

Как быстрее выйти из карантина, защитив врачей, социальные институты и экономику

Андрей Рагозин

кандидат медицинских наук, ведущий научный сотрудник

Высшей школы организации и управления здравоохранения

Реакцию развитых стран мира на пандемию COVID-19 можно условно разделить на три сценария: японо-корейский, британский (он же шведский и американский) и французский.

Сценарий Японии и Южной Кореи – быстрая мобилизация масштабных сил на ограничение вспышки инфекции - чтобы она не вышла на уровень популяции: активный поиск и изоляция заболевших и тех, кто с ними был в контакте. Поэтому меры карантина и социальной изоляции в этих странах пока удастся свести к минимуму. Однако в условиях глобализации экономики Японии и Южной Кореи вряд ли удастся исключить новые случаи заноса инфекции и их противоэпидемический барьер может не справиться с новыми вспышками инфекции.

Британский (он же шведский и американский) вариант предполагает, что переболеют все: т.н. «иммунитет стада». Увы, авторы этой идеи недооценили специфику нового врага - фактор инфицирования и потерь медицинского персонала, а также переоценили свои резервы в стационарной помощи. США, Великобритании и Швеции имеют минимальные среди развитых стран показатели обеспеченности госпитальными койками: соответственно, 29, 30 и 23 госпитальных койки на 10 000 человек. Для сравнения, в Японии на 10 тысяч человек приходится 135 коек, а в Германии - наиболее успешно противостоящей эпидемии европейской стране – 83 койки на 10 000 человек. Отсюда крайне неблагоприятная динамика летальности от коронавируса в США, Великобритании и Швеции.

В этих условиях мировым мейнстримом стал – условно - французский сценарий тотального карантина и самоизоляции населения. По сути, это тот же британский вариант, который предполагает, что заразятся все – только растянутый во времени, что позволяет избежать критической перегрузки больниц. Однако признавая полезность карантина для снижения скорости заражения населения, необходимо отдавать себе отчет в том, что французская стратегия хороша, если населению гарантирована французская социальная защита, бизнесу - французская поддержка, а динамика заражения населения позволяет надеяться на то, что в обозримом будущем эпидемия пойдет на спад. В противном случае даже в самой социально благополучной стране возникают трудно предсказуемые риски, связанные с вынужденным бездельем людей и остановившейся экономикой. Поэтому, например, Бельгия уже планирует выход из карантина несмотря на рост числа зараженных.

Нетрудно заметить, что Россия сначала следовала британскому сценарию, затем перешла к французскому плану - а теперь постепенно осознает его риски для социума, экономики и власти в условиях упорного роста числа заболевших и приближающегося «девятого вала» летальности.

В этих условиях стратегией выбора представляется отказ от пассивной ожидательной тактики к активным действиям, направленных, во-первых, на защиту от инфицирования медицинского персонала и тем самым на разрыв важного (возможно, ключевого) канала распространения данной инфекции - через медицинские учреждения.

Во-вторых, сохранение производства и восстановление нормальной жизни общества: борьба с распространением инфекции в трудовых коллективах и ускоренный выход из карантина уже переболевших людей.

В-третьих, консолидация для борьбы с эпидемией всех имеющихся в стране резервов медицинской помощи: привлечение частного сектора для массового бесплатного тестирования и оказания других общедоступных услуг, а также безусловный приоритет финансирования здравоохранения перед другими отраслями и государственными нуждами.

Специфика данной эпидемии – активное распространение инфекции через зараженный медицинский персонал, превращение лечебных учреждений в очаги эпидемического процесса и массовые обратимые и необратимые санитарные потери среди медицинских работников. При этом карантин не ограничивает обращения людей к врачам, а один заразившийся медработник способен передать инфекцию огромному числу людей – прежде всего пожилым и имеющим хронические болезни, то есть самым уязвимым. Поэтому карантин скорее вреден, чем полезен до тех пор, пока медицинские

работники не обеспечены защитой и не организовано их тотальное регулярное тестирование, которое позволяет своевременно изолировать тех, кто заражен.

Важно понять: защищая наших врачей от заражения, мы не только проявляем акт гуманности и сохраняем не возобновляемый в условиях эпидемии кадровый ресурс здравоохранения, но и прерываем важнейший канал передачи инфекции самым уязвимым группам населения.

В свою очередь, для сохранения производства и восстановления нормальной жизни общества важно как можно быстрее вывести из режима карантина тех, кому он не нужен. Это те, кто уже переболел коронавирусной инфекцией в лёгкой или бессимптомной форме и получил иммунитет. Сделать это с помощью массового регулярного (например, раз в месяц) серологического тестирования работающих, прежде всего тех, кто за последние месяцы перенес нечто похожее на ОРЗ и, может быть, даже не обращался к врачу. Людей заинтересовать в этом исследовании легко: при обнаружении антител к коронавирусу из жизни уходит страх заболеть и ограничения карантина. Для повышения отдачи от вложенных средств в скрининг можно также включить и другие социально значимые исследования – например, на ВИЧ. Людей с обнаруженными антителами привлекать на рабочие места с высоким риском заражения – например, для ухода за больными коронавирусом (волонтерами а еще лучше – за хорошее вознаграждение), снизив риск инфицирования и безвозвратных потерь квалифицированного медицинского персонала. Эти люди могут выйти на работу уже сегодня и спасти тысячи жизней – ограничив скорость заражения и став донорами «плазмы выздоравливающих» с готовыми антителами для лечения наиболее тяжелых больных.

Ещё один путь сохранения производства - ограничение распространения инфекции в трудовых коллективах и среди членов семей работников. Специфика России – доставшаяся в наследство от СССР развитая промышленная, ведомственная и корпоративная медицина, которая в нашей стране всегда была эффективнее общедоступной медицинской помощи. Поэтому она быстрее справится там, где пасует общественное здравоохранение: организует массовое тестирование работников и членов их семей, обеспечит врачебное наблюдение за коллективами, создаст на производствах боксы с отрицательным давлением для временной изоляции тех, кто заболел и кто был с ними в контакте. Защитив сначала собственные трудовые коллективы, корпорации могут распространить свою медицинскую эгиду на поставщиков, потребителей, смежников, партнеров и контрагентов - тем самым сохраняя и восстанавливая производственные цепи и циклы. Государству нужно лишь достойно заплатить промышленной, корпоративной и ведомственной медицине за эту работу.

Почин уже есть – на днях правительство выделило более миллиарда рублей на мероприятия по предупреждению распространения коронавирусной инфекции среди прикрепленного к «кремлевской» медицине контингента. Нужно не критиковать это решение, а распространять этот опыт на другие ведомственные системы, в первую очередь – те, которые обеспечивают коллективы подневольных людей, которым недоступна самоизоляция: военнослужащих, сотрудников правоохранительных органов и заключенных.

Эффективно противостоять эпидемии можно, лишь привлекая все имеющиеся в стране ресурсы медицинской помощи. Один из секретов эффективности развитых стран Юго-Восточной Азии в противостоянии COVID-19 - синтез централизованного госуправления здравоохранением с хорошо развитой частной медицинской инфраструктурой, которая на равных конкурирует с государственными клиниками. Значительную (если не основную) часть общедоступных медицинских услуг в этих странах оказывают частные клиники и лаборатории, которые на равных правах конкурируют с государственными больницами, пользуясь свободой выбора пациентов на выбор врача и клиники. Отсюда быстрая реакция здравоохранения этих стран на эпидемию – например, обеспечение населения массовым общедоступным тестированием.

И наоборот – в наиболее пострадавших от эпидемии Испании и Италии основу медицинской инфраструктуры составляют финансируемые из бюджета государственные клиники, которые из-за управленческой неповоротливости не смогли быстро реагировать на ситуацию. Однако вопреки мировому опыту в России принимаются нормативные документы, которые дискриминируют частный медицинский сектор и игнорируют его ресурсы по оказанию помощи населению и борьбе с эпидемией.

Реализация всех этих мер требует безусловного приоритета финансирования здравоохранения. Главная причина его плачевного состояния – уже три десятилетия общедоступная медицинская помощь оплачивается ОМС и бюджетом по тарифам ниже себестоимости - вынуждая «оптимизировать» больницы, экономить на доступности помощи населению и на зарплатах

медработников. Поэтому ключевая задача – радикально (в несколько раз) увеличить тарифы ОМС и бюджета на оплату общедоступных медицинских услуг. В их себестоимость должны быть включены достойные зарплаты необходимого штата врачей и все необходимые для оказания помощи затраты.

Победа в Великой Отечественной войне была одержана благодаря концентрации всех ресурсов страны под девизом «Всё для фронта, всё для победы». Точно так же сегодня нужно сказать врачам: государство готово представит вам все ресурсы, о которых вы попросите, идите и побеждайте. Пришло время «залить деньгами» здравоохранение так, как во время финансовых кризисов заливают деньгами банки.

Таким образом, у провалившегося британского сценария «стадного иммунитета» и уничтожающего экономику «французского» тотального карантина может быть русская альтернатива - план активных действий, учитывающих специфику нашей страны и направленных на сведение к минимуму человеческих потерь, сохранение социальных институтов общества, скорейшее окончание карантина и восстановление экономики.