

В.Н. МИНАТ

ДИНАМИКА ПРОСТРАНСТВЕННОГО НЕРАВЕНСТВА В РАЗВИТИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ США И ГОСУДАРСТВЕННАЯ РЕГИОНАЛЬНАЯ ПОЛИТИКА

Одним из ключевых аспектов, раскрывающих сущность неравномерного распределения социальных благ, выступает динамика пространственного неравенства, характерная для здравоохранения США на протяжении многих десятилетий. Результаты эмпирического исследования указанного неравенства как динамического процесса, обладающего свойствами историзма, осуществленного посредством декомпозиции индекса Тейла по внутригрупповым и межгрупповым признакам соответствующих групп показателей, свидетельствуют об увеличении поляризации территорий в разрезе обеспеченности населения медицинскими благами. При учете организационно-экономической бессистемности в сфере охраны здоровья граждан Америки и преобладания стихийно-коммерческого характера свободного ценообразования на релевантных рынках американских медицинских товаров и услуг подтверждается традиционная для капиталистического воспроизводства центрально-периферийная пространственная структура неравенства в развитии здравоохранения США. Объективный характер многолетнего формирования подобной структуры дополняется субъективным фактором государственного регионального регулирования здравоохранения в субрегиональном и трансрегиональном разрезе посредством осуществления разнонаправленной в типологическом отношении соответствующей политики — от традиционной и проактивной до селективной. Показано, что не только экономическая конъюнктура, но и социально-политическая и идеологическая целесообразность выступают субъектами, определяющими инструментарий активизации, поляризации, стимулирования или сдерживания развития здравоохранения конкретных территорий США.

Ключевые слова: здравоохранение США, социальная недостаточность здравоохранения, типы государственной региональной политики, пространственное неравенство в развитии здравоохранения США, администрация президента США.

JEL: I14, I15, I18, N32, O51

В иерархии американских ценностей проблема обеспечения здоровья имеет первостепенную значимость, тем более что специфика здравоохранения главного геоэкономического центра мира отличается рядом ярких противоречий развития, характеризующих эволюцию этой сферы как в новейшем историческом времени, так и в социально и экономически неоднородном пространстве страны¹. Исследователи как в США (в частности, У. Пек), так и в России (Н.А. Шведова и Д.А. Хухорева) видят суть противоречий между потребителем медицинских благ — населением страны и их производителем в *социальной недостаточности* и *бессистемном устройстве* американского здравоохранения². Наше исследование также подтверждает наличие объективной зависимости таких важнейших параметров охраны здоровья американцев, как эффективность, доступность, безопасность и качество предоставления медицинских благ (услуг, фармацевтической продукции, специализированных приборов и т.д.) от циклических колебаний экономики США³.

Социальная недостаточность здравоохранения США дополняется пространственной неоднородностью территорий страны, различающихся по уровню экономического развития и обеспеченности населения общественными благами. Это выражается в объективно сложившемся неравенстве в обеспечении медицинскими услугами и продуктами аме-

¹ «Здравоохранение США — это огромная часть американской экономики (одна пятая), где сталкиваются, порой жестко, противоположные интересы. Соединенные Штаты тратят почти в два раза больше на здравоохранение в процентах от своей экономики, по сравнению с другими промышленно развитыми странами. Почти 18% ВВП идет на здравоохранительные цели, сфера здравоохранения — это арена острых политических схваток и столкновений, ожесточенной борьбы, что особенно сказывается в периоды избирательных циклов» [1].

² Н.А. Шведова и Д.А. Хухорева задаются вопросом: «Каковы факторы, обусловившие социальную недостаточность здравоохранения — одной из важнейших социальных сфер деятельности богатейшей демократической страны в мире — США?» и далее констатируют: «Ответ скрыт в характере устройства самой системы медицинского обеспечения в США, а также в расстановке политических сил в стране, от конфигурации которых зависит его судьба» [1]. По 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 США, «...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» [2, с. 57–58].

³ Опубликованное автором исследование, основанное на соединении теоретико-сравнительного исторического анализа с цикличностью социально-экономического развития американского общества применительно к развитию здравоохранения США в исторической ретроспективе и условиях современности, позволило выявить и обосновать ряд тенденций эволюции американского здравоохранения в разрезе обеспечения эффективности, безопасности, качества и доступности медицинских услуг. Полученные результаты отражают общее направление эволюции здравоохранения США в качестве бессистемного сложносоставного механизма, функционирующего в непосредственном резонансе с социально-экономической цикличностью. 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 для населения страны [4].

риканцев, проживающих на территориях, поляризованных по уровню повседневной жизни и деятельности. Пространственное неравенство в развитии здравоохранения Соединенных Штатов зависит как от факторов рыночной экономики (резилентных рынков здравоохранения — внутреннего и внешнего/глобального), так и от политической направленности регуляторов и реформ, определяемых властью разного уровня.

На здравоохранение США оказывает влияние не только экономическая конъюнктура, но и политические изменения в стране. Последнее проявляется в разнообразии форм, методов и инструментов, формирующих определенные *типы государственной политики*, направленной на регулирование и постоянное реформирование здравоохранения⁴. Типология *государственной региональной политики*⁵ федерального правительства, проводимой в сфере здравоохранения и социального развития различных территорий страны, несмотря на свою условность, *включает* разнонаправленные по планируемым результатам, *типологические группы*. Среди них специалисты выделяют как общие по направленности (традиционные и проактивные), так и селективные, способствующие поляризации, либо, напротив, выравниванию (за счет сдерживания или стимуляции) обеспеченности населения различных территорий США (штатов, субрегионов, ареалов разной степени урбанизации) медицинскими благами.

Представляется важным (с теоретической и практической точек зрения) дать оценку пространственного неравенства, сложившегося в процессе развития здравоохранения США в период 1951–2020 гг., и выявить влияние различных типов государственной региональной политики на динамику этого неравенства.

⁴ Известный эксперт по американскому здравоохранению Дж. К. Иглехарт отмечает: «Как в прошлом, так и в настоящее время, федеральная политика обычно представляет собой ответ на отдельные или срочные потребности, кризис момента, больше, чем соответствует долгосрочной интегрированной социальной повестке. Эта особенность так глубоко укоренилась, что нам необходимо уделить гораздо больше, чем это делается сейчас, внимания рассмотрению вопроса — имеет ли смысл говорить о национальной политике в сфере здравоохранения вообще, даже сегодня, как о единственной связанной концепции» [4, р. 962–963].

⁵ Российские специалисты, в частности Е.С. Устинович [5] и др., обосновывают диалектическое единство и различие научных категорий, связанных с государственной региональной политикой и региональной политикой, исходя из *субъектности* реализации каждой из них в федеративном государстве. Первая определяется как политика федерального центра по отношению к регионам, а вторая — как политика самого региона, направленная на собственное развитие и отношения с системой местного управления. Особое значение в рамках категории «государственная региональная политика» имеет *селективная региональная политика государства*, которая, по мнению С.Н. Леонова и О.В. Сидоренко, «...является самостоятельным типом региональной политики государства, содержание которой зависит от выбранной государством на данном историческом этапе модели региональной политики («эффективность»/«равенство»), ... по объекту воздействия подразделяется на выравнивающую и поляризованную, а по характеру воздействия на стимулирующую и сдерживающую, что позволяет формировать дифференцированную селективную политику в зависимости от цели селективной региональной политики». Это дает возможность «...определить ограничивающий и стимулирующий характер избирательного воздействия государства на эндогенный и экзогенный тип регионального развития при разработке организационно-методического обеспечения региональной политики государства» [6, с. 15–16].

Оценка пространственного неравенства в развитии здравоохранения США

Связь пространственно-временных координат настоящего исследования включает долгосрочный период, охватывающий 70 лет (1951–2020 гг.), в котором специалисты насчитывают не менее десяти мировых кризисов, в центре которых неизменно находились и находятся Соединенные Штаты. Указанное обстоятельство, на наш взгляд, оказывает существенное влияние на все стороны общественного развития, происходящие в Соединенных Штатах, включая здравоохранение и социальное обеспечение населения страны в циклически меняющихся условиях экономического спада, депрессии и подъема. Поэтому исследование динамики развития здравоохранения США концептуально базируется на широко известных теоретических положениях *циклическости* социально-экономического развития общества⁶. В частности, в рамках концепции Дж. Арриги (*J. Arrigi*), рассматриваемый нами временной период принадлежит к так называемому «американскому системному циклу накопления капитала», в его наиболее развитой и современной, затухающей, фазах [11].

В эмпирической части исследования мы опираемся на методологию и методику, учитывающие декомпозицию (разделение показателей на группы по пространственным – субрегионам США и временным – 10-летним отрезкам времени) неравенства в развитии здравоохранения США, показатели развития которого поддаются количественному анализу⁷. Для этого применяется широко известный индекс Тейла (*H. Theil*). На методике расчета указанного индекса остановимся подробнее, методологически базируясь как на зарубежных классических [12; 13] и современных [14; 15], так и на российских [16] работах.

В настоящем исследовании расчет индекса Тейла для значений весов, заданных для определения расстояний между показателями обеспеченности медицинскими услугами исследуемых территорий в разных частях распределения по данной группе показателей, равен 0 либо 2⁸, осуществляется соответственно по следующим формулам:

$$GE(0) = \frac{1}{n} \sum_{i=1}^n \log \frac{\bar{y}}{y_i}, \quad (1)$$

$$GE(2) = \frac{1}{\bar{y}} \left[\frac{1}{n} \sum_{i=1}^n (y_i - \bar{y})^2 \right]^{1/2}, \quad (2)$$

⁶ Автором использованы работы российских ученых, в которых показана взаимосвязь моделей экономических и инновационных циклов, технологических и мирохозяйственных укладов, перманентно сменяющих друг друга [7; 8], в т.ч. рассмотренных в сопряжении со структурными сдвигами в экономике США [9; 10].

⁷ Информационную основу настоящей работы составляют данные официальной американской статистики и аналитические доклады Министерства здравоохранения и социальных служб США (*United States Department of Health and Human Services*) за период 1951–2020 гг., приводимые в разрезе указанных пространственных субъектов, имеющих статус территориально-статистических единиц.

⁸ Выбранный метод хорошо коррелируется с высоким уровнем поляризации социально-экономического развития в геопространстве США.

где GE — индекс Тейла ($GE(0)$ ориентирован на оценку пространственного неравенства в распределении низкоуровневого/недостаточного медицинского обеспечения населения США конкретных территорий за определенный временной отрезок (год, десятилетие), $GE(2)$ — на аналогичную оценку среди высокоуровневого/достаточного обеспечения медицинскими услугами населения конкретной территории за тот же период времени);

n — численность населения территории;

i — объект исследования;

y_i — обеспеченность населения медицинскими услугами в разрезе определенной группы показателей;

$\bar{y}$ — средняя обеспеченность медицинскими услугами населения США по аналогичной группе показателей.

С целью выявления динамики искомого неравенства за исследуемый период времени рассчитываются показатели GE за семь десятилетних (децильных) временных отрезков: 1951–1960 гг., 1961–1970 гг., 1971–1980 гг., 1981–1990 гг., 1991–2000 гг., 2001–2010 гг., 2011–2020 гг.

Учитывая сложный состав признаков пространственного неравенства, анализ его динамики в развитии здравоохранения США осуществляется по следующей формуле:

$$GE(\alpha) = \sum_{k=1}^m \left(\frac{\bar{y}_k}{\bar{y}} \right)^{\alpha} \left(\frac{n_k}{n} \right)^{1-\alpha} GE(\alpha) + \frac{1}{(\alpha^2 - \alpha)} \left[\sum_{k=1}^m \frac{n_k}{n} \left(\frac{\bar{y}_k}{\bar{y}} \right)^{\alpha} - 1 \right], \quad (3)$$

где k — количество групп по признакам группировки;

α — вес заданных для определения расстояний между показателями обеспеченности медицинскими услугами исследуемых территорий в разных частях распределения по данной группе показателей⁹;

m — число территориальных единиц США разного ранга (штатов, субрегионов / статистико-экономических районов¹⁰, метрополитенских статистических ареалов¹¹), участвующих в исследовании.

⁹ Чем меньше α , тем ближе чувствительность энтропии к нижней части распределения. И, наоборот, чем больше α , тем более чувствителен показатель энтропии к верхней части распределения. В частности, при α , равном нулю, коэффициент является более чувствительным к характеристике неравенства в развитии здравоохранения тех или иных территориальных образований Соединенных Штатов с наименьшим уровнем обеспеченности населения медицинскими услугами. При α , равном 2, чувствительность приближается к значениям неравенства среди населения наиболее обеспеченных услугами здравоохранения целостных территорий США.

¹⁰ Согласно классификации Бюро Цензов США, штаты группируются в *девять статистико-экономических районов*, называемых в пространственной экономике и экономической географии *субрегионами*.

¹¹ Трансрегиональными свойствами в геоэкономическом пространстве США наделены *метрополитенские статистические ареалы* (далее — МСА) — *Metropolitan Statistical Area*, условно соответствующие городским агломерациям, и консолидированные МСА (далее — КМСА) — *Consolidated Metropolitan Statistical Area*, соответствующие конурбациям и мегарегионам. Условность и открытость границ американских МСА и КМСА, обуславливающие специфические проблемы, решаемые только в рамках межмуниципального и межрегионального взаимодействия, но никак не инструментарием федерального правительства, создает дополнительные эффекты, направленные на усиление процессов взаимодействия урбоориентированных элементов их структуры, а также любых экономических явлений и процессов, присущих отношениям в рамках МСА/КМСА Соединенных Штатов.

Взаимное сочетание и принятое в американском статистическом учете соотношение привязанных к разным штатам и МСА и рассчитанных на их основе индексов дает в целом объективную структурную картину пространственно-временного состояния развития здравоохранения в США как в статике, так и в динамике¹².

Математическая структура формулы 3 представляет собой сумму, где первое слагаемое отражает *внутригрупповое неравенство*, а второе слагаемое — *межгрупповое неравенство* в развитии здравоохранения США. Соответственно, декомпозиция индекса Тейла осуществляется по формуле:

$$GE(1) = \sum_{k=1}^m \left(\frac{\bar{y}_k}{\bar{y}} \times \frac{n_k}{n} \right) GE(1)_k + \sum_{k=1}^m \frac{n_k}{n} \left(\frac{\bar{y}_k}{\bar{y}} \right) \ln \left(\frac{\bar{y}_k}{\bar{y}} \right), \quad (4)$$

где $GE(1)$ — индекс Тейла, который позволяет оценить неравенство указанного обеспечения среди населения конкретных территорий США.

Применяя представленные математические модели, автор получил следующие результаты, требующие обсуждения и обоснования.

Окончательные результаты, полученные автором посредством использования декомпозиции индекса Тейла на основе группировки по структурно-пространственно-временным признакам, представлены в *таблице 1*.

Т а б л и ц а 1

**Неравенство пространственного развития здравоохранения США
за 1951–2020 гг. (в % к итогу по группе показателей)**

Группировка в пространстве субрегионов и структурных элементов МСА	Тип неравенства	Децильный временной отрезок, гг.						
		1951–1960	1961–1970	1971–1980	1981–1990	1991–2000	2001–2010	2011–2020
1	2	3	4	5	6	7	8	9
Новая Англия	B*	64,3	66,2	67,8	70,3	74,7	76,3	78,2
	M*	33,4	32,1	34,0	35,2	37,3	39,5	41,6
Среднеатлантические штаты	B	71,6	69,7	73,4	76,0	79,7	80,9	86,7
	M	37,8	38,0	40,3	38,6	41,6	41,8	46,4

¹² Анализируемые автором 3 индекса, 12 показателей официальной американской статистики, а также результаты расчетов автора, объединены в зависимости от количественно характеризующего признака развития здравоохранения США и связанных с ним социально-экономических характеристик территории в следующие группы: 1) индекс общей продолжительности жизни; 2) индекс доступности здравоохранения; 3) индекс обеспеченности населения общественными благами; 4) группа показателей, отражающих доходы населения и уровень безработицы; 5) группа показателей, отражающих наличие/отсутствие медицинской страховки (по определенным видам: *Medicare*, *Medicaid*, групповое и индивидуальное добровольное медицинское страхование и др.); 6) среднегодовые темпы роста эффективности, качества, безопасности, доступности и результативности здравоохранения США в разных штатах в период 1951–2020 гг., рассчитанные автором [17].

О к о н ч а н и е т а б л . 1

1		2	3	4	5	6	7	8	9
Северо-Восточный Центр		В	48,8	54,1	55,3	59,2	64,7	67,5	68,8
		М	26,9	28,7	29,4	33,0	36,8	39,2	40,2
Северо-Западный Центр		В	33,0	36,2	35,9	38,4	39,9	43,6	45,8
		М	12,8	15,9	15,0	20,6	21,2	22,4	23,1
Южноатлантические штаты		В	54,8	59,0	64,9	68,3	72,0	74,3	77,5
		М	29,2	33,5	35,7	37,0	39,6	41,9	43,0
Юго-Восточный Центр		В	20,7	24,1	26,2	26,4	28,0	27,6	29,7
		М	7,1	8,9	12,2	12,2	15,8	14,5	16,8
Юго-Западный Центр		В	29,4	35,3	42,3	45,9	50,2	56,7	61,3
		М	13,0	16,8	19,7	23,3	28,1	34,2	37,4
Горные штаты		В	15,9	22,4	27,3	29,8	34,2	38,4	42,0
		М	5,7	8,9	13,0	16,4	19,0	23,1	25,0
Тихоокеанские штаты		В	28,8	39,1	48,4	61,8	68,8	76,9	87,5
		М	14,1	22,0	27,8	38,4	46,0	48,7	54,0
В среднем по субрегионам США		В	40,8	45,1	49,1	52,9	56,9	60,2	64,2
		М	20,0	22,8	25,2	28,3	31,7	33,9	36,4
М С А	Высокоурбанизированное ядро	В	78,4	83,5	88,2	90,8	93,9	96,4	97,9
		М	39,0	44,5	50,8	55,2	57,4	59,3	60,8
	С у б у р б а н и з и р о в а н н а я полупериферия	В	37,3	44,2	49,0	57,4	65,3	72,4	77,1
		М	20,1	26,4	31,4	37,2	41,1	44,9	50,4
	Сельская периферия	В	18,0	23,7	29,3	33,8	36,4	39,4	42,0
		М	4,4	10,4	15,4	18,0	21,5	25,9	24,8

Источник: рассчитано автором на основе данных официальной статистики [18–23 и др.], аналитических обзоров Министерства здравоохранения и социальных служб США [24; 25 и др.] и результатов опубликованных исследований, раскрывающих особенности регионализации американского здравоохранения [17], в т.ч. в структуре человеческого капитала целостных территорий США [26; 27 и др.].

* Примечание 1. Внутригрупповое неравенство.

** Примечание 2. Межгрупповое неравенство.

Анализ расчетных данных таблицы позволяет выявить по крайней мере две динамические тенденции пространственного неравенства в развитии американского здравоохранения.

Во-первых, по всем группам наиболее ярко отмечается внутригрупповое неравенство, характеризуемое в целом нарастанием неравенства в обеспечении медицинскими услугами в пространстве как субрегионов, так и МСА. Указанная долгосрочная тенденция, как и в случае межгруппового неравенства, в каждом из децильных временных отрезков, заключающих в себе перманентные циклические колебания¹³, свидетельствует о первоочередном/базисном значении влияния экономического фактора

¹³ Так, в каждом из децильных отрезков учеными выделено в среднем по два кризиса: 1953 г. и 1958 г. (для первого отрезка), 1960 г. и 1969 г. (для второго), 1973 г., 1980 г. и 1990 г. (для третьего и четвертого), 2000 г. и 2008 г. (для пятого и шестого), наконец 2020 г. (для седьмого, заключительного).

на динамику развития здравоохранения США за весь исследуемый период. Следовательно, в каждом из рассматриваемых временных отрезков находят отражение социально-экономические процессы, характеризующие фазы цикла (подъема, пика, спада и дна), разнонаправленно влияющие на обеспечение населения коммерческими благами, связанными с охраной здоровья. Пространственный срез неравенства в развитии здравоохранения США, обусловленный колебанием между равновесием и неравновесием в экономике, создает впечатление некоей стабильности и даже прогрессивности американской модели здравоохранения, неизменно выбирающейся из кризиса перепроизводства фармацевтической продукции и медицинских услуг за счет гибкой ценовой политики и государственных субсидий. Социальные изменения, базирующиеся на экономической цикличности, в качестве результатов пространственно-временной поляризации сферы здравоохранения, выражаются в росте как внутри- так и межгруппового неравенства в обеспечении медицинскими услугами населения США, что ярко демонстрируют расчетные данные, представленные в таблице 1 (в частности, в графе «в среднем по субрегионам США»).

Во-вторых, в рассматриваемый период формируется и закрепляется центрально-периферийная пространственная структура развития американского здравоохранения. Последняя характеризуется на региональном уровне наличием прежде всего географических центров в лице таких субрегионов США, как Среднеатлантические штаты, Новая Англия, Южноатлантические штаты (с 1970-х гг.) и Тихоокеанские штаты (с 1980-х гг. — в целом, а штат Калифорния — с 1960-х гг.). На трансрегиональном уровне — в рамках МСА — такими центрами, оттягивающими на себя большую часть медицинских услуг и сопутствующих им благ, выступают высокоурбанизированные ядра агломераций и конурбаций США. В конце XX в. и начавшемся столетии к ним примыкает и социально-развитая субурбанизированная периферия, обладающая развитой системой здравоохранения. Наименьшими показателями неравенства обладают слабо развитые периферийные штаты Юго-Восточного Центра, а также Горные штаты и Северо-Западный Центр. Полупериферийные в плане обеспеченности населения услугами здравоохранения, но тем не менее имеющие тенденцию к нарастанию внутри- и межгруппового неравенства субрегионы страны — Северо-Восточный и Юго-Западный Центр (в особенности штат Техас) — социогеографически представляют собой анклав относительной стабильности соответственно Среднего Запада и Юга США. В исследуемый временной период наблюдается гораздо большая однородность в распределении услуг здравоохранения в штатах Северо-Восточного Центра, в то время как среди штатов Юго-Западного Центра явно выделяется вышеупомянутый Техас в качестве наиболее развитого, а с другой стороны, Арканзас и Луизиана — традиционно бедные штаты с показателями отсутствия медицинской страховки более чем у 18% населения.

Оценка влияния государственной региональной политики на динамику пространственного неравенства в развитии здравоохранения США

В плане реализации государственной региональной политики середина XX столетия считается в Америке *рубежом в активизации социальной деятельности государства*. Позднее, с 1965 г., инновационным становится введение финансируемых целевым образом государственных программ — медицинского страхования «Медикэр» (*Medicare*) и медицинского вспомоществования «Медикейд» (*Medicaid*), вплоть до «Обамакэр» (*ObamaCare*) 2010 г., подвергнувшейся изменениям при Д. Трампе и «антиковидной истерии» при Дж. Байдене. В любом случае федеральное правительство на протяжении многих десятилетий использовало свои возможности по регулированию пространственного обеспечения медицинскими благами населения. Этот процесс имеет не только важнейшее социально-экономическое значение для развития медицинского, фармацевтического и связанного с ними страхового и посреднического бизнеса. Он носит политическую окраску, что выражается в деятельности практически каждой вновь пришедшей к власти президентской администрации. Эта деятельность в сфере здравоохранения выявляется посредством анализа его перманентного реформирования, включающего конкретные результаты государственной региональной политики по снижению либо увеличению неравенства территорий в обеспечении населения медицинскими благами (см. табл. 2).

Таблица 2 отражает, в известной мере, партийно-идеологическую стратегию американских президентов, связанную с проведением государственной региональной политики в сфере здравоохранения, проводимой инструментами конкретного типа (либо нескольких типов одновременно), соответствующего общему социально-экономическому курсу правящей администрации. Так, демократические правительства уделяют особое внимание *селективной государственной региональной политике*, направленной на *выравнивание* обеспечения медицинскими услугами между наиболее отсталыми и наиболее развитыми субрегионами США за счет *сдерживания* последних. Помимо социально-политического контекста, связанного с электоральным предпочтением демократов, важное значение в сглаживании объективно возникающего в рыночной системе ценообразования неравенства имеет снижение пространственной поляризации обеспечения населения США медицинскими благами¹⁴.

¹⁴ Яркий пример — закон «О защите пациентов и доступном здравоохранении» 2010 г. (*The Patient Protection and Affordable Care Act of 2010*), известный под названием «Обамакэр» (*Obamacare*), был подписан в марте 2010 г. президентом Б. Обамой. Этот закон санкционировал реформу системы здравоохранения в США, попытки реализовать которую ранее предпринимали многие президенты. Он внес значительные изменения в медицинскую систему США в период с 2011 по 2014 г. Положения, включенные в реформу здравоохранения и защиты пациентов, были направлены на расширение доступа к медицинскому обслуживанию, повышение защиты потребителей, а также на привлечение особого внимания к профилактике болезней [1].

Т а б л и ц а 2
Типы государственной региональной политики в сфере здравоохранения при различных президентах США в 1953–2020 гг.

Периоды правления президентов США			Типы государственной региональной политики				
Порядковый номер президента	Президент, партийность	Продолжительность нахождения у власти	Общая		Селективная		
			Традиционная	Проактивная	Поляризованная	Выравнивающая	Сдерживающая
1		3	4	5	6	7	8
34-й	Д. Эйзенхауэр, республиканец	20.01.1953–20.01.1961, 2 922 дня	Средний Запад (Северо-Восточный и Северо-Западный Центр)		Среднеатлантические штаты; континентальные Тихоокеанские штаты; Техас, Флорида, Мэриленд, Округ Колумбия	Горные штаты	
35-й	Дж. Кеннеди, демократ	20.01.1961–22.11.1963, 1 036 дней	Северо-Восточный Центр; крупнейшие штаты	Крупнейшие штаты: Сан-Хосе и Сан-Франциско (штат Калифорния), Бостон (штат Массачусетс, Нью-Гэмпшир)	Тихоокеанские штаты	Горные штаты; большинство Южноатлантических штатов; Северо-Западный, Юго-Восточный и Юго-Западный Центр	Северо-Восток США (Новая Англия, Среднеатлантические штаты)
36-й	Л. Джонсон, демократ	22.11.1963–20.01.1969, 1 886 дней	Питтсбург (штат Пенсильвания)		Тихоокеанские штаты; Северо-Восток США, часть Южноатлантических штатов; Техас		

Продолжение табл. 2

1	2	3	4	5	6	7	8
37-й	Р. Никсон, республиканец	20.01.1969— 09.08.1974, 2 027 дней	Высокоурбанизиро- ванные террито- рии среднезапад- ных штатов: Миннесота (МСА Рочестера), Орегон (МСА Кор- валлис), Вашингтон (МСА Брементона)	Крупнейшие МСА Северо-Востока страны и Атланти- ческого Юга США: Филадельфия (шта- ты Пенсильвания, Нью-Джерси, Де- лавер, Мэриленд); Чарлс-Хилл и Уин- стон-Сейлем (штат Северная Каролина)	Тихоокеанские шта- ты; Северо-Восток США (Новая Ан- глия, Среднеатлан- тические штаты), часть Южноатлан- тических штатов; Техас	Горные штаты; Аляска, Гавайи; штаты Северо-За- падного Центра	
38-й	Д. Форд, республиканец	09.08.1974- 20.01.1977, 895 дней					
39-й	Д. Картер, демократ	20.01.197- 20.01.1981, 1461 день		Основные МСА Северо-Восточно- го Центра (в част- ности, Саут-Бенд в штатах Индиана и Мичиган; Милуоки в штате Вискон- син); Крупные МСА Горных штатов (на- пример, Боулдер в штате Колорадо).		Горные штаты; Юго-Восточный и Юго-Западный Центр; Северо-За- падный Центр	Калифорния; Сред- неатлантические штаты; некоторые высоко- урбанизированные территории США (МСА Нью-Йорка, Филадельфии, Сан- Франциско)
40-й	Р. Рейган, республиканец	20.01.1981- 20.01.1989, 2922 дня	Высокоурбанизиро- ванные ареалы Юго- Восточного и Юго- Западного Центра, а также наиболее экономически раз- витых Горных шта- тов (Нью-Мексико, Юта, Колорадо)		Тихоокеанские шта- ты (Калифорния, Вашингтон, Оре- гон); Северо-Восток США (Новая Ан- глия, Среднеатлан- тические штаты), Южноатлантиче- ские штаты; Техас	Аляска, Гавайи, наиболее депрес- сивные штаты Гор- ного субрегиона и Северо-Западного Центра	
41-й	Дж. Г. У. Буш («старший»), республиканец	20.01.1989- 20.01.1993, 1461 день					

О к о н ч а н и е т а б л . 2

1	2	3	4	5	6	7	8
42-й	Б. Клинтон, демократ	20.01.1993– 20.01.2001, 2 922 дня				Горные штаты, Юго-Восточный и Юго-Западный Центр, Северо-За- падный Центр	
43-й	Дж. У. Буш (младший), республиканец	20.01.2001– 20.01.2009, 2 922 дня					
44-й	Б. Обама, демократ	20.01.2009– 20.01.2017, 2 922 дня		Отдельные штаты страны: Нью-Йорк, Мэн, Массачусетс, Вермонт (Севе- ро-Восток США), Аризона (Горные штаты)	Среднеатлантиче- ские штаты: Кали- форния, Техас	Отдельные штаты: Миссисипи, Ар- канзас, Юж. и Сев. Каролина, Луизиана и др.	Большинство круп- нейших городских агломераций США
45-й	Д. Трамп, республиканец	20.01.2017– 20.01.2021, 1 461 день		Семь из одиннад- цати мегарегионов США: Аризонский солнечный коридор, Каскадия, Флорида, Передний диапазон, Великие Озера, По- бережье Мексикан- ского залива, Севе- ро-восточный	Четыре мегарегио- на США: Пьемонт Атлантический, Северная Калифор- ния, Южная Кали- форния, Техасский треугольник	Аляска, депрессив- ные штаты Северо- Западного Центра	
46-й	Д. Байден, демократ	20.01.2021 – настоящее время				Горные штаты, Юго-Восточный и Юго-Западный Центр, Северо-За- падный Центр	

Источники: составлено автором на основе данных официальной американской статистики [18–23 и др.], аналитических обзоров Министерства здравоохранения и социальных служб США [24; 25 и др.] и результатов опубликованных исследований [28–32 и др.].

Президенты-республиканцы, традиционно бросающие здравоохранение и социальное обеспечение в рыночную стихию, вынужденно занимают-ся региональной селекцией. Их администрациям свойственно, напротив, способствовать нарастанию пространственного неравенства в массовом обеспечении здоровья и лишь вынужденно стимулировать его в наиболее депрессивных штатах страны.

При этом *традиционная государственная региональная политика* в сфере здравоохранения, балансирующая между интересами фарминдустрии и сотен миллионов пациентов, не гарантирующая оказания полной медицинской помощи даже при наличии всех видов медстрахования, все 70 исследуемых лет не только оставалась незыблемой, но и обеспечивала концентрацию и локализацию медобслуживания в отмеченных нами геопространственных центрах США. Этот аспект, связанный с нарастающим эффектом урбоориентированности жизни в стране, способствовал развитию *проактивного типа общей государственной региональной политики США*. Последняя объективно сложилась еще в 1960-х гг. на волне свехурбанизации большинства штатов и последующей мегарегионализации развития американского здравоохранения. По мнению экспертов, широкое использование «проактивного инновационного инструментария», способствуя развитию общества в целом, выступает угрозой федеративной целостности страны, учитывая как социальное, так и территориальное неравенство в охране здоровья населения, выявленное на волне борьбы с пандемией начала 2020-х гг.¹⁵

Применительно к региональному и транстрегionalному неравенству в обеспечении здравоохранением населения США проактивная государственная политика ориентирована на опережающее развитие инновационных, передовых в условиях начавшегося шестого технологического уклада территорий страны, в рамках которых сконцентрирован человеческий капитал, определяющий конкурентоспособность последних. Начиная с президентства Б. Обамы, реформы здравоохранения и социальной помощи населению в рамках государственной региональной политики общесистемного типа практически полностью приняли проактивный характер. Это выразилось прежде всего в активном регулировании тарифов на медицинское обеспечение населения и самом масштабном за весь рассматриваемый период времени охвате американцев услугами медицинского страхования. Одновременно администрация Б. Обамы обратилась к стимулирующим мерам селективной государственной региональной политики, способствовавшим увеличению доли граждан США с медицинской страховкой в конкретных штатах, исходя из региональных программ по охране здоровья, расположенных в разных частях страны (Миссисипи, Арканзас, Южная

¹⁵ С опорой на американских экспертов, обосновывающих «глубинный раскол Америки», М.В. Глигич-Золотарева отмечает следующее: «Пандемия ускорила отрыв побережий от центра Америки... Американский федерализм, бывший некогда способом образования Соединенных Штатов Америки, на определенном этапе развития может стать механизмом разрушения их целостности» [33, с. 170, 184].

и Северная Каролина и др.). Это обусловило некоторое пространственное выравнивание между уровнями медицинского обеспечения населения американского Юга, но не решило в корне проблем пространственного неравенства в развитии здравоохранения США, став лишь очередной попыткой президентов-демократов.

При республиканце Д. Трампе в региональной политике уже четко просматриваются новые тенденции государственной региональной политики в сфере здравоохранения США, связанные с мегарегионализацией (процессом концентрации населения в трансрегиональных системах расселения, называемых в современной урбанистике мегарегионами). Объективная необходимость регионализации и социализации здравоохранения Соединенных Штатов, начавшаяся при Б. Обаме, продолжилась при Д. Трампе и досталась в наследство администрации Д. Байдена. Взаимосвязанными причинами регионализации и социализации здравоохранения США явились проживание в пределах американских МСА почти 9/10 населения страны и борьба с последствиями пандемии COVID-19 (с января 2020 г.) и его штамма «омикрон» (с января 2022 г.). Федеральное правительство в условиях рыночной экономики неминуемо выбрало проактивные инструменты регулирования охраны здоровья и социального обеспечения населения, которые позволили американскому крупному бизнесу сконцентрировать усилия на развитии здравоохранения в рамках 7 из 11 мегарегионов страны, обладающих материально обеспеченным человеческим капиталом и интеллектуальным потенциалом Америки. Более того, другие 4 американских мегарегиона, расположенные на территории «богатых» штатов (Калифорнии, Техаса), характеризуются мерами, усиливающими поляризацию медицинского обеспечения населения. Последние годы они выступают некими анклавами регионального изоляционизма в регулировании социальных процессов и решении задач здравоохранения населения на своих территориях. Такая, в известном смысле *интеллектуально-имущественная, сегрегация* населения американской федерации, имеющая ярко выраженный пространственный характер, открыто (!) в настоящее время заменяет государственное программирование в здравоохранении и социальном обеспечении США бизнес-планированием по типу социальных цифровых платформ.

* * *

Итак, сопоставление результатов, представленных в *таблицах 1 и 2*, показывает, что динамика пространственного неравенства в развитии американского здравоохранения в целом отражает циклический характер не только социально-экономической, но и политической жизни США.

Пространственные различия в уровне обеспечения населения огромной страны медицинскими благами представляют собой результат постепенного формирования сложносоставного (внутри- и межгруппового) неравенства в развитии здравоохранения. Также имеют место

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

Американская власть в лице федерального правительства, выражая интересы крупного бизнеса, но при этом учитывая не только экономическую, но и социально-политическую значимость охраны здоровья населения страны, выступает главным субъектом государственной региональной политики в данной сфере. Сопоставление результатов расчетов и открытых данных о регулировании пространственного развития здравоохранения США в 1951–2020 гг. позволяет говорить о в целом успешном лавировании республиканских и демократических правительств между интересами крупного бизнеса и населения разных регионов страны. Оно достигается на основе комплекса мер государственной региональной политики — от традиционно-проактивной до селективной по своему доминирующему типу. Характерно, что выбор тех или иных типов упомянутой политики зависит от уровня развития регионов страны, степени урбанизированности территории и, несмотря на общую идеологическую направленность, носит избирательный характер воздействия. Одновременно в отношении разных территорий может проводиться различная по направленности государственная региональная политика, способствующая стимулированию, сдерживанию, поляризации либо активизации медицинского обеспечения граждан отдельных штатов, субрегионов, МСА.

Пандемия, начавшаяся в 2020 г., бросает очередной вызов бессистемному здравоохранению США, входящему не только в новый (уже «неамериканский») цикл мирового развития, но и в постглобалистский этап развития, связанный с регионализацией социально-экономических отношений и новых политических реалий, разворачивающихся в геопространстве американской федерации.

Список литературы

1. Шведова Н.А., Хухрева Д.А. Проблемы реформирования системы здравоохранения в США // Россия и Америка в XXI веке. 2018. Выпуск 1. URL: <https://rusus.jes.su/s207054760000086-1-1/>
2. Бессистемная медицина: опыт США // Менеджер здравоохранения. 2007. № 10. С. 57–59.

3. *Минат В.Н.* Эволюция здравоохранения США: эффективность, безопасность, качество и доступность медицинских услуг // Среднерусский вестник общественных наук. 2021. Т. 16. № 3. С. 200–234. DOI: 10.22394/2071-2367-2021-16-3-200-234
4. *Iglehart J. K.* The American Health Care System // The New England Journal of Medicine. 2009. Vol. 326. No. 14. P. 958–974.
5. *Устинович Е.С.* Вопросы операционного определения категорий «государственная региональная экономическая политика» и «региональная экономическая политика» в современной политической науке // Известия Юго-Западного государственного университета. Серия: История и право. 2020. Т. 10. № 3. С. 63–69.
6. *Леонов С.Н., Сидоренко О.В.* Селективная региональная политика как самостоятельный тип региональной политики государства // Государственное управление. 2011. Выпуск 28. С. 11–16.
7. *Цветков В.А.* Циклы и кризисы: теоретико-методологический аспект. М.; СПб.: Нестор-История, 2013. 504 с.
8. *Щербаков Г.А.* Системные экономические кризисы в долгосрочной динамике мирового хозяйственного развития. М.; СПб.: Нестор-История, 2019. 404 с.
9. *Варнавский В.Г.* Глобализация и структурные сдвиги в мировом производстве // Мировая экономика и международные отношения. 2019. Т. 63. № 1. С. 25–33. DOI: 10.20542/0131-2227-2019-63-1-25-33
10. *Давыдов А.Ю.* Экономический цикл США в условиях пандемии // США & Канада: Экономика – политика – культура. 2021. Выпуск 8. С. 5–18. DOI: 10.31857/S268667300016019-0
11. *Арриги Дж.* Долгий двадцатый век: Деньги, власть и истоки нашего времени / пер. с англ. М.: Территория будущего, 2006. 472 с.
12. *Theil H.* Economic and Information Theory. Amsterdam, North-Holland, 1967. 488 p.
13. *Cowell F.A.* Measuring Inequality. Techniques for the Social Sciences. New York, John Wiley&Sons, 1977. 193 p.
14. *Pianta M., Tancioni M.* Innovations, Profits and Wages // Journal of Post Keynesian Economics. 2008. Vol. 31. No. 1. URL: https://works.bepress.com/mario_pianta/4/
15. *Palley T.I.* The Macroeconomics of Aggregate Demand and the Price Level // Investigación económica. Vol. LXVII, 263, enero-marzo de 2008. P. 49–65. URL: <https://www.redalyc.org/pdf/601/60126302.pdf>
16. *Декина М.П.* Заработная плата в России: соответствие общественной оценке труда. СПб.: Изд-во СПбГЭУ, 2019. 187 с.
17. *Минат В.Н.* Пространственная динамика развития здравоохранения Соединенных Штатов Америки // Вестник Самарского государственного экономического университета. 2021. № 6 (200). С. 15–22. DOI: 10.46554/1993-0453-2021-6-200-15-22
18. Historical Statistics of the United States. URL: http://istmat.info/files/uploads/historical_statistics_of_the_united_states
19. Statistical Abstract of the United States, Wash., U.S. Government Printing Office. URL: <https://books.google.ru/books?id=YkXjuVR9iN8C&hl=ru>
20. Human Development Indices and Indicators. Statistical Update Briefing Note for Countries on the 2020. Statistical Update. United States. URL: <http://hdr.undp.org/sites/default/files/Country-Profiles/USA.pdf>
21. National Center for Health Statistics. URL: <https://www.cdc.gov/nchs/index.htm/>
22. Centers for Disease Control and Prevention. URL: <https://tools.cdc.gov/campaignproxyservice/subscriptions.aspx>
23. Social Security: Medicare. URL: <http://www.ssa.gov>

24. U.S. Department of Health and Human Services. Programs and services. URL: <https://www.hhs.gov/about/budget/fy2022/index.html>
25. U.S. Department of Health and Human Services. Budget and performance. URL: <https://www.hhs.gov/programs/index.html>
26. Смирнова Р.Н. Вложения в человеческий капитал как ресурс регионального развития в постиндустриальную эпоху (на примере США) // Региональные исследования. 2013. № 2 (40). С. 107–114.
27. Минат В.Н. Регионализация развития человеческого капитала и региональная инновационная политика США // Федерализм. 2021. Т. 26. № 3 (103). С. 169–191. DOI: 10.21686/2073-1051-2021-3-169-191
28. Gruber J. Healthcare Reform: what it is, why it's Necessary? Illustrated by N. Schreiber. New York, 2011. 152 p.
29. 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, 2012. 316 p.
30. Улумбекова Г.Э. Реформа здравоохранения США: уроки для России // Социальные аспекты здоровья населения. 2012. № 5. URL: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/429/30/>
31. 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.
32. Шведова Н.А. Здравоохранение в США и COVID-19: борьба продолжается // США & Канада: Экономика – политика – культура. 2021. Выпуск 12. С. 5–17. DOI: 10.31857/S268667300017537-0
33. Глигич-Золотарева М.В. На пороге новой регионализации // Федерализм. 2021. Т. 26. № 1 (101). С. 163–186. DOI: 10.21686/2073-1051-2021-1-165-186

References

1. Shvedova N.A., Khukhрева D.A. Problemy reformirovaniia sistemy zdravookhraneniia v SShA [Problems of Reforming the Health Care System in the United States], *Rossii i Amerika v XXI veke* [Russia and America in the XXI Century], 2018, Issue 1. (In Russ.). Available at: <https://rusus.jes.su/s207054760000086-1-1/>
2. Bessistemnaia meditsina: opyt SShA [Unsystematic Medicine: The US Experience], *Menedzher zdravookhraneniia* [Health Manager], 2007, No. 10, pp. 57–59. (In Russ.).
3. Minat V.N. Evoliutsiia zdravookhraneniia SShA: effektivnost', bezopasnost', kachestvo i dostupnost' meditsinskikh uslug [Evolution of US Healthcare: Efficiency, Safety, Quality and Availability of Medical Services], *Srednerusskii vestnik obshchestvennykh nauk* [Central Russian Bulletin of Social Sciences], 2021, Vol. 16, No. 3, pp. 200–234. DOI: 10.22394/2071-2367-2021-16-3-200-234 (In Russ.).
4. Iglehart J. K. The American Health Care System, *The New England Journal of Medicine*, 2009, Vol. 326, No. 14, pp. 958–974.
5. Ustinovich E.S. Voprosy opsatsionnogo opredeleniia kategorii “gosudarstvennaia regional'naia ekonomicheskaiia politika” i “regional'naia ekonomicheskaiia politika” v sovremennoi politicheskoi nauke [Questions of the Operational Definition of the Categories “State Regional Economic Policy” and “Regional Economic Policy” in Modern Political Science], *Izvestiia Iugo-Zapadnogo gosudarstvennogo universiteta. Seriia: Istoriia i pravo* [News of the South-West State University. Series: History and Law], 2020, Vol. 10, No. 3, pp. 63–69. (In Russ.).

6. Leonov S.N., Sidorenko O.V. Selektivnaia regional'naia politika kak samostoiatel'nyi tip regional'noi politiki gosudarstva [Selective Regional Policy as an Independent Type of Regional Policy of the State], *Gosudarstvennoe upravlenie* [Public Administration], 2011, Issue 28, pp. 11–16. (In Russ.).

7. Tsvetkov V.A. Tsikly i krizisy: teoretiko-metodologicheskii aspekt [Cycles and Crises: Theoretical and Methodological Aspect]. Moscow, Saint Petersburg, Nestor-Istoriia, 2013, 504 p. (In Russ.).

8. Shcherbakov G.A. Sistemnye ekonomicheskie krizisy v dolgosrochnoi dinamike mirovogo khoziaistvennogo razvitiia [Systemic Economic Crises in the Long-Term Dynamics of World Economic Development], Moscow, Saint Petersburg, Nestor-Istoriia, 2019, 404 p. (In Russ.).

9. Varnavskii V.G. Globalizatsiia i strukturnye sdvigi v mirovom proizvodstve [Globalization and Structural Shifts in World Production], *Mirovaia ekonomika i mezhdunarodnye otnosheniia* [World Economy and International Relations], 2019, Vol. 63, No. 1, pp. 25–33. DOI: 10.20542/0131-2227-2019-63-1-25-33. (In Russ.).

10. Davydov A.Iu. Ekonomicheskii tsikl SShA v usloviakh pandemii [The US Economic Cycle in a Pandemic], *SShA & Kanada: Ekonomika – politika – kul'tura* [USA & Canada: Economy – Politics – Culture], 2021, Issue 8, pp. 5–18. DOI: 10.31857/S268667300016019-0. (In Russ.).

11. Arrigi Dzh. Dolgii dvadtsatyi vek: Den'gi, vlast' i istoki nashego vremeni [The Long Twentieth Century. Money, Power and the Origins of Our Time], translated from English, Moscow, Territoria budushchego, 2006, 472 p. (In Russ.).

12. Theil H. Economic and Information Theory, Amsterdam, North-Holland, 1967, 488 p.

13. Cowell F.A. Measuring Inequality, *Techniques for the Social Sciences*, New York, John Wiley&Sons, 1977, 193 p.

14. Pianta M., Tancioni M. Innovations, profits and wages, *Journal of Post Keynesian Economics*, 2008, Vol. 31, No. 1. Available at: https://works.bepress.com/mario_pianta/4/

15. Palley T.I. The Macroeconomics of Aggregate Demand and the Price Level, *Investigación económica*, Vol. LXVII, 263, enero-marzo de 2008, pp. 49–65. Available at: <https://www.redalyc.org/pdf/601/60126302.pdf>

16. Dekina M.P. Zarabotnaia plata v Rossii: sootvetstvie obshchestvennoi otsenke truda [Wages in Russia: Compliance with Social Assessment of Labor]. Saint Petersburg, Izd-vo SPbGEU, 2019, 187 p. (In Russ.).

17. Minat V.N. Prostranstvennaia dinamika razvitiia zdravookhraneniia Soedinennykh Shtatov Ameriki [Spatial Dynamics of Health Care Development in the United States of America], *Vestnik Samarskogo gosudarstvennogo ekonomicheskogo universiteta* [Bulletin of the Samara State University of Economics], 2021, No. 6 (200), pp. 15–22. DOI: 10.46554/1993-0453-2021-6-200-15-22. (In Russ.).

18. Historical Statistics of the United States. Available at: http://istmat.info/files/uploads/historical_statistics_of_the_united_states

19. Statistical Abstract of the United States, Wash., U.S. Government Printing Office. Available at: <https://books.google.ru/books?id=YkXjuVR9iN8C&hl=ru>

20. Human Development Indices and Indicators. Statistical Update Briefing Note for Countries on the 2020, Statistical Update, United States. Available at: <http://hdr.undp.org/sites/default/files/Country-Profiles/USA.pdf>

21. National Center for Health Statistics. Available at: <https://www.cdc.gov/nchs/index.htm/>

22. Centers for Disease Control and Prevention. Available at: <https://tools.cdc.gov/campaignproxyservice/subscriptions.aspx>

23. Social Security: Medicare. Available at: <http://www.ssa.gov>

24. U.S. Department of Health and Human Services. Programs and services. Available at: <https://www.hhs.gov/about/budget/fy2022/index.html>
25. U.S. Department of Health and Human Services. Budget and performance. Available at: <https://www.hhs.gov/programs/index.html>
26. Smirnova R.N. Vlozheniia v chelovecheskii kapital kak resurs regional'nogo razvitiia v postindustrial'noi epokhu (na primere SShA) [Investments in Human Capital as a Resource for Regional Development in the Post-Industrial Era (on the Example of the United States)], *Regional'nye issledovaniia* [Regional Studies], 2013, No. 2 (40), pp. 107–114. (In Russ.).
27. Minat V.N. Regionalizatsiia razvitiia chelovecheskogo kapitala i regional'naia innovatsionnaia politika SShA [Regionalization of Human Capital Development and Regional Innovation Policy of the United States], *Federalizm* [Federalism], 2021, Vol. 26, No. 3 (103), pp. 169–191. DOI: 10.21686/2073-1051-2021-3-169-191. (In Russ.).
28. Gruber J. Healthcare Reform: what it is, why it's necessary? Illustrated by N. Schreiber, New York, 2011, 152 p.
29. 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, 2012, 316 p.
30. Ulumbekova G.E. Reforma zdavookhraneniia SShA: uroki dlia Rossii [US Health Care Reform: Lessons for Russia], *Sotsial'nye aspekty zdorov'ia naseleniia* [Social Aspects of Population Health], 2012, No. 5. (In Russ.). Available at: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/429/30/>
31. Karanik V.S., Dziadz'ko A.M., Masiuk M.Iu., Novik I.I. Reforma zdavookhraneniia SShA (zakon «O zashchite patsientov i dostupnosti meditsinskoi pomoshchi»: vzgliad belorusskikh spetsialistov [US Health Care Reform (Law “On the Protection of Patients and the Availability of Medical Care”): The View of Belarusian Specialists], *Meditsinskie novosti* [Medical News], 2014, No. 9, pp. 52–57. (In Russ.).
32. Shvedova N.A. Zdavookhranenie v SShA i COVID-19: bor'ba prodolzhaetsia [Healthcare in the United States and COVID-19: The Struggle Continues], *SShA & Kanada: Ekonomika – politika – kul'tura* [USA & Canada: Economy – Politics – Culture], 2021, Issue 12, pp. 5–17. DOI: 10.31857/S268667300017537-0. (In Russ.).
33. Gligich-Zolotareva M.V. Na poroge novoi regionalizatsii [On the Threshold of New Regionalization], *Federalizm* [Federalism], 2021, Vol. 26, No. 1 (101), pp. 163–186. DOI: 10.21686/2073-1051-2021-1-165-186. (In Russ.).

DYNAMICS OF SPATIAL INEQUALITY IN THE DEVELOPMENT OF US HEALTHCARE AND STATE REGIONAL POLICY

One of the key aspects that reveals the essence of the uneven distribution of social benefits in economically developed countries is the dynamics of spatial inequality that has been characteristic of the US healthcare sector for many decades. The results of an empirical study of this inequality as a dynamic process with the properties of historicism, carried out by decomposition of the Theil index according to the intragroup and intergroup characteristics of the corresponding groups of indicators, indicate an increase in the polarization of territories in terms of the provision of the population with medical benefits. Given the organizational and economic inconsistency in the health care of American citizens and the predominance of the spontaneous and commercial nature of free pricing in the relevant markets of American medical goods and services, the center-peripheral spatial structure of inequality in the development of US health care, traditional for capitalist reproduction, is confirmed.

The objective nature of the long-term formation of such a structure is complemented by the subjective factor of state regional regulation of health care in the subregional and transregional sections, through the implementation of differently directed typologically relevant policies – from traditional and proactive to selective. It is shown that not only the economic situation, but also the socio-political and ideological expediency are the subjects that determine the tools for activating, polarizing, stimulating or restraining the development of healthcare in specific areas of the United States.

Keywords: US health care, social insufficiency of health care, types of state regional policy, spatial inequality in the development of US health care, US presidential administration.

JEL: I14, I15, I18, N32, O51

Дата поступления – 08.01.2022 г.

МИНАТ Валерий Николаевич

кандидат географических наук, доцент, доцент кафедры экономики и менеджмента;

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования Рязанский государственный агротехнологический университет имени П.А. Костычева / ул. Костычева, д. 1, г. Рязань, 390044.

e-mail: minat.valera@yandex.ru

MINAT Valery N.

Cand. Sc. (Geography), Associate Professor, Associate Professor of the Department of Economics and Management;

Federal State Budgetary Educational Institution Higher Education “Ryazan State Agrotechnological Institute University Named after P.A. Kostychev” / 1, Kostycheva Str., Ryazan, 390044.

e-mail: minat.valera@yandex.ru

Для цитирования:

Минат В.Н. Динамика пространственного неравенства в развитии здравоохранения США и государственная региональная политика // Федерализм. 2022. Т. 27. № 1 (105). С. 130–149. DOI: <http://dx.doi.org/10.21686/2073-1051-2022-1-130-149>