
УДК 33:31:616–036.21:578.834.1(73)
doi: 10.31249/espr/2021.02.02

С.С. Костяев*

**СИСТЕМА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ США В УСЛОВИЯХ
ПАНДЕМИИ И СОЦИАЛЬНО-ДЕМОГРАФИЧЕСКИЕ
ПОСЛЕДСТВИЯ COVID-19**

Аннотация. В работе описаны основные проблемы американского здравоохранения, которые привели к тому, что по количеству заболевших COVID-19 и умерших от коронавируса на душу населения США занимают лидирующие позиции в мире. Акцент на амбулаторном лечении в последние десятилетия и слишком высокая степень неравенства в обществе привели к тому, что система здравоохранения страны оказалась неспособной в критический момент контролировать эпидемическую ситуацию, что привело к высокой смертности от новой коронавирусной инфекции в США.

Ключевые слова: США; система здравоохранения; пандемия COVID-19.

Для цитирования: Костяев С.С. Система здравоохранения США в условиях пандемии и социально-демографические последствия COVID-19 // Экономические и социальные проблемы России. – 2021. – № 2. – С. 33–49.

S.S. Kostiaev

**The US healthcare system in the context of the pandemic
and the socio-demographic consequences of COVID-19**

Abstract. This article is devoted to main problems of US healthcare system which resulted in one of the world highest morbidity and mortality rates caused by COVID-19 pandemic. The emphasis on outpatient treatment in recent decades and the too high degree of inequality in society have led to the fact that the country's health

* **Костяев Сергей Сергеевич**, канд. полит. наук, старший научный сотрудник Отдела экономики Института научной информации по общественным наукам РАН (ИНИОН РАН); докторант факультета планирования и государственной политики Университета Ратгерса; преподаватель кафедры политологии Университета Ратгерса (США).

Kostiaev Sergei, PhD (Polit. Sci.), senior researcher of the Department of economics, Institute of Scientific Information for Social Sciences of the Russian Academy of Sciences (Moscow, Russia); PhD Candidate, Bloustein School of Planning and Public Policy, Rutgers University; part-time lecturer, Department of political science, Rutgers University (U.S.).

system was unable to control the epidemic situation at a critical moment, which led to a high death rate from the new coronavirus infection in the United States.

Keywords: USA; healthcare system; COVID-19 pandemic.

For citation: Kostiaev S.S. The US healthcare system in the context of the pandemic and the socio-demographic consequences of COVID-19 // Social and economic problems of Russia. – 2021. – N 2. – P. 33–49.

Введение

В начале 2021 г. четверка мировых «лидеров» по уровню смертности от новой коронавирусной инфекции в расчете на 100 тыс. населения выглядела следующим образом: Италия – 127, Чехия и Великобритания – по 118 в каждой стране, США – 111. По количеству новых выявленных случаев заражения на 1 млн жителей первенствовали: Андорра – 108 тыс., Гибралтар – 83 тыс., Черногория – 81 тыс., Сан-Марино – 76 тыс., Люксембург – 76 тыс., Чехия – 75 тыс., Словения – 64 тыс., США – 63 тыс. [Mortality analyses ..., 2021].

Теперь сравним ВВП на душу населения по паритету покупательной способности в этих странах в 2019 г. «Лидеры» по уровню смертности: Италия – 44 тыс. долл., Чехия – 43 тыс. долл., Великобритания – 48 тыс., США – 65 тыс. долл. Восьмерка «лидеров» по количеству новых ежедневных случаев: Черногория – 23 тыс. долл., Сан-Марино – 60 тыс. долл., Люксембург – 121 тыс. долл., Чехия – 43 тыс., Словения – 40 тыс. долл., США – 65 тыс. долл. (по Андорре и Гибралтару данные отсутствуют) [WHO coronavirus ..., 2021].

За исключением Люксембурга, в указанной группе США являются самой обеспеченной страной. Возникает естественный вопрос: почему в одной из самых развитых стран мира сложилась такая неблагоприятная ситуация с новой коронавирусной инфекцией?

Можно отметить две причины: акцент на амбулаторном лечении в США в последние десятилетия и слишком высокая степень неравенства в обществе. Коэффициент Джини, наиболее часто используемый показатель неравенства, в странах – «лидерах» по уровню смертности составляет: в Италии – 35, Чехии – 24, Великобритании – 34, США – 41. В странах – мировых «лидерах» по числу новых ежедневных случаев заражения этот коэффициент составляет: в Черногории – 39, Люксембурге – 34, в Чехии и Словении – по 24, в США – 41 [GDP per capita ..., 2021]. Представляя эти данные, рассмотрим более подробно две вышеуказанные причины, которые приводят к чрезмерным потерям человеческих жизней от COVID-19 в США.

Акцент на амбулаторном лечении

Одна из ключевых проблем, с которой столкнулась американская система здравоохранения в начале пандемии, заключалась в нехватке койко-мест для больных новой коронавирусной инфекцией. Американское государство на протяжении последних десятилетий стимулировало перевод лечения из стационаров в амбулаторные условия с целью экономии средств. Основным инструментом для этого служат программы Медикейд (страхование для малоимущих) и Медикэр (страхование для пенсионеров). Больницы полагаются на финансирование в рамках программ для покрытия расходов на большую часть госпитализаций или повышение квалификации медицинских кадров, компенсацию затрат на лечение незастрахованных пациентов. Соответственно, малейшие изменения в правилах возмещения расходов негативно влияют на больницы, которые функционируют на уровне 1–2% прибыли в год. Специалисты отмечают, что введение в 1983 г. «системы ожидаемых платежей в Медикэр» (Medicare prospective payment system) для компенсации лечения больных в стационарах является одной из главных предпосылок закрытия больниц в США. Если раньше государство возмещало стоимость лечения пациента, оплачивая каждую медицинскую процедуру в отдельности, то теперь стало выделять фиксированную сумму на лечение больного с определенным диагнозом. У больниц возник стимул лечить с минимальным количеством процедур, однако тяжелые случаи, требующие большого количества разных манипуляций, сразу наносят удар по финансам больницы. При этом больницы в сельской местности оказались в худшей ситуации, чем городские госпитали.

С 1985 по 2000 г. количество больниц в США сократилось на 9%, с 6 тыс. до 5,4 тыс., а количество больниц, оказывающих реанимационные услуги, снизилось на 13%, с 4,1 тыс. до 3,5 тыс. Доля занятых больничных мест (occupancy rate) составляла в этот период около 65%. Стоимость обслуживания одной реанимационной койки увеличилась на 126%, с 1,1 тыс. долл. до 2,6 тыс. долл. в сутки. В масштабе страны расходы на реанимационные услуги возросли с 19 до 55 млрд долл. При сокращении общего числа больниц в этот период запрос на реанимационные услуги увеличился, хотя доля занятых койко-мест оставалась довольно низкой [Halpern, Pastores, Greenstein, 2004].

Считалось, что смещение акцентов со стационарного на амбулаторное лечение приведет к снижению расходов. Действительно, больничные расходы увеличивались быстрее, чем в других сферах здравоохранения. В 1985–2000 гг. общая стоимость пребывания пациентов в больницах в день возросла на 6%, а общая занятость больничных койко-мест всех категорий составляла около 58%. При этом общая длительность пребывания в больницах снизилась на 26%, а длительность лечения в реанимации увеличилась на 28% [Halpern, Pastores, Greenstein, 2004].

Тенденция сокращения числа больниц продолжалась и дальше. С 2000 по 2005 г. количество больниц, обладающих реанимационными отделениями, снизилось на 12%, с 3,5 до 3,1 тыс. На фоне сокращения общего количества койко-мест на 4% (с 655 до 628 тыс.) общее количество дней, проведенных пациентами в больницах, и доля занятых больничных коек увеличились на 5 и 13% соответственно. В этот же период стоимость суток пребывания в реанимации увеличилась на 30%, с 2,6 до 3,5 тыс. долл. Общенациональные расходы из всех источников финансирования на реанимационные услуги выросли на 44%, с 56 до 81 млрд долл. Доля реанимационных услуг в ВВП страны увеличилась на 13%, с 0,58 до 0,66% [Halpern, Pastores, Greenstein, 2004].

В американском медицинском сообществе активно обсуждаются различные проблемы реанимационных услуг: нерациональное использование реанимации для пациентов в конце жизни, увеличение пользования реанимационными услугами пациентами Медикэр, растущая стоимость обслуживания реанимационных коек. В совокупности Медикэр и Медикейд оплачивали в вышеуказанный период 52% «больничных дней» и 56% «реанимационных дней». При этом 36% «реанимационных дней» было оплачено Медикэр и 16% – Медикейд. Примечательно, что «управляемое лечение» (managed care), система при которой больницы получают фиксированную от государства сумму на обслуживание определенной группы пациентов, более распространено в Медикейд, чем в Медикэр. В 2000 г. «управляемое лечение» составляло 19% в Медикейд и 5% в Медикэр, в 2005 г. 26 и 6% соответственно. Основной же системой компенсации расходов больниц является возмещение государством стоимости услуги (fee-for-service) [Halpern, Pastores, 2010].

Особо остро проблема закрытия больниц стоит в сельской местности. Введение в 1997 г. «программы гибких платежей для сельских больниц в программе Медикэр» (Medicare rural hospitals flexibility program) несколько замедлило процесс закрытия больниц. Эта программа санкционировала более высокую оплату медицинских услуг для тех учреждений, которые были отнесены к категории «больниц критического доступа» (critical access hospitals)¹. Однако в 2010–2014 гг. 47 сельских больниц закрылись как стационары. Правда, 20 из них продолжили оказывать ограниченный спектр медицинских услуг (10 – услуги скорой помощи, семь – амбулаторного лечения, четыре – реабилитационные услуги) [Kaufman, 2015].

¹ По американскому законодательству, больницами критического доступа являются госпитали, соответствующие следующим требованиям: наличие не менее 25 реанимационных коек, расположение в более чем 35 милях от другого госпиталя, среднегодовой показатель пребывания пациентов в реанимации не менее 96 часов, наличие отделения скорой помощи. – *Прим. авт.*

Закрытые больницы критического доступа в среднем имели более низкую прибыль, меньшее количество пациентов и персонала, чем больницы, которые продолжили действовать. Другие сельские больницы (rural hospitals), которым пришлось остановить работу, имели меньшую долю рынка медицинских услуг и функционировали на менее населенных территориях, чем больницы, которые продолжали оказывать медицинские услуги. Большинство (30) из закрывшихся больниц располагались на Юге США, девять – на Среднем Западе, по четыре на Северо-Востоке и Западе. Две трети остановивших работу больниц размещались в штатах, которые контролировались республиканцами, принявшими решение не расширять программу Медикейд. Это обстоятельство вполне объяснимо. Медикейд оплачивает услуги бедным американцам, которые обращаются за помощью только в экстренных случаях, а больницы не имеют права в этой помощи отказать [Kaufman, 2015].

Среди причин закрытия сельских больниц можно выделить, во-первых, депопуляцию сельских территорий, во-вторых, снижение числа госпитализируемых пациентов, в-третьих, обслуживание преимущественно пожилых и бедных пациентов [Kaufman, 2015].

Расширение программы Медикейд в ряде преимущественно демократических штатов позволило сохранить сельские больницы. Согласно данным за период 2008–2016 гг., это привело к улучшению финансовых показателей больниц и снижает вероятность их закрытия, особенно в сельской местности и графствах с высокой долей незастрахованных жителей [Understanding the relationship ..., 2018]. Основными бенефициарами расширения программы Медикейд стали бездетные взрослые (childless adults), которые получили возможность пользоваться ей при годовом доходе в 139% федерального уровня бедности. Одна из ключевых проблем состоит в том, что федеральный порог бедности настолько низок¹, что даже низкооплачиваемая работа неполного дня, которая обычно не предполагает корпоративного медицинского страхования, не позволяет участвовать в программе Медикейд. Хотя повышение федерального порога бедности, предпринятое Б. Обамой, немного снизило остроту проблемы [Evidence of a rapid ..., 2020].

В период пандемии COVID-19 в США произошли заметные изменения в практике амбулаторного лечения. Врачи стали активно использовать телемедицину для снижения риска заражения пациентов новой коронавирусной инфекцией. Анализ данных эпилептического центра в Кливленде в марте – октябре 2020 г. показал, что в начале пандемии около 25% пациентов пропускали свои амбулаторные приемы. К концу рассматриваемого

¹ В 2020 г. федеральный уровень бедности на одного человека составлял около 12 тыс. долл. в год (2020 Poverty guidelines / Office of the assistant secretary for planning and evaluation. The U.S. Department of health and human services. – 2020. – URL: <https://aspe.hhs.gov/2020-poverty-guidelines> (дата обращения: 05.02.2021)).

периода доля виртуальных приемов увеличилась с 19% до 66%. По мнению врачей, телемедицина является довольно эффективным инструментом лечения во время пандемии [Evidence of a rapid ..., 2020].

Экономическое неравенство

В США социально-экономическое неравенство связано в основном с расовыми признаками. По данным Бюро переписи населения, в 2019 г. медианный доход американцев азиатского происхождения составлял 98 тыс. долл. в год, «белых» – 76 тыс. долл., испаноязычных – 56 тыс., афроамериканцев – 46 тыс. долл. [Income and poverty ..., 2020].

Статистические данные по налоговым декларациям и переписи населения показывают увеличение имущественного неравенства в США в последние десятилетия. В действительности ситуация более сложна. Для лучшего понимания проблемы важно разобраться в том, как личные доходы американцев изменялись с течением времени.

К 2010 г. доходы более 50% лиц в возрасте 25 лет и старше по сравнению с 1987 г. повысились. При этом 4,5% лиц с доходами, относящимися к нижней двадцатке¹, смогли подняться в верхнюю двадцатку. Наблюдалась и обратная тенденция: 6,4% людей с доходами в верхней двадцатке опустились в самый низ пирамиды доходов. 25% налогоплательщиков, относящихся к 1% самых богатых граждан США, смогли остаться в этой категории в течение всего вышеуказанного промежутка. Данные наблюдения показывают, что американские налогоплательщики весьма мобильны (подвижны) с точки зрения доходов, даже когда речь идет об одной и той же возрастной группе. Существуют индивиды, которые, начав «гонку» с самого низа или середины пирамиды доходов, продвинулись на ее вершину. Есть и такие, которые опускались по доходам вниз. При этом лица, находящиеся в верхней двадцатке по доходам в 1987 г., имели наибольшую вероятность остаться в ней двадцать лет спустя [Auten, 2013].

Важным является вопрос межпоколенческой мобильности (intergenerational mobility). Иными словами, насколько вероятно, что дети из малообеспеченных семей смогут изменить свой имущественный статус в течение своей жизни? Для его решения было проведено сравнение налоговых деклараций за 1987 г. родителей или опекунов подростков в возрасте 15–18 лет с декларациями повзрослевших детей 20 лет спустя. Только 11% из них смогли подняться в верхнюю двадцатку самых состоятельных американцев. В то же время 41% детей, чьи родители находились в верхней двадцатке по доходам в 1987 г., смогли сохранить свое привилегированное положение, тогда как 25%, 16 и 9% из них опустились на одну, две и три двадцатки ниже [Auten, 2013].

¹ В США налоговая служба делит население по доходам на 5 групп по 20% каждая.

В последнее время 1%-ый слой наиболее состоятельных американцев привлекает повышенное внимание политиков и общественности. В то же время в распоряжении ученых находится довольно мало сведений о степени «воспроизводства» благосостояния среди этой элитной группы населения. Имеют ли эти люди постоянный высокий ежегодный доход или наблюдается одномоментный качественный скачок, который ставит их на вершину пирамиды доходов на небольшой промежуток времени? По данным управления статистики Службы внутренних доходов США, 60% лиц, относящихся в 1992 г. к 1% самых богатых американцев, не смогли сохранить свои позиции к 2002 г. Причем с 1987 по 2010 гг. доля в этой группе лиц, родившихся до 1946 г., снизилась с 77 до 20%. Наоборот, доля людей, родившихся в 1946–1955 гг., возросла с 19 до 29% [Auten, 2013].

Значимым аспектом анализа экономической элиты является изменение «денежного веса» 5% наиболее состоятельных людей по возрастным группам. В США для лиц в возрасте 21 года, чтобы попасть в группу 5% самых обеспеченных, достаточно зарабатывать около 45 тыс. долл. в год. Для 38-летних необходимый доход составляет 200 тыс. долл. в год, для 50-летних – 250 тыс. долл. в год, для 80-летних – 150 тыс. долл. в год. Особенность вертикальной мобильности в США заключается в том, что вероятность попадания в группу наиболее состоятельных повышается в так называемые пиковые годы (40–50 лет) [Auten, 2013].

Уровень смертности во многом зависит от имущественного положения людей. С 1987 по 2007 гг. ушло из жизни 16% людей нижней двадцатки пирамиды доходов и лишь 4,4% верхней двадцатки. Самая низкая смертность наблюдалась среди 1% самых состоятельных американцев, она составила 3,3% [Auten, 2013].

Различный доступ к медицинскому страхованию среди расовых групп, вытекающий из разницы в доходах, выдвигает США в число «лидеров» по количеству смертей от новой коронавирусной инфекции. В 2019 г. 10% американцев не обладали полисом медицинского страхования. Самая плохая ситуация наблюдалась среди американских индейцев – 21% из них не были как-либо застрахованы. Среди испаноязычных американцев эта доля составляла 20%, среди афроамериканцев – 11%. Лучше положение белых американцев и выходцев из Азии – доля незастрахованных лиц среди них составляет по 7% [Uninsured rates ..., 2019].

Количество людей, не имеющих полиса медицинского страхования, значительно варьируется по штатам. По доле незастрахованных белых американцев лидируют штаты Оклахома и Миссисипи (по 14%); по доле среди афроамериканцев – штаты Юта и Небраска (26 и 18% соответственно); среди испаноязычных – штаты Теннесси (36%), Джорджия (34%), Миссисипи (22%) и Луизиана (19%); среди американских индейцев – штаты Вайоминг и Миссисипи (48 и 42% соответственно) [Uninsured rates ..., 2019].

Перечень штатов с высокой долей людей без полисов медицинского страхования во многом совпадает со списком штатов с самым низким медианным доходом домохозяйств. Так, в 2019 г. медианный доход в штате Миссисипи составил 45 тыс. долл. в год, в Луизиане – 51 тыс. долл., в Оклахоме – 54 тыс. долл. При этом средний медианный доход в США равнялся 65 тыс. долл. в год [2019 Median household].

Особенно заметна разница в общем благосостоянии (net wealth), в стоимости имущества и в размере долгов между белыми и афроамериканцами. В 1983 г. белые располагали 98 тыс. долл., а афроамериканцы – 12 тыс. долл. К 2013 г. этот разрыв увеличился в 1,3 раза: белые – 114 тыс. долл., афроамериканцы – 11 тыс. долл. [Yearby, 2018].

Современное экономическое неравенство рас в США заложено законами о расовой сегрегации (законами «Джима Кроу») в период 1877–1954 гг. Белые американцы увеличивали стоимость своих активов путем домовладения (основного механизма передачи состояния в стране от одного поколения к другому), тогда как афроамериканцы не могли пользоваться этим инструментом из-за дискриминационной политики властей на федеральном и региональном уровнях. Примером может служить Федеральная жилищная администрация (Federal housing administration), созданная в 1934 г. Она выпустила нормативно-правовой акт, согласно которому ипотечные кредиты для афроамериканцев не гарантировались федеральным правительством. В результате американские банки резко ограничили выдачу им ипотечных кредитов. В 1950 г. лишь 2,3% ипотечных кредитов, гарантированных Федеральной жилищной администрацией, были выданы представителям расовых меньшинств [Yearby, 2018]. Дискриминационная политика в сфере ипотечного кредитования была остановлена лишь в 1968 г. с принятием Закона о справедливой жилищной политике (Fair housing act of 1968). Тем не менее белые американцы преимущественно проживают в личных домах в пригородах, тогда как афроамериканцы – в многоквартирных комплексах в городах.

Окончание государственной дискриминационной политики не привело к расовому равенству. В 1976–2014 гг. доля афроамериканцев, владеющих собственными домами, снизилась с 44 до 43%, тогда как доля белых увеличилась с 69 до 72%. Данное неравенство имеет место даже среди обеспеченных и образованных слоев. В 2014 г. среди обеспеченных афроамериканцев 68% владели домами, а среди белых американцев таких было 84%. 58% афроамериканцев со степенью бакалавра являлись собственниками домов. Среди белых американцев этот показатель составлял 76%. Известно, что, например, в 2004–2007 гг. банк Countrywide назначил 200 тыс. афроамериканцев и испаноязычных американцев более высокую ставку ипотечных платежей, чем белым американцам с аналогичными характеристиками. В 2004–2009 гг., банк Wells Fargo так же поступил в отношении 34 тыс. представителей расовых меньшинств. Оба банка предпочитали выдавать этническим меньшинствам субстандартные кредиты

(subprime mortgages)¹, даже когда эти клиенты подходили по параметрам для стандартных кредитов. Министерство юстиции США наложило на эти банки различные штрафы. Впрочем, заемщики из числа расовых меньшинств не получили компенсаций в полном размере [Yearby, 2018].

В 2018 г. республиканское большинство в Конгрессе США отменило требование для малых и средних банков предоставлять информацию о расовых параметрах своих заемщиков. Более того, в 61 городской агломерации (Детройт, Филадельфия, Вашингтон и др.) сохранялась практика отказа в выдаче ипотечных кредитов жителям тех районов, которые считались финансово рискованными, вне зависимости от финансовых показателей конкретных заемщиков [Yearby, 2018]. Очевидно, что финансово рискованными считаются районы с цветным населением.

Другим источником расовых различий в США является разница в уровне доходов. Проблема для этнических меньшинств заключается в том, что около трети вакансий в США заполняются через личные рекомендации. Причем около 80% вакансий на руководящие позиции не объявляются публично. Поскольку в США до сих пор наблюдается заметная расовая сегрегация по месту проживания, у представителей расовых меньшинств меньше возможностей обзавестись знакомствами, необходимыми при устройстве на высокооплачиваемую работу. По сравнению с белыми мужчинами женщины и представители расовых меньшинств имеют меньше шансов получить рекомендацию на новую работу. У белых женщин такая вероятность ниже на 12%, у цветных мужчин (men of color) – на 26, цветных женщин – на 35%. По данным опросов в 2017 г., 53% женщин-афроамериканок заявили о дискриминации на работе по сравнению с 40% белых женщин и 22% белых мужчин. Среди всех женщин, заявивших о дискриминации, 25% сообщили о более низкой зарплате по сравнению с мужчинами; 23% полагали, что с ними обращаются как с некомпетентными в своей работе, 7% объявили об отказе им в повышении по службе [Yearby, 2018].

Формально дискриминация по половому и расовому признаку запрещена разделом 7 Закона 1964 г. «О гражданских правах» и Законом 1963 г. «О равной оплате труда» (title VII of the Civil rights act of 1964, the Equal pay act of 1963). Однако согласно сложившейся судебной практике лишь около 1% исков о дискриминации заканчиваются положительным для истцов решением. Судами установлен довольно высокий порог объема доказательств для удовлетворения таких исков. Для решения проблемы в 2016 г. администрация Б. Обамы инициировала систему сбора данных о размере оплаты труда и ее вариации по половому и расовому признаку.

¹ Особенность субстандартных кредитов заключается в том, что процентная ставка по ним не является фиксированной и может в одностороннем порядке меняться банком, что подвергает заемщиков высокому риску неплатежей и изъятию имущества.

Пришедшая в 2017 г. к власти администрация Д. Трампа де-факто саботировала реализацию этой инициативы.

Дискриминационные практики проявляются и в доступе к медицинским услугам представителей расовых меньшинств.

Проявление расового неравенства в системе здравоохранения

Формально «раздельный, но равный» (separate but equal) доступ к здравоохранению для расовых меньшинств был аннулирован в 1960-е годы. В 1962 г. судебное решение по делу «Симпсон против больницы Коун» (Simpson vs Cone Hospital) признало «раздельное, но равное» здравоохранение не соответствующим 14-й поправке к Конституции США. 6-й раздел закона 1964 г. «О гражданских правах» (title VI of the Civil rights act of 1964) запретил дискриминацию в доступе к здравоохранению. Принятие годом позже программ Медикейд и Медикэр подкрепило запрет финансовым стимулом: больницы, где представителей разных рас лечат отдельно, не имеют права получать государственное финансирование. В результате этих мер десегрегация больниц прошла довольно быстро, что привело, например, к резкому снижению младенческой смертности среди афроамериканцев в 1965–1971 гг. Однако дискриминация по расовому признаку все еще возможна в рамках Медикэр часть Б (Medicare Part B). Терапевты могут не выполнять требования 6-го раздела закона 1964 г. «О гражданских правах», поскольку их оплата труда в рамках этого компонента Медикэр не считается «федеральной финансовой помощью» (federal financial assistance)¹.

Кроме того, в США сохраняются расовые различия на культурном и ментальном уровне. Так, специалисты называют несколько основных факторов обеспечения здоровья человека. Во-первых, доступ к разнообразным продуктам питания, что включает свежее мясо, морепродукты, овощи и фрукты. Большое количество представителей расовых меньшинств проживает в районах, в которых недостаточно супермаркетов, зато распространены предприятия фастфуда (еды быстрого приготовления). Частое употребление фастфуда способствует развитию ожирения, диабета, рака, сердечно-сосудистых заболеваний и др. Но именно такой образ жизни свойственен представителям «цветных» рас, в том числе из-за их относительной бедности и низкого уровня образования. Во-вторых, параметры городской среды (уровень шума и загрязнения окружающей среды, на-

¹ Медикэр часть Б оплачивает «медицински необходимые услуги» (medically necessary services) и профилактические процедуры, например, клинические исследования, услуги скорой помощи, медицинские приборы длительного пользования, психиатрическую помощь. Федеральной финансовой помощью, по американскому законодательству, считается любая форма займа, гранта или контракта, включая использование оборудования, пожертвования имущества [The official U.S. Government ..., 2021].

личие спортивных площадок, уровень преступности и т.д.) в районах проживания цветного населения значительно хуже, чем в местах концентрированного проживания белых американцев. В-третьих, качество медицинских услуг. Представители расовых меньшинств часто вынуждены пользоваться медицинскими услугами низкого качества, что проявляется в высоких показателях повторной госпитализации.

При этом больницы в районах с преимущественно афроамериканским населением чаще подвержены риску закрыться. 60% из закрывшихся в 1970–2010 гг. больниц располагались в районах проживания афроамериканцев [Yearby, 2018]. Закрытие больниц приводит к «бегству терапевтов» (physician flight), которые переводят свою практику в районы с более обеспеченным населением.

Медицинская практика также все еще имеет признаки дискриминации. По опросам, в 2018 г. 32% афроамериканцев заявляли о дискриминации при попытках получить медицинскую помощь: более длительный период ожидания, по сравнению с белыми американцами; игнорирование жалоб; меньшее количество анализов и медицинских процедур. Например, при прочих равных условиях, терапевты рекомендовали операцию коронарного шунтирования афроамериканцам реже, чем белым американцам. Другое исследование пациентов Медикэр, госпитализированных с пневмонией, показало, что афроамериканцы получали ряд медицинских услуг, снижающих уровень смертности, в меньшем объеме, чем белые пациенты. В то же время врачи воспринимали афроамериканских пациентов как менее развитых, образованных и склонных следовать медицинским рекомендациям. В свою очередь, согласно опросу 2014 г., 70% терапевтов-афроамериканцев заявили о дискриминации на рабочем месте. При этом 62% из них сообщили о том, что были свидетелями того, как пациенты – представители расовых меньшинств – получали медицинскую помощь более низкого качества, чем белые пациенты [Yearby, 2018].

Влияние расовых различий на уровень заболеваемости и смертности от COVID-19

Представители расовых меньшинств в период пандемии априори находятся в худших условиях по всем параметрам: доступ к тестированию, качественному медицинскому обслуживанию во время госпитализации и т.п.

Для более глубокого изучения этого вопроса американские специалисты использовали данные системы электронного медицинского документооборота (Epic health records system) за 2019–2020 гг. Она содержит информацию о 50 млн пациентов в 300 больницах в 21 штате. Анализировались показатели тестирования, уровня заболеваемости, госпитализации, требуемого ухода в момент госпитализации, уровня смертности. Также был проведен статистический анализ по базе данных 332 тыс. человек, за-

развившихся коронавирусом. Рассматривались такие переменные, как возраст, пол, наличие заболевания, приводящего к более высокому риску госпитализации и смерти (повышенное давление, диабет, порок сердца, хроническая обструктивная болезнь легких, цереброваскулярные заболевания, инсульт, ожирение). В качестве контрольной переменной применялся «Индекс социальной уязвимости Центров по контролю заболеваемости» (CDC's Social Vulnerability Index) по различным территориям США, который учитывает уровень бедности, средний доход, занятость, уровень образования, жилищные условия, доступ к транспорту и т.д. [COVID-19 racial disparities ..., 2020]. Следует отметить, что, по данным системы медицинского документооборота, расовый состав пациентов несколько отличается от официальной структуры населения США. В указанной базе данных афроамериканцы составляют 15%, тогда как по официальной статистике – 13% населения страны; доля испаноязычных американцев оценивается в 10 и 19% соответственно; американцев азиатского происхождения – 3 и 9%; белых американцев – 69 и 60% соответственно. Имеются различия и по другим параметрам. Например, в базе данных женщины составляют 54%, по официальной статистике населения – 51%; дети до 19 лет – 13 и 24% соответственно; пожилые люди старше 65 лет – 24 и 16% [COVID-19 racial disparities ..., 2020]. Соответственно, сделанные американскими учеными выводы могут не совсем точно учитывать характеристики населения США.

Тем не менее было установлено, что имеются некоторые отличия в тестировании на COVID-19 среди представителей различных расовых групп. Афроамериканцы и испаноязычные американцы сдали немного больше анализов, чем белые американцы (489 и 461 против 408 на 10 тыс. населения), самая низкая доля протестированных среди американцев азиатского происхождения (345 на 10 тыс. населения). Причем среди сдавших анализы представители расовых меньшинств с большей вероятностью имеют «положительный» результат на новую коронавирусную инфекцию, чем белые американцы. Коэффициент положительных результатов (positivity rate) среди испаноязычных американцев в два с лишним раза выше, чем у белых (311 против 113 на 1 тыс. протестированных); среди афроамериканцев и американцев азиатского происхождения этот коэффициент в два раза выше, чем у белых американцев (219 и 220 на 1 тыс. соответственно) [COVID-19 racial disparities ..., 2020].

Расовое неравенство в США проявляется в том, что представителям расовых меньшинств обычно требуется более серьезное медицинское лечение при положительных результатах тестирования, чем белым американцам. Это связано, прежде всего, с большим числом незастрахованных среди расовых меньшинств, что приводит к откладыванию получения медицинской помощи. В частности, 9% белых пациентов потребовалась госпитализация с подключением кислорода или даже искусственной вентиляции легких, среди афроамериканцев и американцев азиатского проис-

хождения такие случаи составляли по 11%. Доля госпитализированных (hospitalization rate) среди меньшинств намного выше, чем среди белых американцев. На 10 тыс. пациентов из рассматриваемой базы данных были госпитализированы 30,4 испаноязычных пациента, 24,6 афроамериканца, 7,4 белых пациента. Доля умерших среди афроамериканцев и испаноязычных американцев составила 5,6 человека на 10 тыс. пациентов, тогда как у белых американцев – 2,3. Доля инфицированных (infection rate) среди всех пациентов рассматриваемой базы данных также выше среди представителей расовых меньшинств. В частности, число инфицированных на 10 тыс. пациентов было самым низким среди белых американцев (46 человек), заметно выше у американцев азиатского происхождения (76) и афроамериканцев (107), самым высоким – у испаноязычных американцев (143) [COVID-19 racial disparities ..., 2020].

Статистический анализ, учитывающий социально-демографические факторы и состояние здоровья, также подтвердил, что представители расовых меньшинств более подвержены госпитализации и летальному исходу, чем белые американцы. Так, у американца азиатского происхождения вероятность госпитализации на 57% выше, чем у белого американца, а вероятность смерти выше на 49%, чем у белого пациента такого же возраста, пола и состояния здоровья. Вероятность смерти и госпитализации у испаноязычного американца на 53 и 30% выше, чем у белого американца при прочих равных условиях, а у афроамериканцев – на 33 и 19% соответственно [COVID-19 racial disparities ..., 2020]. Дискриминация и расизм во многом объясняют более высокий уровень смертности расовых меньшинств в США по сравнению с белым населением.

Различия в заболеваемости и смертности между расовыми меньшинствами и белым населением США также обусловлены разным риском заражения коронавирусной инфекцией. Более высокий риск для расовых меньшинств связан, во-первых, с особенностями работы, которая часто не может быть выполнена дистанционно. Во-вторых, для расовых меньшинств характерны более многочисленные домашние хозяйства (households), проживание в густонаселенных городских районах и пользование общественным транспортом. Все это повышает риск заражения COVID-19 с соответствующими последствиями.

Например, исследование 13 тыс. домов престарелых в США за период с января по май 2020 г. показало, что уровень смертности в домах престарелых со значительной долей расовых меньшинств выше, чем в домах престарелых с преимущественно белым контингентом (5,6 и 1,7 соответственно в расчете на 100 человек). Среди причин данного феномена ученые называют: более многочисленный контингент в домах престарелых со значительной долей расовых меньшинств (чем больше проживающих, тем меньше возможностей для качественного ухода) и нахождение этих домов престарелых в графствах с более высокой долей инфицированных [Gorges, 2021].

Расовые различия по темпам вакцинации от COVID-19

Согласно информации центров по контролю и предотвращению заболеваний (Centers of disease control and prevention), на середину февраля 2021 г. данные по расовой / этнической принадлежности были доступны по 55% вакцинированных. Из них 63% составляли белые американцы, 9 – испаноязычные, 6 – афроамериканцы, 5 – американцы азиатского происхождения, 2% – американские индейцы (менее 1% – жители островов Тихого океана) [Latest data ..., 2021].

По данным Фонда семьи Кайзер (The Kaiser family foundation), наблюдаются существенные различия по доле вакцинированных среди представителей разных этнических групп в разных штатах.

Доля вакцинированных белых американцев почти во всех штатах превышает их долю в структуре населения. Например, в штате Колорадо доля белых американцев в населении составляет 68%, тогда как их доля среди вакцинированных – 87%; в штате Алабама эти показатели составляют 68 и 80% соответственно, в Нью-Джерси – 54 и 63%. В Кентукки и Калифорнии доля белых американцев в структуре населения совпадает с их числом в структуре вакцинированных (87 и 36% соответственно). Лишь в трех штатах доля вакцинированных белых американцев ниже их доли в структуре населения: Аляска – 30 и 65% соответственно, Луизиана – 55 и 62%, штат Вашингтон – 67 и 68% [Latest data ..., 2021].

Доля вакцинированных среди различных расовых меньшинств почти везде уступает их доле в структуре населения. Например, в штате Калифорния испаноязычные американцы составляют 40% населения, но лишь 18% из вакцинированных. Аналогична ситуация в Техасе: 40 и 20% соответственно. Нет ни одного штата, где доля вакцинированных испаноязычных американцев равнялась доле этой группы в населении штата. Среди афроамериканцев также наблюдается неравенство в доле вакцинированных. Например, в штате Миссисипи их доля в населении составляет 38%, а доля среди вакцинированных – лишь 22%; в штате Мэриленд эти показатели – 30 и 16% соответственно; в Южной Каролине – 26 и 14%. В двух штатах – Мэн и Юта – нет различий между долей вакцинированных и долей афроамериканцев в структуре населения (но она составляет всего 1%). В связи с низкой долей американцев азиатского происхождения в структуре населения США, отличие их доли вакцинированных менее заметно. В нескольких штатах доля вакцинированных американцев азиатского происхождения превышает их долю в населении (например, в Техасе – 8 и 5% соответственно). В ряде штатов эти показатели совпадают (например, в Иллинойсе – 6%). В нескольких штатах ситуация аналогична той, что наблюдается с испаноязычными и афроамериканцами. Например, на Аляске американцы азиатского происхождения составляют 6% в структуре населения и лишь 3% среди вакцинированных [Latest data ..., 2021].

В целом в 34 штатах, которые предоставили данные по расовой принадлежности вакцинируемых людей, наблюдаются очевидные трудности с доступом к вакцинации испаноязычных и афроамериканцев. Наиболее значителен этот разрыв для испаноязычных американцев в штате Техас. Их доля среди вакцинированных здесь составила 20%, тогда как среди инфицированных – 42, умерших – 47, а доля в структуре населения – 40%. Положение афроамериканцев хуже всего в штате Миссисипи, где их доля среди вакцинированных – 22%, среди заразившихся – 38, среди умерших – 40, а в структуре населения штата – 38% [Latest data ..., 2021].

Заключение

Рассмотренные данные позволяют сделать два вывода о причине тяжелой ситуации с новой коронавирусной инфекцией в США, одной из богатейших стран мира. Во-первых, политика американских властей в последние десятилетия привела к закрытию пятой части больниц, существовавших в 1985 г. В целях экономии средств, через программы Медикэр и Медикейд, американское правительство пыталось большую часть медицинских процедур перевести из стационара в амбулаторный режим. В результате, когда США столкнулись с пандемией новой коронавирусной инфекции, крайне остро встала проблема нехватки койко-мест в больницах. Во-вторых, сказывается высокая степень неравенства американцев. Это неравенство носит во многом расовый характер и проявляется в том, что представители расовых меньшинств характеризуются более высокими показателями госпитализации и смертности от COVID-19.

Наибольшую тревогу вызывает наблюдаемое неравенство среди вакцинируемых. В то время как белые американцы и американцы азиатского происхождения вакцинируются пропорционально своей доле в общей структуре населения, афроамериканцы и испаноязычные американцы сильно отстают. При этом именно они составляют большинство среди представителей профессий, обеспечивающих базовое функционирование общества (услуги ЖКХ, общественный транспорт, работники продуктовых магазинов и т.п.).

Следует также подчеркнуть, что в России система здравоохранения в США одно время принималась за образец и идеал, к которому необходимо стремиться. Последние события продемонстрировали ее специфические черты и проблемы. Пандемия COVID-19 высветила слабые стороны американской системы здравоохранения, в том числе опасность преувеличенного развития амбулаторного звена в ущерб больничным комплексам, избыточная коммерциализация и преобладание частного здравоохранения. Хотелось бы надеяться, что эти «уроки» пандемии будут осознаны как в США, так и в других странах, включая Россию.

Список литературы

1. Auten G., Gee G., Turner N. Income inequality, mobility, and turnover at the top in the US, 1987–2010 // *American econ. rev.: papers & proceedings*. – Pittsburg: American economic association, 2013. – P. 168–172.
2. COVID-19 racial disparities in testing, infection, hospitalization, and death: analysis of Epic patient data / Rubin-Miler L., Alban C., Artiga S., Sullivan S. // KFF. – 2020. – 16.09. – URL: <https://www.kff.org/report-section/covid-19-racial-disparities-in-testing-infection-hospitalization-and-death-analysis-of-epic-patient-data-issue-brief/> (дата обращения: 15.02.2021).
3. Evidence of a rapid shift in outpatient practice during the COVID-19 pandemic using telemedicine / Punia V., Nasr G., Zagorski V., Lawrence G., Fesler J., Nair D., Najm I. // *Telemedicine j. and e-health*. – 2020. – Vol. 26, N 10. – P. 1301–1303.
4. GDP per capita, PPP (current international) / The World bank. – 2021. – URL: <https://data.worldbank.org/indicator/NY.GDP.PCAP.PP.CD> (дата обращения: 09.01.2021).
5. Gorges R. Factors associated with racial differences in deaths among nursing home residents with COVID-19 infection in the US // *JAMA network open*. – 2021. – Vol. 4, N 2. – P. 1–10.
6. Halpern N., Pastores S. Critical care medicine in the United States 2000–2005: an analysis of bed numbers, occupancy rates, payer mix, and costs // *Critical care medicine*. – 2010. – Vol. 38, N 1. – P. 65–71.
7. Halpern N., Pastores S., Greenstein R. Critical care medicine in the United States 1985–2000: an analysis of bed numbers, use, and costs // *Critical care medicine*. – 2004. – Vol. 32, N 6. – P. 1254–1259.
8. Income and poverty in the United States: 2019 / United States census bureau. – 2020. – URL: <https://www.census.gov/data/tables/2020/demo/income-poverty/p60-270.html> (дата обращения: 11.01.2021).
9. Kaufman B. The rising rate of rural hospital closures // *The j. of rural health*. – 2015. – Vol. 32, N 1. – P. 35–43. – URL: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/jrh.12128> (дата обращения: 22.02.2021).
10. Latest data on COVID-19 vaccinations race / ethnicity // KFF. – 2021. – 17.03. – URL: <https://www.kff.org/coronavirus-covid-19/issue-brief/latest-data-on-covid-19-vaccinations-race-ethnicity/> (дата обращения: 22.02.2021).
11. 2019 Median household income in the United States / United States census bureau. – URL: <https://www.census.gov/library/visualizations/interactive/2019-median-household-income.html> (дата обращения: 16.01.2021).
12. Mortality analyses. Maps and trends // Coronavirus resource center. John Hopkins university. – 2021. – 07.01. – URL: <https://coronavirus.jhu.edu/data/mortality> (дата обращения: 08.01.2021).
13. The official U.S. Government site for Medicare. – 2021. – URL: <https://www.medicare.gov/what-medicare-covers/what-part-b-covers> (дата обращения: 06.02.2021).
14. 2020 Poverty guidelines / Office of the assistant secretary for planning and evaluation. The U.S. Department of health and human services. – 2020. – URL: <https://aspe.hhs.gov/2020-poverty-guidelines> (дата обращения: 05.02.2021).

15. Understanding the relationship between Medicaid expansions and hospital closures / Lindrooth R., Perrailon M., Hardy R., Tung G. // Health affairs. – 2018. – Vol. 37, N 1. – P. 111–120.
16. Uninsured rates for the nonelderly by race // Ethnicity. KFF. – 2019. – URL: <https://www.kff.org/uninsured/state-indicator/nonelderly-uninsured-rate-by-raceethnicity/?currentTimeframe=0&sortModel=%7B%22colId%22:%22American%20Indian%20Alaska%20Native%22,%22sort%22:%22desc%22%7D> (дата обращения: 12.01.2021).
17. WHO coronavirus disease (COVID-19) dashboard / World health organization. – 2021. – 07.01. – URL: https://covid19.who.int/?gclid=CjwKCAiAouD_BRBIEiwALhJH6PYO4aI3KRd_BA_IRFsxjYPY-VI6CQXTcadHsSKCBshZAh4ph049zhoCkZgQAvD_BwE (дата обращения: 08.01.2021).
18. Yearby R. Racial disparities in health status and access to healthcare: the continuation of inequality in the United States due to structural racism // American j. of economics and sociology. – 2018. – Vol. 77, N 3. – P. 1113–1152.