «от толщины кошелька» индивидуума). Столь же дуалистична и категория *безопасности медицинских услуг* в США, связанная с юридической ответственностью и пациента, и врача, выступающих одновременно как субъектами права и страхования, так и участниками рыночных отношений, подчиняясь законам конкуренции, минимизации издержек и максимизации прибыли, а также подверженных различным рискам и страховым случаям.

В отличие от других социально значимых сфер общественной деятельности, в целом успешно функционирующих и эволюционирующих в Соединенных Штатах на протяжении многих десятилетий и даже столетий, в частности высшей школы<sup>1</sup>, американское здравоохранение, материально-экономической основой которого выступает *релевантный рынок медицинских услуг*, где определяющую роль играют крупнейшие

---

общенациональной реформы (*Health Care Reform*, или *ObamaCare*), 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: Дзядзько А.М., Новик И.И., Масюк М.Ю., Караник В.С. Система здравоохранения США: взгляд белорусских специалистов // Медицинские новости. – 2014. – № 7. – С. 38].

<sup>1</sup> Минат В.Н. Особенности финансирования и результаты деятельности высших учебных заведений США (1919–2019 гг.) // Среднерусский вестник общественных наук. – 2020. – Т. 15. – № 5. – С. 227.

---

медицинские корпорации<sup>1</sup>, не отличается эффективной *компенсационной способностью* в рамках циклического развития. Как ни странно звучит, американская медицина и здравоохранение в целом, по мнению ведущих англо-американских специалистов в сфере управления и экономики социальных институтов, выражаясь по-русски, напоминают без преувеличения «тришкин кафтан». В этой сфере перманентно ощущается нехватка то квалифицированного персонала<sup>2</sup>, то коечного фонда, то финансирования отдельных звеньев медико-профилактической работы (при наивысших по миру совокупных и душевых показателях материального обеспечения), то доступных большинству населения инновационных фармпродуктов и медуслуг (яркий современный пример – вакцинирование от COVID) и т. д.

При всем перечисленном главная проблема американского здравоохранения видится в дороговизне и, как следствие этого, в снижении доступности данного вида общественно значимых благ, имеющего решающее значение для большинства населения США, а следовательно, в недостаточной эффективности функционирования<sup>3</sup>.

Доминирование частной (платной) практики в здравоохранении США (кстати, заметим, что это характерно для большинства африканских и латиноамериканских, за ярким исключением Кубы, стран), не означающее полного игнорирования элементов государственной модели организации и управления данной сферы, не обеспечивает достаточный уровень социализации и даже рентабельности медицины. Об этом всему мировому сообществу ярко свидетельствует тяжелое положение США в области борьбы с заболеваемостью COVID-19.

Специалистами отмечено, что даже на фоне глобальной некомпетентности организации медицинской помощи, а тем более, профилактических мероприятий, здравоохранение мирового экономического лидера – США:

- во-первых, оказалось бессильно перед пандемией без абсолютной прямой государственной поддержки и мобилизационных мер, принятых не только с опоздани-

---

<sup>1</sup> Шматко А.Д., Щербук А.Ю., Черепанова Е.В., Щукин А.Н. Проблемы релевантных рынков медицинских услуг: исследование отечественного и зарубежного опыта // Менеджер здравоохранения. – 2020. – № 8. – С. 58.

<sup>2</sup> Валид М.С., Зайцева Н.В. Дефицит врачебных кадров в Соединенных Штатах Америки // Менеджер здравоохранения. – 2008. – № 10. – С. 49-53.

<sup>3</sup> Так, по данным на 2018 год, приведенным в статье Шматко А.Д., Щербука А.Ю., Черепановой Е.В., Щукина А.Н. Проблемы релевантных рынков медицинских услуг: исследование отечественного и зарубежного опыта // Менеджер здравоохранения. – 2020. – № 8. – С. 64, в рейтинге стран мира по эффективности систем здравоохранения (представлен агентством *Bloomberg*) Соединенные Штаты заняли лишь 55-е место в ряду государств с населением 5 млн. чел. и более, пропустив вперед, например, Азербайджан (54-е место), Российскую Федерацию (53-е место), Беларусь (49-е место), Казахстан (44-е место). Следует отметить, что названные страны – бывшие союзные республики СССР, отставая в 40–50 раз по объему финансирования своего здравоохранения от США, еще «держатся» на потенциале (в том числе организационно-управленческом), унаследованном от остатков системы здравоохранения советского периода. Возглавляют указанный рейтинг Гонконг и Сингапур.

ем, но и неспособных уже более года (с момента первого случая заболевания COVID 20 января 2020 года) если не преодолеть, то хотя бы частично сгладить остроту указанных выше противоречий;

- во-вторых, при существующем доминировании платно-страховой массовой медицинской помощи нет и не может возникнуть реальной возможности обеспечения главного фактора борьбы с массовой заболеваемостью – *доступности медицинских услуг для всего населения страны*<sup>1</sup>.

Указанные противоречия функционирования здравоохранения Соединенных Штатов являются не только объективным следствием постоянно усиливающейся неравномерности социально-экономического развития. Они в полной мере сами способствуют (как своеобразный комплексный фактор) развитию хронической цикличности, переросшей в турбулентность национальной экономики США и глобальной экономики в целом, что как никогда актуально на сегодняшний день. При этом понятно, что количественное накопление и качественное преобразование указанных противоречий в области эффективности, доступности, безопасности и качества предоставления медицинских услуг и всего, что связано с ними, на рынке здравоохранения США<sup>2</sup> имеет эволюционную/историческую природу в своем формировании и развитии, что выступает *предметом настоящего исследования*.

*Цель исследования* состоит в выявлении тенденций эволюции здравоохранения США в разрезе обеспечения эффективности, безопасности, качества и доступности медицинских услуг.

Временной период, определенный в работе, охватывает последние 70 лет (1951–2020 гг.), в течение которых, по мнению большинства исследователей, прослеживается не только процесс становления американского здравоохранения современного уровня и организационно-функционального состояния (со всеми сопутствующими положительными и отрицательными свойствами), но и закрепляется в обществе и экономике страны, по сути, либерально-рыночная модель здравоохранения США. основополагающие черты и противоречия американской модели применительно к предмету исследования в динамике исторического процесса – от свободного рынка медицинских услуг и продуктов с ярко выраженным ограничением

---

<sup>1</sup> Согласно исследованию *Kaiser Family Foundation*, больные пневмонией с осложнениями вынуждены оставаться в госпитале в среднем 22,6 дня, и стоимость лечения в таком случае может составить 20 тыс. долл. При подключении к аппарату искусственной вентиляции легких (ИВЛ) сумма может достигать 88 тыс. долл. Для 68 % взрослых американцев фактор стоимости лечения выступает основным при решении, обращаться ли за медицинской помощью в случае обнаружения симптомов коронавируса [по данным Интерфакс. – URL: <https://www.interfax.ru/world/709959> (дата обращения: 03.05.21)].

<sup>2</sup> Автор отдает себе отчет, что этот рынок начиная с 1970-х гг. завязан на транснациональные компании (ТНК) соответствующего профиля и глобальные потоки финансов, медицинских препаратов, оборудования, расходных материалов и т.д., квалифицированных трудовых ресурсов (человеческого капитала в области здравоохранения), передовых медицинских технологий.

государственного вмешательства до приоритета частной медицинской практики с многоканальным финансированием в сочетании с развитой системой государственной поддержки (в форме государственно-частного партнерства, ГЧП) и перманентного регулирования (в первую очередь посредством программирования) – определили круг исследовательских задач настоящей работы. Отмеченные задачи включают в себя как теоретико-методологические, так и методические и эмпирические аспекты предмета исследования, раскрытые в последующих разделах статьи.

### **Материалы и методы исследования**

Прежде всего, в рамках теоретического обобщения имеющихся наработок российских и американских исследователей важно определиться в *категориально-понятийном аппарате*, описывающем предметную область настоящего исследования. Не имея возможности проанализировать всю множественность подходов к понятиям «эффективность здравоохранения», «безопасность, качество и доступность медицинской услуги» и иных, связанных с указанными основными понятиями, отметим, что в американском здравоохранении из универсальной триады подходов – медицинского, социального и экономического – последний в приоритете.

Так, при определении эффективности здравоохранения США в целом, причем в отличие от стандартов, например, Российской Федерации<sup>1</sup>, европейских медицинских и медико-страховых ассоциаций<sup>2</sup>, в особенности Великобритании<sup>3</sup> (не говоря уже о стандартах систем здравоохранения таких стран, как Гонконг и Сингапур<sup>4</sup>), главный упор в течение всех 70 рассматриваемых лет делается на *прямую (!) связь объема медицинских услуг с затратами на их предоставление*. Отсюда и наивысшие показатели совокупных величин финансирования здравоохранения США, их постоянный рост, приводящий к увеличению объемов медицинской помощи при во-

---

<sup>1</sup> Самородская И.В., Степченко В.И., Батрова Ю.В., Саверский А.В. Стандарты медицинской помощи в России и США // Менеджер здравоохранения. – 2015. – № 4. – С. 46-54.

<sup>2</sup> Максимова Л.В., Омеляновский В.В., Сура М.В. Анализ систем здравоохранения ведущих зарубежных стран // Медицинские технологии: оценка и выбор. – 2014. – № 1. – С. 37-45.

<sup>3</sup> Российские специалисты отметили не только самостоятельность, но и широкую применяемость «государственной модели советского здравоохранения», родоначальником которой по праву считается Н. А. Семашко. Они четко указали на важный факт: «...ни одна экономически развитая страна при построении или реформировании собственной системы здравоохранения не обошла опыт СССР. Наиболее яркий пример позитивного заимствования нашего недавнего опыта с модификациями представлен в Великобритании, где удалось достичь достаточно высокой эффективности и доступности медицинской помощи при сравнительно низких финансовых затратах. ... сам Уильям Беверидж, основоположник социальной реконструкции и прародитель Национальной службы здравоохранения Великобритании, верил в социализацию здравоохранения, в эффективность бесплатной медицины и ее экономическую рентабельность» [Цит. по: Хальфин Р.А., Таджиев И.Я. Организация здравоохранения в США. Часть 1 // Менеджер здравоохранения. – 2012. – № 9. – С. 36].

<sup>4</sup> Валид М.С., Зайцева Н.В. Комплексное сравнение систем здравоохранения в мире // Менеджер здравоохранения. – 2009. – № 5. – С. 58-64.

---

влечении все новых ресурсов, оплачиваемых посредством рынка медицинского страхования граждан. Между тем как советские (А. В. Сахно<sup>1</sup>; И. М. Шейман<sup>2</sup>), так и современные российские (Ю. Ю. Швец<sup>3</sup>; Р. А. Хальфин и И. Я. Таджиев<sup>4</sup>; Д. В. Тришкин и А. Н. Гуров<sup>5</sup>) и, что особенно важно, сами американские (Дж. А. Гинзбург и Р. Б. Доэрти<sup>6</sup>; С. Дж. Холлиман и др.<sup>7</sup>), а также, например, европейские и китайские (С. Пикок и др.<sup>8</sup>; Ю. Бао и А. Чжан<sup>9</sup>) исследователи в общем и целом единодушно сходятся во мнении, что даже экономическая эффективность национального здравоохранения (без учета или с «подчиненным» учетом социальной и медицинской составляющих) вынуждена эволюционировать (как категория и как практическая функциональная проблема) в *условиях изменчивости социально-экономического состояния страны*.

Более того, если конкретизировать рыночную сущность здравоохранения, сведя ее функционал до уровня предоставления медицинской услуги конечному потребителю – человеку, то и здесь (на микроуровне) в «отношении медицинской услуги определяется медицинская, социальная и экономическая эффективность, между которыми существует взаимосвязь и взаимообусловленность»<sup>10</sup>.

Поэтому в настоящем исследовании при оценке эффективности как здравоохранения США в целом (функциональная и организационная структура), так и в плане предоставления медицинских услуг, главной характеристикой возможного эффекта (от лат. effectus – действие) выступает соотношение / сопоставление результатов здравоохранительной деятельности с величиной используемых материальных, финансовых, технологических (инновационных) и трудовых (прежде всего, квалифи-

---

<sup>1</sup> Сахно А.В. Кризисные явления в медицине капиталистических стран. – М.: Медицина, 1986. – 208 с.

<sup>2</sup> Шейман И.М. Социально-экономические проблемы капиталистического здравоохранения. – М.: Наука, 1982. – 169 с.

<sup>3</sup> Швец Ю.Ю. Теоретические и методологические подходы к определению эффективности медицинской услуги // Вестник ВГУИТ. – 2016. – № 4. – С. 308-313.

<sup>4</sup> Хальфин Р.А., Таджиев И.Я. Организация здравоохранения в США. Часть 2. // Менеджер здравоохранения. – 2012. – № 10. – С. 47-57.

<sup>5</sup> Тришкин Д.В., Гуров А.Н. Математические модели расчета экономической эффективности внедрения результатов проектной деятельности в работу медицинских организаций и органов управления здравоохранением // Менеджер здравоохранения. – 2021. – № 3. – С. 18-26.

<sup>6</sup> Ginsburg J.A., Doherty R.B. Achieving a High Performance Health Care System with Universal Access: What the United States Can Learn from Other Countries. *Annals of Internal Medicine*. 2008. 148 (1). 238 p.

<sup>7</sup> Holliman C.J., Mulligan T.M., Suter R.E., Cameron P., Wallis L., Anderson P.D., Clem K. The efficacy and value of emergency medicine: a supportive literature review // *Int J Emerg Med*. 2011. Jul 2. Pp. 4–44.

<sup>8</sup> Peacock, S., Chan, C., Mangolini, M., Johansen, D. Techniques for Measuring Efficiency in Health Services, Productivity Commission Staff Working Paper. 2011, July.

<sup>9</sup> Zhang A., Bao Y. Research on efficiency of chinese medical health services based on analysis of c-d production function. *European Scientific Journal* December edition. 2014. Vol.8. No.30. Pp. 73-95.

<sup>10</sup> Швец Ю.Ю. Теоретические и методологические подходы к определению эффективности медицинской услуги // Вестник ВГУИТ. – 2016. – № 4. – С. 312.

---

цированного медицинского персонала) ресурсов / затрат. При этом, последние оцениваются в контексте определенных социально-бытовых, правовых и экономических условиях, сложившихся в пространственно-временном континууме США. Не вызывает сомнений, что вне зависимости от выбранного подхода к анализу и оценке эффективности здравоохранения (либо их сочетанию) на первом месте в определении эффективности здравоохранения находится его результативность, и лишь на втором – затратная / ресурсная составляющая. В этой связи, важное оценочное место занимает *организация профилактической медицины*, отодвигая доминирование оказания амбулаторной, а, тем более, клинической, помощи, как приоритетных сфер здравоохранения США, доступных далеко не всем по причине их дороговизны и неизбежной страховой, а, в последствии, долговой нагрузки на граждан<sup>1</sup>. Иными словами, при оценке эффективности возникает необходимость преодолеть противоречие социальных приоритетов и чисто рыночных, указанных выше. Такой подход, по мнению автора, оправдан и сообразен с поставленной целью исследования исходя из двух основных *теоретико-методологических посылов, нуждающихся в эмпирическом подтверждении*.

*Первый.* Тесная взаимосвязь эффективности, качества, безопасности и доступности продуктов и услуг здравоохранения. Так, качество медицинской услуги не тождественно рыночному понятию «качество», на что указывают, в частности, ведущие российские (И. А. Деев др. Ю и Ю. Швец<sup>2</sup>;) и англо-американские (С. Литерман и К. Сазерленд<sup>3</sup>) специалисты. Оценка качества медицинских услуг в США не может быть отделена от содержания медицинской деятельности как на глобальном (А. М. Карпенко) и национальном (Е. А. Варавикова)<sup>4</sup>, так и на локальном (М. Г. Хафизов<sup>5</sup>) уровнях здравоохранения. Потребность пациентов такой высоко-

---

<sup>1</sup> Так, в разное время в период 1951 – 2020 гг. от 35 до 16 % граждан США не имели никакой медицинской страховки. В этом случае «... неотложная помощь (именно «неотложная», выделено мною – В.М.) покрывается из фонда учреждения, а пациенту выставляется счет, и учреждение предпринимает попытки взыскать с пациента стоимость услуг полностью или частично. ... работу по "выбиванию" денег за неоплаченные медицинские услуги выполняют коллекторские агентства ...» [Цит. по: Дзядзько А.М., Новик И.И., Масюк М.Ю., Караник В.С. Система здравоохранения США: взгляд белорусских специалистов // Медицинские новости. – 2014. – № 7. – С. 40].

<sup>2</sup> Деев И.А., Кобякова О.С., Бойков В.А., Шибалков И.П. Удовлетворенность граждан как индикатор эффективности организационных моделей оказания медицинской помощи в амбулаторном звене // Менеджер здравоохранения. – 2020. – № 8. – С. 35-40.; Швец Ю.Ю. Зарубежный опыт обеспечения качества медицинских услуг // Транспортное дело России. – 2016. – № 6. – С. 51-53.

<sup>3</sup> Leatherman S., Sutherland K. The Quest for Quality in the NHS. A chartbook on quality of care in the UK. Radcliffe Publishing. Oxford. Seattle: The Nuffield Trust. 2005. 183 p.

<sup>4</sup> Карпенко А.М. США в системе глобального здравоохранения // Казанский социально-гуманитарный вестник. – 2016. – № 6. – С. 71-75.; Варавикова Е.А. Антикризисные стратегии в национальных системах здравоохранения // Менеджер здравоохранения. – 2010. – № 11. – С. 49-57

<sup>5</sup> Хафизов М.Г. Обзор международного опыта процессно-ориентированного управления медицинской организацией на примере клиники Мэйо (США) // Менеджер здравоохранения. – 2017. – № 6. – С. 43-50.

---

развитой страны, как Соединенные Штаты, безусловно, возрастающую на протяжении всего исследуемого периода, необходимо коррелировать с доступностью основных (в том числе инновационных) медицинских услуг и продуктов для все большего охвата растущего по численности населения. Здесь важно учитывать динамику не только структурных показателей общественного развития (занятость – безработица<sup>1</sup>, обеспеченность социальными и медицинскими благами<sup>2</sup>, естественное движение населения<sup>3</sup>, доступ к медицинской помощи<sup>4</sup> и т.д.), но и пространственные показатели развития здравоохранения США (по статистико-экономическим районам, штатам, округам, городским агломерациям). Кроме того, традиционно относимые в правовое поле вопросы безопасности продуктов и услуг здравоохранения играют далеко не последнюю роль в анализе и оценке тенденций развития данной социально значимой сферы, состояние которой во многом определяет ни много ни мало безопасность государства. Связь эффективности здравоохранения США с размером и динамикой процессуальных издержек, вынужденных страховых и судебных выплат (как со стороны пациентов, так и врачей) не вызывает сомнений. Данный тезис подтверждается простой фактологией отношений между указанными субъектами рынка медицинских услуг и продуктов<sup>5</sup>. Понятно, что при огромном размере «немедицинской» составляющей в стоимости услуг и продуктов здравоохранения, значительная часть населения США просто не в состоянии нести бремя медицинского страхования, что наглядно свидетельствует о дифференциальной доступности этих общественно значимых благ. Особенно постыдна для высокоразвитого государства ситуация, связанная с ростом банкротств физических лиц (как правило, пенсионного возраста) из-за невозможности выплат по медстраховкам<sup>6</sup>. Не менее важным для

---

<sup>1</sup> Минат В.Н. Динамика структуры занятости населения США в национальной экономической деятельности // Известия Юго-Западного государственного университета. Сер.: Экономика. Социология. Менеджмент. – 2020. – Т. 10. – № 4. – С. 174-183.

<sup>2</sup> Шведова Н. Здравоохранение США (взгляд экономиста) // NarCom.ru – URL: <https://www.narcom.ru/publ/info/574> (дата обращения: 23.04.2021).

<sup>3</sup> Улумбекова Г.Э. Реформа здравоохранения США: уроки для России // Социальные аспекты здоровья населения. – 2012. – №5. – URL: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/429/30/> (дата обращения: 27.04.2021).

<sup>4</sup> 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.

<sup>5</sup> Даже по данным более чем 10-летней давности рассчитано, «...что в цену медицинской услуги для пациента лишь на 10–30 % заложена стоимость самой услуги ... и 40–60 % – расходы, связанные со страхованием профессиональной ответственности» (выделено мной. – В.М.) [Цит. по: Хальфин Р.А., Таджиев И.Я. Организация здравоохранения в США. Часть 2. // Менеджер здравоохранения. – 2012. – № 10. – С. 49]. Расчеты автора, основанные на официальной американской статистике и приведенные в статье, в разделе «Результаты и обсуждение», выявляют тенденцию к некоторому сокращению последней группы расходов, но вплоть до событий 2020 г., связанных с «коронавирусом», охватившим практически все население США.

<sup>6</sup> Himmelstein D.U., Thorne D., Woolhandler S. Medical bankruptcy in Massachusetts: has health reform

раскрытия проблемы в ряду «эффективность – качество – доступность – безопасность» применительно к предмету настоящего исследования выступают вопросы установления американских и международных стандартов и нормативов медицинской продукции и услуг<sup>1</sup>.

*Второй.* Необходимость представить логическую схему выявления взаимосвязанных тенденций эволюции здравоохранения США в разрезе указанных в рамках первого посыла экономических феноменов. Эта динамичная схема должна не только охватывать в пространственно-временных рамках 1951–2020 гг. 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. Арриги<sup>2</sup>; Р. Бреннер<sup>3</sup>) и современных отечественных (Е. В. Харченко и П. В. Гейдрих<sup>4</sup>) 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 подразумевает в рамках объектно-предметной области настоящего исследования не просто динамическое выявление целого ряда проблем, решаемых и, напротив, консервируемых многочисленными реформами, проводимыми в здравоохранении США, но (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 самого процесса охраны здоровья американской нации, декларируе-

---

made a difference? // Am J Med. 2011. Mar. 124 (3). – Pp. 224–228.

<sup>1</sup> Алгоритм контроля новых лекарственных средств в США // Менеджер здравоохранения. – 2007. – № 11. – С. 48–52.

<sup>2</sup> Арриги Дж. Долгий двадцатый век: Деньги, власть и истоки нашего времени. Пер. с англ. А. Смирнова, Н. Эдельмана. – М.: Территория будущего, 2006. – 472 с.

<sup>3</sup> Бреннер Р. Экономика глобальной турбулентности. Развитие капиталистической экономики в период от долгого бума до долгого спада, 1945–2005. Пер. с англ. А. Гусева, Р. Хаиткулова. – М.: ИД ВШЭ, 2014. – 552 с.

<sup>4</sup> Харченко Е.В., Гейдрих П.В. Циклы и этапы социально-экономического развития общества в контексте процессов созидательного разрушения // Известия Юго-Западного гос. университета. Сер.: Экономика. Социология. Менеджмент. – 2018. – Т. 8, № 2 (27). – С. 17-30.

---

мой на весь глобальный мир. В этой 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. Рапопорта<sup>1</sup>; М. М. Мелло и др.; И. М. Шеймана Д. В. Лукьянцевой и др.<sup>2</sup>; В. В. Омельяновского и др.; Т. М. Скляр); и организации социального и медицинского страхования (Ю. В. Михайлова и др.<sup>3</sup>; А. П. Татаринов и др.<sup>4</sup>) с направлениями перманентного реформирования этой сферы (по материалам исследований В. С. Караник и др.; Н. Кураковой; Дж. Грубера<sup>5</sup>). В этом же контексте не менее важным представляется взгляд на необходимость государственного вмешательства в сферу здравоохранения США (И. М. Шейман; Я. Ч. Романчук<sup>6</sup>; Н. А. Полканова и др.) и борьбы с бедностью посредством программ социальной и медицинской помощи<sup>7</sup>.

Учитывая методические подходы, предложенные в вышеперечисленных исследованиях, автор, основываясь на официальной статистической базе американ-

---

<sup>1</sup> Jacobs P., Rapoport J. The Economics of Health and Medical Care. Sudbury. Massachusetts: Jones and Bartlett Publishers. 2004. 438 p.; Mello M.M., Chandra A., Gawande A.A. and Studdert D.M. National Costs of the Medical Liability System//Health Aff (Millwood). 2010. September. 29(9). Pp. 1569–1577.

<sup>2</sup> Шейман И.М. Реформа управления и финансирования здравоохранения. – М: Издатцентр, 1998. – 337с.; Лукьянцева Д.В., Татаринов А.П., Мельникова Л.С. Финансирование систем здравоохранения: международный опыт // Медицинские технологии: оценка и выбор. – 2017. – № 2. – С.20-29. Омельяновский В.В., Максимова Л.В., Татаринов А.П. Зарубежный опыт: модели финансирования и организации систем здравоохранения // Финансовый журнал. – 2014. – № 3. – С. 22-34.; Скляр Т.М. Международный опыт финансирования по результатам деятельности в здравоохранении // Менеджер здравоохранения. – 2015. – № 3. – С. 51-57.

<sup>3</sup> Михайлова Ю.В., Обухова О.В., Гажаева А.В. Зарубежный и отечественный опыты формирования фондов социального страхования // Менеджер здравоохранения. – 2013. – № 5. – С. 54-61.

<sup>4</sup> 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.

<sup>5</sup> Караник В.С., Дзядзько А.М., Масюк М.Ю., Новик И.И. Реформа здравоохранения США (закон «О защите пациентов и доступности медицинской помощи»): взгляд белорусских специалистов // Медицинские новости. – 2014. – № 9. – С. 52-57.; Куракова Н. Здравоохранение США накануне реформ // Менеджер здравоохранения. – 2009. – № 4. – С. 65-67.; Gruber J. Healthcare Reform: what it is, why it's necessary? Illustrated by N. Schreiber. NY. 2011. 152 p.

<sup>6</sup> Шейман И.М. Зарубежный опыт интеграционных процессов в здравоохранении. Часть 1 // Менеджер здравоохранения. – 2012. – № 7. – С. 32-40; Шейман И.М. Зарубежный опыт интеграционных процессов в здравоохранении. Часть 2 // Менеджер здравоохранения. – 2012. – № 8. – С. 19-25.; Романчук Я.Ч. Система здравоохранения – пример провала государства // Менеджер здравоохранения. – 2010. – № 11. – С. 58-68; Романчук Я.Ч. Система здравоохранения – пример провала государства. Ч. 2 // Менеджер здравоохранения. – 2010. – № 12. – С. 50-56.; Полканова Н.А., Федоскина И.В., Минат В.Н. Зарубежный опыт развития инфраструктуры здравоохранения региона с использованием механизма государственно-частного партнерства // в сб.: Актуальные проблемы современной науки: сборн. науч. трудов. – Рязань, 2018. – С. 82-87.

<sup>7</sup> Income, Poverty, and Health Insurance Coverage in the United States. 2010. U.S. Government Printing Office, Washington DC. 2011. 95 p.

ского 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 период 1950–2020 гг.

Анализ динамики абсолютных показателей эволюции здравоохранения США за исследуемый период времени не дает до конца объективной (по многим причинам: падение покупательной способности национальной валюты США, временные отличия в системе организации статистического учета как внутри ведомств правительства США, так и в общемировой системе учета функциональных и структурных показателей здравоохранения и т.д.) и наглядной картины о структурных особенностях этого процесса. Поэтому автором на основе традиционной методики рассчитаны *среднегодовые темпы роста / снижения (отрицательного роста)*, т.е. средние величины из ежегодных темпов роста, которые позволяют сравнивать динамику взаимосвязанных явлений за длительный временной период (см. таблицы в следующем разделе статьи). Вместе с тем, для обоснованного вывода, базирующегося на основе количественных показателей, представляется необходимым провести расчет эффективности здравоохранения США, исходя из общей формулы: *эффективность = эффект/затраты*. При этом, экономический эффект представляет собой интегральную величину, полученную как разность результата и использованных ресурсов<sup>1</sup>. Отметим тезисно, насколько важным для Российской Федерации является критическое и всестороннее (не только с доминирующих позиций либерально-рыночного экономического мейнстрима, формализованных универсальных аксиом по примеру рекомендаций МВФ, Всемирного банка и иных наднациональных организаций или математических моделей) познание развития общественных институтов, сфер, процессов. Не менее актуальна проблема синтеза современной теории и практики. Предлагаемое многими учеными на исходе эпохи глобализации познание, связанное с эволюционным / историческим подходом к объяснению динамичных изменений повседневного, ежегодного, периодического состояния сферы здравоохранения, столь близкой каждому человеку, учитывает не только временные, но и пространственные, социально стратифицированные (если угодно, классовые) особенности общества.

---

<sup>1</sup> В то время, как *медицинский эффект* характеризует деятельность медицинских работников и организаций здравоохранения с точки зрения достижения положительного результата с учетом критериев качества, адекватности и результативности медицинской помощи населению. Он определяется снижением заболеваемости, повышением уровня качества медицинских услуг, снижением летальности, увеличением коэффициента достижения результатов и др. *Социальный эффект* отражает результат полезной деятельности всех институтов государства и общества по сохранению и укреплению здоровья граждан страны. Он измеряется рядом показателей: увеличение продолжительности жизни людей, в том числе трудоспособного периода, повышение рождаемости, снижение инвалидности и т. д. Важными аспектами социального эффекта являются доступность медицинской помощи и медицинского продукта и удовлетворенность пациентов их качеством.

### **Результаты и обсуждение**

Теоретическое обобщение позволяет выделить ряд предварительных структурно-динамических особенностей эволюции здравоохранения США, позволивших, хотя и с определенной долей условности, выделить пять качественно отличных друг от друга этапов протяженностью по 20 (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 две *кризисно-депрессивных волны*.

- 1971–1982 гг., включавшей окончание валютного кризиса 1967–1976 гг., энергетические кризисы 1973–1974 гг. и 1979–1982 гг., экономические кризисы 1973–1975 гг. и 1979–1982 гг.;

- 2008–2020 гг., начавшейся с крупнейшего в истории мирового финансового кризиса 2008–2009 гг., вызванного анархией спекулятивного (по сути, фиктивного, по Марксу) капитала.

Период времени, очерченный кризисом 2001–2002 гг. в США – вышеуказанным крупнейшим глобальным кризисом 2008–2009 гг., в целом характеризуется *стагнацией американской экономики*, которой свойственны отсутствие качественного экономического роста, «застой» в реальных секторах экономики и, напротив, непомерное «раздувание» финансово-кредитных «пузырей».

В «фарватере» указанных волн, безусловно, происходило функционирование социальных институтов США, в том числе составляющих национальное здравоохранение. Об этом свидетельствуют, прежде всего, перманентные реформы<sup>1</sup>, направленные:

---

<sup>1</sup> В статье А.М. Карпенко отмечается отношение самих американцев к реформам здравоохранения: «В книге журналиста Т.А. Рэйда "Исцеляя Америку. Поиски самой лучшей, дешевой и справедливой системы здравоохранения" речь идет о том, что попытки реформировать американскую систему здравоохранения, сделать ее одинаково доступной для всех граждан вне зависимости от их доходов, делались начиная с Тедди Рузвельта. Но кроме реформы Линдона Джонсона, который в 1965 г. ввел "медикэр" – страхование для пенсионеров – все попытки провалились (Вильсона, Трумена, Никсона и Клинтона)» [Карпенко А.М. США в системе глобального здравоохранения // Казанский социально-гуманитарный вестник. – 2016. – № 6. – С. 73]. Последующая реформа 2000-х гг. осуществляемая уже при Дж. Буше-младшем, по оценкам российских специалистов, не оправдала надежд на «адекватность общественным потребностям» [Шведова Н. Здравоохранение США (взгляд экономиста) // NarCom.ru – URL: <https://www.narcom.ru/publ/info/574> (дата обращения: 23.04.2021)]. А вот реформирование при Б. Обаме, казалось бы, вызывало «прогностический оптимизм». Так, реформа здравоохранения США, начатая в 2010 г. в рамках закона «О защите пациентов и доступности медицинской помощи» (*Patient protection and affordable care act, PPACA*), по оценкам российских специалистов, формировала в реальности целый ряд положительных результатов (эффектов) к 2019 г. [Караник

- на повышение эффективности здравоохранения США путем расширения охвата населения медицинской помощью (вплоть до введения обязательного медстрахования), но снижения ее затратности (как по валовым показателям, так и на 1 человека);

- на повышение доступности медицинской помощи (постоянно актуальной, но безуспешной борьбы с ее не контролируемой государством дороговизной);

- на снижение колоссальной долговой финансовой нагрузки на потенциальных и реальных пациентов в системе медстрахования, но при этом сокращение бюджетного дефицита страны, обусловленное реализацией социальных программ, превысившее в 2010-х гг. 1 трлн долл.;

- на необходимость контроля и регулирования рынка медицинских услуг и продуктов со стороны государства (отказ от «обезглавленной» модели здравоохранения с парализованной управленческой структурой министерства здравоохранения и социальных служб – *United States Department of Health and Human Services, HHS*).

Безусловно, реформы постоянно поднимали проблемы подготовки медицинского персонала внутри США и его пополнения за счет иммиграции, снижения ключевых показателей здоровья населения и многие другие. Однако большинство российских и англо-американских специалистов, исследования которых критически проанализированы автором, даже несмотря на разницу подходов (вплоть до диаметрально противоположных, например, по поводу роли государственного регулирования или объекта реформирования: системы медстрахования либо сети медучреждений), в целом констатируют либо половинчатость и ограниченность во времени, либо абсолютную нерешенность указанных проблем здравоохранения США в 1951–2020 гг. При этом в ряде исследований отражены отдельные аспекты социализации здравоохранения США, связанные с попытками, прежде всего, федерального правительства и администрации отдельных штатов США (в особенности таких «богатых», как Калифорния, Нью-Йорк, Нью-Джерси и др.) сгладить последствия очередных кризисных явлений на некоторый срок, после чего в условиях экономического подъема вновь результаты реформ нивелируются «стихией рынка».

Подтвердить либо опровергнуть эмпирически такое положение, указав на обоснованные расчетами тенденции эволюции здравоохранения США в разрезе обеспечения эффективности, безопасности, качества и доступности медицинских услуг, позволяет обсуждение результатов, сведенных в табл.1.

---

В.С., Дзядзько А.М., Масюк М.Ю., Новик И.И. Реформа здравоохранения США (закон «О защите пациентов и доступности медицинской помощи»): взгляд белорусских специалистов // Медицинские новости. – 2014. – № 9. – С. 52-57; Улумбекова Г.Э. Реформа здравоохранения США: уроки для России // Социальные аспекты здоровья населения. – 2012. – № 5. – URL: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/429/30/> (дата обращения: 27.04.2021)]. Однако ее достижения в очередной раз в эволюции здравоохранения США были сведены к минимуму разразившейся в 2020 г. пандемией и ее последствиями для экономики и социальной сферы США.

---

Таблица 1 – Среднегодовые темпы роста некоторых показателей здравоохранения США в 1951–2020 гг., % <sup>1</sup>

Table 1 – Average annual growth rates of some health care indicators in the USA in 1951 – 2020, %.

Показатели	Периоды времени, гг.				
	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 <sup>2</sup>	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	–	–	–
Государственное страхование, в т.ч. по программам <i>Medicare</i> , <i>Medicaid</i> и <i>PACE</i> <sup>3</sup> и др. (суммарный объем финансирования <sup>4</sup> )	3,7	5,2	3,0	4,2	4,1
Групповое добровольное медицинское страхование <sup>5</sup> (объем финансирования)	4,1	2,4	5,5	3,3	5,0
Индивидуальное добровольное медицинское страхование <sup>6</sup> (объем финансирования)	2,3	1,7	2,7	2,3	1,7
Суммарные расходы <sup>7</sup> на подготовку врачей общей практики	4,4	3,8	3,5	3,0	2,4

<sup>1</sup> Рассчитано на основе данных официальной американской и международной статистики.

<sup>2</sup> Не включают суммарные расходы бюджетов штатов и местных органов управления.

<sup>3</sup> В США действует целый ряд государственных медицинских программ, крупнейшими из которых на протяжении большей части рассматриваемого временного периода традиционно выступают две – «Медикэр» (*Medicare*) и «Медикэйд» (*Medicaid*), утвержденные конгрессом США в 1965 г. Программа *Medicare* в настоящее время полностью федеральная, ее цель – медстрахование пенсионеров США (65 лет для мужчин и женщин, со стажем работы не менее 5–10 лет в зависимости от ее характера) по системе *Blue Cross*, *Blue Shield*. Источники ее финансирования – налог на фонд заработной платы, прогрессивный подоходный налог и налог на прибыль корпораций. Программа *Medicaid* партнерская (примерно 1/5 из федерального бюджета + 2/5 из бюджетов штатов + 2/5 от органов местного управления). Ее цель – медстрахование людей с низким уровнем дохода. Отчисления по этой программе из бюджетов разных штатов существенно отличаются. Программа *PACE* предназначена для медстрахования услуг, охватывающих полный уход за престарелыми при наличии двух вышеназванных программ.

<sup>4</sup> Не включают местные, муниципальные и окружные программы.

<sup>5</sup> Групповое добровольное медицинское страхование (ГДМС) представляет собой обязательное частное медицинское страхование работников по найму, включающее отчисления из бюджета предприятия и ежемесячные взносы работников из собственного заработка (соплатежи); обычно практикуется крупными работодателями для своих работников.

<sup>6</sup> Индивидуальное добровольное медицинское страхование (ИДМС) представлено рынком медстрахования, на котором действуют договорные отношения страховых компаний и клиентов (физических лиц). Иными словами, это самостоятельная оплата гражданами США медицинских расходов.

<sup>7</sup> Здесь и далее под выражением «суммарные расходы» имеется в виду среднегодовой показатель суммарного выражения расходов государства, частного бизнеса и некоммерческих организаций,

## ЭКОНОМИКА И УПРАВЛЕНИЕ

Продолжение таблицы 1					
Суммарные расходы на подготовку врачей узкой специализации	3,9	6,2	7,0	7,5	7,3
Суммарные расходы на подготовку сестринского персонала (для всех учреждений)	3,7	5,6	5,5	5,2	5,2
Суммарные расходы на медицинские НИОКР	2,9	4,2	6,3	7,8	8,6
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 чел.	3,4	3,8	4,6	5,5	6,2
Оплата населением медицинских услуг на уровне семейной медицины <sup>1</sup>	2,8	3,3	4,2	4,9	5,4
Оплата населением медицинских услуг на уровне амбулаторных медицинских служб <sup>2</sup>	2,2	3,3	4,3	5,0	5,3
Оплата населением медицинских услуг на уровне стационарной медицинской помощи <sup>3</sup>	1,8	2,3	3,8	4,2	5,5
Оплата населением медицинских услуг по оказанию экстренной помощи <sup>4</sup>	2,7	3,8	4,3	4,4	4,8

исследовательских центров и университетов, высших медицинских школ США и т.п.

<sup>1</sup> Семейная медицина (первичный уровень здравоохранения США) – это сеть медучреждений, осуществляющих лечебно-профилактическую помощь, как правило, терапевтического профиля с широким набором функциональных обязанностей. При необходимости специализированного лечения и в сложных диагностических случаях в компетенцию семейного врача включена диспетчеризация пациентов.

<sup>2</sup> Амбулаторная помощь (промежуточный уровень здравоохранения США) структурно и функционально объединяет основную долю медицинских услуг населению, оказываемых на дому. Такие услуги осуществляются преимущественно *сестринскими организациями* (основное звено в оказании медпомощи в США), но назначаются и заказываются врачами. Частный сектор этого уровня представлен преимущественно личными врачами-специалистами по внутренней и семейной медицине, педиатрами, узкопрофильными специалистами, медсестрами и младшим медперсоналом. Групповая практика объединяет несколько врачей одной или нескольких специальностей.

<sup>3</sup> Стационарное лечение (высший уровень здравоохранения США) – неоднородная (по типам учреждений) и разнофункциональная (по специализации и степени оказания помощи) сеть стационарных медучреждений. В частности, в *госпиталях* (государственных, коммерческих, включая большинство университетских клиник, некоммерческих, относимых к местным, общественным и религиозным организациям), как правило, проводится интенсивное лечение острых заболеваний, а долечивание (физическая и психологическая реабилитация пациентов) осуществляется в *домах сестринского ухода*. В числе последних выделяются дома с квалифицированным средним медицинским персоналом, дома-интернаты для пожилых и престарелых с медицинским уклоном, дома-приюты для пожилых и инвалидов, нуждающихся в постоянной медпомощи и уходе.

<sup>4</sup> Служба экстренной медицинской помощи США включает: 1) скорую медицинскую помощь (*Emergency Medical Technicians and Paramedics, EMT&P*), которая в современном виде была создана в США только в 1973 г. и имеет существенные территориальные различия по штатам страны в своей структуре (волонтерские, штатные и комбинированные подразделения); 2) сеть диспетчерских центров (служба «911»), оснащенных специальной аппаратурой, позволяющей персонифицировать вызов, а также спутниковыми навигационными системами оперативного слежения за бригадами *EMT&P*.

## ЭКОНОМИКА И УПРАВЛЕНИЕ

Продолжение таблицы 1					
Доля затрат на страхование и прямую оплату медуслуг и фармпродукции в бюджете средне-статистической 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 семи классам болезней <sup>1</sup>	-2,0	-1,2	1,7	2,2	2,5
Потребление основных продуктов питания в среднем на душу населения <sup>2</sup>	1,1	1,8	2,3	2,0	1,8

В структуре указанной таблицы можно выделить три группы показателей, отражающих динамику:

- финансирования основных, образующих национальное здравоохранение институтов и направлений деятельности, т.е. *доходной части здравоохранения как коммерческого института;*

- финансовых затрат, прежде всего, населения на получаемые медицинские услуги и продукты, т.е. *расходного бремени потребителя этих специфических общественных благ;*

- результативности функционирования здравоохранения США за 70 лет.

Прежде всего, нельзя не отметить, что подавляющее большинство показателей демонстрирует положительный рост. Исключение составляет прямое государственное финансирование профилактических мероприятий, причем начиная с 1970-х гг. и до 2020 г., и, как следствие этого, повышение такого важного для стратегического развития США негативного в своей тенденции показателя, как общая заболеваемость детей и подростков. Обратная корреляция между динамикой обоих приведенных показателей у врачей и организаторов здравоохранения не может вызвать сомнений. Следовательно, «здоровое будущее» американской нации находится под угрозой вот уже не менее 50 последних лет. За это время выросло не одно поколение граждан США, у которых в детском и подростковом возрасте диагностировался рост заболеваемости по семи основным болезням.

Также отрицательный рост характеризует динамику показателей заболеваемо-

<sup>1</sup> Согласно требованиям ВОЗ в статистическом учете используется следующая группировка: 1) новообразования; 2) болезни эндокринной системы, расстройства питания, нарушения обмена веществ и иммунитета; 3) болезни крови и кроветворных органов; 4) болезни системы кровообращения; 5) болезни нервной системы и органов чувств; 6) болезни мочеполовой системы; 7) болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани.

<sup>2</sup> Согласно классификации ВОЗ к таким продуктам относят следующие 8 групп: 1) мясо и мясopодукты; 2) молоко и молочные продукты (в пересчете на молоко); 3) яйцо домашней птицы; 4) рыба и рыбopодукты; 5) сахар; 6) хлеб и хлебopодукты; 7) картофель и основные виды овощей; 8) фрукты, орехи, соки.

сти населения США, что в целом положительно характеризует *результативность американского здравоохранения* в период 1951–2020 г., не учитывающего величину задействованных ресурсов и совокупных финансовых затрат, т.е. не учитывая эффекта от их использования<sup>1</sup>. Однако снижение указанной результативности за весь 70-летний период исследования представлен четким отрицательным трендом, в частности, на снижение среднегодового прироста ожидаемой продолжительности жизни при рождении (ОПЖР), младенческой смертности и осложнений при беременности. Все это на фоне роста среднегодовых показателей смертности, детско-подростковой заболеваемости.

При этом устойчивое увеличение среднегодовых темпов роста за весь исследуемый период времени характерно для динамики:

- доли затрат на здравоохранение в ВВП США (за исключением последнего десятилетия, что связано с резким ростом самого показателя ВВП в абсолютных значениях), несколько замедляющееся в периоды экономических спадов и возрастающее в периоды подъема экономики;

- расходов на медицинские НИОКР с устойчивым трендом на повышение;

- товарооборота фармацевтической и медицинской продукции американских компаний на внутреннем рынке США, также растущих постоянно, невзирая на циклические колебания, используя программную целевую государственную поддержку в кризисных условиях для сбыта медицинской и фармацевтической продукции как общественно значимой;

- стоимости медицинских услуг (устойчивый положительный тренд) и объемов их оплаты населением (также устойчивый тренд с наибольшим объемом роста на уровне и без того наиболее дорогой стационарной медпомощи);

- расходов пациентов, связанных с судебными тяжбами по результатам оказанной помощи, и объема взысканий с населения за неоплату медицинских услуг (повышательный тренд по обоим показателям).

Устойчивый рост приведенных показателей ярко свидетельствует о постоянном увеличении *затратности американского здравоохранения* не только как отрасли экономики, но и как социальной сферы, коммерциализированной на приоритетных началах.

При этом, сопоставив в динамике приведенные выше «растущие» по своим темпам показатели с общим коэффициентом смертности, младенческой смертностью и тем более ОПЖР, мы не сможем говорить об эффективности такого здравоохранения за все исследуемые 70 лет. Напротив, наряду с неуклонным ростом

---

<sup>1</sup> Авторские расчеты в основном коррелируются с результатами исследования Г.Э. Улумбековой за период 1980–2010-х гг., в котором ряд показателей здравоохранения США сравнивается с аналогичными показателями здравоохранения России и стран Евросоюза [Улумбекова Г.Э. Реформа здравоохранения США: уроки для России // Социальные аспекты здоровья населения. – 2012. – № 5. – URL: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/429/30/> (дата обращения: 27.04.2021)].

финансирования здравоохранения, оплаты медуслуг и продуктов здоровья американской нации, судя по официальным (!) показателям, неуклонно ухудшается. В этом видится эволюция, прежде всего, *медицинской неэффективности здравоохранения США*.

Расчет экономической эффективности американского здравоохранения в динамике дает результаты, представленные в табл. 2.

Таблица 2 – Динамика темпов роста среднегодовых показателей экономической эффективности здравоохранения США за 1951 – 2020 гг., в долях ед. <sup>1</sup>.

Table 2 – Dynamics of growth rates of average annual indicators of economic efficiency of US healthcare for 1951 – 2020, in shares of units

Составляющие экономического эффекта, соотнесенные с затратами	Периоды времени, гг.				
	1951 – 1970	1971 – 1990	1991 – 2000	2001 – 2010	2011 – 2020
Модифицированный показатель экономического эффекта в результате снижения уровня заболеваемости с временной утратой трудоспособности (заболеваемость работающего населения)	3,45	3,31	4,00	2,74	0,82
Экономический эффект в результате сокращения сроков лечения всего населения	4,54	5,33	6,32	7,75	8,48
Экономический эффект от снижения инвалидности	6,12	8,53	10,60	10,44	9,85
Экономический эффект, который получает общество в результате медицинского обеспечения трудовой деятельности человека	4,05	2,88	3,21	1,09	-2,25
Ориентировочный экономический эффект от сохранения жизни человека трудоспособного возраста	4,94	4,00	4,43	3,12	3,64

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

<sup>1</sup> Рассчитано на основе данных официальной американской и международной статистики, включающей профилактические, диагностические, лечебные, реабилитационные и организационно-методические мероприятия, материально-технические, кадровые, финансовые ресурсы, состояние общественного здоровья, деятельность смежных организаций здравоохранения США, реализованную на внутреннем рынке США величину платежеспособного спроса населения на продукцию фармацевтических компаний за определенный период и др.

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.

Кроме того, тенденцию снижения социальной и медицинской эффективности подтверждает расчет американскими специалистами специальных показателей и коэффициентов<sup>1</sup>.

Соответственно, *числа удовлетворенности пациентов медицинской помощью и отношением числа случаев достигнутых медицинских результатов к числу оцениваемых случаев*), рассчитанных по несколько иным временным отрезкам, чем выделенные автором в табл. 1. Динамика значений указанных показателя и коэффициента характеризует рост социальной и медицинской эффективности здравоохранения США в начале 1960-х – середине 1970-х гг. (резко различаясь при этом по регионам страны). Начиная с конца 1970-х и вплоть до настоящего времени исследуемый феномен либо «стагнирует», характеризуясь нулевым или близким к этому значению ростом, либо указывает на понижение этой эффективности.

Анализ данных таблиц 1 и 2 свидетельствует:

- прежде всего, о колебательной тенденции, в целом отражающей *снижение темпов роста экономической эффективности здравоохранения США* за 70-летний период<sup>2</sup>;

- кроме того, позволяет обоснованно говорить, учитывая составляющие экономического эффекта, соотнесенные с затратами, даже об *экономической неэффективности здравоохранения США* в определенные временные отрезки, включая современный (2011– 2020 гг.)<sup>3</sup>;

- устойчивым ростом экономической эффективности здравоохранения США отличается анализ по составляющей «экономический эффект в результате сокращения сроков лечения всего населения», что объясняется прямым снижением за-

---

<sup>1</sup> В частности, в исследованиях: Jacobs P., Rapoport J. The Economics of Health and Medical Care. Sudbury, Massachusetts: Jones and Bartlett Publishers. 2004. 438 p.; Peacock S., Chan C., Mangolini M., Johansen D. Techniques for Measuring Efficiency in Health Services // Productivity Commission Staff Working Paper. 2011, July.

<sup>2</sup> Расчет эффектов и их соотнесение с затратами по соответствующим направлениям обеспечения здравоохранения США, представленные в таблице 2, хорошо показывают «статистическое сглаживание» динамики общей экономической эффективности американского здравоохранения, имеющего высокие показатели за счет величины такого эффекта, как «экономический эффект от снижения инвалидности».

<sup>3</sup> Обращает на себя внимание несоответствие темпов роста показателей таких составляющих, как «экономический эффект, который получает общество в результате медицинского обеспечения трудовой деятельности человека» и «ориентировочный экономический эффект от сохранения жизни человека трудоспособного возраста», в кризисные периоды времени.

---

трат на медобслуживание (в особенности стационарное) со стороны лечебных учреждений, оплачиваемых в конечном итоге пациентами.

Однако, последнее из указанных оценочных положений не учитывает рост затрат населения на лекарственные средства, приобретаемые по назначению врача. Поэтому автор считает правильным выделять в анализе и оценке экономической эффективности здравоохранения США за тот или иной период времени две составляющие:

- эффект от финансирования здравоохранения посредством страховой и государственной систем, соотнесенный с соответствующими затратами;
- эффект, вызванный непосредственно затратами конечного потребителя медицинских благ (товаров, услуг) – населением страны.

Динамика результативности по каждому из оцениваемых направлений исследования будет существенно различаться, по-разному определяя эффективность здравоохранения США в его эволюционном развитии. Приведенные в упомянутых исследованиях и авторских таблицах расчетные данные, однозначно указывают на *снижение экономической, медицинской и социальной эффективности здравоохранения США, как в целом за 1951 – 2020 гг., так и в кризисные периоды, определяемые цикличностью общественного воспроизводства.*

О явном снижении эффективности американского здравоохранения вплоть до его неэффективности свидетельствует сравнение динамики показателей финансирования государственного страхования, растущего в кризисные периоды и снижающегося в условиях стабилизации и подъема экономики, также «перекладывая» 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 разнонаправлены, 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<sup>1</sup>.

---

<sup>1</sup> Наше эмпирическое подтверждение «социальной недостаточности», противоречивости здравоохранения США нашло отражение во многих исследованиях авторитетных российских специалистов. В частности, Н. Шведова подчеркивает, причем в сравнительном аспекте: «Одна из важнейших причин социальной недостаточности американского медицинского обеспечения (отсутствие всеобщего доступа к медицинским услугам и др.) кроется в наличии многих источников оплаты медицинских услуг, которые создают хаос и дублируют друг друга. Конечно, в других западных странах медицинские услуги тоже оплачивает «третья сторона» (главным образом правительство), но эти страны не претендуют на рыночный характер этой сферы. Большинство цивилизованных стран имеют универсальный («глобальный») бюджет здравоохранения и четко скоординированную систему медицинского обеспечения, финансируемую посредством одного плательщика. В США нет «глобального» бюджета и нет достаточной координации среди частей системы. Вместо этого существует хаотическая система плательщиков – страхователей и

Приведенная в сноске цитата указывает на важнейший недостаток, не позволяющий считать национальное здравоохранение 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 роста стоимости последних). Однако в таблице отмечено повышение среднегодового роста показателей государственного страхования в кризисно-депрессивные периоды. Это однозначно указывает на необходимость «вытаскивать из социальной ямы» значительное количество населения США, теряющего в этих условиях работу, а вместе с ней и групповую добровольную страховку. Иного пути обеспечить медпомощью и медицинскими товарами массового потребителя этих общественных благ в условиях рыночных приоритетов в американском здравоохранении просто не существует<sup>1</sup>. Этому препятствуют законы развития рынка, ограничивающие платежеспособный спрос на любые блага величиной располагаемого дохода потребителя – бюджетный ограничитель потребления.

При оценке качества и безопасности здравоохранения США на основе динамических данных табл. 1 очевидны приоритеты в подготовке врачей узкой специализации – основы американского рынка медицинских услуг, превратившего оказание помощи пациенту в чистый бизнес<sup>2</sup>. Полученные автором эмпирические данные подтверждают тенденцию к усилению специализации и сверхспециализации врачебных профессий, отмеченную Н. Шведовой в исследовании 10-летней давности. Причина все та же – возможность ускоренного роста нормы прибыли от медицинской деятельности. Также значительны темпы среднегодового роста затрат на подготовку сестринского персонала в США. Причем американская медсестра в за-

---

производителей медицинских услуг, которые функционируют независимо друг от друга и обычно стремятся к разным целям, что, в общем, способствует росту стоимости медицинских услуг и, как следствие, их недоступности» [Шведова Н. Здравоохранение США (взгляд экономиста) // NarCom.ru – URL: <https://www.narcom.ru/publ/info/574> (дата обращения: 23.04.2021)].

<sup>1</sup> Неслучайно, например, Д. Грачева, анализируя современные виды медицинского страхования в США, отмечает, что «большинство специалистов американской медицины советуют: в США лучше жить либо со страховкой, либо не жить», при этом ни один из вариантов медицинской страховки или их комплекс не гарантируют 100-процентную оплату медуслуг [Медицина в США – URL: <https://www.homesoverseas.ru/articles/10489>].

<sup>2</sup> «По данным исследования, проведенного Калифорнийским университетом в Сан-Франциско, около 80 % всех расходов на здравоохранение в той или иной форме контролируется ими (частнопрактикующими врачами. – В.М.). Многие врачи являются держателями акций коммерческих больниц, санаториев, диагностических лабораторий, владеют акциями медицинских корпораций. Мотив получения прибыли в здравоохранении ничем не отличается от стремления получить прибыль в остальных секторах экономики. В США за последние три десятилетия наблюдается усиление тенденции к специализации и сверхспециализации врачебных профессий» [Шведова Н. Здравоохранение США (взгляд экономиста) // NarCom.ru – URL: <https://www.narcom.ru/publ/info/574> (дата обращения: 23.04.2021)].

---

висимости от ее квалификации и специализации зачастую имеет университетское образование и осуществляет лечение пациента по рекомендациям врача. При этом подготовка врачей общей практики, в силу неприбыльности их последующей деятельности, отличается сравнительно низкими темпами прироста (по показателю суммарных расходов на их подготовку внутри страны). Частично, хотя и недостаточно, этот дефицит покрывается за счет врачей-мигрантов из других стран.

Таким образом, по части обеспеченности человеческими ресурсами здравоохранение США в целом удерживает позиции своей доступности для граждан, учитывая, что значительная часть врачей общей практики и сестринского персонала трудится в государственных и так называемых неприбыльных / некоммерческих<sup>1</sup> лечебных учреждениях, оказывающих помощь по системе преимущественно государственного страхования в числе прочих малоимущим, инвалидам, пенсионерам и другим социально уязвимым категориям населения США.

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 ответственность правовой защиты каждой из сторон. Тем не менее эмпирический анализ соответствующих расходов на судебные разбирательства в части, касающейся получения качественных медицинских услуг и продуктов, а в случае нанесенного ущерба – компенсации и возмещения убытков, ярко свидетельствует на макроэкономическом уровне об усиливающемся все 70 лет *структурном перекосе*. Суть пробле-

---

<sup>1</sup> Следует заметить, что «Бесприбыльные» частные больницы создаются местными муниципальными органами с привлечением государственных фондов, частных лиц, а также различных организаций и благотворительных обществ. Эти больницы представляют собой частные корпорации, первоначальный капитал которых формируется по подписке учредителей, и как коммерческие организации они оказывают услуги за плату. «Бесприбыльный» статус широко используется в США различными фондами, организациями, учреждениями и фирмами, поскольку он дает им возможность избежать уплаты налогов. Определения «некоммерческий», «бесприбыльный» отнюдь не означают, что эти больницы предоставляют медицинскую помощь бесплатно. Лечебные учреждения этого типа во многих отношениях похожи на коммерческие корпорации больниц. Они учреждают организации по поддержанию здоровья и организации предпочтительного поставщика, реабилитационные центры для лиц, страдающих алкоголизмом и наркоманией, управляют другими больницами, вкладывают капитал в недвижимость, получают прибыль.

Между коммерческими и «бесприбыльными» больницами существует принципиальная разница: вместо выплаты держателям акций дивидендов «бесприбыльные» системы больниц вкладывают свои доходы в новые или усовершенствованные средства обслуживания, в создание резервов на капиталовложения и фонды оказания помощи неимущим, что поощряется государством посредством льготного налогообложения. В иных отношениях разница между двумя типами больниц стирается» [Шведова Н. Здравоохранение США (взгляд экономиста) // NarCom.ru – URL: <https://www.narcom.ru/publ/info/574> (дата обращения: 23.04.2021)].

мы, 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, роста таковых. Это может обернуться сокращением платежеспособных клиентов-пациентов, учитывая рост здравоохранения страны, где по разным оценкам работает от 10 до 15 млн. чел. Помимо врача – частного предпринимателя (ассоциаций таких врачей в США) в том же направлении мыслит армия адвокатов, страховщиков, различного рода посредников на рынке медицинских услуг, препаратов и оборудования, обогащающихся за счет оперирования на этом рынке, по необходимости регулируемом и частично контролируемом государством.

### **Заключение**

Результаты настоящего исследования, проведенного в разрезе как теоретических, так и эмпирических динамических характеристик, и показатели позволяют выявить и обосновать некоторые тенденции эволюции здравоохранения США в разрезе обеспечения эффективности, безопасности, качества и доступности медицинских услуг.

*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. Предсказуемая в условиях начавшейся в 2010-х гг. деглобализации, опасность расшатывания созданных в послевоенном мире основ экономического воспроизводства (по своей сути капиталистического, а затем

неокапиталистического – транснационального и глобального) наиболее ощутима для социума (целой нации), *живущей и лечащейся в долг*. Накачивание американским федрезервом экономики долларowymi знаками, не обеспеченными товарами и услугами, которое наблюдается в каждый из кризисов, а в 2020 – начале 2021 гг. имеет просто фантастически нереальный объем<sup>1</sup>, не просто ставит под сомнение, а попросту перечеркивает даже разговоры об эффективности, доступности, безопасности и в конечном счете качестве нереально дорогих (в сравнении с постоянно падающим уровнем личного располагаемого дохода граждан США) медицинских услуг и продуктов, жизненно необходимых для большинства населения.

*Вторая* (тесно связанная с первой). 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. Вместе с тем цикличность как бы сглаживает трагизм спадов по всем показателям медобслуживания населения в кризисно-депрессивные периоды и «выпячивает» эффекты от дальнейшего подъема (с дополнительной помощью СМИ, отражающих политические и идеологические установки правящей в определенный период партии и избранного президента). Именно по этой причине реформирование американского здравоохранения вот уже 70 лет просто «топчется на месте», выдвигая для решения все те же самые вновь не решенные задачи: снижающуюся доступность, дороговизну, недостаточное качество государственных программ и т.п. Без изменения базисов, безусловно, связанных с экономическими отношениями по поводу собственности на средства производства медицинской продукции и ее реализации по фиксированной цене, изменения принципов деятельности врача с предпринимательских на «гиппократовские» вышеуказанных проблем никак не преодолеть. Хотя неизбежно возникнут другие. Например, связанные с невозможностью даже «сверхбогатого и сверхинновационного» американского государства «тащить» основной груз и бремя заботы о здоровье всего населения<sup>2</sup>, возрастная пирамида которого за 70 исследуемых лет сместилась значимо в сторону увеличения стариков.

*Третья*. В условиях либерально-рыночной американской социально-экономической модели, ориентированной на максимальное использование коммерческих механизмов в организации, 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, госу-

---

<sup>1</sup> По сообщениям средств массовой информации (СМИ) от 11 мая 2021 г. со ссылкой на агентство *Bloomberg*, мировой экономике грозит инфляционный шок, так как ежемесячно в глобальную экономику вливается 200 млрд долл., эмитированных Федеральной резервной системой США.

<sup>2</sup> Общая численность населения США увеличилась за период 1951–2020 гг. приблизительно со 154 до 330 млн. чел., т.е. более чем вдвое.

дарственного планирования в медицине) с *потенциальными возможностями ресурсной базы национальной экономики*. Иными словами, рынок медицинских услуг и продуктов посредством маркетинга реагирует на платежеспособный совокупный спрос «на поддержание здоровья», агрессивно навязывая собственное предложение в условиях сложносоставной многоуровневой конкуренции (в реальности ограниченной многолетней монополизацией любого рынка). По такой упрощенной, «мейнстримной» логической схеме нет смысла вовлекать невостребованные платежеспособным (!) спросом населения дополнительные ресурсы (финансовые, кадровые, материальные, инновационные и др.). Достаточно вести медицинский бизнес исходя из *условий рыночного равновесия*. Поэтому только государство (незаменимое социально ориентированным бизнесом, тем более крупным), возможно, в целесообразных формах ГЧП, может взять на себя смелость наконец-то за 70 лет, опираясь на инновационный потенциал новых медицинских и производственных технологий, рост производительности труда и другие экономические феномены, рационально и эффективно использовать колоссальные *потенциальные ресурсы*, несомненно, имеющиеся у здравоохранения США.

Самое главный перспективный вывод видится в том, что избыточность ресурсов, готовых к использованию в здравоохранении в период кризиса и последующей депрессии не может опираться на страховую медицину. Как показывает наше исследование, опирающееся исключительно на официальные статистические данные и рассчитанные на их основе эффекты, отнесенные к результатам и затратам, такая ориентация здравоохранения в целом за 70 лет, а особенно, в кризисные периоды, *не дает соответствующего результата для большинства населения, а лишь повышает норму прибыли коммерческого здравоохранения США*.

В противоположность данной тенденции, заметим, что человеку требуется медицинская помощь всегда, в т. ч. и во время кризиса, не взирая на инфляционное обесценение его накоплений, группового частного страхования, потерю работы и т. д. Медицинский бизнес (как и всякий другой), как страховой, так и практикующий, не заинтересован в потенциальном росте здравоохранения, а только в реальном. Социально ориентированное государство не имеет права отказать любому гражданину в бесплатной медицинской помощи, не вводящей его и его семью в «кредитную кабалу» с последующим неминуемым социальным взрывом.

Последняя из указанных тенденций, ставшая понятной именно в динамике эволюции здравоохранения США при переходе к социально ориентированным формам взаимодействия власти (на всех уровнях) и бизнеса на *кризисно-депрессивной волне негативных ожиданий*, имеет, помимо вертикальной стратификации «власть – бизнес – народ», еще и горизонтальную, пространственную, отражающую территориальные различия здравоохранения Соединенных Штатов.

**Библиография/References:**

1. Алгоритм контроля новых лекарственных средств в США // Менеджер здравоохранения. – 2007. – № 11. – С. 48–52.
2. Арриги Дж. Долгий двадцатый век: Деньги, власть и истоки нашего времени / Пер. с англ. А. Смирнова, Н. Эдельмана. – М.: Территория будущего, 2006. – 472 с.
3. Бессистемная медицина: опыт США // Менеджер здравоохранения. – 2007. – № 10. – С. 57–59.
4. 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. – М.: ИД ВШЭ, 2014. – 552 с.
5. Валид М.С., Зайцева Н.В. Дефицит врачебных кадров в Соединенных Штатах Америки // Менеджер здравоохранения. – 2008. – № 10. – С. 49–53.
6. Валид М.С., Зайцева Н.В. Комплексное сравнение систем здравоохранения в мире // Менеджер здравоохранения. – 2009. – № 5. – С. 58–64.
7. Варавикова Е.А. Антикризисные стратегии в национальных системах здравоохранения // Менеджер здравоохранения. – 2010. – № 11. – С. 49–57.
8. Деев И.А., Кобякова О.С., Бойков В.А., Шибалков И.П. Удовлетворенность граждан как индикатор эффективности организационных моделей оказания медицинской помощи в амбулаторном звене // Менеджер здравоохранения. – 2020. – № 8. – С. 35–40.
9. Дзядзько А.М., Новик И.И., Масюк М.Ю., Караник В.С. Система здравоохранения США: взгляд белорусских специалистов // Медицинские новости. – 2014. – № 7. – С. 37–50.
10. Караник В.С., Дзядзько А.М., Масюк М.Ю., Новик И.И. Реформа здравоохранения США (закон «О защите пациентов и доступности медицинской помощи»): взгляд белорусских специалистов // Медицинские новости. – 2014. – № 9. – С. 52–57.
11. Карпенко А.М. США в системе глобального здравоохранения // Казанский социально-гуманитарный вестник. – 2016. – № 6. – С. 71–75.
12. Куракова Н. Здравоохранение США накануне реформ // Менеджер здравоохранения. – 2009. – № 4. – С. 65–67.
13. Лукьянцева Д.В., Татаринцов А.П., Мельникова Л.С. Финансирование систем здравоохранения: международный опыт // Медицинские технологии: оценка и выбор. – 2017. – № 2. – С. 20–29.
14. Максимова Л.В., Омеляновский В.В., Сура М.В. Анализ систем здравоохранения ведущих зарубежных стран // Медицинские технологии: оценка и выбор. – 2014. – № 1. – С. 37–45.
15. Минат В.Н. Динамика структуры занятости населения США в национальной экономической деятельности // Известия Юго-Западного государственного универ-

ситета. Серия: Экономика. Социология. Менеджмент. – 2020. – Т. 10. – № 4. – С. 174–183.

16. Минат В.Н. Особенности финансирования и результаты деятельности высших учебных заведений США (1919 – 2019 гг.) // Среднерусский вестник общественных наук. – 2020. – Т. 15. – № 5. – С. 225–248.

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

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

19. Полканова Н.А., Федоскина И.В., Минат В.Н. Зарубежный опыт развития инфраструктуры здравоохранения региона с использованием механизма государственно-частного партнерства // Актуальные проблемы современной науки: сборник научных трудов. – Рязань, 2018. – С. 82–87.

20. Романчук Я.Ч. Система здравоохранения – пример провала государства // Менеджер здравоохранения. – 2010. – № 11. – С. 58–68.

21. Романчук Я.Ч. Система здравоохранения – пример провала государства. Часть 2 // Менеджер здравоохранения. – 2010. – № 12. – С. 50–56.

22. Самородская И.В., Степченков В.И., Батрова Ю.В., Саверский А.В. Стандарты медицинской помощи в России и США // Менеджер здравоохранения. – 2015. – № 4. – С. 46–54.

23. Сахно А.В. Кризисные явления в медицине капиталистических стран. – М.: Медицина, 1986. – 208 с.

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

25. 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.

26. Тришкин Д.В., Гуров А.Н. Математические модели расчета экономической эффективности внедрения результатов проектной деятельности в работу медицинских организаций и органов управления здравоохранением // Менеджер здравоохранения. – 2021. – № 3. – С. 18–26.

27. Улумбекова Г.Э. Реформа здравоохранения США: уроки для России // Социальные аспекты здоровья населения. – 2012. – № 5. – URL: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/429/30/> (дата обращения: 27.04.2021).

28. Ульянов Ю.А., Мингазова Э.Н., Зарипова Э.М., Мингазов Р.Н. Клиентоориентированность в медицине: современный взгляд на проблему // Менеджер здравоохранения. – 2021. – № 2. – С. 40–44.

29. Хальфин Р.А., Таджиев И.Я. Организация здравоохранения в США. Часть 1. // Менеджер здравоохранения. – 2012. – № 9. – С. 35–47.
30. Хальфин Р.А., Таджиев И.Я. Организация здравоохранения в США. Часть 2. // Менеджер здравоохранения. – 2012. – № 10. – С. 47–57.
31. Харченко Е.В., Гейдерих П.В. Циклы и этапы социально-экономического развития общества в контексте процессов созидательного разрушения // Известия Юго-Западного государственного университета. Серия: Экономика. Социология. Менеджмент. – 2018. – Т. 8. – № 2 (27). – С. 17–30.
32. Хафизов М.Г. Обзор международного опыта процессно-ориентированного управления медицинской организацией на примере клиники Мэйо (США) // Менеджер здравоохранения. – 2017. – № 6. – С. 43–50.
33. Шведова Н. Здравоохранение США (взгляд экономиста) // NarCom.ru – URL: <https://www.narcom.ru/publ/info/574> (дата обращения: 23.04.2021).
34. Швец Ю.Ю. Зарубежный опыт обеспечения качества медицинских услуг // Транспортное дело России. – 2016. – № 6. – С. 51–53.
35. Швец Ю.Ю. Теоретические и методологические подходы к определению эффективности медицинской услуги // Вестник ВГУИТ. – 2016. – № 4. – С. 308–313.
36. Шейман И.М. Зарубежный опыт интеграционных процессов в здравоохранении. Часть 1 // Менеджер здравоохранения. – 2012. – № 7. – С. 32–40.
37. Шейман И.М. Зарубежный опыт интеграционных процессов в здравоохранении. Часть 2 // Менеджер здравоохранения. – 2012. – № 8. – С. 19–25.
38. Шейман И.М. Реформа управления и финансирования здравоохранения. – М: Издатцентр, 1998. – 337 с.
39. Шейман И.М. Социально-экономические проблемы капиталистического здравоохранения. – М.: Наука, 1982. – 169 с.
40. Шматко А.Д., Щербук А.Ю., Черепанова Е.В., Щукин А.Н. Проблемы релевантных рынков медицинских услуг: исследование отечественного и зарубежного опыта // Менеджер здравоохранения. – 2020. – № 8. – С. 57–66.
41. Ginsburg J.A., Doherty R.B. Achieving a High Performance Health Care System with Universal Access: What the United States Can Learn from Other Countries. *Annals of Internal Medicine*. 2008. 148 (1). 238 p.
42. Gruber J. Healthcare Reform: what it is, why it's necessary? Illustrated by N. Schreiber. NY. 2011. 152 p.
43. Himmelstein D.U., Thorne D., Woolhandler S. Medical bankruptcy in Massachusetts: has health reform made a difference? // *Am J Med*. 2011. Mar. 124 (3). Pp. 224–228.
44. Holliman C.J., Mulligan T.M., Suter R.E., Cameron P., Wallis L., Anderson P.D., Clem K. The efficacy and value of emergency medicine: a supportive literature review // *Int J Emerg Med*. 2011. Jul 2. Pp. 4–44.

45. Income, Poverty, and Health Insurance Coverage in the United States. 2010. U.S. Government Printing Office, Washington DC. 2011. 95 p.
46. Jacobs P., Rapoport J. The Economics of Health and Medical Care. Sudbury. Massachusetts: Jones and Bartlett Publishers. 2004. 438 p.
47. Leatherman S., Sutherland K. The Quest for Quality in the NHS. A chartbook on quality of care in the UK. Radcliffe Publishing. Oxford. Seattle: The Nuffield Trust. 2005. 183 p.
48. Mello M.M., Chandra A., Gawande A.A. and Studdert D.M. National Costs of the Medical Liability System // Health Aff (Millwood). 2010. September. 29(9). Pp. 1569–1577.
49. Peacock, S., Chan, C., Mangolini, M., Johansen, D. Techniques for Measuring Efficiency in Health Services // Productivity Commission Staff Working Paper. 2011, July.
50. 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.
51. Zhang A., Bao Y. Research on efficiency of chinese medical health services based on analysis of c-d production function. European Scientific Journal December edition. 2014. Vol. 8. №30. Pp. 73–95.

1. Algoritm kontrolya novykh lekarstvennykh sredstv v SShA [Algorithm for the control of new drugs in the United States] // Menedzher zdravookhraneniia [Manager of Health Care]. – 2007. – № 11. – P. 48–52. (In Russ.)
2. Arrigi, Dzh. (2006) Dolgii dvadtsatyi vek: Den'gi, vlast' i istoki nashego vremeni [The long twentieth century: Money, power and the origins of our time] / Per. s angl. A. Smirnova, N. Edel'mana. – M.: Territoriiia budushchego. – 472 p. (In Russ.)
3. Bessistemnaia meditsina: opyt SShA [Unsystematic Medicine: US Experience] // Menedzher zdravookhraneniia [Manager of Health Care]. – 2007. – № 10. – P. 57–59. (In Russ.)
4. Brenner, R. (2014) Ekonomika global'noi turbulentsi. Razvitye kapitalisticheskie ekonomiki v period ot dolgogo buma do dolgogo spada, 1945 – 2005 [Economics of Global Turbulence. Developed capitalist economies in the period from long boom to long recession, 1945 - 2005] / Per. s angl. A. Guseva, R. Khaitkulova. – M.: ID VShE. – 552 p. (In Russ.)
5. Valid, M.S., Zaitseva, N.V. (2008) Defitsit vrachebnykh kadrov v Soedinennykh Shtatakh Ameriki [Medical staff shortage in the United States of America] // Menedzher zdravookhraneniia [Manager of Health Care]. – № 10. – P. 49–53. (In Russ.)
6. Valid, M.S., Zaitseva, N.V. (2009) Kompleksnoe sravnenie sistem zdravookhraneniia v mire [Comprehensive comparison of world health systems] // Menedzher zdravookhraneniia [Manager of Health Care]. – № 5. – P. 58–64. (In Russ.)

7. Varavikova, E.A. (2010) Antikrizisnye strategii v natsional'nykh sistemakh zdra-vookhraneniia [Anti-crisis strategies in national health systems] // Menedzher zdra-vookhraneniia [Manager of Health Care]. – № 11. – P. 49–57. (In Russ.)

8. Deev, I.A., Kobiakova, O.S., Boikov, V.A., Shibalkov, I.P. (2020) Udovletvorennost' grazhdan kak indikator effektivnosti organizatsionnykh modelei okazaniia meditsinskoii pomoshchi v ambulatornom zvene [Satisfaction of citizens as an indicator of the effective-ness of organizational models for the provision of medical care in the outpatient link] // Menedzher zdra-vookhraneniia [Manager of Health Care]. – № 8. – P. 35–40. (In Russ.)

9. Dziadz'ko, A.M., Novik, I.I., Masiuk, M.Iu., Karanik, V.S. (2014) Sistema zdra-vookhraneniia SShA: vzgliad belorusskikh spetsialistov [The US healthcare system: the view of Belarusian specialists] // Meditsinskie novosti [Medical News]. – № 7. – P. 37–50. (In Russ.)

10. Karanik, V.S., Dziadz'ko, A.M., Masiuk, M.Iu., Novik, I.I. (2014) Reforma zdra-vookhraneniia SShA (zakon «O zashchite patsientov i dostupnosti meditsinskoii pomoshchi»): vzgliad belorusskikh spetsialistov [US health care reform (the law "On the protection of patients and the availability of medical care"): the view of Belarusian specialists] // Meditsinskie novosti [Medical News]. – № 9. – P. 52–57. (In Russ.)

11. Karpenko, A.M. (2016) SShA v sisteme global'nogo zdra-vookhraneniia [USA in the global health system] // Kazanskii sotsial'no-gumanitarnyi vestnik [The Kazan socially-humanitarian bulletin]. – № 6. – P. 71–75. (In Russ.)

12. Kurakova, N. (2009) Zdra-vookhranenie SShA nakanune reform [Healthcare in the United States on the eve of reforms] // Menedzher zdra-vookhraneniia [Manager of Health Care]. – № 4. – P. 65–67. (In Russ.)

13. Luk'iantseva, D.V., Tatarinov, A.P., Mel'nikova, L.S. (2017) Finansirovanie sistem zdra-vookhraneniia: mezhdunarodnyi opyt [Financing of health care systems: international experience] // Meditsinskie tekhnologii: otsenka i vybor [Medical Technologies. Assessment and Choice]. – № 2. – P. 20–29. (In Russ.)

14. Maksimova, L.V., Omel'ianovskii, V.V., Sura, M.V. (2014) Analiz sistem zdra-vookhraneniia vedushchikh zarubezhnykh stran [Analysis of healthcare systems in leading foreign countries] // Meditsinskie tekhnologii: otsenka i vybor [Medical Technologies. Assessment and Choice]. – № 1. – P. 37–45. (In Russ.)

15. Minat, V.N. (2020) Dinamika struktury zaniatosti naseleniia SShA v natsional'noi ekonomicheskoi deiatel'nosti // Izvestiia lugo-Zapadnogo gosudarstvennogo universiteta. Seriya: Ekonomika. Sotsiologiya. Menedzhment [Proceedings of South-West State Univer-sity. Series Economy. Sociology. Management]. – T. 10. – № 4. – P. 174–183. (In Russ.)

16. Minat, V.N. (2020) Osobennosti finansirovaniia i rezul'taty deiatel'nosti vysshikh uchebnykh zavedenii SShA (1919 – 2019 gg.) [Features of funding and the results of the activities of higher educational institutions of the USA (1919 - 2019)] // Srednerusskii vest-nik obshchestvennykh nauk [Central Russian journal of social sciences]. – T. 15. – № 5. – P. 225–248. (In Russ.)

17. Mikhailova, Iu.V., Obukhova, O.V., Gazhaeva, A.V. (2013) Zarubezhnyi i otechestvennyi opyty formirovaniia fondov sotsial'nogo strakhovaniia [Foreign and domestic experience in the formation of social insurance funds] // Menedzher zdravookhraneniia [Manager of Health Care]. – № 5. – P. 54-61. (In Russ.)

18. Omel'ianovskii, V.V., Maksimova, L.V., Tatarinov, A.P. (2014) Zarubezhnyi opyt: modeli finansirovaniia i organizatsii sistem zdravookhraneniia [Foreign experience: models of financing and organization of health systems] // Finansovyi zhurnal [Financial journal]. – № 3. – P. 22–34. (In Russ.)

19. Polkanova, N.A., Fedoskina, I.V., Minat, V.N. (2018) Zarubezhnyi opyt razvitiia infrastruktury zdravookhraneniia regiona s ispol'zovaniem mekhanizma gosudarstvenno-chastnogo partnerstva [Foreign experience in the development of regional healthcare infrastructure using the mechanism of public-private partnership] // Aktual'nye problemy sovremennoi nauki [Actual problems of modern science]: sbornik nauchnykh trudov. – Riazan'. – P. 82–87. (In Russ.)

20. Romanchuk, Ia.Ch. (2010) Sistema zdravookhraneniia – primer provala gosudarstva [The health care system is an example of state failure] // Menedzher zdravookhraneniia [Manager of Health Care]. – № 11. – P. 58-68. (In Russ.)

21. Romanchuk, Ia.Ch. (2010) Sistema zdravookhraneniia – primer provala gosudarstva. Chast' 2 [The health care system is an example of state failure. Part 2] // Menedzher zdravookhraneniia [Manager of Health Care]. – № 12. – P. 50–56. (In Russ.)

22. Samorodskaia, I.V., Stepchenkov, V.I., Batrova, Iu.V., Saverskii, A.V. (2015) Standarty meditsinskoj pomoshchi v Rossii i SShA [Standards of medical care in Russia and the United States] // Menedzher zdravookhraneniia [Manager of Health Care]. – № 4. – P. 46-54. (In Russ.)

23. Sakhno, A.V. (1986) Krizisnye iavleniia v meditsine kapitalisticheskikh stran [Crisis phenomena in medicine in capitalist countries]. – M.: Meditsina. – 208 p. (In Russ.)

24. Skliar, T.M. (2015) Mezhdunarodnyi opyt finansirovaniia po rezul'tatam deiatel'nosti v zdravookhraneniia [International experience of financing based on performance in health care] // Menedzher zdravookhraneniia [Manager of Health Care]. – № 3. – P. 51–57. (In Russ.)

25. Tatarinov, A.P., Luk'iantseva, D.V., Mel'nikova, L.S. (2016) Vliianie sofinansirovaniia naseleniem meditsinskoj pomoshchi na effektivnost' sistem zdravookhraneniia razlichnykh stran mira [The influence of co-financing of medical care by the population on the efficiency of health care systems in different countries of the world] // Meditsinskie tekhnologii: otsenka i vybor [Medical Technologies. Assessment and Choice]. – № 4. – P. 20–25. (In Russ.)

26. Trishkin, D.V., Gurov, A.N. (2021) Matematicheskie modeli rascheta ekonomicheskoi effektivnosti vnedreniia rezul'tatov proektnoi deiatel'nosti v rabotu meditsinskikh organizatsii i organov upravleniia zdravookhraneniem [Mathematical models for calculating the economic efficiency of the implementation of the results of project activities in the work

of medical organizations and health authorities] // Menedzher zdavookhraneniia [Manager of Health Care]. – № 3. – P. 18–26. (In Russ.)

27. Ulumbekova, G.E. (2012) Reforma zdavookhraneniia SShA: uroki dlia Rossii [US health care reform: lessons for Russia] // Sotsial'nye aspekty zdorov'ia naseleniia [Social aspects of population health]. – № 5. – URL: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/429/30/> (data obrashcheniia: 27.04.2021). (In Russ.)

28. Ul'ianov, Iu.A., Mingazova, E.N., Zariptova, E.M., Mingazov, R.N. (2021) Klientoorientirovannost' v meditsine: sovremennyi vzgliad na problemu [Customer focus in medicine: a modern view of the problem] // Menedzher zdavookhraneniia [Manager of Health Care]. – № 2. – P. 40–44. (In Russ.)

29. Khal'fin, R.A., Tadzhiyev, I.Ia. (2012) Organizatsiia zdavookhraneniia v SShA. Chast' 1. [Health Organization in the United States. Part 1] // Menedzher zdavookhraneniia [Manager of Health Care]. – № 9. – P. 35–47. (In Russ.)

30. Khal'fin, R.A., Tadzhiyev, I.Ia. (2012) Organizatsiia zdavookhraneniia v SShA. Chast' 2. [Health Organization in the United States. Part 2] // Menedzher zdavookhraneniia [Manager of Health Care]. – № 10. – P. 47–57. (In Russ.)

31. Kharchenko, E.V., Geiderikh, P.V. (2018) Tsikly i etapy sotsial'no-ekonomicheskogo razvitiia obshchestva v kontekste protsessov sozidatel'nogo razrusheniia [Cycles and stages of socio-economic development of society in the context of the processes of creative destruction] // Izvestiia Iugo-Zapadnogo gosudarstvennogo universiteta. Seriya: Ekonomika. Sotsiologiya. Menedzhment [Proceedings of South-West State University. Series: Economy. Sociology. Management]. – T. 8. – № 2 (27). – P. 17–30. (In Russ.)

32. Khafizov, M.G. (2017) Obzor mezhdunarodnogo opyta protsessno-orientirovannogo upravleniia meditsinskoi organizatsiei na primere kliniki Mayo (SShA) [Review of international experience of process-oriented management of a medical organization on the example of the Mayo Clinic (USA)] // Menedzher zdavookhraneniia [Manager of Health Care]. – № 6. – P. 43–50. (In Russ.)

33. Shvedova, N. Zdavookhraneniie SShA (vzgliad ekonomista) [US health care (an economist's perspective)] // NarCom.ru – URL: <https://www.narcom.ru/publ/info/574> (data obrashcheniia: 23.04.2021). (In Russ.)

34. Shvets, Iu.Iu. (2016) Zarubezhnyi opyt obespecheniia kachestva meditsinskikh uslug [Foreign experience in ensuring the quality of medical services] // Transportnoe delo Rossii [Transport business of Russia]. – № 6. – P. 51–53. (In Russ.)

35. Shvets, Iu.Iu. (2016) Teoreticheskie i metodologicheskie podkhody k opredeleniiu effektivnosti meditsinskoi uslugi [Theoretical and methodological approaches to determining the effectiveness of medical services] // Vestnik VGUIT [Proceedings of the Voronezh State University of Engineering Technologies]. – № 4. – P. 308–313. (In Russ.)

36. Sheiman, I.M. (2012) Zarubezhnyi opyt integratsionnykh protsessov v zdavookhraneniie. Chast' 1 [Foreign experience of integration processes in healthcare. Part 1] // Menedzher zdavookhraneniia [Manager of Health Care]. – № 7. – P. 32–40. (In Russ.)

37. Sheiman, I.M. (2012) Zarubezhnyi opyt integratsionnykh protsessov v zdavookhraneni. Chast' 2 [Foreign experience of integration processes in healthcare. Part 2] // Menedzher zdavookhraneniia [Manager of Health Care]. – № 8. – P. 19–25. (In Russ.)

38. Sheiman, I.M. (1998) Reforma upravleniia i finansirovaniia zdavookhraneniia [Reform of health care management and financing]. – M: Izdatsentr. – 337 p. (In Russ.)

39. Sheiman, I.M. (1982) Sotsial'no-ekonomicheskie problemy kapitalisticheskogo zdavookhraneniia [Socio-economic problems of capitalist health care]. – M.: Nauka. – 169 p. (In Russ.)

40. Shmatko, A.D., Shcherbuk, A.Iu., Cherepanova, E.V., Shchukin, A.N. (2020) Problemy relevantnykh rynkov meditsinskikh uslug: issledovanie otechestvennogo i zarubezhnogo opyta [Problems of Relevant Markets of Medical Services: Research of Domestic and Foreign Experience] // Menedzher zdavookhraneniia [Manager of Health Care]. – № 8. – P. 57–66. (In Russ.)