

МЕЖДУНАРОДНЫЙ ОПЫТ

**ОТВЕТЫ СИСТЕМ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
НА ПАНДЕМИЮ:
РОССИЯ VS ДРУГИЕ РАЗВИТЫЕ СТРАНЫ**

Центр политики в сфере здравоохранения
В.В.Власов, С.В.Сажина,
И.М.Шейман, С.В.Шишкин

Стратегии обеспечения разных стран средствами индивидуальной защиты

Практически с первых дней развития пандемии COVID-19 многие страны столкнулись с нехваткой средств индивидуальной защиты (СИЗ): защитных и хирургических масок, очков, защитных экранов, перчаток, комбинезонов. К этому привели как высокий уровень расхода СИЗ в условиях пандемии, так и глобальные сбои с поставками товаров.

Страны используют несколько стратегий преодоления дефицита¹. Под руководством Европейского регионального бюро ВОЗ ведется Мониторинг реагирования систем здравоохранения на пандемию COVID-19², позволяющий проводить сравнительный анализ развития ситуации в мире. С его помощью выделены несколько вариантов стратегий преодоления дефицита СИЗ разными странами (см. таблицу 1).

Импорт СИЗ

Ведущая стратегия, которой следуют большинство стран, – импорт СИЗ. Основным экспортером является Китай, где на одну на партию СИЗ в разгар пандемии нередко претендовали представители разных стран. Одновременно многие страны запретили экспорт СИЗ (Великобритания, Россия, Украина), Еврокомиссия запретила экспорт СИЗ в третьи страны³ для сохранения запаса на своей территории. В ряде стран был пересмотрен процесс закупок в сторону упрощения и ускорения процедур (Кипр, Германия, Испания, Латвия). Страны с ограниченными финансовыми ресурсами

получили пожертвования или финансовую поддержку для закупки СИЗ от ВОЗ, Европейской Комиссии (Албания, Молдова, Северная Македония и др.). Значительные средства были пожертвованы частными лицами и компаниями. Страны ЕС организовали совместную закупку СИЗ для стран – членов сообщества⁴. Нидерланды и Ирландия сообщали о поставках некачественных товаров.

Смягчение требований к использованию и продаже СИЗ

Другой стратегией преодоления дефицита является упрощенный допуск средств индивидуальной защиты на рынок. Так поступили в Канаде, где разрешили продавать определенные продукты (дезинфицирующие средства для рук, маски, халаты), даже если они не полностью соответствуют требованиям Министерства здравоохранения Канады, но разрешены к продаже в других странах со схожими правилами допуска этой группы товаров на рынок.

В марте 2020 г. в Нидерландах были скорректированы правила использования масок высокого класса защиты (FFP2) – наиболее дефицитных в условиях пандемии. Согласно этим правилам, использование FFP2 показано только в условиях высокого риска заражения персонала медицинских организаций, в прочих случаях достаточным считается использование хирургических масок.

Перепрофилирование мощностей под производство СИЗ или наращивание объема производства СИЗ на существующих производствах

Более половины стран увеличили объем производства СИЗ или перепрофилировали другие предприятия под их производство.

¹ What Strategies Are Countries Using to Find New Personal Protective Equipment (PPE)? WHO Regional Office for Europe. 2020, April 19. <https://analysis.covid19healthsystem.org/index.php/2020/04/21/what-strategies-are-countries-using-to-find-new-personal-protective-equipment-ppe/>

² <https://www.covid19healthsystem.org/mainpage.aspx>

³ The EU and various member states measures on Personal Protective Equipment in response to the COVID-19 outbreak. 2020, March 25. <https://www.hoganlovells.com/en/publications/the-eu-and-various-member-states-measures-on-personal-protective-equipment-in-response-to-the-covid-19-outbreak>

⁴ https://ec.europa.eu/commission/presscorner/detail/en/ip_20_523

Правительством Канады были разработаны и приняты меры поддержки предприятий, готовых расширить производство или перенести свои производственные линии. Несколько европейских пивоваренных компаний начали производство дезинфицирующих средств на основе алкоголя, извлеченного из безалкогольного пива. Фармацевтам было предоставлено право производить дезинфицирующие средства для рук.

Изъятие СИЗ из резервных запасов на случай ЧС

Четыре страны (Эстония, Финляндия, Израиль, Великобритания) воспользовались СИЗ, которые хранились в резервных запасах на случай ЧС, однако в Израиле часть СИЗ из резерва оказалась повреждена и непригодна к использованию. В марте 2020 г. Европейская Комиссия инициировала создание стратегического резерва медицинского оборудования и СИЗ⁵. К настоящему времени распределительные центры уже начали поставки СИЗ в страны сообщества. Первыми получателями стали Италия, Испания, Хорватия, Северная Македония и Черногория⁶.

Создание систем мониторинга СИЗ

В ряде стран были созданы и заработали системы мониторинга наличия СИЗ и их распределения. Цифровой реестр СИЗ внедрила Греция, Украина – информационную систему, которая учитывает запасы предметов первой необходимости в больницах. Власти Канады заключили соглашение с компанией Амазон, с использованием технических мощностей которой правительство может управлять распределением СИЗ. В Соединенном Королевстве началось развертывание автоматизированной системы

распределения СИЗ в учреждениях Национальной службы здравоохранения.

В России, в Минпромторге создан Единый информационный центр управления обеспечения СИЗ, который в ежедневном режиме мониторит наличие в субъектах РФ СИЗ, дезинфицирующих средств, медицинских изделий и оборудования.

В стране реализуются две стратегии: ведущая – импорт, преимущественно из Китая, и в меньшей степени – наращивание внутреннего производства и перепрофилирование мощностей других производств. Чаще всего производители начинают изготавливать маски, при этом две трети из них не подпадают под критерии медицинских масок – гигиенические маски⁷. По состоянию на начало мая о недостатке или отсутствии необходимых СИЗ сообщили 83% российских врачей, оказывающих медицинскую помощь пациентам с коронавирусной инфекцией⁸.

Опыт пандемии показал, что страны нуждаются в улучшении планирования и мониторинга систем снабжения СИЗ. Необходимы новые подходы, которые позволят в будущем уменьшить зависимость от импорта, увеличить национальное производство, сформировать запасы и создать надежные системы мониторинга, способные удовлетворить растущий спрос в условиях эпидемии.

⁵ COVID-19: Commission creates first ever rescEU stockpile of medical equipment. 2020, March 19. https://ec.europa.eu/commission/presscorner/detail/en/ip_20_476

⁶ Coronavirus: European Solidarity in action. 2020, May 18. https://ec.europa.eu/info/live-work-travel-eu/health/coronavirus-response/coronavirus-european-solidarity-action_en

⁷ Почему в России не хватает средств защиты от коронавируса. Ведомости. 1 мая 2020 г. <https://www.vedomosti.ru/society/articles/2020/05/01/829484-ne-hvataet-sredstv-zaschit>

⁸ «Доктор на работе»: 83% врачей, работающих с ковидными пациентами, пожаловались на нехватку средств защиты. 13 мая 2020 г. <https://meduza.io/news/2020/05/13/doktor-na-rabote-83-vrachej-rabotayuschih-s-kovidnymi-patsientami-pozhalovalis-na-nehvatku-sredstv-zaschity>

Таблица 1. Стратегии, принятые отдельными странами для повышения обеспечения СИЗ

	Импорт из других стран	Смягчение требований к СИЗ: продаже и использованию	Наращивание внутреннего производства	Изъятие из резервных запасов на случай ЧС	Создание системы мониторинга СИЗ	Другие мероприятия
Босния и Герцеговина	Да					Перераспределение СИЗ между регионами с избытком и недостатком СИЗов
Великобритания		Да	Да	Да	Да	
Германия	Да		Да			
Греция	Да				Да	
Дания						Интернет-платформа, принимающая пожертвования от фирм
Израиль	Да		Да	Да		
Ирландия	Да					
Испания	Да		Да			
Италия	Да		Да			
Канада	Да	Да	Да		Да	
Кипр	Да					
Латвия	Да					
Литва	Да		Да			
Люксембург	Да					
Мальта	Да					

	Импорт из других стран	Смягчение требований к СИЗ: продаже и использованию	Наращивание внутреннего производства	Изъятие из резервных запасов на случай ЧС	Создание системы мониторинга СИЗ	Другие мероприятия
Нидерланды	Да	Да				Госпитали хранят использованные маски для последующей дезинфекции и использования, как только будет утвержден соответствующий метод
Российская Федерация	Да		Да*			
Северная Македония	Да					
Сербия	Да					
Украина	Да				Да	
Финляндия		Да	Да	Да	Да	
Франция	Да		Да			
Хорватия	Да		Да			
Эстония	Да		Да	Да		

Примечание. * – авторская редакция.

Источник: What Strategies Are Countries Using to Find New Personal Protective Equipment (PPE)? WHO Regional Office for Europe. 2020, April 19

Различия в подходах к организации оказания медицинской помощи при коронавирусе

Во всех странах с развитыми системами здравоохранения произошли существенные изменения в организации медицинской помощи. Главные из них:

- существенное укрепление инфекционной службы, направленное на преодоление ее низкой приоритетности. Все страны быстрыми темпами наращивают инфраструктуру инфекционной помощи, причем некоторые (например, США) практически с нуля;
- значительное расширение мощности больниц для борьбы с COVID-19 – как за счет создания новых стационаров, так и перепрофилирования имеющихся;
- расширение функционала первичного звена здравоохранения. Именно в этом секторе здравоохранения выполняется основной объем работ по диагностике заболевания, оказанию первичной помощи, наблюдению за пациентами и их контактами;
- резкое повышение роли цифровой медицины, включая телемедицинские услуги;
- мобилизация дополнительных кадровых ресурсов, в том числе немедицинских;
- использование новых организационных форм оказания медицинской помощи;
- широкое привлечение возможностей социальной службы и ресурсов местных органов власти.

Модели организации медицинской помощи больным коронавирусной инфекцией заметно различаются по странам. В большинстве

государств акцент сделан на амбулаторную помощь, например, в Германии 85% больных лечатся в амбулаторном секторе – главным образом врачами общей практики⁹. В ряде стран основная часть лечебно-диагностических мероприятий выполняется в стационарах. На них падает основная нагрузка не только по лечению тяжелых больных, но и по тестированию пациентов с подозрением на коронавирус и изоляции больных.

В отдельных странах отмечаются различия в организации оказания медицинской помощи в разных регионах. Так, в Италии, действуют три модели. В Ломбардии – больничная модель с доминированием стационарной помощи. В Венето и ряде других регионов – территориальная модель, основанная преимущественно на первичной медицинской помощи и широком участии местных социальных служб. В Пьемонте – смешанная больнично-территориальная модель. Первая модель базируется на том, что основной объем работ по тестированию больных выполняют больницы, здесь проводится лечение больных разной степени тяжести. В Ломбардии 50% больных госпитализируются, коечный фонд стационара используется почти на 100%. Соотношение пациентов, которые лечатся в стационаре и в амбулаторных условиях в определенный момент времени в этом регионе Италии в 2 раза выше, чем в других областях страны. В Венето территориальная модель характеризуется невысокой госпитализацией и высоким охватом тестирования. Например, в населенном пункте Во все 3 тыс. жителей в конце марта 2020 г. были протестированы на вирус. В этом регионе госпитализируются 22% пациентов против 45% в среднем по другим областям¹⁰.

В тех странах, где акцент сделан на оказание медицинской помощи в амбулаторных условиях, принимаются специальные меры для того, чтобы использовать больничные мощности преимуще-

⁹ WHO. European Observatory on Health Policy and Health reforms. Monitoring of country responses to COVID-19. Germany.

¹⁰ Boccia S, Ricciardi W, McKee M, Cascini F. How the Italian NHS is fighting against the COVID-19 emergency. *Frontiers Public Health* 2020: doi: 10.3389/fpubh.2020.0017

ственно для лечения наиболее сложных больных. Прежде всего это установление окончательного диагноза COVID-19 и распределение больных по степени тяжести, проводимые в амбулаторных условиях. Это снижает наплыв в стационары пациентов, которые не нуждаются в интенсивной терапии. Например, в Южной Корее работу по тестированию и постановке окончательного диагноза выводят из стационара, в том числе с использованием инновационных подходов – создано 50 драйв-ин центров для тестирования (не выходя из автомобиля). Аналогичные подходы используются в США, Канаде, Великобритании¹¹. Во многих странах в качестве альтернативы госпитализации для жесткой изоляции пациентов расширяется использование дистанционного мониторинга с применением инструментов цифровой медицины.

В Италии до начала кризиса в провинции Ломбардия было 720 коек интенсивной терапии (примерно 3% всего коечного фонда провинции). Уже в первые недели пандемии выяснилось, что их явно не хватает для лечения тяжелых больных. Чтобы смягчить ситуацию, развернули дополнительные мощности для тестирования и сделали общие врачебные практики фильтром для разделения больных по степени тяжести. В стационар стали направлять только пациентов, отвечающих определенным критериям. Кроме того, рекрутировали дополнительных врачей и сестер, чтобы увеличить пропускную способность отделений интенсивной терапии, а для ухода за больными привлекли студентов старших курсов медицинских вузов. Это позволило справиться с потоком пациентов и сосредоточить в стационарах преимущественно тяжелых больных¹².

В России реализуется широкий набор мобилизационных мероприятий для борьбы с коронавирусом с участием медицинских организаций всех видов медицинской помощи и форм собственности. Приоритет отдается наращиванию коечного фонда инфекционной службы, ее техническому и кадровому оснащению. Ставится задача не только обеспечить текущую потребность в коечном фонде, но и создать резерв больничных мощностей (часть коек сегодня еще не используется). По данным на 11 мая было развернуто 130 тыс. инфекционных коек, из которых, по оценке вице-премьера Татьяны Голиковой, 41% не были заняты, то есть представляют собой резерв на случай необходимости¹³. При этом Минздрав России 24 апреля указал на недостаточное или низкого качества техническое оснащение части коек¹⁴.

Пока нельзя утверждать, что в России доминирует больничная модель оказания медицинской помощи при COVID-19, ориентированная преимущественно на стационарную помощь. С одной стороны, очевидно, что основная часть больных лечится в амбулаторных условиях с привлечением дополнительных ресурсов первичной медико-санитарной помощи. Например, власти Москвы в разное время приводили оценки доли таких больных от 65% до 75%, а в других регионах эта доля, скорее всего, еще выше из-за значительно меньшей обеспеченности специализированным коечным фондом больниц. С другой стороны, накопились свидетельства, которые говорят о том, что часть больничных коек используется для подтверждения диагноза и жесткой изоляции больных. В ряде регионов инфицированные больные госпитализируются, если есть свободный коечный фонд, хотя многих можно лечить с использованием ресурсов амбулаторно-поликлинических учреждений.

¹¹ <http://www.oecd.org/coronavirus/policy-responses/beyond-containment-health-systems-responses-to-covid-19-in-the-oecd-6ab740c0/#boxsection-d1e721>

¹² Boccia S, Ricciardi W, McKee M, Cascini F. How the Italian NHS is fighting against the COVID-19 emergency. *Frontiers Public Health* 2020: doi: 10.3389/fpubh.2020.0017

¹³ <http://kremlin.ru/events/president/news/63303>

¹⁴ <http://government.ru/news/39560/>

Длительное время ожидания в приемных отделениях стационара, которое отмечают в СМИ, во многом связано с недостаточным распределением больных по степени тяжести, которое должно проводить первичное звено здравоохранения. Стационарам приходится выполнять эту работу, создавая задержки с госпитализацией. Имеет значение и нечеткость в распределении функций различных звеньев системы здравоохранения. Показательно заявление Департамента здравоохранения Москвы: «...создана единая система стационаров, которые принимают больных с коронавирусной инфекцией и пневмонией, туда же поступают пациенты с признаками ОРВИ и подозрением на COVID-19 (подчеркнуто авторами)»¹⁵. Особенно показателен пример многокилометровой очереди машин скорой помощи на пути к стационару в Коммунарке. Проблему в конечном счете смягчили, но не решили полностью: прием больных в стационарах затягивается.

На данный момент можно констатировать, что в России, как и в большинстве других стран, структура медицинской помощи в условиях пандемии находится еще в стадии формирования и не стабилизировалась.

Расширение возможностей ведения COVID-19 в первичном звене здравоохранения

Высокая роль первичного звена определяется особенностями сегодняшней эпидемиологической ситуации. Основная часть летальных исходов при коронавирусе приходится на больных с хроническими и множественными заболеваниями. Например, в Италии 48,6% смертей приходится на пациентов с тремя и более сопутствующими заболеваниями, 26,6% – с двумя, 23,% - с одним; только

1,2% пациентов не имели других заболеваний¹⁶. Это свидетельствует о наличии прямой связи между инфекционной и соматической помощью. А первичное звено здравоохранения выполняет основную часть функций по динамическому наблюдению за больными с хроническими заболеваниями и профилактике их обострений.

В мировом медицинском сообществе сложилось общее понимание того, что в условиях пандемии нужно усиливать меры по укреплению первичного звена. Например, в Германии созданы мобильные группы амбулаторных врачей и прочего персонала, которые посещают пациентов на дому для тестирования, лечения и мониторинга состояния больных с COVID-19. В ряде регионов действует служба «корона-такси», оснащенная для тестирования и проверки в домашних условиях для оперативного выявления больных, требующих срочной госпитализации. Диагностические центры были превращены в специализированные центры, которые имеют дело с подтвержденными случаями заболеваний или с подозрениями на них. Они также выполняют функцию распределения больных по степени тяжести. Инновация последних недель – формирование специализированных врачебных практик для лечения больных с высокой температурой. Растет число теле и видео-консультаций врачей первичного звена¹⁷.

Особое внимание уделяется больным с хроническими заболеваниями. Существующие до пандемии программы ведения таких больных продолжают действовать несмотря на возникшие серьезные ограничения (карантин и перевод медиков для оказания помощи больным коронавирусом). Выписка лекарств в растущей мере осуществляется электронным способом, увеличиваются сроки действия рецептов¹⁸.

¹⁵ <https://www.mskagency.ru/materials/2997799>

¹⁶ Boccia S, Ricciardi W, McKee M, Cascini F. How the Italian NHS is fighting against the COVID-19 emergency. *Frontiers Public Health* 2020: doi: 10.3389/fpubh.2020.0017

¹⁷ WHO. European Observatory on Health Policy and Health reforms. Monitoring of country responses to COVID-19. Germany.

¹⁸ <https://analysis.covid19healthsystem.org/index.php/2020/05/06/how-are-countries-reorganizing-non-covid-19-health-care-service-delivery/>

В России первичное звено также расширяет свое участие в борьбе с коронавирусом. Врачи поликлиник заметно расширили объем контактов с прикрепленным населением через систему очных и телефонных консультаций, посещений на дому, а также «горячих» линий. Основная часть больных коронавирусом так же, как в зарубежных странах, лечится в амбулаторных условиях.

Повышается роль амбулаторно-поликлинических организаций в диагностике заболевания. Их обеспеченность средствами диагностики в среднем довольно высока. По данным опроса, проведенного в конце апреля ООО «Медицинские информационные решения», в 45% медицинских организаций есть возможность проводить компьютерную томографию (КТ) и еще 30% могут направлять на КТ в другие медицинские организации. Но эти же данные свидетельствуют о том, что у 12% организаций нет возможности проводить даже рентгенографию при подозрениях на COVID-19¹⁹. Диагностические ресурсы распределены неравномерно как по регионам, так и в пределах каждого из них.

Обнаружились серьезные проблемы с получением результатов исследований на коронавирус. Даже в Москве срок ожидания результатов мазков растягивается до недели и более, что ограничивает социальную активность тестируемых в период ожидания результатов, а во многих случаях создает цепочку распространения заболевания. Существует проблема своевременной выписки на работу лиц, выздоровевших после коронавирусной инфекции. По существующим требованиям повторное тестирование должно проводиться на 10 и 12 дни после первого тестирования. При задержках получения результатов тестирования выписка больного растягивается на месяц и более.

¹⁹ <https://www.medsolutions.ru/#/researches/covid-19-chno-proishodit-na-mestah>

²⁰ Шейман И.М., Шевский В.И., Сажина С.В. Приоритет первичной медико-санитарной помощи - декларация или реальность? Социальные аспекты здоровья населения [сетевое издание] 2019; 65(1)3. URL: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/1043/30/lang,ru/>. DOI: <https://dx.doi.org/10.21045/2071-5021-2019-65-1-3>

Из-за отсутствия в поликлиниках необходимого числа пульсоксиметров для определения сатурации постановка диагноза ковидной пневмонии и ускорение принятия решения о госпитализации тяжелых больных возможно только при проведении дорогостоящих КТ-исследований – во многих регионах страны они сконцентрированы преимущественно в больницах.

В целом, можно предположить, что недостаточная кадровая обеспеченность первичного звена и урезанный лечебный функционал участковых врачей²⁰, существенно ограничивают вклад этого сектора здравоохранения в борьбу с коронавирусной инфекцией. Но информации о конкретных проявлениях этой проблемы очень не много.

Структурные изменения в стационарном секторе здравоохранения

В больничном секторе здравоохранения развитых стран можно выделить три главных направления структурных изменений:

- развертывание дополнительных коек с обязательным высоким техническим и кадровым оснащением;
- перегруппировка имеющегося коечного фонда для лечения больных с коронавирусом;
- откладывание плановых медицинских вмешательств при остальных заболеваниях.

Независимо от сложившейся обеспеченности коечным фондом (она сильно различается по странам) все развитые государства в последние месяцы стали наращивать дополнительные мощности больниц. В ряде стран усилилась критика прежнего курса на снижение числа

коек и замещение стационарной помощи помощью в амбулаторных условиях. Особенно сильно эта критика звучит в Великобритании, где оснащенность койками устойчиво ниже, чем в среднем по странам ОЭСР, – соответственно 2,5 и 4,7 койки на 1000 жителей²¹. Значительно менее популярна эта тема в Германии, где отмечается самая высокая в ЕС обеспеченность коечным фондом (хотя она и несколько ниже, чем в России – соответственно 8,1 и 8,3 на 1000 населения)²². Но даже в Великобритании рост числа коек рассматривается прежде всего как инструмент адаптации к условиям пандемии и создания резервного фонда на случай повторения аналогичных эпидемий, а не как изменение модели организации медицинской помощи.

Особо следует отметить, что основные усилия направлены на развертывание коек в отделениях интенсивной помощи для проведения лечения с использованием аппаратов искусственной вентиляции легких и прочих технических средств поддержки сложных пациентов. По обеспеченности такими койками лидируют Германия, Австрия, США²³, но даже в этих странах доля коек интенсивного лечения не превышает 5% от общего коечного фонда, а их требуется намного больше²⁴.

Например, в Германии федеральное правительство приняло чрезвычайный план развития больниц, направленный на развертывание таких коек в действующих больницах и в помещениях, специально переоборудованных для лечения больных с коронавирусной инфекцией. За каждую развернутую койку интенсивной помощи федеральное правительство платит частным больницам бонусы.

В результате число таких коек выросло с 28 тыс. до 40 тыс., основная их часть имеет респираторное оборудование²⁵.

Все страны пытаются найти приемлемый баланс между мерами по расширению ресурсной базы для борьбы с COVID-19 и сохранению возможностей для оказания обычной помощи при неинфекционных заболеваниях. Практически везде приняты решения отложить плановую помощь в неэкстренных случаях, но масштабы и формы сокращения сильно различаются по странам. Так, в Италии почти все виды плановой помощи были отложены на основе решений центрального и региональных правительств. В Германии и США правительства ограничились рекомендациями об откладывании некритичных видов помощи (разных в отдельных регионах), причем принятие решений оставлено за практикующими врачами²⁶.

В России, как уже отмечалось выше, размер коечного фонда существенно вырос и сформирован значительный его резерв. Но нет информации о том, какая часть дополнительных коек развернута в отделениях и блоках интенсивной терапии и обеспечена респираторным оборудованием. Общая обеспеченность коечным фондом в России относительно выше, чем в большинстве стран ОЭСР, но сколько мест в больницах ориентировано на самое сложное лечение, неизвестно.

Косвенные данные свидетельствуют о том, что новое медицинское оборудование концентрируется в относительно небольшом числе медицинских организаций. Опрос, проведенный ООО «Медицинские информационные решения», показал: только 10% врачей от-

²¹ OECD Health at a Glance 2019, p. 195.

²² OECD Health Statistics 2019, <https://doi.org/10.1787/health-data-en>

²³ <http://www.oecd.org/coronavirus/policy-responses/beyond-containment-health-systems-responses-to-covid-19-in-the-oecd-6ab740c0/#boxsection-d1e721>

²⁴ Оценка проведена на основе данных ВОЗ об общем коечном фонде и числе коек в отделениях интенсивной помощи (предыдущая сноска)

²⁵ WHO. European Observatory on Health Policy and Health reforms. Monitoring of country responses to COVID-19. Germany.

²⁶ <https://analysis.covid19healthsystem.org/index.php/2020/05/06/how-are-countries-reorganizing-non-covid-19-health-care-service-delivery/>

мечают, что в их медицинских организациях выросла техническая оснащенность в связи с пандемией (КТ, искусственная вентиляция легких, доступность кислорода в палатах), 90% респондентов ответили отрицательно. На вопрос «Считаете ли вы, что ваше медицинское учреждение готово принимать пациентов с подозрением на коронавирусную инфекцию» только 14% ответили утвердительно, причем большинство ответивших отрицательно связали это с недостаточной технической оснащенностью²⁷. То есть, большинство медицинских организаций сохранили прежний уровень технического оснащения и в условиях пандемии.

Откладывание плановых медицинских вмешательств в России выражено не менее рельефно, чем в западных странах. По данным того же опроса, 42% медицинских организаций полностью закрыли прием плановых больных (за исключением установленных случаев заболеваний и состояний), 21% закрыли частично.

Финансирование здравоохранения в условиях пандемии

Борьба с пандемией коронавируса потребовала от всех государств увеличить финансирование системы здравоохранения. Но относительный прирост расходов оказался очень разным по странам. По оценкам Европейской обсерватории систем здравоохранения ВОЗ и ЕС, дополнительные государственные подушевые расходы на борьбу с коронавирусом по отношению к подушевым государственным затратам на здравоохранение, взятым на уровне 2017 г., варьируются в странах Европы от 1,2% в Швеции до 27,2% в Литве. В среднем этот прирост оказался пока не очень большим, его медианное значение составило около 3%²⁸.

²⁷ <https://www.medsolutions.ru/#/researches/covid-19-chno-proishodit-na-mestah>

²⁸ J.Cylus. How much additional money are countries allocating to health from their domestic resources // COVID-19 Health System Response Monitor. May 7, 2020. <https://analysis.covid19healthsystem.org/index.php/2020/05/07/how-much-additional-money-are-countries-putting-towards-health/>

²⁹ S.Thomson, T.Habicht, T.Evetovits. What are counties doing to give providers flexibility to respond to the COVID-19 outbreak? // COVID-19 Health System Response Monitor. April 27, 2020.

В России дополнительные бюджетные расходы на мероприятия по борьбе с коронавирусом составили 92,7 млрд. руб. в т.ч. 33,7 млрд. руб. на оснащение дополнительно создаваемых или перепрофилируемых коек для больных COVID-19, приобретение аппаратов искусственной вентиляции легких и другого медицинского оборудования, а также обеспечение медицинских работников средствами индивидуальной защиты. И 59,0 млрд. руб. на выплаты стимулирующего характера медицинским и иным работникам, непосредственно участвующим в оказании медицинской помощи гражданам с коронавирусной инфекцией. В этой сумме не учтены затраты на строительство новых инфекционных клиник. Источником этих средств является резервный фонд правительства РФ.

Указанные дополнительные расходы составляют 2,5% по отношению к общим государственным расходам на здравоохранение в 2019 г. Чтобы сопоставить их с оценками затрат европейских стран, соотнесем эти ассигнования с подушевыми государственными расходами на здравоохранение в 2017 г. с использованием индекса-дефлятора ВВП. Полученная величина – 2,9% практически совпадает с медианным значением для европейских стран.

Изменения в способах оплаты работы медицинских организаций

Предпринимаемые меры по борьбе с коронавирусом сокращают объемы медицинской помощи пациентам с неинфекционными заболеваниями. Это ведет к рискам резкого уменьшения доходов части медицинских организаций и врачей. Чтобы этого избежать, методы ретроспективной оплаты медицинской помощи заменяются на предварительную оплату в разных формах²⁹. Так, в Германии

введен временный платеж в размере 560 евро в день за каждую незанятую больничную койку. Венгрия на время эпидемии заменила оплату за законченный случай лечения на финансирование бюджета медицинской организации. Польша увеличила на 5% бюджеты больниц. Бельгия, Босния и Герцеговина, Латвия выделяют разовые субсидии больницам. Великобритания списала больницам старые долги национальной системе здравоохранения. Болгария, Германия, Нидерланды заключили соглашения с профессиональными союзами о компенсации доходов, потерянных поставщиками медицинских услуг.

В России пошли аналогичным путем. В правила обязательного медицинского страхования (ОМС) внесены дополнения, разрешающие страховым медицинским организациям и медицинским организациям в условиях чрезвычайной ситуации и (или) при возникновении угрозы распространения заболевания, которое представляет опасность для окружающих, получить аванс из средств ОМС в размере до 100% от среднемесячного объема средств, направляемых на оплату медицинской помощи за последние три месяца³⁰. Но в принятом Минздравом России документе ничего не сказано о том, как в последующем медицинские организации, у которых объемы оказанной медицинской помощи в период эпидемии сократились, будут отчитываться за полученный аванс: должны ли они будут компенсировать текущие сокращения увеличением объемов помощи в будущем? Ответ на этот вопрос требует внесения дополнительных изменений в правила ОМС.

В российских СМИ появились публикации, критикующие систему ОМС как неспособную, в отличие от бюджетной системы, обеспечить своевременное и стабильное финансирование работы медицинских организаций в условиях эпидемии, и призывающие к ее

реформированию в ближайшем будущем. Отметим, что в других странах со страховыми моделями финансирования здравоохранения, видоизменяют способы оплаты медицинской помощи, которая оказывается пациентам в новых условиях, в том числе с использованием инструментов бюджетного финансирования. Но при этом никто на этом основании не поднимает вопрос о необходимости замены страховой модели на бюджетную.

Эпидемия коронавируса не должна стать предлогом для бездумного и поспешного демонтажа российской системы обязательного медицинского страхования. Мобилизовать необходимые финансовые ресурсы и обеспечить эффективное финансирование медицинских организаций, как занятых оказанием медицинской помощи больным инфекционными заболеваниями, так и сокращающих по необходимости в условиях эпидемии объемы помощи другим пациентам, можно и в системе ОМС, о чем свидетельствует успешный опыт борьбы с COVID-19 в Германии и Нидерландах.

Изменения в способах оплаты медицинского персонала

В европейских странах общей практикой стали назначения дополнительных выплат персоналу, участвующему в оказании медицинской помощи пациентам с коронавирусом. Например, в Нидерландах врачи общей практики получают дополнительно 10 евро за каждого зарегистрированного пациента и 15 евро за час работы вне офиса, на выезде. Почасовая оплата врачей и другого персонала введена в Украине.

В России в два этапа введены стимулирующие выплаты медицинским и иным работникам, участвующим в оказании медицинской помощи гражданам, у которых выявлена коронавирусная инфекция. Постановлением правительства РФ от 2 апреля 2020 г. N 415

<https://analysis.covid19healthsystem.org/index.php/2020/04/27/what-are-countries-doing-to-give-providers-flexibility-to-respond-to-the-covid-19-outbreak/>

30 Приказ Министерства здравоохранения РФ от 9 апреля 2020 г. N 299н «О внесении изменений в Правила обязательного медицинского страхования, утвержденные приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 28 февраля 2019 г. N 108н»/

такие выплаты были предусмотрены для врачей среднего и младшего медицинского персонала. Размеры выплат были установлены в процентах от среднемесячного дохода от трудовой деятельности в соответствующем субъекте РФ, особо нужно подчеркнуть, – за фактически отработанное время.

Через десять дней правительство РФ принимает постановление №484 от 12 апреля 2020 г.³¹ До этого президент РФ поручил правительству принять решения о выделении из федерального бюджета средств на доплаты в период с 1 апреля по 30 июня 2020 г. к заработной плате за особые условия труда работникам здравоохранения, деятельность которых непосредственно связана с оказанием медицинской помощи больным коронавирусной инфекцией. Доплаты были установлены уже не в процентном выражении, а в фиксированных размерах: 25, 50 и 80 тыс. рублей для разных категорий персонала³². Между теми в упомянутом постановлении правительства появляется указание, что размер выплаты стимулирующего характера определяется за фактически отработанное время, но не выше установленных значений. Тем самым правительство фактически переинтерпретировало поручение президента, обусловив размер вновь установленных выплат фактически отработанным временем. Очевидно, что эта норма была вставлена по аналогии с нормой постановления правительства №415. К тому же правила учета фактически отработанного времени ни в первом, ни во втором случаях никаким федеральным органом власти не были определены и оказались зависимыми от решений руководителей медицинских организаций.

Это привело к начислению выплат совсем не в тех размерах, на которые рассчитывали медики, да еще и к задержкам с их начис-

лением. Ситуация вызвала социальное напряжение, президенту пришлось вмешаться и заставить правительство привести правила выплат в соответствие с объявленным ранее подходом.

Будущие вакцины против COVID-19

Опыт последнего столетия закрепил за вакцинами первое место в ряду средств против инфекционных болезней. К перспективе разработки вакцины против COVID-19 обращено внимание всего мира, ее появлением обусловлена возможность нормализации экономической и социальной жизни. Между тем, далеко не все проекты по разработке вакцин были успешными.

Работа над вакциной против COVID-19 изначально выглядела сложным проектом. Несмотря на то, что к концу 2020 года появятся ограниченные сведения об эффективности и безопасности некоторых кандидатных вакцин, ожидать относительно надежных оценок их эффективности и безопасности можно не ранее 2021 года. Таким образом, социальная и экономическая политика уже сейчас должны строиться на основе эпидемиологических данных.

Разработка эффективных и безопасных вакцин – одно из самых больших достижений медико-биологической науки за последние столетия. Некоторые болезни (оспа) практически исчезли именно благодаря вакцинации. Однако, несмотря на многолетние усилия, вакцины удается сделать не для всех инфекционных болезней. Так, эффективной и безопасной вакцины против сибирской язвы сделать пока не удалось. Тем не менее, надежда на разработку вакцины против COVID-19 с момента осознания большой эпидемии оказалась велика.

³¹ S.Thomson, et al. The above cited publication.

³² Поручение Президента РФ (Перечень поручений Президента Российской Федерации по вопросам противодействия распространению новой коронавирусной инфекции (COVID-2019) в регионах Российской Федерации от 15 апреля 2020 года. <http://www.kremlin.ru/acts/assignments/orders/63206>) было опубликовано на несколько дней позже принятия указанного Постановления Правительства № 484.

Отвечая этим ожиданиям, производители лекарств, известные своими вакцинами, как и те, кто не имеет множества вакцин в продуктовой линейке, а также академические коллективы, запустили сотни проектов по разработке вакцины против COVID-19. Вакцинология 21 века сильно изменилась по сравнению с тем, что было даже 30 лет назад. Поэтому при создании вакцины используются принципиально новые подходы, в массе своей очень далекие от того, что было в основе успехов середины 20 века. Важно отметить: вакцина – не просто вещество с необходимым свойством. Это продукт потенциально опасный и сложный в производстве и последующем применении. Поэтому человечество выработало определенный порядок проверки вакцин на безопасность и эффективность, допуская их к применению, а также дорогую и сложную систему для обеспечения качества в процессе производства и использования.

Однако, эти правила, разработанные применительно к «обычной жизни», многие считают возможным ослабить. Временно, для решения именно этой горячей проблемы. Так, примерно воспринимают ситуацию и разработчики вакцин, и регулирующие органы. У такого поспешного прохождения «дистанции» со срезанием углов есть много опасностей. Пропуск этапа тестирования вакцины на животных, переход сразу к тестированию на людях, например, чреват тем, что опасный продукт применяют к участникам испытаний. Компании, которые хотят сразу испытать свою разработку – кандидата в вакцины – на людях, рискуют и здоровьем участников, и большими деньгами. Тем не менее, премия за разработку может быть столь велика, а общественное признание в случае успеха столь громко, что переход к клиническим испытаниям с участием людей уже через месяц-два от начала разработки стал массовым явлением.

На сайте clinicaltrials.gov – важнейшем регистре клинических испытаний – сегодня значится 1518 связанных с COVID-19. Из них 33 – испытания вакцин, и 14 уже набирают участников. Состав испы-

туемых продуктов различен. В трех случаях испытывается эффективность вакцины БЦЖ. В некоторых испытаниях проверяется эффективность до четырех вакцин параллельно. Большая часть вакцин против COVID-19 – профилактические, но есть и предназначенные для лечения. Значительная часть вакцин испытываются на иммуногенность: предполагается не измерять, насколько вакцина защищает от развития болезни, а лишь проверять, появляется ли в крови достаточно антител, которые, теоретически, должны обезвредить вирус. В случае, если иммуногенность будет доказана, необходим следующий этап испытаний, чтобы доказать защитное действие вакцины.

Поясним, почему испытывается противотуберкулезная вакцина БЦЖ. В апреле был опубликован сравнительный анализ стран по заболеваемости и смертности от COVID-19 в сопоставлении с историей вакцинации против туберкулеза. В последней четверти 20 века многие страны в той или иной степени отказались от вакцинации против туберкулеза. И теперь обнаружилось, что в странах, где в последние десятилетия эта вакцинация проводилась, заболеваемость и смертность от COVID-19 меньше. Такого рода исследования называют экологическими. Найденные в них связи лишь указывают на возможность причинно-следственных отношений, т.е. на влияние вакцинации на заболеваемость. Тем не менее, поскольку вакцина БЦЖ разрешена для применения у людей, а ее производство налажено, нашлись те, кто готов рискнуть и проверить, нет ли защитного действия в контролируемом испытании.

Аналогичная идея существует и относительно вакцины против полиомиелита. Ее решили «опробовать» в одном из российских регионов. Однако подобного рода «пробы» без научно обоснованного дизайна испытания и соблюдения установленных правил, чреватые неблагоприятными последствиями, пустой тратой сил и средств. А главное, будучи научно ничтожными, они не могут дать миру знаний. Интересно, что старая идея – всякая вакцина кроме защиты от микроорганизма, против которого она разработана,

защищает еще и от других инфекций (то есть, помимо создания специфического иммунитета, повышает еще и неспецифический), никогда не была доказана вполне надежно. Но в нынешней ситуации многие сочтут возможным и необходимым проверить и эту гипотезу.

Вакцины, как продукт национальной индустрии, один из самых прибыльных продуктов. Их разработка активно идет не только в надежде на спасение человечества, но и в надежде на большую прибыль.

Одновременно ООН в лице ВОЗ призывает международное сообщество с появлением вакцин предоставить их всему миру. Однако, у этого благородного призыва есть естественные ограничения. Дело в том, что возможности производства вакцины, по любой из перспективных технологий, неизбежно будут ограничены. Многие страны, даже индустриально развитые, не обладают технологическими возможностями для производства вакцин. Соответственно, понадобятся долгие месяцы для того, чтобы удовлетворить потребности мира даже тогда, когда вакцина появится.

Таким образом, по наилучшим оценкам, исходящим от фармацевтической индустрии, наиболее вероятно получение удовлетворительной вакцины в конце 2021 года. Это означает, что фарминдустрия не возлагает больших надежд на ускоренные испытания первых продуктов, идущих сейчас. Соответственно, мир может быть обеспечен вакциной, если она будет создана, только в 2022 году. Это означает, что прежняя ситуация сохранится на годы: защита граждан основывается не на лекарствах и вакцинах, а на применении эпидемиологически обоснованных методов защиты. Именно они лежат в основе того, что делается последние месяцы во всем мире. Они же останутся основными и на ближайшие годы. Однако, панические и хаотические запреты должны смениться взвешенным и избирательным применением целенаправленных мер, способствующих восстановлению общественной жизни.