

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ НАУКИ
ИНСТИТУТ СОЕДИНЁННЫХ ШТАТОВ АМЕРИКИ И КАНАДЫ ИМЕНИ
АКАДЕМИКА Г.А. АРБАТОВА
РОССИЙСКОЙ АКАДЕМИИ НАУК

На правах рукописи



ГУЧАНОВА АНАСТАСИЯ ПАВЛОВНА

**ТРАНСФОРМАЦИЯ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ США
ПОСЛЕ ПАНДЕМИИ COVID-19**

Специальность 5.2.5. – Мировая экономика

Диссертация на соискание учёной степени
кандидата экономических наук

Научный руководитель
Член-корреспондент РАН
доктор экономических наук
Сулян Виктор Борисович

Москва - 2025

ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ	3
Глава 1. Принципы функционирования системы здравоохранения в США	14
1.1. Особенности рыночного механизма в сфере здравоохранения	14
1.2. Характеристика системы здравоохранения США	24
1.3. Противоречия американской системы здравоохранения: международные сопоставления	44
Глава 2. Пандемия COVID-19 как вызов американскому здравоохранению	71
2.1. Распространение эпидемии на территории США	72
2.2. Система здравоохранения США в условиях пандемии	89
2.3. Причины неэффективного ответа на вызов пандемии	101
Глава 3. Уроки пандемии и поиски выхода из кризиса американского здравоохранения	116
3.1. Факторы трансформации американского здравоохранения	116
3.2. Структурные преобразования системы здравоохранения США	132
ЗАКЛЮЧЕНИЕ	148
БИБЛИОГРАФИЯ	153

ВВЕДЕНИЕ

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 по 2024 годы, 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 году.

Несмотря на глобальные трансформации XXI века, США остаются ведущей экономикой мира, что подтверждается множеством макроэкономических показателей: объёмом абсолютного ВВП 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 за счет 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, исчерпание 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 годы, в Великобритании – в 1948 году, после Второй мировой войны. В Руанде – после геноцида в 1994 году. В Китае – в 2003 году, 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 (M. Kobernik)³, Дж. Хендерсон

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).

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

(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.

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.

Исследования об общих тенденциях и закономерностях развития американской модели экономики отражены в работах А. Дитона (A. Deaton), А. Кейс (A. Case),¹⁷ Э.В. Кириченко,¹⁸ А.А. Пороховского,¹⁹ В.Б. Супяна.²⁰

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

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 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.

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, посвящённых системе здравоохранения США – и как отрасли экономики, и как предмету социальной политики государства, – пандемия COVID-19, с которой столкнулось человечество в начале 2020-х годов, 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.

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

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 года, в некоторых случаях, когда необходимо подчеркнуть историческую обусловленность тех или иных феноменов, рассматриваются данные с 1920-х годов.

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 преодолевает фрагментарность предыдущих исследований и на основе интеграции междисциплинарных методов исследования предлагает подход к кризису системы здравоохранения США не как к следствию пандемии COVID-19, а как к проявлению ее глубинных дисфункций.

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

1. *Определена* причинно-следственная связь между структурными противоречиями системы здравоохранения США и ее уязвимостью перед глобальными кризисами.

2. На основе международных сопоставлений *продемонстрирован* парадокс высоких 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 исследования 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 использованы 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*); публикации отраслевых ассоциаций; монографии, публикации в научных изданиях российских и зарубежных экспертов; материалы авторитетных аналитических центров: Фонд содружества (*The Commonwealth Fund*), Фонд семьи Кайзер (*Kaiser Family Foundation*), Исследовательский центр Пью (*Pew Research Center*), Брукингский институт (*the Brookings Institution*) и др.; данные мониторинга

распространения коронавирусной инфекции, предоставляемые Университетом Джона Хопкинса (*John Hopkings 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.

2. Сравнительный анализ 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 в 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 исследования определяется изучением трудов ведущих отечественных и зарубежных учёных, использованием 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:

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

Отдельные положения диссертационного исследования были представлены на круглом столе ИСКРАН 22.10.2020 года «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 года 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, трех глав, разделённых на параграфы, заключения и библиография.

Глава 1. Принципы функционирования системы здравоохранения в США

За всё время пандемии COVID-19 с января 2020 года по март 2024 года в США официально зарегистрировано свыше 103 млн случаев заражения и порядка 1,2 млн смертей. На протяжении всех четырёх лет США оставались безусловным мировым лидером по этим показателям. Для сравнения, в следующей стране с наиболее массовыми показателями – Китае, явившемся эпицентром распространения заболевания, – зафиксировано 99 млн официально зарегистрированных случаев заражения и лишь 122 тыс. смертей. Индия, лидер по численности населения, официально насчитывает 45 млн случаев и 533 тыс. смертей. Несмотря на то, что здравоохранение в США самое дорогое в мире, оказалось, что высокая цена не всегда означает высокую эффективность в критических ситуациях.

Прежде чем разобраться с причинами неэффективного ответа на вызов пандемии и выявить, как она повлияла на отрасль здравоохранения, необходимо проанализировать структуру и взаимосвязи функционирования самой рыночной среды развитых стран модели здравоохранения в общем контексте специфики американской экономики. Данная глава посвящена особенностям рыночных институтов в сфере здравоохранения, которые обуславливают специфику отрасли, принципы функционирования системы, а также заложенные в ней противоречия.

1.1. Особенности рыночного механизма в сфере здравоохранения

Современная экономическая система США представляет собой соединение рыночного механизма и регулирующей роли государства, но вопрос об их соотношении остаётся одним из принципиальных и постоянных вопросов дискуссии.

Неоклассическая экономическая теория исходит из того, что рыночные силы и свободная конкуренция ведут к наиболее эффективному распределению ограниченных ресурсов, но при условии, что рынок представляет собой

идеальную модель: неограниченное количество участников, свободная конкуренция, свободное ценообразование, беспрепятственный вход на рынок и выход из него, отсутствие внешних эффектов. Однако теория признаёт наличие устойчивых отклонений экономических отношений в той или иной сфере экономики от идеальной рыночной модели, так называемых «провалов рынка», которые вынуждают стремиться к состоянию оптимальности регуляторными воздействиями. Здравоохранение как раз является весьма характерной отраслью экономики, которой присущ ряд таких особенностей, наиболее ярко выраженных на рынке медицинских услуг и медицинского страхования.

Некоторые медицинские услуги обладают свойствами общественного блага и удовлетворяют не только индивидуальные, но и общественные потребности. Классическим примером проявления подобного внешнего эффекта являются услуги по предотвращению инфекционных заболеваний и проведению масштабной вакцинации. Один привитый человек сокращает риски заболевания не только для себя самого, но и для группы людей, с которыми он контактирует. И наоборот, издержки и риски, связанные с отказом от вакцинации, несет не только непривитый индивид, но и его окружение.

Наличие свойств общественного блага не в полной мере объясняет нарушение рыночного механизма в здравоохранении, поскольку не все медицинские услуги обладают этими свойствами. Потребление услуг по лечению отдельных заболеваний остаётся сугубо индивидуальным и сохраняет свойства частных благ. Ряд характеристик, представленных ниже, имеет большее значение в определении отклонения от стандартной рыночной модели.

Прежде всего это доверительный характер большинства благ, создаваемых в здравоохранении, что обусловлено значительной информационной асимметрией между поставщиками и потребителями медицинских услуг. Подобная информационная асимметрия связана с тем, что потребитель не обладает достаточными знаниями о заболевании и способах его лечения, чтобы сделать рациональный потребительский выбор. При этом у него ограничены возможности использования предыдущего опыта потребления таких благ в связи с

разнообразием заболеваний и их проявлений: пациент не может применять одну и ту же схему лечения при симптомах различных заболеваний. И зачастую индивид не в состоянии самостоятельно определить, какую пользу получает от потребления этих благ, либо замечает и оценивает её лишь по прошествии времени. И, как отмечает американский экономист К. Эрроу, по сути, информация в виде квалифицированной медицинской помощи – это то, что пациент приобретает у врачей.³³ Помимо всего прочего, бывают ситуации, когда состояние здоровья пациента не позволяет ему принимать участие в потребительском выборе, например при оказании экстренной медицинской помощи.

Существующая асимметрия вынуждает потребителя доверять своему лечащему врачу, а врача ставит в положение, при котором он, с одной стороны, является агентом пациента, выступающим от его лица и определяющим объём необходимых медицинских услуг, с другой – поставщиком этих самых услуг. В результате возникает ситуация конфликта интересов, который влияет на экономические отношения поставщика и потребителя. Создаётся риск спроса, спровоцированного предложением. Если размер дохода врача напрямую зависит от стоимости и количества оказанных услуг, он может преувеличивать объём необходимых услуг, назначать более дорогостоящее лечение, избегать дешёвых аналогов при назначении лекарственных препаратов и т.д. Такой спрос порождает тенденции в увеличении затрат в здравоохранении и усилении рыночных позиций врачей. Для ограничения подобного эффекта необходимо вводить ряд мер: устанавливать клинические стандарты, осуществлять контроль над обоснованностью медицинских назначений, разделять финансовые риски между поставщиком и потребителем медицинских услуг и т.д.

Если продолжать дискуссию о «провалах» рынка медицинского обслуживания, помимо информационной асимметрии, следует отметить высокую степень неопределённости возникновения спроса на медицинские услуги.

³³ Arrow, K.J. Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care // The American Economic Review. 1963. V.53, №5. P. 941–973.

Согласно модели американского экономиста М. Гроссмана³⁴, спрос на них является производным от спроса индивида на здоровье, которое рассматривается не только как потребительский товар, но и как инвестиционный. В таком качестве здоровье становится частью человеческого капитала. Чем выше уровень здоровья, тем выше производительность индивида как работника и тем выше его способность зарабатывать, что приводит к увеличению его дохода. Однако для здоровья, как фундаментального блага, не существует рынка, потребитель сам участвует в его производстве посредством различной деятельности, в том числе и покупки медицинских услуг. Чаще всего удовлетворение от их потребления наступает в случае болезни, т.е. отклонения от нормального положения дел.

Особенностью предложения рынка медицинских услуг являются высокие барьеры входа производителей. Помимо затратного обучения (как с точки зрения финансовых, так и временных ресурсов), врачи должны подтверждать свою квалификацию и проходить процедуру лицензирования, что объясняется необходимостью гарантии минимального качества предоставляемых ими услуг. Следствием этого контроля над качеством является значительное сокращение диапазона предлагаемых услуг. На рынке совершенной конкуренции можно было бы приобрести один и тот же товар или услугу по разной цене разного качества, что сложно представить в отрасли здравоохранения.

Информационная асимметрия и неопределённость спроса делают риски предметом экономических отношений в здравоохранении. Как утверждает нобелевский лауреат, экономист К. Эрроу, риск и неопределённость фактически являются существенными составляющими медицинских услуг и определяют все отличительные черты отрасли³⁵.

Действительно, риски вызвали к жизни возникновение и развитие института медицинского страхования. Его суть заключается в том, что индивиды вносят средства в общий страховой фонд, из которого в случае их заболевания

³⁴ Grossman, M. The Demand for Health: Theoretical and Empirical Investigation // NY: National Bureau of Economic Research. 1972. 216 p.

³⁵ Arrow, K.J. Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care // The American Economic Review. 1963. V.53, №5. P. 941–973.

оплачивается лечение. Страховой пул даёт возможность распределить риски высоких расходов среди большего числа потребителей. В результате затраты на приобретение страхового полиса могут оказаться значительно ниже, чем прямая оплата медицинских услуг. Страховщики становятся посредником между потребителями и поставщиками медицинских услуг и не только оплачивают, но и контролируют деятельность врачей и стимулируют потребителей к соблюдению норм здорового образа жизни. Представляя интересы группы, страховщик обеспечивает групповую солидарность. Это повышает рыночную силу покупателя медицинской помощи по сравнению с вариантом прямого взаимодействия пациента с медицинской организацией³⁶.

Институты медицинского страхования ослабляют влияние факторов неопределённости спроса и информационной асимметрии на эффективность использования ресурсов в здравоохранении. В соответствии с действием закона больших чисел при агрегировании рисков общество снижает уровень неопределённости.

Однако самому рынку страховых услуг присущи свои провалы, такие как моральный риск или неблагоприятный отбор.

Моральный риск выражается в поведении застрахованного лица, которое повышает вероятность наступления страхового случая. В результате того, что индивид начинает потреблять больше медицинских услуг, включённых в страховой полис, расходы страховщика растут. Соответственно, страховщик при расчёте страховой премии закладывает рост расходов, что отражается на стоимости страхования. А при росте цены страхования величина спроса на медицинские услуги снижается.

Для преодоления эффекта морального риска страховщики вынуждены вводить системы франшиз и соплатежей с целью повысить личную ответственность застрахованного лица и снизить риск чрезмерного употребления медицинских услуг.

³⁶ Шейман И.М. Теория и практика рыночных отношений в здравоохранении. Гос. ун-т Высш. шк. экономики. – Москва: ГУ ВШЭ. 2007. – 317 с.

Неблагоприятный отбор проявляется в сбое главного принципа страхования – «здоровый платит за больного, богатый – за бедного». Этот принцип будет работать только том в случае, если пул застрахованных лиц формируется случайным образом и по своему составу аналогичен составу населения в целом, т.е. когда выборку можно считать репрезентативной. Однако в случае если относительно здоровые выходят из состава страхового пула, они делают систему финансово менее устойчивой, поскольку в ней остаются те, кому нужна регулярная медицинская помощь.

Риск неблагоприятного отбора вынуждает страховщиков проводить оценку индивидуальных рисков и повышать стоимость страховых премий для индивидов с хроническими заболеваниями или с высокой степенью вероятности наступления страхового случая. Помимо этого, для обеспечения репрезентативности выборки они стремятся к страхованию больших групп людей. Государство может влиять на это, вводя системы обязательного страхования граждан.

Так или иначе, рассмотренные особенности доказывают, что априори рынки медицинского обслуживания и страхования не могут обходиться без агентских функций государства, которое замещает рынок в случае его провала. Однако вопрос о масштабах его вмешательства остаётся спорным.

В сфере здравоохранения на формирование институтов значительное влияние оказывает концепция социальной справедливости – любой человек, независимо ни от каких факторов, должен иметь доступ к медицинскому обслуживанию. Особенно это касается случаев, когда оказание экстренной медицинской помощи необходимо для сохранения жизни.

Разумеется, представления о том, какое именно здравоохранение социально справедливо, не универсальны и варьируются в зависимости от страны и принадлежности к социальным группам, исповедующим различные ценности. Чаще всего в здравоохранении противопоставляются взгляды эгалитаристов и либертаристов³⁷.

³⁷ 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.

Сторонники либертариистского подхода выступают за приоритет прав и свободы индивида, включая право собственности. Исходя из концепции так называемого «негативного права», они считают, что попытка достичь равенства ограничивает или разрушает свободу. Так, право на медицинское обслуживание не может возлагать на членов общества позитивное обязательство предоставлять к нему доступ, например путём добровольной передачи средств государству для их дальнейшего перераспределения. Единственное обязательство граждан, которые они имеют друг перед другом, – это не препятствовать выбору и доступу к медицинскому обслуживанию.

Рыночный механизм рассматривается как лучший координатор потоков децентрализованной информации и эффективный инструмент распределения ресурсов. Рынок создаёт выгоды для потребителя, поскольку конкуренция максимизирует возможности выбора, минимизирует издержки и уменьшает диктат производителей. Доступ к медицинскому обслуживанию является благом, за которое нужно платить, и поэтому индивиды должны обладать возможностью получать больше медицинских услуг и лучшего качества, если они их оплачивают. При таком подходе роль государства сводится к минимуму: защита от насилия, защита конкуренции и предотвращение монополизации, т.е. защита свободы выбора. Система здравоохранения должна оставаться частной, а распределение средств осуществляться в зависимости от желания и возможности платить за медицинские услуги.

Разработанная Дж. Бьюкененом и Г. Таллоком теория общественного выбора расширила пределы минимального государства. По их мнению, правительство может выполнять те виды деятельности, которые одобряются обществом и не приводят к уменьшению полезности ни одного из индивидов³⁸.

Сторонники же эгалитарного подхода считают, что наибольшая справедливость достигается при равном распределении благ между индивидами. Но при этом равенство может пониматься по-разному. С одной стороны, может

³⁸ Buchanan, M., Tullock, G. *The Calculus of Consent: Logical Foundations of Constitutional Democracy*. Ann Arbor, University of Michigan Press. 1962. P. 361.

идти речь о равенстве доходов, при котором необходимо масштабное перераспределение, – и государство должно брать на себя эту функцию перераспределения. Другой подход, предложенный Дж. Роулзом, заключается в максимизации благосостояния наименее обеспеченного члена общества³⁹. И в этом случае внимание государства должно быть направлено на наиболее бедную часть общества.

Современные эгалитаристы основываются на том, что государство должно обеспечить минимальный уровень дохода, не допускающий бедности, а рыночный механизм распределения доходов является объективным критерием дифференциации при более высоких уровнях дохода. С точки зрения здравоохранения, эгалитаристы утверждают, что доступ к медицинским услугам является неотъемлемым правом каждого гражданина, которое не может зависеть от уровня дохода или платёжеспособности, и для реализации этого права должна доминировать система общественного финансирования.

Таким образом, рассмотрев основные особенности рыночного механизма в отрасли здравоохранения, мы можем сделать вывод о том, что для преодоления вышеописанных провалов рынка необходима регуляторная функция государства, которое становится заинтересованным в обеспечении системы всеми необходимыми ресурсами, чтобы предоставлять обязательный минимум услуг хотя бы для наиболее уязвимых групп населения. Это объясняется тем, что конкурентные преимущества страны, её социальное и экономическое развитие, национальная безопасность зависят от уровня и качества жизни населения, что, в свою очередь, предопределено состоянием их здоровья, образом жизни, разнообразным и сбалансированным питанием, генетической предрасположенностью, уровнем образования, качеством и доступностью медицинской помощи, состоянием окружающей среды. Одним из явных экономических преимуществ для страны от улучшения здоровья населения является то, что длительная продолжительность жизни увеличивает потребность в пенсионном доходе – работникам приходится задумываться о накоплениях и

³⁹ Rawls, J. A Theory of Justice. Revised Edition. Harvard University Press. 1971. P. 560.

сберегательных счетах для выхода на пенсию. И как показывает практика, в развитых странах пенсионные сбережения составляют основной источник инвестиционных средств⁴⁰. Низкое качество жизни и преждевременная смерть, по сути, приводят к напрасным инвестициям в человеческий капитал и снижают стимулы для инвестирования в образование и повышение квалификации людей. Здравоохранение перестаёт быть предметом исключительно экономических отношений, превращаясь в элемент социальной сферы. Формируются институты общественного здравоохранения, в сферу ответственности которых попадает не только лечение заболеваний, но и поддержание уровня здоровья населения в целом, предотвращение распространения инфекционных заболеваний, своевременное информирование граждан о чрезвычайных ситуациях, проведение санитарно-эпидемиологического контроля, выстраивание целой государственной политики в области здравоохранения⁴¹.

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.

В зависимости от соотношения рыночных сил и государственного регулирования отрасли, в частности по способу финансирования, можно выделить три основные модели функционирования системы здравоохранения: государственную (бюджетную), страховую (социально-страховую) и частную (рыночную).

В бюджетной модели значительная роль в регулировании принадлежит государству. Оно является главным покупателем и поставщиком медицинской помощи, обеспечивая удовлетворение большей части потребности общества в услугах здравоохранения. Бюджетная система, как следует из названия,

⁴⁰ 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>

⁴¹ Шведова Н.А. Система здравоохранения США: Гос. механизм и политика: диссертация ... доктора политических наук: 23.00.02. Москва. 1997. – 343 с.

финансируется за счёт общих налоговых поступлений и гарантирует медицинскую помощь всем категориям граждан. Государство осуществляет жёсткий контроль над деятельностью медицинских учреждений. Велика доля государственной собственности. Среди преимуществ данной системы – общедоступность, направленность на профилактику заболеваний, плановое развитие, оптимизация ресурсов. Однако эффективность её зависит от наполняемости бюджета, а значит, в периоды экономической нестабильности возможно недостаточное финансирование. Система не отличается гибкостью при выборе пациентом лечащего врача или медицинского учреждения, в ней также заметны ограниченные возможности технологических прорывов, поскольку плановый характер лишает стимула для внедрения инноваций. Тем не менее политика в области здравоохранения основана на обеспечении равенства и доступности медицинской помощи, снижении финансового бремени расходов пациентов с наибольшими потребностями в лечении. Подобная система существовала в СССР, сегодня её элементы наиболее отчётливо видны в Великобритании и скандинавских странах.

Страховая модель основана на принципах социального страхования и регулируемого рынка. Система финансируется за счёт нескольких источников: страховые взносы работников и работодателей, личные средства граждан, целевые бюджетные отчисления, – что способствует её большей финансовой стабильности по сравнению с государственной моделью. Для этой модели характерны обязательное медицинское страхование всего или большинства населения, наличие государственных гарантий в доступности минимально необходимой медицинской помощи для всех граждан независимо от уровня дохода, при этом сохраняется рыночный принцип оплаты медицинских услуг. Наличие более свободного выбора у потребителя повышает конкуренцию среди поставщиков медицинских услуг, которые по форме собственности могут быть как государственными, так и частными, что в свою очередь способствует ускоренному внедрению новых методик и технологий. Поскольку эта система отличается значительной экономической эффективностью, то она стала наиболее

распространённой. Сегодня она существует в Германии, Франции, Швейцарии, Канаде, Японии и пр.

Частная, или рыночная, система формируется в условиях практически свободного рынка, насколько это возможно, принимая во внимание известные провалы. Предоставление помощи осуществляется на платной основе за счёт пациента или за счёт средств системы добровольного медицинского страхования. Система обязательного всеобщего медицинского страхования отсутствует. Превалирует частная форма собственности поставщиков медицинских услуг. Государственное регулирование возможно для гарантии минимальной необходимой медицинской помощи для наиболее незащищённых слоев населения. Высокий уровень конкуренции способствует инвестированию в НИОКР в сфере медицины и фармакологии.

Важно заметить, что представленная типология является довольно условной, поскольку в разных странах, как правило, сочетаются элементы разных моделей.

1.2. Характеристика системы здравоохранения США

Система здравоохранения в США, как ни одна другая система в мире, в своём функционировании опирается на рыночные механизмы, сочетая в себе частный, государственный и неприбыльные сектора. Вместе с тем США остаются единственным развитым государством без обязательного медицинского страхования – первая и самая главная особенность системы американского здравоохранения. Оно также самое дорогое в мире, как в абсолютном, так и в подушевом исчислении. В 2022 году совокупные расходы отрасли составили 4,5 трлн долларов, или 17,3% ВВП. Расходы на душу населения – 13 493 долл. Система дезинтегрирована, что можно проследить на трёх различных уровнях: медицинского страхования, медицинских учреждений и системы государственного управления. Раздробленность, как мы увидим в дальнейшем, в значительной степени явилась причиной неэффективного ответа на вызов пандемии COVID-19. В данном параграфе постараемся концептуально

проанализировать, что представляет собой система здравоохранения США, каковы её особенности и принципы функционирования.

Система медицинского страхования. На рынке страхования в США представлены как частные, так и государственные страховые планы, но охват частным медицинским страхованием превалирует над государственным и составляет 2/3 от общего объема застрахованных, или 65,6% и 36,1% соответственно⁴².

Большинство американского населения обладает частным страховым планом, который предоставляет работодатель. Подобный принцип страхования, сформировавшись стихийно в 1920-е годы, значительно укрепился во времена Второй мировой войны и, впоследствии, стал ядром всей системы. В соответствии со Стабилизационным законом 1942 года (*Stabilization Act*) президент Ф. Рузвельт исполнительным указом заморозил заработные платы с целью предотвратить их рост в условиях дефицита рабочей силы и избежать неконтролируемой инфляции. В ответ на это для привлечения рабочих рук бизнес начал предлагать щедрые медицинские страховые планы, отчисления на которые с 1943 года не облагались никаким налогом. После того как в 1945 году инициатива Г. Трумэна о введении национальной системы страхования провалилась, получать страхование от работодателя оказалось выгоднее, чем приобретать его каким-либо иным способом.

Сегодня полис, предоставляемый работодателем, – самый популярный способ страхования, которым обладают 54,5% населения США, или 179,8 млн человек⁴³. Его преимуществом является возможность вписывать членов семьи в

⁴² Сумма больше 100%, т.к. данные формируются на основе национального опроса *Current Population Survey Annual Social and Economic Supplement* и респонденты в течение 2022 года могли иметь больше одного вида страхования. См. Keisler-Starkey, K., Bunch, L.N., Lindstorm, R.A. Health Insurance Coverage in the United States: 2022. U.S. Census Bureau. U.S. Government Publishing Office, Washington, DC. September 2023. URL: <https://www.census.gov/library/publications/2023/demo/p60-281.html> (дата обращения: дата обращения: 14.05.2023)

⁴³ Keisler-Starkey, K., Bunch, L.N., Lindstorm, R.A. Health Insurance Coverage in the United States: 2022. U.S. Census Bureau. U.S. Government Publishing Office, Washington, DC. September 2023. URL: <https://www.census.gov/library/publications/2023/demo/p60-281.html> (дата обращения: дата обращения: 14.05.2023)

страховой план. Работодатель покрывает от 80% до 100% расходов. Однако страхуемое лицо при этом обладает ограниченной свободой выбора и присоединяется к уже отобранному работодателем плану коллективного страхования. Помимо этого, негативным последствием является снижение мобильности рабочей силы, поскольку люди в некотором смысле становятся заложниками своих рабочих мест и не торопятся их менять, если альтернативная работа не предлагает хотя бы сопоставимый социальный пакет.

Следующий вид частного страхования – самостоятельное приобретение индивидуального страхового плана, которым обладает 9,9% населения США, или 32,8 млн человек. В отличие от коллективного страхования, индивид обладает полной свободой выбора. Но одновременно с этим колоссальный объём предложения на рынке может негативно сказываться на возможности сделать рациональный выбор. Ранее подобные полисы покупались напрямую у страховых компаний или через брокеров. Но после вступления в силу закона «О защите пациентов и доступном здравоохранении» (*Patient Protection and Affordable Care Act, 2010*) с 2014 года у американцев появилась возможность приобретать страховку на специализированных торговых онлайн-платформах, управляемых федеральным правительством или правительствами штатов⁴⁴.

Торговые площадки дают возможность сравнивать страховые планы, а также претендовать на государственную субсидию при покупке страхования в зависимости от уровня дохода. Приобрести полис можно в установленные федеральным правительством сроки – с ноября по середину января. Штаты, управляющие собственными биржами, могут продлевать этот период.

⁴⁴ По состоянию на октябрь 2024 года Округ Колумбия и 19 штатов запустили собственные онлайн-платформы: Калифорния, Колорадо, Коннектикут, Айдахо, Кентукки, Мэн, Массачусетс, Мэриленд, Миннесота, Невада, Нью-Джерси, Нью-Мексико, Нью-Йорк, Джорджия, Пенсильвания, Род-Айленд, Вермонт, Вирджиния, Вашингтон. Двадцать девять штатов полностью полагаются на федеральное правительство. Ещё два штата – Арканзас и Орегон – организовали торговые площадки штата, но используют федеральную онлайн-платформу, что означает, что они сохранили за собой контроль над всеми процессами, но используют данные регистрации, оставленные на федеральной площадке.

В определённых случаях приобрести страховой план можно и не в рамках установленного срока, но в течение 60 дней после одного из следующих событий: потеря страховки от работодателя; изменение семейного статуса; смерть члена семьи; рождение или усыновление ребенка; получение гражданства; изменение льготного статуса; смена места жительства; административная ошибка работника маркетплейса или министерства здравоохранения и социальных служб. Однако если потеря страхования связана с неуплатой ежемесячных премий, право специального периода не применяется.

Что касается государственного страхования, то оно реализуется через множество специальных программ, которые управляются на государственном или штатном уровне и предусмотрены для определённых категорий граждан. И несмотря на то что охват ими составляет всего 1/3 населения, государственные расходы на страхование, наоборот, выше – 66% против 34%.

Первоочередной национальной программой является «Медикэр» (*Medicare*), которая начала своё существование в 1965 году после подписания поправок к закону «О социальном страховании» 1935 года и обеспечила медицинским страхованием всех пожилых американцев старше 65 лет, получающих федеральные пенсионные пособия независимо от уровня дохода или состояния здоровья. После ряда реформ медицинское страхование в рамках «Медикэр» стало также доступным для инвалидов и людей всех возрастов, страдающих постоянной почечной недостаточностью и амиотрофическим боковым склерозом. До пандемии 59,8 млн человек, или 18,4% населения США, были реципиентами страхового плана этой программы. В 2023 году количество застрахованных составило 66,7 млн человек.

Страховка «Медикэр» имеет достаточно сложную структуру и несколько источников финансирования, основным из которых является налог на заработную плату в 2,9%. Ставка налога делится в равных долях между работником и работодателем. В случае если доход превышает 200 тысяч долларов в год, она увеличивается на 0,9%. Помимо этого, программа финансируется за счёт страховых взносов, предусмотренных различными частями «Медикэр»,

бюджетных ассигнований и дополнительного налога на страховые взносы для пожилых американцев с высоким уровнем дохода.

Средства поступают в независимые целевые фонды: больничного страхования (*Hospital Insurance Trust Fund, HI*) и дополнительного медицинского страхования (*Supplementary Medical Insurance Trust Fund, SMI*). Фонды управляются попечительским советом, куда входят министр финансов, министр труда, министр здравоохранения и социальных служб, глава администрации социального обеспечения. Управляя средствами фонда, попечительский совет инвестирует в облигации казначейства США, что в 2023 году позволило иметь дополнительный доход в размере 10 млрд долларов.

Начиная с 2022 года совет попечителей отмечает положительное сальдо в бюджете целевого фонда больничного страхования. Такая положительная динамика прогнозируется в течение ближайших пяти лет до 2029 года. С 2030 года последует дефицит до тех пор, пока фонд не будет исчерпан в 2036 году⁴⁵. Старение населения одновременно с уменьшением экономической активности, а также рост цен на медицинские услуги усиливают финансовую нагрузку на программу.

Программа состоит из нескольких частей, страховые планы которых покрывает стоимость различных видов медицинских услуг. Обязательными являются части «А» и «В», которые обеспечивают стационарное лечение в госпиталях, уход в учреждениях квалифицированного сестринского ухода, медицинское обслуживание в хосписах и на дому и покрывают расходы на услуги терапевтов и узкопрофильных специалистов, амбулаторное обслуживание, медицинское оборудование длительного пользования, лабораторные исследования и многие профилактические обследования. Часть «А» предоставляется бесплатно, если индивид имеет как минимум десятилетний трудовой стаж и соответствующий период отчисления налогов в фонд страхования. Часть «В» оплачивается за счёт ежемесячных страховых премий.

⁴⁵ 2024 Annual Report of the Boards of Trustees of the Federal Hospital Insurance and Federal Supplementary Medical Insurance Trust Funds. URL: <https://www.cms.gov/data-research/statistics-trends-and-reports/trustees-report-trust-funds> (дата обращения: 14.07.2024)

Обе части образуют основной план «Медикэр» (*Original Medicare*). В рамках этого плана расчёт с поставщиками осуществляется по факту предоставленных услуг, а застрахованный может обращаться к любому провайдеру медицинских услуг, принимающему планы «Медикэр», а это 98% поставщиков по всей стране⁴⁶.

Помимо основного плана «Медикэр», существует возможность приобретения расширенного плана (*Medicare Advantage*) части «С», где расчёт с провайдерами осуществляется в подушевом исчислении. Застрахованные пользуются всеми теми же услугами, которые покрывают части «А» и «В», но при этом снижают сумму расходов из собственных средств (*out-of-pocket*), имеют частичное покрытие медицинских препаратов и расширенный выбор врачей для посещения за счёт организационной структуры плана – застрахованный должен придерживаться определённой интегрированной сети медицинских поставщиков. И этот вариант страхования становится всё более популярным среди пожилых американцев. Если в 2007 году его придерживалось 19% застрахованных по программе «Медикэр», то в 2023 году – уже 51%⁴⁷.

Последняя часть «D» покрывает стоимость рецептурных препаратов и управляется частными страховыми компаниями.

Закон 1965 года одновременно с «Медикэр» создал программу «Медикейд» (*Medicaid*), обеспечивающую доступ к медицинскому обслуживанию людям с низкими доходами. На начало пандемии почти 20% населения США, или 65 млн человек, были бенефициарами этой программы. Главным её отличием от «Медикэр» является то, что, по сути, эта программа – программа социальной защиты и вспомоществования, но не социального страхования.

«Медикейд» финансируется из средств федерального бюджета и бюджетов штатов. Доля средств федерального правительства рассчитывается по

⁴⁶ Annual Medicare Participation Announcement Centers for Medicare & Medicaid Services. 2023 URL: <https://www.cms.gov/medicare-participation> (дата обращения: 08.05.2024).

⁴⁷ Ochieng, N., Biniek, J.F., Freed, M., Damico, A., Neuman, T. Medicare Advantage in 2023: Enrollment Update and Key Trends. // Kaiser Family Foundation. August 2023. URL: <https://www.kff.org/medicare/issue-brief/medicare-advantage-in-2023-enrollment-update-and-key-trends/> (дата обращения: 08.03.2022).

специальной формуле, основанной на уровне дохода на душу населения в сравнении с другими штатами, что позволяет предоставлять большее субсидирование менее состоятельным штатам. В 2022 финансовом году доля федеральных средств варьировалась от 50% до 78%, в среднем составляя две трети от общего финансирования. Расходы на программу в 2020 году составили 671 млрд долларов⁴⁸.

Несмотря на преобладание федерального финансирования, программа управляется правительствами штатов. Благодаря тому, что штаты самостоятельно определяют критерии на получение льготной страховки, объем и вид предоставляемых медицинских услуг или ставки возмещения врачам и поставщикам, программы «Медикейд» в штатах значительно различаются. Так, например, некоторые правительства штатов могут передавать на субподряд управление программой частным страховым компаниям или рассчитываться с поставщиками услуг напрямую.

Следующей значимой государственной программой является программа медицинского страхования детей (*Children's Health Insurance Program, CHIP*), которая в некоторых штатах стала частью «Медикейд». Она была создана в 1997 году с целью обеспечить медицинским страхованием детей из бедных семей, чьи доходы слишком высоки для получения страхования в рамках «Медикейд». И сегодня благодаря ей почти 7 миллионов детей имеют доступ к медицинскому обслуживанию.

Существует ряд специализированных государственных программ, которые предоставляют медицинское обслуживание для действующих военнослужащих или ветеранов и, как правило, в интегрированных сетях, управляемых федеральным правительством напрямую:

⁴⁸ Williams, E. Medicaid Enrollment and Spending Growth: FY 2021& FY 2022 // Kaiser Family Foundation. October 2021. URL: <https://www.kff.org/medicaid/issue-brief/medicaid-enrollment-spending-growth-fy-2021-2022/#:~:text=Total%20spending%20growth%3A%20FY%202022,to%2011.4%25%20in%20FY%202021> (дата обращения: 08.03.2022).

– «Трикэр» (*TRICARE*) – для военных, членов их семей, национальных гвардейцев, резервистов и военных пенсионеров. Программа управляется Министерством обороны и финансируется за счет федерального бюджета. В 2020 году её стоимость составила 53 млрд долларов. Как и программа «Медикэр», она имеет несколько вариантов страховых планов, которые покрывают стоимость медицинских услуг не только на территории США, но и за ее пределами. Страховкой в рамках этой программы охвачено 9,6 млн человек.

– Программа медицинского обслуживания ветеранов. Подконтрольна Администрации по делам ветеранов (является частью Министерства по делам ветеранов), оплачивается напрямую из бюджета страны (в 2023 году её стоимость составила 308,5 млрд долл.) и представляет собой крупнейшую интегрированную систему здравоохранения в США. В неё входит 1321 медицинское учреждение по всей стране, большинство из которых – центры амбулаторного обслуживания и всего 172 госпиталя^{49,50}. Участниками программы является 9,1 млн человек, или 50% всех ветеранов в США. Право на льготы зависит от продолжительности военной службы, истории службы, состояния здоровья и дохода. Ветераны, имеющие право на льготы, подразделяются на 8 различных категорий, которые определяют состав дополнительной помощи и степень участия пациента в расходах на лечение. Лечение заболеваний, связанных с прохождением службы, а также психологическая помощь полностью оплачиваются государством.

Основная проблема программы медицинского обслуживания ветеранов – чрезвычайно продолжительное время ожидания записи на приём к врачу, которое могло достигать недель и даже месяцев. В 2014 году после широкого освещения в СМИ этой проблемы учреждений, подконтрольных Администрации по делам ветеранов, Конгресс принял т.н. Закон о выборе ветеранов (*Veterans Access, Choice, and Accountability Act, Veterans Choice Act*). В соответствии с ним была создана программа «Выбор ветеранов», которая позволила ветеранам, проживающим далеко от медицинского центра или ожидающим встречи с врачом

⁴⁹ Keisler-Starkey, K., Bunch, L.N. Health Insurance Coverage in the United States: 2020. U.S. Census Bureau. U.S. Government Publishing Office, Washington, DC. September 2021.

⁵⁰ Veterans Health Administration. URL: <https://www.va.gov/health/> (дата обращения: 08.03.2022).

слишком длительное время, за счёт государства обращаться за помощью к местным частным медицинским учреждениям, не входящим в государственную интегрированную сеть. Однако программа была лимитирована, и доступ к медобслуживанию вне сети для большинства ветеранов оставался ограниченным.

В 2018 году с подписанием Закона о поддержании внутренних систем и укреплении интегрированных внешних сетей (*Maintaining Internal Systems and Strengthening Integrated Outside Networks Act, MISSION Act*) программа стала постоянной и консолидированной, расширив критерии соответствия: ветеран имеет право обратиться к местному поставщику медицинских услуг, если время ожидания записи на приём к врачу первичного звена или психиатру составляет более 20 дней или дорога занимает более 30 минут; если визит к узкопрофильному специалисту предстоит ожидать более 28 дней или дорога займет более 60 минут; если учреждения Администрации по делам ветеранов не могут предоставить необходимую помощь; если в медицинских интересах ветерана обратиться к поставщику вне сети. Более того, ветераны получили право обращаться в местные отделения неотложной помощи, не дожидаясь направления или согласования от учреждений администрации по делам ветеранов.

Помимо рассмотренных основных вариантов медицинского страхования по линии государства, существует множество программ, созданных и управляемых властями штатов и округов, но все они не носят масштабный характер. И несмотря на наличие стольких способов обзавестись страховкой, более 33 млн человек, или 10% населения США, на момент начала пандемии не имели никакого полиса, а это значит, что в случае обращения к врачу им придётся оплачивать полную стоимость услуг за счёт собственных средств. И это является главной структурной уязвимостью системы, поскольку в случае чрезвычайной ситуации в области здравоохранения они откладывают своё обращение к врачу из-за его высокой стоимости и создают риски массовых заражений.

Значительным прогрессом в увеличении охвата медицинским страхованием явился закон «О защите пациентов и доступном здравоохранении», подписанный

президентом Б. Обамой в 2010 году. После его принятия в течение 10 лет количество незастрахованных американцев снизилось с 44 млн до 26 млн человек.

Благодаря этому закону были введены продажи субсидированных индивидуальных планов медицинского страхования на биржах страховок; расширена программа «Медикейд» (на данный момент эту норму признал 41 штат, включая Округ Колумбия), позволяющая получать льготное медицинское обслуживание при доходе, не превышающем 138% от федерального уровня бедности; молодым людям до 26 лет предоставили право пользоваться страховым полисом своих родителей; закрепили право на доступное страхование гражданам с хроническими заболеваниями; ввели перечень обязательных медицинских услуг, которые должна покрывать любая страховка. Крупных работодателей обязали предоставлять страховой полис 95% сотрудников, работающих полный рабочий день. Малые предприятия, которые квалифицируются как нанимающие менее 50 сотрудников, имеют право на получение налогового вычета, составляющего до 50% расходов на коллективные планы страхования.

Как и в рамках частного страхования, так и в рамках государственных программ планы медицинского страхования отличаются по организационной структуре и принципу взаимодействия с поставщиками.

После реформы 1973 года, целью которой было ограничение растущих расходов на здравоохранение, широкую популярность приобрели организации по поддержанию здоровья (*Health Maintenance Organization, HMO*). По сути, это интегрированная сеть поставщиков разных медицинских услуг, обслуживающая пациентов с определённым страховым полисом. Страховой план в рамках такой организации требует, чтобы пациент перед обращением к специалисту получал направление от терапевта или любого другого врача первичного звена, который управляет вопросами здоровья пациента. Обращение к специалистам вне сети, за исключением экстренной помощи, страховка не покрывает, и в таком случае пациент вынужден оплачивать услуги за счёт собственных средств.

С точки зрения управления, организации по поддержанию здоровья могут иметь несколько моделей. Традиционная – закрытая модель, которая

характеризуется прямым наймом персонала. В таком случае врачи не имеют права обслуживать никаких других пациентов, кроме как участников организации. Более популярная модель – групповая, в рамках которой организация по поддержанию здоровья заключает контракты на обслуживание своего пула застрахованных с многопрофильными клиниками и больницами. И чаще всего в рамках такой модели расчёт с поставщиками медицинских услуг осуществляется в подушевом исчислении в зависимости от количества участников плана. Таким образом, медицинское учреждение самостоятельно распоряжается ресурсами, которые у него остаются в излишке, но и берёт на себя риски в случае, если оказанные услуги превышают контрактные ставки. Для пациента же такой тип страхового плана может оказаться достаточно выгодным, поскольку, несмотря на жёсткие ограничения в выборе специалистов, он предлагает невысокие ежемесячные премии, ставки соплатежей и франшизы. На 2021 год средняя страховая премия в рамках такой модели страхования составляла 427 долл. в месяц, или 5 124 в год.

Организация предпочтительного поставщика (*Preferred Provider Organization, PPO*) – альтернативный вариант структурирования страхового плана. Его отличие заключается в том, что, хотя страхуемый и обязуется придерживаться определённой интегрированной сети поставщиков, он имеет право обращаться к провайдеру на стороне и может рассчитывать на частичное покрытие расходов после подачи соответствующего обращения в страховую компанию. При этом направление от врача первичного звена не требуется. Однако планы подобного рода будут обходиться дороже: средняя ежемесячная премия в 2021 году – 517 долл., или 6 204 долл. в год.

Самый гибкий в отношении выбора поставщика медицинских услуг – классический страховой план с оплатой за услуги (*Fee-for-Services*). Пациенты могут выбирать врачей и специалистов по своему усмотрению, но одновременно сталкиваются с высокими расходами и не всегда получают профилактические услуги. Страховая компания либо напрямую оплачивает счета поставщикам, либо возмещает пациенту средства в заявительном порядке.

И ещё одна опция медицинского страхования – план с высокой франшизой (*High Deductible Health Plan, HDHP*). Как следует из названия, план предусматривает высокую франшизу, но в качестве компромисса предлагает низкие ежемесячные страховые взносы. Часто подобные планы работают в сочетании со сберегательными медицинскими счетами (*Health Savings Accounts*). Отчисляемые на них средства не облагаются налогом и могут быть использованы для оплаты расходов на квалифицированные медицинские услуги.

Как мы видим, наличие полиса не избавит пациента при обращении к врачу от необходимости самостоятельно оплачивать какую-то часть медицинских услуг. И это ещё одна отличительная черта американского здравоохранения. Совокупная стоимость расходов «из своего кармана» в 2022 году составила 471,4 млрд долларов, или 11% от национальных расходов на здравоохранение⁵¹.

Во-первых, это связано с тем, что система подразумевает разделённые риски между страховщиком и пациентом. В зависимости от плана обращающийся за медицинской помощью обязуется взять на себя часть расходов. Как правило, чем выше ежемесячный страховой платеж, тем ниже франшиза (она даже может достигать нуля), и наоборот. Причём страховая компания начинает покрывать расходы только после того, как пациент исчерпает сумму своих обязательств. Редким исключением могут быть различные профилактические услуги. В 2023 году для обладателей коллективного страхового плана средняя сумма таких отчислений составляла 1 992 долл. в год на одного и 3 811 долл. в год на семью⁵². Помимо этого, также существуют различные доплаты в виде фиксированной цены или процента от стоимости оказанной услуги. Подобное разделение рисков объясняется необходимостью предотвращения морального риска, ведущего к увеличению спроса и цены.

⁵¹ National Health Expenditures 2022 Highlights. Centers for Medicare & Medicaid Services. 2022. URL: <https://www.cms.gov/data-research/statistics-trends-and-reports/national-health-expenditure-data/nhe-fact-sheet> (дата обращения: 31.03.2024).

⁵² Tretina, K., Gollub, H. How much does health insurance cost in 2024? // USA Today. November 2023. URL: <https://www.usatoday.com/money/blueprint/health-insurance/how-much-is-health-insurance/> (дата обращения: 23.03.2024).

Во-вторых, как правило, выбор плана страхования подразумевает выбор определённой интегрированной системы поставщиков медицинских услуг: врачей общей практики, лабораторий, клиник, госпиталей и сестринских домов и т.д., с которыми сотрудничает страховая компания. Обычно обращение к специалистам, не входящим в оговорённую интегрированную сеть, означает оплату услуг за счёт пациента. В 2024 году сумма подобных платежей не должна превышать 9 450 долл. на одного и 18 900 долл. на семью⁵³. Однако этот лимит не распространяется на оплату услуг, не предусмотренных планом, услуг, предоставленных вне интегрированной сети, или услуг, стоимость которых превышает сумму страхового покрытия.

Таким образом, среди стран с высоким уровнем дохода США занимают особое место по сложности системы медицинского страхования. Американцы имеют право на различные виды страхования в зависимости от социального пакета, предлагаемого работодателем, от места жительства, от уровня их дохода, возраста и потребностей в медицинском обслуживании. В связи с отсутствием обязательного медицинского страхования для людей, не имеющих страховки от работодателя, не существует национального механизма автоматического получения полиса. Вступает в действие принцип индивидуальной ответственности – американцы должны самостоятельно узнавать, на какую программу они имеют право, и в случае соответствия подавать заявку. Подобная сложная система ведёт к тому, что часть населения в различные периоды жизни может столкнуться с пробелами в страховании. Отсутствие страхования, даже временное, либо заставляет откладывать лечение, либо превращает экстренное обращение к врачу в серьёзный удар по бюджету домохозяйства.

Система медицинских учреждений. Система медицинских учреждений так же многообразна, как и система страхования. Она включает в себя клиники,

⁵³ Porretta, A. How much does individual health insurance cost? // eHealth. 2019. URL; <https://www.ehealthinsurance.com/resources/individual-and-family/how-much-does-individual-health-insurance-cost> (дата обращения: 14.04.2022).

лаборатории, госпитали⁵⁴, а также такие специализированные центры, как: родильные дома, психиатрические больницы, диализные центры, дома квалифицированного сестринского ухода, учреждения долгосрочного ухода, реабилитационные центры и хосписы.

Первичным звеном, оказывающим медицинскую помощь, являются врачи общей практики (*Medical doctors, MDs*), врачи ортопедической медицины (*Doctors of osteopathic medicine, DOs*), педиатры, акушеры-гинекологи, практикующие медсёстры – медсёстры с высшим образованием, а также помощники терапевтов, работающие под наблюдением более опытного врача. Все они могут иметь частную практику или работать в клиниках при госпиталях. Как правило, они являются первой точкой контакта пациента с системой здравоохранения и обеспечивают профилактику, лечение заболеваний, направление к специалистам, а также курируют процесс амбулаторного лечения. Их работа позволяет сокращать расходы на здравоохранение, поскольку они отвечают за рациональное потребление медицинских услуг. Но на сегодняшний день США сталкиваются с нехваткой врачей первичной медицинской помощи. По оценкам Ассоциации медицинских колледжей США (*Association of American Medical Colleges*), для удовлетворения потребностей здравоохранения ещё до начала пандемии США необходимы были дополнительно 14 860 терапевтов⁵⁵.

Экстренная и специализированная медицинская помощь предоставляется в больницах. По данным Американской больничной ассоциации (*American Hospital Association*), в США чуть более 6 тысяч госпиталей, которые можно классифицировать в зависимости от их правовой организации, источников финансирования, размера и местоположения.

Основную часть составляют общественные больницы, которые определяются как любые медицинские учреждения, не подчиняющиеся

⁵⁴ Поскольку в США больницу принято называть госпиталем, здесь и далее понятия «госпиталь» и «больница» являются синонимами.

⁵⁵ Public Health Impact: Primary Care Providers. America's Health Ranking. URL: https://www.americashealthrankings.org/explore/annual/measure/PCP_NPPES/state/U.S (дата обращения: 08.03.2022).

федеральному правительству. Таких больниц большинство – 84% от общего количества. Они, в свою очередь, делятся на частные коммерческие (прибыльные) (24%), частные некоммерческие (бесприбыльные) (58%), а также больницы правительств штата и местных властей (18%)⁵⁶.

Поскольку частных некоммерческих больниц в системе американского здравоохранения большинство, остановимся на них подробнее. Особенность их заключается в том, что они создаются при поддержке благотворительных или религиозных организаций, сверхприбыль направляют на нужды учреждения и не платят федеральный налог на прибыль, а также местные налоги с продаж и на собственность в обмен на предоставление благотворительной медицинской помощи местному сообществу. В конце XIX века некоммерческие больницы формировались как благотворительные учреждения для помощи малоимущим гражданам, поскольку более состоятельный средний класс мог позволить себе лечение на дому. С развитием медицинских технологий стационарное лечение стало предоставляться всему населению, независимо от степени его платёжеспособности.

Предполагалось, что с запуском программ «Медикэр» и «Медикейд» в 1960-х годах надобность в неприбыльных больницах отпадёт, поскольку государство предоставит социальную защиту наиболее уязвимым категориям граждан. Однако проблема большого количества незастрахованных американцев не была решена и некоммерческие госпитали продолжили своё существование.

В 1969 году налоговое управление США определило стандарт, которому должны соответствовать общественные больницы, чтобы рассчитывать на освобождение от уплаты налогов: в больнице работает круглосуточное отделение неотложной помощи, предоставляется благотворительная помощь в пределах её финансовых возможностей и учреждение сотрудничает с государственными программами «Медикэр» и «Медикейд». Управление же госпиталем должно

⁵⁶ Fast Facts on the U.S. Hospitals 2024 // American Hospital Association URL: <https://www.aha.org/> (дата обращения: 08.07.2024).

осуществляться советом директоров, в состав которого входят преимущественно местные жители.

Но в последнее время усилились споры относительно того, выполняют ли неприбыльные больницы свои обязательства по предоставлению благотворительной помощи населению и оправдывают ли они своё освобождение от уплаты налогов. В их адрес звучит постоянная критика из-за инвестирования в коммерческие предприятия, агрессивной практики взыскания долгов за медицинские счета, а также из-за чрезмерных выплат руководству⁵⁷. По результатам исследования об объёмах благотворительной помощи на каждые 100 долларов общих расходов лишь 2,30 доллара приходилось на предоставление благотворительной помощи некоммерческими госпиталями, в то время как коммерческими – 3,80 доллара. И при этом более трети некоммерческих больниц (36%) предоставляли менее 1 доллара благотворительной помощи на каждые 100 долларов общих расходов⁵⁸. В результате для пациента некоммерческие госпитали ничем не отличаются от частных прибыльных, т.к. счёт за оказанные услуги будет выставлен в любой случае. На этом фоне растут призывы к пересмотру и ужесточению федерального стандарта и большей прозрачности в вопросах предоставления льгот неприбыльным госпиталям. Частично этот запрос решил закон «О доступном здравоохранении» 2010 года, введя дополнительные критерии для освобождения от уплаты налогов:

– больницам необходимо каждые три года проводить оценку потребностей местного сообщества в области здравоохранения и разрабатывать стратегию реализации удовлетворения выявленных потребностей;

⁵⁷ Silver-Greenberg, J., Thomas, K. They Were Entitled to Free Care. Hospitals Hounded Them to Pay. The New York Times. 2022. URL: <https://www.nytimes.com/2022/09/24/business/nonprofit-hospitals-poor-patients.html> (дата обращения: 10.01.2023).

⁵⁸ Bai, G., Zare, H., Eisenberg, M.D., Polsky, D., Anderson, G.F. Analysis Suggests Government And Nonprofit Hospitals' Charity Care Is Not Aligned With Their Favorable Tax Treatment // Health Affairs. 2021. Vol. 40. No4. DOI: <https://doi.org/10.1377/hlthaff.2020.01627>

– разрабатывать и обнародовать политику финансовой помощи и политику оказания неотложной медицинской помощи для лиц, имеющих на них право, но в рамках суммы, которая выставляется застрахованным лицам;

– прилагать разумные усилия для определения того, имеет ли человек право на помощь в соответствии с политикой финансовой помощи больницы, прежде чем приступать к чрезвычайным действиям по взысканию задолженности.

Большинство общественных больниц (65%) сосредоточено в городах и обслуживают густонаселённые районы. Их размер может варьироваться от 100 до 500 коек. Сельские больницы, напротив, в основном небольшие, но, как правило, обслуживают больше пациентов по программам «Медикэр» и «Медикейд», больше незастрахованных пациентов, а также чаще получают статус больниц критического доступа (*Critical Access Hospital*) от Центров координации программ «Медикэр» и «Медикейд», которые на основании доли оказываемой благотворительной помощи предоставляют им дополнительные средства из федерального бюджета для покрытия расходов.

В результате стремительно происходящих слияний и поглощений в сфере здравоохранения всё большее число больниц входит в систему из нескольких учреждений, управляемых из центрального офиса. Отдельно от систем существуют сети здравоохранения – группы медицинских учреждений, врачей, страховщиков, агентств и других организаций, которые работают вместе для координации услуг. Члены сети управляются независимо, но сотрудничают в интересах друг друга, общества и пациентов. Независимые больницы, таким образом, не являются частью системы, но они могут быть частью интегрированной сети. По состоянию на 2022 год 68% госпиталей являлись частью системы⁵⁹. Подобная тенденция усиливает монополизацию на региональных уровнях. Как следствие, эта способность крупных госпиталей влиять на ценообразование является одним из факторов чрезмерного роста расходов в системе здравоохранения США.

⁵⁹ American Hospital Association. URL: <https://www.aha.org/> (дата обращения: 08.03.2022).

Медицинские учреждения, находящиеся в ведении федерального правительства, включают больницы и клиники Министерства по делам ветеранов, а также больницы, находящиеся в ведении Министерства обороны и Министерства здравоохранения и социальных служб. В настоящее время в США насчитывается 207 федеральных госпиталей, но их число постоянно сокращается, поскольку финансовое бремя вынуждает учреждения закрываться или становиться частью коммерческой системы.

В случае необходимости после стабилизации состояния в отделениях интенсивной терапии больниц пациента направляют в учреждения долгосрочного ухода или квалифицированного сестринского ухода. Эти медицинские учреждения специализируются на оказании помощи пациентам, которые страдают от серьёзных хронических заболеваний и нуждаются в постоянном уходе, но при этом состояние их здоровья не требует госпитализации. Более 80% пациентов таких учреждений – пожилые американцы старше 65 лет.

Хосписы заботятся о неизлечимо больных. Как правило, в хоспис обращаются пациенты, которым осталось жить не более шести месяцев. Команда профессионалов, таких как врачи, медсёстры, духовные наставники и консультанты, оказывает поддержку пациенту и его семье. В зависимости от требуемого ухода и стоимости хосписное обслуживание может предоставляться в учреждении, на дому у пациента, в учреждениях долгосрочного ухода или в больнице.

За последние десятилетия продолжительность пребывания в стационаре заметно сократилась, при этом всё больше услуг по оказанию неотложной помощи, например хирургических операций, выполняется в амбулаторных условиях. Так, в 2017 году более 70% всех операций проводилось амбулаторно. Использование таких послеоперационных услуг, как реабилитация или уход на дому, наоборот, увеличилось в связи с финансовой потребностью больниц в выписке пациентов, не нуждающихся в срочном лечении⁶⁰.

⁶⁰ Rice, T., Rosenau, P., Unruh, L.Y., Barnes, A.J. United States Health system review // Health Systems in Transition. 2020. Vol. 22. No.4. P. i-441.

Система государственного управления. Система оказания медицинской помощи, сосредоточенная на предоставлении индивидуальных услуг, зародилась и сформировалась в США в частном секторе. И, тем не менее, в стране неизбежно сложилась и система общественного здравоохранения, которая за 250 лет эволюционировала в сложный механизм с большим набором компетенций. Расширение полномочий системы общественного здравоохранения происходило с ростом научных знаний о возбудителях инфекционных заболеваний и методах их лечения, а также с достижением общественного консенсуса в том, что охрана здоровья населения становится не только сферой индивидуальной ответственности граждан, но и обязанностью государства⁶¹. И по мере эволюции общественного здравоохранения и вовлечения государства в предоставление медицинской помощи отдельным категориям граждан начала размываться граница между частной и государственной ответственностью в вопросах здоровья.

Государственное управление системой так же раздроблено, как системы страхования и медицинских учреждений. Сегодня ключевым органом управления федерального уровня является Министерство здравоохранения и федеральных служб (*Department of Health and Human Services*), глава которого назначается президентом и утверждается Сенатом. При министерстве функционирует Служба общественного здравоохранения (*U.S. Public Health Service*), в которую входят девять федеральных специализированных агентств:

- Национальные институты здоровья (*National Institutes of Health*);
- Управление по санитарному надзору за качеством пищевых продуктов и медикаментов (*Food and Drug Administration*);
- Центры по контролю и профилактике заболеваний (*Centers for Disease Control and Prevention*);

⁶¹ The Future of Public Health. Institute of Medicine (US) Committee for the Study of the Future of Public Health. Washington (DC): National Academies Press (US); 1988.

- Управление ресурсами и услугами здравоохранения (*Health Resources and Services Administration*);
- Агентство по регистрации токсичных веществ и заболеваний (*Agency for Toxic Substances and Disease Registry*);
- Служба здравоохранения коренного населения (*Indian Health Service*);
- Агентство по исследованию и качеству здравоохранения (*Agency for Healthcare Research and Quality*);
- Управление по борьбе со злоупотреблением психотропными веществами и поддержанию психического здоровья (*Substance Abuse and Mental Health Services Administration*);
- Управление стратегической готовности и реагирования (*Administration for Strategic Preparedness and Response*).

Ещё три службы находятся в прямом подчинении Министерства: Центры координации программ «Медикэр» и «Медикейд» (*Centers for Medicare and Medicaid Services*), Управление по делам детей и семей (*Administration for Children and Families*), Управление по вопросам жизни сообществ (*Administration for Community Living*).

На реализацию программ и обеспечение работы Министерства здравоохранения и социальных служб выделено 2,07 трлн долларов, или 24,9 % федерального бюджета США в 2022 году⁶².

В ведение федерального правительства входят общие вопросы:

- концептуальные, связанные с разработкой законодательства, основанного на собранных аналитических данных;
- административные, относящиеся к управлению программами социального и медицинского страхования и онлайн-платформой страховок, а также системой медицинских учреждений для военнослужащих и ветеранов;
- финансовые – субсидирование программ, реализуемых на уровне штатов;

⁶² USA Spending <https://www.usaspending.gov/> (дата обращения: 08.03.2022).

- глобальные – поддержка международных усилий по охране здоровья.

Несмотря на масштабное вовлечение федерального правительства в вопросы здравоохранения, основное управление остаётся на уровне штатов, при этом в каждом штате формируется своя система. В некоторых штатах услуги здравоохранения предоставляются под контролем департаментов социальных и медицинских услуг (45%); в других штатах органы здравоохранения существуют отдельно и подчиняются непосредственно губернатору (55%). Но именно эти структуры на уровне штатов являются основными органами, отвечающими за охрану здоровья населения США. В спектр их деятельности входит сбор и анализ информации, проведение инспекций, выполнение национальных мандатов и мандатов местных органов управления, контроль над предоставлением экологических, образовательных и индивидуальных медицинских услуг, обеспечение доступа к медицинскому обслуживанию для местных жителей, не имеющих достаточного обслуживания, реагирование на угрозы здоровью.

1.3. Противоречия американской системы здравоохранения: международные сопоставления

Американское здравоохранение – самое дорогое в мире, как в абсолютном, так и в подушевом исчислении. В 2022 году совокупные расходы отрасли составили 4,5 трлн долларов, или 17,3% ВВП, что на 4,1% больше, чем в 2021 году. Расходы на душу населения в 2022 году 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 –Тенденция 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	10251	15049	21323	25744
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	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

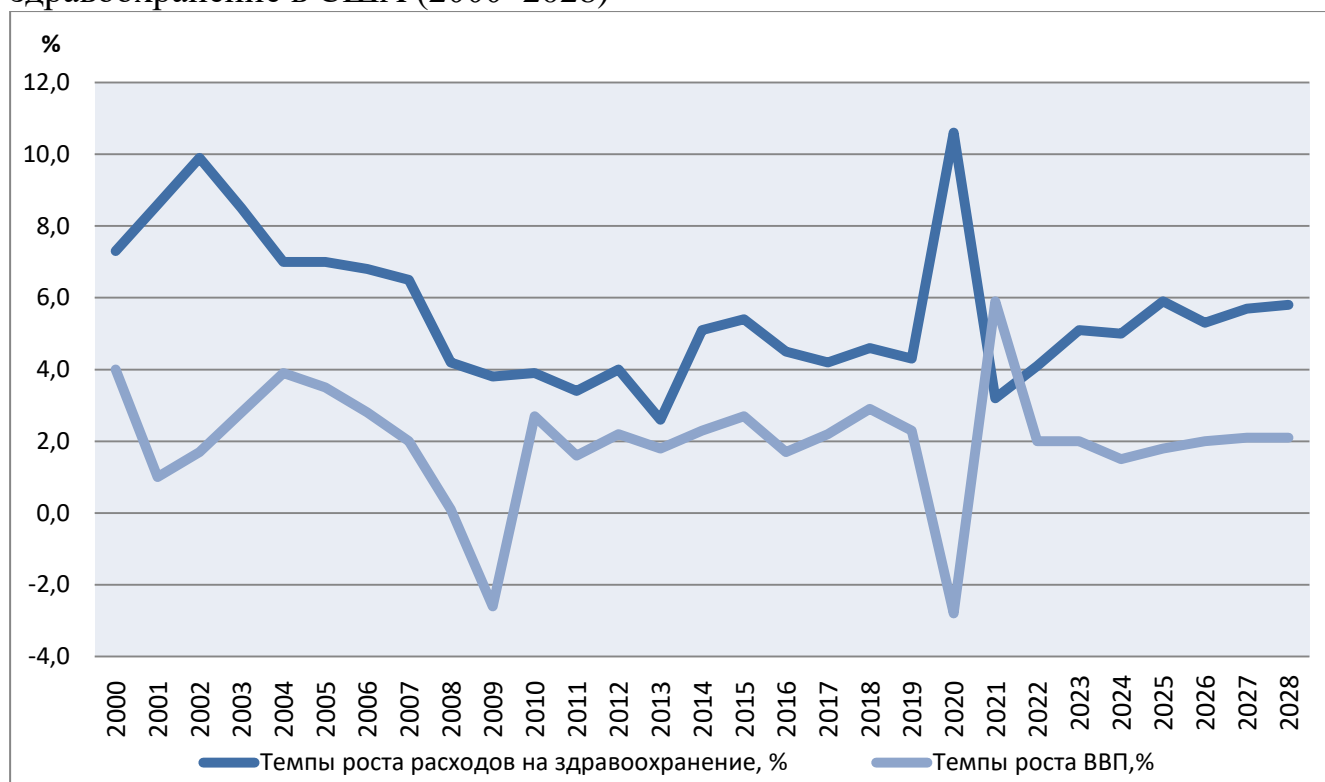
Источник: Сформировано на основе данных CMS Office of the Actuary, National Health Statistics Group, National Health Expenditures by Type of Sponsor, Historical Population Change Data (1910–2020) U.S. Census Bureau.

Начиная с 1980-х годов в США, как и во многих странах мира, рост расходов на здравоохранение опережал экономический рост. В основе этой тенденции лежат достижения в сфере медицинских технологий, рост цен и старение населения и, как следствие, увеличение спроса на медицинские услуги. И, несмотря на заметное снижение темпов роста расходов в XXI веке, за последние два десятилетия абсолютные расходы увеличились в 3 раза с 1,4 трлн долл. в 2000 году до 4,5 трлн долл. в 2022 году. Пандемия COVID-19 и беспрецедентные меры, принятые правительством в ответ на чрезвычайную ситуацию в области здравоохранения, резко повлияли на динамику расходов на здравоохранение в США. В 2020 году были зафиксированы самые высокие темпы роста расходов на здравоохранение – 10,6%, что в сочетании с резким снижением темпов роста ВВП (-2,8%), привело к тому, что доля расходов на здравоохранение в национальной экономике достигла исторического максимума – 19,5%. Однако по мере сокращения дополнительного финансирования и восстановления экономики эта доля сократилась до 17,3%.

Ожидается, что за текущее десятилетие средние темпы роста расходов на здравоохранение сохранятся на уровне 5,6%, в результате совокупная сумма в 2028 году достигнет 6,1 трлн долл. (Рисунок 1)⁶³.

Расходы США на здравоохранение заметно превышают среднее значение по странам ОЭСР, которое составляет 9,2% от национального ВВП. Следующей страной в этом списке после США является Германия лишь с 12,7% ВВП (Рисунок 2). В подушевом исчислении показатель США в три раза превышает средний по ОЭСР в 4 279 долл. по паритету покупательной способности (Рисунок 3). Из них 7,5%, или 937 долл., уходят на административные расходы, что в 5 раз больше, чем в среднем среди развитых стран (173 долл.), и почти в два раза больше, чем тратится на обеспечение длительного ухода в самих США (516 долл.)⁶⁴.

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



⁶³ National Health Expenditures and Selected Economic Indicators, Levels and Annual Percent Change: Calendar Years 2013-2032 // Centers for Medicaid and Medicare Services. URL: <https://www.cms.gov/data-research/statistics-trends-and-reports/national-health-expenditure-data/projected> (дата обращения: 10.01.2024)

⁶⁴ Organization for economic cooperation and development. URL: <http://www.oecd.org/> (дата обращения: 10.02.2021).

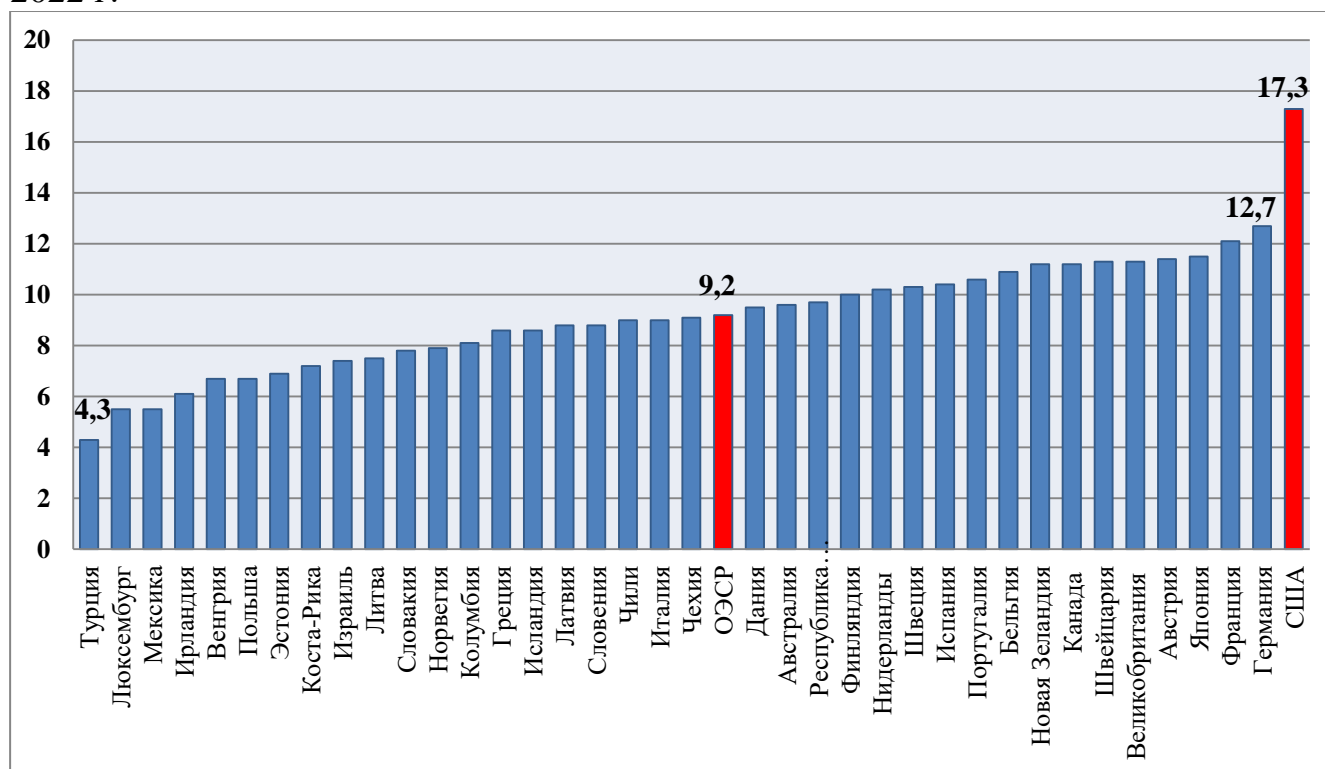
Источник: National Health Expenditures Projections // Centers for Medicare and Medicaid Services, IMF.

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 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 лет⁶⁵. 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 все равно остается ниже как среднего показателя ОЭСР, так и допандемийного уровня в 78,8 лет в 2019 г⁶⁶. 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.

⁶⁵ Health at a Glance 2023: OECD Indicators, OECD Publishing, Paris, 2023. DOI: <https://doi.org/10.1787/7a7afb35-en> (дата обращения 21.12.2024)

⁶⁶ 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>

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



Источник: Health Spending. Organization for economic cooperation 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 по здоровью 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 ОЭСР⁶⁷. Высокий, по сравнению с другими развитыми странами, уровень младенческой смертности – в 2020 году 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 году, что обусловлено неадекватным дородовым уходом и высоким социальным неравенством, которое, в свою очередь, способствует распространению хронических заболеваний – ожирения, диабета, заболеваний сердечно-сосудистой системы.

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 доктору, о чём будет сказано ниже⁶⁸.

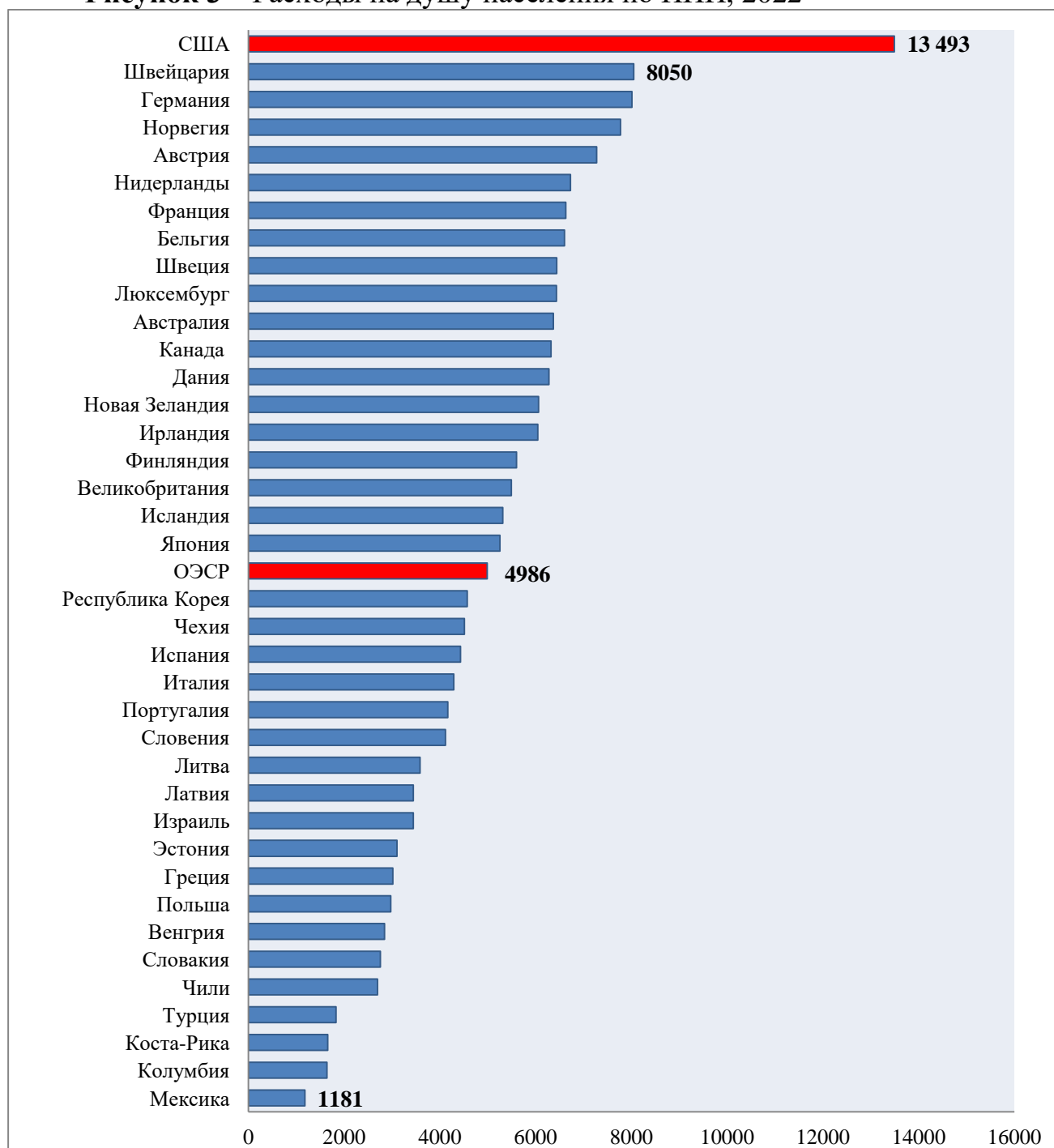
Хотя в США наблюдаются более высокие показатели преждевременной смертности и бремени болезней, это не всегда отражается на качестве получаемых пациентом услуг. На продолжительность жизни и уровень смертности также влияют факторы, которые не зависят от системы здравоохранения напрямую: социально-экономические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

⁶⁷ Health at a Glance 2023: OECD Indicators, OECD Publishing, Paris, 2023. DOI: <https://doi.org/10.1787/7a7afb35-en> (дата обращения 21.12.2024)

⁶⁸ Gunja, M.Z., Gumas, E.D., Williams II R.D. U.S. Health Care 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).

странах, поскольку они чаще попадают в автомобильные аварии, гибнут в инцидентах с применением огнестрельного оружия и совершают самоубийства.⁶⁹

Рисунок 3 – Расходы на душу населения по ППП, 2022



Источник: Health Spending. Organization for economic cooperation and development; National Health Expenditures, Centers for Medicaid and Medicare Services.

⁶⁹ 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)

Тем не менее соотношение расходов на здравоохранение и показателей качества поднимает вопрос об эффективности использования имеющихся ресурсов в системе. Исследование Американской медицинской ассоциации (*American Medical Association*) выявило, что в 2019 году американская система здравоохранения неэффективно потратила от 760 до 953 млрд долл., или почти 25% от всего объёма расходов. Причины таких расходов коренятся в следующем:

- неэффективное оказание медицинской помощи и её координация: отсутствие профилактических методов работы, врачебные ошибки, распространение внутрибольничных заболеваний; фрагментарное лечение, назначение лишних дорогостоящих тестирований;

- чрезмерное лечение, предопределённое устаревшими привычками и спросом, спровоцированным предложением, а также пренебрежением современными научными исследованиями, что приводит к ненужному употреблению антибиотиков или хирургическому вмешательству;

- непрозрачное ценообразование и отсутствие конкуренции на рынке, приводящее к тому, что тестирования на МРТ или КТ в США стоят дороже, чем в других странах мира;

- мошенничество в сфере здравоохранения, ведущее к ужесточению контроля над финансами и чрезмерной бюрократизации административной работы;

- административные издержки, связанные с запутанными процедурами выставления счетов и проверки целесообразности назначений.

Самыми дорогостоящими причинами чрезмерных трат на американское здравоохранение, по данным исследования, являются непрозрачное ценообразование – от 230 до 240 млрд долл. в год – и административные издержки – 265 млрд долл. в год. Решение проблемы высоких административных издержек лежит в переходе к ценностно-ориентированной модели расчёта с поставщиками медицинских услуг (*value-based healthcare*). Такая модель предполагает оплату за достигнутый результат лечения и учитывает не только клинические показатели эффективности, но и результаты, важные для пациента.

При ценностно-ориентированном подходе акцент смещается с объёма предоставляемых услуг на конечные результаты, достигнутые в ходе лечения, однако его реализация требует консолидации усилий всех заинтересованных сторон. С одной стороны, такая модель заинтересует провайдеров в повышении качества обслуживания и внедрении профилактических методов работы, а с другой – упростит систему расчётов, т.к., беря на себя финансовые риски, медучреждения будут также заинтересованы в снижении стоимости административных издержек и упрощении бюрократических процедур. Подобная модель широко распространена в Австралии, Великобритании, Германии, Швейцарии, активно внедряется и в России. Проблема непрозрачного ценообразования может быть решена за счёт повышения конкуренции на рынке медицинских препаратов и допуска к нему иностранных компаний. Однако стремление корпораций сохранить прибыли может привести к ожесточённой политической борьбе, и для снижения затрат и установления новых правил могут потребоваться значительные политические усилия⁷⁰.

Высокая стоимость медицинских услуг снижает степень их доступности для населения.

По данным опроса Фонда Содружества, в 2022 году среди взрослого населения в возрасте от 19 до 64 лет 9% были не застрахованы, 11% имели пробел в страховании⁷¹, 23% были недостаточно застрахованы, т.е. тратили на медицинские услуги «из своего кармана» более 10% от годового дохода домохозяйства или более 5%, если доход домохозяйства ниже 200% федеральной черты бедности (27 180 долл. в год на одного или 55 500 долл. на семью из четырёх человек в 2022 году)⁷².

⁷⁰ Shrank, W.H., Rogstad, T.L., Parekh, N. Waste in the US Health Care System: Estimated Costs and Potential for Savings. *JAMA*. 2019;322(15):1501–1509. doi:10.1001/jama.2019.13978

⁷¹ Пробел в страховании означает, что индивид обладал страховым планом на протяжении предыдущих 12 месяцев, но не непрерывно.

⁷² Collins, S.R., Haynes, L.A., Masitha, R. The State of U.S. Health Insurance in 2022 – Findings from the Commonwealth Fund Biennial Health Insurance Survey, 2022. Commonwealth Fund. Sep. 2022. <https://doi.org/10.26099/73zg-3432>

Стоит отметить, что за последнее десятилетие удвоилась доля домохозяйств, чьи расходы на покрытие франшизы превышают 5% от их годового дохода (Таблица №2)⁷³.

Таблица 2 – Доля взрослого населения (19–64), чья франшиза по плану медицинского страхования превышает 5% от годового дохода

	2010	2012	2014	2016	2018	2020
Всего	7%	11%	13%	15%	16%	15%
Коллективное страхование	6%	9%	11%	13%	15%	14%
Индивидуальное страхование	18%	29%	22%	24%	23%	27%

Источник: Sara R. Collins, Munira Z. Gunja, and Gabriella N. Aboulafia, U.S. Health Insurance Coverage in 2020: A Looming Crisis in Affordability — Findings from the Commonwealth Fund Biennial Health Insurance Survey, 2020 (Commonwealth Fund, Aug. 2020). <https://doi.org/10.26099/6aj3-n655> (дата обращения: 21.03.2022)

Несмотря на то, что доля незастрахованных заметно сокращается, расходы на здравоохранение по-прежнему возглавляют список расходов, которые вызывают у домохозяйств трудности с оплатой. По данным опроса Фонда семьи Кайзер (*Kaiser Family Foundation*), среди населения в возрасте от 19 до 64 лет 46% отмечали недоступность некоторых видов медицинских услуг (таких как стоматология или офтальмология), такая же доля застрахованных не может позволить оплатить «расходы из своего кармана», предусмотренные страховым планом. Еще 27% с трудом могут позволить оплатить франшизу⁷⁴.

В результате 38% взрослого населения сталкиваются с рядом финансовых проблем при оплате медицинских счетов. Среди тех, кто сообщил о таких проблемах: 37% полностью израсходовали свои сбережения, 41% получил более низкий кредитный рейтинг, 39% накопили долги по кредитным картам, а четверть не смогли оплатить предметы первой необходимости (Рисунок 4). Причём в

⁷³ Sara R. Collins, Munira Z. Gunja, and Gabriella N. Aboulafia, U.S. Health Insurance Coverage in 2020: A Looming Crisis in Affordability — Findings from the Commonwealth Fund Biennial Health Insurance Survey, 2020 (Commonwealth Fund, Aug. 2020). <https://doi.org/10.26099/6aj3-n655> (дата обращения: 21.03.2022)

⁷⁴ Kearney, A., Hamel, L., Stokes, M., Brodie, M. Americans' Challenges with Health Care Costs // Kaiser Family Foundation. 2021. URL: <https://www.kff.org/health-costs/issue-brief/americans-challenges-with-health-care-costs/> (дата обращения: 21.03.2022).

первую очередь о таких проблемах заявляют семьи с невысоким уровнем дохода, незастрахованные американцы или домохозяйства, где один из членов страдает от хронического заболевания, т.е. и так самая уязвимая часть населения.

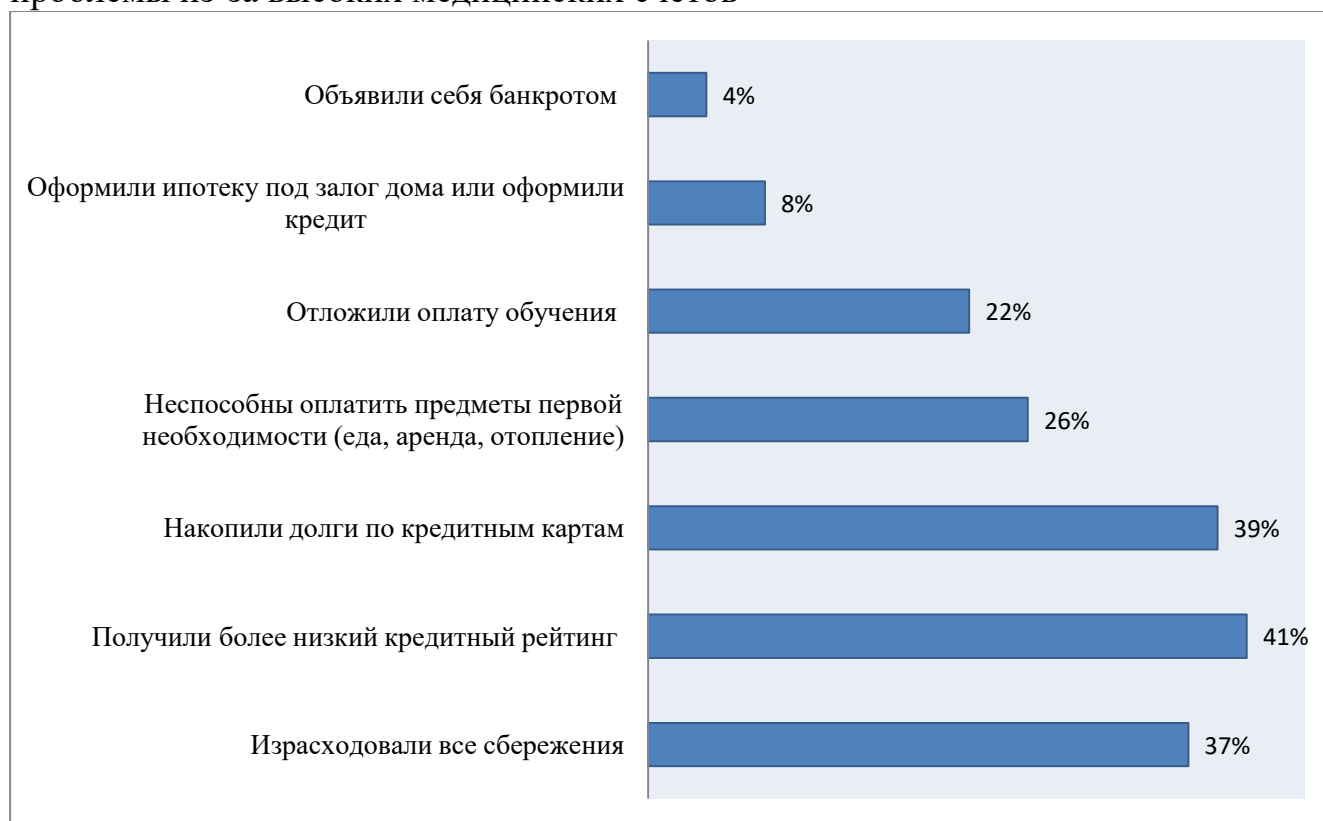
Исследование Бюро переписи населения США выявило, что в 2021 году 15% всех домохозяйств имело долги по медицинским счетам. 20 млн взрослых американцев, т.е. каждый двенадцатый, имеет долг в размере выше 250 долл. У 6% взрослого населения неоплаченный счёт превышает 1000 долл., у 1% – 10 тыс. долл. Причём чаще долги имеют пациенты, у которых поставлен онкологический диагноз. Совокупный долг составляет по меньшей мере 220 млрд долл.⁷⁵.

Стоит также отметить, что существует заметная диспропорция в доступе к медицинскому обслуживанию среди расово-этнических групп США. Так, большинство незастрахованных представлено небелым населением: в 2022 году 10% афроамериканцев, 18% латиноамериканцев, 6% азиатов и 6,6% белых не имели медицинской страховки. О сложностях с оплатой рецептурных медицинских препаратов заявляло 24% белых, в то время как среди афроамериканцев и латиноамериканцев эти доли составили 30% и 40% соответственно. Чернокожие американцы, а также люди, живущие в южных штатах, не присоединившихся к расширению программы «Медикейд», чаще имеют значительные долги по медицинским счетам⁷⁶.

⁷⁵ Rakshit, S., Rae, M., Claxton, G., Amin, K., Cox, C. The burden of medical debt in the United States // Kaiser Family Foundation // Kaiser Family Foundation. 2024. URL: <https://www.healthsystemtracker.org/brief/the-burden-of-medical-debt-in-the-united-states/#Share%20of%20adults%20who%20have%20medical%20debt,%20by%20health%20status%20and%20disability%20status,%202021> (дата обращения: 08.05.2024).

⁷⁶ Hill, L., Argita, S., Damico, A. Health Coverage by Race and Ethnicity // Kaiser Family Foundation. 2023. URL: [https://www.kff.org/racial-equity-and-health-policy/issue-brief/health-coverage-by-race-and-ethnicity/#:~:text=Coverage%20by%20Race%20and%20Ethnicity%20as%20of%202022&text=\(Figure%202\).- ,Nonelderly%20AIAN%20and%20Hispanic%20people%20had%20the%20highest%20uninsured%20rates,their%20White%20counterparts%20\(6.6%25\)](https://www.kff.org/racial-equity-and-health-policy/issue-brief/health-coverage-by-race-and-ethnicity/#:~:text=Coverage%20by%20Race%20and%20Ethnicity%20as%20of%202022&text=(Figure%202).- ,Nonelderly%20AIAN%20and%20Hispanic%20people%20had%20the%20highest%20uninsured%20rates,their%20White%20counterparts%20(6.6%25)) (дата обращения: 08.05.2024).

Рисунок 4 – Доля взрослого населения (19–64), имеющего финансовые проблемы из-за высоких медицинских счетов



Источник: Collins, S.R., Haynes, L.A., Masitha, R. The State of U.S. Health Insurance in 2022 – Findings from the Commonwealth Fund Biennial Health Insurance Survey, 2022. Commonwealth Fund. Sep. 2022. <https://doi.org/10.26099/73zg-3432>

Высокие расходы на медицинское обслуживание приводят к тому, что население США чаще откладывает посещение врачей, употребление предписанных медицинских препаратов, а также прохождение обследований и госпитализации, чем в других развитых странах (Рисунок 5). 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.

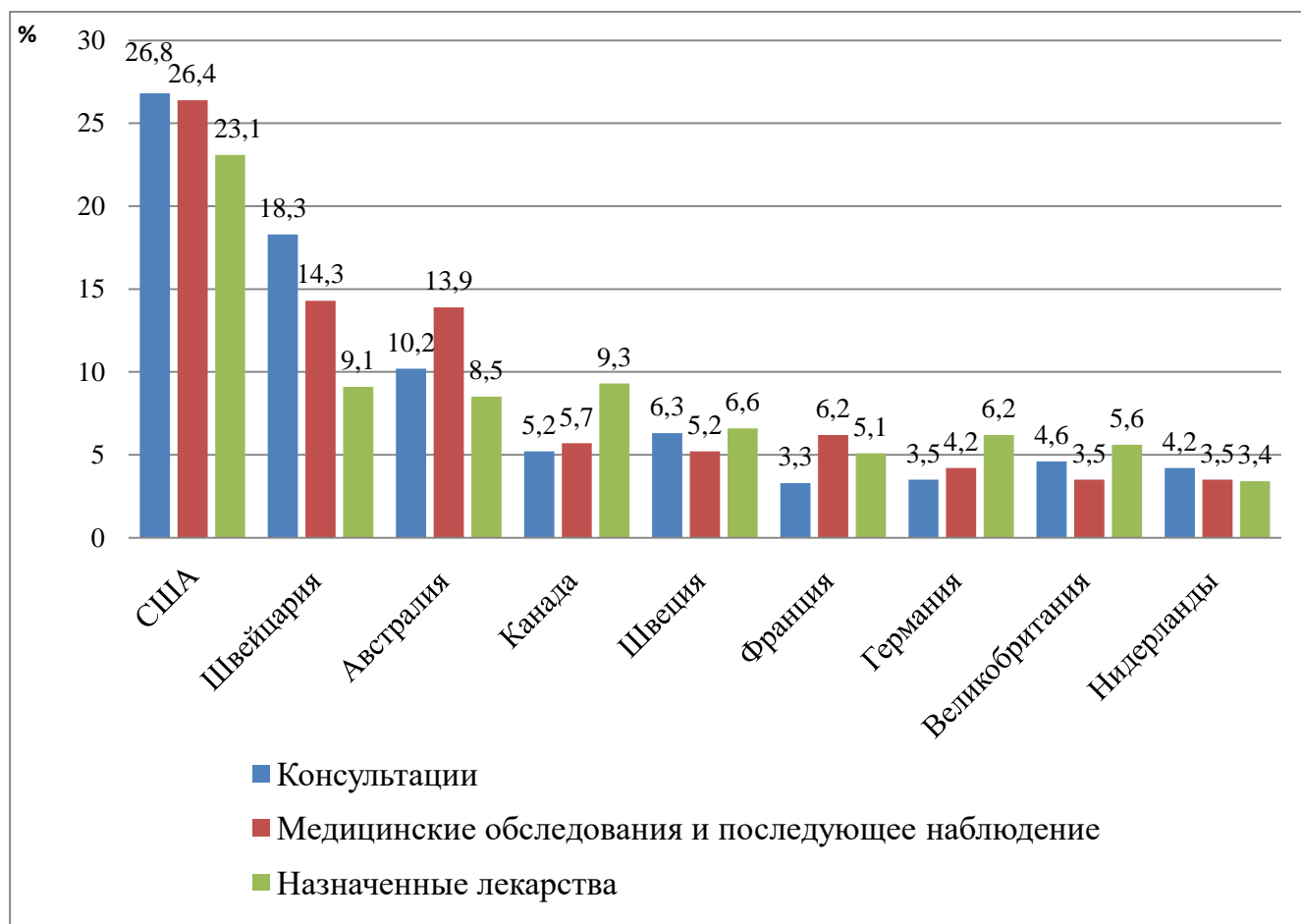
На Рисунке 1, представленном в начале параграфа, также видна тенденция к сокращению темпов роста расходов на здравоохранение при растущих темпах роста экономики, и, наоборот, увеличение темпов роста расходов на здравоохранение при падении темпов роста ВВП. Подобную закономерность можно объяснить увеличением государственных расходов на поддержание самых

уязвимых групп населения и обеспечение доступа к здравоохранению при экономических кризисах. Так происходит из-за того, что ядром системы здравоохранения США является страхование, предоставляемое работодателем. Во время экономических спадов с ростом безработицы растёт количество людей, теряющих медицинское страхование, а с падением их уровня доходов – увеличивается количество претендующих на государственную помощь в рамках программы «Медикейд». Рост безработицы сопровождается сокращением отчислений с заработных плат в фонды страхования «Медикэр», что также провоцирует рост бюджетных вливаний, необходимых для поддержания программы.

Таким образом, система американского здравоохранения представляется неоправданно дорогой, часто недоступной для наиболее уязвимых групп населения и при этом с каждым годом ложится дополнительной нагрузкой на федеральный бюджет. В связи с этим возникает вопрос: почему она продолжает своё существование без кардинальных реформ и в частности – введения всеобщего обязательного медицинского страхования, которое есть во всех развитых странах?

Попытки ввести всеобщее обязательное медицинское страхование предпринимались неоднократно, но часто не приводили к успеху. После Второй мировой войны в США сложилась и укрепилась система предоставления частного медицинского страхования от работодателя. В результате без гарантированного доступа к медицинскому обслуживанию оставались пожилые, инвалиды, а также те, чей работодатель не предлагал дополнительный социальный пакет

Рисунок 5 – 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)

По окончании Второй мировой войны президент Г. Трумэн сделал всеобщее медицинское страхование неотъемлемой частью своей внутренней программы "Справедливый курс". В ноябре 1945 года он выступил со специальным обращением к Конгрессу, в котором призвал расширить программу социального обеспечения до национального медицинского страхования, выделить федеральные средства на здравоохранение для сельских районов и ввести национальные стандарты для больниц. Однако проект был воспринят как «социалистический». В условиях холодной войны и борьбы с коммунистическим влиянием в США план не нашёл поддержки ни в СМИ, ни в обществе, ни в

Американской медицинской ассоциации, которая отстаивала рыночную свободу врачей назначать цену за услуги и выбирать способ оплаты, опасалась государственного контроля над отношениями между врачом и пациентом и в 1945 году потратила 1,5 млн долл. на лоббирование своих интересов в Конгрессе США⁷⁷. И после того как Национальный совет по трудовым отношениям постановил, что профсоюзы могут вести переговоры с работодателями о медицинском страховании, лидеры профсоюзов перестали поддерживать реформу здравоохранения, опасаясь, что национальная программа медицинского страхования не сможет предложить такие же льготы, о которых они смогут договориться напрямую. В результате частная система медицинского страхования, предоставляющая доступ к медицинскому обслуживанию различным группам, продолжила своё развитие и повсеместное распространение.

В 1950-е годы коммерческие страховые компании стали предлагать индивидуальные тарифы, основанные на личных рисках для здоровья клиента. С одной стороны, это позволило им снизить страховую премию для более здоровых и молодых американцев, но с другой – разрушило программу «Голубого креста» (*Blue Cross*) – благотворительной организации, которая с 1920-х годов предоставляла медицинское обслуживание в госпиталях на основе авансовых платежей напрямую поставщикам медицинских услуг и в 1950-х годах насчитывала свыше 20 млн пользователей. Индивидуальные тарифы частных страховых компаний оказывались существенно ниже, чем единый тариф «Голубого креста», и это заставило благотворителей последовать примеру частных компаний, поскольку в противном случае их страховой пул был бы подвержен риску неблагоприятного отбора. Некогда доступные планы медицинского страхования стали недоступны для многих американцев среднего класса.

Успех реформ 1965 года, которые предоставили медицинское страхование пожилым и малоимущим американцам через программы «Медикэр» и

⁷⁷ Starr, Paul. 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.

«Медикейд», был обеспечен их массовой поддержкой в обществе. Реализация реформ «Великого общества» Л. Джонсона закрепила и сделала общепризнанной регуляторную функцию федерального правительства в вопросах обеспечения социального благополучия.

Однако такой поддержки не получили инициативы президента Р. Никсона по внедрению всеобъемлющего медицинского страхования (*Comprehensive Health Insurance Plan*). Согласно его предложению, работодатели обязуются предоставлять страховые планы своим сотрудникам, страховые взносы при этом делятся пополам между работником и работодателем; для безработных и неимущих создаются государственные планы страхования, заменяющие «Медикейд» и финансируемые за счёт штатов и федерального правительства. Инициатива предусматривала расширение перечня услуг, входящих в страховой план, а также установление лимитов на медицинские расходы домохозяйств. Законопроект не был поддержан в Конгрессе в связи с разгоравшимся Уотергейтским скандалом, однако многие его идеи были инкорпорированы в будущие инициативы.

Так, очередная попытка реформировать систему национального здравоохранения США была предпринята в 1993 году. Администрация У. Клинтона предложила масштабный план по внедрению всеобщего медицинского страхования также за счёт обязательства работодателей предоставлять страховку своим сотрудникам. Законопроект ставил своей целью контролирование расходов на медицинское страхование через повышение конкуренции между страховыми компаниями и создание региональных медицинских альянсов, обеспечивающих страховым полисом местное население младше 65 лет. Предполагалось установление лимита на размер страховой премии независимо от наличия хронических заболеваний. Задуманный как синтез либеральных идей (универсальное страхование) и консервативных методов (управляемая конкуренция среди частных страховщиков), проект реформы провалился в Конгрессе, не получив поддержки ни консерваторов, ни либертариистов. Все ключевые игроки здравоохранения – профессиональные

ассоциации, крупный бизнес, оппоненты среди Республиканской партии – видели в нём угрозу чрезмерного государственного вмешательства в рыночные институты и ущемление собственного финансового интереса. Оппозиция сумела провести массовую рекламную кампанию, значительно повлияв на общественное мнение, убедив средний класс, что в конечном счёте реформа приведёт к увеличению расходов на медицинское страхование и обслуживание. К тому же внутри самой Демократической партии не было единства, и лидеры её различных групп предлагали свои версии реформы.

На протяжении всего XX века совокупность множества факторов препятствовала проведению масштабной реформы здравоохранения. Во-первых, противоположные взгляды двух основных политических партий – демократов и республиканцев, придерживающихся эгалитарного и либертариистского подхода к здравоохранению соответственно. Это можно проследить, сравнив два Экономических доклада президента: 2019 года⁷⁸, представленного республиканцем Д. Трампом, и 2022 года, представленного демократом Дж. Байденом⁷⁹.

Концептуально республиканцы исходят 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 с их собственными интересами и свободным выбором. Команда экспертов 45-го президента Д. Трампа ставит под сомнение уникальность и влияние провалов рынков медицинских услуг и медицинского страхования, описанных К. Эрроу в 1963 г.: неопределенность спроса, информационную асимметрию, моральный риск, барьеры для входа поставщиков, неэластичный спрос. Они утверждают, что в

⁷⁸ 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)

⁷⁹ Economic Report of the President. April 22. URL: <https://www.govinfo.gov/content/pkg/ERP-2022/pdf/ERP-2022.pdf> (дата обращения: 25.12.2024)

реальной жизни в целом мало рынков, приближенных к идеальной модели. Оптимального состояния можно и нужно добиваться рыночными средствами или нерыночными институтами, но не расширенным государственным вмешательством, поскольку оно может иметь более негативный эффект, чем несет в себе сам провал рынка. Так, например, решение проблемы морального риска эксперты видят в исключении неосновных видов услуг (вроде косметологии) из страхового покрытия. А фактор информационной асимметрии, по их мнению, сегодня так и вовсе снижается благодаря юридическим обязательствам врача перед пациентом, агентским функциям третьей стороны, оплачивающей лечение и контролирующей назначение, а также распространению интернета. Государственное регулирование оправдано лишь для обеспечения определенного уровня медицинского обслуживания для наиболее уязвимого населения. В докладе также утверждается, что реализация реформы «Медикэр для всех» (*Medicare for all*), предполагающей единственного плательщика в лице государства, приведет к снижению эффективности системы. Снижение эффективности проявится в сокращении количества доступных услуг особенно для пожилых пациентов и увеличении времени ожидания консультации со специалистом, что особенно ярко наблюдается в Канаде и Великобритании – странах с системой, похожей на «Медикэр для всех». Таким образом, действия государства должны быть направлены на создание условий для свободного выбора и конкуренции на рынках здравоохранения.

В Экономическом докладе президента Дж. Байдена 2022 года делается особый упор на необходимости инвестирования в человеческий капитал, в основе которого лежит образование. Но хороший уровень образования не может быть достигнут без хорошего здоровья, начиная с возможности посещать школу, заканчивая тем, что физическое и ментальное нездоровье мешает усвоению школьной программы, а значит, в будущем снижает уровень квалификации рабочей силы. С макроэкономической точки зрения, увеличение человеческого капитала является ключевым фактором экономического роста и в долгосрочной перспективе определяет уровень жизни населения. С точки зрения

микроэкономики, накопление человеческого капитала приносит выгоды людям, семьям и сообществам в виде увеличенной покупательной способности и возможности наслаждаться жизнью. По мнению демократов, одним из путей повышения эффективности развития человеческого капитала должна стать политика, направленная на улучшение доступа к здравоохранению и обеспечение справедливости – и расширение охвата населения медицинским страхованием может способствовать развитию человеческого капитала. И такая политика особенно необходима сейчас, поскольку за последние два десятилетия темпы накопления человеческого капитала замедлились, и США отстают от многих других стран как по уровню образования, так и по продолжительности жизни, сохраняя диспропорции в его распределении среди людей с разным уровнем дохода и с разной расово-этнической принадлежностью.

Во-вторых, степень влияния групп интересов на процесс принятия политических решений также препятствовала проведению масштабной реформы здравоохранения. Профессиональные ассоциации, крупные корпорации, а также федеральные агентства и ведомства, – все они обладают возможностью определять повестку дня. В 2022 году игроки отрасли здравоохранения потратили на услуги лоббистов, общее количество которых превышает три тысячи человек, 738 млн долл., или пятую часть от общих расходов на лоббирование⁸⁰.

В-третьих, историческая приверженность общества идеям индивидуальных свобод и традиционное недоверие федеральному правительству вызывают отрицательную реакцию общественности на инициативы перераспределения социальных благ и усиления государственного участия в социальной жизни.

За последние пятьдесят лет самой крупной реформой здравоохранения США остаётся закон «О защите пациентов и доступном здравоохранении» 2010 года, который стал документом, отражающим идеи демократов, республиканцев и всех заинтересованных игроков отрасли. Эту реформу позволила провести комбинация ряда факторов. Во-первых, решимость и

⁸⁰ Open Secret. URL: <https://www.opensecrets.org/industries/lobbying.php?cycle=2022&ind=H> (дата обращения: 21.03.2022).

единство демократической администрации Б. Обамы, чего явно недоставало администрации У. Клинтона. Во-вторых, контроль демократами обеих палат Конгресса. В-третьих, открытое обсуждение реформы, которое обеспечило достижение компромисса. Этот закон был не таким амбициозным, как проект У. Клинтона, особенно в части сдерживания расходов. Онлайн-платформа страховых полисов была создана только для индивидуальных планов и не затрагивала коллективное страхование. Б. Обама также отказался от идеи создать общедоступное государственное страхование, которое бы конкурировало с частными страховыми компаниями. Коалиция работодателей и профсоюзов сумела сохранить корпоративное медицинское страхование, не облагаемое налогом. Из текста документа также были исключены пункты, предлагавшие выделение федеральных средств на проведение операций по прерыванию беременности, что отвечало интересам различных религиозных групп^{81, 82}.

Несмотря на то, что финальный документ оказался компромиссным, он всё же стал предметом острых общественных дискуссий и политической борьбы. С момента подписания закон подвергался постоянной критике со стороны республиканцев, ведущих активную кампанию по его отмене. Трижды Верховный суд (в 2012, 2015 и 2021 году) отклонял иски республиканцев и подтверждал конституционность закона. Хотя 10 республиканских штатов не расширили программу «Медикейд» и Д. Трампу удалось отменить индивидуальный мандат, обязывающий приобретать страховку или платить штраф за её отсутствие, реформа продолжает своё существование и остаётся ядром, на которое опирается демократическая партия в своей социальной политике.

Проблемы финансовой устойчивости системы здравоохранения и поиск наиболее эффективной модели способствуют развитию экспертно-аналитического дискурса о границах государственного вмешательства.

⁸¹ 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

⁸² Зевелева Г.Н. Государственная политика в области здравоохранения в США в 1992–2012 гг.: борьба за реформы. М.: ИМЭМО РАН, 2012. С. 104.

Исходя из того, что американское здравоохранение работает за счёт превалирования рыночных механизмов, государство должно вмешиваться в отрасль только для того, чтобы восстановить их работу. Такого тезиса придерживаются многие современные эксперты в области экономики здравоохранения США, как например, А. Азар⁸³, Г. Аарон⁸⁴, М. Гейнор⁸⁵, М. Кэннон⁸⁶, Л. Дафни⁸⁷ и др. По их мнению, основная проблема неэффективности рыночных механизмов заключается в отсутствии конкуренции. И даже если принимать во внимание те устойчивые отклонения, которые характерны для отрасли – информационная асимметрия, высокая неопределённость спроса, наличие внешних эффектов, – конкуренция среди поставщиков медицинских услуг и страховых компаний по законам рынка способствует повышению качества обслуживания и снижению цен для пациентов.

Несмотря на то что медицинское страхование делает потребителей менее чувствительными к ценам медицинского обслуживания, выставляемого поставщиками, и лишает их стимула искать более выгодные условия⁸⁸, конкуренция на рынках госпитального и амбулаторного обслуживания всё же возможна, считает М. Гейнор, поскольку такой стимул есть у страховщиков. На

⁸³ 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)

⁸⁴ Aaron, H., Antos, J., Adler, L., Capretta, J., Fiedler, M., Ginsburg, P., Ippolito, B., Rivlin, A. 2019. "Recommendations to Reduce Health Care Costs." Brookings Institution, Washington, DC. URL: https://www.brookings.edu/wp-content/uploads/2019/03/AEI_Brookings_Attachment_Cost_Reducing_Health_Policies_Update.pdf (дата обращения: 23.11.2024).

⁸⁵ 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).

⁸⁶ Cannon, M., Market Concentration on Health Care. Government is the Problem, not the Solution. CATO Institute. 2022. URL: <https://www.cato.org/briefing-paper/market-concentration-health-care-government-problem-not-solution#:~:text=Briefing%20Paper-,Market%20Concentration%20in%20Health%20Care%3A%20Government%20Is%20the%20Problem%2C%20Not,that%20encourage%20producers%20to%20consolidate> (дата обращения: 23.11.2024).

⁸⁷ Dafny, L., Ho, K., Lee, R. The Price Effects of Cross-Market Mergers: Theory and Evidence from the Hospital Industry. The RAND Journal of economics. 2019. V.50, Issue 2. P.286–325. <https://doi.org/10.1111/1756-2171.12270>

⁸⁸ Arrow, K.J. Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care // The American Economic Review. 1963. V.53, №5. P. 941–973.

рынке же медицинского страхования основной движущей силой конкуренции выступают работодатели, стремящиеся согласовать более выгодные страховые планы для своих сотрудников, а не покупатели индивидуальных планов⁸⁹.

Проблему постоянно растущих расходов в отрасли, которая сказывается на доступности медицинского обслуживания и отражается на доходах домохозяйств, экономисты связывают с растущей монополизацией на рынках госпитального и амбулаторного обслуживания, снижении количества независимых медицинских практик, сокращении выбора для пациентов. Этот тренд наблюдается на протяжении всего XXI века^{90,91}. По их мнению, подобной концентрации рынков способствует чрезмерное государственное регулирование, которое, имея благие намерения, не оценивает влияние введённых мер на конкуренцию. В результате могут быть приняты меры, которые непреднамеренно поощряют консолидацию или препятствуют выходу на рынок новых игроков^{92,93}. Соответственно, повышение эффективности отрасли возможно за счёт отмены подобных регулирующих мер, а также усиления антитрестового законодательства и контроля.

Американский экономист А. Энтховен видел проблему роста расходов в отрасли в отсутствии мотивации к экономии как у застрахованных, так и у поставщиков медицинских услуг. Для решения этой задачи он предложил т.н. модель управляемой конкуренции. С одной стороны, она бы активизировала роль потребительского выбора, а с другой – за счёт создания интегрированной

⁸⁹ 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).

⁹⁰ Lin, L., Mrkaik, M., Weber, A. IMF Working Paper. U.S. Healthcare: A Story of Rising Market Power, Barriers to Entry, and Supply Contain. IMF. July 2021. URL: [https://www.elibrary.imf.org/configurable/content/journals\\$002f001\\$002f2021\\$002f180\\$002farticle-A001-en.xml?t:ac=journals%24002f001%24002f2021%24002f180%24002farticle-A001-en.xml#A001fn03](https://www.elibrary.imf.org/configurable/content/journals$002f001$002f2021$002f180$002farticle-A001-en.xml?t:ac=journals%24002f001%24002f2021%24002f180%24002farticle-A001-en.xml#A001fn03) (дата обращения: 23.11.2024).

⁹¹ Fulton, Brent D. 2017. Health Care Market Concentration Trends in the United States: Evidence and Policy Responses. *Health Affairs* 36 (9): 1530–38.

⁹² Forlines, G.L. Drivers of Physician-Hospital Integration: The Role of Medicare Reimbursement. Unpublished manuscript, University of Kentucky, Lexington, K. 2018.

⁹³ Desai, S., McWilliams, J.M. Consequences of the 340b Drug Pricing Program. *New England Journal of Medicine* 2018. 378 (6): 539–48.

системы, финансируемой на основе авансового подушевого расчёта, ориентировала бы поставщиков медицинских услуг на более рациональное использование ресурсов. Предложенная им концепция сочетает действие рыночных сил (усиление влияния потребительского выбора на рынок медицинского страхования) и сильного управляющего воздействия со стороны государства (установление фиксированного размера страхового взноса для минимальных планов, стандартизированного пакета услуг, обязанность страховать независимо от состояния здоровья)⁹⁴.

За сохранение рыночной конкуренции среди поставщиков медицинских услуг и страховых компаний выступал и классик экономики здравоохранения В. Фукс⁹⁵. Однако проблему роста расходов в отрасли он связывал не с отсутствием конкуренции, а с высокими административными издержками, непрозрачной практикой выставления счетов и отсутствием равного доступа к медицинскому обслуживанию. Считая здравоохранение социальным благом, он последовательно выступал за создание системы универсального страхования, гарантирующей минимум услуг, которая оплачивалась бы за счёт налога на добавленную стоимость. При этом у людей, желающих расширить свой страховой план, сохранилась бы возможность приобретать его у конкурирующих страховых компаний за счёт средств после уплаты налогов⁹⁶. Расширение роли государства он считал необходимым для создания более справедливой системы здравоохранения.

Сегодня идею всеобщего обязательного медицинского страхования, гарантирующего базовый набор услуг, которое бы финансировалось за счёт перераспределения уже имеющихся налогов, продвигают экономисты

⁹⁴ Enthoven, A. The History and Principles of Managed Competition // Health Affairs, 1993. Vol. 12. Supplement.

⁹⁵ Fuchs, V. Who Shall Live? Health, economics, and Social Choice. Basic Books, Inc., Publishers. 1974. P. 168.

⁹⁶ 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).

Э. Филькенштейн и Л. Эйнав⁹⁷. Согласно их модели, базовый уровень покрытия должен быть освобождён от доплат со стороны пациентов, а его наполнение зависит от бюджета, который государство готово выделить на здравоохранение. При этом они, так же как и В. Фукс, отстаивают необходимость предоставления возможности приобретать дополнительное страхование на конкурентном рынке страховщиков. Однако эксперты не дают точного ответа на то, каким образом должна строиться система ОМС: с помощью единого государственного плательщика, или частных страховых компаний, или комбинации этих двух способов.

П. Кругман и Р. Уэллс⁹⁸ являются представителями наиболее радикального представления о том, как должна быть перестроена американская система здравоохранения. По их мнению, проблема роста расходов и неэффективного использования ресурсов заключается в чрезмерной фрагментации системы – несмотря на то, что почти половина расходов прямо или косвенно покрывается государством, медицинские услуги и страхование предоставляются частными поставщиками. Для предоставления всеобщего качественного медицинского обслуживания и снижения административных издержек необходима система с единым государственным плательщиком, что означает отказ от рынка частных страховых компаний. На законодательном уровне похожий план реформирования, т.н. «Медикэр для всех» (*Medicare for all*), согласно которому правительство возьмёт на себя управление системой здравоохранения, продвигал сенатор Б. Сандерс⁹⁹.

Резюмируя всё вышеизложенное, можно сделать вывод о том, что американская модель здравоохранения по праву считается «самой рыночной» среди развитых стран. В отличие от европейских систем обязательного медицинского страхования американская система построена на принципе

⁹⁷ Einav L., Filkenstein, A. You've Got Covered. Rebooting American Health Care. Portfolio. 2023. P. 303.

⁹⁸ Krugman, P., Wells, R. The health care crisis and what to do about it. New York Review of Books. 2006. 53(5).

⁹⁹ Health Care as a Human Right – Medicare For All. Bernie Sanders Official Website. URL: <https://berniesanders.com/issues/medicare-for-all/> (дата обращения: 24.11.2024).

групповой, а не общественной солидарности. В результате в стране существует 8% незастрахованного населения, имеющего ограниченный доступ к медицинским услугам. Большинство американцев – 65,6% – застрахованы в частных страховых компаниях. Основные государственные программы медицинского страхования «Медикэр» и вспомоществования «Медикейд» 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%¹⁰⁰. По состоянию на 2022 год в отрасли здравоохранения занято 14,7 млн человек, из которых 85% трудоустроены в частном секторе и 15% – в государственном¹⁰¹.

Система здравоохранения существенно раздроблена, что можно проследить на трёх различных уровнях: медицинского страхования, медицинских учреждений и системы государственного управления. 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, органы государственного управления ведут переговоры со страховщиками в отношении условий страхования примерно так же, как это делают работодатели в рамках частного страхования.

Высокая степень децентрализации управления – ещё одна отличительная характеристика системы здравоохранения США, которая фактически является отражением общих черт федерализма американского государства. Однако такая раздробленность в управлении приводит к тому, что часть программ и агентств

¹⁰⁰ 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).

¹⁰¹ 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 здравоохранения и запутанные рекомендации для поставщиков и пациентов – в других.

По сути, американское здравоохранение является продолжением американской модели капитализма. Экономике 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 культуре индивидуального успеха американская экономика преследует в первую очередь высокую производительность и эффективность, а не создание условий для социального равенства и справедливости, как, скажем, в скандинавских странах¹⁰².

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. Государство вынуждено работать с непростым партнёром – частной системой медицинского обслуживания, исключительной по своей природе в сравнении с другими развитыми странами. И хотя эти две системы – общественного и частного здравоохранения – призваны дополнять друг друга, из-за различий в моделях финансирования и руководящих парадигмах возникают многочисленные проблемы в их координации и сопряжении, выливающиеся в жёсткую политическую борьбу.

Таким образом, в самой системе, опирающейся на рыночные механизмы работы, дезинтегрированной и децентрализованной как с точки зрения

¹⁰² 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

управления, так и с точки зрения страхования и механизма предоставления услуг, заложен ряд противоречий, который создаёт потенциал для глубокого кризиса в случае возникновения экстренных ситуаций, одной из которых и явилась пандемия коронавирусной инфекции COVID-19.

Глава 2. Пандемия COVID-19 как вызов американскому здравоохранению

В конце 2019 года из китайского города Ухань стали поступать сообщения о случаях атипичной пневмонии неизвестной этиологии. У пациентов наблюдалась одышка и лихорадка, и болезнь не поддавалась стандартному лечению. С этого началась история пандемии COVID-19, которая разделила мир на «до» и «после». Её последствия оказали масштабное влияние на все сферы жизни: на мировую и национальные экономики, науку, медицину, политику, психологию и поведение людей. За четыре с половиной года в мире зарегистрировано свыше 775 млн случаев заражения и более 7 млн смертей¹⁰³. И хотя в 2023 году во многих странах мира было отменено чрезвычайное положение в области здравоохранения в связи с распространением COVID-19, вирус никуда не исчез; он продолжает циркулировать, мутировать и остаётся потенциальной угрозой для жизни людей и устойчивости национальных систем здравоохранения.

В первые месяцы кризиса США вырвались в мировые лидеры по количеству зарегистрированных случаев заражения и смертей и на протяжении всего времени пандемии 2020–2023 годов удерживали это первенство, что в 2023 году составило 13,3% и 16,8% мировых показателей соответственно при доле населения страны в мире всего 4,2%. В Индии, чьё население составляет почти 18% от населения Земли, зафиксировано 45 млн случаев заболевания, или 6% всех случаев. В Китае – на 18% от мирового населения пришлось 12,8% случаев заражения в мире¹⁰⁴. Такие непропорционально высокие потери продемонстрировали низкую эффективность системы здравоохранения США – самой дорогой и технологичной в мире. Исследованию этого парадокса и посвящена глава 2.

В этой главе мы проанализируем комплекс взаимосвязанных проблем: распространение вируса по территории США, кто и почему чаще становился его жертвами, с чем пришлось столкнуться американской системе здравоохранения,

¹⁰³ Who COVID-19 Dashboard // World Health Organization. 2024. URL: <https://data.who.int/dashboards/covid19/deaths> (дата обращения: 08.05.2024).

¹⁰⁴ Who COVID-19 Dashboard // World Health Organization. 2024. URL: <https://data.who.int/dashboards/covid19/deaths> (дата обращения: 08.05.2024).

как менялось восприятие коронавируса и самое главное – в чём причины неэффективного реагирования на вызов пандемии.

2.1. Распространение эпидемии на территории США

Первый случай заражения коронавирусной инфекцией нового типа в США был зарегистрирован 20 января 2020 года, через три недели после того, как Китай 30 декабря 2019 года объявил о вспышке заболеваний в г. Ухань. В течение десяти дней после обнаружения нулевого пациента в штате Вашингтон единичные случаи заражения стали появляться и в других штатах, находящихся в разных концах страны: Иллинойс, Калифорния, Массачусетс. 30 января 2020 года был выявлен первый случай заражения у пациента, который не выезжал за пределы страны. В тот же день в связи со вспышкой новой коронавирусной инфекцией Всемирная организация здравоохранения объявила о ситуации чрезвычайного положения в области общественного здравоохранения, имеющей международное значение, что означало глобальное предупреждение о необходимой готовности национальных систем здравоохранения к сдерживанию вируса¹⁰⁵.

За полтора месяца – к 13 марта 2020 года – эпидемия распространилась на территории всех 50 штатов, и в этот день было введено национальное чрезвычайное положение в стране в связи с пандемией COVID-19, о которой Всемирная организация здравоохранения объявила двумя днями ранее. За два месяца – к 26 марта 2020 года – США вышли на первое место в мире по совокупному количеству смертей от коронавируса. Через три месяца – к 28 апреля 2020 года – количество подтверждённых случаев превысило 1 млн человек. Через четыре месяца – 27 мая 2020 года – количество смертей достигло 100 тысяч

¹⁰⁵ Заявление Генерального директора ВОЗ по итогам совещания Комитета ММСП по чрезвычайной ситуации в связи с новым коронавирусом (2019-nCoV) // Всемирная организация здравоохранения. 30 января 2020 г. URL: [https://www.who.int/ru/director-general/speeches/detail/who-director-general-s-statement-on-ihr-emergency-committee-on-novel-coronavirus-\(2019-ncov\)](https://www.who.int/ru/director-general/speeches/detail/who-director-general-s-statement-on-ihr-emergency-committee-on-novel-coronavirus-(2019-ncov)) (дата обращения: 08.05.2024).

человек¹⁰⁶. Четыре года спустя – весной 2024 года – количество зарегистрированных случаев заражения в США превышает 103 млн, количество жертв приблизилось к 1,2 млн.

За четыре года пандемии по США прокатилось несколько волн заболеваемости (Рисунок 6), каждой из которых присущ ряд особенностей. Их влияние на различные регионы страны было неравномерным. Во многих случаях характеристики сообществ, которые в начале пандемии ассоциировались с более высокими показателями смертности, к концу пандемии стали ассоциироваться с более низкими показателями смертности, и наоборот. В начале пандемии непропорционально сильно пострадали городские районы на северо-востоке страны. Во время первой волны уровень смертности от коронавируса среди 10% населения страны, проживающего в наиболее густонаселенных округах, более чем в девять раз превышал уровень смертности среди 10% населения, проживающего в малонаселенных округах. Однако в каждой последующей волне в наименее густонаселенных округах страны регистрировались более высокие показатели смертности, чем в регионах с высокой плотностью населения¹⁰⁷.

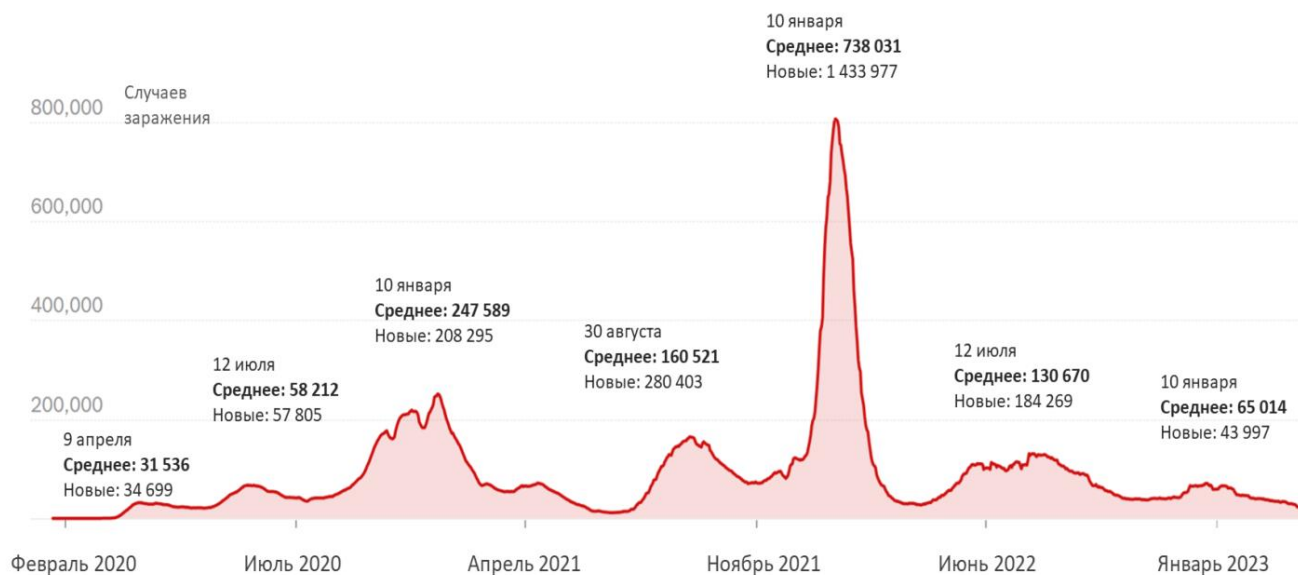
Первая волна заболеваний коронавирусом весной 2020 года особенно сильно ударила по нескольким крупным городским районам, включая Нью-Йорк, Новый Орлеан (Луизиана), Олбани (Гавайи). Распространение вируса в это время носило случайный характер. Ухудшению ситуации способствовали высокая плотность населения и масштабные транспортные узлы, характерные для мегаполисов¹⁰⁸.

¹⁰⁶ Roberts, J., Kennedy, A., The virus years: A U.S. Covid Retrospective // Undark. 2021. URL: <https://undark.org/2022/04/19/covid-19-retrospective/> (дата обращения: 30.04.2022).

¹⁰⁷ 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).

¹⁰⁸ Leatherby, L. What previous COVID waves tell us about the virus now? // The New York Times. 2021. URL: <https://www.nytimes.com/interactive/2021/10/23/us/covid-surges.html> (дата обращения: 30.04.2022).

Рисунок 6 – Выявленные случаи заражения COVID-19 в США в 2020–2023 годах



Источник: John Hopkins University, The New York Times.

Для сдерживания роста заболеваемости критически важно было сформировать достоверную картину распространения инфекции по территории страны. Это потребовало масштабной кампании по тестированию населения, что стало тяжёлым вызовом для американской системы общественного здравоохранения: тестов катастрофически не хватало.

Первый тест на коронавирус был разработан в Германии еще 6 января 2020 года, и именно его рекомендовала ВОЗ для производства, опубликовав протоколы тестирования в открытом доступе. Однако Центры по контролю и по профилактике заболеваний выступили с инициативой разработки собственного, наиболее точного теста, который имел не два, а три маркера, определяющих наличие вируса в организме пациента. Первая партия тестов, направленная 7 февраля 2020 года в сто государственных лабораторий по всей стране, оказалась бракованной из-за нарушения производственных стандартов, в результате чего третий маркер в составе теста давал противоречивые результаты. На устранение ошибки и распространение новых тестов у Центров ушли недели. Тем временем частные лаборатории приступили в разработке собственных тестов. Однако в

силу бюрократических процедур они не могли оперативно получить экстренное разрешение Управления по санитарному надзору за качеством пищевых продуктов и медикаментов, до тех пор пока открытое письмо-обращение группы микробиологов в Конгресс 28 февраля 2020 года не ускорило процесс авторизации¹⁰⁹.

В результате этих задержек к концу февраля–началу марта 2020 года в США проводилось не более одной тысячи тестов в день, а общее их количество не превышало 14 тысяч. Для сравнения, в Южной Корее, где первый случай заболевания был выявлен в тот же день, что и в США, к 16 февраля 2020 года тестирование прошли почти 8 тыс. человек, в то время как в США – всего 800¹¹⁰. При этом из-за нехватки тестов было введено предписание Центров по контролю и профилактике заболеваний назначать анализы в первую очередь тем, кто недавно вернулся из Китая или контактировал с официально подтверждённым заражённым индивидом. Приходившие в лаборатории и клиники пациенты с явными симптомами заболевания уходили домой без подтверждённого диагноза. Масштабное тестирование началось лишь в середине марта 2020 года. К началу мая стали проводить по 200-300 тыс. тестов в сутки. Но к этому моменту вирус бесконтрольно распространялся по территории США¹¹¹.

Опасность коронавируса SARS-Cov-2 – возбудителя COVID-19 – заключается в том, что он легко передаётся от человека к человеку, вызывает острый респираторный синдром, который может протекать как в лёгкой, так и в тяжёлой форме. Его особенностью, в отличие от возбудителя предыдущей вспышки тяжёлого острого респираторного синдрома (*Severe acute respiratory syndrome, SARS*) в 2002-2003 годах, является то, что он может передаваться от

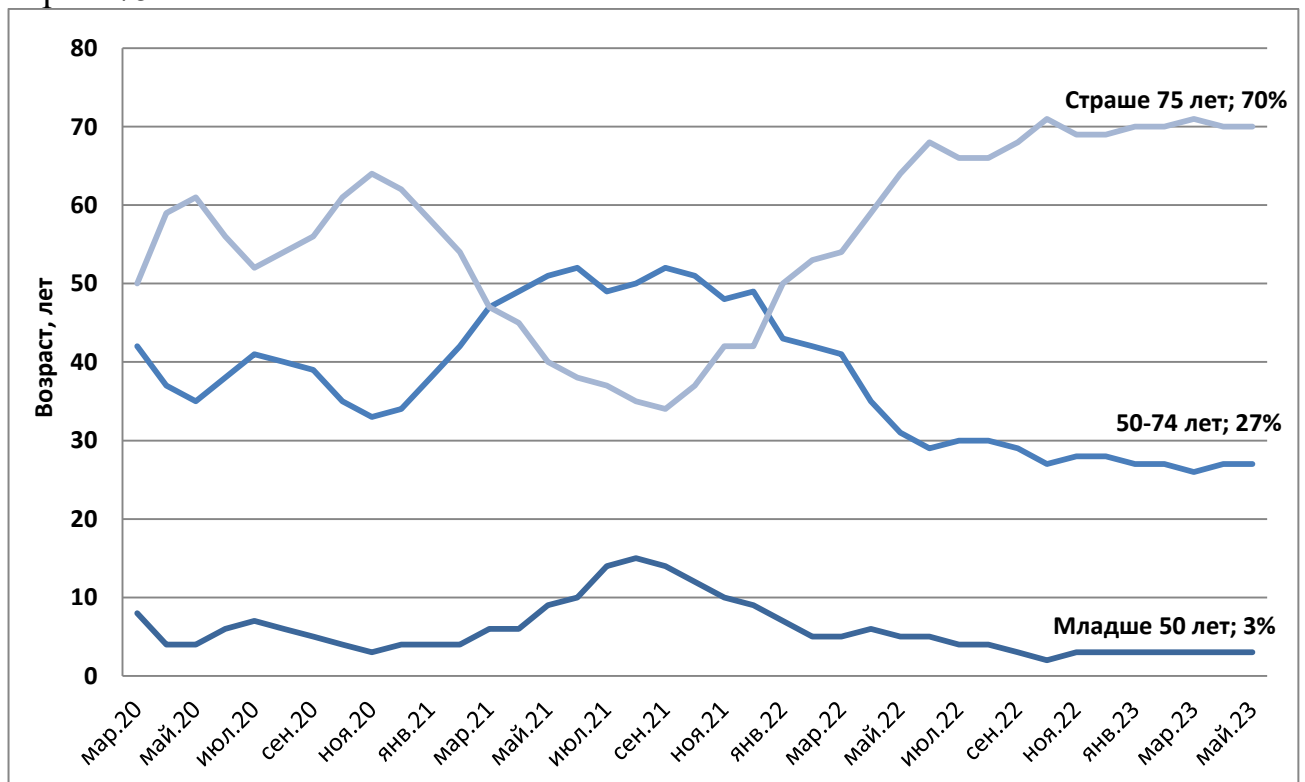
¹⁰⁹ Khazan, O., The four key reasons the U.S. is so behind on coronavirus testing // The Atlantic. 2020. URL: <https://www.theatlantic.com/health/archive/2020/03/why-coronavirus-testing-us-so-delayed/607954/> (дата обращения: 30.04.2022).

¹¹⁰ Kelly, M., Cahlan, S., Samuels, E. What went wrong with coronavirus testing in the U.S. // The Washington Post. 2020. URL: <https://www.washingtonpost.com/politics/2020/03/30/11-100000-what-went-wrong-with-coronavirus-testing-us/> (дата обращения 30.03.2021).

¹¹¹ Гучанова А.П. Здравоохранение США. Что пошло не так? // ИМЭМО РАН. 2020. URL: <https://www.imemo.ru/publications/policy-briefs/text/zdravoohranenie-ssha-chto-poshlo-ne-tak> (дата обращения: 06.05.2024).

человека к человеку бессимптомно. Это значит, что отследить его циркуляцию в сообществе можно только с помощью масштабного тестирования всего населения, а не только тех, кто жалуется на плохое самочувствие. Вирус способен через прямое инфицирование или посредством иммунного ответа организма поражать различные органы человека. Наиболее частое осложнение проявляется в виде вирусной пневмонии, которая может привести к дистресс-синдрому и последующей острой дыхательной недостаточности, при которой высока вероятность летального исхода. При серьёзных осложнениях пациенту необходимы кислородная терапия и респираторная поддержка. Заболеванию подвержены люди всех возрастов, хотя перед осложнениями наиболее уязвимы пожилые, а также люди с хроническими заболеваниями: астмой, диабетом и заболеваниями сердечно-сосудистой системы. В течение всего времени пандемии, за исключением волны с доминирующим штаммом «Дельта», наиболее высокий уровень смертности наблюдался в возрастной когорте старше 75 лет (Рисунок 7).

Рисунок 7 – Высокий уровень смертности от COVID-19 среди пожилых старше 75 лет



Источник: составлено на основе данных Centers for Disease Control and Prevention: Provisional COVID-19 Deaths by Sex and Age URL:

https://data.cdc.gov/NCHS/Provisional-COVID-19-Deaths-by-Sex-and-Age/9bhg-hcku/about_data (дата обращения: 18.07.2024)

На первом этапе системе общественного здравоохранения США не удалось реализовать рекомендованную ВОЗ стратегию по борьбе с коронавирусом, которая заключалась в том, чтобы тестировать население, изолировать заражённых пациентов, отслеживать их контакты и помещать контактировавших с заболевшими на карантин. Эта стратегия была нацелена на то, чтобы замедлить скорость распространения вируса и таким образом снизить нагрузку на медицинские учреждения, которые при одновременном заболевании большого количества человек были не готовы к повышенному числу госпитализаций и тяжелобольных пациентов с летальным исходом. В начале 2020 года мировому сообществу казалось, что пандемию можно будет взять под контроль и добиться полной победы над вирусом¹¹².

Большинство штатов вводили ограничения для профилактики распространения коронавирусной инфекции, призывая соблюдать физическую дистанцию, отменяя массовые мероприятия, вводя обязательный масочный режим в общественных местах, переводя обучение в дистанционный формат, закрывая предприятия, обязуя соблюдать карантин в случае положительного теста на вирус. Сроки и степень ограничительных мер варьировались в зависимости от штата, округа и даже города.

Тем не менее именно принятые ограничительные меры помогли сгладить кривую вспышек, не позволив коронавирусу распространиться по стране волнами, как это было в последующие этапы пандемии. На этапе первой волны отдельные, наиболее серьёзные очаги наблюдались в местах, где люди не могли находиться, соблюдая физическую дистанцию: в домах престарелых, тюрьмах или на масштабных производствах. В домах престарелых и учреждениях длительного ухода в Америке проживало менее 1% населения, но по состоянию на середину

¹¹² Обновлённая стратегия борьбы с COVID-19 // Всемирная организация здравоохранения. 14 апреля 2020 г. URL: https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/covid19-strategy-update-2020-ru.pdf?sfvrsn=29da3ba0_19 (дата обращения: 06.04.2022).

июня 2020 года на них приходилось 40% смертей от коронавируса¹¹³. Всего во время первой волны погибло 125 тыс. человек¹¹⁴.

Летом 2020 года произошёл второй всплеск заболеваемости, но на этот раз сильные вспышки были зафиксированы на территории Солнечного пояса США. Летняя жара ударила по многим мегаполисам юга и юго-запада. Среди наиболее пострадавших штатов были те, которые поторопились с открытием экономик и снятием ограничений: Южная Каролина, Алабама, Джорджия, Миссисипи. Одним из факторов осложнения ситуации в этом регионе считается также жаркий сезон, который способствовал тому, что люди стали больше проводить время в закрытых помещениях. Эту теорию подтверждает пересмотр руководства ВОЗ по борьбе с COVID-19: на второй неделе июля 2020 года организация признала возможность передачи вируса воздушно-капельным путём в закрытых помещениях, а не только при тесном контакте с инфицированными людьми¹¹⁵. В отсутствие жестких профилактических ограничений вирус распространился в пригороды и отдалённые районы. К концу лета большинство самых серьёзных вспышек происходило в сельской местности – на них пришлось большинство из 80 000 смертей.

Для первых двух вспышек была характерна масштабная нехватка средств индивидуальной защиты (СИЗ) и необходимого медицинского оборудования: перчаток, масок, защитных очков и экранов, халатов и респираторов N95, – а также аппаратов искусственной вентиляции легких, что стало существенным вызовом для стабильности инфраструктуры здравоохранения США. Без надлежащих СИЗ у медицинского персонала повышается шанс инфицирования. С одной стороны, заразившиеся медицинские работники способствует масштабной

¹¹³ Yong, E. How the pandemic Defeated America // The Atlantic. 2020. URL: <https://www.theatlantic.com/magazine/archive/2020/09/coronavirus-american-failure/614191/> (дата обращения: 05.05.2022).

¹¹⁴ 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).

¹¹⁵ Coronavirus disease (COVID-19) Situation Report – 172 // World Health Organization. 10 July 2020. URL: <https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20200710-covid-19-sitrep-172.pdf> (дата обращения: 01.05.2022).

передаче вируса. С другой – в момент повышенного спроса на медицинские услуги болезнь персонала снижает качество и количество доступных услуг. Таким образом, нехватка СИЗ становится критической общесистемной проблемой общественного здравоохранения, а не только проблемой прав работников или гигиены труда.

Такая нехватка средств индивидуальной защиты обусловлена комплексом факторов. В первую очередь значительно повлиял шок спроса, вызванный нуждами здравоохранения и паническим поведением американских потребителей, который привел к дефициту товаров в национальных масштабах. Ситуация усугубилась разрывом глобальных цепочек поставок. США являлись основным импортёром СИЗ – на них приходилось порядка 30% мирового импорта масок, перчаток и защитных экранов¹¹⁶. До 90% потребляемых средств индивидуальной защиты закупались в Юго-Восточной Азии и Китае, который на тот момент производил 40% всех защитных масок в мире. В 2019 году США импортировали из Китая более 70% текстильных масок, 55% защитных очков, 55% защитной медицинской одежды от всего объёма потребляемых в стране СИЗ. С ухудшением ситуации внутри страны в январе-феврале 2020 года правительство Китая выкупило предназначавшийся на экспорт товар для удовлетворения внутреннего спроса¹¹⁷. В ответ на это другие мировые производители СИЗ, включая Индию, Тайвань, Германию и Францию, также ограничили экспорт. К марту 2020 года правительства многих стран мира ввели ограничения на экспорт средств индивидуальной защиты, что, в свою очередь, способствовало росту цен. Цены на хирургические маски выросли в шесть раз, на респираторы N95 – в три, а на хирургические халаты – в два¹¹⁸. Усугубляющим ситуацию фактором стала и сама операционная модель работы медицинских учреждений, которые являются

¹¹⁶ Cohen, J., Rodgers, Y.V.M. Contributing factors to personal protective equipment shortages during the COVID-19 pandemic // *Prev Med.* 141: 106263. 2020 Dec; DOI: 10.1016/j.ypmed.2020.106263

¹¹⁷ COVID-19 and Domestic PPE Production and Distribution: Issues and Policy Options // Congressional Research Service. 2020. URL: <https://crsreports.congress.gov/product/pdf/R/R46628> (дата обращения: 18.03.2022).

¹¹⁸ Burki, T. Global shortage of personal protective equipment // *Lancet Infect. Dis.* 2020;20(7):785–786. DOI: 10.1016/S1473-3099(20)30501-6

субъектами рыночной деятельности и нацелены не только на помощь людям, но и на максимизацию прибыли. Стараясь экономить на издержках, медицинские учреждения при закупке расходных материалов, в том числе средств индивидуальной защиты, складированию предпочитали их приобретение по мере необходимости. В условиях сложившейся ситуации на рынке они оказались неспособны закупить необходимые материалы.

Для борьбы с дефицитом ключевых средств индивидуальной защиты в начале 2020 года Центры по контролю и профилактике заболеваний в рекомендациях медицинскому персоналу были вынуждены авторизовать повторное использование одноразовых фильтрующих респираторов N95, просроченных респираторов, а также использование масок, аналогичных тем, что были одобрены Национальным институтом охраны труда и здоровья (*National Institute for Occupational Safety and Health*)¹¹⁹.

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 года невозможно было урегулировать без государственного вмешательства. Лишь спустя месяцы после начала пандемии ситуацию с поставками средств индивидуальной защиты удалось стабилизировать.

Третья волна осени 2020–весны 2021 годов началась с роста количества заболеваний на Верхнем Среднем Западе в сентябре 2020 года. Причинами роста заболеваемости стали отмена ограничительных мер в ряде штатов, в том числе открытие школ, а также массовые путешествия по стране в преддверии дня

¹¹⁹ COVID-19 // Centers for Disease Control and Prevention. URL: https://www.cdc.gov/covid/?CDC_AAref_Val=https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/ppe-strategy/decontamination-reuse-respirators.html (дата обращения 22.03.2022).

благодарения и рождества – праздников, которые собирали за одним столом разные поколения семей. Из региона Верхнего Среднего Запада вспышка распространилась за его пределы, достигнув обоих побережий и прокатившись разрушительной волной по югу. Во время третьей волны географические различия, свойственные предыдущим периодам, стали гораздо менее выраженными. В декабре 2020 года на территории США был обнаружен более заразный вариант коронавируса – В.1.1.7, названный «Альфа», который успел вызвать заметную вспышку ещё в ноябре в Великобритании. Эта мутация вируса быстро стала доминирующей – к середине апреля 2021 года 66% случаев заражения приходились на этот штамм¹²⁰. Особенный всплеск отмечался в штатах Мичиган, Миннесота, Мэриленд. Исследования показали, что вирус В.1.1.7 чаще приводил инфицированных людей в больницу, чем первоначальный вирус, вызванный SARS-CoV-2¹²¹. Отсутствие чёткого протокола лечения в сочетании с масштабной нагрузкой на больничные сети сделали эту волну пандемии самой смертоносной: за период с октября 2020 года по апрель 2021 года от осложнений, вызванных коронавирусом, скончалось 370 тыс. американцев.

Однако к весне 2021 года количество случаев заболевания в США значительно снизилось по сравнению с зимним пиком – этому способствовала масштабная кампания по вакцинации населения. 11 декабря 2020 года Управление по санитарному надзору за качеством пищевых продуктов и медикаментов США выдало разрешение на экстренное применение двухкомпонентной вакцины против COVID-19, разработанной компаниями «Пфайзер» (*Pfizer*) и «Биоэнтек» (*BioNTech*)¹²². Через неделю аналогичную лицензию получила вакцина компании «Модерна» (*Moderna*). В конце февраля 2021 года была экстренно одобрена однокомпонентная вакцина компании

¹²⁰ Haslett, C. UK variant has become most dominant COVID strain in US, CDC says // *AbcNews*. April 8, 2021. URL: <https://abcnews.go.com/Politics/uk-variant-dominant-covid-strain-us-cdc/story?id=76929773> (дата обращения: 05.05.2023).

¹²¹ Bollinger, R., Ray, S., Maragakis, L. COVID Variants: What should you know // *John Hopkins Medicine*. URL: <https://www.hopkinsmedicine.org/health/conditions-and-diseases/coronavirus/a-new-strain-of-coronavirus-what-you-should-know> (дата обращения: 02.05.2022).

¹²² Российская вакцина «Гам-КОВИД-Вак» («Спутник V») была зарегистрирована на 4 месяца раньше – 11 августа 2020 года.

«Джонсон-эн-Джонсон» (*Johnson & Johnson*)¹²³. Наличие трёх одобренных препаратов значительно ускорило процесс вакцинации, позволив реализовать план демократического президента Дж. Байдена, победившего на выборах осенью 2020 года, – распространить 100 млн доз вакцин за первые 100 дней президентства – на 40 дней быстрее. К маю 2021 года хотя бы одну прививку сделало 46% населения США, полностью привито было 34,8%. С середины апреля 2021 года вакцинация стала доступна для всех желающих американцев старше 16 лет, а не только работникам критических отраслей: врачам и медсестрам, пожарным, полицейским, сотрудникам исправительных учреждений, почтовой службы, рабочим пищевой промышленности и сельского хозяйства, занятым в образовательном сфере, а также пожилым старше 65 лет¹²⁴.

К июню 2021 года благодаря вакцинации случаи заболевания коронавирусом в США достигли минимума, не наблюдавшегося с начала пандемии. Многие штаты сняли практически все введённые ранее ограничения, связанные с запретом на массовые мероприятия и обязанностью носить маски в общественных местах. Но эти решения местных властей оказались недальновидными, особенно для районов, в которых наблюдались недостаточно высокие уровни вакцинации (Рисунок 8).

Очередная мутация вируса под названием «Дельта» (B.1.617.2), которая впервые была обнаружена в Индии, быстро набирала силу и стала причиной большинства случаев заболевания в США. Штамм «Дельты» считается в 2-3 раза более заразным относительно оригинального вируса. Особенностью этой волны, которая длилась с июля по середину октября 2021 года, явилось то, что она возникла в тот момент, когда у жителей США уже появился масштабный доступ к вакцинам. К началу августа 2021 года 57,9% американцев старше 12 лет

¹²³ В мае 2022 года Управление по санитарному надзору за качеством пищевых продуктов и медикаментов США ограничило её применение из-за риска образования тромбов в течение нескольких недель после получения дозы. В мае 2023 года Управление отозвало разрешение на экстренное применение вакцины.

¹²⁴ Centers for Disease Control and Prevention. URL: www.cdc.gov (дата обращения: 02.05.2022).

получило хотя бы одну дозу¹²⁵. Иммунизация населения за счёт вакцинации или за счёт ранней болезни предопределила географию распространения волны «Дельты». Первый большой всплеск заражений произошёл в Миссури. Вскоре эта вспышка перекинулась на Арканзас, Вайоминг, Луизиану, Алабаму и Флориду – штаты с наиболее низким уровнем вакцинации. К концу августа в большинстве штатов юга были поставлены новые рекорды по количеству ежедневных случаев заболевания и смертей, и вирус повернул на север, вызвав всплески на Верхнем Среднем Западе и Горном Западе. В то время как волна «Дельты» прокатилась по большей части страны, некоторые места оказались в относительной безопасности. Вирус не смог проникнуть в северо-восточный коридор, где наблюдался один из самых высоких уровней вакцинации населения. Ещё одной особенностью этой волны стал высокий по сравнению с предыдущими волнами уровень госпитализации среди более молодых людей. Это также связано с тем, что среди этой возрастной когорты наблюдались наиболее низкие уровни вакцинации (Рисунок 7).

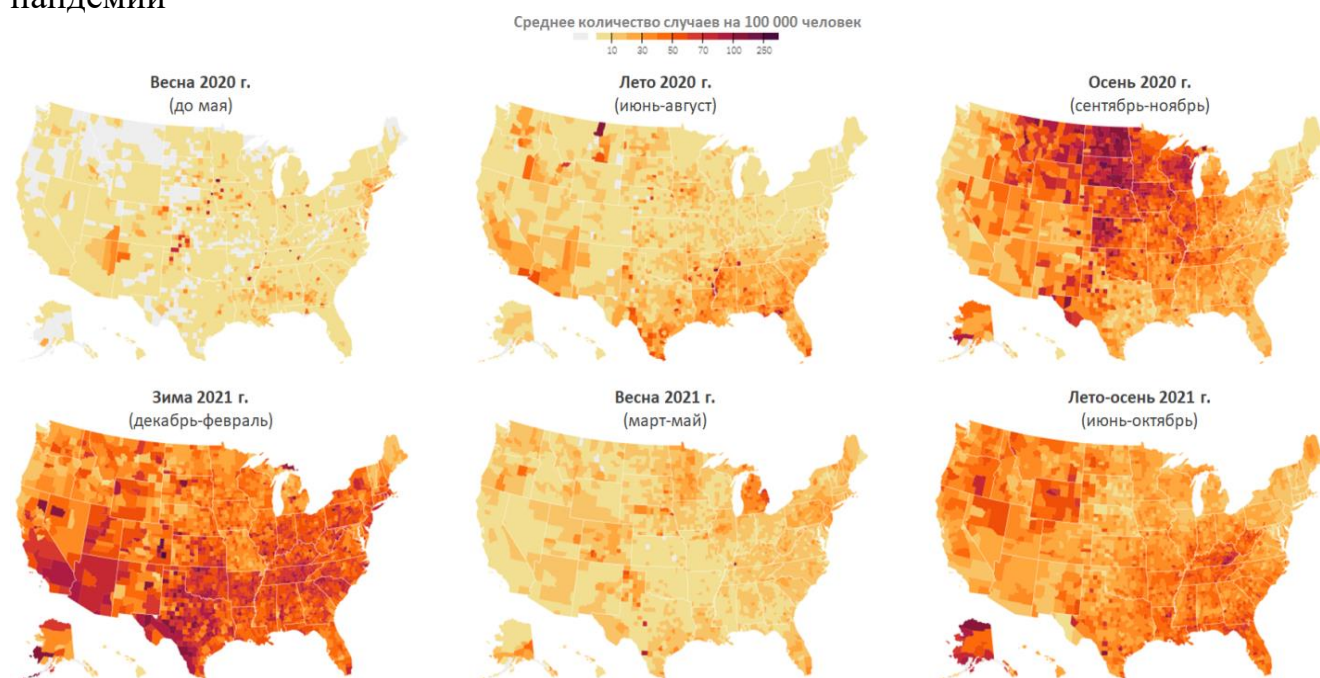
Осенью 2021 года вариант «Дельты» начал вытесняться новым штаммом, впервые зарегистрированным в ЮАР и названным «Омикрон». Новая, пятая волна коронавируса, которая продолжалась с 1 декабря 2021 года по 28 февраля 2022 года, началась на северо-востоке США. Вирус распространился на Иллинойс, Висконсин и Джорджию – районы, в которых наблюдался высокий уровень вакцинации и которые казались невосприимчивыми к новым волнам заболеваемости. Затем волна прошла по югу страны от Флориды до Калифорнии¹²⁶. «Омикрон» распространился по стране за очень короткий период

¹²⁵ Alfaro, S., Sen-Crowe, B., McKenny, M., Elkbuli, A. A closer look at U.S. COVID-19 vaccination rates and the emergence of new SARS-CoV-2 variants: It's never late to do the right thing // *Ann Med Surg (Lond)*. 2021 Sep; 69:102709. DOI: 10.1016/j.amsu.2021.102709

¹²⁶ Keating, D., Dong, M., Meko, T., Visualizing the omicron wave striking and rolling across the country // *The Washington Post*. 2022. URL: <https://www.washingtonpost.com/health/interactive/2022/omicron-wave-spread-maps/> (дата обращения: 04.05.2024).

времени, поскольку пространственный рост этого варианта был в 2,81 раза быстрее, чем варианта «Дельта», и в 3,76 раза быстрее, чем варианта «Альфа»¹²⁷.

Рисунок 8 – Распространение случаев заражения на разных этапах пандемии



Источник: Leatherby, L. What previous COVID waves tell us about the virus now? // The New York Times. 2021. URL: <https://www.nytimes.com/interactive/2021/10/23/us/covid-surges.html> (дата обращения: 30.04.2022).

Различные исследования показали, что антитела вакцинированных людей примерно в 40 раз хуже нейтрализуют «Омикрон», чем оригинальный вирус. Высокая трансмиссивность, обусловленная способностью вируса уклоняться от иммунных реакций, привела к небывалому росту количества заболеваний по всей стране¹²⁸. 10 января 2022 года было зафиксировано рекордное количество инфицированных за сутки – свыше 1,4 млн человек. И хотя «Омикрон» вызвал наибольшее количество случаев заболевания, он оказался менее тяжёлым, чем предыдущие варианты вируса. Согласно отчётам Центров по контролю и

¹²⁷ Smallman-Raynor, M.R., Cliff, A.D., Consortium, C.-G.U. Spatial growth rate of emerging SARS-CoV-2 lineages in England, September 2020–December 2021. *Epidemiol. Infect.* 2022;150:e145. doi: 10.1017/S0950268822001285

¹²⁸ Yong, E. America is not ready for Omicron // The Atlantic. URL: <https://www.theatlantic.com/health/archive/2021/12/america-omicron-variant-surge-booster/621027/> (дата обращения: 05.05.2022)

профилактике заболеваний, такие показатели, как продолжительность пребывания в больнице, госпитализация в отделения интенсивной терапии и смертность, были ниже, чем во время предыдущих пиков пандемии¹²⁹. И всё же в период этой волны было зафиксировано порядка 30 млн случаев заражения и 170 тыс. смертей¹³⁰.

Повышенный спрос на амбулаторную помощь, поддерживающую терапию для лечения лёгких случаев заболевания, а также карантин и изоляция подвергшихся заражению медицинских работников создали значительную нагрузку на систему здравоохранения США в целом и систему американских госпиталей в частности. Если в первый год пандемии наблюдалась повсеместная нехватка средств индивидуальной защиты, то 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 текучки среди сотрудников медицинских учреждений. За два года пандемии уволилось 20% медицинских работников, и ещё каждый третий задумывается о том, чтобы уйти из медицины или хотя бы сменить специализацию¹³¹. Во время вспышки «Омикрона» особенно остро ощущалась нехватка кадров в отделениях интенсивной терапии, сестринского ухода и неотложной помощи.

Общенациональной стала проблема профессионального выгорания среди сотрудников медицинских учреждений, работающих на передовой в борьбе с

¹²⁹ Centers for Disease Control and Prevention. URL: www.cdc.gov (дата обращения: 02.05.2022).

¹³⁰ Zhang, S., Liu, L., Meng, Q., Zhang, Y., Yang, H., Xu, G. Spatiotemporal Patterns of the Omicron Wave of COVID-19 in the United States // *Trop Med Infect Dis.* 2023 Jun 30;8(7):349. DOI: 10.3390/tropicalmed8070349

¹³¹ 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).

вирусом. Исследование Фонда семьи Кайзер, посвящённое переживаниям медицинских работников во время пандемии, показало: 62% опрошенных утверждают, что беспокойство или стресс негативно влияют на их психическое здоровье. Более половины (56%) медицинских работников передовой утверждают, что беспокойство и стресс вызвали у них проблемы со сном (47%), частые головные боли и заболевания органов ЖКТ (31%), а также повышенное употребление алкоголя и психотропных препаратов (16%)¹³².

К весне 2022 года количество случаев заражения заметно снизилось, их оказалось меньше, чем весной 2021 и 2022 годов. С одной стороны, спустя два с половиной года после начала пандемии появилось ощущение, что вирус начал отступать и больше не представляет серьёзной угрозы. С другой – высокая трансмиссивность и адаптивность варианта «Омикрон» дала понять, что вирус становится эндемичным и теперь стоит задача не искоренить его полностью, а обеспечить нормальное с ним сосуществование, которое бы не оказывало разрушительного воздействия на жизни людей. Появление противовирусного препарата «Паксловид» (*Paxlovid*) и разработка бустерных вакцин, которые подтверждают свою эффективность против многочисленных мутаций «Омикрона» (их насчитывается около 50)¹³³, – способствовали сокращению количества осложнений после инфицирования.

В это же время происходит трансформация в методах отслеживания вируса. Количество случаев заболевания становится всё менее надёжным показателем истинного числа инфицированных и масштабов циркуляции вируса, поскольку американцы всё чаще прибегают к домашним экспресс-тестам, которые остаются незарегистрированными. Официальные темпы тестирования снижаются, чему

¹³² Kirizinger, A., Kearney, A., Hamel, L., Brodie, M. KFF/The Washington Post Frontline Health Care Workers Survey // Kaiser Family Foundation. 2021. URL: <https://www.kff.org/report-section/kff-the-washington-post-frontline-health-care-workers-survey-toll-of-the-pandemic/> (дата обращения: 04.05.2022).

¹³³ Sah, R., Rais, M.A., Mohanty, A., Chopra, H., Chandran, D., Bin Emran, T., Dhama, K. Omicron (B.1.1.529) variant and its subvariants and lineages may lead to another COVID-19 wave in the world? – An overview of current evidence and counteracting strategies // *Int J Surg Open*. 2023 Jun; 55:100625. DOI: 10.1016/j.ijso.2023.100625

способствует и психологическая усталость населения¹³⁴. Люди, инфицированные ранее, чаще испытывают более лёгкие симптомы заболевания, что не заставляет их обратить внимание на своё состояние и обратиться к врачу. Лишь один из десяти человек весной 2022 года назвал бы коронавирус «серьёзным кризисом», в то время как подавляющее большинство считало, что пандемия – проблема решаемая¹³⁵. В связи с этим более надёжным методом отслеживания степени влияния вируса становится уровень госпитализации.

И всё же на фоне рекомендаций Центров по контролю и профилактике заболеваний к снятию профилактических ограничений, отмены федеральным судьёй обязательного масочного режима в общественном транспорте, а также активного включения американцев в привычную ранее социальную жизнь 4 мая 2022 года в США регистрируется 1 млн смертей от коронавируса.

Несмотря на всплеск заболеваний летом 2022 года, количество летальных случаев по сравнению с предыдущими периодами было минимальным. Это, а также заметное снижение случаев инфицирования и госпитализации в зимний период 2022–2023 годов подтвердило высокий уровень иммунитета у большинства населения, что позволило прийти к выводу об уменьшении степени влияния и охвата коронавируса. В январе 2023 года режим чрезвычайного положения в области здравоохранения в США был продлён в последний раз – до 11 мая 2023 года. 10 апреля 2023 года был прекращён режим общенациональной чрезвычайной ситуации, вызванной COVID-19. С весны 2023 года США вернулись к обычному режиму обеспечения безопасности здоровья граждан. Пандемия официально закончилась, тем более что и Всемирная организация здравоохранения 5 мая 2023 года объявила об отмене статуса чрезвычайной ситуации в области общественного здравоохранения в связи с пандемией COVID-19.

¹³⁴ Tayag, Y. Are we in the middle of an Invisible Wave? // The Atlantic. 2022. URL: <https://www.theatlantic.com/health/archive/2022/04/covid-ba2-omicron-invisible-wave/629708/> (дата обращения: 03.05.2022).

¹³⁵ As America reopens, few see the pandemic as a continued “crisis” // Ipsos. 2022. URL: <https://www.ipsos.com/en-us/news-polls/axios-ipsos-coronavirus-index> (дата обращения: 03.05.2022).

С прекращением действия этих режимов изменилась национальная отчётность о ситуации вокруг COVID-19. Центры по контролю и профилактике заболеваний остались единственным достоверным источником информации о коронавирусе, поскольку проекты неправительственных учреждений (*John Hopkins University* или *New York Times*), ежедневно отслеживающих ситуацию в стране и в мире с первых дней пандемии, завершили свою работу в марте 2023 года. Данные о распространении вакцин стали предоставляться реже – раз в месяц, а не раз в неделю. С отменой обязательства лабораторий передавать данные о положительных тестах на коронавирус перестал быть доступным показатель о количестве случаев заражения. Теперь же отслеживание циркуляции вируса происходит благодаря мониторингу сточных вод – метод, который позволяет выявить повышенную концентрацию вируса в сообществе, но не даёт точных количественных данных, – а также на основе данных о посещении отделений неотложной помощи. Это позволяет рекомендовать сообществам вводить на уровне округов или городов дополнительные профилактические меры в случае фиксирования вспышки заражения.

За три года действия чрезвычайного положения в области здравоохранения по территории США прокатилось шесть волн коронавируса, которые наблюдались в разные времена года. В отличие от сезонных закономерностей, наблюдаемых, например, у вируса гриппа, где ежегодные вспышки тесно связаны с факторами окружающей среды, такими как температура и влажность, климат, по-видимому, не играет важной роли в определении вспышек COVID-19¹³⁶. Хотя климатические факторы могут иметь значение, представляется, что существуют и другие причины, определяющие динамику вируса SARS-COV-2.

COVID-19 непропорционально ударил по различным группам населения. Во-первых, всё ещё в уязвимом положении остаются пожилые, а также люди с ослабленным иммунитетом. Во-вторых, заметно сильнее пострадали сельскохозяйственные районы страны. Несмотря на большое количество смертей

¹³⁶ Shamsa, E.H., Shamsa, A., Zhang, K. Seasonality of COVID-19 incidence in the United States // *Front Public Health*. 2023 Dec 5;11:1298593.DOI: 10.3389/fpubh.2023.1298593

в густонаселённых городских районах в первые месяцы пандемии (в среднем 36 смертей на 100 000 жителей в месяц), общий уровень смертности несколько выше в наименее населённых, сельскохозяйственных районах¹³⁷. В-третьих, неравенство проявилось в различных расово-этнических группах – цветное население испытывало непропорционально большое количество случаев заболевания и смерти в сочетании с низким уровнем вакцинации по сравнению с белыми американцами. Особенно это заметно среди чернокожих, американских индейцев и коренных жителей Аляски, а также среди испаноязычных сообществ по сравнению с их белыми сверстниками.

2.2. Система здравоохранения США в условиях пандемии

В начале 2020 года пандемия COVID-19 принесла немало социально-экономических потрясений, которые в том числе отразились и на участниках отрасли здравоохранения. Многие последствия удалось преодолеть благодаря беспрецедентным мерам государственной поддержки. Режимы национального чрезвычайного положения и чрезвычайной ситуации в области здравоохранения, действовавшие с начала 2020 года по весну 2023 года, оказали значительное влияние на систему общественного здравоохранения, поскольку наделили федеральное правительство полномочиями изменять требования к функционированию не только государственных программ «Медикэр» и «Медикейд» но и игроков частного медицинского страхования, и поставщиков медицинских услуг. Были ускорены процедуры по одобрению вакцин и лечащих препаратов, расширен доступ к медицинскому обслуживанию независимо от наличия медицинского страхования, а также расширен доступ к дистанционному медицинскому обслуживанию с использованием средств телекоммуникационной связи.

¹³⁷ 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).

В первую очередь экономические последствия пандемии негативно сказались на благополучии многих американцев, от которого зависит их способность заплатить за медицинские услуги, что, в свою очередь, определяет доступность медицинского обслуживания. В первые месяцы кризиса миллионы людей потеряли работу или доход и столкнулись с трудностями при оплате расходов, включая расходы на такие базовые потребности, как жильё и продукты питания.

В марте 2020 года республиканская администрация Д. Трампа приняла закон «О помощи при коронавирусе и экономической безопасности» (*Coronavirus Aid, Relief, and Economic Security Act*), в соответствии с которым единовременные выплаты в размере 1200 долл. получили американцы с доходом менее 75 тыс. долларов в год. Через год «Американский план спасения» (*American Rescue Plan Act*), принятый демократической администрацией Дж. Байдена весной 2021 года, предусматривал аналогичные выплаты в размере 1400 долл. Таким образом, финансовую поддержку от государства получило 85% домохозяйств США. После принятия законов о прямых выплатах населению основные показатели нуждаемости быстро снижались¹³⁸. Помимо прямых выплат домохозяйства получили поддержку за счет увеличения пособий по безработице (на это было выделено почти 700 млрд долл.), расширения программы продовольственных талонов (*Supplemental Nutrition Assistance Program*) (62 млрд долл.), увеличения налогового вычета для семей с детьми (93 млрд долл.), предоставления льгот по студенческим кредитам (32 млрд долл.) и других¹³⁹. Тем не менее ещё в начале апреля 2022 года свыше 33 млн американцев, или 10% населения, заявляли о том, что испытывали трудности с оплатой обычных бытовых расходов, а 18 млн –

¹³⁸ COVID hardship watch // Center on Budget and Policy Priorities. URL: <https://www.cbpp.org/research/poverty-and-inequality/tracking-the-covid-19-economys-effects-on-food-housing-and> (дата обращения: 13.05.2022).

¹³⁹ Parlapiano A., Solomon D.B., Ngo M., Cowley S. Where \$5 Trillion in Pandemic Stimulus Money Went // The New York Times. March 11, 2022. URL: <https://www.nytimes.com/interactive/2022/03/11/us/how-covid-stimulus-money-was-spent.html> (дата обращения: 13.05.2022)

отмечали, что иногда испытывали трудности с приобретением продуктов питания¹⁴⁰.

В результате введённых ограничительных мер по борьбе с распространением коронавируса рост безработицы в 2020 году принял беспрецедентные масштабы, достигнув пика в апреле 2020 года, – 14,8%, что в четыре раза превысило докризисный показатель в 3,5%. За период с конца марта по конец июня 2020 года за пособием по безработице обратилось свыше 50 млн человек. Уровень занятости полностью восстановился только к 2022 году.

Потеря работы для многих американцев означает и потерю предоставляемого работодателем медицинского страхования, которым в США до начала пандемии было охвачено свыше 170 млн человек. По различным оценкам, за первый год пандемии из-за сокращения на работе медицинской страховки лишилось от 7,3 млн до 27 млн человек¹⁴¹.

В США остаться без медицинского страхования означает возможность столкнуться с крупным счётом за медицинские услуги. По данным некоммерческой организации «Справедливое здоровье» (*Fair Health*), стоимость госпитального лечения COVID-19 лежит в диапазоне от 31 тыс. до 111 тыс. долларов – и это только при нетяжёлом течении заболевания без использования палаты интенсивной терапии и аппарата искусственной вентиляции легких. В особо тяжёлых случаях выставленный счёт может достигать 470 тыс. долларов. Стоимость лечения зависит от места оказания помощи, длительности пребывания в госпитале, а также от возраста пациентов¹⁴². Хотя стоит оговориться, что эти суммы представляют собой счета, которые госпитали выставляют страховщикам. После переговоров фактическая стоимость лечения значительно снижается.

¹⁴⁰ Week 44 Household Pulse Survey: March 30 – April 11 // United States Census Bureau. URL: <https://www.census.gov/data/tables/2022/demo/hhp/hhp44.html> (дата обращения: 13.05.2022).

¹⁴¹ Frostin, P., Woodbury, S.A. Update: How many Americans Have Lost Jobs with Employer Health Coverage During the Pandemic? // The Commonwealth Fund. 2021. URL: <https://www.commonwealthfund.org/blog/2021/update-how-many-americans-have-lost-jobs-employer-health-coverage-during-pandemic> (дата обращения: 14.05.2022).

¹⁴² Hardy, A. Average Costs for a COVID-19 Hospital Stay Top 400 000 in Some States: Study // Money. 2021. URL: <https://money.com/covid-19-hospital-cost-by-state/> (дата обращения: 14.05.2022).

Федеральное правительство, учтя тот факт, что в стране на начало пандемии насчитывалось свыше 33 млн незастрахованных американцев, приняло ряд законов, включающих меры по обеспечению доступа к медицинской помощи во время пандемии независимо от уровня дохода граждан: «О поддержке пострадавших от коронавируса» (*Families First Coronavirus Response Act*), февраль 2020 года; «О помощи при коронавирусе и экономической безопасности», март 2020 года; «Американский план спасения», март 2021 года.

Во-первых, на время действия чрезвычайного положения в области здравоохранения в обмен на федеральные субсидии власти штатов приостановили проверку соответствия требованиям программы страхования малоимущих «Медикейд», чтобы обеспечить непрерывным покрытием всех застрахованных в рамках этой программы. До пандемии каждый реципиент программы должен был подтверждать своё право на участие в ней, предоставляя данные о месте жительства в штате и о своём доходе. В случае если доход превышал установленные штатом нормы, индивид лишался доступа к субсидированной медицинской помощи. Во время пандемии американец, имеющий план «Медикейд», не мог его потерять. Учитывая это, а также то, что с ростом безработицы за два года пандемии за медицинским полисом по программе страхования малоимущих обратилось 15 млн человек, значительно увеличилось общее количество реципиентов «Медикейд» – на 23% – с 65 до 79 млн человек, что, в свою очередь, повлекло за собой и рост её стоимости на 9,2% – с 639 млрд долл. до 671 млрд долл¹⁴³. С апреля 2023 года федеральное субсидирование начало сокращаться, и штаты снова начали проводить проверку граждан на соответствие требованиям получения «Медикейд».

Во-вторых, для сохранения как можно большего количества застрахованных граждан в рамках «Американского плана спасения» было расширено

¹⁴³ NHE Fact Sheet // Centers for Medicare and Medicaid Services. URL: <https://www.cms.gov/Research-Statistics-Data-and-Systems/Statistics-Trends-and-Reports/NationalHealthExpendData/NHE-Fact-Sheet#:~:text=Historical%20NHE%2C%202020%3A&text=Medicaid%20spending%20grew%209.2%25%20to,28%20percent%20of%20total%20NHE> (дата обращения: 14.05.2022).

субсидирование на страхование. Впервые были предоставлены льготы американцам, зарабатывающим более 400% федерального уровня бедности. Эта норма была продлена законом о снижении инфляции 2022 г. до конца 2025 г.¹⁴⁴ Налогоплательщики также сумели получить 100% возмещение стоимости участия в программе COBRA, позволяющей сохранять коллективную страховку от работодателя до 36 месяцев после увольнения (*Consolidated Omnibus Budget Reconciliation Act, COBRA*).

В-третьих, в рамках закона «О помощи при коронавирусе и экономической безопасности» был создан Фонд помощи поставщикам медицинских услуг (*Provider Relief Fund*), средства из которого компенсировали медицинским учреждениям расходы, связанные с лечением незастрахованных пациентов. Поставщикам медицинских услуг, получающим государственное субсидирование на борьбу с пандемией, было запрещено напрямую выставлять пациентам счета за расходы сверх того, что покрывается страховкой пациентов.

В-четвёртых, на время действия чрезвычайного положения в области здравоохранения были отменены все соплатежи за тестирование, вакцинацию и лечение по медицинским полисам в рамках государственных программ «Медикэр» и «Медикейд».

В-пятых, федеральный закон «О поддержке пострадавших от коронавируса» также на время действия чрезвычайного положения в области здравоохранения обязал частные страховые компании возмещать стоимость тестирования на коронавирус и сопутствующие услуги без соплатежей даже при проведении лабораторного исследования вне интегрированной сети поставщиков, если тест признан соответствующим медицинским показаниям.

Учитывая непростую ситуацию в области здравоохранения, крупные частные страховые компании присоединились к мерам поддержки населения во время пандемии. Весной 2020 года, без какого-либо официального федерального

¹⁴⁴ Expanded Financial Assistance Allows Families to Save Money and Upgrade Health Insurance // The White House. November 8, 2024. URL: <https://www.whitehouse.gov/cea/written-materials/2024/11/08/expanded-financial-assistance-allows-families-to-save-money-and-upgrade-health-insurance/> (дата обращения 19.12.2024)

мандата, они пришли к соглашению о том, что на протяжении определённого периода не будут выставлять пациентам счета не только за тестирование, но и за лечение и госпитализацию при диагностировании COVID-19. Исследование Фонда семьи Кайзер показало, что благодаря этому решению почти 88% застрахованных индивидуальным или коллективным планом страхования могли быть освобождены от доплат в случае госпитализации¹⁴⁵. Более того, большинство страховщиков по примеру «Медикэр» и «Медикейд» начали оплачивать услуги телемедицины – дистанционных визитов к врачу¹⁴⁶.

Однако с широким распространением вакцин среди населения многие страховые компании свернули введённые меры поддержки. Уже к осени 2021 года три четверти планов двух крупных страховых компаний США не покрывали полностью стоимость лечения от COVID-19¹⁴⁷. Исследование Университета Мичигана предполагает, что за лечение в больнице стоимость доплат со стороны пациентов составит в среднем 3 800 долл. для держателей частного плана и 1 500 долл. для американцев с расширенными планами «Медикэр»¹⁴⁸.

За первый год пандемии доходы частных страховых компаний заметно выросли. Многие страховщики сообщили о рекордных прибылях во втором квартале 2020 года и по итогам всего года. Так, например, операционная прибыль четырёх крупнейших игроков отрасли медицинского страхования: *UnitedHealth Group*, *CVS Health Care Benefits Segment*, *Anthem* и *Humana*, – во втором квартале 2020 года превысила 200% прошлогоднего показателя. В 2022 году совокупный

¹⁴⁵ Cox, C., McDermott, D. Cost-sharing waivers and premium relief by private plans in response to COVID-19 // Peterson-KFF Health System Tracker. 2020. URL: <https://www.healthsystemtracker.org/brief/cost-sharing-waivers-and-premium-relief-by-private-plans-in-response-to-covid-19-nov-2020-update/> (дата обращения: 12.05.2022).

¹⁴⁶ Roehr, B., The health private insurance in the US during COVID-19 // *BMJ*. 370 :m2606 DOI:10.1136/bmj.m2606

¹⁴⁷ Amin, K., Cox, C., McGough, M., Ortaliza, J., Rae, M. Most Private Insurers are no longer waiving cost-sharing for COVID-19 treatment // Peterson-KFF Health System Tracker. 2021. URL: <https://www.healthsystemtracker.org/brief/most-private-insurers-are-no-longer-waiving-cost-sharing-for-covid-19-treatment/#Share%20of%20top%20%20plans%20with%20COVID-19%20treatment%20cost-sharing%20waivers%20by%20expiration%20date> (дата обращения: 12.05.2022).

¹⁴⁸ Gavin, K. Patients hospitalized for COVID-19 this year could pay thousands of dollars, study suggests // M Health Lab. 2021. URL: <https://labblog.uofmhealth.org/industry-dx/patients-hospitalized-for-covid-could-pay-thousands-of-dollars-study-suggests> (дата обращения: 15.05.2022).

доход девяти крупнейших страховых компаний (*Cardinal Health, Cencora, Centene, Cigna, CVS Health, Elevance Health, Humana, McKesson and UnitedHealth*) составил почти 45% национальных расходов на здравоохранение – заметное увеличение с 25% в 2013 году¹⁴⁹. Такая доходность была обусловлена резким падением спроса на плановые медицинские услуги из-за введённых режимов изоляции или страха пациентов заразиться коронавирусом в медицинском учреждении¹⁵⁰.

С возвращением отложенного спроса темпы роста прибыли страховщиков сократились, но всё равно оставались на уровне, превышающим докризисный. Закон «О защите пациентов и доступном здравоохранении» требует, чтобы страховщики тратили не менее 80% дохода от страховых взносов на оплату медицинских услуг и повышение качества обслуживания, оставляя 20% на прибыль, административные и рекламные расходы. В случае если этот коэффициент медицинских потерь (*Medical Loss Ratio*) ниже 80% (или 85% для рынка страховщиков больших групп), оставшуюся разницу страховые компании обязаны возвращать своим клиентам. В 2020 году коэффициент в среднем составлял 74%, а сумма возврата достигла рекордных 2,5 млрд долларов¹⁵¹.

Пока страховые компании фиксировали значительные прибыли, поставщики медицинских услуг, в частности медицинские учреждения, несли значительные убытки. Сложившаяся диспропорция даже послужила тому, что ряд экономистов в области здравоохранения призывали к перераспределению ресурсов, чтобы направить средства в те части системы здравоохранения, которые в этом нуждались.^{152,153}

¹⁴⁹ Who profits most from America's baffling health-care system? // *Economist*. October 8, 2023. URL: <https://www.economist.com/business/2023/10/08/who-profits-most-from-americas-baffling-health-care-system> (дата обращения: 23.11.2023).

¹⁵⁰ Bryan, A.F., Tsai, T.C. Health Insurance Profitability During the COVID-19 Pandemic // *Annals of Surgery*. 2021. V. 273. N.3 P. e88-e90.

¹⁵¹ Cox, C., McDermott, D. Data Note: 2021 Medical Loss Ratio Rebates // Kaiser Family Foundation. 2021. URL: <https://www.kff.org/private-insurance/issue-brief/data-note-2021-medical-loss-ratio-rebates/> (дата обращения: 15.05.2022).

¹⁵² Plott, C.F., Kachalia, A.B., Sharfstein, J.M. Unexpected Health Insurance Profits and the COVID-19 Crisis // *JAMA*. 2020. 324(17):1713–1714. DOI:10.1001/jama.2020.19925

Медицинские учреждения США столкнулись со значительными финансовыми трудностями, вызванными пандемией COVID-19. Чтобы подготовиться к резкому увеличению числа госпитализированных пациентов, больницам необходимо было подготовить больше палат, нанять резервный персонал, оплатить сверхурочные сотрудникам, обучить персонал, решить проблему нехватки и приобрести средства индивидуальной защиты, что требовало дополнительных непредвиденных расходов.¹⁵⁴

Параллельно с этим клиники и больницы столкнулись с падением спроса на услуги, не связанные с лечением коронавирусной инфекции. С введением ограничительных мер американцы отменяли плановые посещения врачей и операции из страха заразиться. В апреле 2020 года количество амбулаторных визитов к врачам сократилось на 60% по отношению к докризисному уровню.

Падение спроса на личные посещения врачей стимулировало бурное развитие услуг в сфере телемедицины. В апреле 2020 года количество дистанционных визитов к врачам превысило показатели февраля 2020 года в 78 раз. После относительной стабилизации ситуации в 2021 году количество визитов онлайн по-прежнему превышало докризисный уровень в 38 раз и составляло 17% от всех амбулаторных обращений к врачу¹⁵⁵.

Для обеспечения доступа к медицинским услугам во время кризиса федеральное правительство сняло ограничения для застрахованных по программе «Медикэр» и расширило финансовое покрытие на услуги, оказываемые дистанционно. В условиях чрезвычайной ситуации Управление по борьбе с наркотиками разрешило поставщикам медицинских услуг выписывать

¹⁵³ Houston, M. Where the Bread is Really Buttered: Insurers' Q4 Earnings Reports Show Heavy Reliance on Government Business // Center on Health Insurance Reforms of Georgetown University. 2022. URL: <https://chirblog.org/bread-really-battered-insurers-q4-earnings-reports-show-heavy-reliance-government-business/> (дата обращения: 03.04.2022).

¹⁵⁴ Kaye, A.D., Okeagu, C.N., Pham, A.D., et al. Economic impact of COVID-19 pandemic on healthcare facilities and systems: International perspectives // Best Pract Res Clin Anaesthesiol. 2021;35(3):293-306. DOI:10.1016/j.bpa.2020.11.009

¹⁵⁵ Bestsennyu, O., Gilbert, G., Harris, A., Rost, J. Telehealth: A quarter-trillion-dollar post-COVID-19 reality? // McKinsey&Company. 2021. URL: <https://www.mckinsey.com/industries/healthcare-systems-and-services/our-insights/telehealth-a-quarter-trillion-dollar-post-covid-19-reality> (дата обращения: 03.04.2022).

электронные рецепты на контролируемые вещества без очного осмотра пациента. Многие штаты также сосредоточились на расширении возможностей телемедицины в рамках программы «Медикейд», ослабляя ограничения, связанные с лицензированием поставщиков и выпиской рецептурных препаратов. Пересматривали правила для финансирования онлайн-услуг и крупные страховые компании. Однако распространение телемедицины требует от поставщиков медицинских услуг дополнительных финансовых и кадровых инвестиций, что становится вызовом для небольших госпиталей.

Сокращение спроса на плановое лечение и оперативное вмешательство, а также низкая рентабельность лечения пациентов с COVID-19 и увеличение количества незастрахованных пациентов привели к резкому падению доходов клиник и больниц, что негативно сказалось на возможности продолжать их работу. Парадоксально, что в самый разгар пандемии некоторые медицинские учреждения были вынуждены увольнять медицинский персонал или сокращать часы его работы. В 2020 году более 30 больниц инициировали процедуру банкротства¹⁵⁶. В наиболее уязвимом положении оказались больницы в сельских районах США, которые традиционно обслуживают меньшее количество пациентов, чем в городах, а также больше пациентов, застрахованных по программам «Медикэр» и «Медикейд».

Нехватка медицинского персонала, особо остро проявившаяся во второй год пандемии, создала дополнительное финансовое бремя медицинским учреждениям, которые старались удержать работников. Работодатели учреждали дополнительные программы помощи, такие как помощь в выплате студенческих долгов, предоставление услуг по уходу за детьми, возмещение расходов на обучение и льготы на обучение, программы улучшения психического и физического здоровья; а также увеличили оплату труда квалифицированным медицинским работникам в среднем на 12%.

¹⁵⁶ 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).

Пандемия COVID-19 заставила правительство США разработать ряд мер по поддержке больниц, находящихся в трудном финансовом положении. Из учреждённого Конгрессом Фонда помощи поставщикам медицинских услуг направлялись средства на компенсацию упущенной выгоды и непредвиденных расходов, связанных с лечением незастрахованных пациентов. В результате 43% операционного денежного потока больниц в 2020 финансовом году было обеспечено за счёт выплат в рамках закона о помощи¹⁵⁷.

В рамках программы защиты заработной платы (*Paycheck Protection Program*), учреждённой в соответствии с законом «О помощи при коронавирусе и экономической безопасности», около 100 млрд долл. было предоставлено поставщикам медицинских услуг в виде кредитов для стимулирующих выплат медицинскому персоналу.

Свыше 5 млрд долл. были выделены домам престарелых и учреждениям длительного ухода на усиление мер инфекционного контроля, увеличение количества тестов, наём дополнительного персонала и предоставление дополнительных услуг пациентам, таких как технология, позволяющая жителям домов престарелых общаться со своими семьями в периоды, когда посещение этих учреждений посторонними людьми было ограничено. В первую волну заболеваний 40% всех зафиксированных смертей от осложнений приходилось именно на постояльцев домов престарелых и работающих там медицинский персонал¹⁵⁸.

В соответствии с «Американским планом спасения» дополнительно на поддержание медицинских учреждений в сельской местности США было выделено 8,5 млрд долл.

Конгресс также отменил предписанное бюджетными правилами автоматическое сокращение выплат по программе «Медикэр» на 2% в период с

¹⁵⁷ Paavola, A. Hospitals saw cash on hand increase by 44 days in fiscal 2020, Moody's data shows // Becker's Hospital CFO Report. 2022. URL: <https://www.beckershospitalreview.com/finance/hospital-s-cash-on-hand-increased-by-44-days-in-fiscal-2020-moody-s-data-shows.html> (дата обращения: 01.04.2022).

¹⁵⁸ Sullivan-Marx, E. Aging in America: How COVID-19 Will Change Care, Coverage, and Compassion // Nursing Outlook. 2020. 68(5):533-535. DOI:10.1016/j.outlook.2020.08.013

1 мая 2020 года по 31 марта 2022 года и увеличил выплаты врачам, обслуживающим пациентов по программе «Медикэр», на 3% на 2022 финансовый год, чтобы смягчить запланированные бюджетные сокращения. Министерство здравоохранения и социальных служб, в свою очередь, расширило программу ускоренных и авансовых платежей «Медикэр» – программу кредитования, которая помогает больницам, испытывающим перебои в движении денежных средств.

Безусловно, одним из ключевых направлений государственной поддержки явилось финансирование исследований, разработок и производства вакцин против коронавируса. Из 8,3 млрд долл., выделенных первым среди серии законов, нацеленных на борьбу с COVID-19, «О дополнительных ассигнованиях на обеспечение готовности к коронавирусу и реагирования на него» (*Coronavirus Preparedness and Response Supplemental Appropriations Act, 2020*), более 3 млрд долл. было заявлено именно на эти цели. Также 12,4 млрд долл. было выделено федеральным правительством на реализацию программы «Операция сверхзвуковая скорость» (*Operation Warp Speed*) – самого яркого за последние годы государственно-частного партнерства, нацеленного на ускоренное производство вакцин и их распространение среди населения. Со стороны правительства в программе участвовали агентства Министерства здравоохранения и социальных служб: Центры по контролю и профилактике заболеваний, Управление по контролю за качеством пищевых продуктов и медикаментов, Национальные институты здоровья, Управление по перспективным биомедицинским исследованиям и разработкам, – а также силы Министерства обороны. Со стороны бизнес-структур в программу вошли компании-производители¹⁵⁹, которые в своих исследованиях использовали шесть различных технологий и механизмов для стимулирования иммунного ответа. Объединение фаз клинических испытаний, их одновременное проведение, оперативный сбор данных о безопасности и эффективности позволили достаточно быстро выявить

¹⁵⁹ Johnson & Johnson (Janssen Pharmaceutical), Astra-Zeneca-University of Oxford, Vaccitech, Moderna, Novavax, Merck, IAVI, Sanofi GlaxoSmithKline.

наиболее перспективные варианты и начать масштабное производство до окончания клинических испытаний. Государственное финансирование в рамках программы было нацелено не на исследования, а на производство. Федеральные ведомства решали типичные проблемы, с которыми сталкиваются производители, работая в сжатые сроки: ограниченные производственные мощности, разрыв глобальных цепочек поставок, нехватка рабочей силы и проч.¹⁶⁰

В результате оказанных мер поддержки за 2020 год темпы роста государственных расходов на здравоохранение составили 36%, что в шесть раз больше показателя 2019 года. Совокупная доля правительственных расходов в национальных расходах на здравоохранение превысила 50%. Выделенные средства позволили многим медицинским учреждениям удержаться на плаву в период кризиса. В 2021 году закрылось только 10 больниц, что в 2,5 раза меньше, чем в 2020 году, и в 4,7 раза меньше, чем в 2019 году¹⁶¹.

Пандемия COVID-19 стала трудным вызовом для американской экономики в целом и для системы здравоохранения в частности. В первую очередь под удар попала система частного коллективного страхования, предоставляемого работодателем. С резким ростом безработицы увеличилось количество незастрахованных американцев, которые перешли на государственное или субсидированное страхование. Проявилась слабость больниц и клиник, функционирующих в рамках рыночной модели по принципу «оплата-за-услуги»: резкое падение спроса оставило учреждения без операционной прибыли. Пандемия также стала лакмусовой бумагой для многих структурных социальных проблем, связанных с экономическим неравенством. Для поддержания доходов населения и поставщиков медицинских услуг федеральное правительство было

¹⁶⁰ Operation Warp Speed: Accelerated COVID-19 Vaccine Development Status and Efforts to Address Manufacturing Challenges // U.S. Government Accountability Office. February 11, 2021. URL: <https://www.gao.gov/products/gao-21-319> (дата обращения: 10.10.2023).

¹⁶¹ Ochieng, N., Biniek, J.F., Musumeci, M., Neuman, T. Funding for Health Care Providers during the Pandemic // Kaiser Family Foundation. 2022. URL: <https://www.kff.org/coronavirus-covid-19/issue-brief/funding-for-health-care-providers-during-the-pandemic-an-update/#:~:text=Payments%20from%20the%20Provider%20Relief,2019%2C%20according%20to%20National%20Health> (дата обращения: 03.04.2022).

вынуждено предпринять беспрецедентные меры поддержки общей стоимостью 4,6 трлн долларов¹⁶².

2.3. Причины неэффективного ответа на вызов пандемии

Невероятным кажется факт, что государство, имеющее самые высокие совокупные расходы на здравоохранение в мире, являясь лидером в области биомедицинских исследований и передовых медицинских технологий, обошло все страны мира по количеству жертв от коронавирусной инфекции. В ретроспективе ироничным выглядит и то, что США заняли первое место среди 195 стран в Индексе глобальной безопасности здравоохранения (*Global Health Security Index*) 2019 года – первой крупной сравнительной оценке национальных возможностей по предотвращению, выявлению и реагированию на вспышки инфекционных заболеваний¹⁶³.

На первых этапах распространения вируса значительную роль в его сдерживании должна была сыграть система общественного здравоохранения. В период, когда «враг» недостаточно изучен и нет проверенных методов лечения заболевания, именно на систему общественного здравоохранения ложится ответственность за выработку чёткой стратегии ответа, создание дорожной карты с последовательными инструкциями для всех участников отрасли здравоохранения, их мобилизацию и координацию их действий, сбор данных, проведение исследований и информирование граждан. Но с этими задачами федеральные органы общественного здравоохранения США не справились. Их запоздалая реакция на сообщения, приходящие из Китая, привела к тому, что вирус быстро проник на территорию страны и начал незаметно и бесконтрольно по ней распространяться.

¹⁶² COVID-19 Relief: Funding and Spending as of Jan. 31. 2023. U.S. Government Accountability Office. February 2023. URL: <https://www.gao.gov/assets/gao-23-106647.pdf> (дата обращения 13.04.2023)

¹⁶³ Global health security index. Building Collective Action and Accountability. 2019. URL: https://www.interest.co.nz/sites/default/files/embedded_images/2019-Global-Health-Security-Index.pdf (дата обращения: 06.06.2024).

Но почему реакция была именно такой? Вероятно, ответ, который лежит на поверхности, – США никогда ранее не сталкивались ни с чем подобным и просто не обладали достаточным опытом. Конечно, пандемия 2020 года стала неожиданностью для всего мирового сообщества. Риск распространения инфекционных заболеваний даже не был отмечен в числе наиболее вероятных в докладе Всемирного экономического форума, представленного в январе 2020 года, несмотря на то что в это время уже приходили сообщения о случаях атипичной пневмонии из китайской провинции Хубэй¹⁶⁴. Разумеется, масштаб пандемии, с которым столкнулось мировое сообщество, был сравним разве что с масштабами «испанки» в 1918–1920 годах и борьба с COVID-19 стала экстраординарным вызовом для всех стран.

И всё же с начала XXI века в мире был зафиксирован ряд эпидемий инфекционных заболеваний, которые представляли угрозу для жизни людей в разных странах, но лишь в незначительной степени затронули США. Так, во время вспышки тяжелого острого респираторного синдрома (*Severe acute respiratory syndrome, SARS*) в 2002–2003 годах в США было выявлено всего 134 случая заражения и ни одного летального исхода. По всему миру тогда скончалось 813 человек. Во время вспышки ближневосточного респираторного синдрома (*Middle East respiratory syndrome, MERS*), выявленного в Саудовской Аравии в 2012 году, на территории США также не было зафиксировано ни одного летального исхода и выявлено всего два случая заражения¹⁶⁵. Вирус Эбола, бушевавший в мире в 2014–2016 годах, принёс только 11 случаев заражения и 2 – летальных, в то время как в мире было выявлено более 28,5 тыс. случаев заражения и 11,3 тыс. смертей¹⁶⁶. Таким образом, за первые два десятилетия XXI века сложилось впечатление, что географическая удалённость США является

¹⁶⁴ The Global Risks Report 2020 // World Economic Forum. 2020. URL: <https://reports.weforum.org/global-risks-report-2020/> (дата обращения: 06.05.2022).

¹⁶⁵ MERS in the U.S. // Centers for Disease Control and Prevention. URL: <https://www.cdc.gov/coronavirus/mers/us.html> (дата обращения: 06.06.2024).

¹⁶⁶ 2014–2016 Ebola Outbreak in West Africa // Centers for Disease Control and Prevention. URL: <https://www.cdc.gov/vhf/ebola/history/2014-2016-outbreak/index.html#:~:text=Overall%2C%20eleven%20people%20were%20treated,died%20on%20October%208%2C%202014> (дата обращения: 05.05.2024).

таким же гарантом безопасности в случае эпидемий, как и в случае масштабных боевых действий. Ощущение исключительности за счёт удалённости от эпицентра кризиса стало когнитивной ошибкой лиц, принимающих решения. Этим можно объяснить то, что в первые недели администрация Д. Трампа не воспринимала угрозу достаточно серьёзно и преуменьшала её значение. В первых сообщениях для СМИ Центры по контролю и профилактике заболеваний убеждали американскую общественность в том, что угроза невелика. Лишь к концу февраля 2020 года они признали, что ситуация ухудшается и вирус может значительно изменить повседневную жизнь¹⁶⁷. Но даже после этого президент Д. Трамп продолжал сравнивать коронавирус с обычной простудой, убеждать, что ситуация под контролем и «к Пасхе вирус просто исчезнет»¹⁶⁸, даже если эта информация шла вразрез с официальными сообщениями представителей органов общественного здравоохранения.

Преуменьшение угрозы не позволило выработать стратегию и следовать ей шаг за шагом. Февраль 2020 года – месяц, который мог быть потрачен на подготовку, – был упущен¹⁶⁹. В результате ответ был часто фрагментарным и неполным. Об этом говорят задержка с разработкой и распространением тестов (Рисунок 9), необходимых для отслеживания инфицированных, и запоздалое применение закона «Об оборонном производстве», подписанного только 19 марта 2020 года и нацеленного на восполнение недостающих медицинских расходных материалов и аппаратов искусственной вентиляции легких. Также стоит отметить, что запрет на въезд в США из Китая был принят 31 января 2020 года, уже после

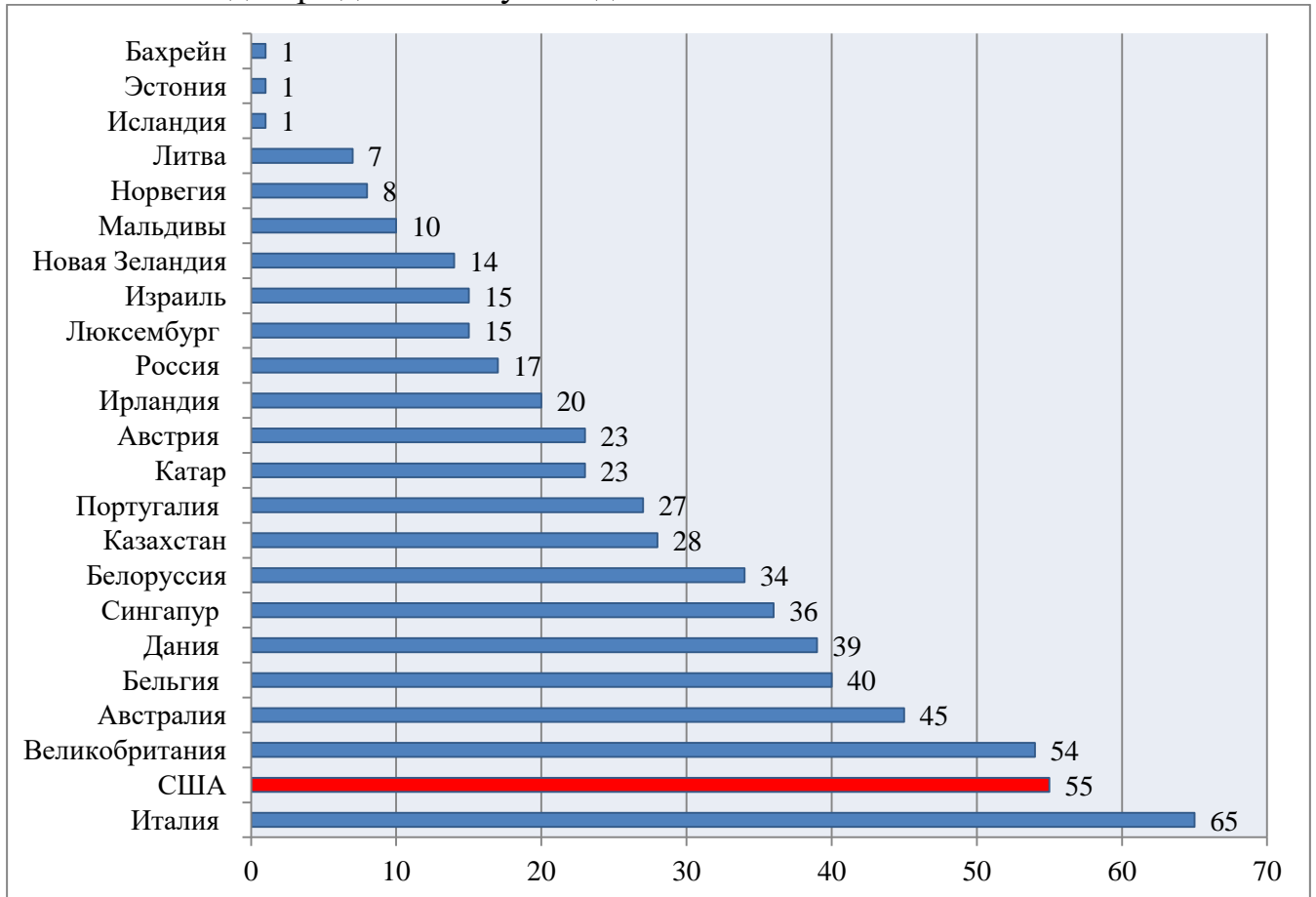
¹⁶⁷ Lewis, T. How the U.S. Pandemic Response Went Wrong—and What Went Right—during a Year of COVID // Scientific American. March 11, 2021. URL: <https://www.scientificamerican.com/article/how-the-u-s-pandemic-response-went-wrong-and-what-went-right-during-a-year-of-covid/> (дата обращения: 05.05.2024).

¹⁶⁸ Naughtie, A. Coronavirus: Five tweets that prove Trump didn't take the outbreak seriously // Independent. March 18, 2020 URL: <https://www.independent.co.uk/news/world/americas/trump-coronavirus-us-response-tweets-a9409436.html> (дата обращения: 05.05.2024).

¹⁶⁹ Myers, J., Wallach, P.A. The Federal Government's coronavirus response – Public health timeline // The Brookings. 2020. URL: <https://www.brookings.edu/research/the-federal-governments-coronavirus-actions-and-failures-timeline-and-themes/> (дата обращения: 07.05.2022).

того, как первые случаи заражения были обнаружены на территории США, а решение о запрете въезда из стран Евросоюза – только в начале марта 2020 года.

Рисунок 9 – Количество дней, которое потребовалось для достижения ежедневного уровня тестирования 1 тест на 1000 жителей с момента, когда количество подтверждённых случаев достигло 100 на 1 млн человек



Источник: Zamarripa R. 5 Ways the Trump Administration’s Policy Failures Compounded the Coronavirus-Induced Economic Crisis // Center for American Progress. June 3, 2020. URL: <https://www.americanprogress.org/article/5-ways-trump-administrations-policy-failures-compounded-coronavirus-induced-economic-crisis/> (дата обращения: 13.04.2021)

На неготовность ответа общественного здравоохранения также повлиял и децентрализованный характер правительства США, который в критической ситуации стал бы препятствием для администрации любого президента¹⁷⁰. Несмотря на наличие федеральных ведомств, основными органами,

¹⁷⁰ Lewis, T. How the U.S. Pandemic Response Went Wrong—and What Went Right—during a Year of COVID // Scientific American. March 11, 2021. URL: <https://www.scientificamerican.com/article/how-the-u-s-pandemic-response-went-wrong-and-what-went-right-during-a-year-of-covid/> (дата обращения: 05.05.2024).

принимающими политические решения относительно безопасности здоровья граждан и применяющими полученные знания на практике, согласно Конституции США, являются департаменты здравоохранения штатов. В США 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 – такие же большие, как штаты, и имеют местных министров здравоохранения, обладающих независимыми полномочиями. В некоторых юрисдикциях 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, что способствовало усугублению чрезвычайной ситуации.

В отсутствие сильной национальной стратегии штаты проводили разрозненную, нескоординированную политику, которая не позволяла эффективно подавлять распространение вируса¹⁷¹. Наиболее ярким примером сочетания правительственной раздробленности и отсутствия координации между федеральным центром и властями штатов является ситуация, развернувшаяся вокруг закупки средств индивидуальной защиты и распределения запасов Стратегического национального резерва (*Strategic National Stockpile, SNS*), когда штаты были вынуждены конкурировать между собой за доставку дефицитных СИЗ в свои юрисдикции¹⁷².

Помимо раздробленного характера, системе общественного здравоохранения США свойственна хроническая проблема недостаточного

¹⁷¹ Altman, D. Understanding the US failure on coronavirus – an essay by Drew Altman // *BMJ* 2020;370:m3417 | DOI: 10.1136/bmj.m3417

¹⁷² Gross, E.L. Pritzker Says The Trump Administration Forced States To Compete For PPE In A ‘Sick Hunger Games’ // *Forbes*. July 9, 2020. URL: <https://www.forbes.com/sites/elanagross/2020/07/09/pritzker-says-the-trump-administration-forced-states-to-compete-for-ppe-in-a-sick-hunger-games/> (дата обращения: 12.05.2022).

финансирования, которая также сыграла свою роль в неэффективности ответа на вызов пандемии COVID-19. В 2019 году совокупные расходы на здравоохранение составляли 3,6 трлн долл., однако на системы общественного здравоохранения из них приходилось менее 100 млрд долл., или 3%¹⁷³. На протяжении десятилетия до пандемии в большинстве штатов расходы на нужды общественного здравоохранения либо оставались неизменными, либо сокращались¹⁷⁴. Низкие расходы на структуры общественного здравоохранения совпали с наблюдаемым снижением продолжительности жизни, повсеместным неравенством в области здравоохранения и ростом смертности, особенно среди белых американцев в возрасте 45–65 лет, что явно говорит о несоответствии уровня финансирования реальным потребностям¹⁷⁵. Дополнительное вливание ресурсов происходило только во время крупных чрезвычайных ситуаций 2010-х годов вроде вспышек ближневосточного респираторного синдрома, вируса Эболы или вируса Зика. Однако рост расходов был связан только с проведением конкретных ответных мероприятий, но не с систематическим увеличением¹⁷⁶.

Испытывая нехватку средств на уровне штатов, многие департаменты здравоохранения подают заявки на получение федеральных грантов, основным поставщиком которых являются Центры по контролю и профилактике заболеваний. Однако средства также могут предоставляться и другими агентствами, подконтрольными Министерству здравоохранения и социальных служб. Финансовые потоки из федерального центра так же раздроблены, как и вся система управления, а формулы финансирования настолько сложны, что для того,

¹⁷³ Simoes, E.J., Jackson-Thompson, J. The United States public health services failure to control the coronavirus epidemic. *Prev Med Rep.* 2023 Feb;31:102090. DOI: 10.1016/j.pmedr.2022.102090.

¹⁷⁴ 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

¹⁷⁵ Case, A., Deaton, A. *Deaths of Despair and the Future of Capitalism.* Princeton University Press. 2020. P. 312

¹⁷⁶ Maani, N., Galea, S. COVID-19 and Underinvestment in the Public Health Infrastructure of the United States // *The Milbank Quarterly.* May 2020. Vol. 98. DOI: 10.1111/1468-0009.12463 URL: https://www.milbank.org/quarterly/articles/covid-19-and-underinvestment-in-the-public-health-infrastructure-of-the-united-states/#_edn5 (дата обращения: 02.05.2023).

чтобы разобраться в распределении средств, требуется отдельный штат федеральных служащих¹⁷⁷.

Снижение финансирования привело к сокращению штата сотрудников общественного здравоохранения: до пандемии для выполнения регулярных базовых обязанностей, не связанных с чрезвычайной ситуацией, департаментам здравоохранения по всей стране не хватало до 80 тыс. сотрудников¹⁷⁸. И реактивный характер финансирования делает бессмысленными инвестиции в расширение персонала, поскольку после кризиса финансирование, как правило, снова сокращается. В условиях пандемии COVID-19 нехватка сотрудников общественного здравоохранения обозначила невозможность проводить эффективные мероприятия по отслеживанию циркуляции вируса в сообществе. В январе 2022 года на 100 тыс. населения в разных штатах приходилось от 0 до 73 специалистов по отслеживанию контактов инфицированных пациентов¹⁷⁹.

Недостаточное финансирование также привело к устареванию инфраструктуры, в результате чего органы общественного здравоохранения США не могли задействовать информационные и цифровые технологии в мероприятиях по профилактике и контролю распространения вируса. Лишь половина штатов внедрила современные мобильные приложения, помогающие в отслеживании циркуляции заболевания в сообществе¹⁸⁰. Устаревшая технологическая инфраструктура также не позволила федеральному правительству оперативно создать прозрачную систему сбора и актуализации данных о случаях распространения коронавируса. В первые месяцы пандемии необходимая для

¹⁷⁷ Zelikov, P. and the COVID Crisis Group. Lessons from the COVID War. An investigative report. Public Affairs. NY. 2023. P.324.

¹⁷⁸ Hamburg, M.A., Cohen, M., DeSalvo, K., Gerberding, J., Khaldun, J., Lakey, D., MacKenzie, E., Palacio, H., Shah, N.R. Meeting America's Public Health Challenge. The Commonwealth Fund. 2022. P.30. URL: <https://www.commonwealthfund.org/sites/default/files/2022-07/TCF-002%20National%20Public%20Health%20System%20Report-r5-final.pdf> (дата обращения: 05.05.2024).

¹⁷⁹ Simoes, E.J., Jackson-Thompson, J. The United States public health services failure to control the coronavirus epidemic // Prev Med Rep. 2023 Feb;31:102090. DOI: 10.1016/j.pmedr.2022.102090

¹⁸⁰ Van Ness, L. For States Contact Tracing Apps, Privacy Tops Utility // Stateline. March 19, 2021. URL: <https://stateline.org/2021/03/19/for-states-covid-contact-tracing-apps-privacy-tops-utility/> (дата обращения: 05.05.2024).

принятия решений информация собиралась и публиковалась сотрудниками частного исследовательского университета Джонса Хопкинса, а не Центрами по контролю и профилактике заболеваний¹⁸¹. Некоторые департаменты здравоохранения смогли создать новое дорогостоящее программное обеспечение для регистрации информации об инфицированных COVID-19, в то время как другие – нанимали персонал, который сопоставлял – часто вручную – случаи друг с другом, чтобы обнаружить вспышки¹⁸². Этот факт ещё раз подчеркнул фрагментарность системы общественного здравоохранения, децентрализованную и недостаточно финансируемую систему отчётности.

Сама рыночная модель функционирования национальной системы здравоохранения США оказалась фактором, негативно влияющим на борьбу с пандемией COVID-19. Говоря о рыночной модели функционирования американского здравоохранения, автор исследования подразумевает, что 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 году, наиболее богатые 20% населения США зарабатывали больше 50% всех доходов, со средним доходом домохозяйства в 254 тыс. долларов в год. Самые богатые из богатых, топ 5%, зарабатывали 23% всех доходов – 451 тыс. долларов в год. Наиболее бедные 20% населения страны зарабатывали 3,1% всех доходов – 15 тыс. долл. в год¹⁸³. Именно эта группа

¹⁸¹ Surowiec, J. “We had to get it right”: How John Hopkins Built the Coronavirus Tracking Global Dashboard: an Oral History // John Hopkins Applied Physics Laboratory. April 26, 2021. URL: <https://www.jhuapl.edu/news/news-releases/210426-JHU-COVID-dashboard-oral-history> (дата обращения: 02.05.2024).

¹⁸² Bourdeaux, M., Sasdi, A., Oza, S., Kerry, V.B. Integrating the US Public Health and Medical Care Systems to Improve Health Crisis Response // Health Affairs. 2023. Vol. 42, No.3. DOI: 10.1377/hlthaff.2022.01255

¹⁸³ 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).

населения находится в наиболее уязвимом положении, когда речь заходит о вопросах здоровья. Как показывают исследования, продолжительность жизни первых 20% на 10–15 лет выше последних 20% населения США¹⁸⁴.

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», программы медицинского вспомоществования для малоимущих. Особенно остро эта проблема стоит в 10 республиканских штатах, которые не расширили программу в рамках закона о защите пациентов и доступном здравоохранении. И, как уже было сказано ранее, в США на момент начала пандемии 33 млн человек, или 10% населения страны, не имели медицинского страхования.

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. По состоянию на 2019 год – до начала пандемии – большинство незастрахованных было представлено небелым населением: 21% индейцев, 11,6% афроамериканцев, 22,1% латиноамериканцев, 6,6% азиатов и 9% белых не имели медицинской страховки.

Расово-этнические меньшинства, особенно чернокожие и испаноязычные, составляют непропорционально большую долю работников сферы услуг, предприятия которых не закрывались во время пандемии. Они продолжали

¹⁸⁴ Health, Income, And Poverty: Where We Are And What Could Help. Health Affairs Health Policy Brief. October 4, 2018. DOI: 10.1377/hpb20180817.901935

обслуживать продуктовые магазины и склады, убирать здания и разносить почту, пока «белые воротнички» уходили в изоляцию на 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 третий¹⁸⁵. В силу своей профессии они находились в постоянном контакте с большим количеством людей, а также чаще пользовались общественным транспортом. При этом, имея привычку пропускать визиты врачей по причине их высокой стоимости и опасаясь потерять в доходах из-за болезни, 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 неравенство, с одной стороны, послужило тому, что расово-этнические меньшинства стали больше подвержены риску заражения, госпитализации и смерти от COVID-19, чем белые американцы (Таблица №3), а с другой – способствовало неконтролируемому распространению вируса среди населения США.

Таблица 3 – Риски заражения, госпитализации и смерти от COVID-19 в зависимости от расово-этнической принадлежности

Соотношение с показателями среди белых американцев	Американские индейцы / коренные жители Аляски	Азиаты	Чернокожие / афроамериканцы	Латиноамериканцы / испаноязычные
Риск заражения	1.6x	0.7x	1.1x	1.5x
Риск госпитализации	3.1x	0.8x	2.4x	2.3x
Риск смерти	2.1x	0.8x	1.7x	1.8x

Источник: Centers for Disease Control and Prevention.

Рыночная система функционирования накладывает отпечаток и на поставщиков медицинских услуг: больницы, клиники, практики врачей, дома

¹⁸⁵ 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).

престарелых и т.д., которые, по сути, являются бизнес-структурами и не просто оказывают медицинскую помощь, но и вынуждены доказывать свою рыночную эффективность. В результате больницы, находящиеся в менее обеспеченных районах, которые обслуживают больше пациентов-реципиентов страховых полисов по государственным программам «Медикэр» и «Медикейд», или незастрахованных пациентов, получающие статус больниц критического доступа¹⁸⁶, чаще накапливают непогашаемую задолженность. Финансовое бремя способствует сокращению количества больниц. За период с 1990 по 2020 год количество госпиталей сократилось на 8,4% с 6 649 до 6 090. В период с 2010 по 2015 год каждый год в среднем закрывалась 21 больница. В 2019 году закрылось 47 медицинских учреждений¹⁸⁷. 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 по 2019 год закрылось 120 больниц в сельских районах, преимущественно в южных республиканских штатах, не присоединившихся к расширению программы «Медикейд». Лидерами стали Техас, Теннесси, Оклахома (приняла программу «Медикейд» в 2021 году)¹⁸⁸.

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 по 2020 год — на 24% — с 1,2 млн до 920 тыс. По сравнению с другими развитыми странами в США меньше больничных коек на 1 000 человек — 2,8, в то время как в Италии — 3,2, во Франции — 6,1 и 12,0 — в Южной Корее¹⁸⁹.

¹⁸⁶ Предоставляется федеральным Центром координации программ «Медикэр» и «Медикейд», которые на основании доли оказываемой благотворительной помощи предоставляют медучреждениям дополнительные государственные субсидии.

¹⁸⁷ 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

¹⁸⁸ 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

¹⁸⁹ 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.

Как было сказано выше, стараясь экономить на издержках, медицинские учреждения при закупке расходных материалов, в том числе средств индивидуальной защиты, складированию предпочитали их приобретение по мере необходимости, что также внесло вклад в проблему нехватки СИЗ среди медицинского персонала в первые волны пандемии.

Таким образом, система здравоохранения, ориентированная на прибыль, не имеет достаточных стимулов для инвестиций в увеличение количества койко-мест, запасы расходных материалов, учения мирного времени и многоступенчатые планы действий в чрезвычайных ситуациях – в то, что составляет суть готовности к пандемиям. Рыночная модель функционирования заложила в американскую систему здравоохранения противоречия, которые заметно повлияли на эффективность ответа на вызов пандемии COVID-19 и одновременно с этим проявились в борьбе с вирусом: социально-экономическое неравенство, расово-этническое неравенство, сокращение количества больниц и больничного пространства, так необходимого во время масштабной вспышки заболевания¹⁹⁰.

Вопрос борьбы с пандемией COVID-19 был политизирован как никогда, и это также сыграло свою негативную роль в эффективности национального ответа. Первоначальный раскол случился среди правящей элиты, когда Республиканская партия во главе с Д. Трампом преуменьшала ещё только надвигающуюся угрозу, а затем настаивала на ускоренном снятии уже введённых ограничений для преодоления экономических последствий пандемии. Лидеры же Демократической партии в Конгрессе призывали к более консолидированному и жёсткому ответу, несмотря на то что он может ударить по экономике. Демократы поддерживали введение локдауна, перевод школьников и студентов на дистанционный формат обучения, отмену массовых мероприятий и ношение масок¹⁹¹. Однако их

¹⁹⁰ Yong, E. How the pandemic Defeated America // The Atlantic. 2020. URL: <https://www.theatlantic.com/magazine/archive/2020/09/coronavirus-american-failure/614191/> (дата обращения: 05.05.2022).

¹⁹¹ Liedke, J., Mitchell, A. Attention to COVID-19 new increased slightly amid omicron surge; partisans differ in views about the outbreak // Pew Research Center. 2022. URL:

политика сталкивалась с жёстким противодействием. Так, консерваторы подали судебные иски, чтобы ограничить федеральные полномочия демократической администрации в области общественного здравоохранения. Группа из 21 штата – 18 штатов, возглавляемых республиканцами, – подала иск о прекращении действия федерального предписания, выданного Центрами по контролю и профилактике заболеваний, о ношении масок в общественном транспорте. Федеральный судья во Флориде впоследствии признал этот мандат незаконным. Верховный суд также заблокировал постановление, изданное Управлением по охране труда и здоровья (*Occupational Safety and Health Administration, OSHA*), которое требовало от крупных предприятий проведения либо обязательной вакцинации, либо обязательного масочного режима и регулярного тестирования на коронавирус¹⁹².

Затем поляризация распространилась и на общество – защитная маска стала не только символом эпохи пандемии, но и символом политической принадлежности того, кто её носит. Республиканцы реже, чем демократы, склонны верить в то, что советы экспертов в области общественного здравоохранения и ученых-медиков отвечают общественным интересам, и менее убеждены в том, что политики должны следовать этим советам¹⁹³. Опросы также показывают, что доверие республиканцев к ряду агентств, занимающихся вопросами общественного здравоохранения, резко упало¹⁹⁴.

Последствия этих политических различий для общественного здравоохранения оказались чрезвычайными. Политическая принадлежность руководителей штатов и округов определяла скорость и характер методов реагирования. Округа с республиканским большинством медленнее вводили

<https://www.pewresearch.org/fact-tank/2022/01/27/attention-to-covid-19-news-increased-slightly-amid-omicron-surge-partisans-differ-in-views-about-the-outbreak/> (дата обращения: 07.05.2022).

¹⁹² Oberlander, J. Polarization, Partisanship, and Health in the United States // *Journal of Health Politics, Policy and Law*. 2024. 49 (3). DOI: <https://doi.org/10.1215/03616878-11075609>

¹⁹³ Del Ponte, A., Gerber, A., Patashnik, E. Polarization, the Pandemic, and Public Trust in Health System Actors // *Journal of Health Politics, Policy and Law*. 2023. 49 (3). DOI: <https://doi.org/10.1215/03616878-11075562>.

¹⁹⁴ Findling, M., Blendon, R., Benson, J. Polarized Public Opinion about Public Health during the Covid-19 Pandemic: Political Divides and Future Implications. *JAMA Health Forum*. 2022. No. 3: article ID e220016.

ограничительные меры в условиях вспышки, что приводило к росту числа инфицированных¹⁹⁵. Более того, к 2021 году в 26 штатах США, подавляющее большинство которых возглавляли республиканцы, были приняты законы, ограничивающие полномочия органов здравоохранения и должностных лиц, их возглавляющих, издавать распоряжения о введении масочного режима, карантина или обязательной изоляции¹⁹⁶.

Принадлежность к какой-либо партии также оказалась более сильным фактором, чем другие демографические показатели в вопросе вакцинации против COVID-19. По состоянию на январь 2022 года 65% жителей округов, голосовавших за Дж. Байдена в 2020 году, были полностью вакцинированы по сравнению с 52% жителями округов, проголосовавших за Д. Трампа¹⁹⁷. И сегодня политическая принадлежность также определяет готовность американцев сделать дополнительную бустерную прививку от COVID-19¹⁹⁸. По данным опроса Фонда семьи Кайзер, проведённого в ноябре 2023 года, 72% демократов уже получили или собирались получить новую прививку от COVID, по сравнению с 23% республиканцев; 9% демократов сообщили, что никогда не делали прививку от COVID, по сравнению с 25% независимых и 34% республиканцев¹⁹⁹.

Таким образом, на эффективность ответа на вызов пандемии повлиял комплекс факторов. Неоднозначная реакция республиканской администрации

¹⁹⁵ 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.

¹⁹⁶ Weber, L. Barry-Jester, A. Over Half of States Have Rolled Back Public Health Powers in Pandemic. 2021. KFF Health News, September 15. URL: <https://kffhealthnews.org/news/article/over-half-of-states-have-rolled-back-public-health-powers-in-pandemic/> (дата обращения: 07.05.2022).

¹⁹⁷ Kates, J., Tolbert, J., Rouw, A. The Red/Blue Divide in COVID-19 Vaccination Rates Continues: An Update. 2022. URL: <https://www.kff.org/policy-watch/the-red-blue-divide-in-covid-19-vaccination-rates-continues-an-update/> (дата обращения: 07.05.2022).

¹⁹⁸ Cancryn, A. A sharp partisan divide remains over new COVID boosters // Politico. September 15, 2023. URL: <https://www.politico.com/news/2023/09/15/poll-covid-booster-democrats-00116123> (дата обращения: 07.05.2024).

¹⁹⁹ Sparks, G., Kirzinger, A., Kearney, A., Valdes, I., Hamel, L. KFF COVID-19 Vaccine Monitor November 2023: With COVID Concerns Lagging, Most People Have Not Gotten Latest Vaccine and Half Say They Are Not Taking Precautions This Holiday Season // Kaiser Family Foundation. November 17, 2023. URL: <https://www.kff.org/coronavirus-covid-19/poll-finding/vaccine-monitor-november-2023-with-covid-concerns-lagging-most-people-have-not-gotten-latest-vaccine/> (дата обращения: 07.05.2024).

Д. Трамп явилась причиной скорее более ситуативной. Остальные же были результатом противоречивой структуры национальной системы здравоохранения США, опирающейся в своём функционировании на рыночные механизмы и вследствие этого меньше нацеленной на поддержание систем общественного здравоохранения, от которых зависит готовность к кризисам. Пандемия COVID-19 явилась серьёзным испытанием для американской системы здравоохранения, перегруженной не только из-за увеличенного количества пациентов, но и из-за неадекватных методов реагирования системы общественного здравоохранения, особенно на первых её этапах. В первый год пандемии особенно важны были скоординированные действия властей, поскольку такие инструменты борьбы с коронавирусом, как вакцины или проверенное медикаментозное лечение, попросту отсутствовали. В связи с этим основную роль в сдерживании вируса играли ограничительные меры и контроль над их соблюдением. Во второй год пандемии, когда появились вакцины, – борьба с коронавирусом стала по большей части сферой индивидуальной ответственности. Но всё же в руках системы общественного здравоохранения оставалась ключевая роль по ведению просветительской кампании о важности вакцинации.

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

Пандемия оказала влияние на все сферы деятельности американского общества. Только прямой её эффект – свыше миллиона жертв. Период пандемии сопровождался экономическими потерями. Последствия рецессии, длившейся всего с февраля по апрель 2020 года, были острыми: спад экономической активности, двузначный уровень безработицы, падение фондового рынка, рекордные темпы инфляции. За период с января 2020 года по декабрь 2023 года из-за пандемии экономика США потеряла в общей сложности до 14 трлн долларов²⁰⁰. Общество также столкнулось с падением уровня образования из-за перехода на дистанционное обучение, с ухудшением психоэмоционального состояния граждан, вызванного страхом перед неизвестным, вынужденными ограничениями и изменением привычного уклада жизни, с возросшим уровнем недоверия к правительству и институтам общественного здравоохранения, ужесточёнными границами между «синими» и «красными» штатами.

Наибольшее структурное воздействие во всём мире пандемия оказала на системы здравоохранения, продемонстрировав важность отрасли для обеспечения национальной безопасности и устойчивого развития. Перед заинтересованными игроками теперь стоят новые задачи, к которым придётся адаптироваться. В этой главе мы проанализируем, как пандемия повлияла на американское здравоохранение: какие факторы будут формировать облик системы после кризиса, а также проследим ключевые тенденции трансформации системы здравоохранения США в ближайшие годы.

3.1. Факторы трансформации американского здравоохранения

Безусловно, на американское здравоохранение будет оказывать влияние состояние национальной экономики. Многие макроэкономические показатели в

²⁰⁰ Walmsley, T., Rose, A., John, R., Wei, D., Hlávka, J.P., Machado, J., Byrd, K. Macroeconomic consequences of the COVID-19 pandemic // *Economic Modelling*. 2023. Vol.120, 106147. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.econmod.2022.106147>

последние два года демонстрируют положительную динамику: темпы роста ВВП в 2023 году составили 2,5%, уровень безработицы сохраняется на историческом минимуме с 1970 года в 3,8%, объём производства растёт, как растёт и покупательная способность американцев.

Тем не менее сохраняются и противоречивые тенденции. Темпы инфляции, несмотря на заметное снижение с 9,1% летом 2022 года, по-прежнему превышают желаемые 2% и держатся на уровне 3-3,5%. Сохраняется высокая ключевая ставка Федеральной резервной системы в 4,5%. Повышение стоимости капитала способствует снижению спроса на недвижимость, а также товары длительного пользования: автомобили, мебель, бытовую технику и прочее. Растёт долговая нагрузка на домохозяйства, общий долг которых в 2023 году составил 17,7 трлн долл., что сопровождается увеличивающимся количеством просрочек платежей по кредитным картам, ипотекам и автомобильным долгам²⁰¹.

В контексте здравоохранения экономическая ситуация, которая характеризуется чрезвычайно высокой степенью экономического неравенства²⁰², имеет ряд последствий, как для пациентов, так и для поставщиков медицинских услуг. Растущие цены на медицинское обслуживание вновь поднимают вопрос о сдерживании роста расходов в отрасли. Стоит напомнить, что США тратят на здравоохранение больше всех в мире, как в абсолютном, так и в подушевом исчислении. В 2022 году совокупные расходы отрасли составили 4,5 трлн долларов, или 17,3% ВВП, что на 4,1% больше, чем в 2021 году, в то время как средний показатель среди других развитых стран не превышает 13% ВВП²⁰³.

²⁰¹ Household Debt and Credit. Quarterly Report. Federal Reserve Bank of New York. May 2024. URL: <https://www.newyorkfed.org/microeconomics/hhdc> (дата обращения: 10.07.2024).

²⁰² Средний годовой доход наиболее низкодоходных 20% домохозяйств составил в 2021 году 12 тыс. долл. В то же время наиболее богатые 20% домохозяйств имели средний годовой доход в 805 тыс. долл., что составляет разрыв в 66 раз. См.: Супян В.Б. Экономика США: долгосрочные тенденции развития 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

²⁰³ National Health Expenditures 2022 Highlights. Centers for Medicare & Medicaid Services. 2022. URL: <https://www.cms.gov/data-research/statistics-trends-and-reports/national-health-expenditure-data/nhe-fact-sheet> (дата обращения: 31.03.2024).

Отсутствие системы обязательного медицинского страхования и опора на рыночные механизмы в функционировании американского здравоохранения создают условия, при которых экономическое неравенство обуславливает неравенство в доступе к медицинскому обслуживанию, поскольку именно возможность индивида заплатить за услуги определяет доступ к нему. По причине высокой стоимости медицинских услуг, повышающихся цен на премии и франшизы по страховым планам американцы чаще откладывают визиты к врачу и профилактическое лечение. Исчерпание социального контракта, размывание среднего класса и увеличение социального неравенства негативно сказываются на показателях здоровья²⁰⁴. Продолжительность жизни наиболее богатых 20% выше на 10-15 лет наиболее низкодоходных 20% населения США. Любые потрясения в экономике традиционно приводят к потере медицинского обслуживания большим числом людей не только из-за невозможности индивида оплатить ежегодную долю медицинских расходов, но и потому, что потеря работы для многих американцев означает и потерю медицинского страхования, предоставляемого работодателем.

Нестабильная экономическая ситуация негативно сказывается и на поставщиках медицинских услуг. Серьёзное финансовое давление в 2022 году, несмотря на то что инфляция в отрасли здравоохранения впервые за 40 лет была ниже, чем темпы роста цен на потребительские товары – 6.5% против 8%, – на себе ощутили больницы. С одной стороны, они столкнулись с увеличением производственных расходов, вызванных разрывом цепочек поставок и нехваткой медицинского персонала. Из-за трёхлетнего цикла контрактов со страховыми компаниями, в которые не были заложены высокие ставки по инфляции, им не удалось переложить часть расходов на плечи плательщиков и все финансовые риски они несли самостоятельно. Так, темпы роста инфляции более чем в два раза превысили темпы роста ставок возмещения расходов на стационарное лечение в

²⁰⁴ Дынкин А. Международная турбулентность и Россия // Вестник Российской академии наук. 2020. Т.90 №3. С. 209–219. DOI: 10.31857/S0869587320030032

рамках программы «Медикэр»²⁰⁵. С другой стороны, снижение спроса, особенно в более прибыльных направлениях услуг, ограничило доходы, а падение на фондовых рынках привело к значительным инвестиционным потерям. В результате более половины всех американских госпиталей в 2022 году понесли убытки.

Для стабилизации финансового баланса госпиталям придётся принять жёсткие меры по урезанию расходов, включая приостановку работы отделений и направлений обслуживания или даже полное закрытие учреждения. В наиболее уязвимом положении оказались госпитали в сельскохозяйственных районах страны – свыше 30% учреждений может закрыться в течение ближайших шести лет²⁰⁶. Высокая стоимость капитала также затрудняет для медицинских организаций модернизацию устаревающей инфраструктуры и внедрение цифровых преобразований: облачной системы хранения данных и аналитики, систем планирования ресурсов предприятия, искусственного интеллекта и автоматизации.

Коронавирус продолжит оказывать влияние на систему здравоохранения, несмотря на то что спустя четыре года после начала пандемии степень влияния и охвата COVID-19 кардинально изменилась по сравнению с пиковыми 2020-2021 годами. Уровень госпитализаций сократился на 60% – с 2,5 млн до 916 тыс. в 2023 году. Уровень смертности снизился на 83% – с 450 тыс. в 2021 году до 75 тыс. в 2023 году²⁰⁷. Сегодня вероятность того, что отдельные случаи заболевания приведут к серьёзным осложнениям у большинства жителей США, снизилась и риск заражения сопоставим с другими привычными инфекционными заболеваниями или механическими травмами, полученными, например, в

²⁰⁵ America's Hospitals and Health Systems Continue to Face Escalating Operational Costs and Economic Pressures as They Care for Patients and Communities // American Hospital Association. May 2024. URL: <https://www.aha.org/costsofcaring> (дата обращения: 17.07.2024).

²⁰⁶ Rural Hospitals at Risk of Closing. Center for healthcare quality and payment reform. 2022. URL: https://chqpr.org/downloads/Rural_Hospitals_at_Risk_of_Closing.pdf (дата обращения: 08.03.2023).

²⁰⁷ The Changing Threat of COVID-19 // CDC National Center for Immunization and Respiratory Diseases. February 2024. URL: <https://www.cdc.gov/ncird/whats-new/changing-threat-covid-19.html#:~:text=For%20example%2C%20the%20percentage%20of,levels%20observed%20in%20earlier%20years> (дата обращения: 10.07.2024).

результате автомобильных аварий. Тем не менее COVID-19 всё равно остаётся в американской повестке.

В первую очередь это связано с тем, что периодически всё ещё наблюдаются всплески заболеваемости в сообществах и вирус продолжает представлять повышенный риск для пожилых людей, младенцев, а также для людей с хроническими заболеваниями или ослабленным иммунитетом. С формальным окончанием пандемии сам вирус никуда не исчез. Он продолжает циркулировать, не имея выраженного сезонного характера, и видоизменяться²⁰⁸. Вирус всё ещё может представлять опасность, поскольку смертность от COVID-19 по-прежнему выше, чем от сезонного гриппа²⁰⁹. В начале января 2024 года было зафиксировано 35 тыс. госпитализаций, связанных с COVID-19, что лишь на 20% меньше, чем за аналогичный период 2023 года, при этом число еженедельных сообщений о смерти варьировалось от 500 до 2 000²¹⁰.

Системы общественного здравоохранения, несмотря на ослабленный по сравнению с временем действия чрезвычайного положения в области здравоохранения контроль, всё же продолжают следить за мутациями новых вариантов для обеспечения эффективности бустерных вакцин, которые наряду с другими профилактическими мерами – ношением масок в общественных местах при большом скоплении людей, регулярном тестировании и изоляции в случае заражения, улучшенной системой вентиляции воздуха, применением противовирусных препаратов, – не потеряли своей актуальности и в середине 2024 года²¹¹.

Вторая причина, которая не позволит навсегда забыть о COVID-19, – феномен недостаточно изученного постковидного синдрома. Постковидный

²⁰⁸ Park, A. Is COVID-19 a Seasonal Virus Yet? // Time. March 6, 2024. URL: <https://time.com/6852850/is-covid-19-seasonal-virus/> (дата обращения: 20.05.2024).

²⁰⁹ Xie, Y, Choi, T, Al-Aly, Z. Mortality in Patients Hospitalized for COVID-19 vs Influenza in Fall-Winter 2023–2024 // JAMA. 2024;331(22):1963–1965. DOI:10.1001/jama.2024.7395

²¹⁰ Colarissi, J. Is COVID-19 Still a Pandemic? // The Brink. March 4, 2024. URL: <https://www.bu.edu/articles/2024/is-covid-19-still-a-pandemic/> (дата обращения: 20.05.2024).

²¹¹ CDC Recommends Updated 2024–2025 COVID-19 and Flu Vaccines for Fall/Winter Virus Season // CDC. June 27, 2024. URL: <https://www.cdc.gov/media/releases/2024/s-t0627-vaccine-recommendations.html> (дата обращения: 10.07.2024).

синдром, или «долгий ковид», – комплекс симптомов, беспокоящий пациента на протяжении от 3 до 12 месяцев после острого проявления инфекции, который проявляется в снижении когнитивных способностей, повышенной тревожности и утомляемости, нарушении обоняния и вкуса, одышке, бессоннице, депрессии и многих других почти 200 симптомах. Причина возникновения «долгого ковида» до сих пор неизвестна. Самое распространённое объяснение — это прямые повреждения органов и тканей во время затяжного течения болезни²¹². По другой версии, вирус задерживается в организме, «прячется» в различных органах и вызывая хроническое воспаление²¹³. Третья версия утверждает, что вирус провоцирует аутоиммунные реакции, в результате чего иммунная система человека начинает вести длительную войну с собственным организмом, вызывая симптомы ещё длительное время после того, как первоначальная инфекция была устранена²¹⁴.

Весной 2024 года в США насчитывалось порядка 17 млн человек, или 7% взрослого населения, которые заявляли о наличии постковидного синдрома. Эти цифры сопоставимы с числом людей, страдающих от онкологических заболеваний (17 млн в 2020 году) или от ишемической болезни сердца (более 20 млн в 2023 году). За всё время пандемии о наличии последствий заболевания

²¹² Subramanian, A., Nirantharakumar, K., Hughes, S., Myles, P., Williams, T., Gokhale, K.M., Taverner, T., Chandan, J.S., Brown, K., Simms-Williams, N., Shah, A.D., Singh, M., Kidy, F., Okoth, K., Hotham, R., Bashir, N., Cockburn, N., Lee, S.I., Turner, G.M., Gkoutos, G.V., Aiyegbusi, O.L., McMullan, C., Denniston, A.K., Sapey, E., Lord, J.M., Wraith, D.C., Leggett, E., Iles, C., Marshall, T., Price, M.J., Marwaha, S., Davies, E.H., Jackson, L.J., Matthews, K.L., Camaradou, J., Calvert, M., Haroon, S. Symptoms and risk factors for long COVID in non-hospitalized adults // *Nat Med.* 2022 Aug;28(8):1706-1714. DOI: 10.1038/s41591-022-01909-w

²¹³ Dias De Melo, G., Lazarini, F., Levallois, S., Hautefort, C., Michel, V., Larrous, F., Verillaud, B., Aparicio, C., Wagner, S., Gheusi, G., Kergoat, L., Kornobis, E., Cokelaer, T., Hervochon, R., Madec, Y., Roze, E., Salmon, D., Bourhy, H., Lecuit, M., Lledo, P.M. COVID-19-associated olfactory dysfunction reveals SARS-CoV-2 neuroinvasion and persistence in the olfactory system // *bioRxiv* 2020.11.18.388819 DOI: <https://doi.org/10.1101/2020.11.18.388819>

²¹⁴ Wang, E.Y., Mao, T., Klein, J., Dai, Y., Huck, J.D., Jaycox, J.R., Liu, F., Zhou, T., Israelow, B., Wong, P., Coppi, A., Lucas, C., Silva, J., Oh, J.E., Song, E., Perotti, E.S., Zheng, N.S., Fischer, S., Campbell, M., Fournier, J.B., Wyllie, A.L., Vogels, C.B.F., Ott, I.M., Kalinich, C.C., Petrone, M.E., Watkins, A.E.; Yale IMPACT Team; Dela Cruz, C., Farhadian, S.F., Schulz, W.L., Ma, S., Grubaugh, N.D., Ko, A.I., Iwasaki, A., Ring, A.M. Diverse functional autoantibodies in patients with COVID-19 // *Nature.* 2021 Jul; 595(7866):283-288. DOI: 10.1038/s41586-021-03631-y

коронавирусом заявляло по меньшей мере 43 млн американцев, или почти 20% взрослого населения США²¹⁵.

Этот феномен постковидного синдрома сосредоточит силы учёных, врачей и работников общественного здравоохранения как на изучении этого явления, так и на разработке мер по борьбе с ним.

Сама пандемия и последствия «долго ковида» поспособствовали усугублению другой проблемы общественного здравоохранения – опиоидному кризису. В последнее десятилетие в США наблюдается рост смертности, вызванный передозировкой опиоидными препаратами, в частности синтетическим препаратом фентанилом. Одной из причин эпидемии, объявленной Центрами по контролю профилактики заболеваний еще в 2011 году, является чрезмерное назначение болеутоляющих лекарств, вызывающих зависимость (оксикодон, гидрокодон, морфин), которое началось ещё в 1990-х годах, для лечения хронических заболеваний. Зависимость и стремление найти более дешёвые аналоги способствовали увеличению спроса на нелегальные препараты.

Несмотря на значительные усилия систем общественного здравоохранения и поставщиков медицинских услуг, направленные на ограничение количества назначений, за 10 лет смертность от всех видов опиоидных препаратов выросла – с 7,3 на 100 тыс. человек в 2011 году до 24,7 на 100 тыс. человек в 2021 году. Если же рассматривать все виды наркотических веществ, включая героин, кокаин, антидепрессанты и психостимуляторы, то показатели смертности от передозировки за последнее десятилетие выросли почти втрое: с 13,2 на 100 тыс. человек в 2011 году до 32,4 на 100 тыс. человек в 2021 году²¹⁶.

В течение первых лет пандемии ситуация заметно усугубилась. Кризис и его социально-экономические последствия значительно повлияли на психическое здоровье населения. На поведенческом уровне это проявилось увеличением

²¹⁵ Burns, A. As Recommendations for Isolation End, How Common is Long COVID? // Kaiser Family Foundation. 9 April, 2024. URL <https://www.kff.org/coronavirus-covid-19/issue-brief/as-recommendations-for-isolation-end-how-common-is-long-covid/> (дата обращения: 20.05.2024).

²¹⁶ The Opioid Epidemic in the United States // SHADAC. URL: <https://www.shadac.org/opioid-epidemic-united-states> (дата обращения: 20.06.2024).

случаев домашнего насилия, суицида, а также усугублением различных аддикций²¹⁷. Нарушение цепочек поставок заставило зависимых людей обращаться к незнакомым препаратам, а меры изоляции привели к тому, что больше людей стали принимать запрещённые вещества в одиночку, что, как правило, повышает риск передозировки. Если в 2019 году количество смертей, связанных с опиоидными препаратами, насчитывало 49 860, то в 2021 и 2022 годах оно практически удвоилось, составив 75 477 и 81 806 соответственно^{218,219}. В результате людей гибнет больше, чем в дорожно-транспортных происшествиях, убийствах с применением огнестрельного оружия и самоубийствах. Жертвами эпидемии становятся представители широких слоёв американского населения во всех регионах страны, но чаще – молодые мужчины в возрасте от 18 до 45 лет.

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 году экономические потери составили 1,5 трлн долл., что на 37% больше, чем в 2017 году. 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 труда²²⁰.

Опиоидный кризис выдвинул на первый план необходимость принятия консолидированных мер по охране здоровья населения и создания

²¹⁷ Шматова Ю.Е. Психическое здоровье населения в период пандемии COVID-19: тенденции, последствия, факторы и группы риска // Экономические и социальные перемены: факты, тенденции, прогноз. 2021. Т.14, №2. С. 201–217. DOI: 10.15838/esc.2021.2.74.13

²¹⁸ Gomes, T., Ledlie, S., Tadrous, M., Mamdani, M., Paterson, J.M., Juurlink, D.N. Trends in Opioid Toxicity-Related Deaths in the US Before and After the Start of the COVID-19 Pandemic, 2011-2021. // JAMA Network Open. 2023; 6(7):e2322303. DOI:10.1001/jamanetworkopen.2023.22303

²¹⁹ Drug Overdose Death Rates // National Institutes on Drug Abuse. URL: <https://nida.nih.gov/research-topics/trends-statistics/overdose-death-rates> (дата обращения: 10.07.2024).

²²⁰ 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).

инфраструктуры для преодоления будущих всплесков. Администрация 46-го президента США сделала борьбу с опиоидным кризисом приоритетом внутренней политики²²¹. Были введены дополнительные ограничения на выписку рецептурных препаратов, уделяется больше внимания повышению осведомлённости общественности о вреде фентанила и поддельных рецептурных лекарствах, ужесточается контроль над незаконным оборотом наркотиков. В 2022 году профильное управление изъяло из оборота вдвое больше фентанила, чем в предыдущем²²². Выделяются гранты федерального правительства штатам и территориям, направленные на усиление борьбы с эпидемией (*State Opioid Response Grants*). Ужесточается таможенный контроль, вводятся санкции против иностранных фармакологических компаний (в основном китайских), связанных с производством и распространением фентанила. Разрабатываются новые подходы в помощи зависимым людям. Так, в марте 2023 года Управление по санитарному надзору за качеством пищевых продуктов и медикаментов выдало разрешение на отпуск без рецепта препарата «Наркан» (*Narcan*) – назального спрея с действующим веществом налоксон гидрохлорид, предназначенного для устранения симптомов передозировки опиоидами²²³. В 15 раз увеличено количество медицинских работников, которые имеют право назначать медицинские препараты от опиоидного расстройства²²⁴. Проект бюджета демократической администрации на 2025 год предлагает, чтобы все частные планы медицинского страхования покрывали расходы на лечение психических и наркотических расстройств.

²²¹ Fact Sheet: President Biden's Unity Agenda for the Nation // The White House. March 8, 2024. URL: <https://www.whitehouse.gov/briefing-room/statements-releases/2024/03/08/fact-sheet-president-bidens-unity-agenda-for-the-nation/> (дата обращения: 10.07.2024).

²²² Klobucista, C., Ferragamo, M. Fentanyl and the U.S. Opioid Epidemic // Council on Foreign Relations. December 22, 2023. URL: <https://www.cfr.org/backgrounder/fentanyl-and-us-opioid-epidemic> (дата обращения: 16.07.2024).

²²³ Tirrell, M., Kounang, N. Over-the-counter opioid overdose antidote Narcan is arriving in stores // CNN. September 6, 2023. URL: <https://www.cnn.com/2023/08/30/health/narcan-over-the-counter/index.html> (дата обращения: 10.07.2024).

²²⁴ Fact Sheet: President Biden's Unity Agenda for the Nation // The White House. March 8, 2024. URL: <https://www.whitehouse.gov/briefing-room/statements-releases/2024/03/08/fact-sheet-president-bidens-unity-agenda-for-the-nation/> (дата обращения: 10.07.2024).

Для успешного решения проблемы потребуется комплексный подход, сочетающий в себе знания нейробиологии, неврологии, фармакологии, эпидемиологии, медицины и профилактики. Необходимость интеграции полученных знаний в различные сферы деятельности: системы образования, социального обслуживания и правосудия, – приведут к интенсификации диалога между системами общественного и частного здравоохранения.

Ещё один фактор, который продолжит оказывать влияние на систему здравоохранения США, – это демографические изменения, и в частности старение населения (Таблица №4). В 2020 году каждый шестой житель США был старше 65 лет. За 10 лет с 2010 года число пожилых американцев увеличилось на 38%, до 55,8 млн, в то время как число тех, кто младше 65, выросло всего на 2%²²⁵. К 2031 году прогнозируется, что пожилых американцев будет более 75 млн, что в два раза больше, чем в 2008 году, когда первая волна поколения бэби-бумеров начала выходить на пенсию (Рисунок 10).

Таблица 4 – Динамика возрастной структуры населения США

	1970		1980		1990			
	млн чел.	%	млн чел.	%	млн чел.	%		
всего	205	100	226,5	100	248,8			
младше 18 лет	69,8	34,0	63,4	28,0	63,9		25,7	
18-64 лет	115,1	56,2	137,5	60,7	153,7		61,8	
старше лет 65 лет	20,1	9,8	25,6	11,3	31,2		12,5	
	2000		2010		2020		2023	
	млн чел.	%	млн чел.	%	млн чел.	%	млн чел.	%
всего	281,4	100	308,8	100	331,4	100	334,9	100
младше 18 лет	72,3	25,7	74,2	24	73,1	22,1	72,6	21,7
18-64 лет	174,1	61,9	194,3	63	202,5	61,1	203	60,6
старше лет 65 лет	35	12,4	40,3	13,1	55,8	16,8	59,3	17,7

²²⁵ 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).

Источник: составлено на основе данных U.S. Census Bureau: 2023 American Community Survey 1-Year Estimates, 2020 Census Demographic and Housing Characteristics File (DHC), 2010 Census Summary File 1, 2000 Census Summary File 1, 1990 Census of Population, General Population Characteristics, United States (1990 CP-1-1), National Estimates: Quarterly Population Estimates, 1980 to 1990, 1970 Population Division.

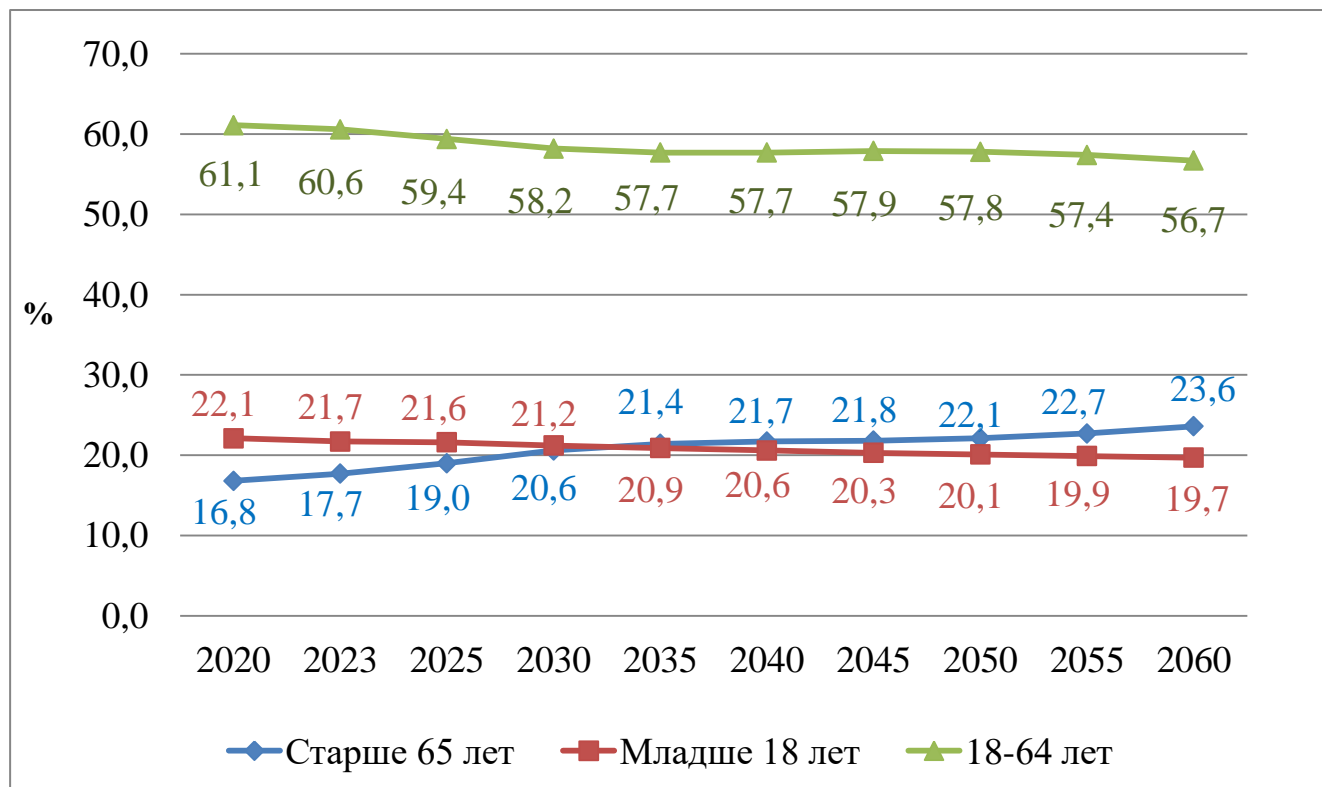
Несмотря на высокую продолжительность жизни, у 80% пожилых американцев диагностируют хотя бы одно хроническое заболевание. Они чаще, чем представители других поколений, подвержены таким заболеваниям как: гипертония, артрит, болезни сердца, диабет и пр. – всё это требует дорогостоящего лечения и ухода. 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 в 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 году превысила 1 трлн долларов. 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 году²²⁶. Это значит, что у программы не будет хватать ресурсов для покрытия операционных расходов начиная с 2037 года и образуется 11% разрыв между доходной и расходной частью, что усугубит финансовое положение госпиталей, сотрудничающих с государственной «Медикэр». На начало 2024 года активы фонда составляли 208,8 млрд долл., или 50% от прогнозируемых на 2024 год расходов, что ниже минимального рекомендованного уровня в 100%, установленного попечителями.

²²⁶ 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).

С 2003 года фонд госпитального страхования не проходит формальный тест на финансовую адекватность в краткосрочной перспективе.

Рисунок 10 – Прогноз изменения возрастной структуры населения США (2020-2060 гг.), %.



Источник: составлено на основе данных U.S. Census Bureau: 2020 Census Demographic and Housing Characteristics File (DHC), 2023 American Community Survey 1-Year Estimates, Projected Population by Single Year of Age, Sex, Race, and Hispanic Origin for the United States: 2014 to 2060.

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. Понимание этой необходимости нашло отражение в действиях демократической администрации Дж. Байдена. Так, с 1 июля 2022 года было возобновлено действие закона о секвестировании бюджетных расходов на «Медикэр» в размере 2%, приостановленного во время пандемии в 2021 году²²⁷. Проекты бюджета на 2024 и 2025 годы предусматривали повышение налоговой ставки для американцев с

²²⁷ Medicare and Budget Sequestration // Congressional Research Service. November 14, 2023. URL: <https://crsreports.congress.gov/product/pdf/R/R45106> (дата обращения: 10.06.2024).

доходом выше 400 тыс. в год для обеспечения платёжеспособности программы на следующие 25 лет.

Нехватка медицинского персонала – проблема, которая наиболее ярко проявилась в период пандемии и является особенно острой на фоне старения населения, продолжит оказывать влияние на систему здравоохранения США. Недостаток кадров наблюдается во многих направлениях медицины, но наиболее ярко выражен среди младшего медицинского персонала и врачей первичного звена. По данным Бюро трудовой статистики, к 2031 году США столкнутся с нехваткой почти 200 тыс. медсестёр²²⁸. По оценкам Ассоциации медицинских колледжей Америки (*Association of American Medical Colleagues*), к 2036 году системе здравоохранения будет не хватать до 86 тыс. терапевтов²²⁹.

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 колледжей и университетов. Это вынуждает их выбирать более престижные и высокооплачиваемые медицинские специализации²³⁰.

Врачи первичного звена являются первой точкой соприкосновения пациента с системой здравоохранения. Они устанавливают долгосрочные отношения с пациентами, служат связующим звеном со специалистами, отвечают за

²²⁸ 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).

²²⁹ *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).

²³⁰ 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.

профилактику, что позволяет более тщательно контролировать хронические заболевания и рационализировать потребление медицинских услуг. Таким образом, доступ к первичной медицинской помощи способствует увеличению продолжительности жизни, улучшению состояния здоровья и даже сокращает неравенство в состоянии здоровья во всех географических регионах, а также этнических и социально-экономических группах²³¹.

Соответственно, недостаточное количество терапевтов чревато увеличением нагрузки на отделения неотложной помощи в больницах, перегрузкой персонала, увеличением времени ожидания пациентами встречи со специалистом, общим снижением качества обслуживания, а также увеличением расходов на медицинские услуги за счёт фрагментированного лечения и неоправданного дублирования назначений и обследований. Наиболее яркий пример снижения качества оказания медицинских услуг из-за нехватки медицинского персонала – среднее время ожидания записи к специалисту. В 2022 году оно составило 26 дней²³².

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. Поиск баланса может оказаться непростым. Например, инициатива по распространению на федеральном уровне требования, которое уже существует в некоторых штатах, поддерживать минимальный коэффициент соотношения медицинских сестёр и пациентов в стационарах, вызывает жёсткие споры среди лоббистов интересов

²³¹ Allen, K. Availability of Primary Care Doctors Boosts Overall Life Expectancy // American Association of Retired Persons. 2019. URL: <https://www.aarp.org/health/conditions-treatments/info-2019/study-links-primary-care-supply-to-life-expectancy.html> (дата обращения: 14.03.2022).

²³² Levine, H. How to get in to see primary care physicians and specialists — quickly // The Washington Post. October 30, 2023. URL: <https://www.washingtonpost.com/wellness/2023/10/30/medical-appointments-avoiding-long-waits/> (дата обращения: 14.07.2024).

медицинского персонала и медицинских учреждений²³³. С одной стороны, это правило позволит обеспечить безопасные условия работы в медицинских учреждениях и улучшит уход за пациентами, но с другой стороны – станет дополнительным финансовым бременем, которое не все учреждения смогут вынести. Также 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 предоставления стипендий и льготного кредитования студентам медицинских колледжей, а также ускорения выдачи виз для иностранных высококвалифицированных специалистов.

Ещё один фактор, который будет негативно сказываться на развитии системы здравоохранения США, – углублённая пандемией поляризация общества, в основе которой лежит противостояние ценностей личных свобод и общественных потребностей. Во время пандемии это наиболее ярко проявилось вокруг вопроса введения ограничительных мер и обязательной вакцинации для государственных служащих и работников крупных предприятий. Сегодня особенно острую поляризацию общества мы наблюдаем на примере вопроса о праве на аборт. После отмены в 2022 году Верховным судом постановления о конституционном праве на аборт в 21 штате прерывание беременности запретили или ограничили²³⁴. Это решение буквально раскололо страну на неоконсерваторов, апеллирующих к традиционным ценностям, и либералов, отстаивающих свободу распоряжаться своим телом и здоровьем.

Раскол общественного мнения касается и других вопросов здоровья. Если сочувствующих Республиканской партии чаще волнует рост смертей от

²³³ S.1567 – Nurse Staffing Standards for Hospital Patient Safety and Quality Care Act of 2021 // Congress. URL: <https://www.congress.gov/bill/117th-congress/senate-bill/1567/text> (дата обращения: 14.07.2024).

²³⁴ McCann, A., Schoenfeld, Walker A. Tracking Abortion Bans Across the Country // The New York Time. July 1, 2024. URL: <https://www.nytimes.com/interactive/2024/us/abortion-laws-roe-v-wade.html> (дата обращения: 15.07.2024).

передозировок и насилия, то сторонники Демократической партии большей угрозой видят распространение вирусных инфекций²³⁵. Нет единого мнения о том, закончилась ли вообще пандемия. Если демократы всё ещё склонны относить COVID-19 к проблеме, представляющей угрозу, то республиканцы чаще думают, что время беспокоиться о коронавирусе прошло. Более того, среди республиканцев скептицизм относительно прививок против коронавируса распространился и на другие вакцины, хотя ранее такого отношения не наблюдалось. В то время как у демократов возросло намерение сделать сезонную прививку от гриппа, у республиканцев оно снизилось²³⁶. 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 штатах²³⁷.

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. Различия в политике приводят и к различным результатам. Так, в 10 республиканских штатах, не расширяющих программу «Медикейд» по политическим мотивам, наблюдаются в два раза более высокий уровень незастрахованных взрослых с низким уровнем дохода, чем в штатах, реализовавших положения «Обамакэр».

²³⁵ 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).

²³⁶ Trujillo, K.L., Green, J., Safarpour, A., Lazer, D., Lin, J., Motta, M. COVID-19 Spillover Effects onto General Vaccine Attitudes (Forthcoming in Public Opinion Quarterly). October 20, 2022. P.35. DOI: <https://doi.org/10.31219/osf.io/w7mq5>

²³⁷ 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>

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 темпов 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. Достаточно вспомнить, что за законы о снижении инфляции (*Inflation Reduction Act, 2022*) и американский план спасения (*American Rescue Plan, 2021*) в Конгрессе не проголосовал ни один республиканец²³⁸.

Но всё же ряд вопросов находит двухпартийную поддержку: продвижение электронных медицинских карт и ценностно-ориентированного подхода в расчёте с поставщиками медицинских услуг. Однако на данном этапе политического развития точек соприкосновения меньше, чем поводов для столкновения. Вопрос, смогут ли США преодолеть идейно-политический раскол, становится чрезвычайно важным для будущей политики в области здравоохранения и здоровья населения в целом, поскольку общественное здравоохранение, не находящее отклик у людей с разной политической идентичностью и идеологией в разных регионах страны, не может быть успешным.

3.2. Структурные преобразования системы здравоохранения США

Экономическая неопределённость, увеличивающая продолжительность жизни и демографические сдвиги, развитие новых технологий, которые находят своё применение во всех сферах здравоохранения, социальные и идейно-политические противоречия, – слияние всех этих факторов способствует

²³⁸ 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

нарастанию неопределённости, и сегодня мы наблюдаем мощную трансформацию американского здравоохранения.

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 обсуждается ценностно-ориентированная модель, которая в системе здравоохранения может существовать на нескольких уровнях: в системе страхования, предоставления услуг или на уровне отдельных врачей. Она позволяет иметь более стабильные финансовые потоки за счёт учёта не количества проведённых процедур, но качества жизни группы пациентов, за которую страховщик или поставщик медицинских услуг берёт ответственность, а также за счёт того, что расчёт чаще всего происходит на основе численности населения и в авансовом порядке.

В ближайшее время вероятен транзит от системы, нацеленной исключительно на лечение больных пациентов, к системе, которая способствует поддержанию уровня здоровья среди населения, учитывая социальные детерминанты здоровья: условия и место рождения и взросления, возраст, гендер, род деятельности и пр. Если до начала пандемии такой подход был больше распространён среди врачей первичного звена, то сейчас он проникает и в узкопрофильные специальности: онкология, нефрология, ортопедия, послеоперационный уход. Увеличивающаяся продолжительность жизни также способствует стремлению поставщиков медицинских услуг сместить акцент с реактивной помощи на профилактику заболеваний и продление активной социальной жизни людей. Такой переход станет стратегическим приоритетом для поставщиков медицинских услуг, поскольку он может как обеспечить долгосрочные преимущества для пациентов, так и сократить расходы, связанные с лечением предотвратимых заболеваний. По оценкам консалтинговой фирмы

Маккинзи (*McKinsey*), к 2027 году в моделях ценностно-ориентированного подхода медицинскую помощь будет получать более 90 млн человек – более чем двукратное увеличение по сравнению с 43 млн в 2022 году²³⁹.

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 выглядят отличной возможностью увеличить прибыль, которую закон «Обамакэр» ограничил 15-20% от объёма собранных страховых взносов.

В 2023 году, по данным консалтинговой фирмы «Кауфман холл» (*Kaufman Hall*), состоялось 65 слияний между госпиталями и крупными медицинскими системами, что на 12 сделок больше, чем в 2022 году. Средний размер сделки, измеряемый как годовая выручка меньшей стороны, является показателем того, что подобные партнёрства стали стратегической необходимостью. В 2023 году этот показатель уменьшился по сравнению с 2022 годом (852 млн долл.) и составил всего 591 млн долл., но всё же значительно превышает средние показатели за период с 2012 по 2020 годы. Основным отличием 2023 года стало то, что в 18 из 65 случаев продавец ссылался на финансовые трудности как на фактор, повлиявший на его решение. Эта доля, составившая 28% от общего

²³⁹ Patel, N., Singhal, S. What to expect in US healthcare in 2024 and beyond // McKinsey Company. January 5, 2024. URL: <https://www.mckinsey.com/industries/healthcare/our-insights/what-to-expect-in-us-healthcare-in-2024-and-beyond> (дата обращения: 12.07.2024).

объёма сделок за год, значительно превысила 17% в 2020 году, 16% в 2021 году и 15% в 2022 году²⁴⁰.

Являясь почти 1/5 американской экономики, 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 такие гиганты розничной торговли, как *Amazon*²⁴¹, *Walmart*²⁴², *CVS Health*²⁴³. Приобретая поставщиков медицинских услуг, они, используя свой бренд, инфраструктуру и технологии, предлагают создать более доступные пункты оказания первичной медицинской помощи, поскольку магазины или аптеки оказываются территориально ближе и доступнее для пациентов, чем частные практики терапевтов или клиники. С 2019 по 2020 год количество пунктов медицинского обслуживания в точках розничной торговли выросло на 21,5%, чему изначально способствовала потребность в локальных местах тестирования COVID-19, а также их способность предоставлять доступное, удобное и недорогое обслуживание без предварительной записи²⁴⁴. Причём если изначально ритейлеры фокусировались на предоставлении ограниченного спектра услуг: помощи при мелких заболеваниях, незначительных травмах и разовых визитов для вакцинации, то сегодня они уже активнее проникают в сферы, которые ранее считались прерогативой исключительно медицинских систем: лечение хронических заболеваний, поддержание поведенческого здоровья, уход

²⁴⁰ Muoio, D. Financial distress fueled more hospital M&A deals in 2023, report finds // Fierce Healthcare. January 19, 2024. URL: <https://www.fiercehealthcare.com/providers/financial-distress-fueled-more-hospital-mas-2023-report-finds> (дата обращения: 19.07.2024).

²⁴¹ Крупнейшая в мире платформа онлайн-торговли с капитализацией 1,9 трлн долл. на 19.07.2024.

²⁴² Крупная компания оптовой и розничной торговли товарами. Капитализация на 19.07.2024 – 569 млрд долл.

²⁴³ Лидирующая по количеству магазинов сеть розничных аптек. В 2018 году поглотила страховую компанию *Aetna*, превратившись в одну из самых крупных корпораций в области здравоохранения в США. Капитализация на 19.07.2024 – 75 млрд долл.

²⁴⁴ Schibell, N. Predictions 2023: Retail Health, Decentralized Trials, and Wellness on the Front Lines. Forrester. November 11, 2022. URL: https://www.forrester.com/blogs/predictions-2023-healthcare/?utm_source=forbes&utm_medium=pr&utm_campaign=predictions_2023 (дата обращения: 24.02.2023).

на дому²⁴⁵. Прогнозируется, что к 2030 году нетрадиционные игроки отрасли смогут контролировать до 30% рынка первичной медицинской помощи, который сейчас оценивается в 260 млрд долларов²⁴⁶.

Появление крупных компаний розничной торговли, которые также привносят новые модели управления в сферу здравоохранения, ужесточает конкуренцию для традиционных медицинских систем. Они вынуждены будут реагировать и адаптироваться, чтобы оставаться актуальными и не потерять долю рынка, либо заключать стратегические партнёрства с новыми игроками. Например, как соглашение между *Walgreens*, второй в США по величине сетью розничных аптек, и *Hartford HealthCare*, традиционным поставщиком медицинских услуг в Коннектикуте, цель которого – открытие медицинских клиник в отдельных магазинах *Walgreens*²⁴⁷. Подобные сделки дают традиционным медицинским системам возможность не только увеличить пропускную способность, но и сделать это более удобным и привлекательным для потребителей способом. Для розничных компаний партнёрство с известными поставщиками медицинских услуг открывает доступ к опыту и клиническим ресурсам, позволяя им расширить спектр услуг и укрепить доверие пациентов, особенно при переходе к более сложным видам обслуживания. Для пациентов это – возможность сэкономить. На основе анализа 10 наиболее распространённых диагнозов, с которыми обращаются в клиники розничных сетей, можно сделать вывод, что они предоставляют услуги по значительно более низкой цене, чем другие медицинские учреждения. Это возможно за счёт менее дорогостоящей рабочей силы – она представлена в основном практикующими медсестрами и

²⁴⁵ Witowski, N. Big retailers are staking their futures on healthcare // Definitive Healthcare. December 29, 2023. URL: <https://www.definitivehc.com/blog/retailers-healthcare> (дата обращения: 14.07.2024).

²⁴⁶ Landi, H. Retailers, Payers and Startups could Capture 30% of Primary Care Market by 2030: Report. Fierce Healthcare. August 2, 2022. URL: <https://www.fiercehealthcare.com/providers/retailers-payers-and-startups-could-capture-30-primary-care-market-2030-report> (дата обращения: 24.02.2023).

²⁴⁷ Hartford HealthCare and Walgreens partner to provide health clinics that improve access to care // PR Newswire. October 23, 2024. URL: <https://www.prnewswire.com/news-releases/hartford-healthcare-and-walgreens-partner-to-provide-health-clinics-that-improve-access-to-care-301966534.html> (дата обращения: 14.07.2024).

помощниками врачей, – менее оборудованных помещений и лечения менее затратных заболеваний. Средняя стоимость обслуживания в совокупности была на 38 долл. меньше, чем в центрах неотложной помощи, на 471 долл. меньше, чем во врачебных кабинетах, и на 746 долл. меньше, чем в больницах. Около двух третей посещений розничных клиник оплачиваются за счёт медицинской страховки, поэтому эти данные свидетельствуют о значительной экономии для плательщиков²⁴⁸.

Однако всё ещё неясно, как увеличение количества обращений к альтернативным поставщикам медицинских услуг скажется на общих расходах на здравоохранение, поскольку зачастую они провоцируют повторный визит к 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.

Потребность медицинских учреждений в оптимизации бизнес-процессов и повышении эффективности на фоне проблем с рентабельностью и ростом стоимости рабочей силы способствует передаче на аутсорсинг ряда функций, в том числе в переводе их за границу. Наиболее перспективные для этого направления – обслуживание операционных систем, выставление счетов, урегулирование претензий, бухгалтерия, кадры, административные функции. Интерес к аутсорсингу растёт особенно среди крупных медицинских систем, охватывающих несколько штатов. Для них издержки самостоятельного ведения бухгалтерских и финансовых функций могут достигать 50 млн долл. в год, в то

²⁴⁸ Witowski, N. Retailers in healthcare: A catalyst for provider evolution //Definitive Healthcare. May 2023. URL: <https://www.definitivehc.com/resources/research/retailers-healthcare> (дата обращения: 14.07.2024).

время как их передача сокращает эти расходы в два раза²⁴⁹. Ожидается, что к 2027 году спрос на услуги сторонних провайдеров увеличится вдвое²⁵⁰.

Одно из положительных последствий пандемии – цифровая трансформация здравоохранения – продолжится. За два года телемедицина из малоиспользуемого средства превратилась в наиболее предпочитаемый способ получения медицинского обслуживания. Наибольшее распространение виртуальные услуги получили в сфере психического здоровья, административных и профилактических визитов.

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 такие устройства, как пульсоксиметры, мониторы артериального давления, кардиомониторы и прочие 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.

Телемедицина продолжит сокращать разрыв между пациентом и врачом, создавая новые возможности для получения более качественного и персонализированного обслуживания в любом месте. Однако не исключаются и опасения, что её масштабы могут несколько сократиться из-за того, что многие

²⁴⁹ Laughlin, B., Can offshoring help health systems bulk up thin margins? // Deloitte. October 10, 2023. URL: <https://www2.deloitte.com/us/en/blog/health-care-blog/2023/can-offshoring-help-health-systems-bulk-up-thin-margins.html> (дата обращения: 18.07.2024).

²⁵⁰ Healthcare's Outsourcing Boom on a Trajectory to Double by 2027, Black Book 20th Annual Industry Study // Newswire. November 1, 2023. URL: <https://www.newswire.com/news/healthcare-s-outsourcing-boom-on-a-trajectory-to-double-by-2027-black-22160457> (дата обращения: 18.07.2024).

положения, расширяющее доступ к услугам телемедицины для бенефициаров «Медикэр» и «Медикейд», которые были распространены в период действия чрезвычайного положения в области здравоохранения, продлены лишь до конца 2024 года.

В ближайшее время мы также будем наблюдать интенсивное внедрение высоких технологий, в том числе с применением искусственного интеллекта (ИИ). Возможности применения генеративного ИИ в здравоохранении практически безграничны: упрощение интерпретации результатов, создание синтетических данных для обучения алгоритмов медицинского ИИ, способность создавать чат-боты и быть цифровым помощником для пациента на всех этапах его лечения. Только в 2022 году объём глобального рынка инструментов с искусственным интеллектом для здравоохранения составил 16,3 млрд долл., и ожидается, что он вырастет до 173,5 млрд долл. к 2029 году²⁵¹. Расширенное применение ИИ усилит тренд на персонализированную медицину – создание индивидуальных планов лечения и обеспечения доступа к ним, что позволит пациентам принимать более взвешенные решения относительно собственного здоровья.

Продолжится расширение регуляторных функций государства в области здравоохранения. Пандемия вскрыла слабости американского здравоохранения, в числе которых неравный доступ к медицинскому обслуживанию, неадекватная 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

²⁵¹ Artificial Intelligence in Healthcare: Market Size, Growth, and Trends // Binariks. January 27, 2024. URL: <https://binariks.com/blog/artificial-intelligence-ai-healthcare-market/> (дата обращения: 18.07.2024).

развернуть, поскольку он в полной мере отвечает запросам общества на более прозрачную и справедливую систему здравоохранения²⁵².

Среди наиболее очевидных иллюстраций, подкрепляющих этот тезис, – поддержанный двумя партиями в Конгрессе закон 2020 года (*No Surprises Act*), запрещающий выставлять пациентам при обращении за неотложной помощью или определёнными услугами дополнительные медицинские счета от сторонних поставщиков, работающих в интегрированной сети. Ранее при экстренном обращении в больницу пациент мог получить услуги медицинского учреждения, которое является членом интегрированной сети страхового плана, но при этом заключает контракты с третьими фирмами на предоставление услуг узкопрофильных специалистов, например анестезиологов или помощников хирургов. В результате страховая компания пациента не покрывала услуги сторонних провайдеров, использовавшихся во время лечения, и пациент был вынужден оплачивать их самостоятельно в полном объёме. С 2022 года такая практика объявлена незаконной. По подсчётам Бюджетного управления Конгресса, реализация закона позволит налогоплательщикам сэкономить 16,8 млрд долл. к 2030 году²⁵³.

Ещё одним примером может служить федеральная норма, разработанная администрацией Д. Трампа в 2019 году и вступившая в силу в 2021 году. В соответствии с ней страховые компании и больницы обязаны публиковать данные о тарифах возмещения расходов за медицинские услуги – мера, которая способствует большей транспарентности ценообразования и усилению

²⁵² Public's Positive Economic Ratings Slip; Inflation Still Widely Viewed as Major Problem // Pew Research Center. May 23, 2024. URL: <https://www.pewresearch.org/politics/2024/05/23/publics-positive-economic-ratings-slip-inflation-still-widely-viewed-as-major-problem/> (дата обращения: 18.07.2024).

²⁵³ Estimate for Divisions O Through FF H.R. 133, Consolidated Appropriations Act, 2021 Public Law 116-260 Enacted on December 27, 2020 // Congressional Budget Office. January 14, 2021. URL: https://www.cbo.gov/system/files/2021-01/PL_116-260_div%20O-FF.pdf (дата обращения: 18.07.2024).

конкуренции между поставщиками медицинских услуг, поскольку позволяет потребителям делать более информативный и рациональный выбор²⁵⁴.

Более шаткими с точки зрения отсутствия двухпартийной поддержки, но всё же отражающими тренд на усиление государственного регулирования, являются положения закона о снижении инфляции (*Inflation Reduction Act, 2022*), нацеленные на сокращение расходов в здравоохранении и расширение доступа к медицинским услугам. Закон продлил до 2025 года расширенное субсидирование на приобретение индивидуального плана страхования через государственную онлайн-платформу (*Affordable Care Act Marketplace*) для домохозяйств, чей доход находится в диапазоне 150%-400% от федерального уровня бедности. Американцы с доходом ниже 150% имеют право на приобретение страхового плана без вноса премий. Домохозяйства, чей доход выше установленной планки, также получают субсидирование, если расходы на медицинское страхование в структуре их расходов превышают 8,5%. Эти положения позволили рекордным 21 млн человек приобрести индивидуальный план страхования на 2024 год²⁵⁵.

Прорывными стали положения закона, касающиеся ценообразования на рецептурные препараты, которые покрываются страховым планом «Медикэр», поскольку на их оплату приходится около 20% всех расходов на медицинское обслуживание:

- Министерство здравоохранения и социальных служб США получило право вести переговоры о снижении цены с производителями лекарств. Обсуждаться могут только препараты, которые представлены на рынке более 9 лет и не имеют дженериков или биоаналогов. Начиная с 2026 года цены будут снижены на первые 10 наименований и с каждым годом их количество планируют увеличивать. В список препаратов первого раунда переговоров вошли средства

²⁵⁴ Tozzi, J., Stein, S. Trump Advances Health-Care Price Rules to Boost Transparency // Bloomberg. November 19, 2019. URL: <https://www.bloomberg.com/news/articles/2019-11-15/trump-advances-rules-to-make-health-care-prices-more-transparent?sref=d76K8I5l> (дата обращения: 07.11.2024).

²⁵⁵ Record Marketplace Coverage in 2024: A Banner Year for Coverage // The White House. January 24, 2024. URL: <https://www.whitehouse.gov/cea/written-materials/2024/01/24/record-marketplace-coverage-in-2024-a-banner-year-for-coverage/#:~:text=Enrollment%20reached%20over%202021%20million,ACA%20Marketplaces%20a%20decade%20earlier> (дата обращения: 18.07.2024).

для лечения сердечно-сосудистых заболеваний, диабета, аутоиммунных заболеваний и онкологии²⁵⁶.

- Был установлен предельный уровень ежегодного роста цен на рецептурные препараты, который не должен превышать уровень инфляции. В противном случае фармацевтические компании будут облагаться налоговыми штрафами, покрывающую разницу.

Закон также включает в себя несколько других положений, которые снижают непосредственно расходы из личных доходов для застрахованных в рамках «Медикэр»:

- Установлена предельная ежемесячная цена на инсулин в размере 35 долл.
- С 2025 года вводится лимит в 2000 долл. на расходы из личных доходов.
- Расходы на страховые премии не должны превышать 6% в структуре расходов домохозяйств с 2024 по 2029 год.

Бюджетное управление Конгресса оценивает, что подобные положения позволят сэкономить федеральному правительству до 237 млрд долл. в течение 10 лет²⁵⁷.

Однако дальнейшая политика в сфере здравоохранения как минимум в ближайшие два года до промежуточных выборов в 2026 году будет формироваться уже Республиканской партией, которая сумела одержать победу на выборах в 2024 году, взяв не только Белый дом, но и большинство в обеих палатах Конгресса.

Если предвыборная платформа демократического кандидата К. Харрис была понятна и сосредоточена на закреплении успехов, которых удалось добиться в президентский срок Дж. Байдена, а именно: расширение на частные страховые

²⁵⁶ Эликвис, Джардинс, Ксарелто, Янувия, Фарсига, Энресто, Энбрел, Имбрувика, Стелара, Фиасп.

²⁵⁷ Estimated Budgetary Effects of Public Law 117-169. Congressional Budget Office Cost Estimate. 2022. URL: https://www.cbo.gov/system/files/2022-09/PL117-169_9-7-22.pdf (дата обращения: 18.02.2023).

планы положений о сокращении расходов из личных доходов граждан, реализованных в рамках «Медикэр», расширение на постоянной основе, а не только до 2025 года субсидированного страхования для покупателей индивидуального страхового плана через государственные онлайн-платформы, увеличение налогов для людей с высоким уровнем дохода для поддержания платёжеспособности государственной «Медикэр», списание долгов за медицинские услуги, – то предвыборная программа Д. Трампа не отличается подобной ясностью, поскольку он так и не представил единую политическую платформу в отношении здравоохранения. Таким образом, судить о его будущих шагах в отношении политики здравоохранения можно исходя из его предыдущего президентского опыта и немногочисленных высказываний во время избирательной гонки 2024 года.

Ключевым становится вопрос о будущем закона «О защите пациентов и доступном здравоохранении» 2010 года – 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. По данным Министерства финансов, за последние 10 лет «Обамакэр» обеспечил медицинским страхованием около 50 млн американцев, или примерно каждого седьмого жителя страны. В 2024 году рекордный 21 млн человек приобрёл страховой план на государственных маркетплейсах, в том числе более 5 млн сделали это впервые²⁵⁸.

Во время первого президентского срока Д. Трамп выступал последовательным сторонником отмены реформы. Но, не сумев добиться её отмены законодательным путём – разрозненные предложения Республиканской партии о снижении федеральных расходов и уменьшении регулирующей роли

²⁵⁸ 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: <https://home.treasury.gov/system/files/131/People-Enrolled-ACA-Mkt-Coverage-2014-24-09032024.pdf> (дата обращения: 06.11.2024).

государства на рынке страхования не были приняты в Конгрессе, – 45-й президент США подписывал законы или исполнительные указы, которые подрывали некоторые положения реформы. Так, законом «О сокращении налогов и создании рабочих мест» (*Tax Cuts and Jobs Act, 2017*) был отменён штраф, налагаемый на граждан, отказывающихся приобретать страховку. Исполнительным указом от 2017 года он расширил срок действия краткосрочных планов медицинского страхования с 3 месяцев до 12 месяцев, которые не соответствовали требованиям о минимальном страховом покрытии, предусмотренном законом 2010 года, и за счёт этого были дешевле. Формально страхование стало доступнее, но его качество не гарантировалось федеральным стандартом; более того, такие планы могли повышать стоимость страховой премии или вовсе отказывать в покрытии людям с хроническими заболеваниями. Министерство здравоохранения и социальных служб разрешило страховым компаниям отказаться от выполнения требования закона 2010 года об обязательном покрытии стоимости противозачаточных средств, если это противоречило их религиозным или моральным убеждениям. Трамп также предоставил штатам возможность требовать от реципиентов «Медикейд» подтверждения их занятости, что было направлено на сокращение количества получателей медицинского вспомоществования. Он прекратил субсидирование страховых компаний, стимулирующее их оставаться на контролируемой государством платформе. Речь идет о положении закона «Обамакэр», которое дает домохозяйствам, приобретающим «серебряный» план страхования на маркетплейсе, чьи доходы лежат в диапазоне 100-250% федерального уровня бедности, сокращать расходы «из собственного кармана» в случае обращения за медицинской помощью. Однако в конечном счёте мера, введенная Трампом, привела к противоположному эффекту – увеличению расходов федерального правительства за счёт того, что была увеличена стоимость страховых премий и большее количество людей смогло рассчитывать на налоговый вычет. Это положение больше всех ударило по тем гражданам, которые не имели права воспользоваться субсидией, поскольку их доход превышал 400% федерального уровня бедности. Он также значительно

сократил федеральные расходы на рекламу маркетплейса и на организацию помощи в регистрации, а также уменьшил специальный период, во время которого американцы могут пересмотреть свои планы медицинского страхования и приобрести полис, с 12 до 6 недель.

Однако если обратить внимание на динамику количества приобретений страхового полиса на маркетплейсе (Рисунок 11), становится очевидным, что меры, введенные 45-м президентом, не позволили ему добиться поставленных целей – сокращения расходов на программу за счет сокращения людей, претендующих на льготы. И вопреки прогнозам Бюджетного управления Конгресса, взятым за основу составителями Экономического доклада президента в 2019 году, политика Д. Трампа сократила количество участников «Обамакэр» к 2021 году лишь на 211,7 тыс. человек, а не на 5 млн.²⁵⁹

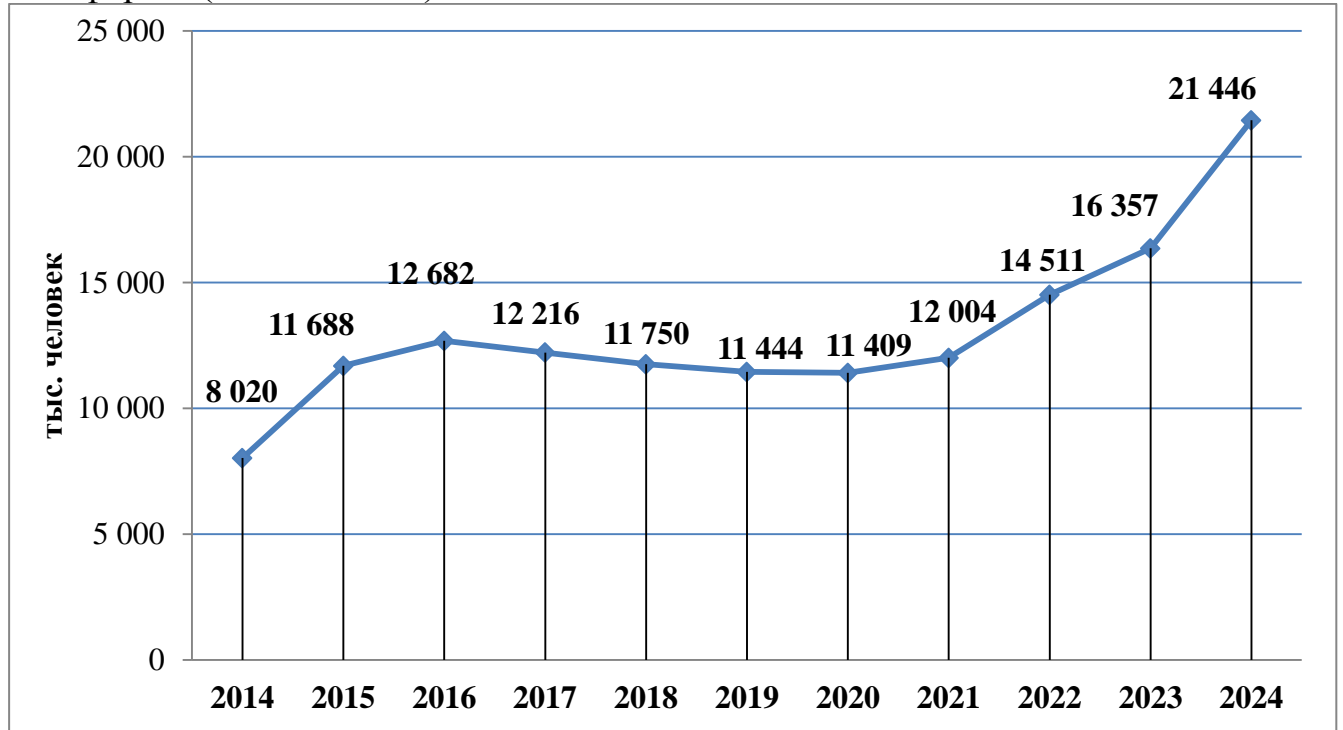
Многие из введённых Трампом положений были отменены демократической администрацией Дж. Байдена, и закон был значительно расширен – и даже приобрёл большую популярность. И сегодня очевидно, что «Обамакэр» надёжно вплетён в социально-политическую канву американского государства, многие его положения пользуются значительной общественной поддержкой среди сторонников как Демократической, так и Республиканской партии, а значит, их отмена становится политически невозможной. К таким ключевым положениям относится и запрет на дискриминацию по состоянию здоровья при покупке медицинской страховки, и гарантия профилактической помощи, и покрытие стоимости медицинских услуг для беременных женщин, и возможность до 26 лет пользоваться страховкой родителей²⁶⁰. Этот тезис подтверждается динамикой результатов опросов общественного мнения. Если в 2010 году лишь 46% населения поддерживали реформу, 40% – не поддерживали, а

²⁵⁹ 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)

²⁶⁰ Шведова Н.А. Здоровоохранение США: силуэт в президентской кампании-2024 // США & Канада: экономика, политика, культура. 2024; 54(9):78–92. DOI: 10.31857/S2686673024090065 EDN: ZVAZZO

14% – затруднялись ответить, то в 2023 году это соотношение уже выглядело как 62%, 36% и 2% соответственно²⁶¹.

Рисунок 11 – Количество застрахованных через государственные онлайн-платформы (2014-2024 гг.)



Источник: Health Insurance Marketplace Open Enrollment Reports for 2014, 2015, and 2016, Office of the Assistant Secretary for Planning and Evaluation, Department of Health and Human Services. Marketplace Open Enrollment Period Public Use Files for 2017-2024 Centers for Medicare and Medicaid Services, Department of Health and Human Services.

Во время предвыборной кампании Д. Трамп противоречиво высказывался относительно своих планов насчёт закона 2010 года. Если в начале гонки, весной 2024 года, он заявлял о том, что не собирается сворачивать реформу, но хочет сделать её «лучше и менее затратной»²⁶², то уже во время дебатов в сентябре 2024 года объявил о намерении заменить закон новой реформой²⁶³. Однако на

²⁶¹ 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).

²⁶² Huynh, A. Trump, Who Tried to Repeal Obamacare, Says He Is ‘Not Running to Terminate It’ // The New York Times. April 11, 2024. URL: <https://www.nytimes.com/2024/04/11/us/politics/trump-biden-affordable-care-act.html> (дата обращения: 06.11.2024).

²⁶³ Kapur, S. Trump again calls to ‘replace’ Obamacare, reopening a fight Republicans tried to close // NBC News. September 11, 2024. URL: <https://www.nbcnews.com/politics/2024-election/trump-calls->

ноябрь 2024 года конкретного плана действий будущей администрации не представлено. Вероятно, Республиканская партия возьмёт курс на сокращение федеральных расходов на здравоохранение за счёт урезания финансирования программы «Медикейд» и субсидий планов индивидуального страхования.

Сегодня мы наблюдаем период трансформации американского здравоохранения, которое вынуждено адаптироваться к последствиям пандемии и новым вызовам, стоящим перед ним. Последствия экономического спада станут очередным стресс-тестом для системы: нехватка медицинского персонала, убыточность медицинских учреждений и рост цен на медицинское обслуживание. Многие традиционные игроки сталкиваются с необходимостью пересмотреть свою деятельность, как в финансовом, так и в клиническом плане. Нетрадиционные для отрасли гиганты розничной торговли могут изменить существующие правила игры и предложить более эффективные модели управления и предоставления медицинского обслуживания.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В рамках поставленных цели и задач автор исследования проследил эволюцию системы здравоохранения США в период пандемии COVID-19 и представил ключевые тенденции её посткризисного развития.

Рассмотренные особенности рыночных институтов в сфере здравоохранения наглядно демонстрируют необходимость государственного вмешательства в данную сферу. Это связано с тем, что здравоохранение является той отраслью экономики, для которой характерно наличие устойчивых отклонений экономических отношений от идеальной рыночной модели: наличие свойств общественного блага у предоставляемых услуг, доверительный характер взаимодействия потребителя и производителя из-за информационной асимметрии между ними, высокая степень неопределённости спроса на медицинские услуги, высокие барьеры входа для производителей. Само же государство заинтересовано в обеспечении системы необходимыми ресурсами, хотя бы даже для предоставления необходимого минимума услуг для наиболее уязвимых слоев населения, поскольку именно от уровня и качества жизни населения, которые определяются в том числе и доступом к медицинскому обслуживанию, зависят конкурентные преимущества страны, социальное и экономическое развитие и даже национальная безопасность. 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.

Исследование американской модели здравоохранения выявило несколько отличительных характеристик. Во-первых, являясь продолжением американской модели капитализма, она по праву считается «самой рыночной» среди развитых стран. Во-вторых, отсутствие системы обязательного медицинского страхования, высокая стоимость медицинских услуг и постоянный рост цен, опережающий уровень инфляции, в сочетании с коммерческим подходом к их предоставлению, являются фактором социальной недостаточности и создают потенциал для

глубокого кризиса в случае чрезвычайной ситуации. В-третьих, колоссальные расходы представляются неоправданными за счет низкой эффективности в категориях качества жизни по сравнению с другими развитыми странами: более низкой средней ожидаемой продолжительности жизни, более высоком уровне хронических заболеваний у населения, более высоком показателе смертности от предотвратимых болезней, повышенном уровне младенческой и материнской смертности.

Автор исследования проанализировал этапы распространения коронавируса на территории США и установил, что за три года действия чрезвычайного положения в области здравоохранения по территории США прокатилось шесть волн коронавируса, которые непропорционально ударили по различным группам населения. Во-первых, как и во всём мире, в более уязвимом положении находились пожилые, а также люди с ослабленным иммунитетом. Во-вторых, заметно сильнее пострадали сельскохозяйственные районы страны. Несмотря на большое количество смертей в регионах с высокой плотностью населения в первые месяцы пандемии, общий уровень смертности выше в наименее населенных, сельскохозяйственных районах. В-третьих, неравенство проявилось в различных социально-экономических и расово-этнических группах – цветное население испытывало непропорционально большое количество случаев заболевания и смерти в сочетании с низким уровнем вакцинации по сравнению с белыми американцами.

Пандемия COVID-19 проявила многие слабости американской модели здравоохранения. В первую очередь под удар попала система частного коллективного страхования, предоставляемого работодателем. С резким ростом безработицы увеличилось количество незастрахованных американцев, которые перешли на субсидированное страхование. Проявилась слабость больниц и клиник, функционирующих в рамках рыночной модели, работающих по принципу «оплата-за-услуги»: резкое падение спроса на медицинские услуги оставило учреждения без операционной прибыли. Пандемия также стала лакмусовой бумажкой для многих структурных социальных проблем, связанных с

социально-экономическим неравенством. Для поддержания доходов населения и поставщиков медицинских услуг, а также гарантированного доступа к медицинскому обслуживанию федеральное правительство было вынуждено предпринять беспрецедентные меры поддержки, что позволило стабилизировать систему.

Выявленные причины неэффективного реагирования на вызов пандемии показывают, что неоднозначная реакция республиканской администрации Д. Трампа, выраженная в преуменьшении угрозы, явилась причиной скорее более ситуативной, но, безусловно, усугубившей положение. Остальные же были результатом противоречивой структуры национальной системы здравоохранения США, опирающейся в своём функционировании на рыночные механизмы и вследствие этого меньше нацеленной на поддержание систем общественного здравоохранения. Система здравоохранения, ориентированная на прибыль, не имеет достаточных стимулов для инвестиций в увеличение количества койко-мест, запасы расходных материалов, учения мирного времени и многоступенчатые планы действий в чрезвычайных ситуациях – в то, что составляет суть готовности к пандемиям. Отсутствие скоординированного плана, раздробленный характер управления, хронический недостаток финансирования, устаревшая инфраструктура предопределили провальную реакцию систем общественного здравоохранения. А их действия были особенно важны в первые месяцы борьбы с распространением коронавируса, поскольку такие инструменты, как вакцины или проверенное медикаментозное лечение, попросту отсутствовали.

Структурное экономическое неравенство также способствовало бесконтрольному распространению вируса, поскольку наиболее уязвимые группы населения, имеющие привычку пропускать визиты врачей по причине их высокой стоимости и опасаясь потерять в доходах из-за болезни, реже обращались к врачу при первых симптомах COVID-19 и продолжали работать, попадая в отделения неотложной помощи уже в тяжёлом состоянии.

Политизация вопроса борьбы с пандемией, начавшаяся с раскола правящей элиты и распространившаяся на общество, также усугубила ситуацию, поскольку

политическая принадлежность руководителей штатов и округов определяла скорость и характер методов реагирования.

Пандемия оказала значительное структурное воздействие на систему здравоохранения США. Среди факторов, определяющих новый облик системы здравоохранения после кризиса, автор выделяет: состояние национальной экономики, продолжительную циркуляцию коронавируса в сообществах, феномен «долгого ковида», всплеск эпидемии передозировки опиоидными препаратами, старение населения, нехватку медицинского персонала, а также углубленную пандемией поляризацию общества. Все они способствуют нарастанию неопределённости и требуют интенсификации диалога между системами общественного и частного здравоохранения, в результате сегодня мы наблюдаем мощную трансформацию американского здравоохранения.

Во-первых, многие традиционные игроки сталкиваются с необходимостью пересмотреть свою деятельность, как в финансовом, так и в клиническом плане. Нетрадиционные для отрасли гиганты розничной торговли могут изменить существующие правила игры и предложить более эффективные модели управления и предоставления медицинского обслуживания.

Во-вторых, происходит углубление цифровой трансформации за счёт гаджетов удалённого мониторинга состояния пациента и интенсивного внедрения высоких технологий, в том числе с применением искусственного интеллекта, что сокращает разрыв между пациентом и врачом, создавая новые возможности для получения более качественного и персонализированного медицинского обслуживания.

В-третьих, при сохранении опоры на рыночный механизм продолжится расширение регуляторных функций государства в области здравоохранения. Чрезмерная политизация вопроса и стремление консервативных сторонников Республиканской партии сократить государственные расходы могут замедлить этот тренд, но вряд ли сумеют его развернуть. Приход к власти Республиканской партии вновь поднимает дискуссию вокруг закона 2010 года «О доступном здравоохранении и защите пациентов». Однако за 10 лет существования реформа

доказала свою состоятельность и с каждым годом набирает всё большую общественную поддержку, что даёт основания полагать, что «Обамакэр» окончательно укрепился в американской системе здравоохранения. Хотя всё же реформа остаётся незавершенной и требует доработок, поскольку всё ещё не решен вопрос социально-экономического и расово-этнического неравенства в доступе к медицинскому обслуживанию, а также сохраняются высокие темпы роста цен на медицинские услуги. На этом фоне сфера здравоохранения останется предметом острой политической борьбы и экспертно-аналитического дискурса в поисках наиболее эффективной модели управления и пределах границ государственного вмешательства в отрасль.

БИБЛИОГРАФИЯ

Официальные документы

1. American Rescue Plan Act of 2021. URL: <https://www.congress.gov/bill/117th-congress/house-bill/1319/text> (дата обращения: 17.04.2023).
2. Consolidated Appropriations Act of 2021. URL: <https://www.congress.gov/bill/116th-congress/house-bill/133/text> (дата обращения: 17.04.2023).
3. Consolidated Omnibus Budget Reconciliation Act of 1985 (COBRA Act). URL: <https://www.congress.gov/bill/99th-congress/house-bill/3128> (дата обращения: 17.04.2023).
4. Coronavirus Aid, Relief, and Economic Security Act of 2020 (CARES Act) URL: <https://www.congress.gov/bill/116th-congress/senate-bill/3548/text> (дата обращения: 17.04.2023).
5. Economic Report of the President. Together with the Annual Report of the Council of Economic Advisers. March 2019. URL: <https://www.trumpwhitehouse.archives.gov/wp-content/uploads/2019/03/ERP-2019.pdf> (дата обращения: 25.12.2024)
6. Economic Report of the President. April 22. URL: <https://www.govinfo.gov/content/pkg/ERP-2022/pdf/ERP-2022.pdf> (дата обращения: 25.12.2024)
7. Families First Coronavirus Response Act of 2020. URL: <https://congress.gov/bill/116th-congress/house-bill/6201> (дата обращения: 17.04.2023).
8. Inflation Reduction Act of 2022. URL: <https://www.congress.gov/bill/117th-congress/house-bill/5376> (дата обращения: 17.04.2023).
9. Maintaining Internal Systems and Strengthening Integrated Outside Networks Act of 2018 (MISSION Act). URL: <https://www.congress.gov/congressional-report/115th-congress/house-report/671/1> (дата обращения: 20.02.2024).
10. Patient Protection and Affordable Care Act of 2010. URL: <https://www.congress.gov/bill/111th-congress/house-bill/3590> (дата обращения: 20.03.2022).
11. Stabilization Act of 1942. URL: <https://www.loc.gov/item/uscode1946-006050a020/> (дата обращения: 20.03.2022).
12. Veterans Access, Choice, and Accountability Act of 2014. URL: <https://www.congress.gov/bill/113th-congress/house-bill/3230> (дата обращения: 20.02.2024).

Справочно-статистические источники

13. Заявление Генерального директора ВОЗ по итогам совещания Комитета ММСП по чрезвычайной ситуации в связи с новым коронавирусом (2019-nCoV) // Всемирная организация здравоохранения. 30 января 2020 г. URL: [https://www.who.int/ru/director-general/speeches/detail/who-director-general-s-statement-on-ihf-emergency-committee-on-novel-coronavirus-\(2019-ncov\)](https://www.who.int/ru/director-general/speeches/detail/who-director-general-s-statement-on-ihf-emergency-committee-on-novel-coronavirus-(2019-ncov)) (дата обращения: 08.05.2024).
14. Обновлённая стратегия борьбы с COVID-19 // Всемирная организация здравоохранения. 14 апреля 2020 г. URL: https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/covid19-strategy-update-2020-ru.pdf?sfvrsn=29da3ba0_19 (дата обращения: 06.04.2022).
15. 2014–2016 Ebola Outbreak in West Africa // Centers for Disease Control and Prevention. URL: <https://www.cdc.gov/vhf/ebola/history/2014-2016-outbreak/index.html#:~:text=Overall%2C%20eleven%20people%20were%20treated,died%20on%20October%208%2C%202014> (дата обращения: 05.05.2024).
16. 2021 Annual Report of the Boards of Trustees of the Federal Hospital Insurance and Federal Supplementary Medical Insurance Trust Funds. URL: <https://www.cms.gov/files/document/2021-medicare-trustees-report.pdf> (дата обращения: 20.03.2022).
17. 2024 Annual Report of the Boards of Trustees of the Federal Hospital Insurance and Federal Supplementary Medical Insurance Trust Funds. URL: <https://www.cms.gov/data-research/statistics-trends-and-reports/trustees-report-trust-funds> (дата обращения: 14.07.2024).
18. Annual Medicare Participation Announcement Centers for Medicare & Medicaid Services. 2023 URL: https://www.cms.gov/medicare-participation_ (дата обращения: 08.05.2024).
19. CDC Recommends Updated 2024-2025 COVID-19 and Flu Vaccines for Fall/Winter Virus Season // CDC. June 27, 2024. URL: <https://www.cdc.gov/media/releases/2024/s-t0627-vaccine-recommendations.html> (дата обращения: 10.07.2024).
20. Coronavirus disease (COVID-19) Situation Report – 172 // World Health Organization. 10 July 2020. URL: <https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20200710-covid-19-sitrep-172.pdf> (дата обращения: 01.05.2022).
21. Coronavirus World Map: Tracking the Global Outbreak // The New York Times. URL: <https://www.nytimes.com/interactive/2021/world/covid-cases.html?ysclid=m1jmkfwvt6860291840> (дата обращения: 26.09.2024).
22. COVID-19 // Centers for Disease Control and Prevention. URL: https://www.cdc.gov/covid/?CDC_AAref_Val=https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-

- ncov/hcp/ppe-strategy/decontamination-reuse-respirators.html (дата обращения: 22.03.2022).
23. COVID-19 and Domestic PPE Production and Distribution: Issues and Policy Options // Congressional Research Service. 2020. URL: <https://crsreports.congress.gov/product/pdf/R/R46628> (дата обращения: 18.03.2022).
24. COVID-19 Map // Coronavirus Resource Center. John Hopkins University URL: <https://coronavirus.jhu.edu/map.html> (дата обращения: 26.09.2024).
25. COVID-19 Relief: Funding and Spending as of Jan. 31. 2023. U.S. Government Accountability Office. February 2023. URL: <https://www.gao.gov/assets/gao-23-106647.pdf> (дата обращения 13.04.2023)
26. Estimated Budgetary Effects of Public Law 117-169. Congressional Budget Office Cost Estimate. 2022. URL: https://www.cbo.gov/system/files/2022-09/PL117-169_9-7-22.pdf (дата обращения:18.02.2023).
27. Estimate for Divisions O Through FF H.R. 133, Consolidated Appropriations Act, 2021 Public Law 116-260 Enacted on December 27, 2020 // Congressional Budget Office. January 14, 2021. URL: https://www.cbo.gov/system/files/2021-01/PL_116-260_div%20O-FF.pdf (дата обращения: 18.07.2024).
28. Expanded Financial Assistance Allows Families to Save Money and Upgrade Health Insurance // The white House. November 8, 2024. URL: <https://www.whitehouse.gov/cea/written-materials/2024/11/08/expanded-financial-assistance-allows-families-to-save-money-and-upgrade-health-insurance/> (дата обращения 19.12.2024).
29. Fact Sheet: President Biden’s Unity Agenda for the Nation // The White House. March 8, 2024. URL: <https://www.whitehouse.gov/briefing-room/statements-releases/2024/03/08/fact-sheet-president-bidens-unity-agenda-for-the-nation/> (дата обращения 10.07.2024).
30. Fast Facts on the U.S. Hospitals 2024 // American Hospital Association URL: <https://www.aha.org/> (дата обращения: 08.07.2024).
31. 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).
32. Global spending on health: rising to the pandemic’s challenges. World Health Organization. December 2022. URL: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240064911> (дата обращения: 24.11.2024).
33. Household Debt and Credit. Quarterly Report. Federal Reserve Bank of New York. May 2024. URL: <https://www.newyorkfed.org/microeconomics/hhdc> (дата обращения: 10.07.2024).

34. Keisler-Starkey, K., Bunch, L.N Health Insurance Coverage in the United States: 2020. U.S. Census Bureau. U.S. Government Publishing Office, Washington, DC, September 2021. URL: <https://www.census.gov/content/dam/Census/library/publications/2021/demo/p60-274.pdf> (дата обращения: 13.03.2022).
35. Keisler-Starkey K., Bunch, L.N., Lindstorm R.A. Health Insurance Coverage in the United States: 2022. U.S. Census Bureau. U.S. Government Publishing Office, Washington, DC, September 2023. URL: <https://www.census.gov/library/publications/2023/demo/p60-281.html> (дата обращения: 14.05.2023).
36. Medicare and Budget Sequestration // Congressional Research Service. November 14, 2023. URL: <https://crsreports.congress.gov/product/pdf/R/R45106> (дата обращения: 10.06.2024).
37. MERS in the U.S. // Centers for Disease Control and Prevention. URL: <https://www.cdc.gov/coronavirus/mers/us.html> (дата обращения: 06.06.2024).
38. 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).
39. National Health Expenditures and Selected Economic Indicators, Levels and Annual Percent Change: Calendar Years 2013-2032 // Centers for Medicare and Medicaid Services. URL: <https://www.cms.gov/data-research/statistics-trends-and-reports/national-health-expenditure-data/projected> (дата обращения: 10.01.2024)
40. 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: <https://home.treasury.gov/system/files/131/People-Enrolled-ACA-Mkt-Coverage-2014-24-09032024.pdf> (дата обращения: 06.11.2024).
41. Operation Warp Speed: Accelerated COVID-19 Vaccine Development Status and Efforts to Address Manufacturing Challenges // U.S. Government Accountability Office. February 11, 2021. URL: <https://www.gao.gov/products/gao-21-319> (дата обращения: 10.10.2023).
42. Organization for economic cooperation and development. URL: <https://www.oecd.org/health/health-at-a-glance/>
43. 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).
44. Provisional COVID-19 Deaths by Sex and Age // Centers for Disease Control and Prevention. URL: https://data.cdc.gov/NCHS/Provisional-COVID-19-Deaths-by-Sex-and-Age/9bhg-hcku/about_data (дата обращения: 18.07.2024)

45. Record Marketplace Coverage in 2024: A Banner Year for Coverage // The White House. January 24, 2024. URL: <https://www.whitehouse.gov/cea/written-materials/2024/01/24/record-marketplace-coverage-in-2024-a-banner-year-for-coverage/#:~:text=Enrollment%20reached%20over%2021%20million,ACA%20Market%20places%20a%20decade%20earlier> (дата обращения: 18.07.2024).
46. 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).
47. The Changing Threat of COVID-19 // CDC National Center for Immunization and Respiratory Diseases. February 2024. URL: <https://www.cdc.gov/ncird/whats-new/changing-threat-covid-19.html#:~:text=For%20example%2C%20the%20percentage%20of,levels%20observed%20in%20earlier%20years> (дата обращения: 10.07.2024).
48. 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).
49. USA Spending. URL: <https://www.usaspending.gov/> (дата обращения: 08.03.2022).
50. Veterans Health Administration. URL: <https://www.va.gov/health/> (дата обращения: 08.03.2022).
51. Week 44 Household Pulse Survey: March 30 – April 11 // United States Census Bureau. URL: <https://www.census.gov/data/tables/2022/demo/hhp/hhp44.html> (дата обращения: 13.05.2022).
52. Who COVID-19 Dashboard // World Health Organization. 2024. URL: <https://data.who.int/dashboards/covid19/deaths> (дата обращения: 08.05.2024).
53. World Economic Outlook Databases // IMF. URL: <https://www.imf.org/en/Publications/SPROLLs/world-economic-outlook-databases#sort=%40imfdate%20descending> (дата обращения: 10.07.2024).

Монографии и научно-исследовательская литература

54. 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.
55. 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>

56. 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>
57. 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
58. 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
59. 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>
60. 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
61. Дынкин А. Международная турбулентность и Россия // *Вестник Российской академии наук*. 2020. Т.90 №3. С. 209–219. DOI: 10.31857/S0869587320030032
62. Зевелева Г.Н. Государственная политика в области здравоохранения в США в 1992–2012 гг.: борьба за реформы. М.: ИМЭМО РАН. 2012. С. 104.
63. 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
64. 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
65. 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.
66. 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
67. 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
68. 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>

69. Мамедьяров З.А. Инновационное развитие мировой фармацевтической отрасли. М.: ИМЭМО РАН, 2019. – 145с.
70. Мамедьяров З.А. Развитие науки и технологий: посткризисные оценки // Мировая экономика и международные отношения. 2022. Т. 66, №14–22 DOI: 10.20542/0131-2227-2022-66-5-14-22
71. Нозик Р. Анархия, государство и утопия / Роберт Нозик; пер. с англ. Б. Пинскера под ред. Ю. Кузнецова и А. Куряева. — М.: ИРИСЭН. 2008. 424 с.
72. Петровская Н.Е. Развитие человеческого потенциала США // Вестник университета. 2021. №11. С. 5–13. DOI 10.26425/1816-4277-2021-11-5-13
73. Петровская Н.Е. Государственная социальная политика США в третьем десятилетии XXI века // Экономика и предпринимательство. 2023. №11 (160), с. 240–245.
74. Пичков О.Б. Корпоративная социальная ответственность американских нефтегазовых компаний // Международные процессы. 2013. Т.11. №1 (32). С. 113–121.
75. Пичков О.Б. Роль страхования в социальной политике США // Страховое дело. 2018. № 2(299), с. 50–59.
76. 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
77. Сауткина В.А. Инновационная медицина и общественное здравоохранение: на перекрестке прогресса. – Вестник Воронежского государственного университета. Серия: экономика и управление. – 2019. – №4. – С. 56–61.
78. 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/S268667300014341-5.
79. 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
80. Социальное государство в зеркале общественных трансформаций / отв. ред. Е.С. Садовая, И.П. Цапенко, И.В. Гришин. – М.: ИМЭМО РАН. 2020. – 211 с.
81. 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
82. 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/spbu06.2023.302>

83. Сулян В.Б. Экономика США: долгосрочные тенденции развития 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
84. Шейман И.М. Теория и практика рыночных отношений в здравоохранении. Гос. ун-т Высш. шк. экономики. Москва: ГУ ВШЭ. 2007. – 317 с.
85. 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
86. 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.
87. 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.
88. Шведова Н.А. Система здравоохранения США: Гос. механизм и политика: диссертация ... доктора политических наук: 23.00.02. Москва, 1997. – 343 с.
89. Шведова Н.А. Реформа здравоохранения в США: от плана Клинтона – до действий Обамы // Управление здравоохранением. 2010. № 1. С. 58–77.
90. Шведова Н.А., Хухрева Д.А. Проблемы реформирования системы здравоохранения в США // Россия и Америка в XXI веке. 2018. № 1. С. 12.
91. 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
92. Шматова Ю.Е. Психическое здоровье населения в период пандемии COVID-19: тенденции, последствия, факторы и группы риска // Экономические и социальные перемены: факты, тенденции, прогноз. 2021. Т.14. №2. С. 201–217. DOI: 10.15838/esc.2021.2.74.13
93. Чубарова Т.В. Экономика здравоохранения: теоретические аспекты (научный доклад). М.: Институт экономики РАН. 2008 – 68 с.
94. 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.
95. Alfaro, S., Sen-Crowe, B., McKenny, M., Elkbuli, A. A closer look at U.S COVID-19 vaccination rates and the emergence of new SARS-CoV-2 variants: It's never late to do the right thing // Ann Med Surg (Lond). 2021 Sep; 69:102709. DOI: 10.1016/j.amsu.2021.102709
96. Alfonso, Y.N., Leider, J.P., Resnick, B., McCullough, J.M., Bishai, D. US Public Health Neglected: flat or decking spending left states ill equipped to respond to COVID-19 // Health Affairs. 2021. Vol.40, N.40. DOI: 10.1377/hlthaff.2020.01084

97. Altman, D. Understanding the US failure on coronavirus – an essay by Drew Altman // *BMJ* 2020;370:m3417 | DOI: 10.1136/bmj.m3417
98. Arrow, K.J. Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care // *The American Economic Review*. 1963. V.53, №5. P. 941–973.
99. Bai, G., Zare, H., Eisenberg, M.D., Polsky, D., Anderson, G.F. Analysis Suggests Government And Nonprofit Hospitals' Charity Care Is Not Aligned With Their Favorable Tax Treatment // *Health Affairs*. 2021. Vol.40.No 4. DOI: <https://doi.org/10.1377/hlthaff.2020.01627>
100. Buchanan, M., Tullock, G. *The Calculus of Consent: Logical Foundations of Constitutional Democracy*. Ann Arbor, University of Michigan Press. 1962. P. 361.
101. Bryan, A.F., Tsai, T.C., Health Insurance Profitability During the COVID-19 Pandemic // *Annals of Surgery*. 2021. V. 273. N. 3 p. e88-e90.
102. Burki, T. Global shortage of personal protective equipment // *Lancet Infect. Dis.* 2020;20(7):785–786. DOI: 10.1016/S1473-3099(20)30501-6
103. Case, A., Deaton, A. *Deaths of Despair and the Future of Capitalism*. Princeton University Press. 2020. P. 312
104. Collins, S.R., Haynes, L.A., Masitha, R. The State of U.S. Health Insurance in 2022 – Findings from the Commonwealth Fund Biennial Health Insurance Survey, 2022. Commonwealth Fund. Sep. 2022. <https://doi.org/10.26099/73zg-3432>
105. Cohen, J., Rodgers, Y.V.M. Contributing factors to personal protective equipment shortages during the COVID-19 pandemic // *Prev Med.* 141: 106263. 2020 Dec; DOI: 10.1016/j.ypmed.2020.106263
106. Dafny, L., Ho, K., Lee, R. The Price Effects of Cross-Market Mergers: Theory and Evidence from the Hospital Industry. *The RAND Journal of economics*. 2019. V.50, Issue 2. P.286–325. <https://doi.org/10.1111/1756-2171.12270>
107. Del Ponte, A., Gerber, A., Patashnik, E. Polarization, the Pandemic, and Public Trust in Health System Actors // *Journal of Health Politics, Policy and Law*. 2023. 49 (3). DOI: <https://doi.org/10.1215/03616878-11075562>
108. Desai, S., McWilliams, J.M. Consequences of the 340b Drug Pricing Program. *New England Journal of Medicine* 2018. 378 (6): 539–48.
109. Dias De Melo, G., Lazarini, F., Levallois, S., Hautefort, C., Michel, V., Larrous, F., Verillaud, B., Aparicio, C., Wagner, S., Gheusi, G., Kergoat, L., Kornobis, E., Cokelaer, T., Hervochon, R., Madec, Y., Roze, E., Salmon, D., Bourhy, H., Lecuit, M., Lledo, P.M. COVID-19-associated olfactory dysfunction reveals SARS-CoV-2 neuroinvasion and persistence in the olfactory system // *bioRxiv* 2020.11.18.388819 DOI: <https://doi.org/10.1101/2020.11.18.388819>
110. 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
111. Einav, L., Filkenstein, A. You've Got Covered. Rebooting American Health Care. *Portfolio*. 2023. P.303.
 112. Enthoven, A. The History and Principles of Managed Competition // *Health Affairs*, 1993. Vol. 12. Supplement.
 113. Findling, M., Blendon, R., Benson, J. Polarized Public Opinion about Public Health during the Covid-19 Pandemic: Political Divides and Future Implications. *JAMA Health Forum*. 2022. no. 3: article ID e220016.
 114. Forlines, G.L. Drivers of Physician-Hospital Integration: The Role of Medicare Reimbursement. Unpublished manuscript, University of Kentucky, Lexington, K. 2018.
 115. Fuchs, V. Who Shall Live? Health, economics, and Social Choice. Basic Books, Inc., Publishers. 1974. P. 168.
 116. Fulton, Brent D. 2017. Health Care Market Concentration Trends in the United States: Evidence and Policy Responses. *Health Affairs* 36 (9): 1530–38.
 117. Galbraith, J.K. *The New Industrial State*. 1985. Houghton Mifflin Harcourt P. 438.
 118. Getzen, T.E., Kobernik, M.S. *Health Economics and Financing*. 6th ed. Wiley, 2022. 384 p.
 119. Glazer, N. *The Limits of Social Policy*. Harvard University Press, 1988 – 232 p.
 120. Gomes, T., Ledlie, S., Tadrous, M., Mamdani, M., Paterson, J.M., Juurlink, D.N. Trends in Opioid Toxicity–Related Deaths in the US Before and After the Start of the COVID-19 Pandemic, 2011–2021. // *JAMA Network Open*. 2023; 6(7):e2322303. DOI:10.1001/jamanetworkopen.2023.22303
 121. Grossman, M. *The Demand for Health: Theoretical and Empirical Investigation* // NY: National Bureau of Economic Research. 1972. 216 p.
 122. Hayek, F. *The Constitution of Liberty*. Chicago, 1960. P. 569.
 123. Handler, J.F. *The poverty of welfare reform*. New Haven: Yale University Press, 1995 – 196 p.
 124. Henderson, J.W. *Health Economics and Policy*. 8th ed. 2022. Cengage Learning. 576 p.
 125. Kaye, A.D., Okeagu, C.N., Pham, A.D., et al. Economic impact of COVID-19 pandemic on healthcare facilities and systems: International perspectives // *Best Pract Res Clin Anaesthesiol*. 2021;35(3):293-306. DOI:10.1016/j.bpa.2020.11.009
 126. 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.
 127. Krugman, P., Wells, R. The health care crisis and what to do about it. *New York Review of Books*. 2006. 53(5).

128. 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>
129. 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>
130. Oberlander, J. Polarization, Partisanship, and Health in the United States // *Journal of Health Politics, Policy and Law*. 2024. 49 (3). DOI: <https://doi.org/10.1215/03616878-11075609>
131. Peter G. Peterson. *Fasting Up: How to Rescue the Economy from Crushing Debt and Restore the American Dream*- N.Y.: Simon and Schuster, 1993.
132. Plott, C.F., Kachalia, A.B., Sharfstein, J.M. Unexpected Health Insurance Profits and the COVID-19 Crisis // *JAMA*. 2020. 324(17):1713–1714. DOI:10.1001/jama.2020.19925
133. Rawls, J. *A Theory of Justice*. Revised Edition. Harvard University Press. 1971. P. 560.
134. Rice, T., Rosenau, P., Unruh, L.Y., Barnes, A.J. United States Health system review // *Health Systems in Transition*. 2020. Vol. 22. No.4. P. i-441
135. Roehr, B., The health private insurance in the US during COVID-19 // *BMJ*. 370 :m2606 DOI:10.1136/bmj.m2606
136. Sah, R., Rais, M.A., Mohanty, A., Chopra, H., Chandran, D., Bin Emran, T., Dhama, K. Omicron (B.1.1.529) variant and its subvariants and lineages may lead to another COVID-19 wave in the world? – An overview of current evidence and counteracting strategies // *Int J Surg Open*. 2023 Jun; 55:100625. DOI: 10.1016/j.ijso.2023.100625
137. 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
138. Sara R. Collins, Munira Z. Gunja, and Gabriella N. Aboulaflia, U.S. Health Insurance Coverage in 2020: A Looming Crisis in Affordability — Findings from the Commonwealth Fund Biennial Health Insurance Survey, 2020 (Commonwealth Fund, Aug. 2020). <https://doi.org/10.26099/6aj3-n655> (дата обращения: 21.03.2022)
139. Shamsa, E.H., Shamsa, A., Zhang, K. Seasonality of COVID-19 incidence in the United States // *Front Public Health*. 2023 Dec 5;11:1298593.DOI: 10.3389/fpubh.2023.1298593
140. Shrank, W.H., Rogstad, T.L., Parekh, N. Waste in the US Health Care System: Estimated Costs and Potential for Savings. *JAMA*. 2019;322(15):1501–1509. doi:10.1001/jama.2019.13978

141. Simoes, E.J., Jackson-Thompson, J. The United States public health services failure to control the coronavirus epidemic. *Prev Med Rep.* 2023 Feb;31:102090. DOI: 10.1016/j.pmedr.2022.102090.
142. Smallman-Raynor, M.R., Cliff, A.D., Consortium, C.-G.U. Spatial growth rate of emerging SARS-CoV-2 lineages in England, September 2020–December 2021. *Epidemiol. Infect.* 2022;150:e145. doi: 10.1017/S0950268822001285
143. 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.
144. Subramanian, A., Nirantharakumar, K., Hughes, S., Myles, P., Williams, T., Gokhale, K.M., Taverner, T., Chandan, J.S., Brown, K., Simms-Williams, N., Shah, A.D., Singh, M., Kidy, F., Okoth, K., Hotham, R., Bashir, N., Cockburn, N., Lee, S.I., Turner, G.M., Gkoutos, G.V., Aiyegbusi, O.L., McMullan, C., Denniston, A.K., Sapey, E., Lord, J.M., Wraith, D.C., Leggett, E., Iles, C., Marshall, T., Price, M.J., Marwaha, S., Davies, E.H., Jackson, L.J., Matthews, K.L., Camaradou, J., Calvert, M., Haroon, S. Symptoms and risk factors for long COVID in non-hospitalized adults // *Nat Med.* 2022 Aug;28(8):1706-1714. DOI: 10.1038/s41591-022-01909-w
145. Sullivan-Marx, E. Aging in America: How COVID-19 Will Change Care, Coverage, and Compassion // *Nurs Outlook.* 2020. 68(5):533-535. DOI:10.1016/j.outlook.2020.08.013
146. The Future of Public Health. Institute of Medicine (US) Committee for the Study of the Future of Public Health. Washington (DC): National Academies Press (US); 1988.
147. Trujillo, K.L., Green, J., Safarpour A., Lazer, D., Lin, J., Motta, M. COVID-19 Spillover Effects onto General Vaccine Attitudes (Forthcoming in *Public Opinion Quarterly*), October 20, 2022. P.35. DOI: <https://doi.org/10.31219/osf.io/w7mq5>
148. Walmsley, T., Rose, A., John, R., Wei, D., Hlávka, J.P., Machado, J., Byrd, K. Macroeconomic consequences of the COVID-19 pandemic // *Economic Modelling.* 2023. Vol.120, 106147. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.econmod.2022.106147>
149. Wang, E.Y., Mao, T., Klein, J., Dai, Y., Huck, J.D., Jaycox, J.R., Liu, F., Zhou, T., Israelow, B., Wong, P., Coppi, A., Lucas, C., Silva, J., Oh, J.E., Song, E., Perotti, E.S., Zheng, N.S., Fischer, S., Campbell, M., Fournier, J.B., Wyllie, A.L., Vogels, C.B.F., Ott, I.M., Kalinich, C.C., Petrone, M.E., Watkins, A.E.; Yale IMPACT Team; Dela Cruz, C., Farhadian, S.F., Schulz, W.L., Ma, S., Grubaugh, N.D., Ko, A.I., Iwasaki, A., Ring, A.M. Diverse functional autoantibodies in patients with COVID-19 // *Nature.* 2021 Jul; 595(7866):283-288. DOI: 10.1038/s41586-021-03631-y
150. Xie, Y, Choi, T., Al-Aly, Z. Mortality in Patients Hospitalized for COVID-19 vs Influenza in Fall-Winter 2023-2024 // *JAMA.* 2024;331(22):1963–1965. DOI:10.1001/jama.2024.7395
151. Zastrow, C. Introduction to social work and social welfare. 1996 – 696p.

152. Zhang, S., Liu, L., Meng, Q., Zhang, Y., Yang, H., Xu, G. Spatiotemporal Patterns of the Omicron Wave of COVID-19 in the United States // Trop Med Infect Dis. 2023 Jun 30;8(7):349. DOI: 10.3390/tropicalmed8070349

Электронные ресурсы

153. Гучанова А.П. Здравоохранение США. Что пошло не так? // ИМЭМО РАН. 2020. URL: <https://www.imemo.ru/publications/policy-briefs/text/zdravoohranenie-ssha-chto-poshlo-ne-tak> (дата обращения: 06.05.2024).

154. 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).

155. Aaron, H, Antos, J., Adler, L., Capretta, J., Fiedler, M., Ginsburg, P., Ippolito, B., Rivlin, A. 2019. “Recommendations to Reduce Health Care Costs.” Brookings Institution, Washington, DC. URL: https://www.brookings.edu/wp-content/uploads/2019/03/AEI_Brookings_Attachment_Cost_Reducing_Health_Policies_Update.pdf

156. Allen, K. Availability of Primary Care Doctors Boosts Overall Life Expectancy // American Association of Retired Persons. 2019. URL: <https://www.aarp.org/health/conditions-treatments/info-2019/study-links-primary-care-supply-to-life-expectancy.html> (дата обращения: 14.03.2022).

157. America’s Hospitals and Health Systems Continue to Face Escalating Operational Costs and Economic Pressures as They Care for Patients and Communities // American Hospital Association. May 2024. URL: <https://www.aha.org/costsofcaring> (дата обращения: 17.07.2024).

158. 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).

159. Amin, K., Cox, C., McGough, M., Ortaliza, J., Rae, M. Most Private Insurers are no longer waiving cost-sharing for COVID-19 treatment // Peterson-KFF Health System Tracker. 2021. URL: <https://www.healthsystemtracker.org/brief/most-private-insurers-are-no-longer-waiving-cost-sharing-for-covid-19-treatment/#Share%20of%20top%20%20plans%20with%20COVID-19%20treatment%20cost-sharing%20waivers%20by%20expiration%20date> (дата обращения: 12.05.2022).

160. Artificial Intelligence in Healthcare: Market Size, Growth, and Trends // Binariks. January 27, 2024. URL: <https://binariks.com/blog/artificial-intelligence-ai-healthcare-market/> (дата обращения: 18.07.2024).

161. As America reopens, few see the pandemic as a continued “crisis” // Ipsos. 2022. URL: <https://www.ipsos.com/en-us/news-polls/axios-ipsos-coronavirus-index> (дата обращения: 03.05.2022).
162. 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).
163. Bestsennyu, O., Gilbert, G., Harris, A., Rost, J. Telehealth: A quarter-trillion-dollar post-COVID-19 reality? // McKinsey&Company. 2021. URL: <https://www.mckinsey.com/industries/healthcare-systems-and-services/our-insights/telehealth-a-quarter-trillion-dollar-post-covid-19-reality> (дата обращения: 03.04.2022).
164. Bollinger, R., Ray, S., Maragakis, L. COVID Variants: What should you know // John Hopkins Medicine. URL: <https://www.hopkinsmedicine.org/health/conditions-and-diseases/coronavirus/a-new-strain-of-coronavirus-what-you-should-know> (дата обращения: 02.05.2022).
165. Burns, A. As Recommendations for Isolation End, How Common is Long COVID? // Kaiser Family Foundation. 9 April, 2024. URL: <https://www.kff.org/coronavirus-covid-19/issue-brief/as-recommendations-for-isolation-end-how-common-is-long-covid/> (дата обращения: 20.05.2024).
166. Cannon, M. Market Concentration on Health Care. Government is the Problem, not the Solution. CATO Institute. 2022. URL: <https://www.cato.org/briefing-paper/market-concentration-health-care-government-problem-not-solution#:~:text=Briefing%20Paper-,Market%20Concentration%20in%20Health%20Care%3A%20Government%20Is%20the%20Problem%2C%20Not,that%20encourage%20producers%20to%20consolidate.> (дата обращения: 23.11.2024).
167. Colarissi, J. Is COVID-19 Still a Pandemic? // The Brink. March 4, 2024. URL: <https://www.bu.edu/articles/2024/is-covid-19-still-a-pandemic/> (дата обращения: 20.05.2024).
168. Cox, C., McDermott, D. Cost-sharing waivers and premium relief by private plans in response to COVID-19 // Peterson-KFF Health System Tracker. 2020. URL: <https://www.healthsystemtracker.org/brief/cost-sharing-waivers-and-premium-relief-by-private-plans-in-response-to-covid-19-nov-2020-update/> (дата обращения: 12.05.2022).
169. Cox, C., McDermott, D. Data Note: 2021 Madecal Loss Ratio Rebates // Kaiser Family Foundation. 2021. URL: <https://www.kff.org/private-insurance/issue-brief/data-note-2021-medical-loss-ratio-rebates/> (дата обращения: 15.05.2022).

170. COVID hardship watch // Center on Budget and Policy Priorities. URL: <https://www.cbpp.org/research/poverty-and-inequality/tracking-the-covid-19-economys-effects-on-food-housing-and> (дата обращения: 13.05.2022).
171. Drug Overdose Death Rates // National Institutes on Drug Abuse. URL: <https://nida.nih.gov/research-topics/trends-statistics/overdose-death-rates> (дата обращения: 10.07.2024).
172. 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).
173. Frostin, P., Woodbury, S.A. Update: How many Americans Have Lost Jobs with Employer Health Coverage During the Pandemic? // The Commonwealth Fund. 2021. URL: <https://www.commonwealthfund.org/blog/2021/update-how-many-americans-have-lost-jobs-employer-health-coverage-during-pandemic> (дата обращения: 14.05.2022).
174. 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).
175. Gavin, K. Patients hospitalized for COVID-19 this year could pay thousands of dollars, study suggests // M Health Lab. 2021. URL: <https://labblog.uofmhealth.org/industry-dx/patients-hospitalized-for-covid-could-pay-thousands-of-dollars-study-suggests> (дата обращения: 15.05.2022).
176. 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).
177. Global health security index. Building Collective Action and Accountability. 2019. URL: https://www.interest.co.nz/sites/default/files/embedded_images/2019-Global-Health-Security-Index.pdf (дата обращения: 06.06.2024).
178. Gunja, M.Z., Gumas, E.D., Williams II. R.D. U.S. Health Care 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).
179. Hill, L., Argita, S., Damico, A. Health Coverage by Race and Ethnicity // Kaiser Family Foundation. 2023. URL: [https://www.kff.org/racial-equity-and-health-policy/issue-brief/health-coverage-by-race-and-ethnicity/#:~:text=Coverage%20by%20Race%20and%20Ethnicity%20as%20of%202022&text=\(Figure%202\).- ,Nonelderly%20AIAN%20and%20Hispanic%20people%20had%20the%20highest%20](https://www.kff.org/racial-equity-and-health-policy/issue-brief/health-coverage-by-race-and-ethnicity/#:~:text=Coverage%20by%20Race%20and%20Ethnicity%20as%20of%202022&text=(Figure%202).- ,Nonelderly%20AIAN%20and%20Hispanic%20people%20had%20the%20highest%20)

uninsured%20rates,their%20White%20counterparts%20(6.6%25) (дата обращения: 08.05.2024).

180. Health Care as a Human Right – Medicare For All. Bernie Sanders Official Website. URL: <https://berniesanders.com/issues/medicare-for-all/> (дата обращения: 24.11.2024).

181. Houston, M. Where the Bread is Really Buttered: Insurers' Q4 Earnings Reports Show Heavy Reliance on Government Business // Center on Health Insurance Reforms of Georgetown University. 2022. URL: <https://chirblog.org/bread-really-battered-insurers-q4-earnings-reports-show-heavy-reliance-government-business/> (дата обращения: 03.04.2022).

182. 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).

183. Kates, J., Tolbert, J., Rouw, A. The Red/Blue Divide in COVID-19 Vaccination Rates Continues: An Update. 2022. URL: <https://www.kff.org/policy-watch/the-red-blue-divide-in-covid-19-vaccination-rates-continues-an-update/> (дата обращения: 07.05.2022).

184. Kearney, A., Hamel, L., Stokes, M., Brodie, M. Americans' Challenges with Health Care Costs // Kaiser Family Foundation. 2021. URL: <https://www.kff.org/health-costs/issue-brief/americans-challenges-with-health-care-costs/> (дата обращения: 21.03.2022).

185. Kirizinger, A., Kearney, A., Hamel, L., Brodie, M. KFF/The Washington Post Frontline Health Care Workers Survey // Kaiser Family Foundation. 2021. URL: <https://www.kff.org/report-section/kff-the-washington-post-frontline-health-care-workers-survey-toll-of-the-pandemic/> (дата обращения: 04.05.2022).

186. Klobucista, C., Ferragamo, M. Fentanyl and the U.S. Opioid Epidemic // Council on Foreign Relations. December 22, 2023. URL: <https://www.cfr.org/backgrounder/fentanyl-and-us-opioid-epidemic> (дата обращения: 16.07.2024).

187. Landi, H. Retailers, Payers and Startups could Capture 30% of Primary Care Market by 2030: Report. Fierce Healthcare. August 2, 2022. URL: <https://www.fiercehealthcare.com/providers/retailers-payers-and-startups-could-capture-30-primary-care-market-2030-report> (дата обращения: 24.02.2023).

188. Laughlin, B. Can offshoring help health systems bulk up thin margins? // Deloitte. October 10, 2023. URL: <https://www2.deloitte.com/us/en/blog/health-care-blog/2023/can-offshoring-help-health-systems-bulk-up-thin-margins.html> (дата обращения: 18.07.2024).

189. Lewis, T. How the U.S. Pandemic Response Went Wrong—and What Went Right—during a Year of COVID // Scientific American, March 11, 2021. URL:

- <https://www.scientificamerican.com/article/how-the-u-s-pandemic-response-went-wrong-and-what-went-right-during-a-year-of-covid/> (дата обращения: 05.05.2024).
190. Liedke, J., Mitchell, A. Attention to COVID-19 news increased slightly amid omicron surge; partisans differ in views about the outbreak // Pew Research Center. 2022. URL: <https://www.pewresearch.org/fact-tank/2022/01/27/attention-to-covid-19-news-increased-slightly-amid-omicron-surge-partisans-differ-in-views-about-the-outbreak/> (дата обращения: 07.05.2022).
191. Lin, L., Mrkaik, M., Weber, A. IMF Working Paper. U.S. Healthcare: A Story of Rising Market Power, Barriers to Entry, and Supply Contain. IMF. July 2021. URL: [https://www.elibrary.imf.org/configurable/content/journals\\$002f001\\$002f2021\\$002f180\\$002farticle-A001-en.xml?t:ac=journals%24002f001%24002f2021%24002f180%24002farticle-A001-en.xml#A001fn03](https://www.elibrary.imf.org/configurable/content/journals$002f001$002f2021$002f180$002farticle-A001-en.xml?t:ac=journals%24002f001%24002f2021%24002f180%24002farticle-A001-en.xml#A001fn03) (дата обращения: 23.11.2024).
192. Maani, N., Galea, S. COVID-19 and Underinvestment in the Public Health Infrastructure of the United States // The Milbank Quarterly. May 2020. Vol. 98. DOI: 10.1111/1468-0009.12463 URL: https://www.milbank.org/quarterly/articles/covid-19-and-underinvestment-in-the-public-health-infrastructure-of-the-united-states/#_edn5 (дата обращения: 02.05.2023).
193. Muoio, D. Financial distress fueled more hospital M&A deals in 2023, report finds // Fierce Healthcare. January 19, 2024. URL: <https://www.fiercehealthcare.com/providers/financial-distress-fueled-more-hospital-mas-2023-report-finds> (дата обращения: 19.07.2024).
194. Myers, J., P.A. Wallach. The Federal Government's coronavirus response – Public health timeline // The Brookings. 2020. URL: <https://www.brookings.edu/research/the-federal-governments-coronavirus-actions-and-failures-timeline-and-themes/> (дата обращения: 07.05.2022).
195. Nurse Staffing Standards for Hospital Patient Safety and Quality Care Act of 2021 // Congress. URL: <https://www.congress.gov/bill/117th-congress/senate-bill/1567/text> (дата обращения: 14.07.2024).
196. Ochieng, N., Biniek, J.F., Musumeci, M., Neuman, T. Funding for Health Care Providers during the Pandemic // Kaiser Family Foundation. 2022. URL: <https://www.kff.org/coronavirus-covid-19/issue-brief/funding-for-health-care-providers-during-the-pandemic-an-update/#:~:text=Payments%20from%20the%20Provider%20Relief,2019%2C%20according%20to%20National%20Health> (дата обращения: 03.04.2022).
197. Ochieng, N., Biniek, J.F., Freed, M., Damico, A., Neuman, T. Medicare Advantage in 2023: Enrollment Update and Key Trends.// Kaiser Family Foundation. August 2023. URL: <https://www.kff.org/medicare/issue-brief/medicare-advantage-in-2023-enrollment-update-and-key-trends/> (дата обращения: 08.03.2022).

198. Open Secret.
 URL:<https://www.opensecrets.org/industries/lobbying.php?cycle=2022&ind=H> (дата обращения: 21.03.2022).
199. Patel, N., Singhal, S. What to expect in US healthcare in 2024 and beyond // McKinsey Company. January 5, 2024. URL: <https://www.mckinsey.com/industries/healthcare/our-insights/what-to-expect-in-us-healthcare-in-2024-and-beyond> (дата обращения: 12.07.2024).
200. Porretta, A. How much does individual health insurance cost? // eHealth. 2019. URL; <https://www.ehealthinsurance.com/resources/individual-and-family/how-much-does-individual-health-insurance-cost> (дата обращения: 14.04.2022).
201. Public Health Impact: Primary Care Providers. America's Health Ranking. URL: https://www.americashealthrankings.org/explore/annual/measure/PCP_NPPES/state/US (дата обращения: 08.03.2022).
202. Public's Positive Economic Ratings Slip; Inflation Still Widely Viewed as Major Problem // Pew Research Center. May 23, 2024. URL: <https://www.pewresearch.org/politics/2024/05/23/publics-positive-economic-ratings-slip-inflation-still-widely-viewed-as-major-problem/> (дата обращения: 18.07.2024).
203. Rakshit, S., Rae, M, Claxton, G., Amin, K., Cox, C. The burden of medical debt in the United States // Kaiser Family Foundation // Kaiser Family Foundation. 2024. URL: <https://www.healthsystemtracker.org/brief/the-burden-of-medical-debt-in-the-united-states/#Share%20of%20adults%20who%20have%20medical%20debt,%20by%20health%20status%20and%20disability%20status,%202021> (дата обращения: 08.05.2024).
204. Rural Hospitals at Risk of Closing. Center for healthcare quality and payment reform. 2022. URL: https://chqpr.org/downloads/Rural_Hospitals_at_Risk_of_Closing.pdf (дата обращения: 08.03.2023).
205. Schibell, N. Predictions 2023: Retail Health, Decentralized Trials, and Wellness on the Front Lines. Forrester. November 11, 2022. URL: https://www.forrester.com/blogs/predictions-2023-healthcare/?utm_source=forbes&utm_medium=pr&utm_campaign=predictions_2023 (дата обращения: 24.02.2023).
206. Sparks, G., Kirzinger, A., Kearney, A., Valdes, I., Hamel, L. KFF COVID-19 Vaccine Monitor November 2023: With COVID Concerns Lagging, Most People Have Not Gotten Latest Vaccine and Half Say They Are Not Taking Precautions This Holiday Season // Kaiser Family Foundation. November 17, 2023. URL: <https://www.kff.org/coronavirus-covid-19/poll-finding/vaccine-monitor-november-2023-with-covid-concerns-lagging-most-people-have-not-gotten-latest-vaccine/> (дата обращения: 07.05.2024).

207. 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).
208. The Global Risks Report 2020 // World Economic Forum. 2020. URL: <https://reports.weforum.org/global-risks-report-2020/> (дата обращения: 06.05.2022).
209. The Opioid Epidemic in the United States // SHADAC. URL: <https://www.shadac.org/opioid-epidemic-united-states> (дата обращения: 20.06.2024).
210. Tozzi, J., Stein, S. Trump Advances Health-Care Price Rules to Boost Transparency // Bloomberg. November 19, 2019. URL: <https://www.bloomberg.com/news/articles/2019-11-15/trump-advances-rules-to-make-health-care-prices-more-transparent?sref=d76K8I5l> (дата обращения: 07.11.2024).
211. 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)
212. Weber, L., Barry-Jester, A. Over Half of States Have Rolled Back Public Health Powers in Pandemic. 2021. KFF Health News, September 15. URL: <https://kffhealthnews.org/news/article/over-half-of-states-have-rolled-back-public-health-powers-in-pandemic/> (дата обращения: 07.05.2022).
213. Who profits most from America's baffling health-care system? // Economist. October 8, 2023. URL: <https://www.economist.com/business/2023/10/08/who-profits-most-from-americas-baffling-health-care-system> (дата обращения: 23.11.2023).
214. Williams, E. Medicaid Enrollment and Spending Growth: FY 2021& FY 2022 // Kaiser Family Foundation. October 2021. URL: <https://www.kff.org/medicaid/issue-brief/medicaid-enrollment-spending-growth-fy-2021-2022/#:~:text=Total%20spending%20growth%3A%20FY%202022,to%2011.4%25%20in%20FY%202021> (дата обращения: 08.03.2022).
215. Witowski, N. Big retailers are staking their futures on healthcare // Definitive Healthcare. December 29, 2023. URL: <https://www.definitivehc.com/blog/retailers-healthcare> (дата обращения: 14.07.2024).
216. Witowski, N. Retailers in healthcare: A catalyst for provider evolution // Definitive Healthcare. May 2023. URL: <https://www.definitivehc.com/resources/research/retailers-healthcare> (дата обращения: 14.07.2024).
217. Zamarripa R. 5 Ways the Trump Administration's Policy Failures Compounded the Coronavirus-Induced Economic Crisis // Center for American Progress. June 3, 2020. URL: <https://www.americanprogress.org/article/5-ways-trump-administrations-policy-failures-compounded-coronavirus-induced-economic-crisis/> (дата обращения: 13.04.2021).

Публикации в СМИ

218. Cancryn, A. A sharp partisan divide remains over new COVID boosters // Politico. September 15, 2023. URL: <https://www.politico.com/news/2023/09/15/poll-covid-booster-democrats-00116123> (дата обращения: 07.05.2024).
219. Gross, E.L. Pritzker Says The Trump Administration Forced States To Compete For PPE In A ‘Sick Hunger Games’ // Forbes. July 9, 2020. URL: <https://www.forbes.com/sites/elanagross/2020/07/09/pritzker-says-the-trump-administration-forced-states-to-compete-for-ppe-in-a-sick-hunger-games/> (дата обращения: 12.05.2022).
220. Hardy, A. Average Costs for a COVID-19 Hospital Stay Top 400 000 in Some States: Study // Money. 2021. URL: <https://money.com/covid-19-hospital-cost-by-state/> (дата обращения: 14.05.2022).
221. Hartford HealthCare and Walgreens partner to provide health clinics that improve access to care // PR Newswire. October 23, 2024. URL: <https://www.prnewswire.com/news-releases/hartford-healthcare-and-walgreens-partner-to-provide-health-clinics-that-improve-access-to-care-301966534.html> (дата обращения: 14.07.2024).
222. Haslett, C. UK variant has become most dominant COVID strain in US, CDC says // AbcNews. April 8, 2021. URL: <https://abcnews.go.com/Politics/uk-variant-dominant-covid-strain-us-cdc/story?id=76929773> (дата обращения: 05.05.2023).
223. Healthcare’s Outsourcing Boom on a Trajectory to Double by 2027, Black Book 20th Annual Industry Study // Newswire. November 1, 2023. URL: <https://www.newswire.com/news/healthcare-s-outsourcing-boom-on-a-trajectory-to-double-by-2027-black-22160457> (дата обращения: 18.07.2024).
224. Huynh, A. Trump, Who Tried to Repeal Obamacare, Says He Is ‘Not Running to Terminate It’ // The New York Times. April 11, 2024. URL: <https://www.nytimes.com/2024/04/11/us/politics/trump-biden-affordable-care-act.html> (дата обращения: 06.11.2024).
225. Kapur, S. Trump again calls to ‘replace’ Obamacare, reopening a fight Republicans tried to close // NBC News. September 11, 2024. URL: <https://www.nbcnews.com/politics/2024-election/trump-calls-replace-obamacare-reopening-fight-republicans-tried-close-rcna170655> (дата обращения: 06.11.2024).
226. Keating, D., Dong, M., Meko, T. Visualizing the omicron wave striking and rolling across the country // The Washington Post. 2022. URL: <https://www.washingtonpost.com/health/interactive/2022/omicron-wave-spread-maps/> (дата обращения: 04.05.2024).
227. Khazan, O. The four key reasons the U.S. is so behind on coronavirus testing // The Atlantic. 2020. URL: <https://www.theatlantic.com/health/archive/2020/03/why-coronavirus-testing-us-so-delayed/607954/> (дата обращения: 30.04.2022).
228. Kelly, M., Cahlan, S., Samuels, E. What went wrong with coronavirus testing in the U.S. // The Washington Post. 2020. URL:

- <https://www.washingtonpost.com/politics/2020/03/30/11-100000-what-went-wrong-with-coronavirus-testing-us/> (дата обращения: 30.03.2021).
229. Leatherby, L. What previous COVID waves tell us about the virus now? // The New York Times. 2021. URL: <https://www.nytimes.com/interactive/2021/10/23/us/covid-surges.html> (дата обращения: 30.04.2022).
230. Levine, H. How to get in to see primary care physicians and specialists — quickly // The Washington Post. October 30, 2023. URL: <https://www.washingtonpost.com/wellness/2023/10/30/medical-appointments-avoiding-long-waits/> (дата обращения: 14.07.2024).
231. Lewis, T. How the U.S. Pandemic Response Went Wrong—and What Went Right—during a Year of COVID // Scientific American, March 11, 2021. URL: <https://www.scientificamerican.com/article/how-the-u-s-pandemic-response-went-wrong-and-what-went-right-during-a-year-of-covid/> (дата обращения: 05.05.2024).
232. McCann, A., Schoenfeld Walker A. Tracking Abortion Bans Across the Country // The New York Time. July 1, 2024. URL: <https://www.nytimes.com/interactive/2024/us/abortion-laws-roe-v-wade.html> (дата обращения: 15.07.2024).
233. Naughtie, A. Coronavirus: Five tweets that prove Trump didn't take the outbreak seriously // Independent. March 18, 2020 URL: <https://www.independent.co.uk/news/world/americas/trump-coronavirus-us-response-tweets-a9409436.html> (дата обращения: 05.05.2024).
234. 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).
235. Paavola, A. Hospitals saw cash on hand increase by 44 days in fiscal 2020, Moody's data shows // Becker's Hospital CFO Report. 2022. URL: <https://www.beckershospitalreview.com/finance/hospital-s-cash-on-hand-increased-by-44-days-in-fiscal-2020-moody-s-data-shows.html> (дата обращения: 01.04.2022).
236. Parlapiano A., Solomon D.B., Ngo M., Cowley S. Where \$5 Trillion in Pandemic Stimulus Money Went // The New York Times. March 11, 2022. URL: <https://www.nytimes.com/interactive/2022/03/11/us/how-covid-stimulus-money-was-spent.html> (дата обращения: 13.05.2022)
237. Park, A. Is COVID-19 a Seasonal Virus Yet? // Time. March 6, 2024. URL: <https://time.com/6852850/is-covid-19-seasonal-virus/> (дата обращения: 20.05.2024).
238. Roberts, J., Kennedy, A. The virus years: A U.S. Covid Retrospective // Undark. 2021. URL: <https://undark.org/2022/04/19/covid-19-retrospective/> (дата обращения: 30.04.2022).
239. Silver-Greenberg, J., Thomas, K. They Were Entitled to Free Care. Hospitals Hounded Them to Pay. The New York Times. 2022. URL:

- <https://www.nytimes.com/2022/09/24/business/nonprofit-hospitals-poor-patients.html> (дата обращения: 10.01.2023).
240. Tayag, Y. Are we in the middle of an Invisible Wave? // The Atlantic. 2022. URL: <https://www.theatlantic.com/health/archive/2022/04/covid-ba2-omicron-invisible-wave/629708/> (дата обращения: 03.05.2022).
241. Tirrell, M., Kounang, N. Over-the-counter opioid overdose antidote Narcan is arriving in stores // CNN. September 6, 2023. URL: <https://www.cnn.com/2023/08/30/health/narcan-over-the-counter/index.html> (дата обращения: 10.07.2024).
242. Tretina, K., Gollub, H. How much does health insurance cost in 2024? // USA Today. November 2023. URL: <https://www.usatoday.com/money/blueprint/health-insurance/how-much-is-health-insurance/> (дата обращения: 23.03.2024).
243. Yong, E. How the pandemic Defeated America // The Atlantic. 2020. URL: <https://www.theatlantic.com/magazine/archive/2020/09/coronavirus-american-failure/614191/> (дата обращения: 05.05.2022).
244. Yong, E. America is not ready for Omicron // The Atlantic. URL: <https://www.theatlantic.com/health/archive/2021/12/america-omicron-variant-surge-booster/621027/> (дата обращения: 05.05.2022).