

医疗实践

美国医疗系统改善女性医疗保健的500亿美元机遇

从单纯关注女性生殖健康转向更广泛地看待女性在整个照护连续体中的健康，可以改善女性的照护结果——以及卫生系统的财务状况。

由 Anne Koffel、Jordan VanLare 医生、Pooja Kumar 医生
以及 Caroline Morgan Berchuck 医生共同撰写



美国女性面临比男性更陡峭的医疗保健障碍，导致可预防的痛苦，并每年造成数十亿美元损失。女性的健康——涵盖整个护理连续体并超越生育和性健康——代表着医疗系统每年大约500亿美元的错失健康机会。¹ 国家层面。解决女性医疗保健方面的差距需要护理模式的根本转变，预防保健发挥着关键作用，以确保可及性、连续性和全面护理。

麦肯锡健康研究院（MHI）和世界经济论坛（WEF）发布了关于女性健康的两份具有里程碑意义的报告，揭示了男性和女性之间的巨大差距。例如，[美国女性比男性多花费25%的时间处于健康状况不佳的状态](#)。通俗话语往往狭隘地将女性健康定义为生殖健康，但性健康和生殖健康仅占女性健康负担不到5%。其余95%则源于其他健康问题。MHI和WEF最新报告提供了一份[缩小女性健康差距方案](#)，敦促临床护理组织² 为了统计、研究、照顾、包含和投资女性（参见侧边栏“本文中使用的术语”）。

本文所使用的术语

本文将女性健康描绘为一个市场细分领域。作者承认医疗保健对跨性别者、非二元性别者和性别流动者群体的重要性，并指出并非所有自认是女性的人都是生物学上为女性。

作者经常使用“性别”和“性别的社会建构”这两个术语，以体现包容性语言并认识到未来需要对跨性别、非二元性别和性别流动群体在内的健康问题进行研究的必要性。他们还承认，基于种族、民族、社会经济地位、残疾、年龄和性取向等因素，女性存在深远的差异。应进一步开展相关工作和研究，以解决这些障碍以及医疗保健中的整体性别差异问题。

借鉴这项研究，本文提出了一个女性和卫生系统双赢的方案，通过强调卫生系统可以采取的关键行动来投资女性健康。第一个行动涉及确保女性获得循证预防性护理，而第二个行动则着重于减少女性提供者和护士的流失率，因为留住女性临床医生在经济上是有利的，并且性别一致性的护理有可能改善女性的健康结果³ 通过增强护理连续性（参见侧边栏“研究方法”）。解决仅仅预防保健和护士留任问题，在全国范围内代表着大约500亿美元的年度机会。改善女性健康的另一个关键途径是增加女性在一个卫生系统中的参与度，但这不能在全国层面进行汇总，因为一个提供者的收益可能是另一个提供者的损失（参见侧边栏“增强女性参与对中型卫生系统来说是一个4000万美元到1.5亿美元的机会”）。

¹ 我们将“卫生系统”定义为包括临床护理服务、管理、支持服务，以及通常包括保险或公共卫生功能的广泛综合网络。

² 我们定义“临床护理组织”为任何参与提供直接患者护理的专业场所，例如医师集团或医疗诊所、专科诊所（例如，心脏病学、肿瘤学）、负责护理组织（ACOs）或协调护理的保健管理组织。

³ Brad N. Greenwood、Seth Carnahan和Laura Huang，“患者与医生性别一致性以及女性心脏病患者死亡率的增加” *国家科学院学报*，2018年8月，第115卷，第34期。

提高妇女预防保健是一项高达38亿美元的创收机会，对医疗系统而言

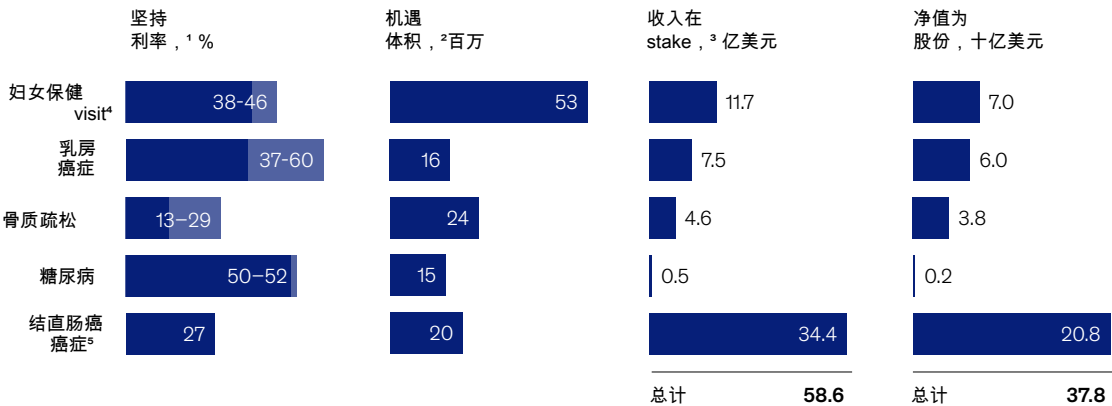
尽管女性看医生的频率比男性高，但她们往往得不到所需的预防性护理。⁴ 通过提供符合临床指南的针对女性的预防性护理，全国卫生系统可以缩小在五个场景中约1.3亿次错失筛查的差距，并产生高达590亿美元的新年收入（展品）。即使考虑到为缩小差距而进行额外筛查所需的运营成本，美国卫生系统所面临的净价值也接近380亿美元。这个估计没有考虑1）对那些根据筛查结果进行治疗的卫生系统所带来的额外、更大的收入潜力，或2）数百万女性获得更多健康寿命年如何惠及经济，或3）在疾病过程中早期解决健康问题，整个医疗保健生态系统能够节省的潜力。

除了错失的财务潜力之外，未能提供及时的预防性护理会增加女性的疾病风险，并可能导致后期更昂贵、更复杂的干预措施。事实上，与其他各种情况相比，女性获得推荐治疗完整方案的几率通常低于男性，这通常是由于错过了关键的预防性护理机会（参见小资料“急性心肌梗死治疗”）。

网络 <2025>
<健康差距>
展示
图1<3>

仅提升妇女在五个专科的预防性健康筛查，对美国卫生系统而言，代表着380亿美元的净机遇。

商业保险和医疗保险理赔下的女性筛查依从性及涉值，2022



¹ 依从率定义为在适当的回顾时间内接受检测的总女性人数，除以根据年龄符合接受筛查条件的总人口数。²显示的总机会量基于医保和商业人口计算；注意分析将人口分开考虑，但出于本展会的目的，它们被表示为总量。³基于医保和商业人口的机会量计算。商业价格估计为CMS的188%；此处显示的是合计的营收机会。⁴包括宫颈癌。⁵结直肠癌价格和成本计算假设60%的人口使用结肠镜检查，40%使用粪便免疫化学检测（FIT）；FIT价格为21美元，成本为5美元；结肠镜检查价格为1,867美元，成本为1,150美元。来源：CMS LDS（医保）和Valerian（商业保险）数据集，2022

麦肯锡公司

⁴ 洛雷达纳-圣多纳等，“成年人访问卫生中心的次数，按选定特征分类：美国，2022年”，“国家卫生统计数据报告，美国疾病控制与预防中心，2024年，第211号；《新伊普索调查揭示近半美国女性放弃预防性医疗服务》，妇女健康与预防联盟新闻稿，2023年1月31日。

急性心肌梗死治疗

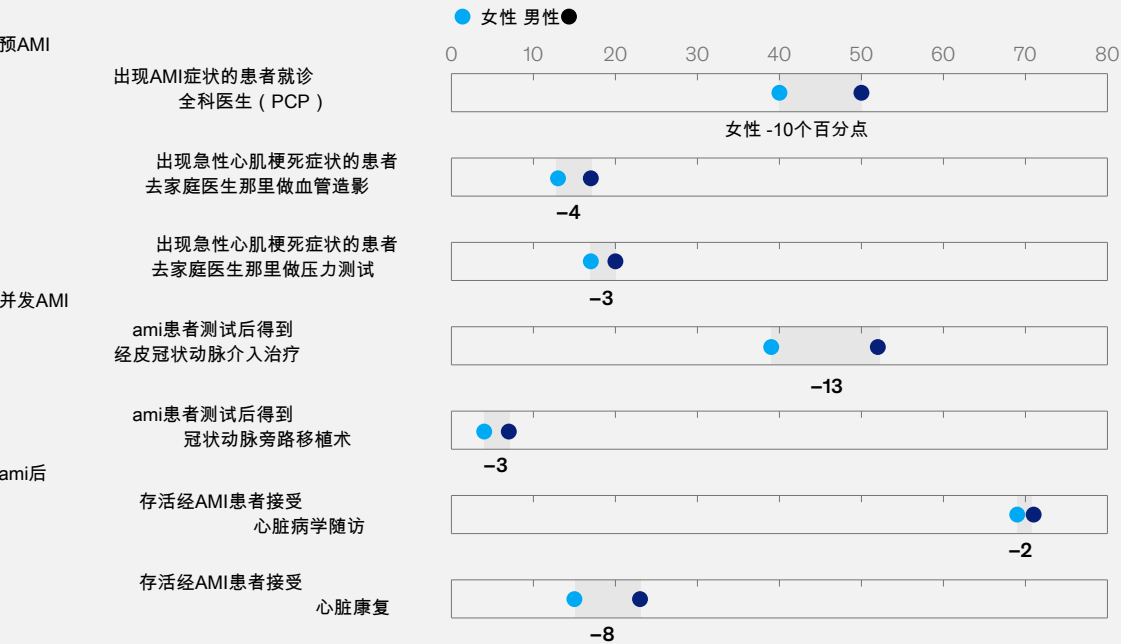
在预防之外，及时治疗仍然是一个问题，女性比男性更经常无法接受各种疾病的推荐治疗的全过程。在一个中型医疗系统中，¹ 例如，仅有40%出现急性心肌梗死(AMI)症状的女性访问了初级保健医生(PCP)，相比之下，男性为50%（参见）。在那些接受AMI检测的人中，较小比例

相比男性，更多女性接受了经皮冠状动脉介入治疗，并在之后被转介进行心脏康复。这相当于每年大约有25,000例女性错过了急性心肌梗死干预治疗，根据我们的分析，55岁以下女性与男性相比，急性心肌梗死相关死亡率高达84%。

网络 <2025>
<健康差距>
展示
展品<3>的<3>

与男性相比，较小比例的女性接受循证治疗急性心肌梗死。

在美国中型医疗体系中接受急性心肌梗死（AMI）治疗的美国患者，¹ %



¹ 这家中型医疗系统年收入为60亿美元，年出院患者数为45,000人，拥有1,000张床位。来源：Joshua R. Smith 等人，“心脏康复结果的性别差异”，《循环研究》，2022年2月，第130卷，第4期；Sanne A.E. Peters等，“美国在心肌梗死后的高强度他汀类药物使用中的性别差异”，《美国心脏病学会杂志》，2018年4月，第71卷，第16期；so ree kim 等，“根据诊断标准、治疗和死亡率的性别差异，韩国成年人新诊断急性心肌梗死患病率”，《科学报告》，2023年3月，第13卷；“美国女性心脏健康现状：通往改善健康和财务成果的道路”，麦肯锡健康研究所，2024年6月25日

麦肯锡公司

¹ 这家中型卫生系统年收入60亿美元，年出院人数4.5万人，病床1000张。

女性在预防性护理方面面临多重障碍。主要问题是缺乏稳定的初级保健提供者 (PCPs)，这降低了接受常规筛查和早期干预的可能性。⁵ 成本问题进一步使女性不愿进行预防性就诊，⁶ 并且，elders and children 的照料负担不成比例，常常使女性无法优先考虑自己的健康。⁷

卫生系统和其他医疗服务提供者拥有独特的解决这些障碍的能力。
远程医疗，女性比男性使用更频繁，已扩大预防性护理的覆盖范围，使临床医生能够接触到那些可能原本放弃筛查的人群。技术支持的筛查工具，例如人工智能辅助的乳腺X光检查，正在提高筛查的有效性，减少不必要的二次筛查和活检，并可能随着时间的推移提高筛查率。⁸ 像这样的工具展示了提供者如何通过改善预防性护理来推动系统层面的变革。

提高女性护士的留存率可节约高达120亿美元，并有助于加强女性的护理

与男性相比，女性在其医疗保健旅程的关键节点上的满意度较低。⁹ 他们不满的一个常见原因是感觉自己被医生忽视了。例如在妇科和产科护理方面，那些感觉自己“一直”被倾听的女性更有可能进行产后医疗访问，而较少出现产后抑郁或焦虑症状。¹⁰ 此外，女性医疗保健体验的影响可以远远超出她们自身的护理需求，因为女性是医疗保健决策的中心。我们的研究表明，女性为家庭做出80%的医疗保健决策，因此改善她们与医疗系统的体验至关重要。

解决女性不满的一个重要方法是招募和留住不同背景的女护士、医师及相关医疗人员。由女护士、临床医生和医疗人员提供的护理有可能改善整体健康状况。一项研究表明，与男性医师相比，由女医师治疗的男性和女性患者的死亡率和再入院率都更低。¹¹ 此外，研究表明，女性患者从女性医生那里接受治疗的好处比男性患者更大，另一项研究发现，心脏病发作的女性患者由男性医生治疗，其死亡率更高。¹²
一项研究表明，人们更有可能获得推荐的癌症筛查

⁵ 乌莎·拉尼奇，阿莉娜·萨拉尼科夫，大卫·鲁索，“美国女性所经历的护理障碍”，*JAMA*，第321卷，第22卷。
⁶ 玛丽琳·达赫等，“医疗保健获取困难中的性别差异和与费用相关的用药依从性：美国疾病控制与预防中心行为危险因素监测系统 (BRFSS) 调查”，*预防医学*，2021年12月，第153卷，第106779期。
⁷ 伊万·D·古马斯、穆尼拉·Z·古尔贾和雷金纳德·D·威廉姆斯二世，“照护责任的平等权重：女性在10个国家承担着责任”，*Commonwealth Fund*，2024年3月19日。
⁸ “您需要了解的所有关于AI辅助钼靶检查”，苏珊·G·科门，2024年6月24日；张云午等，“用于乳腺X线摄影的AI (AI-STREAM)：一项前瞻性多中心队列研究的初步分析” *自然通讯*，2025年3月6日，第16卷，第2248号。
⁹ *索利安健康2024年医疗健康报告*，Soliant，2024年4月10日；Michelle Long等，“女性在医疗保健环境中的医疗服务提供者沟通和互动体验：2022年KFF女性健康调查结果”，KFF，2023年2月22日。
¹⁰ “在交付过程中感受到提供者的倾听和重视：2021-2022年加州母婴健康评估 (MIHA) 的调查结果”，2024年，健康公平中心，UCSF。
¹¹ 宫崎淳等，“按医生和患者性别比较医院死亡率和再入院率” *内部医学年鉴*，2024年4月23日，第177卷，第5期。
¹² Brad N. Greenwood、Seth Carnahan和Laura Huang，“患者与医生性别一致性以及女性心脏病患者死亡率的增加” *国家科学院学报*，2018年8月，第115卷，第34期。

提升女性参与度对一家中型医疗系统来说是一个4000万美元到1.5亿美元的收入机会

碎片化的照护可能导致女性健康状况更差，并导致卫生系统错失机遇。通过全面管理女性的健康，卫生系统可以改善患者体验和其组织的财务绩效。

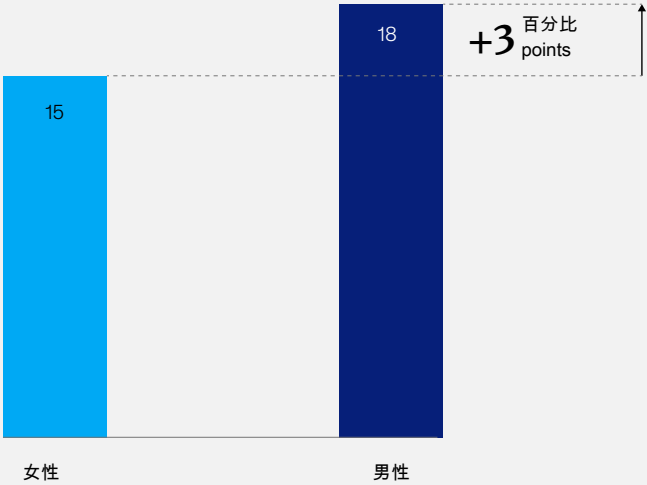
根据我们的研究，女性比男性更容易寻求多个医疗服务机构的帮助，这通常是由于对医疗保健体验的不满。这种碎片化会破坏医疗服务的连续性，并将收入从一个体系转移至另一个体系。事实上，我们的研究表明，大部分这些收入都转移给了系统之外的医疗服务提供者。

我们分析了份额护理数据——一个人的总医疗保健支出中有多少被单一卫生系统捕获，而不是分散在多个护理组织（包括竞争对手卫生系统和独立门诊提供者）中。例如，一个中型的卫生系统¹始终如一地捕获了男性医疗保健支出的18%，但仅捕获了女性医疗保健支出的15%（展品）。仅仅将男性的参与率在十个常见程序中匹配起来，就可以为该医疗系统带来超过4000万美元的额外年度收入，或者说净患者服务收入（NPSR）增长0.6%；完全弥合这一差距将代表一个1.5亿美元的机会，或者说NPSR增长2.5%，根据我们的研究。

网络 <2025>
<健康差距>
展示
展品<2>的<3>

在一个中型医疗体系中，仅提高女性在十项程序中的参与度至男性水平，即可解锁4000万美元的价值。

在总数中的占比
system healthcare
人均花费，分开
在中等规模之间
医疗体系 vs 其他
卫生系统，¹ %



¹ 这家中型医疗系统年收入60亿美元，年出院人数4.5万人，拥有1000张床位。资料来源：瓦勒里亚商业保险数据集，2022年

麦肯锡公司

¹ 这家中型卫生系统年收入60亿美元，年出院人数4.5万人，病床1000张。

实际上，较低的医疗费用占比可能部分源于单一健康问题在卫生系统内端到端护理的中断。评估这种中断的另一种方法是通过查看费用占比数据，该数据描述了患者为某一治疗过程在卫生系统内部花费的金额。例如，中型卫生系统在女性与男性相比时，髋关节置换术的术前和术后护理费用占比低了20个百分点。² 这展示了健康体系通过关注改善获取途径、医疗照护的连续性以及体验所能获得的巨大价值。

另一个关键指标是女性一生中与医生的关系变化以及她们不断变化的需求。在怀孕期间，女性经常看妇产科医生，但很少接触家庭医生（PCP）。在生育年龄和未接受妇产科护理期间，女性的相对较低医疗保健支出（大约每人每年2,800美元[PMPY]）。³ 一旦育龄期结束，与妇产科医生的互动会大幅下降（从怀孕期间平均每年约6.0次就诊降至更年期期间每年仅0.3次就诊），但与全科医生的互动并未增加以跟上女性不断变化的医疗需求。⁴ 对于许多女性而言，孕育旅程——包括生育力、怀孕和产后时期——是与医疗保健系统最密切接触的时期。此外，对于许多人来说，分娩

为人子女是一件欢乐、情感和难忘的事情。一些医疗体系选择在此体验中加倍投入——尽管分娩通常是一条利润率较低的服务线——以此为契机为女性患者提供高度积极的体验，旨在为这位女性和可能包括她更广阔的家庭建立持久的忠诚度。

中年女性也特别缺乏服务。在围绝经期和绝经期（45至64岁），女性转向慢性病管理，花费大约每年7000美元——比生育期超支150%。花费持续增加，65岁及以上的女性超支超过每年10000美元。⁵ 女性的需求在其一生中会发生重大变化——从经前期健康到慢性病管理——但护理模式未能跟上这些变化，导致女性无法获得能满足其需求的、持续稳定的医患关系。

投资于以女性为中心的初级保健的医疗体系有潜力建立持久的医患关系。通过确保女性在早期生活中拥有牢固的初级保健医生（PCP）关系；确保这些PCP在生育期间与妇产科护理和其他提供者专科进行协调；并确保她们在育龄期后能够无缝解决女性的护理需求，医疗体系可以增加患者参与度，提高护理份额，并改善长期健康结果。

² 基于国家非识别商业和 Medicare 索赔数据，2022（许可数据集；不公开可用）。

³ 基于国家未识别的商业索赔数据，2022（许可数据集；不可公开获取）。

⁴ 基于国家未识别的商业索赔数据，2022（许可数据集；不可公开获取）。

⁵ 基于国家未识别的商业索赔数据，2022（许可数据集；不可公开获取）。

他们有一位性别一致的医生。¹³ 又一项关于糖尿病和心血管疾病（CVD）的研究得出结论，患者和医生的性别以及性别一致性与糖尿病中CVD风险因素控制和治疗的有适度关联。¹⁴

然而，女性医疗保健专业人员的流动率更高，它在男性中的比例要高于女性。在注册护士（RN）中——这是一个主要由女性从事的行业——2024年，一位床边注册护士的净流动成本包括临时加班费、关键人员工资以及填补空缺而发生的差旅和代理费用，总计为61,110美元。¹⁵ 根据护士任期平均流动率为2024年的16.4%，平均医院¹⁶ 每年损失390万美元至570万美元。¹⁷ 若全国医院将护士流失率降低仅5个百分点，他们每年可节省高达约122.2亿美元，并在过程中，可能改善女性的健康结果。考虑到顶级护士流失率约为每年5%，¹⁸ 如果解决了这些问题，对许多系统来说，实现11%的周转率是合理的。

需要注意的是，性别差距也存在于医生中。¹⁹ 女性仅占活跃医师的38%，在心脏病学（15%）和介入心脏病学（5%）等专科中的比例甚至更低。²⁰ 在手术领域，女性占骨科手术的6%，胸腔手术的8%，以及血管手术的15%。²¹ 在麦肯锡对注册护士、高级实践专业人员和医生的调查中

根据2024年护士任期平均流失率为16.4%，平均每个医院每年损失3.9百万至5.7百万美元。

¹³ Jyoti Malhotra 等人，“患者与医疗服务提供者的种族、民族和性别一致性对癌症筛查的影响：来自医疗支出 panels 调查的结果”，《癌症流行病学、生物标志物与预防》2017年12月1日，第26卷，第12期。

¹⁴ 朱莉·A·施密特迪尔等，“患者与医生性别一致性与糖尿病心血管疾病风险因素控制和治疗的关联”，《女性健康杂志》，2010年1月1日，第18卷，第12期。

¹⁵ 2025年NSI国家医疗保健保留与注册护士人员配备报告，NSI护理解决方案，2025年3月。

¹⁶ NSI将平均医院定义为所调查的37个州中的450家医院（包括一些在医疗系统内运营的医院）的平均数。根据本文对医疗系统的广义定义，调查结果可以推广到全国医疗系统的节约。

¹⁷ 2025年NSI国家医疗保健保留与注册护士人员配备报告，NSI护理解决方案，2025年3月。该nhi报告中数据于2024年1月至12月期间收集自37个州的450家医院。报告调查涵盖844,205名医疗工作者和216,626名注册护士。“平均医院”反映了响应调查的450家医院中各项发现的汇总。

¹⁸ 莫莉·甘布尔，“护士流失成本：24个数字 | 2025” 贝克医院评论，2025年4月7日。

¹⁹ “美国医师队伍数据仪表盘：2024年主要发现和定义”，AAMC，访问于2024年12月10日。

²⁰ 索尼娅·伯奇斯等人，“心脏病学领域的女性：变化率不尽如人意”，《循环》，2019，卷139，第8期。

²¹ Shipra Arya, Camila Franco-Mesa和Young Erben，“对美国医学院学生、普通外科住院医师、血管外科实习生和血管外科工作队伍中性别差异的分析”，《血管外科杂志》，2022年1月，第75卷，第1期。

在...上查找更多类似的内容

麦肯锡洞察应用

扫描 • 下载 • 个性化



近 45% 的女性比男性表示不太可能留在雇主那里一年（13% 与 9%）。²²

关注女性健康对女性和卫生系统都是双赢

卫生系统和其他医疗服务提供者有一个独特的机会，在改善女性就医结果、就医途径和就医体验的同时，也增强其组织的财务可持续性。初步的成功可能包括，例如，为计划进行手术的女性提供管家式服务，提前安排手术前和术后的访问。它也可能涉及为女性医生、护士和临床人员创造更好的工作环境，以提高其在员工队伍中的代表性——[从提供灵活的工作场所选择到加强现有女性员工的能力](#)。中长期变化可能旨在提高住院医师和专科医师培训中的性别差异教育，以缩小医疗性别差距。抱负目标，可在五年或更长时间内实现，可能包括通过建立多学科医疗团队，将卓越中心的重点从女性的生殖和性健康转移到女性的整体健康。

学术医疗机构特别是以其教育、研究和医疗服务三重使命，可以现代化医学教育和住院医师课程，将性别信息护理纳入其中，并优先开展分解临床试验数据的性别差异的研究，以提高有效性和安全性。卫生系统还可以与专注于女性和补充医疗服务的公司合作，以缩小医疗服务差距。²³

通过改进循证预防性护理、支持多元化员工队伍，并在卫生系统中提升女性参与度，提供者可以在改善女性健康的同时，增强自身的财务表现。投资于女性不仅是道义上的要求——它也是商业上的要求，并且是医疗保健未来的战略必需。

[安妮·科菲尔](#) 是麦肯锡波士顿办公室的校友；乔丹·范拉尔，医学博士，是新泽西办公室的高级合伙人；[普贾·库马尔](#) MD 是费城办公室的资深合伙人；卡罗琳·摩根·贝丘克 MD 是亚特兰大办公室的合伙人。

作者感谢布鲁克·伊斯特万、克里斯蒂娜·古平弗格、德鲁·昂格尔曼、艾瑞卡·科尔、伊莎贝拉·塔利亚菲里、露西·佩雷斯、玛丽亚·曼德尔、梅根·格林菲尔德、米歇尔·贝克和莫莉·博德为本文所做的贡献。

本文由纽约办公室的高级编辑Querida Anderson编辑。

版权所有 © 2025 麦肯锡公司 保留所有权利。

²² 麦肯锡2024年照护者旅程脉搏调查，2024年4月至5月；n = 1,190。

²³ “Tia在旧金山开设旗舰店，并与UCSF Health合作，将全面的女性医疗服务扩展到旧金山湾区40,000名女性，”商业 wire，2022年5月22日。

研究方法

我们估计卫生系统解决妇女健康问题的机会，是其中三个高优先级领域中两个的合计：未得到预防性护理和减少护士流失带来的潜在节约。其他医院系统收入的损失无法在全国范围内计算，因为一家提供者的收益是另一家的损失。

可以通过比较患者在其中一个医疗系统接收到的平均护理量与在其他医疗系统接收到的平均护理量来理解护理的碎片化。对于每次分析，我们使用了2022年商业保险患者的大型理赔数据集。

对于错失的预防性护理，我们将健康系统的机会计算为当前与年龄和频率相关的预防性护理指南依从度与我们的建议率90%（选择此比率以反映实现100%筛查率的已知局限性）之间的差距。这乘以了基于医疗保险和医疗补助服务中心（CMS）医师费用表对应的每项筛查价格。商业价格估计为医疗保险价格的188%。数据基于2022年通过医疗保险（使用CMS有限数据集）和商业保险（使用商业保险个人的大型索赔数据集）承保女性的索赔。单位运营成本根据直接临床运营成本（材料、筛查设备/机器的年化成本和临床人工成本）估算。美国医疗保健系统中供应商面临的价值净额是单位价格和运营成本之差乘以

基于与当前依从率差距的患者机会量。关闭女性预防性筛查差距所带来的380亿美元的净收入估算中不包括1)由筛查结果阳性、由医疗系统进行治疗所产生的收入潜力，以及2)因数百万女性的额外健康生命年所产生的经济效益。

为了评估女性在整个医疗保健旅程中的机会，我们评估了每个访问样本中型医疗系统（年总患者收入为60亿美元，具有代表性的付款方组合）的患者与其总体医疗保健支出相比花费了多少。然后，我们按性别对所有患者取平均值。我们发现，平均而言，女性在样本医疗系统中的花费比男性少3到4个百分点。如果该系统能将女性患者流失率降低到与男性患者流失率相同的顶级十种最常见的手术水平，我们估计他们每年收入可以提高4000万美元。这是基于女性平均手术量、平均手术成本以及女性参与度变化3个百分点的总和。增加女性整个医疗保健旅程中医疗保健的比例可能导致每年收入增加1.5亿美元。

我们通过将女性生育子女、配偶以及赡养老人的概率乘以女性照顾的孩子的平均数量和老人的平均数量，并调整了80%（这是

估计女性做出的医疗保健支出决策的数量）。此计算考虑了以下输入：

— 大约50%的女性已婚¹并且大约13%的女性是照顾最多四位老人的看护者（包括父母和姻亲）。²

— 女性平均有两个孩子，她们的一生中大约有三分之一的时间，孩子符合她们健康保险计划的保障资格。³

为了计算降低护士流失率相关的机会成本，我们使用护士流失成本作为替代指标，这在一方面低估了机会成本（因为它不包括其他关键的临床女员工，如医生），但在另一方面又高估了机会成本（因为护士既有男性也有女性）。据估计，一名床边注册护士的平均净流失成本为61,110美元，各医院平均流失率为16.4%。流失成本的计算基于在传统护士薪酬之外，用于填补空缺的额外临时加班费、关键人员工资以及差旅和代理费用。截至2024年，美国有超过400万名护士就业，降低5个百分点流失率将使离职护士数量从约65.6万人减少到45.6万人。考虑到最佳一流的护士流失率约为每年5%，这一估计可能比较保守。减少20万次流失可为医院节省约122.2亿美元。

¹ 金·帕克和雷内·斯特莱珀，“随着美国结婚率徘徊在50%，婚姻状态中的教育差距正在扩大”，皮尤研究中心，2017年9月14日。

² “美国的照护工作”，AARP，2020年5月。

³ “美国女性生育率：2022年”，美国人口普查局，2024年1月3日。