

JEL D40; I14; I18

УДК 614.2

DOI: 10.31857/S2686673022070070

EDN: GSVZSF

Эволюция американских госпиталей в период пандемии COVID-19

А.П. Гучанова

Национальный исследовательский институт мировой экономики и международных отношений им. Е.М. Примакова Российской академии наук (ИМЭМО РАН).

Российская Федерация, 117997, Москва, Профсоюзная ул., д. 23;

Институт США и Канады Российской академии наук (ИСКРАН).

Российская Федерация, 121069, Москва, Хлебный переулок, д. 2/3.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1114-6729> e-mail: guchanova.nastya@gmail.com

Резюме: В статье, посвящённой системе медицинских учреждений США, автор выявляет проблемы, с которыми столкнулись американские госпитали и врачи первичного звена во время пандемии COVID-19. В статье также систематизированы тенденции развития американских госпиталей* на протяжении последних лет, повлиявшие на эффективность работы в период кризиса, рассматриваются перспективы их развития после пандемии. Многие тренды, лишь ускорившиеся с началом пандемии, сохранятся. Для обеспечения повсеместного качественного доступа к госпитальному обслуживанию необходимо усиление государственного участия в сфере здравоохранения.

Ключевые слова: США, здравоохранение, пандемия, COVID-19, медицинские учреждения, госпитали

Для цитирования: Гучанова А.П. Эволюция американских госпиталей в период пандемии COVID-19. *США & Канада: экономика, политика, культура.* 2022; 52 (7): 85–98. DOI: 10.31857/S2686673022070070 EDN: GSVZSF

Evolution of American Hospitals during the COVID-19 Pandemic

Anastasia P. Guchanova

*Primakov National Research Institute of World Economy and International Relations,
Russian Academy of Sciences (IMEMO).*

23, Profsoyuznaya St., Moscow, 117997, Russian Federation;

Institute for the U.S. and Canadian Studies, Russian Academy of Sciences (ISKRAN).

2/3, Khlebny pereulok, Moscow, 121069, Russian Federation.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1114-6729> e-mail: guchanova.nastya@gmail.com

Abstract: This article is devoted to the decentralized system of the U.S. healthcare providers. The author identifies the difficulties faced by American hospitals and primary care physicians during the COVID-19 pandemic. Among them are the shortage of personal protection

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

equipment, shortage and professional burnout of medical workforce, decline of profits, caused by the slump of regular in person visits. However, the trends of recent years that are systematized in the paper show that all these problems existed long before the pandemic and were laid into the private healthcare system.

The author examines the prospects for the U.S. medical facilities after the pandemic. Many trends that only accelerated with the onset of the pandemic will persist. Increased government involvement in health care is necessary to ensure access to hospital care as only government support measures helped to prevent massive hospital closure caused by the financial crisis.

Keywords: USA, healthcare, pandemic, COVID-19, medical facilities, hospitals

For citation: Guchanova A.P. Evolution of American Hospitals during the COVID-19 Pandemic. *USA & Canada: Economics, Politics, Culture*. 2022; 52 (7): 85-98.

DOI: 10.31857/S2686673022070070 EDN: GSVZSF

ВВЕДЕНИЕ

Пандемия *COVID-19* явилась беспрецедентным вызовом для систем здравоохранения всех стран мира. В первую очередь колоссальная нагрузка легла на медицинские учреждения и врачей, которые оказались на передовой в борьбе с вирусом. По количеству зафиксированных случаев заражения и числу жертв, по состоянию на март 2022 г., Соединённые Штаты остаются абсолютным лидером: соответственно 17% и 16% мировых показателей при доле населения в мире всего 4%. И это при самых масштабных расходах на здравоохранение во всём мире.

Рассмотрим, с чем пришлось столкнуться больницам и врачам первичного звена в США за последние два года работы и как пандемия повлияет на развитие госпитального обслуживания в будущем.

СИСТЕМА МЕДИЦИНСКИХ УЧРЕЖДЕНИЙ США

Американская система медицинских учреждений в основном представлена частными организациями, хотя сочетает в себе и государственный, и некоммерческий сектора и образует сложную структуру. Она включает в себя клиники, лаборатории, госпитали, а также такие специализированные центры, как родильные дома, психиатрические больницы, диализные центры, дома квалифицированного сестринского ухода, учреждения долгосрочного ухода, реабилитационные центры и хосписы.

Многие разнопрофильные медицинские учреждения объединяются со страховыми компаниями и образуют так называемые интегральные сети, которые помогают координировать оказание медицинской помощи. Члены сети управляются независимо, но сотрудничают в интересах друг друга и общества. Таким образом, наличие страхового плана у пациента часто обозначает принадлежность к какой-либо интегрированной сети медицинских учреждений.

Первой точкой контакта пациента с системой здравоохранения в США являются врачи общей практики, обеспечивающие профилактическое и амбулаторное лечение, выписывающие назначения к узкопрофильным специалистам,

а также курирующие состояние всех дел пациента. Как правило, они имеют частную практику либо работают в клиниках при госпиталях. Основное отличие клиники от госпиталя заключается в том, что клиника предоставляет амбулаторное лечение профильного специалиста, в то время как госпиталь оборудован системами, позволяющими предоставлять круглосуточное многопрофильное лечение в стационаре.

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

Основную часть составляют общественные больницы, которые определяются Американской больничной ассоциацией как любые медицинские учреждения, не подчиняющиеся 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 (19%) [1].

Особенность частных некоммерческих медицинских учреждений 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 помощи наиболее уязвимым категориям граждан местного сообщества.

Но в последнее время активизировались споры относительно того, выполняют ли некоммерческие больницы свои обязательства по предоставлению благотворительной помощи населению и оправдывают ли они своё освобождение от уплаты налогов. В их адрес постоянно звучит критика в связи с инвестированием в коммерческие предприятия, агрессивной практикой выставления счетов и взыскания долгов, а также из-за чрезмерных выплат руководству. По результатам недавнего исследования об объёмах благотворительной помощи, на каждые 100 долл. общих расходов лишь 2,30 долл. приходилось на предоставление благотворительной помощи некоммерческими госпиталями, в то время как коммерческими – 3,80 долл. И при этом более трети некоммерческих больниц (36%) предоставляли менее 1 долл. благотворительной помощи на каждые 100 долл. общих расходов [Bai, G., Zare, H., Eisenberg, M.D., Polsky, D., Anderson, G.F., 2021].

Большинство общественных больниц (65%) сосредоточено в городах и обслуживают густонаселённые районы. Сельские больницы, напротив, в основном небольшие, но, как правило, обслуживают больше пациентов по программам медицинского страхования пожилых и малоимущих американцев «Медикэр» (*Medicare*) и «Медикейд» (*Medicaid*), а также больше незастрахованных пациентов. Они также чаще получают статус больниц критического доступа (*Critical Access Hospital*) от Центров координации программ «Медикэр» и «Медикейд» (*Centers for Medicare and Medicaid Services*), которые на основании доли оказываемой благотворительной помощи предоставляют медучреждениям дополнительные субси-

дии. 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 финансовые трудности вынуждают учреждения закрываться или входить в состав частной 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 заболеваний и нуждаются в постоянном лечении, но при этом состояние их здоровья не требует госпитализации. Более 80% пациентов таких учреждений – пожилые американцы старше 65 лет.

О неизлечимо больных заботятся хосписы. 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.

ЭВОЛЮЦИЯ АМЕРИКАНСКИХ ГОСПИТАЛЕЙ

За последние несколько десятилетий наметились чёткие тенденции в развитии американских госпиталей, которые в значительной степени повлияли на эффективность ответа на вызов пандемии *COVID-19*.

Прежде всего, стоит отметить, что заметно сократилась продолжительность пребывания в стационаре, при этом всё больше услуг по оказанию неотложной помощи, например, хирургических операций, стало выполняться в амбулаторных условиях. Так, в 2017 г. более 70% всех операций проводились вне стационара. С одной стороны, тенденция к росту амбулаторных услуг связана с развитием медицинских технологий, позволяющих проводить малоинвазивные операции. На восстановление после их проведения пациенту требуется меньше времени. С другой стороны, больницы сталкиваются с необходимостью экономить средства и выписывать пациентов, не нуждающихся в срочном лечении. В результате растёт спрос на услуги реабилитации и ухода на дому.

Как отмечают специалисты, основным фактором, стимулирующим развитие амбулаторного лечения, является изменение способа оплаты за стационарное лечение в рамках программы «Медикэр». Если раньше использовался классический метод оплаты по факту оказанных услуг (*Fee-for-Services*), то с введением системы авансовых платежей (*prospective payment system*) в 1983 г., правительство стало начислять фиксированную сумму на пациента исходя из его диагноза. В результате больницам стало выгодно проводить краткосрочное лечение с использованием меньшего количества процедур, в то время как продолжительные

госпитализации, требующие сложный комплекс манипуляций, сразу наносили удар по финансам медучреждения, ведь на фонды «Медикэр» приходится порядка 60% оплаты стационарного лечения двадцати наиболее распространённых заболеваний в США [2]. А поскольку больницы в сельской местности, как правило, принимают больше пациентов в рамках программы «Медикэр», то они оказались в наименее выгодном положении.

Смещение акцента в сторону амбулаторного лечения, а также новая политика финансирования явились предпосылками для сокращения количества больниц и, соответственно, больничных коек. За 1990–2020 гг. число госпиталей сократилось на 8,4% (с 6649 до 6090), количество коек – на 24% (с 1,2 млн до 920 тыс.). По сравнению с другими развитыми странами, в США меньше больничных коек на 1000 человек – 2,8, в то время как в Италии – 3,2, во Франции – 6,1, в Южной Корее – 12,0 [3]. В период с 2010 по 2015 г. ежегодно в среднем закрывалась 21 больница. В 2019 г. закрылось 47 госпиталей [Saghafian, S., Song, L.D. & Raja, A.S., 2022]. И всё это на фоне как роста численности населения страны, так и его старения.

С 2010 по 2019 г. закрылось 120 больниц в сельских районах, преимущественно в южных республиканских штатах, не присоединившихся к расширению программы «Медикейд» по закону «О защите пациентов и доступном здравоохранении» 2010 г. (*The Patient Protection and Affordable Care Act of 2010*) Лидерами стали Техас, Теннесси, Оклахома (приняла программу «Медикейд» в 2021 г.) [4].

Финансовое бремя и закрытие медучреждений провоцирует их укрупнение за счёт слияний и поглощений. Всё большее число больниц начинает входить в систему из нескольких учреждений, управляемых из центрального офиса, что усиливает монополизацию больниц на региональных уровнях. И как считают эксперты в сфере экономики здравоохранения, способность крупных госпиталей таким образом влиять на ценообразование является одним из факторов чрезмерного роста расходов в системе здравоохранения США. По состоянию на 2020 г., 68% госпиталей являлись частью систем [5].

Помимо всего прочего, Соединённые Штаты сталкиваются с нехваткой врачей первичного звена, чья работа важна не только для пациентов, но и для системы здравоохранения в целом, поскольку нацелена на сокращение расходов за счёт рационализации потребления медицинских услуг. Работники первичной помощи обычно устанавливают долгосрочные отношения с пациентами, что позволяет более тщательно контролировать хронические заболевания, в том числе сахарный диабет и болезни сердечно-сосудистой системы, которые находятся в числе наиболее частых причин госпитализации в США. Так, в 2018 г. 11% всех госпитализированных пациентов имели следующие диагнозы: острый инфаркт миокарда, нарушение сердечного ритма, сердечная недостаточность и сахарный диабет [6].

Многочисленные исследования доказывают, что 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 группах [7].

По оценкам Ассоциации американских колледжей, для удовлетворения потребностей здравоохранения до начала пандемии в США необходимы были до-

полнительно 14 860 терапевтов. Более того, по данным Бюро переписи населения США, 45% терапевтов старше 55 лет. Это значит, что в течение десяти лет половина врачей первичного звена уйдёт на пенсию. При этом лишь одна пятая выпускников медицинских школ планирует работать по этой специальности [Deutchman, M., Macaluso, F., 2020], 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 специализации [8].

Сокращение количества терапевтов чревато увеличением нагрузки на отделения неотложной медицинской помощи в госпиталях, а также увеличением расходов на медицинские услуги, так как фрагментарное оказание медицинских услуг ведёт к неоправданному дублированию назначений, тестов и анализов.

Нехватка медицинского персонала и койко-мест в начале 2020 г. явилась одним из факторов, повлиявших на эффективный ответ пандемии COVID-19. Соединённые Штаты оказались не способны сдержать распространение инфекции и в результате оказались лидером по количеству зафиксированных случаев заражения и смертей.

ВЛИЯНИЕ ПАНДЕМИИ COVID-19 НА ФУНКЦИОНИРОВАНИЕ АМЕРИКАНСКИХ ГОСПИТАЛЕЙ

Пандемия продолжается уже более двух лет. За это время США пережили несколько всплесков заболеваемости, и во время каждого из них медицинские учреждения сталкивались с новыми вызовами.

В 2020 г. основной проблемой как для всего общества, так и непосредственно для американских госпиталей стал дефицит медицинского оборудования и средств индивидуальной защиты (СИЗ). В самом начале эпидемии острая нехватка тестов на коронавирус сказалась на способности отслеживать распространение заболевания по стране. Первая партия, разработанная Центрами по контролю и профилактике заболеваний (*Centers for Disease Control and Prevention*), отправленная в государственные лаборатории 7 февраля 2020 г., оказалась бракованной из-за нарушения производственных стандартов. На поиск и устранение ошибки у Центров ушли недели. Тесты, разработанные частными клиниками и лабораториями, на протяжении февраля 2020 г. в силу бюрократических процедур не могли получить лицензию Управления по санитарному надзору за качеством пищевых продуктов и медикаментов (*Food and Drug Administration*) до тех пор, пока открытое письмо-обращение группы микробиологов к Конгрессу от 28 февраля не ускорило процесс.

В результате указанных задержек к концу февраля – началу марта 2020 г., спустя полтора месяца после обнаружения нулевого пациента, в США проводилось не более одной тысячи тестов в день, а общее их число не превышало 14 тысяч. Причём пройти тестирование могли далеко не все из-за предписания назначать обследование в первую очередь вернувшимся из Китая или контактировавшим с официально подтверждёнными заразившимися индивидами. Обращавшиеся за

помощью в клиники пациенты уходили домой без подтверждённого диагноза. Масштабное тестирование началось лишь в середине марта 2020 г. Но к этому времени вирус бесконтрольно разносился по территории США.

С распространением вируса распространялся и дефицит средств индивидуальной защиты: перчаток, масок, защитных очков и экранов, халатов и респираторов № 95, а также аппаратов искусственной вентиляции лёгких.

Нехватка адекватной защиты у медицинского персонала увеличивает риски его заражения и прекращения работы. В условиях повышенного спроса на медицинскую помощь снижение работоспособности медицинского персонала приводит к сокращению качества и доступности медицинских услуг. Таким образом, наличие достаточного количества СИЗ – это не просто реализация прав медицинских работников и гигиена труда, но и общесистемная проблема, решение которой повышает способность сдерживать распространение заболевания.

Для борьбы с дефицитом ключевых средств индивидуальной защиты в 2020 г. Центры по контролю и профилактике заболеваний были вынуждены авторизовать повторное использование одноразовых фильтрующих респираторов № 95, просроченных респираторов, а также использование масок, аналогичных тем, что были одобрены Национальным институтом охраны труда и здоровья (*National Institute for Occupational Safety and Health*) [9]. По опросам Организации медсестёр США (*National Nurses United*), 87% младшего медицинского персонала заявили, что в период с 15 апреля по 10 мая 2020 г. многократно использовали маски, предназначенные для однократного применения. Более четверти (28%) использовали продезинфицированные в специальных химических растворах респираторы, хотя подобная дезинфекция не доказала свою эффективность. 27% медсестёр заразились коронавирусом в результате работы в СИЗ ненадлежащего качества, продолжая работу в течение 14 дней после заражения [10]. В конце марта 2020 г. почти треть госпиталей не имели защитных масок, четверть – испытывали нехватку халатов, 13% – исчерпали запасы защитных экранов.

Проблема нехватки СИЗ обусловлена комплексом факторов. В первую очередь, это сама рыночная модель функционирования медицинских учреждений, стимулирующая их к минимизации расходов. В отношении средств индивидуальной защиты это означает, что клиники и госпитали предпочитали складированию материалов их приобретение по мере необходимости. Но этот механизм не работает в условиях шока спроса, вызванного нуждами здравоохранения и паническим поведением американских потребителей.

Ситуация усугублялась разрывом глобальных цепочек поставок. До начала пандемии Китай производил половину всех защитных масок в мире. В 2019 г. США импортировали из Китая более 70% текстильных масок, 55% защитных очков, 55% защитной медицинской одежды. С ухудшением ситуации внутри страны в январе – феврале 2020 г. правительство Китая выкупило предназначенный на экспорт товар для удовлетворения внутреннего спроса. Как результат, на рынке США спрос на расходные материалы в разы превысил предложение [11]. Поскольку в условиях дефицита найти поставщика средств индивидуальной защиты можно было только в Восточной Азии, в наиболее выгодном

положении оказались крупные системы медицинских учреждений, которые могли позволить себе оформить заказ на крупную партию, в то время как небольшие частные практики и больницы критического доступа оказались неспособны обеспечить себя необходимыми материалами.

Не в состоянии оперативно отреагировать на растущий дефицит медицинских расходных материалов оказалось и федеральное правительство. Несмотря на то, что эксперты задолго до 2020 г. предупреждали о потенциальной нехватке СИЗ в случае пандемий, средства индивидуальной защиты, хранящиеся на Национальных стратегических складах, вовремя не пополнялись и не обновлялись [Carias, C., Rainisch, G., etc, 2015]. Решение проблемы дефицита в условиях разорванных глобальных цепочек поставок оказалось возможным только с помощью закона об оборонном производстве, обязывающего крупные частные предприятия выполнять заказы, необходимые для обеспечения национальной безопасности. Республиканская администрация Д. Трампа, отстаивающая свободу рыночных сил, медлила с его применением, однако провал рынка в начале 2020 г. невозможно было урегулировать без государственного вмешательства. Спустя месяцы после начала пандемии ситуацию с поставками средств индивидуальной защиты удалось стабилизировать.

Помимо нехватки средств индивидуальной защиты и медицинского оборудования в условиях распространения пандемии частные клиники и больницы столкнулись с небывалым падением спроса на услуги, не связанные с лечением коронавирусной инфекции. По мере введения ограничительных мер, американцы отменяли плановые посещения врачей и операции из страха заразиться. Исследование Фонда содружества (*The Commonwealth Fund*) выявило, что в апреле 2020 г. количество амбулаторных визитов к врачам сократилось на 60% по сравнению с докризисным уровнем. И несмотря на то, что с середины мая 2020 г. спад начал сокращаться, количество визитов приблизилось к прежнему уровню только в первой половине октября 2020 г., но продолжало зависеть от динамики выявления случаев заражения по стране. В целом за 2020 г. был зафиксирован восьмипроцентный спад в количестве очных посещений врачей.

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. Более 30 больниц, согласно данным издательства «Блумберг», в 2020 г. инициировали процедуру банкротства [12]. 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».

Пандемия COVID-19 заставила правительство США разработать ряд мер по поддержке больниц, находящихся в трудном финансовом положении. В соот-

ветствии с законом «О помощи при коронавирусе и экономической безопасности» (*The Coronavirus Aid, Relief and Economic Security Act, CARES Act*), принятым администрацией Д. Трампа 27 марта 2020 г., Конгресс учредил Фонд помощи поставщикам медицинских услуг (*Provider Relief Fund*) для компенсации упущенной выгоды и непредвиденных расходов. По состоянию на сентябрь 2021 г. Министерство здравоохранения и социальных служб США освоило 170,1 млрд долл. из 178 млрд долл. этого фонда, включая 14,8 млрд долл., направленных на разработку и распространение вакцин. В результате 43% операционного денежного потока больниц в 2020 финансовом году было обеспечено за счёт выплат Фонда помощи поставщикам медицинских услуг [13].

В рамках Программы защиты заработной платы (*Paycheck Protection Program*), учреждённой в соответствии с этим же законом, около 100 млрд долл. было предоставлено поставщикам медицинских услуг в виде кредитов для выплат медицинскому персоналу.

В соответствии с Американским планом спасения (*American Rescue Plan*), законом, принятым 11 марта 2021 г. уже демократической администрацией Дж. Байдена, дополнительно на поддержание медицинских учреждений в сельской местности США было выделено 8,5 млрд долларов.

Конгресс также отменил предписанное бюджетными правилами автоматическое сокращение выплат по программе «Медикэр» на 2% в период с 1 мая 2020 г. по 31 марта 2022 г. и увеличил выплаты врачам, обслуживающим пациентов по программе «Медикэр», на 3% на 2022 фин. г., 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.

В результате оказанных мер поддержки, за 2020 г. темпы роста государственных расходов на здравоохранение составили 36%, что в 6 раз больше показателя 2019 г. 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 г. закрылось только десять больниц, что в 2,5 раза меньше, чем в 2020 г., и в 4,7 раза меньше, чем в 2019 г. [14].

Падение спроса на личные посещения врачей стимулировало бурное развитие услуг в сфере телемедицины. В апреле 2020 г. количество дистанционных визитов к врачам превысило показатели февраля 2020 г. в 78 раз. После стабилизации ситуации количество визитов онлайн по-прежнему превышает докризисный уровень в 38 раз и составляет 17% от всех амбулаторных обращений к врачу [15].

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 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 лицензирова-

нием поставщиков и выпиской рецептурных препаратов. Пересматривали правила для финансирования онлайн-услуг и крупные страховые компании.

Однако распространение услуг телемедицины требует дополнительных финансовых и кадровых инвестиций, что становится вызовом для небольших госпиталей. К тому же поспешное внедрение дистанционных систем обслуживания привело к компромиссам в вопросах конфиденциальности и безопасности данных. Также существует неравенство в доступе к технологиям среди групп пациентов США. И наконец, далеко не все медицинские услуги в силу своей специфики могут предоставляться в онлайн-режиме.

Если первый год пандемии ознаменовался масштабным дефицитом средств индивидуальной защиты и оборудования, то во второй год пандемии госпитали ощутили повсеместную нехватку медицинского персонала. Исследование компании «Премьер, инк.» (*Premier Inc.*) выявило, что количество сверхурочных часов работы врачей и медсестёр отделений неотложной помощи и палат интенсивной терапии ещё до распространения штамма омикрон в конце 2021 г. – начале 2022 г. на 52% превышало докризисный уровень. Причём их работа сопровождалась повышенным уровнем стресса из-за постоянного риска заразиться, быстро меняющихся регламентов предоставления помощи, недостатка средств индивидуальной защиты и высокой смертности среди пациентов.

Подобные условия труда способствовали эмоциональному истощению среди медицинского персонала. По данным исследования Национальной академии медицины (*National Academy of Medicine*), 35–54% медсестёр и терапевтов испытывают симптомы профессионального выгорания, что в два раза чаще, чем у представителей других профессий [16]. Исследование Фонда семьи Кайзер (*Kaiser Family Foundation*), посвящённое переживаниям медицинских работников во время пандемии, показало, что 93% сообщили о стрессе, 86% – о тревоге, 77% – о разочаровании, 76% – об истощении, а 75% – о перегруженности. Беспокойство и стресс привели к нарушениям сна, головным болям, расстройствам пищеварения, а также к увеличению потребления алкоголя и наркотиков.

Федеральное правительство США включилось в решение проблемы эмоционального перенапряжения медицинских работников. В марте 2022 г. Конгресс принял закон Лорны Брин, по имени руководителя отделения неотложной помощи больницы Нью-Йорка, покончившей жизнь самоубийством в апреле 2020 г. В соответствии с ним Министерство здравоохранения и социальных служб США должно предоставлять гранты больницам, медицинским профессиональным ассоциациям и другим организациям здравоохранения на программы по укреплению психического здоровья и повышению устойчивости к внешним воздействиям. Кроме того, законодательство предписывает Центрам по контролю и профилактике заболеваний начать кампанию, призывающую работников здравоохранения обращаться за психологической помощью в случае необходимости.

Высокое напряжение привело к увеличению количества увольнений и повышению текучести кадров среди сотрудников медицинских учреждений. За два года пандемии уволилось 20% медицинских работников, и ещё каждый третий задумы-

вается о том, чтобы уйти из сферы медицины или хотя бы сменить специализацию [17]. Коллективная текучесть кадров в отделениях интенсивной терапии, отделениях сестринского ухода и отделениях неотложной помощи выросла с 18 до 30% [18].

С распространением омикрон-штамма количество регистрируемых случаев заражения и госпитализаций в конце 2021 г. – начале 2022 г. достигало беспрецедентных значений – в среднем 750 тыс. и 150 тыс. случаев в день соответственно. Свыше тысячи больниц в этот период, по данным Министерства здравоохранения и социальных служб США, сообщали о критической нехватке медицинского персонала. Федеральное правительство было вынуждено направлять силы военного медицинского персонала в наиболее пострадавшие регионы. Всего за два года пандемии было мобилизовано почти пять тысяч военных врачей в 49 штатах [19].

Нехватка врачей создаёт дополнительное финансовое бремя медицинским учреждениям, которые стараются удержать работников. Учреждаются 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. Согласно анализу данных о трудовых ресурсах в здравоохранении, дефицит рабочей силы приводит к увеличению ежедневных расходов на оплату труда на 8%. Увеличение расходов добавит 17 млн долл. к годовому бюджету на оплату труда медицинского учреждения на 500 коек. Национальные совокупные расходы больниц составят 24 млрд долл. Для удержания рабочей силы госпитали уже повысили оплату труда квалифицированным медицинским работникам в среднем на 12%, а также чаще стали обращаться к агентствам по подбору персонала, значительно увеличившим комиссию в условиях кризиса.

ПЕРСПЕКТИВЫ ПОСТКОВИДНОГО РАЗВИТИЯ ГОСПИТАЛЬНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ В США

Многие тренды, которые лишь ускорились с приходом пандемии, сохраняются. Прежде всего, речь идёт о нехватке медицинских работников. Ожидается, что к 2034 г. американской системе здравоохранения будет не хватать 48 тысяч терапевтов для обеспечения качественного медицинского обслуживания населения. Согласно данным Бюро трудовой статистики, ожидается, что в 2022 г. 500 тысяч медсестёр покинет штат в связи с выходом на пенсию, в результате чего общая нехватка составит 1,1 млн человек [20].

В связи с продолжающимся ростом расходов многие медицинские учреждения будут стремиться войти в крупные системы. Стоит отметить, что на рынок стали выходить нетрадиционные для отрасли игроки, например, компании из сферы розничной торговли, которые стремятся использовать сложившиеся отношения с клиентами для увеличения доли и диверсификации своего бизнеса в быстрорастущий сектор здравоохранения.

Усилится тенденция к изменению системы расчёта с поставщиками медицинских услуг. Традиционная модель «оплаты за услуги», то есть по факту оказанных услуг, оказалась неустойчивой в условиях пандемии и резкого падения

спроса. Медицинские учреждения проявляют всё больший интерес к ценностно-ориентированному подходу, который позволит им иметь более стабильные финансовые потоки. Такой подход предполагает, например, что поставщик берёт на себя финансовую ответственность за здоровье определённой группы пациентов, которые, в свою очередь, оплачивают фиксированный взнос, и эти взносы объединяются для финансирования лечения всего населения. 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.

Продолжится развитие систем телемедицины. Несмотря на то что спрос на дистанционные медицинские услуги сократился по сравнению с пиком в апреле 2020 г., он по-прежнему превышает докризисный уровень на 20%. Наибольшее распространение виртуальные услуги получают в сфере психического здоровья, административных и профилактических визитов.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Многие вызовы, стоящие перед поставщиками медицинских услуг США, не могут быть решены локальными усилиями в рамках рыночной модели функционирования. В марте 2022 г. руководство Американской больничной ассоциации направило открытое письмо в Конгресс, в котором обозначило важность государственной поддержки медицинских учреждений, начиная с пополнения Фонда помощи поставщикам медицинских услуг и заканчивая субсидированием системы образования и облегчением визового режима для иностранных медработников в целях восполнения недостающих кадров [21]. Очевидно, что даже после отмены чрезвычайного положения в области здравоохранения (*public health emergency*) усиление государственного участия будет необходимо для обеспечения повсеместного качественного доступа к медицинским услугам.

ИСТОЧНИКИ

1. American Hospital Association. Available at: <https://www.aha.org/> (accessed 14.03.2022).
2. McDermott, K.W., Roemer, M. Most Frequent Principal Diagnoses for Inpatient Stays in U.S. Hospitals, 2018. Health Care Cost and Utilization Project (HCUP) Statistical Brief. 2021. Available at: <https://www.hcup-us.ahrq.gov/reports/statbriefs/sb277-Top-Reasons-Hospital-Stays-2018.jsp> (accessed 14.03.2022).
3. 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. Available at: <https://www.cdc.gov/nchs/data/hus/2017/089.pdf> (accessed 14.03.2022).
4. 2019 was worst year for U.S. rural hospital closures in a decade. *The Guardian*. 2019. Available at: <https://www.theguardian.com/us-news/2020/feb/19/us-rural-hospital-closures-report> (accessed 20.03.2022).
5. McKee, G.A. US Hospitals Function like Businesses. That's why they are struggling amid COVID pandemic. *USA Today*. 2020. Available at: <https://eu.usatoday.com/story/opinion/2020/07/05/coronavirus-hospitals-businesses-public-option-health-care-column/3266503001/> (accessed 20.03.2022).

6. McDermott, K.W., Roemer, M. Most Frequent Principal Diagnoses for Inpatient Stays in U.S. Hospitals, 2018. Health Care Cost and Utilization Project (HCUP) Statistical Brief. 2021. Available at: <https://www.hcup-us.ahrq.gov/reports/statbriefs/sb277-Top-Reasons-Hospital-Stays-2018.jsp> (accessed 14.03.2022).

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

8. Melanie, H., Average Medical School Debt. EducationData.org. 2021. Available at: <https://educationdata.org/average-medical-school-debt> (accessed 20.03.2022).

9. Centers for Disease Control and Prevention. Available at: <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/ppe-strategy/decontamination-reuse-respirators.html#print> (accessed 22.03.2022).

10. New survey of nurses provides frontline proof of widespread employer, government disregard for nurse and patient safety, mainly through lack of optimal PPE. National Nurses United. 2020. Available at: <https://www.nationalnursesunited.org/press/new-survey-results> (accessed 22.03.2022).

11. COVID-19 and Domestic PPE Production and Distribution: Issues and Policy Options. Congressional Research Service. 2020. Available at: <https://crsreports.congress.gov/product/pdf/R/R46628> (accessed 18.03.2022).

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

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

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

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

16. Action Collaborative on Clinician Well-Being and Resilience. National Academy of Medicine. Available at: <https://nam.edu/initiatives/clinician-resilience-and-well-being/> (accessed 03.04.2022).

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

18. Alkire, M.J., Miller, D., Cloyd, B. PINC AI Data Shows Hospitals Paying \$24B More for Labor Amid COVID-19 Pandemic. Premier. 2021. Available at: <https://www.premierinc.com/newsroom/blog/pinc-ai-data-shows-hospitals-paying-24b-more-for-labor-amid-covid-19-pandemic> (accessed 10.04.2022).

19. Howard, J. After two years, the final US military medical Covid-19 deployments are ending: We still have a long road ahead. CNN. 2022. Available at: <https://edition.cnn.com/2022/03/29/health/covid-military-medical-deployment-ends/index.html> (accessed 10.04.2022).

20. Rosseter, R. Fact Sheet: Nursing Shortage. American Association of Colleges of Nurses. 2020. Available at: <https://www.aacnnursing.org/news-information/fact-sheets/nursing-shortage> (accessed 10.04.2022).

21. Challenges Facing America's Health Care Workforce as the U.S. enters third year of COVID-19 Pandemic. American Hospital Association. 2022. Available at: <https://www.aha.org/lettercomment/2022-03-01-aha-provides-information-congress-re-challenges-facing-americas-health> (accessed 22.03.2022).

REFERENCES

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. 2021. *Health Affairs*. Vol. 40. No. 4. DOI: <https://doi.org/10.1377/hlthaff.2020.01627>

Carias, C., Rainisch, G., Shankar, M., Adhikari, B.B., Swerdlow, D.L., Bower, W.A., Pillai, S.K., Meltzer, M.I., Koonin, L.M. 2015. Potential Demand for Respirators and Surgical Masks During a Hypothetical Influenza Pandemic in the United States. *Clinical Infectious Diseases*. Vol. 60. Issue suppl_1. P. S42-S51. DOI: <https://doi.org/10.1093/cid/civ141> (accessed 22.03.2022).

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. 2020. Contributions of US Medical Schools to Primary Care (2003-2014): Determining and Predicting Who Really goes into Primary Care. *Family Medicine*. Vol. 52. No.7. P. 483-490.

Saghafian, S., Song, L.D. & Raja, A.S. 2022. Towards a more efficient healthcare system: Opportunities and challenges caused by hospital closures amid the COVID-19 pandemic. *Health Care Manag Sci*. DOI: <https://doi.org/10.1007/s10729-022-09591-7> (accessed 20.03.2022).

ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРЕ / INFORMATION ABOUT THE AUTHOR

ГУЧАНОВА Анастасия Павловна, научный сотрудник Центра североамериканских исследований Национального исследовательского института мировой экономики и международных отношений им. Е.М. Примакова Российской академии наук (ИМЭМО РАН). Российская Федерация, 117997, Москва, Профсоюзная ул., д. 23; аспирантка Института США и Канады Российской академии наук (ИСКРАН). Российская Федерация, 121069, Москва, Хлебный переулоч, д. 2/3.

Anastasia P. GUCHANOVA, Research Fellow, Center for North American Studies of Primakov National Research Institute of World Economy and International Relations, Russian Academy of Sciences (IMEMO). 23, Profsoyuznaya St., Moscow, 117997, Russian Federation; Postgraduate student, Institute for the U.S. and Canadian Studies, Russian Academy of Sciences (ISKRAN). 2/3, Khlebny pereulok, Moscow, 121069, Russian Federation.

Статья поступила в редакцию / Received 29.04.2022.

Поступила после рецензирования / Revised 10.05.2022.

Статья принята к публикации / Accepted 11.05.2022.