

На правах рукописи



Гучанова
Анастасия Павловна

ТРАНСФОРМАЦИЯ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ США
ПОСЛЕ ПАНДЕМИИ COVID-19

Специальность – 5.2.5. «Мировая экономика»

Автореферат
диссертации на соискание учёной степени
кандидата экономических наук

Москва – 2025

Работа выполнена в Федеральном государственном бюджетном учреждении науки
Институте Соединенных Штатов Америки и Канады
имени академика Г.А. Арбатова Российской академии наук

Научный руководитель: член-корреспондент РАН,
доктор экономических наук, профессор
Супян Виктор Борисович

Официальные оппоненты: Гуськова Ирина Владимировна
доктор экономических наук, профессор, профессор
кафедры управления человеческими ресурсами
Федерального государственного автономного
образовательного учреждения высшего образования
"Национальный исследовательский Нижегородский
государственный университет им. Н.И. Лобачевского"

Колотуша Антон Васильевич
кандидат экономических наук, программист 2 категории
лаборатории информационно-аналитических ресурсов
кафедры макроэкономической политики и
стратегического управления экономического факультета
МГУ имени М.В. Ломоносова

Ведущая организация: Федеральное государственное автономное
образовательное учреждение высшего образования
«Московский государственный институт международных
отношений (университет) Министерства иностранных дел
Российской Федерации»

Защита состоится “16” июня 2025 г. в ____ часов на заседании диссертационного совета
24.1.122.01 на базе Федерального государственного бюджетного учреждения науки Института
Соединенных Штатов Америки и Канады имени академика Г.А. Арбатова Российской академии
наук по адресу: 121069, Москва, Хлебный пер. 2/3.

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке и на сайте <https://www.iskran.ru>
Федерального государственного бюджетного учреждения науки Института Соединенных
Штатов Америки и Канады имени академика Г. А. Арбатова Российской академии наук

Автореферат разослан _____ 2025 г.

Учёный секретарь
диссертационного совета 24.1.122.01,
кандидат экономических наук

Судакова Наталья Андреевна

I. ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Актуальность темы исследования объясняется критической важностью анализа причин, последствий и инструментов преодоления кризиса здравоохранения, с которым мир столкнулся впервые со времён пандемии гриппа «испанки» в начале XX века. На фоне пандемии COVID-19, унёсшей более 7 млн жизней по всему миру с 2019 г. по 2024 г., возросла значимость отрасли здравоохранения. Именно здравоохранение определяет национальную безопасность страны в части готовности быстро и эффективно реагировать на эпидемиологические вызовы, способствует устойчивому социально-экономическому развитию государства, оказывает влияние на вектор политического развития. Так, например, в том числе из-за неэффективности государственной политики в сфере борьбы с распространением коронавируса администрация 45-го президента США Д. Трампа вынуждена была покинуть Белый дом, проиграв выборы в 2020 г.

Несмотря на глобальные трансформации XXI века, США остаются ведущей экономикой мира, что подтверждается множеством макроэкономических показателей: объёмом ВВП в абсолютном выражении и на душу населения, масштабом научно-технического потенциала и степенью инновационности экономики, уровнем производительности труда и индексом экономической свободы, объёмом внешней торговли, богатым природно-ресурсным потенциалом. США также обладают и ключевым ресурсом современной экономики – значительным человеческим капиталом. И здравоохранение, как фактор его формирования, является одной из самых быстрорастущих отраслей американской экономики. Значительные инвестиции в отрасль, функционирующую в условиях превалирования рыночных механизмов над государственным регулированием, сделали США лидером в области биомедицинских исследований и передовых медицинских технологий. Тем не менее борьба с пандемией COVID-19 оказалась, по сути, провальной: на протяжении всего времени пандемии США оставались безусловным мировым лидером по количеству зарегистрированных случаев заражения и смертей.

Несостоятельность систем общественного здравоохранения в период масштабного кризиса, истощение старого социального контракта в западных обществах, суть которого заключалась в том, что последующие поколения должны жить лучше, чем предыдущие, рост социально-экономического неравенства повышают социальную, политическую и экономическую значимость проблем, связанных со здравоохранением США. Эти тенденции формируют в американском обществе запрос на проведение масштабных реформ, направленных на предоставление гарантированного доступа к медицинскому обслуживанию.

В большинстве стран мира реформы в сфере здравоохранения, нацеленные на создание всеобщего медицинского страхования, были реализованы после национальных или глобальных социально-экономических потрясений. Например, на Шри-Ланке – после всплеска эпидемии малярии в 1930-е гг., в Великобритании – в 1948 г., после Второй мировой войны. В Руанде – после геноцида в 1994 г. В Китае – в 2003 г., после эпидемии атипичной пневмонии. Возможно ли, что пандемия COVID-19 станет триггером для преобразований в отрасли здравоохранения США? В какой степени она повлияет на её дальнейшее развитие?

Степень научной разработанности проблемы. В первую очередь следует выделить исследования в области экономических механизмов в сфере здравоохранения, которыми занимались А. Азар (A. Azar)¹, М. Гейнор (M. Gaynor)², Т. Гетзен (T. Getzen), М. Коберник

¹ Azar, A., Mnuchin, S.T., Acosta, A. Reforming America's Healthcare System Through Choice and Competition. U.S. Department of Health, U.S. Department of the Treasury, U.S. Department of Labor. 2018. URL: <https://www.hhs.gov/sites/default/files/Reforming-Americas-Healthcare-System-Through-Choice-and-Competition.pdf> (дата обращения: 23.11.2024)

² Gaynor, M. What to Do about Health-Care Markets? Policies to Make Health-Care Markets Work. The Hamilton Project. Brookings. March 2020. URL: https://www.brookings.edu/wp-content/uploads/2020/03/Gaynor_PP_FINAL.pdf (дата обращения: 23.11.2024).

(М. Kobernik)³, Дж. Хендерсон (J.W. Henderson)⁴, А. Энтховен (A. Enthoven)⁵, К. Эрроу (K.J. Arrow)⁶, М.Г. Колосницына, М.Д. Красильникова, В.И. Шевский, И.М. Шейман⁷, С.В. Шишкин⁸, и др.

Автор также обращался к исследованиям, посвящённым проблемам границ социальной функции государства, которые поднимались в работах Дж. Бьюкенена (J. Buchanan), Дж. Гелбрейта (J.K. Galbraith)⁹, П. Петерсона (P. Peterson)¹⁰, Дж. Ролза (J. Rawls)¹¹, Г. Таллока (G. Tullock)¹², В. Фукса (V.Fuchs)¹³, Ф. Хайека (F. Hayek)¹⁴.

Экономические аспекты здоровья и его влияние на экономические результаты освещены в трудах М. Гроссмана (M.Grossman)¹⁵, Т.В. Чубаровой¹⁶.

Исследования общих тенденций и закономерностей развития американской модели экономики нашли отражение в работах А. Дитона (A. Deaton), А. Кейс (A. Case)¹⁷, Э.В. Кириченко¹⁸, А.А. Пороховского¹⁹, В.Б. Супяна²⁰.

³ Getzen, T.E., Kobernik, M.S. Health Economics and Financing. 6th ed. Wiley, 2022. 384 p.

⁴ Henderson, J.W. Health Economics and Policy. 8th ed. 2022. Cengage Learning. 576 p.

⁵ Enthoven, A. The History and Principles of Managed Competition // Health Affairs, 1993. Vol. 12. Supplement.

⁶ Arrow, K.J. Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care // The American Economic Review. 1963. V.53, №5. P. 941–973.

⁷ Шейман И.М. Теория и практика рыночных отношений в здравоохранении. Гос. ун-т Высш. шк. экономики. Москва: ГУ ВШЭ. 2007. – 317 с.; Шейман И.М., Терентьева С.В., Эмпирические оценки бюджетной и страховой моделей финансирования здравоохранения // Экономическая политика. 2015. №6 С. 171–193. DOI: 10.18288/1994-5124-2015-6-00; Шейман И.М., Шевский В.И., Кадровая политика в здравоохранении: сравнительный анализ российской и международной практики // Вопросы государственного и муниципального управления. 2015. №1. С. 143–167.

⁸ Бондаренко Н.В., Красильникова М.Д., Шишкин С.В. Практики оплаты медицинской помощи // Вестник общественного мнения. Данные. Анализ. Дискуссия. 2015, №1 (119). С. 61–80.; Экономика здравоохранения / под ред. М.Г. Колосницыной, И.М. Шеймана, С.В. Шишкина. – 2-е изд., перераб. и доп. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2018. – 464 с.

⁹ Galbraith, J.K. The New Industrial State. 1985. Houghton Mifflin Harcourt P. 438.

¹⁰ Peterson P.G. Fasting Up: How to Rescue the Economy from Crushing Debt and Restore the American Dream- N.Y.: Simon and Schuster, 1993.

¹¹ Rawls, J. A Theory of Justice. Revised Edition. Harvard University Press. 1971. P. 560.

¹² Buchanan, J.M., Tullock, G. The Calculus of Consent: Logical Foundations of Constitutional Democracy. Ann Arbor, University of Michigan Press. 1962. P. 361.

¹³ Fuchs, V. Who Shall Live? Health, Economics and Social Choice. Basic Books, Inc., Publishers. 1974. P. 168; Emanuel, E., Fuchs, V. A Comprehensive Cure: Universal Health Care Vouchers. The Brookings Institution. July 2007. URL: <https://www.brookings.edu/articles/a-comprehensive-cure-universal-health-care-vouchers/> (дата обращения: 24.11.2024).

¹⁴ Hayek, F. The Constitution of Liberty. Chicago, 1960. P. 569.

¹⁵ Grossman, M. The Demand for Health: Theoretical and Empirical Investigation // NY: National Bureau of Economic Research. 1972. 216 p.

¹⁶ Чубарова Т.В. Экономика здравоохранения: теоретические аспекты (научный доклад). М.: Институт экономики РАН. 2008 – 68 с.

¹⁷ Case, A., Deaton, A. Deaths of Despair and the Future of Capitalism. Princeton University Press. 2020. P. 312

¹⁸ Кириченко Э.В. Проблемы долгового потолка: грозит ли США технический дефолт // США и Канада: экономика, политика, культура. 2023. № 8. С. 7–16. DOI 10.31857/S2686673023080011.

¹⁹ Пороховский А.А. Американский экономический кризис 2020–2021 гг.: циклические и нециклические факторы // США & Канада: экономика политика культура. 2021. Выпуск №6. С. 5–21. URL: <https://usacanada.jes.su/s268667300015216-7-1/>. DOI: 10.31857/S268667300015216-7

²⁰ Супян В. Американская модель капитализма: преимущества и вызовы XXI века. Мировая экономика и международные отношения. 2022. Т. 66, №9. С. 90–97. DOI:10.20542/0131-2227-2022-66-9-90-97; Супян В.Б. Позиции США в мировой экономике: состояние и перспективы // Вестник Санкт-Петербургского университета. Международные отношения. 2023. Т. 16. Вып. 3. С. 226–239. <https://doi.org/10.21638/spbu06.2023.30>; Супян В.Б. Экономика США: долгосрочные тенденции развития

К изучению приоритетов социальной политики американского государства обращались Н. Глезер (N. Glazer),²¹ Ч. Застроу (C. Zastrow)²², Дж. Хэндлер (J. Handler),²³ Л.Ф. Лебедева,²⁴ Н.Е. Петровская,²⁵ В.А. Сауткина,²⁶ Е.С. Садовая, И.П. Цапенко.²⁷

Исследованию принципов функционирования системы здравоохранения США, государственной политики в данной сфере, проблемам реформирования системы посвящены труды Д. Алтмана (D. Altman),²⁸ П. Старра (P. Starr),²⁹ Ф.Э. Бурджалова,³⁰ С.С. Костяева,³¹ Н.А. Шведовой.³²

Несмотря на многообразие исследований системы здравоохранения США – и как отрасли экономики, и как предмета социальной политики государства, – пандемия COVID-19, с

и вызовы // Россия и Америка в XXI веке. 2024. Выпуск №4. URL: <https://rusus.jes.su/s207054760030800-7-1/> (дата обращения: 17.05.2024) DOI: 10.18254/S207054760030800-7

²¹ Glazer, N. The Limits of Social Policy. Harvard University Press, 1988 – 232 p.

²² Zastrow, C. Introduction to social work and social welfare. 1996 – 696p.

²³ Handler, J.F. The poverty of welfare reform. New Haven: Yale University Press, 1995 – 196 p.

²⁴ Лебедева Л.Ф. Доходы американских домохозяйств в условиях пандемии // Мировая экономика и международные отношения. 2021. Т. 65, №12. С. 27–32. DOI: 10.20542/0131-2227-2021-65-12-27-32; Лебедева Л.Ф. Вызовы и риски социальной защищённости населения США в третьем десятилетии XXI века // США & Канада: экономика – политика – культура. 2023. Выпуск №2 С. 5–17. URL: <https://usacanada.jes.su/s268667300025833-6-1/>. DOI: 10.31857/S2686673023020013; Лебедева Л.Ф. Пенсионные фонды стран ОЭСР как источник инвестиций в начале третьего десятилетия. Международная торговля и торговая политика. 2023;9(1):65–73. <https://doi.org/10.21686/2410-7395-2023-1-65-73>

²⁵ Петровская Н.Е. Развитие человеческого потенциала США // Вестник университета. 2021. №11. С. 5–13. DOI 10.26425/1816-4277-2021-11-5-13; Петровская Н.Е. Государственная социальная политика США в третьем десятилетии XXI века // Экономика и предпринимательство. 2023. №11 (160), с. 240–245.

²⁶ Сауткина В.А. Инновационная медицина и общественное здравоохранение: на перекрёстке прогресса. – Вестник Воронежского государственного университета. Серия: экономика и управление. – 2019. – №4. – С. 56–61.; Сауткина В.А. Телемедицинские технологии в США: социальные детерминанты развития // США и Канада: экономика, политика, культура. 2021. Т.51. №4. С. 96–113. DOI 10.31857/S268667300014341; Сауткина В.А. Труд медицинских работников в США: социальный аспект // Мировая экономика и международные отношения. 2023. Т.67. №5. С. 111–121. DOI: 10.20542/0131-2227-2023-67-5-111-121

²⁷ Социальное государство в зеркале общественных трансформаций / отв. ред. Е.С. Садовая, И.П. Цапенко, И.В. Гришин. – М.: ИМЭМО РАН. 2020. – 211 с.

²⁸ Altman, D. Understanding the US failure on coronavirus – an essay by Drew Altman // BMJ 2020;370:m3417 | DOI: 10.1136/bmj.m3417

²⁹ Starr, P. Transformation in Defeat: The Changing Objectives of National Health Insurance, 1915-1980, American Journal of Public Health, Vol. 72, No. 1, pp. 78–88, 1982.

³⁰ Бурджалов Ф.Э. Реформа здравоохранения в США. Мировая экономика и международные отношения. 2010. №10. С. 44–55. <https://doi.org/10.20542/0131-2227-2010-10-44-55>; Бурджалов Ф.Э. Как в США принимался закон о здравоохранении. Мировая экономика и международные отношения. 2011. №1. С. 35–47. <https://doi.org/10.20542/0131-2227-2011-1-35-47>

³¹ Костяев С.С., Американские специалисты о системе здравоохранения США // Экономические и социальные проблемы России. 2020. 3(43). С. 114–136. DOI:10.31249/espr/2020.03.06; Костяев С.С. Экономические последствия эпидемии COVID-19 в США // Экономические и социальные проблемы России. 2021. № 4(48). С. 82–96. DOI: 10.31249/espr/2021.04.04

³² Шведова Н.А. Здравоохранение: американская модель / Рос. АН. Ин-т США и Канады. — М.: Наука, 1993. — 142, [2] с. схем.; 22. — ISBN 5-02-010672-0.; Шведова Н.А. Система здравоохранения США: Гос. механизм и политика: диссертация ... доктора политических наук: 23.00.02. Москва, 1997. – 343 с.; Шведова Н.А. Реформа здравоохранения в США: от плана Клинтона – до действий Обамы // Управление здравоохранением. 2010. № 1. С. 58–77; Шведова Н.А., Хухрева Д.А. Проблемы реформирования системы здравоохранения в США // Россия и Америка в XXI веке. 2018. № 1. С. 12.; Шведова Н.А. Здравоохранение США: силуэт в президентской кампании-2024 // США & Канада: экономика, политика, культура. 2024; 54(9):78–92. DOI: 10.31857/S2686673024090065 EDN: ZVAZZO

которой столкнулось человечество в начале 2020-х гг., подталкивает к дополнительному комплексному изучению системы, что и определило постановку цели исследования.

Цель работы – выявить последствия пандемии COVID-19 для отрасли здравоохранения США.

Достижение поставленной цели потребовало решить следующие **задачи**:

1. Структурировать особенности соотношения рыночного механизма и регулирующей роли государства в отрасли здравоохранения.
2. На основе международных сопоставлений охарактеризовать систему здравоохранения США и сформулировать основные принципы её функционирования.
3. Проанализировав этапы распространения коронавируса на территории США, проследить социально-экономические проблемы, с которыми столкнулись основные игроки отрасли здравоохранения, и систематизировать ответные меры государственной поддержки.
4. Выявить причины неэффективного реагирования системы на вызов пандемии.
5. Определить факторы и проследить ключевые тенденции посткризисной трансформации отрасли здравоохранения США.

В качестве **объекта исследования** выступает система здравоохранения США.

Предмет исследования – эволюция системы здравоохранения США в период и после пандемии COVID-19.

Хронологические рамки исследования. Изучение отрасли проводится на отрезке 2019–2024 гг., в некоторых случаях, когда необходимо подчеркнуть историческую обусловленность тех или иных феноменов, рассматриваются данные, охватывающий период с 1920-х гг. до наших дней.

Научная новизна диссертации заключается в выявлении закономерностей эволюции системы американского здравоохранения в период пандемии COVID-19, что позволяет по-новому осмыслить соотношение государственных и рыночных механизмов в отрасли. Работа компенсирует фрагментарность предыдущих исследований и на основе междисциплинарных методов исследования предлагает подход к кризису системы здравоохранения США не как к следствию пандемии COVID-19, а как к проявлению её глубинных дисфункций.

Наиболее существенные результаты исследования, отражающие его новизну, заключаются в следующем:

1. *Определена* причинно-следственная связь между структурными противоречиями системы здравоохранения США и её уязвимостью перед глобальными кризисами.
2. На основе международных сопоставлений *продемонстрирован* парадокс больших национальных расходов отрасли при низкой эффективности их использования.
3. *Установлена* динамика нарастания социально-экономических проблем для субъектов отрасли здравоохранения по мере распространения коронавируса на территории США и *систематизированы* ответные меры государственной поддержки, обеспечившие устойчивость модели в период кризиса.
4. *Выявлены и структурированы* ключевые причины, предопределившие несостоятельность системы общественного здравоохранения. На примере пандемии COVID-19 *доказано* наличие институциональных дисбалансов, приведших к углублению глобального кризиса.
5. *Выявлена* посткризисная конфигурация отрасли здравоохранения США, характеризующаяся сочетанием усиленной регуляторной функции государства и технологической экспансией частного сектора, *определены* основные факторы, формирующие новый облик системы, *дана* прогнозная оценка дальнейшей реализации закона «О защите пациентов и доступном здравоохранении» (*Patient Protection and Affordable Care Act, 2010*).

Теоретическая значимость исследования заключается в углублении научных знаний об отрасли здравоохранения США. Сделанные аналитические выводы подчёркивают пределы рыночных механизмов в отрасли в период масштабных кризисов, а также обращают внимание на важность проактивного, а не реактивного инвестирования в системы общественного здравоохранения.

Практическая значимость исследования. Часть результатов, выявленных в ходе исследования, используется в аналитических материалах для органов государственной власти Российской Федерации.

Отдельные положения и выводы могут быть использованы в учебных курсах по экономике и социально-экономической политике США.

Теоретической и методологической базой исследования стали работы зарубежных и отечественных учёных и специалистов в области тенденций развития экономики здравоохранения, социальной политики и экономики США, в том числе исследования ИСКРАН, ИМЭМО им. Е.М. Примакова РАН, НИУ «Высшая школа экономики», ИНИОН РАН и других российских и зарубежных исследовательских организаций.

Методология исследования включает в себя количественную и качественную оценку состояния, анализ структуры отрасли здравоохранения США, выявление и анализ факторов, оказывающих влияние на её развитие, изучение количественных показателей работы медицинских систем, синтез полученных результатов. При реализации поставленных задач применены приёмы и методы системного, структурного и сравнительного анализа, ретроспективного и корреляционного анализа, а также методы анализа экономико-статистических данных.

Информационной базой исследования стали базы данных международных организаций: Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), Организации экономического сотрудничества и развития (ОЭСР), Международного валютного фонда (МВФ); отчёты и статистические данные федеральных агентств США: Бюро трудовой статистики (*U.S. Bureau of Labor Statistics*), Бюро переписи населения (*U.S. Census Bureau*), Бюджетного управления Конгресса (*Congressional Budget Office*), Центров по контролю и профилактике заболеваний (*Centers for Disease Control and Prevention, CDC*), Центров координации программ «Медикэр» и «Медикейд» (*Centers for Medicare and Medicaid Services*); доклады отраслевых ассоциаций; монографии, публикации в научных изданиях российских и зарубежных экспертов; материалы авторитетных аналитических центров: Фонда содружества (*The Commonwealth Fund*), Фонда семьи Кайзер (*Kaiser Family Foundation*), Исследовательского центра Пью (*Pew Research Center*), Брукингского института (*the Brookings Institution*) и др.; данные мониторинга распространения коронавирусной инфекции, предоставляемые Университетом Джона Хопкинса (*John Hopkins University*) и газетой Нью-Йорк Таймс (*The New York Times*); материалы информационных агентств и СМИ: Атлантик (*The Atlantic*), СИ-ЭН-ЭН (*CNN*), Нью-Йорк Таймс (*The New York Times*), Вашингтон пост (*The Washington Post*), Политико (*Politico*), Индипендент (*Independent*) и др.; законодательные акты США.

Основные положения, выносимые на защиту:

1. В сложной, дезинтегрированной и децентрализованной системе здравоохранения США как с точки зрения управления, так и с точки зрения механизма предоставления медицинских услуг и страхования заложен ряд структурных противоречий, создающий потенциал для глубокого кризиса в случае чрезвычайных ситуаций. В частности, отсутствие системы обязательного медицинского страхования в сочетании с коммерческим характером предоставления медицинского обслуживания ставят доступ к медицинским услугам в зависимость от социально-экономического положения пациента.

2. Сравнительный анализ США с другими развитыми странами продемонстрировал, что при самых высоких расходах на здравоохранение в мире, как в целом, так и на душу населения, американская модель здравоохранения демонстрирует низкую эффективность в категориях качества жизни. Это прослеживается на таких показателях, как уровень ожидаемой продолжительности жизни, уровни детской и материнской смертности, количество смертей от предотвратимых заболеваний, бремени хронических заболеваний, а также степени доступности медицинского обслуживания.

3. Пандемия COVID-19 выявила слабость системы частного коллективного страхования, предоставляемого работодателем, и медицинских учреждений, работающих по традиционной системе расчёта оплаты за услуги (*fee-for-services*). Пандемия также выявила

накопленные структурные социальные проблемы американского общества, связанные с экономическим неравенством, которое особенно заметно проявляется среди расово-этнических меньшинств. Кризис удалось преодолеть благодаря беспрецедентным мерам государственной поддержки, в частности нацеленным на поддержание доходов населения и медицинских учреждений.

4. Ключевыми причинами, определившими степень неготовности США к противостоянию пандемии, явились накопленные структурные противоречия системы здравоохранения, связанные с коммерческим характером предоставления медицинских услуг и необходимостью их поставщиков доказывать рыночную эффективность, а также недостаточное инвестирование в системы общественного здравоохранения. Ситуацию усугубили неадекватная реакция республиканской администрации, раздробленный характер управления и чрезмерная политизация вопросов, касающихся методов борьбы с распространением коронавируса.

5. Пандемия стала катализатором трансформации системы здравоохранения США: с одной стороны, отрасль станет более технологичной за счёт внедрения новых моделей управления, предлагаемых нетрадиционными для отрасли игроками (гигантами розничной торговли), с другой – усилится регуляторная функция государства. Однако, несмотря на явное усиление регулирующей роли государства в отрасли здравоохранения, границы государственного вмешательства по-прежнему зависят от политической расстановки сил в стране.

Степень достоверности результатов исследования определяется использованием трудов ведущих отечественных и зарубежных учёных, официальных первоисточников США, публикацией основных положений работы в журналах, рекомендованных ВАК; выступлениями на научно-практических конференциях.

Апробация результатов исследования. Основные результаты диссертационного исследования изложены в научных публикациях автора, в том числе в четырёх статьях в журналах, рекомендованных Высшей аттестационной комиссией при Министерстве науки и высшего образования Российской Федерации. Отдельные положения диссертационного исследования были представлены на круглом столе ИСКРАН 22.10.2020 «США в 2020 году» в докладе «Ключевые проблемы американского здравоохранения в контексте пандемии COVID-19», а также на межинститутской конференции ИСКРАН и ИМЭМО РАН «США в мировой экономике: проблема сохранения лидерства» 18.04.2023 в докладе «Посткризисная трансформация американского здравоохранения».

Рукопись диссертации была обсуждена на заседании Отдела экономических исследований ИСКРАН.

Диссертация выполнена согласно паспорту научной специальности 5.2.5. «Мировая экономика», соответствует п. 20. Экономика зарубежных стран и регионов (экономическое страноведение и регионоведение). Сравнительные исследования национальных экономик в системе мирохозяйственных связей; п. 17. в части: Экологические и социальные аспекты глобального развития.

Структура и объём диссертационного исследования определяются его целью и задачами. Работа состоит из введения, трёх глав, разделённых на параграфы, заключения и библиографии.

ОГЛАВЛЕНИЕ ДИССЕРАТЦИИ

ВВЕДЕНИЕ

Глава 1. Принципы функционирования системы здравоохранения в США

1.1. Особенности рыночного механизма в сфере здравоохранения

1.2. Характеристика системы здравоохранения США

1.3. Противоречия американской системы здравоохранения: международные сопоставления

Глава 2. Пандемия COVID-19 как вызов американскому здравоохранению

2.1. Распространение эпидемии на территории США

2.2. Система здравоохранения США в условиях пандемии

2.3. Причины неэффективного ответа на вызов пандемии

Глава 3. Уроки пандемии и поиски выхода из кризиса американского здравоохранения

3.1. Факторы трансформации американского здравоохранения

3.2. Структурные преобразования системы здравоохранения США

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

БИБЛИОГРАФИЯ

II. ОСНОВНОЕ СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

Во введении отражены актуальность темы исследования, степень изученности проблемы, указаны объект и предмет, цель и задачи, хронологические рамки исследования. Также описана теоретическая, методологическая и информационная база, на которую опирается диссертант. Представлены научная новизна, положения, выносимые на защиту, практическая и теоретическая значимость работы. Перечислены научные публикации автора, а также мероприятия, на которых диссертант выступал по тематике исследования.

В первой главе представлен теоретический дискурс об особенностях рыночных механизмов, обуславливающих специфику отрасли здравоохранения, а также на основе международных сопоставлений дана общая характеристика системы здравоохранения США.

Отрасли здравоохранения присущи провалы рынка, наиболее ярко проявляющиеся на рынках медицинских услуг и медицинского страхования, которые требуют регуляторного воздействия со стороны государства. Среди них: присущие медицинским услугам свойства общественных благ, неопределённость спроса, доверительный характер взаимодействия поставщика и потребителя, информационная асимметрия между ними; риск спроса, спровоцированного предложением, моральный риск и риск неблагоприятного отбора. Здравоохранение является особой сферой, требующей государственного участия, поскольку она обладает социальной значимостью, обеспечивает накопление человеческого потенциала, обуславливает конкурентные преимущества государства на мировой арене, участвует в обеспечении национальной безопасности.

Соотношение действия рыночных сил и регулирующей роли государства в каждой стране варьируется в зависимости от социально-политической традиции, а также политической и идеологической идентичности правящей партии, которая определяет направления развития сферы здравоохранения.

Для США в последние годы характерно жёсткое партийное разделение относительно поиска наиболее эффективной и финансово устойчивой модели управления системой здравоохранения. Концептуально Республиканская партия исходит из того, что рынок и конкуренция наиболее эффективны при распределении ресурсов, в том числе и в сфере

здравоохранения. Только благодаря действию рыночных сил возможно развитие высококачественных инновационных услуг, которые повышают благосостояние пациентов и позволяют им действовать в соответствии со свободным выбором. По мнению республиканцев, государственное регулирование оправдано лишь для обеспечения определённого уровня медицинского обслуживания для наиболее уязвимого населения. Демократическая партия же настаивает на проведении политики, нацеленной на расширение доступа к здравоохранению и обеспечение справедливости, необходимой для инвестирования в человеческий потенциал.

Система здравоохранения США является самой «рыночной» среди развитых стран. Она развивается за счёт частного сектора, сочетая в себе, с одной стороны, высокую степень государственного финансирования с низким уровнем правительственного участия – с другой. Государство не замещает рынок, но становится его участником. Так, например, органы государственного управления ведут переговоры со страховщиками в отношении условий страхования примерно так же, как это делают работодатели в рамках частного страхования. Большинство американцев – 65,6% – застрахованы в частных страховых компаниях. Основные государственные программы медицинского страхования «Медикэр» (*Medicare*) и вспомоществования «Медикейд» (*Medicaid*) гарантируют доступ только для пожилых, инвалидов и малоимущих. Государственные расходы на здравоохранение составляют 48,3%, в то время как финансирование за счёт средств фондов частного страхования или прямых платежей пациентов – 51,7%. Для сравнения, в среднем в странах ОЭСР это соотношение составляет 75% против 25%³³. По состоянию на 2022 г. в отрасли здравоохранения занято 14,7 млн человек, из которых 85% трудоустроены в частном секторе и 15% – в государственном³⁴.

Ключевая особенность американского здравоохранения – это отсутствие системы обязательного медицинского страхования в сочетании с подходом к медицинским услугам как к коммерческому благу, за которое необходимо платить. Исходя из этого, социально-экономическое неравенство обуславливает неравный доступ к медицинскому обслуживанию. В стране не существует национального механизма автоматического получения страховки, действует принцип индивидуальной ответственности – американцы должны самостоятельно узнавать, на какую программу они имеют право претендовать, и в случае соответствия ей подавать заявку. Подобный механизм ведёт к тому, что часть населения в различные периоды жизни может столкнуться с пробелами в страховании. Отсутствие страхования, даже временное, либо заставляет откладывать лечение, что способствует накоплению хронических заболеваний, либо превращает экстренное обращение к врачу в серьёзный удар по бюджету домохозяйства. Сегодня в США 8% населения, или 27 млн человек, не охвачены медицинским страхованием.

Система здравоохранения существенно раздроблена, что можно проследить на трёх различных уровнях: медицинского страхования, медицинских учреждений и системы государственного управления. Высокая степень децентрализации управления – ещё одна отличительная характеристика системы, которая фактически является отражением общих черт федерализма американского государства. Несмотря на наличие федеральных ведомств общественного здравоохранения, основными органами, принимающими политические решения относительно безопасности здоровья граждан и применяющими полученные знания на практике, согласно Конституции США, являются департаменты здравоохранения штатов. Однако такая раздробленность в управлении приводит к тому, что часть программ и агентств

³³ National Health Expenditures 2022 Highlights. Centers for Medicare and Medicaid Services. December 2023. URL: <https://www.cms.gov/newsroom/fact-sheets/national-health-expenditures-2022-highlights> (дата обращения: 31.03.2024).

³⁴ Smith, S., Blank, A. Healthcare Occupations: Characteristics of the Employed. U.S. Bureau of Labor Statistics. 2023. URL: <https://www.bls.gov/spotlight/2023/healthcare-occupations-in-2022> (дата обращения: 31.03.2024).

федерального правительства и правительств штатов дублируют полномочия друг друга. В результате проявляется недостаточный надзор в одних областях и запутанные рекомендации для поставщиков и пациентов – в других.

По сути, американское здравоохранение является продолжением американской модели капитализма. Экономику США в целом отличает то, что она является наиболее либеральной по сравнению с другими странами. В производстве ВВП доминирует частный сектор при скромном участии государства, а в повседневной жизни и общественном сознании укрепился не государственный патернализм, а идеи самостоятельности и опоры на собственные силы. При высокой трудовой этике и культе индивидуального успеха американская экономика поощряет в первую очередь высокую производительность и эффективность, а не создание условий для социального равенства и справедливости, как в скандинавских странах³⁵. Тем не менее в последнее время государство расширяет свои полномочия и вмешивается в вопросы предоставления индивидуальной медицинской помощи, укрепляя систему общественного здравоохранения, которое формально подчинено задаче предоставления доступного страхования и медицинского обслуживания.

В сравнении с другими развитыми странами система здравоохранения представляется неоправданно дорогой и низкоэффективной. Американское здравоохранение – самое дорогое в мире, как в абсолютном, так и в подушевом исчислении. В 2022 г. совокупные расходы отрасли составили 4,5 трлн долл., или 17,3% ВВП, что на 4,1% больше, чем в 2021 г. Расходы на душу населения в 2022 г. составили 13 493 долл. Для сравнения, национальные расходы на оборону меньше в пять раз, на образование – в три. И расходы на здравоохранение постоянно росли на протяжении последних пятидесяти лет (Таблица №1).

Таблица 1 – Рост расходов на здравоохранение в США (1970–2022)

	1970	1980	1990	2000	2010	2020	2022
Номинальные совокупные расходы на здравоохранение, млрд долл.	75	253	718	1 365	2 590	4 124	4 464
Доля в ВВП, %	6,9	8,9	12,1	13,3	17,2	19,7	17,3
ВВП, млрд долл.	1 018	2 857	5 963	10 251	15 049	21 323	25 744
Номинальные расходы на душу населения, долл.	353	1 099	2 835	4 844	8 380	12 530	13 493
Доля государственных расходов в совокупных расходах на здравоохранение, %	37,5	42,1	32,7	35,7	44,7	50,9	48,3
Население США, млн человек	203	227	249	281	309	331	333
Доля пожилых старше 65 лет, %	9,8	11,3	12,5	12,4	13,1	16,8	17,3

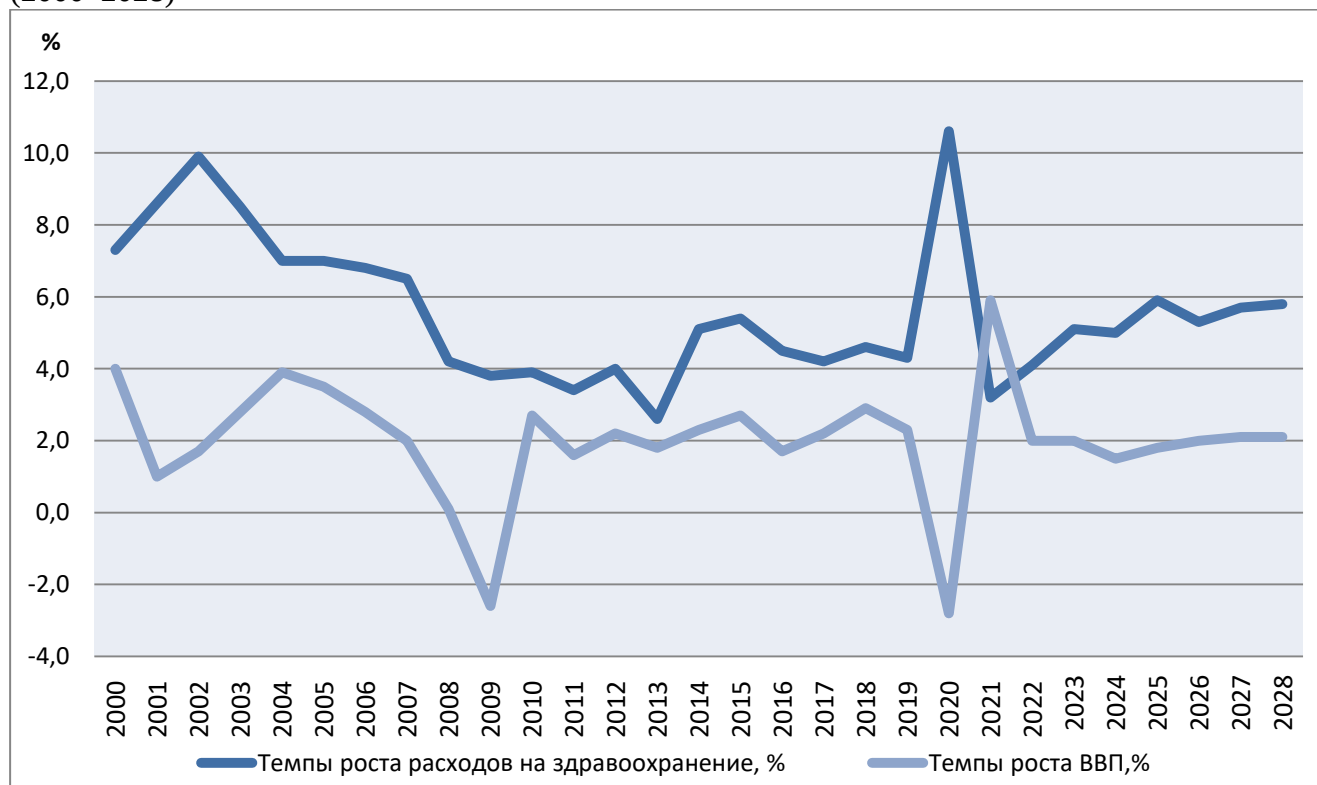
Источник: Сформировано на основе данных CMS Office of the Actuary, National Health Statistics Group, National Health Expenditures by Type of Sponsor, Historical Population Change Data (1910–2020) U.S. Census Bureau.

³⁵ Супян В. Американская модель капитализма: преимущества и вызовы XXI века. Мировая экономика и международные отношения. 2022. Т. 66. №9. С. 90–97. DOI:10.20542/0131-2227-2022-66-9-90-97

Ожидается, что за текущее десятилетие средние темпы роста расходов на здравоохранение сохранятся на уровне 5,6%, в результате их совокупная сумма в 2028 г. достигнет 6,1 трлн долл. (Рисунок 1).

Расходы США на здравоохранение заметно превышают их среднее значение по странам ОЭСР, которое составляет 9,2% от национального ВВП (Рисунок 2). Следующей страной в этом списке после США является Германия лишь с 12,7% ВВП. В подушевом исчислении показатель США в три раза превышает средний по ОЭСР в 4 279 долл. по ППС³⁶.

Рисунок 1 – Прогноз темпов роста экономики и расходов на здравоохранение в США (2000–2028)



Источник: National Health Expenditures Projections // Centers for Medicare and Medicaid Services, IMF.

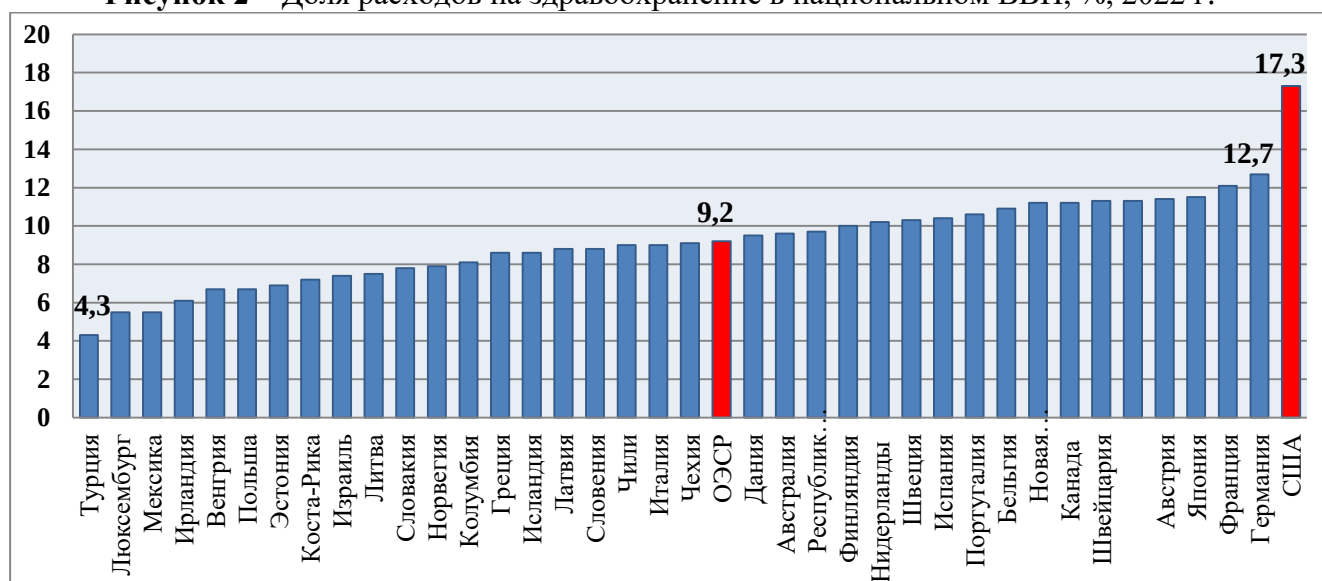
Существует чёткая положительная взаимосвязь между уровнем расходов на здравоохранение и средней продолжительностью жизни. Среди 38 членов ОЭСР 18 стран тратят больше и имеют более высокую ожидаемую продолжительность жизни, чем в среднем по ОЭСР. Ещё 11 стран тратят меньше и имеют более низкую ожидаемую продолжительность жизни. Отдельно в этой зависимости представлена группа из восьми стран (Италия, Республика Корея, Португалия, Испания, Словения, Греция, Израиль, Чили), которые отклоняются от базовой зависимости и при невысоких расходах имеют более высокую ожидаемую продолжительность жизни, что может указывать на хорошее соотношение цены и качества услуг систем здравоохранения этих стран. Но во всей этой закономерности парадоксальными выглядят результаты США: по данным на 2021 г. при самых высоких расходах на здравоохранение ожидаемая продолжительность жизни в 76,4 лет ниже среднего показателя ОЭСР в 80,3 лет³⁷. И несмотря на то, что по данным Центров по контролю и профилактике заболеваний США в 2023 г. этот показатель вырос до 78,4 лет, он всё равно остается ниже как

³⁶ Organization for Economic Co-operation and Development. URL: <http://www.oecd.org/> (дата обращения: 10.02.2021).

³⁷ Health at a Glance 2023: OECD Indicators, OECD Publishing, Paris, 2023. DOI: <https://doi.org/10.1787/7a7afb35-en> (дата обращения 21.12.2024)

среднего показателя ОЭСР, так и допандемийного уровня в 78,8 лет в 2019 г.³⁸. Во время пандемии снижение ожидаемого уровня жизни наблюдалось во многих странах, но только в США оно составило почти 2 года, когда в других развитых странах – в среднем 6 месяцев.

Рисунок 2 – Доля расходов на здравоохранение в национальном ВВП, %, 2022 г.



Источник: Health Spending. Organization for Economic Co-operation and Development; National Health Expenditures, Centers for Medicaid and Medicare Services.

И в этом заключается одно из основных противоречий американского здравоохранения. Несмотря на колоссальные расходы, в США одни из худших показателей состояния здоровья среди развитых стран. По опросам, проводимым Фондом содружества (*The Commonwealth Fund*), у 28% американцев старше 18 лет диагностировали хронические заболевания, такие как: астма, заболевания лёгких, депрессия, онкология, артрит, диабет, заболевания сердца, гипертония. В 1,5 раза выше средних показателей ОЭСР уровень заболевания ожирением – 33,5% против 19,5%. Отправной точкой оценки эффективности системы здравоохранения является показатель смертности от предотвратимых болезней, который свидетельствует о возможности вовремя диагностировать заболевание и получить качественное медицинское обслуживание. В США он составляет 336 случаев на 100 тысяч человек – против 238 на 100 тысяч по странам ОЭСР³⁹. Высокий, по сравнению с другими развитыми странами, уровень младенческой смертности – в 2020 г. он составил 5,4 на 1 000 новорождённых. Для сравнения, в Норвегии он равен 1,6, а среднее значение по странам ОЭСР – 4,1. Традиционно высокий и показатель материнской смертности – на 100 тысяч пришлось 23,8 случая в 2020 г., что обусловлено неадекватным родовым уходом и высоким социальным неравенством.

Несмотря на высокие расходы, американцы в среднем реже посещают врача первичного звена, чем жители других развитых стран, – 4 раза в год по сравнению с 5,7 в среднем по странам ОЭСР. Это связано как и с более низким количеством терапевтов по сравнению с другими странами (2,6 на 1 000 жителей против 3,7 в среднем по ОЭСР), так и с невозможностью граждан оплатить визит к врачу⁴⁰.

³⁸ Murphy S.L., Kochanek K.D., Xu J.Q., Arias E. Mortality in the United States, 2023. NCHS Data Brief, no 521. Hyattsville, MD: National Center for Health Statistics. 2024. DOI: <https://dx.doi.org/10.15620/cdc/170564>

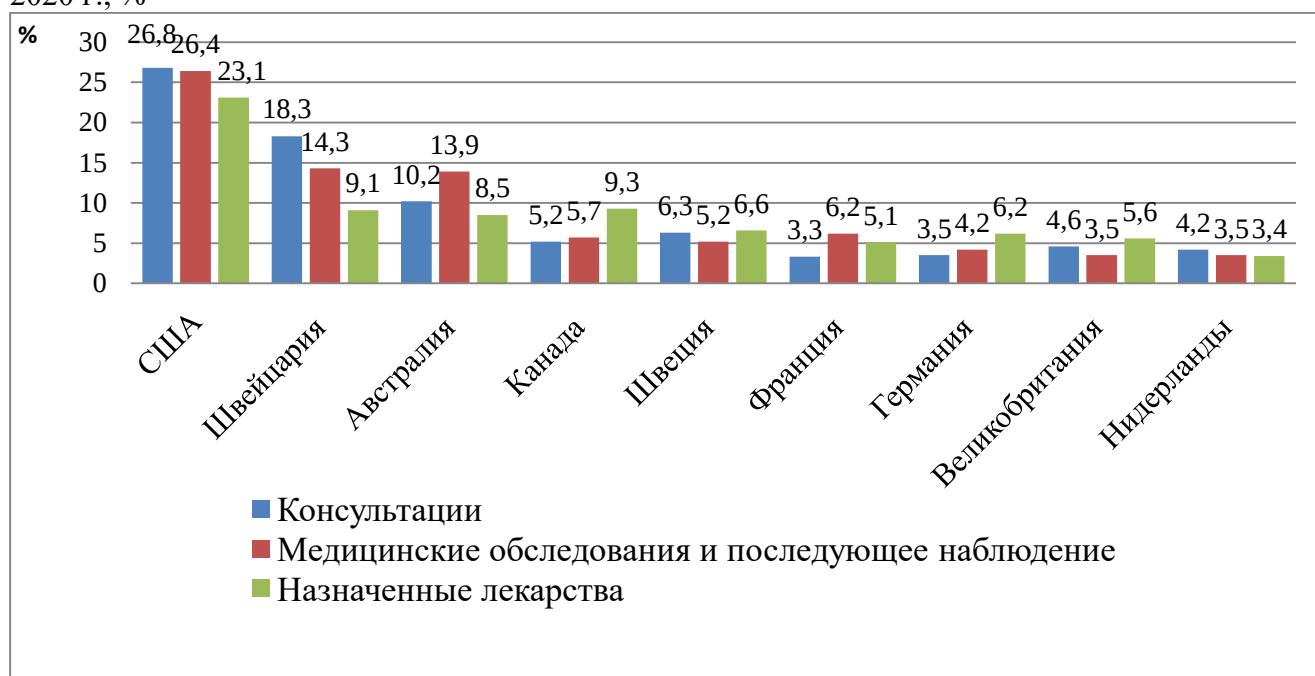
³⁹ Health at a Glance 2023: OECD Indicators, OECD Publishing, Paris, 2023. DOI: <https://doi.org/10.1787/7a7afb35-en> (дата обращения 21.12.2024)

⁴⁰ Gunja, M.Z., Gumas, E.D., Williams II R.D. U.S. Health Cars from a Global Perspective, 2022: Accelerating Spending, Worsening Outcomes. The Commonwealth Fund. 31 January 2023. URL: <https://www.commonwealthfund.org/publications/issue-briefs/2023/jan/us-health-care-global-perspective-2022> (дата обращения: 08.05.2024).

Хотя в США наблюдаются более высокие показатели преждевременной смертности и бремени болезней, это не всегда отражается на качестве получаемых пациентом услуг. На продолжительность жизни и уровень смертности также влияют факторы, которые не зависят от системы здравоохранения напрямую: социально-экономические условия (неравенство в доходах), а также поведение и образ жизни индивида (здоровое питание, умеренные физические нагрузки, склонность к пагубным привычкам и проч.). Дети и подростки в США имеют меньше шансов дожить до совершеннолетия, чем их сверстники в развитых странах, поскольку они чаще попадают в автомобильные аварии, гибнут в инцидентах с применением огнестрельного оружия и совершают самоубийства⁴¹.

Растущая стоимость медицинских услуг снижает степень их доступности для населения. Жители США чаще откладывают посещение врачей, употребление предписанных медицинских препаратов, а также прохождение обследований и госпитализации, чем в других развитых странах (Рисунок 3). В конечном счёте редкое обращение к специалистам ведёт к отсутствию профилактики заболеваний и способствует накоплению хронических расстройств, на лечение которых впоследствии нужно тратить больше ресурсов.

Рисунок 3 – Доля пациентов старше 16 лет, сообщивших о пропуске медицинских консультаций, лечения или приема лекарственных препаратов из-за их высокой стоимости в 2020 г., %



Источник: Wager E., Cox C. International Comparison of Health Systems // Kaiser Family Foundation. 2024, May 28. URL: <https://www.kff.org/health-policy-101-international-comparison-of-health-systems/?entry=table-of-contents-introduction> (дата обращения: 28.12.2024).

Таким образом, автор приходит к выводу о том, что в самом механизме работы системы здравоохранения США заложены противоречия, которые способны усугубить кризис в случае чрезвычайной ситуации в сфере общественного здравоохранения.

Вторая глава посвящена исследованию системы здравоохранения США в условиях пандемии, и в частности – парадокса, согласно которому страна с самой дорогой и высокотехнологичной системой здравоохранения в мире в первые месяцы пандемии возглавила рейтинг стран по количеству зарегистрированных случаев заражения (свыше 100 млн) и смертей (почти 1,2 млн) и удерживала это первенство на протяжении четырех лет. В ней также

⁴¹ Wager E., Cox C. International Comparison of Health Systems // Kaiser Family Foundation. 2024, May 28. URL: <https://www.kff.org/health-policy-101-international-comparison-of-health-systems/?entry=table-of-contents-introduction> (дата обращения: 28.12.2024)

рассмотрена динамика нарастания социально-экономических проблем для субъектов отрасли здравоохранения по мере распространения коронавируса на территории США.

За 2020–2023 гг. по США прокатилось несколько волн заболеваемости коронавирусом. Их влияние на различные регионы страны, социально-экономические и расово-этнические группы населения было неравномерным. Если в начале пандемии непропорционально сильно пострадали городские районы на северо-востоке, то в каждой последующей волне в наименее густонаселённых округах страны регистрировались более высокие показатели смертности, чем в регионах с высокой плотностью населения⁴². Значительно более высокие показатели инфицирования и смертности также фиксировались в штатах, которые торопились со снятием ограничительных мер, и с низким уровнем вакцинирования среди населения (после начала масштабной вакцинации). Как правило, эти особенности были характерны для республиканских штатов. В течение всего времени пандемии, за исключением волны с доминирующим штаммом «Дельта», наиболее высокий уровень смертности наблюдался в возрастной когорте старше 75 лет. Цветное население испытывало непропорционально большое количество случаев заболевания и смерти в сочетании с низким уровнем вакцинации по сравнению с белыми американцами.

Для первого года пандемии была характерна масштабная нехватка средств индивидуальной защиты (СИЗ) и необходимого медицинского оборудования, что стало существенным вызовом для стабильности инфраструктуры здравоохранения США. Решение проблемы дефицита в условиях разорванных глобальных цепочек поставок и высокой конкуренции между государствами оказалось возможным только с помощью закона «Об оборонном производстве», обязывающего крупные частные предприятия выполнять заказы, необходимые для обеспечения национальной безопасности. Республиканское правительство Д. Трампа, отстаивающее свободу рыночных сил, по идейным мотивам медлило с его применением, однако провал рынка в начале 2020 г. невозможно было урегулировать без государственного вмешательства.

Второй год пандемии ознаменовался масштабной проблемой нехватки медицинского персонала. Увеличение сверхурочных часов работы, повышенный уровень стресса, вызванный постоянным риском заражения, быстро меняющимися регламентами оказания медицинской помощи и высокой смертностью среди пациентов, способствовали эмоциональному истощению врачей и медсестёр, занятых на передовой в борьбе с вирусом. Изменившиеся условия работы привели к увеличению количества увольнений и повышению текучести кадров среди сотрудников медицинских учреждений. За два года пандемии уволилось 20% медицинских работников, и ещё каждый третий задумывался о том, чтобы уйти из медицины или хотя бы сменить специализацию⁴³. Общенациональной стала проблема профессионального выгорания среди сотрудников медицинских учреждений, работающих на передовой в борьбе с вирусом.

В третий год пандемии изменился подход к борьбе с коронавирусом. Пришло осознание, что вирус эндемичен и необходимо обеспечивать такое сосуществование с ним, которое бы не оказывало разрушительного воздействия на жизни людей. Этому способствовали регулярное обновление бустерных вакцин и распространение противовирусных препаратов, снижающих количество осложнений после инфицирования.

Социально-экономические последствия пандемии отразились как на потребителях, так и на поставщиках медицинских услуг. Ограничительные меры по борьбе с распространением коронавируса привели к всплеску безработицы, снижению уровня благосостояния американцев и, как следствие, к снижению уровня доступности медицинского обслуживания, поскольку

⁴² Jones, B. The Changing Political Geography of COVID-19 over the last two years // Pew Research Center. 2022. URL: <https://www.pewresearch.org/politics/2022/03/03/the-changing-political-geography-of-covid-19-over-the-last-two-years/> (дата обращения: 01.05.2022)

⁴³ Galvin, G., Nearly 1 in 5 Health Care Workers Have Quit Their Jobs During the Pandemic // Morning Consult. 2021. URL: <https://morningconsult.com/2021/10/04/health-care-workers-series-part-2-workforce/> (дата обращения: 03.04.2022).

потеря работы означает и потерю предоставляемого работодателем медицинского страхования. Правительство США было вынуждено предпринять ряд ответных мер, нацеленных на поддержание доходов населения, в результате которых финансовую поддержку от государства получило 85% домохозяйств США. Еще одним направлением государственной поддержки стало обеспечение доступа к медицинской помощи независимо от социально-экономического положения и расширение возможностей страхования за счет увеличения субсидирования и расширения государственной программы «Медикейд». Объектом государственной поддержки также стали поставщики медицинских услуг, которые в первые годы пандемии столкнулись с резким сокращением операционной прибыли. Причиной этому стало сокращение спроса на плановое лечение, низкая рентабельность лечения постоянно увеличивавшегося количества пациентов с COVID-19, выросшие издержки. Парадоксально, но в связи с финансовой необходимостью в самый разгар пандемии некоторые медицинские учреждения были вынуждены увольнять медицинский персонал или сокращать часы его работы. В 2020 г. более 30 больниц инициировали процедуру банкротства⁴⁴.

Исследуя причины неэффективного ответа на вызов пандемии, автор приходит к выводу, что ключевыми явились накопленные структурные противоречия системы здравоохранения, связанные с коммерческим характером предоставления медицинских услуг и необходимостью их поставщиков доказывать рыночную эффективность.

Частные системы медицинского страхования и поставщиков медицинских услуг превращают медицинское обслуживание в экономическое благо, доступ к которому есть в первую очередь у тех, кто может за него заплатить. Таким образом, экономическое неравенство населения предопределяет неравенство в сфере здравоохранения, поскольку в основе лежит способность индивида оплатить медицинские услуги. До пандемии, в 2019 г., на долю наиболее богатых 20% населения США приходилось более 50% всех доходов. Самые богатые из богатых, топ 5%, получали 23% всех доходов. Наиболее бедные 20% населения страны – 3,1% всех доходов⁴⁵. Именно эта группа населения находится в наиболее уязвимом положении, когда речь заходит о вопросах здоровья. Продолжительность жизни первых 20% на 10–15 лет выше последних 20% населения США⁴⁶. Как правило, эта группа населения занята в низкоквалифицированных профессиях и чаще не получает медицинское страхование от своего работодателя. При этом их заработок слишком велик для того, чтобы они могли стать реципиентом «Медикейд». Помимо работы на низкооплачиваемых должностях, наиболее бедные 20% населения США обладают более низким уровнем образования, проживают в менее благоприятных районах, имеют более ограниченный доступ к разнообразным продуктам питания и т.д. По причине высокой стоимости медицинских услуг они чаще откладывают визиты к врачу и профилактическое лечение, что способствует развитию хронических заболеваний, которые делают их более уязвимыми перед осложнениями от COVID-19.

Исторически сложилось, что эта группа чаще всего представлена небелым населением: чернокожими, испаноязычными, коренными индейскими народами. До начала пандемии большинство незастрахованных было представлено небелым населением: 21% индейцев, 11,6% афроамериканцев, 22,1% латиноамериканцев, 6,6% азиатов и 9% белых. Расово-этнические меньшинства, особенно чернокожие и испаноязычные, составляют непропорционально большую долю работников сферы услуг, предприятия которых не закрывались во время пандемии. Они продолжали обслуживать продуктовые магазины и склады, убирать здания и разносить почту, пока «белые воротнички» уходили в изоляцию на

⁴⁴ Fact Sheet: COVID-19 Pandemic Results in Bankruptcies or Closures for Some Hospitals. American Hospital Association. 2020. URL: <https://www.aha.org/system/files/media/file/2020/11/fact-sheet-covid-hospital-bankruptcies-1120.pdf> (дата обращения: 18.03.2022).

⁴⁵ Income and Poverty in the United States: 2019. U.S. Census Bureau. URL: <https://www.census.gov/library/publications/2020/demo/p60-270.html> (дата обращения: 03.05.2024).

⁴⁶ Health, Income, And Poverty: Where We Are And What Could Help. Health Affairs Health Policy Brief. October 4, 2018. DOI: 10.1377/hpb20180817.901935

дистанционную работу. Лишь каждый пятый афроамериканец и каждый шестой латиноамериканец имели возможность работать удалённо, в то время как среди белого населения такой возможностью обладал каждый третий⁴⁷. В силу своей профессии они находились в постоянном контакте с большим количеством людей, а также чаще пользовались общественным транспортом. При этом они реже обращались к врачу при первых симптомах COVID-19 и продолжали работать, попадая в отделения неотложной помощи уже в тяжёлом состоянии.

Таким образом, системное социально-экономическое неравенство, с одной стороны, послужило тому, что расово-этнические меньшинства были больше подвержены риску заражения, госпитализации и смерти от COVID-19, чем белые американцы, а с другой – способствовало неконтролируемому распространению вируса среди населения США.

Необходимость поставщиков медицинских услуг доказывать рыночную эффективность приводит к тому, что неэффективные учреждения вынуждены уходить с рынка. За период с 1990 г. по 2020 г. количество госпиталей сократилось на 8,4%. В период с 2010 г. по 2015 г. каждый год в среднем закрывалась 21 больница. В 2019 г. закрылось 47 медицинских учреждений⁴⁸. И всё это на фоне как роста численности населения страны, так и его старения. Чаще всего закрываются медицинские учреждения в сельских районах страны. За период с 2010 г. по 2019 г. закрылось 120 больниц в сельских районах, преимущественно в южных республиканских штатах, не присоединившихся к расширению программы «Медикейд»⁴⁹.

Сталкиваясь с необходимостью экономить средства, госпитали стали быстрее выписывать пациентов, не нуждающихся в срочном лечении, стараясь также проводить больше операций в амбулаторных условиях. Благодаря этому заметно сократилось количество медицинских коек и палат интенсивной терапии за период с 1990 г. по 2020 г. – на 24%. По сравнению с другими развитыми странами в США меньше больничных коек на 1 000 человек – всего 2,8, в то время как в Италии – 3,2, во Франции – 6,1 и 12,0 – в Южной Корее⁵⁰, что в период пандемии вылилось в недостаточность больничного пространства. Стараясь экономить на издержках, медицинские учреждения при закупке расходных материалов, в том числе СИЗ, складированию предпочитали их приобретение по мере необходимости, что также усугубило проблему нехватки СИЗ среди медицинского персонала в первые волны пандемии.

Таким образом, система здравоохранения, ориентированная на прибыль, не имеет достаточных стимулов для инвестиций в системы общественного здравоохранения. И на протяжении десятилетия до пандемии в большинстве штатов расходы на нужды общественного здравоохранения либо оставались неизменными, либо сокращались⁵¹.

На неготовность ответа общественного здравоохранения также повлиял и децентрализованный характер правительства США. В стране насчитывается 3 007 округов, и все они обладают разным уровнем полномочий в сфере общественного здравоохранения: некоторые из них являются сельскими и не имеют департаментов здравоохранения, а значит – подчиняются министру здравоохранения штата; другие имеют местных министров здравоохранения, обладающих независимыми полномочиями. В некоторых юрисдикциях

⁴⁷ Maani, N., Galea, S. COVID-19 and Underinvestment in the Health of the US Population // The Milbank Quarterly. June 2020. Vol. 98 URL: <https://www.milbank.org/quarterly/articles/covid-19-and-underinvestment-in-the-health-of-the-us-population/> (дата обращения: 03.05.2024).

⁴⁸ Saghafian, S., Song, L.D., Raja, A.S., Towards a more efficient healthcare system: Opportunities and challenges caused by hospital closures amid the COVID-19 // Health Care Management Science. 2022 DOI: 10.1007/s10729-022-09591-7

⁴⁹ Гучанова А.П. Эволюция американских госпиталей в период пандемии COVID-19 // США и Канада: экономика, политика, культура. 2022. №7. С.85–98 DOI: 10.31857/S2686673022070070

⁵⁰ Centers for Medicare and Medicaid Services. Trend Tables. Table 89. Hospitals, beds, and occupancy rates, by type of ownership and size of hospital: United States, selected years 1975–2015.

⁵¹ Alfonso, Y.N., Leider, J.P., Resnick, B., McCullough, J.M., Bishai, D. US Public Health Neglected: flat or declining spending left states ill equipped to respond to COVID-19 // Health Affairs. 2021. Vol. 40, N.40. DOI: 10.1377/hlthaff.2020.01084

полномочия округов и городов пересекаются, что вносит дополнительную путаницу в коммуникацию властей с гражданами и частными поставщиками медицинских услуг. Такая раздробленность привела к тому, что штаты или округа самостоятельно решали, когда следует ужесточать или снимать ограничительные меры, направленные на сдерживание распространения вируса. И иногда решения об открытии экономик принимались преждевременно.

Ситуацию усугубила неадекватная реакция республиканской администрации, которая в первые месяцы преуменьшала угрозу коронавируса и тем самым тормозила выработку единой стратегии. Раскол в правящих элитах из-за методов борьбы с коронавирусом распространил поляризацию и на всё американское общество. Принадлежность к какой-либо партии оказалась более сильным фактором, чем другие демографические показатели в вопросе вакцинации против COVID-19. Политическая принадлежность руководителей штатов и округов определяла скорость и характер методов реагирования. Округа с республиканским большинством медленнее вводили ограничительные меры в условиях вспышки, что приводило к росту числа инфицированных⁵².

В третьей главе исследуется степень влияния пандемии на американское здравоохранение. Автор представляет ряд факторов, которые будут формировать облик системы после кризиса, а также выявляет ключевые тенденции трансформации системы здравоохранения США.

Во-первых, на американское здравоохранение будет влиять состояние национальной экономики. Высокие темпы инфляции, ключевая ставка Федеральной резервной системы и, как следствие, высокая стоимость капитала, вновь поднимают вопрос о необходимости сдерживания расходов в отрасли здравоохранения, что чувствительно как для потребителей, так и для поставщиков медицинских услуг.

Во-вторых, коронавирус, который всё еще представляет угрозу для пожилых и людей с ослабленным иммунитетом, и недостаточная изученность феномена «долгого ковида» продолжают оказывать влияние на системы общественного здравоохранения, вынужденные мониторить ситуацию вокруг вируса.

В-третьих, на систему здравоохранения и общество в целом будет оказывать воздействие углублённый пандемией опиоидный кризис. Несмотря на значительные усилия систем общественного здравоохранения и поставщиков медицинских услуг, направленные на ограничение количества назначений болеутоляющих лекарств, вызывающих зависимость, за 10 лет смертность от всех видов опиоидных препаратов выросла в три раза⁵³. Представляющий угрозу национальной безопасности кризис стал бедствием для общественного здравоохранения и экономики в целом. По данным исследования Объединённого комитета Конгресса США по вопросам экономики, только в 2020 г. экономические потери составили 1,5 трлн долл., что на 37% больше, чем в 2017 г. Эта сумма включает в себя расходы на медицинское обслуживание при передозировке, затраты на борьбу с незаконным оборотом наркотических веществ и судебные преследования, а также экономические издержки, связанные с потерей производительности труда⁵⁴.

В-четвёртых, особую роль будут играть демографические изменения, и в частности, старение населения. В 2020 г. каждый шестой житель США был старше 65 лет. За 10 лет с 2010 г. число пожилых американцев увеличилось на 38%, до 55,8 млн, в то время как число тех,

⁵² Kerr, J, Panagopoulos, C, van der Linden, S. Political Polarization on COVID-19 Pandemic Response in the United States. *Pers Individ Dif*. 2021 Sep;179:110892. DOI: 10.1016/j.paid.2021.110892.

⁵³ The Opioid Epidemic in the United States // SHADAC. URL: <https://www.shadac.org/opioid-epidemic-united-states> (дата обращения: 20.06.2024).

⁵⁴ The Economic Toll of the Opioid Crisis Reached Nearly 1,5 Trillion in 2020. // Joint Economic Committee. September 28, 2022. URL: <https://www.jec.senate.gov/public/index.cfm/democrats/issue-briefs?ID=CE55E977-B473-414F-8B88-53EB55EB7C7C> (дата обращения: 10.07.2024).

кто младше 65, выросло всего на 2%⁵⁵. Несмотря на высокую продолжительность жизни, у 80% пожилых американцев диагностируют хотя бы одно хроническое заболевание, что требует дорогостоящего лечения и ухода. От медицинских учреждений потребуются адаптация к увеличению количества пациентов пожилого возраста и введение соответствующих программ ухода, модернизация и расширение домов престарелых, а также подготовка и увеличение набора кадров, специализирующихся на гериатрии.

Старение населения, рост цен на медицинские услуги, сокращение экономически активного населения усиливают финансовую нагрузку на программу государственного страхования пожилых и инвалидов «Медикэр». Стоимость программы в 2023 г. превысила 1 трлн долл. При сохранении текущих темпов расходов и отсутствии поддержки со стороны Конгресса целевой фонд госпитального страхования, из которого оплачиваются услуги стационарного лечения, может быть исчерпан в 2036 г.⁵⁶ Для приведения программы в равновесие потребуется либо увеличение доходов за счёт повышения налоговой ставки, либо урезание расходов за счёт сокращения выплаты поставщикам и уменьшения льгот реципиентам.

В-пятых, решения потребует и кадровый кризис, который наблюдался в отрасли и до пандемии, но наиболее ярко проявился именно с распространением коронавируса. По данным Бюро трудовой статистики, к 2031 г. США столкнутся с нехваткой почти 200 тыс. медсестёр⁵⁷. По оценкам Ассоциации медицинских колледжей Америки (*Association of American Medical Colleagues*), к 2036 г. системе здравоохранения будет нехватать до 86 тыс. терапевтов⁵⁸. Более того, по данным Бюро переписи населения США, 45% терапевтов старше 55 лет. Это значит, что в течение 10 лет половина врачей первичного звена уйдёт на пенсию. При этом лишь одна пятая выпускников медицинских школ планирует работать по этой специальности, что неудивительно, учитывая, что за длительный период обучения будущие врачи накапливают колоссальные студенческие долги – в среднем 214 тыс. долл., – что в 6 раз больше, чем выпускники других учреждений. Это вынуждает их выбирать более престижные и высокооплачиваемые медицинские специализации⁵⁹. Решение кадрового кризиса в отрасли здравоохранения потребует как от предпринимателей, так и от законодателей комплексного подхода, который будет включать в себя политику по улучшению условий труда для сохранения уже имеющегося персонала и по привлечению новых сотрудников. Необходимы будут дополнительные инвестиции для увеличения числа медицинских работников, получающих образование, расширение партнёрства между университетами и медицинскими учреждениями для создания дополнительных мест в ординатуре, в том числе и за счёт программы «Медикэр». Потребуется государственное урегулирование вопросов

⁵⁵ 2021 Profile of Older Americans. Administration for Community Living. URL: https://acl.gov/sites/default/files/Profile%20of%20OA/2021%20Profile%20of%20OA/2021ProfileOlderAmericans_508.pdf (дата обращения: 17.02.2023).

⁵⁶ 2024 Annual Report of the Boards of Trustees of the Federal Hospital Insurance and Federal Supplementary Medical Insurance Trust Funds. Available at: <https://www.cms.gov/data-research/statistics-trends-and-reports/trustees-report-trust-funds> (дата обращения: 14.07.2024).

⁵⁷ O'Connell-Domenech, A. The US is suffering a healthcare worker shortage. Experts fear it will only get worse // The Hill. September 28, 2023. URL: <https://thehill.com/changing-america/well-being/prevention-cures/4225960-the-us-is-suffering-a-healthcare-worker-shortage-experts-fear-it-will-only-get-worse/> (дата обращения: 10.07.2024).

⁵⁸ The Complexities of Physician Supply and Demand: Projections From 2021 to 2036 // Association of American Medical Colleagues. March 2024. URL: <https://www.aamc.org/news/press-releases/new-aamc-report-shows-continuing-projected-physician-shortage> (дата обращения: 10.07.2024).

⁵⁹ Deutchman, M., Macaluso, F., Chao, J., Duffrin, C., Hanna, K., Avery, D.M. Jr., Onello, E., Quinn, K., Griswold, M.T., Alavi, M., Boulger, J., Bright, P., Schneider, B., Porter, J., Luke, S., Durham, J., Hasnain, M., James, K.A. Contributions of US Medical Schools to Primary Care (2003–2014): Determining and Predicting Who Really goes into Primary Care // Family Medicine. 2020. Vol.52. No.7 p. 483–490.

предоставления стипендий и льготного кредитования студентам медицинских колледжей, а также ускорения выдачи виз для иностранных высококвалифицированных специалистов.

В-шестых, негативно сказываться на развитии системы здравоохранения США будет углублённая пандемией поляризация общества, в основе которой лежит противостояние ценностей личных свобод и общественных потребностей. Если сочувствующих Республиканской партии чаще волнует рост смертей от передозировок и насилия, то сторонники Демократической партии большей угрозой видят распространение вирусных инфекций⁶⁰. До появления COVID-19 партийного раскола относительно вакцинации просто не существовало. Сегодня же появляется обеспокоенность, что негативное отношение к прививкам в целом может повлиять на ситуацию и с детской вакцинацией в республиканских штатах⁶¹.

Поляризация общества отражается в идейно-политическом расколе элиты и усиливает различие между штатами в их политике здравоохранения. По целому ряду вопросов, влияющих на здоровье населения: прерывание беременности, медицинское обслуживание трансгендеров, экологическая политика, контроль над оружием, вакцинация, налоги на табак, оплачиваемый отпуск по болезни и многое другое, – штаты, где правят демократы и республиканцы, движутся в разных направлениях. На федеральном уровне дефицит доверия между демократами и республиканцами затрудняет достижение консенсуса и компромисса в вопросах национальной политики вокруг здоровья: неравного доступа к медицинскому обслуживанию в расово-этнических сообществах, растущих расходов на здравоохранение, кооперации с мировым сообществом и многих других традиционных для демократов и республиканцев противоречивых представлениях о реформе здравоохранения, обязательном медицинском страховании, роли государства и рынка в здравоохранении.

Пандемия стала катализатором трансформации системы здравоохранения США.

Неблагоприятная экономическая ситуация заставит игроков системы здравоохранения искать новые модели управления и расчёта для сохранения прибыли и контроля над растущими расходами. Всё большую популярность приобретают альтернативные системы оплаты, поскольку традиционный расчёт, зависящий от объема предоставленных услуг (*fee-for-services*), оказался неустойчив в период пандемии и резкого падения спроса на регулярное лечение. В качестве альтернативы традиционной модели расчёта представляется ценностно-ориентированная модель.

Стремление поставщиков медицинских услуг распределить растущие расходы и усилить рычаги влияния на страховые компании, поиск эффекта масштаба и конкуренция с крупными сетями розничной торговли приведут к росту количества сделок по слиянию и поглощению. Всё больше независимых больниц и врачей будут стремиться присоединиться к крупным медицинским системам, частным инвестиционным группам или страховым компаниям, которые оказываются более устойчивыми в кризисные периоды, поскольку в них риск издержек распределён по нескольким рынкам, а ресурсы могут быть перемещены туда, где они больше всего нужны. Для крупных страховых компаний подобная диверсификация бизнеса также выглядит отличной возможностью увеличить прибыль, которую закон «Обамакэр» ограничил 15–20% от объёма собранных страховых взносов.

Быстрорастущая отрасль здравоохранения привлекает нетрадиционных игроков, которые стремятся диверсифицировать свой бизнес и увеличить прибыли. На рынок первичного медицинского обслуживания, виртуального обслуживания или обслуживания на дому выходят гиганты розничной торговли, которые привносят новые модели управления в сферу здравоохранения и ужесточают конкуренцию для традиционных медицинских систем. Однако всё ещё неясно, как увеличение количества обращений в клиники розничных сетей скажется на общих расходах на здравоохранение, поскольку зачастую они провоцируют повторный визит к

⁶⁰ American health in polarizing times // Ipsos. February 24, 2024. URL: <https://www.ipsos.com/en-us/american-health-polarizing-times> (дата обращения: 15.07.2024).

⁶¹ Motta, M. Is partisan conflict over COVID-19 vaccination eroding support for childhood vaccine mandates? // NPJ Vaccines. 2023. 8, 5 DOI: <https://doi.org/10.1038/s41541-023-00611-3>

врачу из традиционной медицинской системы. С одной стороны, это положительно скажется на здоровье пациента, но с другой – рискует привести к чрезмерному потреблению медицинских услуг за счёт дублирования назначений. Ещё один потенциально негативный эффект – усиление фрагментации получения медицинской помощи, поскольку система клиник при розничных сетях не предполагает установления долгосрочных отношений между пациентом и врачом, как в традиционной медицинской системе с персональным врачом первичного звена, который бы осуществлял помощь в навигации по системе здравоохранения.

Одно из положительных последствий пандемии – цифровая трансформация здравоохранения – продолжится. Из малоиспользуемого средства телемедицина превратилась в наиболее предпочитаемый способ получения медицинского обслуживания. В контексте увеличенного спроса на домашний уход и амбулаторное обслуживание, а также наличия федеральных норм об интероперабельности истории болезни пациента ожидается увеличение инвестиций и дальнейшее совершенствование систем хранения, обработки, кодирования и защиты персональных данных. Удалённый мониторинг состояния здоровья пациентов становится важной частью оказания медицинского ухода на дому. Растёт спрос на различные гаджеты, передающие информацию о пациенте в режиме реального времени, что позволяет врачам оперативно отслеживать состояние пациента и улучшать клинические прогнозы. По сути, это уже является «телемедициной 2.0», поскольку выходит за рамки простого оказания дистанционной помощи в виде удалённых консультаций и представляет собой целостный подход к дистанционному уходу и лечению пациентов.

Продолжится расширение регуляторных функций государства в области здравоохранения. Пандемия выявила слабости американского здравоохранения: неравный доступ к медицинскому обслуживанию, неадекватную готовность систем общественного здравоохранения, постоянно растущие расходы в отрасли. Устойчивость системы во время кризиса во многом зависела от государственных вливаний. Чрезмерная политизация вопроса и стремление консервативных сторонников Республиканской партии сократить государственные расходы могут замедлить этот тренд, но вряд ли сумеют его развернуть, поскольку он в полной мере отвечает запросам общества на более прозрачную и справедливую систему здравоохранения.

С победой Д. Трампа на президентских выборах в 2024 г. ключевым стал вопрос о будущем закона «Обамакэр» – основной реформы в области американского здравоохранения за последние полвека, сумевшей расширить охват медицинским страхованием за счёт организации регулируемого рынка страховых полисов, расширения программы «Медикейд» и предоставления возможности молодым американцам до 26 лет пользоваться страховкой родителей. В предыдущий президентский срок Д. Трамп выступал последовательным сторонником отмены закона. Но динамика количества приобретений страхового полиса на маркетплейсе наглядно демонстрирует, что 45-му президенту не удалось добиться сокращения расходов на программу за счёт сокращения людей, претендующих на льготы. И вопреки прогнозам Бюджетного управления Конгресса, взятым за основу составителями Экономического доклада президента в 2019 г., политика Д. Трампа сократила количество участников «Обамакэр» к 2021 г. лишь на 211,7 тыс. человек, а не на 5 млн⁶². За последние 10 лет «Обамакэр» обеспечил медицинским страхованием около 50 млн американцев, или примерно каждого седьмого жителя страны. В 2024 г. рекордный 21 млн человек приобрёл страховой план на государственных маркетплейсах, в том числе более 5 млн сделали это впервые⁶³. За годы пребывания Демократической партии в Белом доме (2021–2025 гг.) закон

⁶² Economic Report of the President. Together with the Annual Report of the Council of Economic Advisers. March 19, 2019. URL: <https://www.trumpwhitehouse.archives.gov/wp-content/uploads/2019/03/ERP-2019.pdf> (дата обращения: 25.12.2024)

⁶³ Number of People Who Have Ever Enrolled in ACA Marketplace Coverage, 2014-2024 // U.S. Department of the Treasury Office of Tax Analysis. September 3, 2024. URL:

был расширен и приобрёл большую популярность. И сегодня очевидно, что «Обамакэр» надёжно вплетён в социально-политическую канву американского государства, многие его положения пользуются значительной общественной поддержкой среди сторонников как Демократической, так и Республиканской партии, а значит их отмена становится политически невозможной. Этот тезис подтверждается динамикой результатов опросов общественного мнения. Если в 2010 г. лишь 46% населения поддерживали реформу, 40% – не поддерживали, а 14% – затруднялись ответить, то в 2023 г. это соотношение уже выглядело как 62%, 36% и 2% соответственно⁶⁴.

В заключении подведены итоги диссертационного исследования, сформулированы выводы. Подчёркнуто, что пандемия COVID-19 оказала значительное структурное воздействие на систему здравоохранения США. Эта сфера останется предметом острой политической борьбы и экспертно-аналитического дискурса в поисках наиболее эффективной модели управления и пределов границ государственного вмешательства в отрасль при сохранении опоры на рыночные механизмы в своем функционировании.

<https://home.treasury.gov/system/files/131/People-Enrolled-ACA-Mkt-Coverage-2014-24-09032024.pdf> (дата обращения: 06.11.2024).

⁶⁴ Percentage of public with favorable or unfavorable opinion of the Affordable Care Act (ACA) from April 2010 to March 2023 // Statista. 2023. URL: <https://www.statista.com/statistics/246901/opinion-on-the-health-reform-law-in-the-united-states/> (дата обращения: 06.11.2024).

Список работ, опубликованных автором по теме диссертации

В журналах, рекомендованных Высшей аттестационной комиссией при Министерстве науки и высшего образования Российской Федерации:

– Гучанова А.П. Трансформация общественного здравоохранения в США // Россия и Америка в XXI веке. 2024. Выпуск №5. URL: <https://rusus.jes.su/s207054760031142-3-1/>. DOI: 10.18254/S207054760031142-3

– Гучанова А.П. Структурные преобразования в американском здравоохранении. // Мировая экономика и международные отношения. 2023. Т. 67. №7. С. 54–62. DOI: <https://doi.org/10.20542/0131-2227-2023-67-7-54-62>

– Гучанова А.П. Эволюция американских госпиталей в период пандемии COVID-19. // США и Канада: экономика, политика, культура. 2022. №7. С. 85–98. DOI: 10.31857/S2686673022070070.

– Гучанова А.П. Здравоохранение в повестке президента Джо Байдена // Россия и Америка в XXI веке. 2021. Выпуск №3. URL: <https://rusus.jes.su/s207054760016999-5-1/>. DOI: 10.18254/S207054760016999-5