

Среднесрочная адаптация систем общественного здравоохранения под влиянием пандемии COVID-19: вызовы и предложения

Екатерина В. Малофеева¹

¹ Некоммерческий фонд «Аналитический центр “Форум”», Москва, 119049, Россия

Получено 9 April 2020 ♦ Принято в печать 23 April 2020 ♦ Опубликовано 30 April 2020

Цитирование: Malofeeva EV (2020) Medium-term adaptation of public health systems under the influence of the COVID-19 pandemic: challenges and proposals. Population and Economics 4(2): 77–80. <https://doi.org/10.3897/pop econ.4.e53612>

Аннотация

В исследовательской заметке рассматриваются некоторые аспекты среднесрочной адаптации общественных систем здравоохранения к пандемии COVID-19. Экономические последствия пандемии приведут к ужесточению бюджетных ограничений в сфере общественного здравоохранения, что скорее поставит вопрос о необходимости перераспределения ресурсов, доступных для оказания медицинской помощи гражданам, с учетом новой картины рисков заболеваний, чем об увеличении их объема. Дополнительным фактором, усложняющим планирование, является сохраняющаяся неопределенность эпидемиологических прогнозов.

Ключевые слова

COVID-19, общественное здравоохранение; адаптация систем здравоохранения; среднесрочные вызовы

Коды JEL: H51, I15, I18

Пандемия COVID-19 вызвала необходимость срочных адаптационных маневров в национальных системах общественного здравоохранения, наряду с ограничениями экономической и социальной активности; возвращение к «норме», как представляется, должно стать управляемым процессом, а не просто «выключением» режима противодействия эпидемии.

Национальным системам общественного здравоохранения необходимо: во-первых, направить усилия на то, чтобы сгладить негативные последствия решений, принятых весной 2020 г.; во-вторых, отреагировать на среднесрочные вызовы в объеме финансирования систем общественного здравоохранения, которые могут возникнуть в результате спровоцированного карантинном экономическим спада; в-третьих, быть готовыми к последующим волнам эпидемии. Решение последней задачи усугубляется тем, что надежной и полной информации, позволяющей предсказывать заболеваемость SARS, нет, по-прежнему уточняются

показатели, описывающие поведение вируса и предсказывающие его способность вызывать заболевание [Kissler et al., 2020], в том числе появление и устойчивость приобретенного иммунитета, нет надежно работающих протоколов лечения «тяжелых» пациентов и препаратов с подтвержденной эффективностью, появление вакцины возможно только в середине 2021 г.

Ниже более подробно рассмотрены некоторые из проблем, стоящие сегодня перед менеджерами систем общественного здравоохранения.

Во-первых, вынужденная переброска ресурсов на борьбу с непосредственной угрозой жизням в связи с COVID-19 нарушила протоколы получения медицинской помощи для многих пациентов, за исключением экстренных случаев. Власти приостанавливали оказание неэкстренной медицинской помощи, и для многих пациентов усложнилось получение той помощи, которая должна была им оказываться (например, пациенты направлялись в другие пункты оказания помощи). В дальнейшем необходимо будет предпринять меры по оценке и компенсации влияния этих решений на состояние здоровья таких пациентов.

Во-вторых, необходимо оценить и компенсировать негативное влияние карантинных ограничений, введенных для целей «сглаживания кривой», на физическое и психологическое состояние граждан. Для полной оценки этого эффекта потребуются работа, превосходящая по размеру анализ роста инцидентов домашнего насилия, продаж алкоголя, антидепрессантов, и данные о разводах.

В-третьих, по некоторым данным, тяжелое протекание COVID-19 вызывает у отдельных выживших пациентов долговременные последствия для здоровья (включая поражения органов, кроме легких), которые придется изучать и лечить в будущих периодах. В настоящий момент многие пациенты выписываются из больниц и считаются выздоровевшими на основании отрицательных тестов на коронавирус и уменьшения основных симптомов заболевания.

В-четвертых, системы общественного здравоохранения должны будут оказать максимальное содействие национальным правительствам в подготовке плана выхода из карантинных ограничений, имея в виду обеспечение эпидемиологической безопасности такого процесса. Необходимо будет предлагать не только оценки безопасности вывода из карантинных ограничений разных отраслей, местностей или групп граждан, но также разрабатывать рекомендации для повышения безопасности возобновленных видов деятельности (например, сокращение социальной дистанции, уточнение санитарных регламентов).

В-пятых, поскольку в настоящий момент неизвестно, возможно ли достижение долговременного популяционного иммунитета и подвержено ли распространение вируса сезонным факторам, правительствам совместно с медиками необходимо будет разработать арсенал механизмов по регулированию экономической активности с учетом актуальной эпидемиологической обстановки.

В-шестых, вероятность последующих волн эпидемии ставит вопрос не только о постоянной готовности мощностей систем общественного здравоохранения к новой мобилизации, но и о более устойчивом в среднесрочном периоде перераспределении ресурсов общественного здравоохранения для целей борьбы с этим заболеванием. Очевидно, что в ближайшие месяцы решить эту задачу можно именно путем перераспределения, а не увеличения финансирования.

В частности, на основе полученного опыта необходимо сформулировать, что может лучше подготовить системы общественного здравоохранения к следующим волнам. Среди параметров, непосредственно управляемых системами здравоохранения, на вынужденный целевой показатель — число тяжелых пациентов, с необходимостью подключения к аппаратам ИВЛ и ЭКМО — влияют, в частности, 1) доступность и точность систем тестирования на наличие вируса; 2) дизайн системы отбора кандидатов для тестирования; 3) способность медиков (в основном в первичном звене) идентифицировать пациентов, находящихся в зоне риска, и взять их под особый контроль в момент начала эпидемии; 4) состояние этих пациентов в связи с хроническими заболеваниями; 5) способность оказывать адекватную медицинскую помощь, включая лекарственное обеспече-

ние и тестирование, за пределами госпиталей; б) способность оказывать медицинскую помощь внутри госпиталей на разных стадиях и при разной тяжести течения заболеваний.

Весной 2020 г. основные усилия были направлены на расширение самых «узких» мест системы — тестирование и емкость соответствующего коечного фонда. В ходе текущей волны эпидемии системам здравоохранения был предоставлен карт-бланш: власти вводили жесткие карантинные ограничения и выделяли необходимое финансирование на борьбу с COVID-19 и уже во вторую очередь решали экономические проблемы. Возникавшие дефициты и ограничения касались в основном физических и человеческих ресурсов непосредственно систем здравоохранения (средства индивидуальной защиты, число и расположение больничных коек с необходимым оборудованием и персоналом, возможность наладить тестирование в требуемом объеме и без дополнительных рисков для медперсонала и пациентов).

Тем не менее странам, пострадавшим от эпидемии, предстоит справиться с ее экономическими последствиями. Карантин уже сопровождается значительными экономическими потерями (падение ВВП Китая в первом квартале 2020 г. составило 6,8%), которые, в свою очередь, чреваты негативными последствиями для состояния здоровья граждан [Janke et al., 2020]. Восстановление деловой активности также не будет мгновенным и во многих случаях будет сопровождаться реструктуризацией экономической активности, межотраслевым и внутриотраслевым перетоком капитала и работников. Также представляются оправданными опасения европейских политиков [Draghi, 2020] по поводу сокращения рабочих мест на фоне возможного падения спроса на вид услуг, связанных с близким физическим контактом, и ускоренного внедрения цифровых технологий бизнесом.

Можно ожидать, что готовность как широкой публики и бизнеса, так и властей к новым широким ограничениям экономической и социальной активности в случае последующих волн будет ниже. Если весной 2020 г. карантинные меры были оправданы тем, что опасность была обнаружена слишком поздно, чтобы использовать другие меры, то в будущем этот аргумент уже не будет валидным. Перед системами общественного здравоохранения стоит задача не допустить возникновения критических точек при возможных следующих волнах.

Ответ на новые волны эпидемии должен быть сформулирован так, чтобы не только защитить граждан, но и минимизировать экономические потери и социальное напряжение, связанное с ограничениями возможности граждан работать, полноценно функционировать в социуме, для чего, вероятно, предпочтительно направить усилия на уменьшение численности тяжелых пациентов не столько карантинными ограничениями, сколько индивидуализированной заблаговременной медицинской поддержкой пациентов в группе риска. Повторение локдауна весны 2020 г. может иметь слишком значительные политические последствия, чтобы рассматриваться властями как приоритетный метод противостояния угрозе и в будущем.

Наконец, текущий кризис актуализировал дискуссию о необходимости увеличения финансирования и редизайна систем общественного здравоохранения. Спровоцированный COVID-19 кризис воспринимается многими политическими акторами именно как результат урезания финансирования систем здравоохранения в прошлом, и в некоторых странах это сопровождалось ростом неравенства в доступе к медицинской помощи, что сказалось и на смертности от COVID-19.

Перспективы увеличения финансирования систем общественного здравоохранения в будущем, однако, будут существенно ограничены возможностями национальных бюджетов, которые окажутся под ударом как в результате национализации экономических потерь (и наращивания уровня госдолга), так и в результате экономического спада (и соответствующего падения бюджетных доходов).

Вероятно, в некоторых странах дополнительное финансирование систем общественного здравоохранения возможно, однако не меньше будут востребованы меры, направленные на реформирование систем с учетом актуализировавшихся рисков. Их дизайн должен повысить способность национальных систем здравоохранения к быстрой мобилизации ре-

сурсов для ответа на возникающие угрозы с минимальными потерями объема и качества прочей медицинской помощи, направленной на поддержание уровня здоровья граждан.

В контексте вышесказанного в России есть несколько особенностей реакции на пандемию, заслуживающих упоминания.

Во-первых, это опора преимущественно на государственные мощности системы здравоохранения как для тестирования, так и для лечения заболевших при наличии частного сектора. Частные лаборатории и клиники чрезвычайно медленно получали возможность самостоятельно организовать тестирование и в течение многих недель не могли предложить услуги тестирования на наличие вируса всем желающим. Потенциал частных клиник также был ограниченно задействован в продолжении оказания неотменяемых видов медицинской помощи в рамках реализации Программы госгарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи (основного документа, определяющего объем оказываемой гражданам медицинской помощи в России). Кратковременно (с 3 по 13 апреля) даже была введена монополия одного федерального и нескольких региональных операторов на торговлю средствами индивидуальной защиты [Постановление Правительства России № 431, 2020; Постановление Правительства России № 500, 2020]. Включение в единый контур управления всех доступных мощностей здравоохранения, включая частные и ведомственные мощности, могло бы повысить скорость и эффективность реакции на эпидемию, хотя и сопровождалось бы усложнением координации.

Во-вторых, пандемия проявила существенную разницу в уровне общественного здравоохранения в регионах. К примеру, Москва смогла не только быстро перепрофилировать несколько больниц и поликлиник, уже оборудованных компьютерными томографами для помощи пациентам с COVID-19, но и быстро организовала строительство новых капитальных мощностей. Мурманская область смогла организовать строительство полевых мощностей, оборудованных рентгеном в качестве инструмента лучевой диагностики [Лобанова, 2020]. Можно предположить, что ограниченность возможностей тестирования и оказания адекватной медицинской помощи будут существенным образом влиять на регистрируемую динамику развития эпидемии в регионах.

Литература

Лобанова Л. (2020). Ситуация с коронавирусом в Мурманске: в Междуречье полностью готов и оборудован аэромобильный госпиталь для борьбы с коронавирусом // *Комсомольская правда*. 22 апреля. URL: <https://www.murmansk.kp.ru/daily/27118/4199003/>.

Постановление Правительства России от 03.04.2020 № 431 «Об установлении особенностей обращения медицинских изделий и ограничений на осуществление оптовой и розничной торговли медицинскими изделиями и о перечне таких изделий». URL: <https://www.garant.ru/hotlaw/federal/1343796/>.

Постановление Правительства России от 13.04.2020 № 500 «О приостановлении действия постановления Правительства Российской Федерации от 3 апреля 2020 г. № 431». URL: <https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/73787943/>.

Draghi M. (2020). We face a war against coronavirus and must mobilise accordingly. *Financial Times*. March 25.

Janke K., Lee K., Propper C., Shields K., Shields M. A. (2020). The impact of COVID-19 on chronic health in the UK. *VOX CEPR Policy Portal*. Research-based policy analysis and commentary from leading economists, 13 Apr. URL: <https://voxeu.org/article/impact-covid-19-chronic-health-uk>.

Kissler S. M., Tedijanto C., Goldstein E., Grad Y. H., Lipsitch M. (2020). Projecting the transmission dynamics of SARS-CoV-2 through the postpandemic period. *Science*, 14 Apr. eabb5793, DOI: 10.1126/science.abb5793.

Сведения об авторе

■ Малофеева Екатерина Виленовна, MS in Economics, советник директора некоммерческого фонда «Аналитический центр “Форум”». E-mail: kmalofeeve@gmail.com