

**"Центральный научно-исследовательский институт
организации и информатизации здравоохранения"
Министерства здравоохранения Российской Федерации**

Аналитический доклад:

**«ВЛИЯНИЕ КОРОНАВИРУСА COVID-19 НА СИТУАЦИЮ
В РОССИЙСКОМ ЗДРАВООХРАНЕНИИ»**

Под общей редакцией академика РАН Стародубова В.И.

Авторский коллектив: Стародубов В.И., Кадыров Ф.Н., Обухова О.В., Базарова И.Н.,
Ендовицкая Ю.В., Несветайло Н.Я.

**Версия 1.0
(по состоянию на 26.04.2020 г.)**

Москва 2020

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

COVID-19 – официальное название новой коронавирусной инфекции, присвоенное Всемирной организацией здравоохранения;

БЦЖ - (сокр. от Бацилла Кальметта — Герэна, фр. Bacillus Calmette—Guérin, BCG) — вакцина против туберкулёза;

ВОЗ – всемирная организация здравоохранения;

ГИТ – государственная инспекция труда;

ИВЛ – искусственная вентиляция легких;

НДС – налог на добавочную стоимость;

НДФЛ – налог на доходы физических лиц;

ОМС – обязательное медицинское страхование;

ОПЕК - организация стран-экспортеров нефти - аббревиатура, составленная из первых букв английского словосочетания The Organization of the Petroleum Exporting Countries;

«ОПЕК+» - это соглашение, которое было заключено в 2016 году между Организацией стран-экспортеров нефти (ОПЕК) и рядом других крупных производителей нефти, которые не являются официальными членами ОПЕК, включая Россию, а также Азербайджан, Казахстан и др.;

СИЗ – средства индивидуальной защиты;

СОУТ – специальная оценка условий труда;

ФАС – Федеральная антимонопольная служба;

ФМБА – Федеральное медико-биологическое агентство;

ЧС – чрезвычайная ситуация

ВВЕДЕНИЕ

Распространение коронавируса COVID-19 затронуло большинство стран мира. Всемирная организация здравоохранения еще 11 марта 2020 года признала распространение коронавируса пандемией. Она затронула все сферы общественной жизни большинства государств. При этом важно оценить и то, как распространение коронавируса COVID-19 повлияло на само здравоохранения – прежде всего с точки зрения его возможности эффективно реагировать на ситуацию с распространением коронавируса.

При этом данная ситуация официально не признается эпидемией. Причин для этого несколько:

- несмотря на опасность распространения коронавируса COVID-19, его масштабы (по сравнению с другими заболеваниями, например, по сравнению с гриппом) относительно невелики;

- в силу того, что это заболевание выявлено недавно, эпидемиологический порог для COVID-19 не был определен;

- ситуация в различных субъектах Российской Федерации существенно различается.

Цель исследования:

Оценить влияние коронавируса COVID-19 на здравоохранение Российской Федерации

Задачи исследования:

1. Провести анализ рисков и угроз для нормального функционирования системы здравоохранения.

2. Провести анализ соответствия нормативной правовой базы с точки зрения эффективности решения задач здравоохранения в период прогрессирующего распространения коронавируса COVID-19.
3. Провести анализ эффективности и достаточности мер, направленных на обеспечение финансовой стабильности деятельности медицинских организаций.
4. Предложить меры по обеспечению финансовой стабильности деятельности медицинских организаций в период распространения коронавируса COVID-19 с учетом источников финансирования.
5. Дать предложения по совершенствованию нормативно-правовой базы финансового обеспечения здравоохранения.

ОСОБЕННОСТИ РАСПРОСТРАНЕНИЯ КОРОНАВИРУСА COVID-19 В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Оценка степени неожиданности появления нового коронавируса

Уровень заболеваемости COVID-19, превышающей обычный, регистрируемый уровень инфекционной заболеваемости, часто рассматривается как случайная непрогнозируемая ситуация, которую было невозможно было предвидеть. Однако это не совсем так.

Во-первых, сложно было предвидеть конкретную форму заболевания и конкретные сроки ее появления, но никак не риски появления эпидемий. Несколько вспышек опасных инфекций, зафиксированных в последние годы, должны были служить предостережением.

Во-вторых, в стратегическом документе, посвященном развитию российского здравоохранения, подобные риски были четко обозначены еще за полгода до официального признания появления нового коронавирусного заболевания. В Указе Президента Российской Федерации от 6 июня 2019 г. N 254 «О Стратегии развития здравоохранения в Российской Федерации на период до 2025 года» в числе угроз национальной безопасности в сфере охраны здоровья граждан были обозначены:

- риск осложнения эпидемиологической ситуации на фоне неблагоприятной ситуации в иностранных государствах по ряду новых и опасных инфекционных заболеваний;

- риск возникновения новых инфекций, вызываемых неизвестными патогенами, занос редких или ранее не встречавшихся на территории Российской Федерации инфекционных и паразитарных заболеваний, возникновение и распространение природно-очаговых инфекций, спонтанная зараженность возбудителями инфекций, возврат исчезнувших инфекций, преодоление микроорганизмами межвидовых барьеров;

- риск противоправного использования биологических и иных смежных технологий, осуществления опасной техногенной деятельности (в том числе с использованием генно-инженерных технологий), а также биологического терроризма.

В-третьих, государство должно быть готово к риску появления любых чрезвычайных ситуаций, включая эпидемии.

Поэтому важной является оценка готовности к противодействию распространения коронавируса.

Ситуация с коронавирусом в Российской Федерации в сопоставлении с основными европейскими странами и США

Анализ показывает, что несмотря на то, что в последнее время темпы роста первичной заболеваемости COVID-19 резко ускорились, Россия по-прежнему относится к числу стран, в которых число зарегистрированных заболевших относительно невелико.

На момент публикации доклада лидером по абсолютному количеству зарегистрированных заболеваний и умерших людей с COVID-19 являются США, на втором и третьем местах - Испания и Италия. Лидерство США частично можно объяснить большой численностью населения, но население Китая, где впервые было выявлено заболевание, в 4,3 раза больше, а по общему числу зарегистрированных и умерших последний только на 10 месте в мире, зато в числе лидеров по количеству выздоровевших пациентов (рис 1)¹²³. Именно поэтому более информативны относительные показатели.

Другими словами, важна оценка не только зарегистрированных заболевших и умерших от COVID-19 в абсолютном значении, но и в относительном – в расчете на 100 тыс. чел. населения.

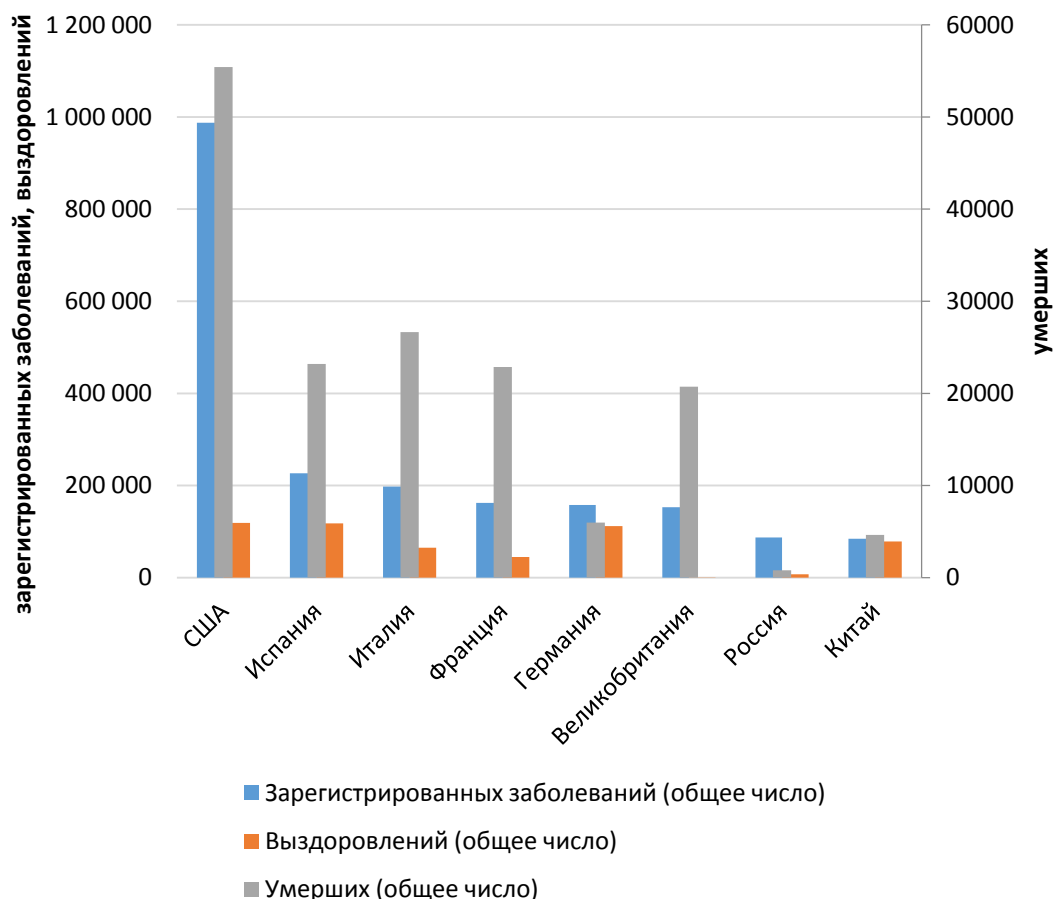


Рисунок 1. Сравнение зарегистрированных заболеваний, выздоровевших и умерших пациентов от COVID-19 в отдельных странах (абсолютное число) по состоянию на 26.04.2020 г.

¹ Historical population// OESD.Stat. [Электронный ресурс] URL: <https://stats.oecd.org/> (дата обращения: 26.04.2020)

² Оценка численности постоянного населения на 1 января 2020 года и в среднем за 2019 год// Федеральная служба государственной статистики. [Электронный ресурс] URL: <https://www.gks.ru/folder/12781> (дата обращения: 26.04.2020)

³ Мировая статистика случаев заражения коронавирусом// CORONAVIRUS (COVID-19). [Электронный ресурс] URL: <https://coronavirus-monitor.ru/> (дата обращения: 27.04.2020)

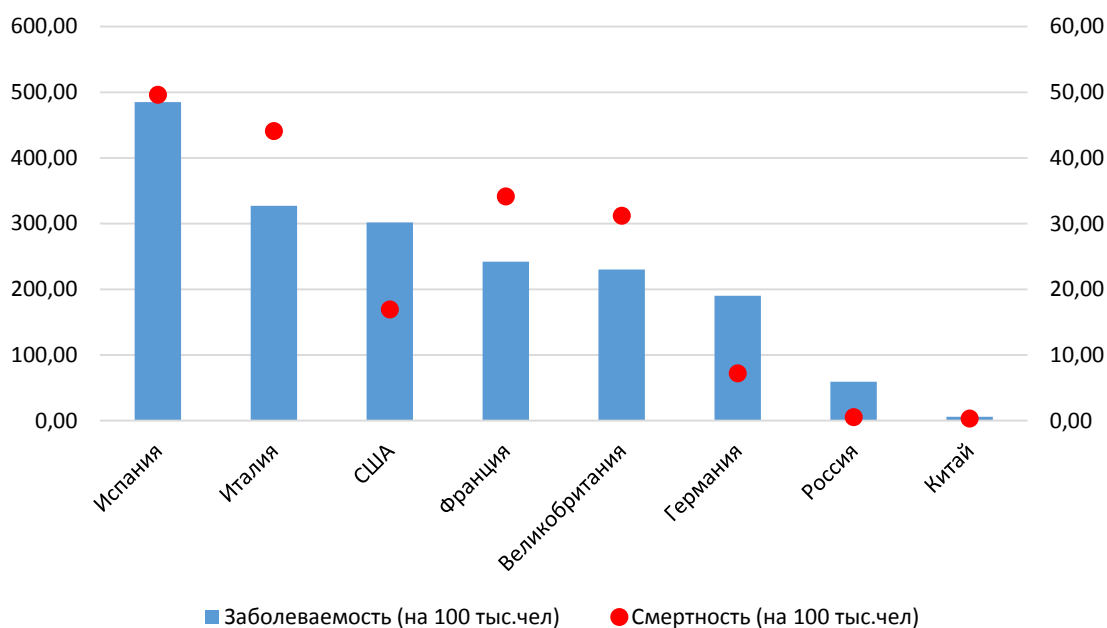


Рисунок 2. Сравнение заболеваемости и смертности населения от COVID-19 в отдельных странах (на 100 тыс. населения) по состоянию на 26.04.2020 г.

По уровню заболеваемости и смертности (100 тыс. населения) лидирует Испания (максимальные показатели), высокие показатели в Италии и США, несколько ниже заболеваемость во Франции. На этом фоне Россия выгодно отличается от других: заболеваемость в 8 раз меньше, чем в Испании, а смертность – почти в 92 раза меньше, и сопоставима с показателем Китая. Высокие показатели смертности при высоком уровне заболеваемости говорят о том, что происходит быстрое распространение заболеваемости (отсутствуют сдерживающие меры), тяжелое течение и не своевременное оказание специализированной медицинской помощи в стационарных условиях. Данные выводы подтверждаются высокими показателями летальности. Низкий уровень заболеваемости и низкие показатели смертности свидетельствуют о том, что работают сдерживающие меры по распространению инфекции (например, Китай, Россия), своевременное оказание специализированной медицинской помощи в стационарных условиях. Как правило показатели летальности в этих странах ниже – Россия (0,91%), Германия (3,79%), Китай (5,51%). Одной из причин низкой смертности может быть, в том числе, невысокое число случаев с тяжелым течением заболеваемости (рис.2, 3, 4).

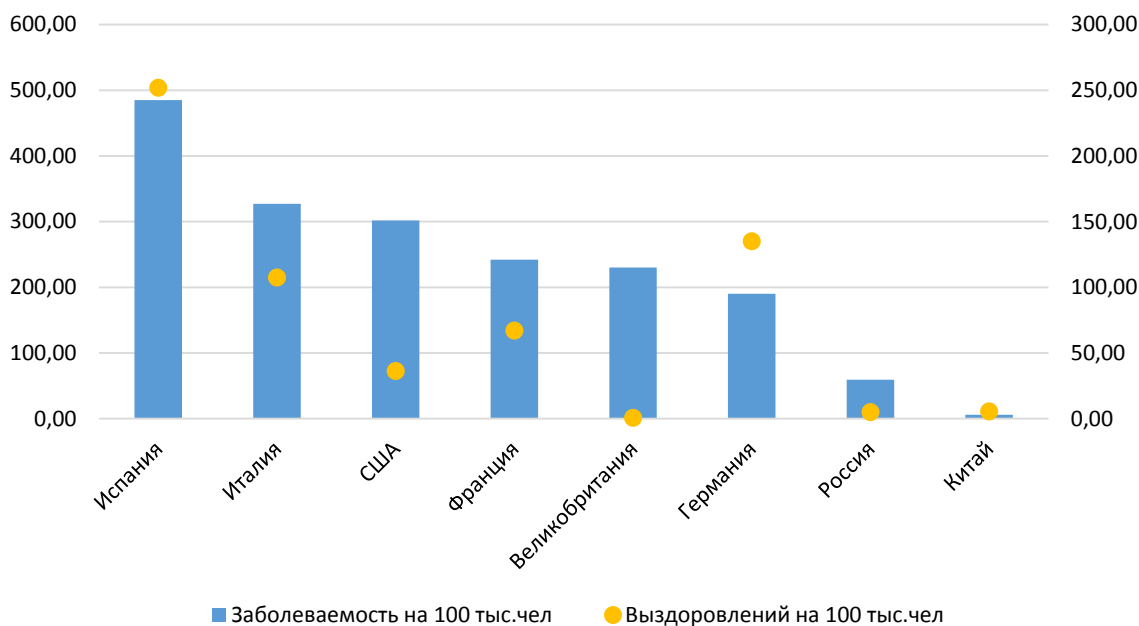


Рисунок 3. Сравнение заболеваемости и случаев выздоровлений от COVID-19 в отдельных странах (на 100 тыс. населения) по состоянию на 26.04.2020 г.

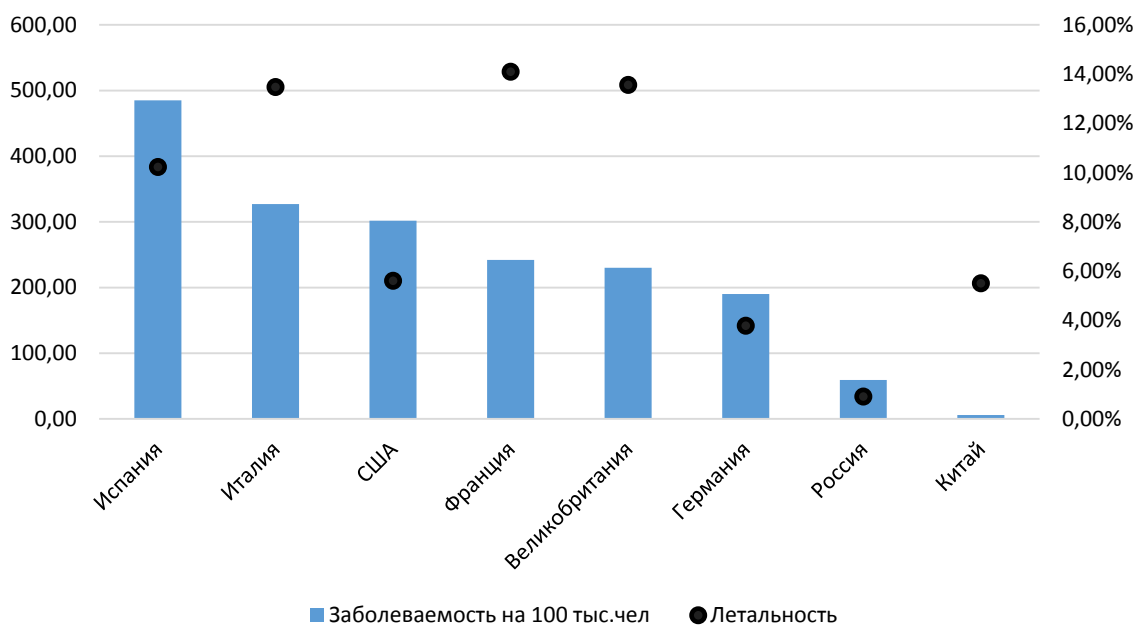


Рисунок 4. Сравнение заболеваемости населения и показателя летальности COVID-19 в отдельных странах (на 100 тыс. населения, %) по состоянию на 26.04.2020 г.

Причины относительно низкой заболеваемости коронавирусом COVID-19

Можно выделить следующие основные причины относительно низкой заболеваемости коронавирусом COVID-19 жителей России по сравнению со странами, в которых наблюдается высокий уровень заболеваемости:

1. Россия – самая большая по территории страна в мире, поэтому население достаточно сильно рассредоточено, что объективно снижает контакты людей между собой.
2. Относительно низкая мобильность российского населения по сравнению с населением европейских стран и США (большие расстояния, меньшая численность

- автомобилей в расчете на численность населения, не слишком хорошие дороги и т.д.).
3. Ограниченность въездных международных туристических потоков и маршрутов в России – они сконцентрированы в зимнее время, в основном в Москве и Санкт-Петербурге.
 4. Более низкая зарубежная туристическая активность населения России (в отличие от стран Евросоюза нужны визы и т.д.), снижающая масштабы завоза коронавируса COVID-19 в страну самими россиянами.
 5. Низкое развитие внутреннего туризма, особенно сильно заметное в зимнее время.
 6. Реализация в Российской Федерации программы по вакцинопрофилактике, включающей мероприятия (прививочные компании) по предупреждению распространения инфекционных болезней, в том числе и прививки БЦЖ. Высокий уровень вакцинации БЦЖ рядом экспертов оценивается как фактор, повышающий иммунитет и против коронавируса COVID-19. Однако достоверно такая связь в настоящее время научно не подтверждена.
 7. Существующие мощности и оснащённость стационаров позволяют оказать необходимую медицинскую помощь всем нуждающимся пациентам незамедлительно. Мы ещё не достигли такого уровня заболеваемости, когда растёт число умерших из-за отсутствия условий для оказания медицинской помощи (наличие реанимационных коек, ИВЛ и т.д.). Ввод в действие дополнительных инфекционных стационаров (перепрофилирование, строительство новых), а также их оснащение медицинским оборудованием, привлечение необходимых кадровых ресурсов обеспечивают своевременное оказание медицинской помощи с учётом роста заболеваемости.
 8. Организация работы амбулаторного звена - проведение работы по выявлению заболеваемости населения и принятие решения о лечении пациента, курации пациентов при лечении на дому.
 9. Достаточно эффективные меры властей по ограничению доступа коронавируса в страну.

Вопрос о причине относительно низкой заболеваемости в России тесно связан с методами выявления и регистрации COVID-19. Относительно низкую заболеваемость в России на первых этапах связывали с более низким охватом населения диагностическими тестами на COVID-19 по сравнению с другими странами. Однако, актуальные данные демонстрируют высокий уровень тестирований на коронавирус в Российской Федерации в расчете на 1 гражданина⁴.

Другая причина возможного занижения реального числа заболевших на первых этапах заключается в относительно низкой, по мнению ряда экспертов⁵, чувствительности некоторых диагностических тестов на COVID-19, то есть высокое число ложноотрицательных результатов. Это приводит к тому, что указывается другая причина смерти (например, атипичная пневмония).

Однако последние тесты показывают достаточно высокие результаты и этот фактор на данном этапе, на наш взгляд, не играет большую роль.

Безусловно, чем шире охват обследованиями, чем чувствительнее (точнее) тесты, тем ближе официальные цифры к фактическим. Тем не менее, число обследованных в России, как было показано выше, одно из самых высоких в мире, а данные о заболеваемости и смертности различаются в десятки раз. Несмотря на то, что погрешность статистики и умышленное искажение может иметь место, подобные различия трудно объяснить исключительно этими причинами. При этом скрыть причины смертности сложнее, чем заболеваемость. Элементарные расчеты показывают, что занижение числа

⁴ <https://www.statista.com/statistics/1109066/coronavirus-testing-in-europe-by-country/#statisticContainer>

⁵ <https://www.spb.kp.ru/daily/27115/4194129/>

заболевших неизбежно должно привести к высоким показателям летальности. У нас же это значение держится на уровне примерно 1%, что ниже, чем в большинстве стран.

Проиллюстрируем некоторые из вышеуказанных факторов конкретными цифрами.

Еще одним исследованным нами фактором является относительно высокий удельный вес сельского населения в России (по сравнению с высокоразвитыми странами Европы и США уровень урбанизации ниже), что не способствует быстрому распространению инфекций (рис.1). Теоретически, этот фактор должен был сыграть свою роль. Однако, анализ представленных данных на возможную корреляционную зависимость показал практически отсутствие связи ($r=-0,02$) между показателями количества зарегистрированных заболеваний на 1000 населения от доли сельского населения, и наличие слабой зависимости ($r=0,4$) между показателем количества заразившихся на 1000 населения и плотности населения страны.

Причина этого, на наш взгляд, заключается в том, что в европейских странах с высокой плотностью населения (и населенных пунктов), сельские населенные пункты имеют хорошую транспортную коммуникацию и расположены достаточно близко друг от друга и от городов (городков)

На рис.1. представлены данные по 10-ти странам, в которых наблюдается наибольшее число заразившихся вирусом лиц⁶, в сравнении с данными плотности и сельского населения в этих странах.

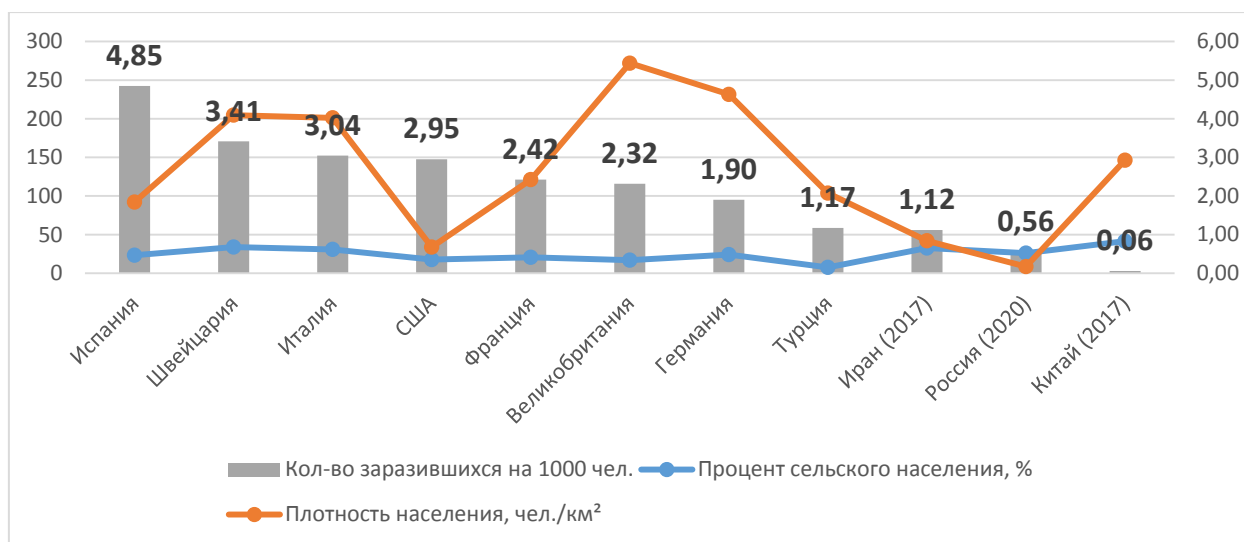


Рис. 1. Выборочные данные по 10-ти странам с наибольшим числом зарегистрированных заболеваний коронавирусом по состоянию на 26.04.2020 г.

В России ситуация (если брать в целом по стране) – другая. Население России намного сильнее рассредоточено, чем в других странах – плотность населения в 2017 году составляла 8,6 человек на 1 км², но распределено неравномерно (в Москве - 4834,3 человек на кв. км, а в Чукотском автономном округе – 0,1)⁷. Для сравнения плотность

⁶ Показатель рассчитан на основании данных о численности населения стран с сайта Организации экономического развития и сотрудничества <https://data.oecd.org/pop/population.htm>, и данных о числе заразившихся по странам по данным университета Джона Хопкинса с сайта <https://www.arcgis.com/apps/opsdashboard/index.html#/bda7594740fd40299423467b48e9ecf6> (дата обращения: 27.04.2020)

⁷ Численность населения Российской Федерации по муниципальным образованиям на 1 января 2017 года// Федеральная служба государственной статистики. [Электронный ресурс]. URL: http://old.gks.ru/wps/wcm/connect/rosstat_main/rosstat/ru/statistics/publications/catalog/afc8ea004d56a39ab251f2bafc3abfce (дата обращения: 09.04.2020)

населения в США – 33,8, Италии – 200,9, Соединённого Королевства – 271,9 человек на 1 км².⁸

Сильная корреляционная зависимость ($r=0,76$) между показателями плотности населения и количества зарегистрированных заболеваний на 1000 населения отмечена при анализе данных между субъектами Российской Федерации⁹.

Поэтому представляется, что этот фактор явился все-таки важным для России специфическим фактором с точки зрения сдерживания распространения коронавируса.

Внутренний и въездной туризм в России достаточно слабо развит по сравнению с другими странами (рис. 2, 3). В то же время уровень выездных поездок не на таком низком уровне, хотя и значительно ниже США (в 3,7 раз) - лидера по зарегистрированным заболевшим коронавирусом в настоящее время. Выездной туризм в России также менее интенсивен, чем в Великобритании и Италии – в 1,8 и 1,5 раз соответственно (рис. 4).

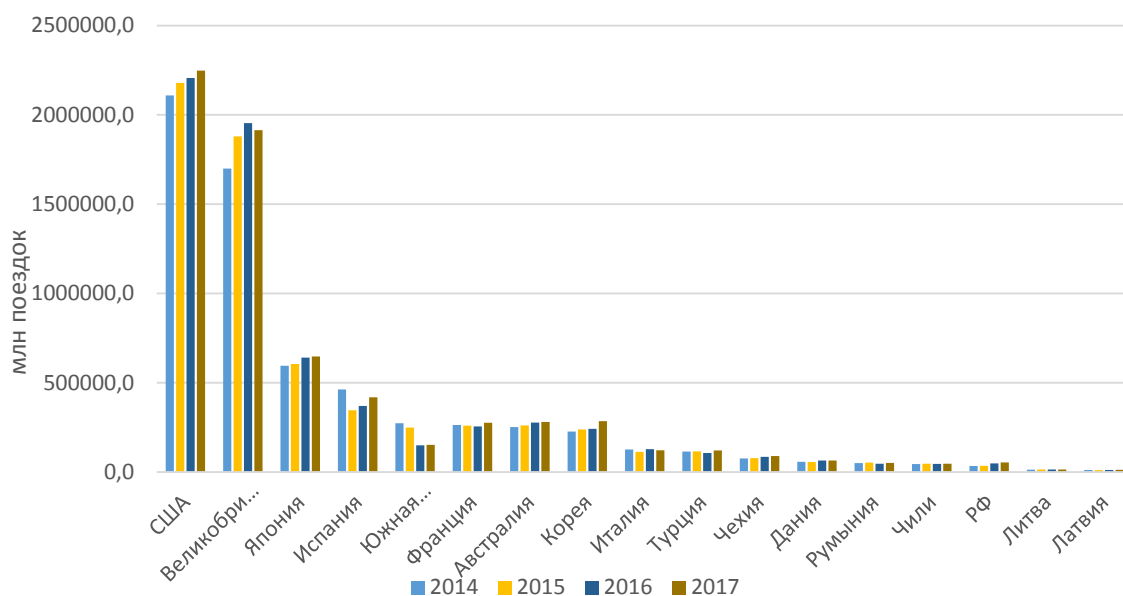


Рис. 2. Сравнительные данные о числе внутренних поездок по ряду стран¹⁰¹¹

⁸ Плотность населения// Статистическая база данных – Европейская экономическая комиссия ООН. [Электронный ресурс]. URL: <https://w3.unece.org/PXWeb/ru/Table?IndicatorCode=22> (дата обращения: 09.04.2020)

⁹ Оперативные данные о численности выявленных случаев заражения [Электронный ресурс]. URL: <https://стопкоронавирус.рф/#>, (дата обращения: 13.04.2020); данные о численности, плотности населения по субъектам Российской Федерации на 1 января 2020 года. [Электронный ресурс]. URL: http://www.statdata.ru/nasel_regions (дата обращения: 13.04.2020)

¹⁰ Domestic tourism// OECD.Stat. [Электронный ресурс]. URL: <https://stats.oecd.org/> (дата обращения: 09.04.2020)

¹¹ Численность размещенных граждан Российской Федерации за 2009-2017 гг.// Федеральное агентство по туризму. [Электронный ресурс]. URL: <https://www.russiatourism.ru/contents/statistika/statisticheskie-dannye-po-rg-2018/> (дата обращения: 09.04.2020)

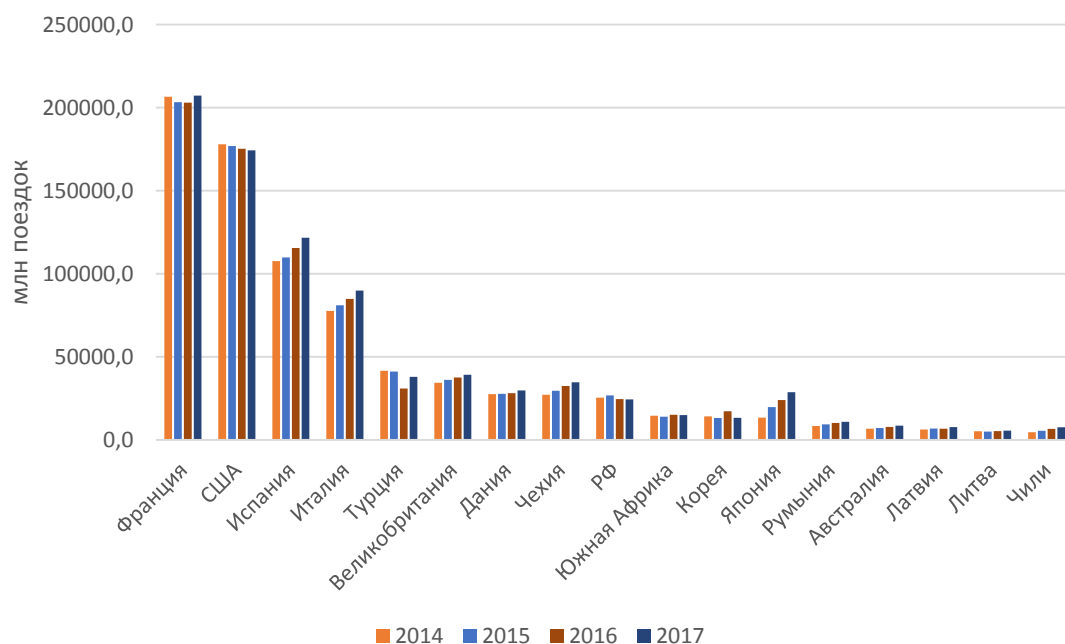


Рис. 3. Сравнительные данные о числе въездных поездок по ряду стран¹²

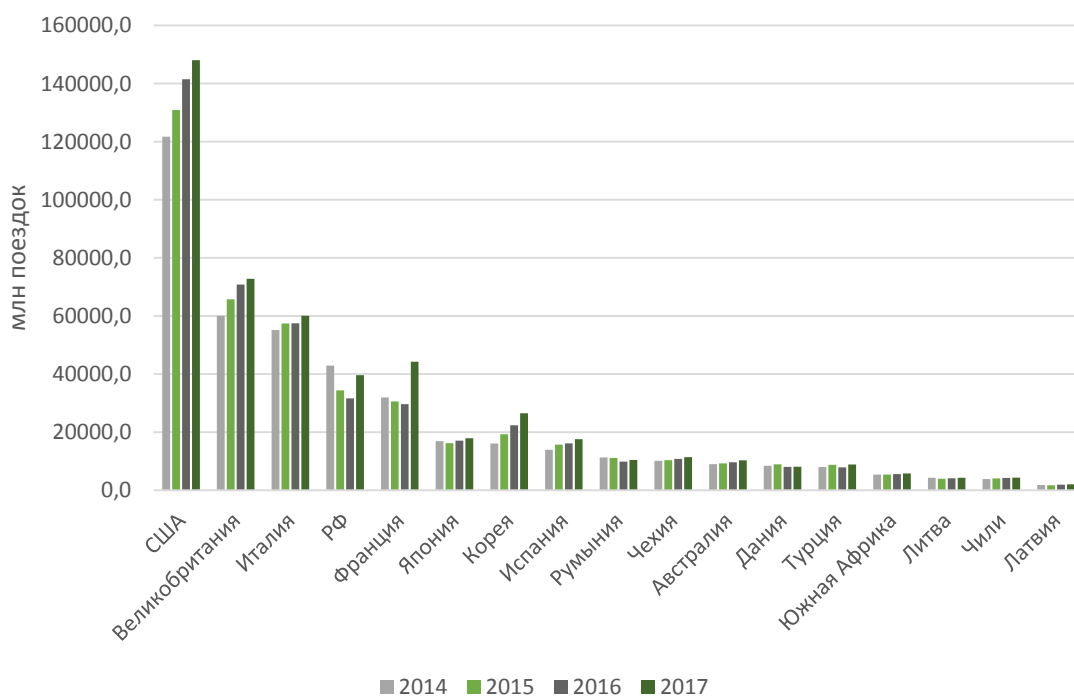


Рис. 4. Сравнительные данные о числе выездных поездок по ряду стран¹³

ФАКТОРЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА ЗДРАВООХРАНЕНИЕ В СВЯЗИ С РАСПРОСТРАНЕНИЕМ КОРОНАВИРУСА

Влияние коронавируса COVID-19 на финансовое обеспечение здравоохранения

¹² Inbound tourism// OECD.Stat. [Электронный ресурс]. URL: <https://stats.oecd.org/> (дата обращения: 09.04.2020)

¹³ Outbound tourism// OECD.Stat. [Электронный ресурс]. URL: <https://stats.oecd.org/> (дата обращения: 09.04.2020)

Влияние коронавируса COVID-19 на здравоохранение можно рассматривать в двух основных аспектах:

1. Влияние на здравоохранение экономического кризиса, вызванного коронавирусом COVID-19 (как социальной сферы, зависящей от наполняемости бюджетов, инфляции и т.д.).
2. Потребность здравоохранения в дополнительных ресурсах, направленных на борьбу с коронавирусом COVID-19 (как отрасли, напрямую задействованной в ликвидации заболевания).

Влияние на здравоохранение экономического кризиса, вызванного коронавирусом COVID-19

Целый ряд экспертных групп дал свои (достаточно пессимистичные) прогнозы по поводу кризиса, вызванного коронавирусом COVID-19, например:

- НИУ «Высшая школа экономики»¹⁴;
- Институт исследований и экспертизы ВЭБ.РФ.¹⁵

На наш взгляд, вполне возможна ситуация, когда основной урон экономике страны будет обусловлен не падением отечественного производства из-за распространения коронавируса, не затратами государства на борьбу с коронавирусом, не мерами поддержки экономики и населения, а негативным влиянием распространения коронавируса на экономики трех ключевых центров: США, Китай, Евросоюз. Именно их экономики пострадают из-за коронавируса более всего, что вызовет спад спроса и цен на основную импортируемую Россией продукцию. Как и в 2008-2010 годах, это будет не кризис экономики России, а кризис экономик развитых стран запада и Китая - кризис, влияющий на нашу экономику.

Фактически это означает, что основные потери мы понесем из-за недостаточно эффективных мер по обузданию коронавируса со стороны развитых западных стран.

Факторы, влияющие на финансовое положение медицинских организаций в условиях распространения коронавируса:

Можно выделить следующие факторы, влияющие на финансовое положение медицинских организаций в условиях распространения коронавируса:

- Кредиторская задолженность медицинских организаций прошлых периодов.
- Влияние на экономику и на здравоохранение падения цен на нефть.
- Проблемы со сбором бюджетных средств.
- Проблемы со сбором средств в системе обязательного медицинского страхования (ОМС).
- Провалы с доходами медицинских организаций по ОМС.
- Провалы с доходами медицинских организаций по платным услугам.
- Рост цен на товары, работ, услуги, потребляемые медицинскими организациями.

Кредиторская задолженность медицинских организаций прошлых периодов

Для оценки влияния экономического кризиса на экономику в целом и ее и отдельные отрасли, крайне важным является выявление «стартовой ситуации», наличие «запаса прочности» и т.д.

Нынешнюю экономическую ситуацию осложняет сохранение у многих государственных (муниципальных) учреждений кредиторской задолженности, сформировавшейся в прошлые годы.

¹⁴https://www.hse.ru/data/2020/03/31/1552628861/ИСП%20ВШЭ_Пандемия%20и%20социальное%20страхование_Discussion%20Paper_31032020.pdf

¹⁵<http://veorus.ru/%D1%81%D0%BE%D0%B1%D1%8B%D1%82%D0%B8%D1%8F/%D0%BD%D0%BE%D0%B2%D0%BE%D1%81%D1%82%D0%B8/ekonomisty-instituta-issledovaniy-i-ekspertizy-veb-rf-otsenili-poteri-ekonomiki-rossii-ot-koronavirusa/>

Начиная с 2014 года финансовое положение государственных (муниципальных) медицинских организаций значительно ухудшилось, что было вызвано в основном двумя причинами:

1). Дополнительные расходные обязательства медицинских организаций (не обеспеченные адекватным дополнительным финансовым обеспечением), связанные с необходимостью резкого повышения заработной платы медицинских работников в рамках «майских» Указов Президента 2012 года.

2). Резкий рост стоимости потребляемых медицинскими организациями ресурсов в результате введенных против нашей страны санкций и падения курса рубля по отношению к другим валютам.

В Бюллетене Счетной палаты № 2 (февраль) 2019 г. опубликован отчет о результатах экспертно-аналитического мероприятия «Анализ формирования в 2017 и 2018 годах и исполнения в 2017 году территориальных программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, включая их финансовое обеспечение».¹⁶

В отчете отмечается, что по итогам реализации Территориальных программ на 2017 год отмечаются значительные объем и рост кредиторской задолженности медицинских организаций.

Анализ аудиторами Счетной палаты субъектов Российской Федерации показал, что основные причины образования кредиторской задолженности следующие:

- недофинансирование территориальных программ за счет бюджетных ассигнований бюджетов субъектов Российской Федерации;
- низкие тарифы ОМС, которые не покрывают реальные затраты на оказание медицинской помощи.

Таким образом, Счетная палата подтвердила наличие финансовых проблем у государственных (муниципальных) учреждений.

Несмотря на то, что финансирование государственного здравоохранения в последние годы несколько увеличилось, кардинального улучшения не произошло. Это означает, что стартовые финансовые условия многих медицинских организаций к началу распространения коронавируса были достаточно сложными, не позволяющими им самостоятельно решить все задачи, связанные с борьбой с коронавирусом.

Влияние на экономику и на здравоохранение падения цен на нефть

Срыв договоренностей ОПЕК+ в 2020 году привел к резкому падению цен на нефть, что негативно сказывается на курсе отечественной валюты и на экономике страны в целом, которая сохраняет сильную зависимость от цен на энергоносители.

Результатом стало удорожание стоимости ресурсов, потребляемых отраслью – прежде всего – иностранного производства: лекарственных препаратов, медицинских изделий и т.д.

Тем не менее, последствия падения курса рубля во многом нейтрализуются тем, что государственные закупки к этому периоду были в основном проведены, что обеспечивает поступление ресурсов по заключенным контрактам по прежним ценам.

Кроме того, последние достигнутые договоренности стран ОПЕК+ создали предпосылку для стабилизации цен на нефть, хотя с учётом глубины падения спроса на неё и почти полного отсутствия свободных ёмкостей для её хранения, для восстановления прежнего уровня цен (или хотя бы приближения к ним) потребуется длительное время.

Влияние распространения коронавируса на дополнительные затраты, которые несет здравоохранение

Влияние коронавируса на затраты здравоохранения неоднозначно.

¹⁶ www.ach.gov.ru/activities/bulleten/bulletin-no-2-feb-2019.php

С одной стороны, появились явные новые расходы, связанные с закупкой автомобилей скорой помощи, диагностической аппаратуры, аппаратов ИВЛ, кислородного оборудования, средств индивидуальной защиты и т.д.

Однако значительную часть этих затрат можно рассматривать не как потери бюджета, а как инвестиции в отрасль, поскольку закупленные автомобили, томографы, анализаторы, аппараты ИВЛ, кислородные станции (концентраторы, рампы и т.д.) будут использоваться ещё несколько лет. Это же касается ряда других ресурсов. Важно и то, что многие направления закупок (автомобили скорой помощи и т.д.) совпадают с планировавшимися закупками в рамках Национального проекта «Здравоохранение».

С другой стороны, многие расходы в период карантинных мер даже снизились: сокращение плановой госпитализации и т.д. приводит к экономии на медикаментах, продуктах питания и т.д. Правда, падение это временное, и может в будущем обернуться ещё большей потребностью в них из-за прогнозируемого роста обострений, осложнений течения хронических заболеваний, лечение которых не осуществлялось в связи с приостановкой проведения профосмотров и диспансеризации, плановой медицинской помощи, из-за отказа от обращений в медицинские организации в связи с опасениями заражения коронавирусом самих пациентов и т.д.

Таким образом, не дополнительные расходы медицинских организаций и государства в целом в связи с коронавирусом следует рассматривать в качестве основной финансовой проблемы, а возможное снижение доходов бюджетов всех уровней (включая бюджет Федерального фонда обязательного медицинского страхования), а также самих медицинских организаций при необходимости поддержания штатов и инфраструктуры медицинских организаций.

Дополнительной группой затрат являются финансовые затраты, связанные с перепрофилированием коечного фонда, которые делятся на три основные группы:

1. Средства, необходимые для оснащения медицинских организаций оборудованием, средствами индивидуальной защиты (СИЗ) усиленного класса и т.д. в целях оказания медицинской помощи больным с новой коронавирусной инфекцией COVID-19;
2. Средства, необходимые для содержания медицинских организаций в период перепрофилирования медицинских организаций (когда медицинская помощь не оказывается и доходы не поступают);
3. Средства, необходимые для содержания коечного фонда в условиях режима ожидания или неполной загрузки, когда доходы отсутствуют или поступают лишь в частичном объеме.

С точки зрения оценки возможности оптимизации, экономии расходов со стороны медицинских организаций можно выделить три группы расходов:

1. Инвестиционные вложения (приобретение дорогостоящего оборудования, капитальные ремонты и т.д.). Традиционно такие расходы сокращаются в первую очередь. Но подобные временные сокращения лишь опосредованно влияют на доступность и качество медицинской помощи (за исключением случаев замены вышедшего из строя оборудования, но и в этих случаях обычно имеется возможность выполнить исследования в других медицинских организациях).
2. Переменные (условно-переменные) затраты, напрямую зависящие от объемов оказания медицинской помощи (лекарственные препараты, продукты питания и т.д.). Эти виды затрат при сокращении объемов медицинской помощи тоже сокращаются. Поскольку предполагается, что снижение плановой медицинской помощи является временным, приобретенные ресурсы не исчерпают срок годности и не будут отнесены к потерям.
3. Постоянные (условно-постоянные расходы) – расходы не зависящие или слабо зависящие от объемов оказанных услуг. Это прежде всего арендные платежи,

оплата коммунальных услуг, содержание административно-управленческого персонала, расходы на зарплату, не связанные с объемом оказанных услуг.

Таким образом, основной проблемой для медицинских организаций на современном этапе является наличие постоянных (условно-постоянных расходов). Их экономия является наиболее сложной задачей, а зачастую (в части затрат на отопление и т.д.) – нерешаемой. Поэтому-то несмотря на снижение объемов оказываемой медицинской помощи (за счет сокращения плановой помощи и т.д.) необходима поддержка медицинских организаций для получения ими планового объема финансирования (или близкого к нему).

Рост расходов медицинских организаций на оказание отложенной медицинской помощи, а также в связи с ожидаемым обострением хронических заболеваний будет оценён позже.

Оценка достаточности принимаемых мер по финансовой поддержке повышения готовности медицинских организаций и предложения по дополнительным мерам

Правительство разработало целый пакет мер, направленных на обеспечение готовности медицинских организаций к оказанию помощи пациентам, заразившимся коронавирусной инфекцией. Это касается, в частности дополнительного оснащения медицинских организаций, призванных заниматься лечением данного заболевания, средствами индивидуальной защиты, оборудованием и т.д. Прежде всего при создании или перепрофилирования соответствующего коечного фонда.

Так, в соответствии с Распоряжением Правительства РФ от 27.03.2020 № 748-р в 2020 году Минфину России выделены средства из резервного фонда Правительства Российской Федерации на предоставление бюджетам субъектов Российской Федерации дотаций на поддержку мер по обеспечению сбалансированности бюджетов субъектов Российской Федерации в размере 33,44 млрд. рублей на оснащение (переоснащение) дополнительно создаваемого или перепрофилируемого коечного фонда медицинских организаций, подведомственных органам исполнительной власти субъектов Российской Федерации в сфере охраны здоровья и местным администрациям муниципальных образований, для оказания медицинской помощи пациентам с новой коронавирусной инфекцией в соответствии с общими требованиями к оснащению коек для пациентов с новой коронавирусной инфекцией, утвержденными Минздравом России.

Распоряжением Правительства от 17 апреля 2020 года №1049-р выделено ещё 32,4 млрд.руб.:

- на оснащение (переоснащение) дополнительно создаваемого, перепрофилируемого и (или) модернизируемого коечного фонда медицинских организаций, подведомственных органам исполнительной власти субъектов Российской Федерации в сфере охраны здоровья и местным администрациям муниципальных образований, в соответствии с минимальными требованиями к осуществлению медицинской деятельности, направленной на профилактику, диагностику и лечение новой коронавирусной инфекции;
- на проведение работ по обеспечению системой централизованного снабжения медицинскими газами (кислородом) дополнительно создаваемого, перепрофилируемого и (или) модернизируемого коечного фонда медицинских организаций, подведомственных органам исполнительной власти субъектов Российской Федерации в сфере охраны здоровья и местным администрациям муниципальных образований, в соответствии с минимальными требованиями к осуществлению медицинской деятельности, направленной на профилактику, диагностику и лечение новой коронавирусной инфекции;
- на обеспечение медицинских и иных работников структурных подразделений медицинских организаций, подведомственных органам исполнительной власти субъектов Российской Федерации в сфере охраны здоровья и местным администрациям муниципальных образований, средствами индивидуальной защиты в соответствии с

минимальными требованиями к осуществлению медицинской деятельности, направленной на профилактику, диагностику и лечение новой коронавирусной инфекции; - на оснащение (переоснащение) медицинских организаций, подведомственных органам исполнительной власти субъектов Российской Федерации в сфере охраны здоровья и местным администрациям муниципальных образований, в соответствии с порядками оказания медицинской помощи по профилям "анестезиология и реаниматология", "пульмонология" при инфекционных заболеваниях.

Отдельно выделяются средства для таких ведомств, как ФМБА и т.д.

Приняты и разрабатываются и другие меры финансового характера, ряд из которых будет рассмотрен отдельно.

С учетом нынешнего уровня распространения коронавируса в стране данные меры можно считать адекватными и работающими в значительной мере (для большинства регионов) на опережение.

Однако при более негативном сценарии развития заболевания потребуются дополнительные ресурсы для непосредственной поддержки здравоохранения.

Меры по регулированию цен на лекарственные средства

Утвержденные 26.03.2020 г. поправки в Федеральный закон N 61 "Об обращении лекарственных средств" от 12.04.2010¹⁷ позволят Правительству России контролировать цены в тех случаях, когда есть чрезвычайная ситуация, угроза возникновения и распространения инфекционных заболеваний, и в случае, если в течение 30 дней происходит необоснованный рост цен более чем на 30%, с предварительным решением Правительства о проведении мониторинга. Это позволит Правительству РФ при возникновении ЧС и угрозе распространения заболеваний, представляющих опасность для окружающих, устанавливать на 90 дней предельно допустимые цены на лекарства и медицинские изделия, которые официально не включены в перечень жизненно важных, но по факту становятся таковыми при определенных угрозах.

Был снят ряд ограничений, связанных с импортозамещением, например, запреты на ввоз в страну ряда лекарственных препаратов, продуктов питания и т.д.

Предпринимаются и другие меры по контролю за уровнем цен, что в целом является правильным.

Оценка достаточности принимаемых мер и предложения по дополнительным мерам

В целом принятые меры можно считать оправданными, однако, недостаточными.

Меры по контролю за уровнем цен ориентированы на относительно длительную перспективу и не достаточно оперативны. Например, стала распространенной практика приобретения средств индивидуальной защиты (СИЗ) перекупщиками с многократным завышением цен и т.д. При этом нередко наиболее крупные традиционные покупатели медицинских масок и т.д., не могут их получить. В этих условиях необходимо принять законодательные меры по ограничению на определенный период посредничества (числа посредников в цепочках и т.д.) в отношении определенных групп товаров, необходимых для предотвращения распространения и лечения COVID-19.

Кроме того, наш взгляд, следует временно закрепить за наиболее крупными производителями СИЗ и т.д., дистрибьютерские компании, ранее являвшиеся их основными покупателями и поставщиками на оптовый рынок, в медицинские организации, ограничив тем самым торговлю СИЗ данных производителей иными (особенно вновь появляющимися) торговыми организациями.

При этом необходимо усилить работу ФАС, а также правоохранительных органов, направленную на предотвращение спекуляций в этой сфере.

¹⁷ Законопроект №913136-7 <https://sozd.duma.gov.ru/bill/913136-7>

При этом необходимо не допускать и чрезмерного регулирования цен, неизбежным последствием которого (если оно не будет учитывать рост цен производителей и т.д.), может стать появление дефицита по определенным группам товаров медицинского назначения. Поэтому более оправданным является стимулирование (организация) их производства на территории России, чем Правительство России как раз и занимается в настоящее время.

Проблемы с наполнением бюджетов всех уровней

Распространение коронавируса объективно нанесло серьезный урон мировой и российской экономике, сопоставимый, а возможно, и превосходящий урон, связанный с мировым экономическим кризисом 2008-2010 годов. При этом мы не склонны драматизировать ситуацию – мы не считаем, что кризис может превзойти великую депрессию в США конца 20-х годов XX века. Предпосылок для этого в настоящее время нет.

Отметим лишь некоторые факторы, влияющие на наполнение бюджетов всех уровней, от которых зависит бюджетная составляющая финансового обеспечения здравоохранения:

- сокращение ВВП в связи с сокращением или остановкой производства (особенно в таких сферах туризм, транспорт, сфера общественного питания и т.д.). С учётом длительного периода нерабочих дней в апреле, в той или иной мере пострадали все отрасли экономики;
- снижение прибыли организаций и сбора соответствующих налогов;
- резкое сокращение доходов от импорта не только нефти, но и газа, а также других ресурсов (металлы и т.д.) в связи со снижением спроса и цен на них из-за спада производства в большинстве стран мира;
- снижение торгового оборота (и соответствующее снижение НДС и т.д.);
- отсрочка уплаты налогов и т.п.;
- сокращение доходов (зарплаты и т.д.), влияющие на НДФЛ, на сокращение спроса на товары, и соответственно, производства и т.д.

Дополнительные расходы государства на предотвращение распространения коронавируса и ликвидацию его последствий

Следует отметить и дополнительные расходы бюджетов:

- дополнительные расходы непосредственно на здравоохранение;
- меры по поддержке бизнеса;
- меры по поддержке населения - увеличение размеров социальных выплат, повышение минимального размера оплаты больничных листов до уровня МРОТ (12130 руб.) и т.д.;
- и т.п.

В числе мер, направленных на поддержку бизнеса можно отметить:

- Постановление Правительства РФ от 02.04.2020 N 409 "О мерах по обеспечению устойчивого развития экономики";
- Постановление Правительства РФ от 3 апреля 2020 года N 434 «Об утверждении перечня отраслей российской экономики, в наибольшей степени пострадавших в условиях ухудшения ситуации в результате распространения новой коронавирусной инфекции»;
- введение моратория на проверки, штрафы и т.д.

Оценка достаточности мер и предложения

Хотя детальный анализ мер по поддержке бизнеса не относится к нашим задачам, тем не менее, отметим следующее. Принятые меры по поддержке бизнеса достаточно объемны и разносторонни. Однако даже беглый анализ показывает, что эти меры:

- не всегда сопоставимы с размерами понесенного определенными сферами бизнеса ущерба;
- не охватывают все организации, понесшие потери;
- не всегда реализуемы на практике из-за, на первый взгляд, несущественных условий, требований и т.д.;
- нередко натываются на прямое или косвенное противодействие (что особенно хорошо было видно с точки зрения сопротивления со стороны банков в вопросах кредитования, поскольку для них эти меры зачастую оказываются невыгодными).

Необходимо отметить и то, что предпринимаемые государством меры финансового характера не сопоставимы с объемами мер поддержки национального бизнеса развитых западных стран. Однако и потери от коронавируса у нас также значительно ниже.

Поэтому необходимо обеспечение более адресного характера принимаемых мер поддержки и их расширения в случае ухудшения эпидемиологической и экономической ситуации.

Влияние распространения коронавируса на реализацию Национальных проектов

Одним из ожидаемых последствий ухудшения финансовой ситуации в стране является пересмотр параметров Национальных проектов, включая «Здравоохранение» и «Демография».

Однако, на фоне повышения значимости здравоохранения в обществе, а также с учетом того, что часть расходов по этим проектам совпадает с нынешними расходами на борьбу с коронавирусом, очевидно, не стоит ожидать жесткого урезания расходов на здравоохранение.

Проблемы со сбором средств в системе обязательного медицинского страхования

Основным источником финансового обеспечения здравоохранения в настоящее время являются средства обязательного медицинского страхования (ОМС), которые составляют 62%¹⁸ от общих поступлений в отрасль. Поэтому, прежде всего нужен анализ поступления средств через систему ОМС.

Основным источником средств ОМС являются взносы в Федеральный фонд ОМС (ФОМС) в размере 5,1 % от фонда оплаты труда. В нынешней ситуации объективно происходит снижение поступления страховых взносов. Основными причинами этого являются:

- Сокращение численности работников из-за приостановки (прекращения и т.д.) производства;
- Снижение уровня зарплат работников в связи с простоями и т.д.;
- Отпуска за свой счет значительной части работников и т.д.;
- Отсрочка уплаты страховых взносов в Федеральный фонд обязательного медицинского страхования;
- Снижение ставки страховых взносов с 30 до 15% для части плательщиков (малый и средний бизнес);
- Рост доли «серых» зарплат, с которых не платятся налоги и взносы и т.д.

Все это приводит к необходимости поиска мер по компенсации выпадающих доходов.

Меры противодействия и оценка достаточности предпринимаемых мер

Федеральный закон от 1 апреля 2020 года N 98-ФЗ: «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации по вопросам предупреждения и

¹⁸ Сборник Росстата «Здравоохранение России 2019». // Федеральная служба государственной статистики. [Электронный ресурс]. URL: https://gks.ru/bgd/regl/b19_34/Main.htm (дата обращения: 13.04.2020)

ликвидации чрезвычайных ситуаций» (далее – Федеральный закон № 98-ФЗ) внес изменения в том числе и в Федеральный закон от 29 ноября 2010 года № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» (далее - Федеральном законе № 326-ФЗ). В частности, часть 4 статьи 26 дополнена пунктом 6¹, в соответствии с которой к доходам бюджетов территориальных фондов теперь стали дополнительно относиться межбюджетные трансферты, передаваемые из бюджета субъекта Российской Федерации, источником финансового обеспечения которых являются средства федерального бюджета, предоставляемые субъекту Российской Федерации на дополнительное финансовое обеспечение медицинских организаций в условиях чрезвычайной ситуации и (или) при возникновении угрозы распространения заболеваний, представляющих опасность для окружающих.

Это означает возможность прямой финансовой поддержки Территориальных фондов ОМС из бюджета. Ранее это было возможно лишь путем расширения видов и объемов медицинской помощи, включаемой в территориальную программу ОМС сверх базовой программы ОМС.

На наш взгляд, эти меры являются безусловно правильными, но не достаточными.

Во-первых, поддержка предоставляется регионам, а не Федеральному фонду ОМС. На первый взгляд, нет особой разницы – все равно средства ОМС направляются в регионы. Тем не менее, имеется принципиальный момент. В соответствии со статьей 18 Федерального закона «Об обязательном пенсионном страховании в Российской Федерации» дефицит бюджета Пенсионного фонда Российской Федерации компенсируется Пенсионному фонду за счет средств Федерального бюджета.

В отношении же системы ОМС в Федеральном законе № 326-ФЗ аналогичного положения нет. Нынешняя ситуация ярко продемонстрировала необходимость законодательного закрепления положения о покрытии дефицита бюджета Федерального фонда ОМС за счет средств Федерального бюджета. Фактически это означает, что пока государство отвечает по обязательствам системы ОМС только в пределах бюджета Федерального фонда ОМС, который в кризисных ситуациях испытывает дефицит средств.

Во-вторых, не предусматривается возможность прямой финансовой поддержки территориальных фондов ОМС за счет средств региональных бюджетов – в соответствии с внесенными изменениями поддержка из бюджета теперь возможна, но только за счет средств федерального бюджета (передаваемых субъектам Российской Федерации).

В соответствии с действующим законодательством об ОМС дополнительные финансовые вливания в территориальные фонды непосредственно из бюджетов субъектов Российской Федерации возможны только при установлении в территориальных программах обязательного медицинского страхования дополнительных объемов страхового обеспечения по страховым случаям, установленным базовой программой обязательного медицинского страхования, а также дополнительных видов и условий оказания медицинской помощи, не установленных базовой программой обязательного медицинского страхования.

Представляется, что для ситуаций, аналогичных нынешней, необходимо законодательно разрешить прямую поддержку территориальных фондов за счет средств региональных бюджетов и без расширения территориальных программ ОМС по сравнению с базовой.

Выпадающие доходы медицинских организаций по обязательному медицинскому страхованию

Финансовой угрозой для медицинских организаций, работающих в системе ОМС является не только риск недополучения средств в фонды ОМС, но и недополучение медицинскими организациями средств ОМС даже при их наличии в территориальных фондах ОМС. Причинами такой ситуации являются следующие факторы:

- Приостановка проведения диспансеризации и профосмотров.

- Приостановка выплат стимулирующего характера за выявление онкологических заболеваний в ходе профосмотров и диспансеризации, которые приостанавливаются.
- Сокращение объемов плановой медицинской помощи.
- Сокращение объемов диагностических исследований, оплачиваемых отдельно.
- Проблемы с межтерриториальными расчетами.
- и т.д.

Влияние на финансовое обеспечение медицинских организаций приостановки проведения диспансеризации и профилактических осмотров

Распоряжением Правительства РФ от 21.03.2020 N 710-р в целях обеспечения охраны здоровья населения и нераспространения новой коронавирусной инфекции (COVID-19) на территории Российской Федерации временно приостановлено проведение всероссийской диспансеризации взрослого населения, предусмотренной в соответствии с распоряжением Правительства Российской Федерации от 27 июня 2019 г. N 1391-р. Речь идет о временном приостановлении проведения профилактических медицинских осмотров и диспансеризации определенных групп взрослого населения в медицинских организациях, участвующих в реализации территориальных программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

Аналогичное положение содержится в Постановлении Правительства от 3 апреля 2020 г. № 432 «Об особенностях реализации базовой программы обязательного медицинского страхования в условиях возникновения угрозы распространения заболеваний, вызванных новой коронавирусной инфекцией» (далее – Постановление № 432). В нем говорится: «Приостанавливается проведение профилактических мероприятий в части диспансеризации, в том числе пребывающих в стационарных организациях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, а также детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство) в приемную или патронатную семью, и профилактических медицинских осмотров граждан, в том числе несовершеннолетних».

В первую очередь, это решение негативно сказывается на медицинских организациях, работающих в системе ОМС и имеющих приписное население. Приостановление диспансеризации и профосмотров может привести к недополучению этими медицинскими организациями порядка 50 млрд. руб.

Дело в том, что эти медицинские организации только часть средств получают по подушевому нормативу. Остальные средства они получают на содержание ФАПов (при их наличии), за проведение диспансеризации и профосмотров, выполнение отдельно оплачиваемых видов диагностических исследований и т.д.¹⁹

Приостановка диспансеризации и профосмотров автоматически приводит к недополучению средств амбулаторно-поликлиническими учреждениями, имеющими прикрепленное население, а также другими медицинскими организациями, принимающими участие в этих мероприятиях.

Выплаты стимулирующего характера за впервые выявленные онкологические заболевания автоматически тоже приостанавливаются, поскольку они выплачиваются только за впервые выявленные онкологические заболевания в ходе диспансеризации и профосмотров определенных контингентов населения. Это тоже причина недополучения средств медицинскими организациями, работающими в системе ОМС – средства в размере порядка 1,2 млрд. руб. не включаются в субвенции, передаваемые Федеральным фондом ОМС и остаются в составе нормированного страхового запаса Федерального фонда.

¹⁹ Письмо Минздрава России N 11-7/и/2-11779, ФФОМС N 17033/26-2/и от 12.12.2019 "О методических рекомендациях по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования"

Для системы ОМС – это сэкономленные средства, а для конкретных медицинских организаций – недополученные средства.

Меры противодействия потере доходов медицинских организаций из-за приостановки проведения профосмотров и диспансеризации:

Постановление № 432 действует до конца 2020 года. Это означает, что если ситуация не улучшится в ближайшее время, рассматриваемые профилактические мероприятия в 2020 году проводиться не будут и медицинские организации недополучат, как мы указали выше, порядка 50 млрд рублей до конца текущего года, которые, по логике, будут представлять собой экономию средств ОМС. Однако, к сожалению, эта экономия не всегда будет реальной в силу как сложностей со сбором страховых взносов, так и того, что бюджеты территориальных фондов ОМС являются дефицитными.

В соответствии с Постановлением № 432, оплата первичной медико-санитарной помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, осуществляется по подушевому нормативу финансирования медицинской организации на прикрепившихся лиц с учетом приостановления профилактических мероприятий.

Это дает основания для пересмотра в субъектах Российской Федерации размера подушевых нормативов в сторону увеличения путем включения сумм, которые ранее предусматривались для оплаты оказанных услуг в форме профосмотров и диспансеризации в состав подушевых нормативов.

В ряде субъектов РФ подобные решения уже приняты.

- В Республике Тыва увеличено финансирование городских, республиканских и районных поликлиник: сумма, которую учреждение будет получать из системы ОМС ежемесячно, вне зависимости от объема оказанной помощи, на весь период новой коронавирусной инфекции, с учетом высвободившихся средств в связи с временным приостановлением проведения предусмотренных распоряжением Правительства Российской Федерации от 27.06.2019г. № 1391-р Всероссийской диспансеризации взрослого населения Российской Федерации и профилактических медицинских осмотров.
- В Самарской области за счет временной отмены диспансеризации и профилактических осмотров взрослых в медицинских амбулаторных организациях распределят более 265 млн. рублей. Эта мера позволит поддержать первичное звено медиков, на которых легла основная нагрузка по профилактике и выявлению COVID-19.
- В Свердловской области будет увеличено финансирование областных поликлиник: сумма, которую учреждение получает из системы ОМС ежемесячно, вне зависимости от объема оказанной помощи».

Необходимо, чтобы подобные меры были приняты во всех субъектах Российской Федерации.

«Перегибы» с приостановкой профосмотров

Распоряжение Правительства РФ от 21.03.2020 N 710-р касается приостановления проведения Всероссийской диспансеризации взрослого населения Российской Федерации, которое, в свою очередь, осуществлялось в соответствии с распоряжением Правительства РФ от 27.06.2019 N 1391-р. Речь идет о проведении в установленном порядке профилактических медицинских осмотров и диспансеризации определенных групп взрослого населения в медицинских организациях, участвующих в реализации территориальных программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

Поэтому Распоряжение Правительства № 710-р не приостанавливало ни периодических профосмотров, ни профосмотров в частных медицинских организациях.

Минздрав России в приказе от 19 марта 2020 года N 198н «О временном порядке организации работы медицинских организаций в целях реализации мер по профилактике и снижению рисков распространения новой коронавирусной инфекции COVID-19» предписал приостановку проведения профилактических медицинских осмотров и диспансеризации без указания – каких именно. Это и создало проблемы – большинство медицинских организаций приостановили проведение всех профосмотров.

Тем не менее, обращаем внимание на то, что в приказе № 198н говорится о приостановке профосмотров и диспансеризации только в отношении медицинских организаций и их структурных подразделений, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях и условиях дневного стационара. Иные медицинские организации (стационарные и т.д.) по-прежнему имеют право заниматься проведением предварительных профосмотров.

Это же касается и частных медицинских организаций – предварительный профосмотр многие из них продолжают проводить.

Тем не менее, очевидно, что неоднозначные формулировки приказа № 198н привели к возникновению серьезных проблем у многих работодателей, которые сейчас активно рассматриваются на всех уровнях.

Уже достаточное время эта проблема не решается.

Минтруд России по этому поводу выпустил письмо от 10.04.2020 N 15-2/10/В-2842, в котором полагает, что запреты не должны касаться проверки здоровья работников, деятельность которых связана:

- с производством, хранением, транспортировкой и реализацией пищевых продуктов и питьевой воды;
- воспитанием и обучением детей;
- коммунальным и бытовым обслуживанием населения;
- работами на высоте;
- занятостью на рабочих местах с классом условий труда 3.3 и 3.4.

Также, по мнению Минтруда нельзя обойтись без медосмотров в начале, в течение или в конце рабочего дня либо смены. Во всех остальных случаях ГИТ не должен штрафовать за допуск к работе без медосмотров, проведение которых в субъекте РФ ограничено.

Возможные финансовые последствия от приостановки оказания плановой медицинской помощи

Сокращение объемов плановой медицинской помощи оказывает негативное влияние, прежде всего, на медицинские организации, оказывающие в рамках ОМС специализированную медицинскую помощь, то есть на стационары.

При этом в сложившейся ситуации недопустимо идти по стандартному пути «оптимизации» путем сокращения кадров и т.д.

Кроме того, в каждой медицинской организации имеются постоянные (условно-постоянные) расходы, которые не зависят (или почти не зависят) от объемов медицинской помощи (аренда, затраты на отопление и т.д.).

Поэтому необходимы механизмы по поддержке медицинских организаций, вынужденных сократить объемы плановой медицинской помощи.

Меры противодействия потере доходов медицинских организаций из-за сокращения объемов плановой медицинской помощи

В соответствии с Федеральным законом N 98-ФЗ часть 6 статьи 26 Федерального закона от 29 ноября 2010 года N 326-ФЗ "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации" («В составе расходов бюджета территориального фонда формируется нормированный страховой запас, включающий средства») дополнена пунктом 5 следующего содержания:

«5) для финансового обеспечения мер по компенсации медицинским организациям недополученных доходов в связи с сокращением объемов медицинской помощи, установленных территориальной программой обязательного медицинского страхования, в условиях чрезвычайной ситуации и (или) при возникновении угрозы распространения заболеваний, представляющих опасность для окружающих.»

Статья 26 дополнена частью 6⁷ следующего содержания:

«6⁷. Средства нормированного страхового запаса территориального фонда на цели, указанные в пункте 5 части 6 настоящей статьи, предоставляются территориальным фондом медицинским организациям, оказывающим медицинскую помощь в соответствии с территориальными программами обязательного медицинского страхования, включенным в перечень, утверждаемый высшим должностным лицом субъекта Российской Федерации (руководителем высшего исполнительного органа государственной власти субъекта Российской Федерации). Указанные средства предоставляются медицинским организациям на основании соглашения, типовая форма и порядок заключения которого утверждаются уполномоченным федеральным органом исполнительной власти.»

С 25 апреля вступают в силу изменения в приказа Минздрава России от 28.02.2019 № 108н "Об утверждении Правил обязательного медицинского страхования" (далее – Правила ОМС), которые предусматривают возможность без внесения изменений в договоры увеличить размер авансирования страховых и медицинских организаций до 100% от среднемесячных объемов финансового обеспечения, предусмотренного в рамках реализации территориальных программ ОМС, и до 50% медицинским организациям, в рамках межтерриториальных расчетов.

Оценка достаточности принимаемых мер и предложения по их расширению

Данные меры, прямо предусмотренные последними изменениями в законодательстве об ОМС, безусловно, можно оценивать в качестве положительных, направленных на решение возникающих финансовых проблем.

Однако в связи с отсутствием четкого механизма реализации, они могут оказаться недостаточными иметь своим результатом и негативные последствия.

В качестве рисков можно назвать следующие:

1. Использование утвержденных в конце 2019 года средств нормированного страхового запаса территориального фонда бюджетов территориальных фондов в качестве лимита (то есть максимального размера) средств.

Как известно, общий размер средств нормированного страхового запаса территориального фонда и цели их использования устанавливаются законом о бюджете территориального фонда в соответствии с Приказом ФОМС от 27 марта 2019 года № 54 «О порядке использования средств нормированного страхового запаса территориального фонда обязательного медицинского страхования». Размер средств нормированного страхового запаса территориального фонда для дополнительного финансового обеспечения реализации территориальных программ обязательного медицинского страхования не должен превышать среднемесячный размер планируемых поступлений средств территориального фонда на очередной год.

Во-первых, в связи с внесенными изменениями в Федеральный закон № 326-ФЗ потребуются внесение изменений в данный приказ ФОМС. Во-вторых, на наш взгляд, с учетом сложившейся ситуации необходимо увеличить предельное значение нормированного страхового запаса до двухмесячного уровня.

2. Необходимо перераспределить бюджеты Территориальных фондов ОМС с увеличением размера нормированного страхового запаса, а также использовать на цели, предусмотренные частью 6⁷ статьи 26 Федерального закона № 326-ФЗ средства экономии от приостановки профосмотров и диспансеризации, выплат

за выявление онкологических заболеваний, а также экономию от снижения объемов плановой медицинской помощи (возможно, для этого потребуется принимать законодательные решения – вносить очередные изменения в 326-ФЗ).

3. Даже при наличии достаточного объема нормированного страхового запаса ТФОМС может отказать в предоставлении страховой медицинской организации недостающих средств для оплаты медицинской помощи. Частью 6 статьи 38 Федерального закона № 326-ФЗ предусмотрено предоставление Территориальным фондом ОМС дополнительных средств на оплату медицинской помощи в случае повышенной заболеваемости и увеличения тарифов на оплату медицинской помощи, однако, решение о предоставлении или отказе в выдаче необходимых средств остаётся за ТФОМС.
4. Не разработаны критерии определения потребности в финансовой поддержке конкретных медицинских организаций, а также механизмы этой поддержки, что может обернуться субъективными подходами со всеми вытекающими отсюда последствиями.

По поводу авансов. Не определенным является вопрос по поводу того, имеет ли медицинская организация просить авансирование в размере 100% от среднемесячных объемов финансового обеспечения, предусмотренного в рамках реализации территориальных программ ОМС, если предыдущий аванс не был закрыт оказанными услугами? На наш взгляд, такая возможность на период борьбы с коронавирусом должна быть обеспечена.

Однако и этого недостаточно. Для финансового обеспечения медицинских организаций, находящихся в процессе перепрофилирования, функционирующих в режиме ожидания - готовности оказывать при необходимости медицинскую помощь пациентам с коронавирусом, а также в иных случаях серьезных финансовых потерь, целесообразно временно отказаться от способа оплаты за оказанную медицинскую помощь и использовать механизм, аналогичный сметному финансированию. На период особых ситуаций, аналогичных нынешней, этот вариант мог бы использоваться в ряде случаев взамен или наряду с оплатой за объемы оказанной медицинской помощи.

Проблемы с доходами от платных услуг

Нынешняя ситуация привела к серьезным потерям медицинских организаций от оказания платных медицинских услуг. Основные причины заключаются в следующем:

- Снижение потоков платных пациентов (в силу больших затрат граждан на покупку запасов продуктов питания; потерь дохода или снижение его размера частью населения; опасений обращаться за плановой медицинской помощью из-за рисков заражения коронавирусом при посещении медицинских организаций и т.д.)
- Заморозив профосмотры, одновременно заморозили и платные профосмотры (на право ношения оружия, управления транспортными средствами и т.д.) как важной сферы платных медицинских услуг;
- В ряде субъектов временно вообще запретили оказание платных медицинских услуг и т.д.

Особенно острые проблемы возникают в медицинских организациях, имеющих специально выделенные подразделения (отделения, кабинеты и т.д.), отдельный штат сотрудников для оказания платных медицинских услуг, а также в медицинских организациях, оказывающих исключительно или преимущественно платные медицинские услуги. Это одинаково касается как государственных, так и частных медицинских организаций.

Резкое падение или полное прекращение оказания платных медицинских услуг для государственных (муниципальных) учреждений создаёт проблемы не только с оплатой

труда сотрудников платных подразделений, но и серьезные финансовые сложности для медицинской организации в целом, поскольку за счет доходов от платных услуг поддерживались уровни зарплат и других категорий работников, производилась закупка оборудования, оплата части коммунальных услуг, проведение ремонтов и т.д. Все это снижает экономический потенциал государственных (муниципальных) учреждений.

При этом в рамках действующего законодательства не предусмотрены меры по государственной поддержке приносящей доходы деятельности (оказания платных услуг) государственными (муниципальными) учреждениями. Отсутствует субсидиарная ответственность учредителей по обязательствам автономных и бюджетных учреждений.

Меры противодействия со стороны государства

Постановление Правительства от 3 апреля 2020 года N 434 «Об утверждении перечня отраслей российской экономики, в наибольшей степени пострадавших в условиях ухудшения ситуации в результате распространения новой коронавирусной инфекции» включило в соответствующий перечень «Стоматологическую практику».

Оценка достаточности мер и предложения

Данная мера является правильной, но недостаточной по крайней мере с двух точек зрения:

1. Пострадала не только стоматология, но и целый ряд других сфер коммерческого здравоохранения (косметология и т.д.).

2. Данное постановление касается заемщиков, относящихся к субъектам малого и среднего предпринимательства. Но, во-первых, государственные (муниципальные) учреждения, оказывающие платные медицинские услуги, не относятся к субъектам малого или среднего предпринимательства. Во-вторых, бюджетные и казенные учреждения не имеют права брать кредиты. Поэтому данная мера никак не способствует решению рассматриваемой проблемы.

На наш взгляд, для подобных случаев предусмотреть субсидиарную ответственность учредителей по обязательствам государственных (муниципальных) учреждений с учетом реализации согласованных с учредителем антикризисных мер.

Необходимо также создание правовых и организационных условий для предоставления за плату телемедицинских услуг широкого ассортимента, включая дистанционное консультирование по вопросам профилактики коронавируса, дистанционное изменение параметров здоровья и т.д.

Проблемы с госзакупками

Предотвращение распространения коронавируса требует срочной закупки ранее не планировавшихся к закупке товаров (работ, услуг), внесения изменений в заключенные контракты и т.д. Можно выделить ряд проблем, возникающих в связи с этим:

1). Из-за финансовых сложностей, вызванных экономическим кризисом, связанным с коронавирусом, нередко возникают сложности с оплатой заключенных контрактов.

2). Сокращение объемов плановой медицинской помощи, изменение профиля медицинских организаций и т.д. часто приводят к необходимости изменения условий контрактов, сроков исполнения контрактов и т.д.

3). Одной из важных задач, которые в настоящее время должны решать медицинские организации, является массовое приобретение СИЗ, специфических лекарственных препаратов, медицинских изделий и т.д. Поэтому появилась необходимость заключения значительного числа новых контрактов.

4). Длительность закупочных процедур могла привести к серьезным проблемам со сроками поступления крайне необходимых товаров (СИЗ и т.д.) в медицинские организации по новым контрактам.

5). Возник риск резкого повышения цен по новым контрактам.

б). Стали появляться дополнительные требования, предъявляемые некоторыми поставщиками, например, многие поставщики требуют 100 % предоплаты.

Способы противодействия

Федеральный закон от 1 апреля 2020 г. № 98-ФЗ "О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации по вопросам предупреждения и ликвидации чрезвычайных ситуаций" внёс серьезные изменения и в Федеральный закон от 5 апреля 2013 г. № 44-ФЗ "О контрактной системе в сфере закупок товаров, работ, услуг для обеспечения государственных и муниципальных нужд".

Согласно ч. 65 ст. 112 Федерального закона № 44-ФЗ, действующей с 1 апреля текущего года, в 2020 году допускается изменение срока исполнения контракта, его цены или цены единицы товара, работы, услуги по соглашению сторон, если при его исполнении в связи с распространением новой коронавирусной инфекции, а также в иных случаях, установленных Правительством РФ, возникли независящие от сторон обстоятельства, влекущие невозможность его исполнения.

Появились дополнительные основания для осуществления закупок у единственного поставщика (подрядчика, исполнителя) - необходимость оказания медицинской помощи в неотложной или экстренной форме либо вследствие аварии, обстоятельств непреодолимой силы, для предупреждения и ликвидации чрезвычайных ситуаций. Заказчик вправе осуществить закупку товара, работы, услуги в количестве, объеме, которые необходимы для оказания такой медицинской помощи, если применение конкурентных способов определения поставщика (подрядчика, исполнителя), требующих затрат времени, нецелесообразно. (статья 93)

Были внесены и другие изменения, упрощающие (ускоряющие и т.д.) закупки в подобных ситуациях.

Как было показано выше, государством принят целый ряд мер, направленных на ограничение цен, был показан выше.

Оценка достаточности принимаемых мер и предложения

В целом принятые меры можно считать оправданными, однако, недостаточными.

Меры по контролю за уровнем цен ориентированы на относительно длительную перспективу и не достаточно оперативны. Стала распространенной практика приобретения СИЗ перекупщиками с многократным завышением цен и т.д. В этих условиях необходимо принять законодательные меры по ограничению на определенный период посредничества (числа посредников в цепочках и т.д.) по конкретным видам товаров.

Кроме того, наш взгляд, следует временно закрепить к наиболее крупным производителям СИЗ и т.д. дистрибьютерские компании, ранее являвшиеся основными их покупателями, ограничив тем самым торговлю СИЗ данных производителей иными торговыми организациями.

При этом необходимо усилить работу ФАС, а также правоохранительных органов.

ОЦЕНКА НОРМАТИВНО-ПРАВОВОГО РЕГУЛИРОВАНИЯ СИТУАЦИИ, СВЯЗАННОЙ С РАСПРОСТРАНЕНИЕМ КОРОНАВИРУСА COVID-19

Проблемы нормативно-правового регулирования сложившейся ситуации

Распространение коронавируса COVID-19 затронуло все сферы общества. Поэтому оценка нормативно-правового регулирования данной ситуации предполагает анализ соответствия действующего законодательства и других нормативных правовых актов стоящим в настоящее время задачам по всем направлениям, что, однако, не является задачей данного исследования. Поэтому коснемся оценки нормативно-правового регулирования только ряда сфер, имеющих наибольшее отношение к здравоохранению.

К сожалению, существовавшая нормативно-правовая база деятельности медицинских организаций оказалась недостаточной для оперативного реагирования на ситуацию с коронавирусом. Это касается следующего:

- нормативного регулирования изменения профиля деятельности медицинских организаций в условиях распространения коронавируса;
- законодательства в сфере обязательного медицинского страхования, не предполагавшего механизмов компенсации выпадающих доходов медицинских организаций, их работы в режиме ожидания и т.д.;
- разрешительной сферы оказания медицинской помощи: необходимости наличия лицензий на медицинскую деятельность при временном перепрофилировании медицинских организаций в инфекционные, пульмонологические и т.д., а также с точки зрения оказания телемедицинских услуг врачами из дома и т.д.;
- квалификационных требований к медицинским работникам: наличие интернатуры (ординатуры), профессиональной подготовки, сертификатов (свидетельств об аккредитации) и т.д. при необходимости врачам других специальностей оказывать медицинскую помощь пациентам с коронавирусом;
- трудового законодательства (противоречивость законодательства в отношении дистанционного труда, заемного труда и т.д.)
- законодательства в сфере телемедицинских технологий и т.д.

Разрешительная сфера регулирования оказания медицинской помощи

Оказание медицинской помощи в условиях распространения коронавируса приводит к большому числу «исключений из правил», особенно при перепрофилировании медицинских организаций в инфекционные. Например:

- оказание медицинской помощи по инфекционному профилю, не заявленному в лицензии;
- оказание медицинской помощи вне адресов, по которым выдана лицензия;
- плановое оформление лицензии вновь вводимых медицинских организаций и т.д.

Государство достаточно оперативно отреагировало на нынешнюю ситуацию: приостанавливается лицензирование и т.д. В частности, принято Постановление Правительства РФ от 03.04.2020 N 440 "О продлении действия разрешений и иных особенностях в отношении разрешительной деятельности в 2020 году"

Но представляется, что само законодательство о лицензировании и т.д. должно было изначально предусматривать такие варианты.

Нормативное регулирование деятельности медицинских работников в условиях борьбы с коронавирусом

Безусловно, невозможно детально подготовиться ко всем возможным ситуациям, когда может потребоваться медицинская помощь значительной части населения. Однако наиболее вероятные причины таких ситуаций хорошо известны: эпидемии, отравления, травмы, ожоги и ранения.

Очевидно и то, что квалифицированных врачей и медсестер по конкретным специальностям будет не хватать – независимо от причин, при массовом поражении населения медицинскую помощь будут оказывать медицинские работники всех специальностей. Но это требует хотя бы элементарной переподготовки персонала и юридического права оказывать помощь по иной специальности, чем имеет медицинский работник.

Минздрав России своевременно отреагировал на нынешнюю ситуацию, издав приказ от 19 марта 2020 года N 198н «О временном порядке организации работы медицинских организаций в целях реализации мер по профилактике и снижению рисков распространения новой коронавирусной инфекции COVID-19».

Приняты меры по допущению медицинских работников к оказанию медицинской помощи при отсутствии сертификата либо свидетельства об аккредитации:

- Постановление Правительства РФ от 03.04.2020 N 440 "О продлении действия разрешений и иных особенностях в отношении разрешительной деятельности в 2020 году"

- Приказ Минздрава России от 14.04.2020 N 327н "Об особенностях допуска физических лиц к осуществлению медицинской деятельности и (или) фармацевтической деятельности без сертификата специалиста или свидетельства об аккредитации специалиста и (или) по специальностям, не предусмотренным сертификатом специалиста или свидетельством об аккредитации специалиста".

Однако представляется, что определенные алгоритмы (инструкции и т.д.) действий на период эпидемий и других чрезвычайных ситуаций должны были быть разработаны уже давно. Они должны были бы лишь уточняться и обновляться с учетом конкретной ситуации.

Регулирование трудовых отношений

В настоящее время остается неурегулированным целый ряд вопросов, связанных с трудовыми отношениями:

- статус «нерабочих оплачиваемых дней» требует законодательного закрепления, четкого определения и регулирования;

- трудовой договор о дистанционной работе, регулируемый статьей 49.1, фактически является особой формой трудового договора (с особыми условиями расторжения договора и т.д.), поэтому перевод на дистанционную работу путем заключения дополнительных соглашений многими юристами оценивается как неоднозначный с правовой точки зрения. Эти и подобные неоднозначные моменты должны быть устранены;

- трудовое законодательство запрещает использование заемного труда, то есть труда, осуществляемого работником по распоряжению работодателя в интересах, под управлением и контролем физического лица или юридического лица, не являющихся работодателем данного работника (статья 56.1 Трудового кодекса). Между тем, в условиях распространения коронавируса возникла необходимость перепрофилирования коек, включая «усиление» их врачами-инфекционистами, привлекаемыми из других учреждений; переподчинение части коек федеральных медицинских организаций региональным властям и т.д. В подобных случаях заемный труд оказался вполне приемлемой формой временного привлечения сотрудников других медицинских организаций.

- перепрофилирование коек любого профиля в инфекционные предполагает новые условия труда для работников и подпадает под понятие «ввод в эксплуатацию вновь организованных рабочих мест», предусмотренное Федеральным законом от 28.12.2013 № 426-ФЗ «О специальной оценке условий труда» – это основание для проведения внеплановой СОУТ. Необходимо урегулировать вопрос об обязательности проведения СОУТ в подобных условиях;

- перепрофилирование медицинских организаций в инфекционные, пульмонологические и т.д., однозначно создает риски инфицирования не только медицинских работников, непосредственно связанных с оказанием медицинской помощи пациентам с коронавирусом, но и других сотрудников медицинских организаций, включая немедицинский (уборщики служебных помещений, гардеробщики, административно-управленческий и т.д.). Это означает необходимость установления для них выплат компенсационного характера. Однако за счет ОМС это можно сделать только по итогам специальной оценки условий труда, которую, в свою очередь, в условиях распространения коронавируса, провести невозможно;

- в настоящее время не могут быть использованы положения п. 7) части первой статьи 83. Трудового кодекса, посвященные прекращению трудового договора по

обстоятельствам, не зависящим от воли сторон. Этот пункт предполагает, что трудовой договор подлежит прекращению при наступлении чрезвычайных обстоятельств, препятствующих продолжению трудовых отношений (военные действия, катастрофа, стихийное бедствие, крупная авария, эпидемия и другие чрезвычайные обстоятельства), если данное обстоятельство признано решением Правительства Российской Федерации или органа государственной власти соответствующего субъекта Российской Федерации. Эпидемия коронавируса ни в России в целом, ни в отдельных регионах, не объявлена официально. Поэтому владельцы туристических агентств, ресторанов и т.д. не могут воспользоваться данной статьей, даже если их деятельность полностью остановлена;

- представляется необходимым приостановить на период особых условий, аналогичных нынешним, нормы трудового законодательства по расторжению трудовых договоров с руководителями государственных (муниципальных) учреждений по ряду оснований, не зависящих от руководителя (зависящих не только от него), например, при наличии кредиторской задолженности, превышающей предельно допустимый уровень; при недостижении установленного соотношения в зарплатах медицинского персонала в рамках дорожных карт и т.д. Это же касается оснований, связанных с достижением предельного возраста и т.д. Смена руководителей без крайней необходимости в чрезвычайных условиях, требующих быстрых компетентных решений, нецелесообразна, поскольку новому руководителю понадобится значительное время для того, чтобы войти в курс дела.

Проблемы применения телемедицинских технологий в период распространения коронавируса

Телемедицинские технологии являются формой оказания медицинской помощи, способной противодействовать распространению эпидемии за счет исключения прямого контакта как медицинских работников с пациентами, так и медицинских работников между собой, а также - пациентов между собой. Фактически в настоящее время это идеальный вариант, сочетающий дистанционную работу и самоизоляцию.

Нынешняя ситуация выявила ограниченность в возможностях применения телемедицинских технологий с точки зрения следующих позиций:

- врач может проводить телемедицинскую консультацию или дистанционное наблюдение из своего кабинета в медицинской организации. Однако неурегулированным является вопрос о допустимости выполнения этих же самых функций врачом из своей квартиры: с точки зрения того, что это территория, на которую не распространяется лицензия;

- сложность использования телемедицинских технологий пациентами пожилого возраста;

- постановка диагноза без личного присутствия пациента (без очного посещения и т.д.) недопустима. В целом это оправданная норма. Но имеется множество сфер, где такое ограничение является излишним. Например, в России применяются отечественные программные информационные продукты для морфологической диагностики, построенные на облачных технологиях, которые позволяют специалистам выявлять онкологические заболевания не используя микроскопы - пробы оцифрованы и могут изучаться дистанционно. В подобных случаях и постановка диагноза может осуществляться дистанционно. Поэтому необходимо вести работу по поэтапному выявлению ситуаций, при которых допустимо дистанционная постановка диагноза;

- неоднозначность законодательства о дистанционном труде негативно сказывается и на возможности широкого распространения телемедицинских технологий;

- устаревшие порядки оказания медицинской помощи, многие из которых либо вообще не содержат упоминания об оснащении оборудованием, необходимым для проведения телемедицинских технологий, либо невольно ограничивают сферу их применения.

ОЦЕНКА СТЕПЕНИ ГОТОВНОСТИ РАЗЛИЧНЫХ СТРУКТУР К РАСПРОСТРАНЕНИЮ КОРОНАВИРУСА

Оценка степени готовности к распространению коронавируса медицинских организаций

Далеко не все медицинские организации призваны напрямую бороться с коронавирусом в силу своей специализации.

Поэтому нужна отдельная оценка готовности к борьбе со вспышками инфекционных больниц (отделений) и отдельно - остальных медицинских организаций.

Медицинские организации, не специализирующиеся на оказании медицинской помощи при инфекционных заболеваниях, должны иметь возможность оперативно реагировать на эпидемиологические ситуации, в частности, поменять свой профиль.

С учетом относительно низких темпов распространения коронавируса в России, проблема оперативности в большинстве регионов не была слишком актуальной – времени на подготовку было достаточно.

Тем не менее, обнаружилось достаточно много проблем с точки зрения готовности учреждений оказывать медицинскую помощь, не связанную непосредственно с лечением коронавируса, в условиях распространения заболевания. Прежде всего – это обеспеченность средствами индивидуальной защиты. Наименее подготовленными медицинские организации оказались с точки зрения наличия запасов специальных защитных костюмов. Впрочем, далеко не всегда это вина только самих непосредственно медицинских организаций.

Оценка эффективности деятельности государственных органов в период ликвидации распространения коронавируса COVID-19

Поскольку, как было показано выше, имеется целый ряд объективных факторов, снижающих скорость распространения COVID-19 в Российской Федерации, эффективность деятельности государственных органов нельзя оценивать по показателям заболеваемости. Более объективными показателями являются, на наш взгляд, такие факторы, как:

1. Оперативность реагирования на ситуацию. Оперативность принятия решений, на наш взгляд, была невиданно высокой, порой вызывающей удивление и явное уважение. Однако это, в первую очередь, касается федерального уровня. На уровне субъектов Российской Федерации, к сожалению, часто приходится сталкиваться с фактами ожидания документов, разъяснений со стороны федеральных властей и т.д.

2. Принятие нормативно-правовых актов, меняющих правовое регулирование в определенных сферах на период коронавируса. Нормотворческая активность была очень высокой - были внесены изменения в многочисленные нормативные правовые акты.

3. Комплексность принимаемых мер. В этом отношении также можно дать положительную оценку - был разработан ряд пакетов мер, направленных на поддержку:

- различных отраслей экономики;
- населения;
- здравоохранения и т.д.

4. Степень исполнения принимаемых решений. Степень исполнения принимаемых решений можно оценивать по скорости и полноте реализации принимаемых мер. Анализ показывает, что в ряде сфер степень исполнения решений является недостаточной. Это касается, например:

- мер по соблюдению самоизоляции граждан. К сожалению, предоставление нерабочих дней многими было воспринято как дополнительный оплачиваемый отпуск с прогулками, посещением гостей и т.д. Очевидно, нужно было сразу же принимать более жесткие требования по соблюдению самоизоляции. Другими словами, на наш взгляд, мог бы быть использован более жесткий подход к ограничительным мерам на период

распространения коронавируса (у нас же жесткость мер усиливается постепенно), что способствовало бы более быстрому достижению стабилизации с заболеваемостью коронавирусом;

- поведения банковского сектора в части выполнения решений по поддержке бизнеса и населения, поведение которого нередко можно рассматривать как скрытый саботаж.

5. Достаточность принимаемых мер. Выше мы достаточно детально анализировали достаточность принимаемых мер по тем или иным направлениям, поэтому не будем повторяться. Тем не менее, отметим, что в этом отношении часто приводятся сравнения финансовой поддержки бизнеса и населения с развитыми западными странами. На наш взгляд, это сопоставление не вполне корректно.

Во-первых, масштаб заболеваемости у нас на порядок ниже. Поэтому и последствия пока менее ощутимы для экономики.

Во-вторых, России позже многих стран столкнулась с рядом экономических проблем (опять-таки, в связи с более медленными темпами распространения коронавируса). Меньший срок – меньший ущерб.

В-третьих, пакеты мер принимаются оперативно, и мы еще будем вынуждены потратить значительные суммы.

ОЦЕНКА ПОСЛЕДСТВИЙ РАСПРОСТРАНЕНИЯ КОРОНАВИРУСА НА СИСТЕМУ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

SWOT-анализ последствий распространения коронавируса на систему здравоохранения Российской Федерации

Сильные стороны Российского здравоохранения (особенности российского здравоохранения, положительно влияющие на способность противостоять распространению коронавируса)

К основным особенностям российского здравоохранения, влияющим на способность противостоять распространению коронавируса, можно отнести следующие:

- развитая система государственной эпидемиологической службы;
- сильный научный потенциал, позволяющий проводить работы на перспективу, создание тест – систем, вакцин и т.д.;
- существующая отлаженная система вакцинации населения, в частности БЦЖ;
- высокий удельный вес государства в экономике, который в данных обстоятельствах сыграл положительную роль с точки зрения быстрой организации производства многих видов необходимых препаратов, аппаратуры и т.д.
- доминирование государственного (муниципального) сектора здравоохранения, более подверженного государственному контролю и регулированию, способствовало более оперативной смене медицинскими организациями профилей и т.д.;
- основная часть наиболее крупных частных клиник, несмотря на то, что они формально относятся к частным, фактически являются «квазичастными», поскольку созданы государственными (или с участием государства) предприятиями и организациями: РЖД, РАО ЕЭС, Газпром, Роснефть, Центробанк и т.д. Это позволяет быстро мобилизовать при необходимости их мощности для борьбы с коронавирусом. И такие примеры уже есть – они будут показаны ниже;
- высокий потенциал медицинских организаций «силовых» ведомств: Министерства обороны, МВД, МЧС и т.д., который пока не задействуется для оказания медицинской помощи гражданским лицам;
- высокое число коек в расчете на душу населения. Более развитая система стационарного оказания медицинской помощи по сравнению с европейскими странами

(число больничных коек в РФ на 100 тысяч населения – 818, в Европейском союзе – 515)²⁰ нередко оценивается как экономически недостаточно эффективная. Однако в нынешних условиях этот фактор можно оценивать с положительной стороны;

- большее количество врачей в расчете на душу населения по сравнению с западными странами, что также можно рассматривать с положительной стороны;
- фактически полная централизация основного источника финансового обеспечения здравоохранения – средств ОМС в Федеральном фонде ОМС (до 2012 года основную часть средств получали территориальные фонды ОМС). Это позволяет при необходимости корректировать направления и объемы финансового обеспечения.

Слабые стороны Российского здравоохранения

- недостаточность собственных резервных финансовых средств, в частности в системе ОМС;
- сильная зарегламентированность финансирования, отсутствие возможности быстрого перевода финансовых средств в зависимости от текущей необходимости по регионам
- достаточно жесткая система оплаты оказанной медицинской помощи в системе ОМС, не предполагающая финансовое обеспечение стационарных медицинских организаций, находящихся в режиме ожидания (готовности), но не оказывающих непосредственно медицинскую помощь, а также при резком снижении объемов оказываемой медицинской помощи;
- неравномерность обеспечения необходимым оборудованием, в частности аппаратами ИВЛ и т.д.
- кадровые проблемы.

Возможности российского здравоохранения

- Признание здравоохранения в качестве значимой приоритетной отрасли, что будет иметь позитивные последствия для отрасли и в будущем;
- В результате шока с пандемией у значительного количества граждан выросло понимание того, что за своим здоровьем надо следить и тратить на это время и дополнительные средства. Будет большая готовность к проведению профилактической работы, что в свою очередь приведет к развитию систем тестирования, созданию новых вакцин и проведению вакцинопрофилактики.
- Отработаны навыки мобилизационной готовности, важные не только применительно к эпидемиям, но и ЧС в целом, к военным ситуациям;
- Выявленные слабые места в организации здравоохранения, его снабжения и т.д.;
- значительные финансовые вложения в здравоохранение, многие из которых можно рассматривать как инвестиции и создание запасов (в случае, если СИЗы в большом объеме реально не потребуются);
- Законодательство в сфере здравоохранения стало более гибким в целом, в применительно к ЧС и эпидемиям, а также к ситуациям, не относимых официально к эпидемиям – в частности;
- Снизилась зависимость государства от внешних производителей медицинского оборудования и СИЗ (повысилась государственная безопасность в данной сфере);
- Появился повод пересмотреть ряд социальных догматов и требований в части обеспечения уровня заработной платы в расчете не физическое лицо (с переориентацией на уровень заработной платы в расчете на ставку (занимаемую должность) и т.д.);

²⁰ Число больничных коек на 100000 населения// Всемирная организация здравоохранения. [Электронный ресурс]. URL: https://gateway.euro.who.int/ru/indicators/hfa_476-5050-hospital-beds-per-100-000/visualizations/#id=20055

- Пример оперативного оказания существенной помощи Россией некоторым странам (Сербия, Италия и т.д.) и ее готовность к этому повышают международные возможности страны и дают надежду на развитие сотрудничества в этом направлении;
- Нарботаны навыки работы медицинских служб в очагах инфекции включая зарубежные страны.

Угрозы для российского здравоохранения

- В условиях пандемии проявилась большая опасность отказа стран от своих обязательств по обязательствам;
- Сохраняется зависимость от импорта оборудования, лекарств, сред, культур и т.д. для обеспечения бесперебойного функционирования отрасли;
- Введение новых санкций на Россию в сферах, связанных с охраной здоровья;
- Угроза недостаточного финансирования Национальных проектов «Здравоохранение» и «Демография» и др.;
- Угроза разбалансировка системы финансового обеспечения медицинских организаций за счет широкого применения методов «несистемного» - «ручного управления» для помощи оказания медицинским организациям;
- Временное ухудшение показателей здоровья населения из-за отмены профилактических мероприятий и сокращения объемов оказания плановой медицинской помощи.

Риски закрытия на карантин медицинских организаций, в которых выявлены случаи заражения сотрудников коронавирусом

Одной из ключевых проблем, создающих угрозу эффективному оказанию медицинской помощи, является риск закрытия на карантин большого числа медицинских организаций, в которых выявлены случаи заражения сотрудников коронавирусом.

Вирус может быть занесен как пациентами, так и самими медицинскими работниками. Максимальному риску подвержены медицинские организации, оказывающие экстренную медицинскую помощь, а также занимающиеся непосредственным лечением пациентов с коронавирусом.

На наш взгляд, на случай массового появления таких ситуаций необходимо отработать варианты изоляции пациентов с коронавирусом и медицинских работников конкретных подразделений без введения карантина на территории всей медицинской организации (особенно при наличии в медицинских организациях нескольких корпусов, отдельных входов и т.д.).

Риски разбалансировки системы финансового обеспечения медицинских организаций

Одна из ключевых финансовых угроз – разбалансировка системы финансового обеспечения медицинских организаций, которая состоит из многочисленных элементов (источников и каналов финансирования) и складывалась многие годы. Перепрофилирование, изменение штатных расписаний, сокращение одних групп расходов и появление новых, появление выпадающих доходов (за счет сокращения объемов плановой медицинской помощи и т.д.), приводят к серьезным различиям в финансовом положении медицинских организаций, что не способствует эффективной работе всей системы здравоохранения в целом.

Наиболее очевидным является снижение следующих расходов региональных бюджетов на здравоохранение:

- сокращение расходов на ремонтные работы;
- сокращение расходов на приобретение оборудования, не используемого напрямую на борьбу с коронавирусом.

Неоднозначные последствия массовых поставок оборудования, лекарственных препаратов и т.д. в медицинские организации для борьбы с коронавирусом

Как уже отмечалось, часть поставляемого в настоящее время оборудования сможет использоваться и после окончания распространения коронавируса для оказания медицинской помощи по другим профилям. Но далеко не все. То есть, в настоящее время имеет место узкая направленность многих видов затрат, ориентированных на инфекционные, пульмонологические отделения. В сумме это достаточно большие средства, но у медицинских организаций уже сейчас зачастую возникают проблемы не с аппаратами ИВЛ и т.д., а с иной техникой, необходимой для лечения других заболеваний.

Есть серьезные опасения того, что субъекты Российской Федерации на запросы подведомственных учреждений по поставке аппаратуры, будут ссылаться на суммы поставленного для борьбы с коронавирусом оборудования, и не выделять средства на приобретение оборудования на другие цели.

Возможные последствия для общественного здоровья от приостановки оказания плановой медицинской помощи, проведения профосмотров и диспансеризации

Ситуация с коронавирусом может иметь негативный отложенный результат, связанный с приостановкой профосмотров, диспансеризации, плановой медицинской помощи и т.д. Это может вылиться через определенное время во всплеск заболеваемости.

Он может быть обусловлен следующими основными причинами:

- ухудшением состояния здоровья населения из-за того, что плановая помощь была оказана с большими задержками;
- переболевшие коронавирусом могут иметь в дальнейшем проблемы со здоровьем – у многих из них могут быть в различной степени поражены те или иные органы, системы;
- увеличение числа психиатрических и психосоматических заболеваний у лиц, для которых ситуация из-за коронавируса вызвала серьезный стресс и т.д.

ПРОБЛЕМЫ КАДРОВОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ

Проблемы с врачебным и средним медицинским персоналом

В настоящее время работа в любых медицинских организациях сопряжена с риском инфицирования коронавирусом. И в первую очередь это касается медицинских организаций, занимающихся лечением пациентов, зараженных коронавирусом.

Это создает угрозу оттока медицинских работников из отрасли как в настоящее время, так и в ближайшую перспективу.

Уже имеют место отдельные факты отказа медицинских работников работать в подразделениях, оказывающих помощь зараженным коронавирусом.

Проблема несоответствия квалификации медицинских работников квалификационным требованиям, предъявляемым к врачам-инфекционистам, была достаточно оперативно решена в рамках приказа Минздрава России № 198н, но из-за серьезных рисков, отсутствовавших ранее, трудно ожидать, что врачи будут стремиться на должности врача-инфекциониста и врача-эпидемиолога.

Проблемы с младшим медицинским персоналом

Многие государственные (муниципальные) учреждения, оказывающие медицинскую помощь пациентам с коронавирусной инфекцией, столкнулись с проблемой нехватки младшего медицинского персонала. Причина заключается в том, что, испытывая финансовые сложности значительная часть учреждений пошла по пути сокращения

численности медицинских работников, а также перевода медицинских работников – в немедицинский персонал. В первую очередь это коснулось санитарок, которых массово переводили в уборщиц служебных либо производственных помещений.

Учитывая, что многие пациенты с коронавирусом нуждаются в уходе, речь идет о необходимости иметь не просто санитарок, а младших медсестер по уходу.

Кроме того, введение выплат за работу с пациентами с коронавирусом для медицинских работников, вновь обострило протестные настроения сотрудников, переведённых из санитарок в уборщицы.²¹

Это коснулось даже Городской клинической больницы № 40 в Коммунарке, куда госпитализируют всех московских пациентов с подозрением на COVID-19, которая приглашает волонтеров на должности санитарок.²²

Порядком оказания медицинской помощи взрослым больным при инфекционных заболеваниях²³ предусмотрены следующие штатные нормативы младшего медицинского персонала:

- Младшая медицинская сестра по уходу за больными – 1 на 15 коек;
- Санитарка палатная – 1 на 15 коек.

Однако, с учетом требований Приказа Минздрава России от 19 марта 2020 года N 198н «О временном порядке организации работы медицинских организаций в целях реализации мер по профилактике и снижению рисков распространения новой коронавирусной инфекции COVID-19», реальная потребность в младшем медицинском персонале должна быть ещё выше ввиду увеличения кратности дезинфекционных обработок помещений медицинских организаций.

Для того, чтобы создать экономические предпосылки для повышения укомплектованности младшим медицинским персоналом необходимо отказаться от требований обеспечения младшему медицинскому персоналу уровня заработной платы – 100 % от соответствующего уровня по субъекту Российской Федерации (фактически сравнивающим их зарплату с зарплатой среднего медицинского персонала). При этом достигнутый уровень заработной платы в отношении конкретных сотрудников, относящихся к младшему медицинскому персоналу, не должен снижаться.

Проблемы оплаты труда медицинских работников в период распространения коронавируса

В сложных финансовых условиях высоки риски снижения заработной платы медицинских работников, ее задержек и т.д.

С одной стороны, это создает угрозу для достижения соотношения в уровнях заработной платы, установленных еще «майскими» Указами Президента 2012 года.

С другой стороны, уровень зарплаты снизится и по субъектом Российской Федерации.

Угрозы ухудшения кадрового потенциала здравоохранения самим медицинскими организациями

Сложные финансовые условия, в которых ныне находятся медицинские организации, создают угрозу нового витка сокращения кадров, удобным предлогом для которого является временное перепрофилирование учреждений в инфекционные, сокращение объемов плановой медицинской помощи, приостановка профосмотров и диспансеризации и т.д.

²¹ <https://www.kommersant.ru/doc/4320006>

²² <https://novayagazeta.ru/news/2020/03/21/159985-bolnitsa-v-kommunarke-nachala-iskat-volonterov-dlya-podderzhki-patsientov-s-koronavirusom-i-ih-vrachey>

²³ Приложение N 5. К Приказу Минздравсоцразвития России от 31 января 2012 года N 69н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи взрослым больным при инфекционных заболеваниях»

Необходимо принимать меры для недопущения подобных ситуаций.

Меры по поддержке медицинских работников

Государство пошло на выделение значительных средств из резервного фонда Правительства на поддержку медицинских работников, оказывающих помощь гражданам, у которых имеется коронавирусная инфекция, в целях осуществления стимулирующих выплат. Распоряжением Правительства России от 18 марта 2020 г. № 648-р из резервного фонда Правительства Российской Федерации было выделено 10,2 млрд. рублей на осуществление выплат стимулирующего характера за особые условия труда и дополнительную нагрузку медицинским работникам, оказывающим медицинскую помощь гражданам, у которых выявлена новая коронавирусная инфекция, и лицам из групп риска заражения новой коронавирусной инфекцией. На основе данного распоряжения было издано постановление Правительства РФ от 2 апреля 2020 г. № 415, определяющее правила предоставления данных межбюджетных трансфертов. В частности, установлен размер стимулирующих выплат в процентах от среднемесячного дохода от трудовой деятельности в соответствующем субъекте Российской Федерации за 9 месяцев 2019 года по данным Федеральной службы государственной статистики. Выплаты полагаются:

- врачам, оказывающим специализированную медицинскую помощь в стационарных условиях – 100%;
- врачам скорой медицинской помощи, в том числе в составе специализированных выездных бригад, врачам подразделений, оказывающим первичную медико-санитарную помощь – 80%;
- среднему медицинскому персоналу, участвующему в оказании специализированной медицинской помощи в стационарных условиях – 50%;
- среднему медицинскому персоналу, участвующему в оказании скорой медицинской помощи, а также участвующему в оказании первичной медико-санитарной помощи, в том числе среднему медицинскому персоналу фельдшерско-акушерских пунктов, фельдшерских пунктов, фельдшерских здравпунктов – 40%;
- младшему медицинскому персоналу, обеспечивающему условия для оказания специализированной медицинской помощи в стационарных условиях – 30%;
- фельдшерам (медицинским сестрам) по приему вызовов скорой медицинской помощи и передаче их выездным бригадам скорой медицинской помощи, младшему медицинскому персоналу, обеспечивающему условия для оказания первичной медико-санитарной помощи – 20%.

Перечень должностей медицинских работников и наименований подразделений медицинских организаций, работа в которых дает право на установление выплат стимулирующего характера, а также размер и срок предоставления данных выплат должен устанавливать локальный нормативный акт медицинской организации, согласованный с органом исполнительной власти субъекта РФ в сфере охраны здоровья или органом местного самоуправления.

Спустя 2 недели распоряжением Правительства Российской Федерации от 12 апреля 2020 г. № 976-р из резервного фонда Правительства Российской Федерации в 2020 году было выделено 41,8 млрд. рублей для осуществления межбюджетных трансфертов и 3,9 млрд. рублей в виде субсидий на выплаты стимулирующего характера (итого – 45,7 млрд.руб.). Таким образом, было выделено в 4,5 раза больше средств, чем в предыдущем распоряжении. Данные средства предназначены не только для медицинских, но и для иных работников, непосредственно участвующих в оказании медицинской помощи гражданам, у которых выявлена новая коронавирусная инфекция COVID-19, но уже не рассчитаны на лиц из групп риска заражения новой коронавирусной инфекцией. Правила предоставления межбюджетных трансфертов на эти цели, установленные постановлением Правительства РФ от 12.04.2020 № 484, определяют срок предоставления данных

стимулирующих выплат – с апреля по июнь 2020 года. В данных правилах также установлен размер стимулирующих выплат, но уже в абсолютных значениях:

- врачам, оказывающим специализированную медицинскую помощь в стационарных условиях гражданам, у которых выявлена новая коронавирусная инфекция COVID-19 - 80 тыс. рублей в месяц;
- врачам, оказывающим скорую медицинскую помощь гражданам, у которых выявлена новая коронавирусная инфекция COVID-19, а также среднему медицинскому персоналу в стационарах - 50 тыс. рублей в месяц;
- среднему медицинскому персоналу, младшему медицинскому персоналу и водителям скорой медицинской помощи, а также младшему медицинскому персоналу в стационарах - 25 тыс. рублей в месяц.

Оценка достаточности мер и предложения

С положительной стороны можно отметить то, что между субъектами Российской Федерации первоначально распределена только часть средств – остальные будут распределяться с учетом потребности регионов исходя из конкретной ситуации с распространением коронавируса. При этом, например, выделяемые в соответствии с Распоряжением № 976-р средства распределяются по субъектам Российской Федерации исходя из количества коек, открытых в медицинских организациях, расположенных на территории региона, для оказания специализированной медицинской помощи в стационарных условиях, направленной на лечение новой коронавирусной инфекции COVID-19 и численности сотрудников, оказывающих медицинскую помощь гражданам, у которых выявлена новая коронавирусная инфекция COVID-19.

При отсутствии потребности (полной или частичной) субъекта Российской Федерации в распределенных средствах, осуществляется перераспределение высвободившихся средств между бюджетами других субъектов Российской Федерации.

Следует отметить, что выделяемые федеральные средства являются источником дополнительных выплат и никак не улучшают финансового положения медицинских организаций, получивших средства на эти цели. Средства на основную заработную плату (с учетом установленных действующими системами оплаты труда выплат компенсационного и стимулирующего характера) медицинские организации должны изыскивать сами. Поэтому нужно давать отчет в том, что федеральные выплаты – это способ поддержки медицинских работников, ни никак не улучшения финансового положения медицинских организаций.

Еще один важный момент. Федеральные выплаты создают почву для конфликтов и недовольства значительной части работников, не получивших соответствующие выплаты. Основой для подобных конфликтов является то, что перечень медицинских работников, имеющих право на выплаты, определен недостаточно четко. Прежде всего, это касается права на получение выплат сотрудниками приемных отделений, лабораторий, выполняющих исследования на предмет наличия заражения коронавирусом COVID-19, сотрудниками службы лучевой диагностики, проводящими исследование легких и т.д.

Вторая причина – наличие в постановлении № 415 такой категории, как «группа риска заражения новой коронавирусной инфекцией». Расшифровка того, кто относится к этой группе нет. При этом Минздраву России не было предоставлено право давать официальные разъяснения по этому поводу. Опасения того, что расходы федеральных средств будут признаны нецелевыми, приводит к тому, что регионы перестраховываются и включают в число лиц, имеющих право на выплаты только тех медицинских работников, которые непосредственно заняты оказанием медицинской помощи гражданам, у которых выявлена новая коронавирусная инфекция, а лица из группы риска заражения новой коронавирусной инфекцией – не включаются.

Еще одна возможная причина конфликтов заключается в том, что, как было показано выше, Распоряжением № 976-р было выделено в 4,5 раза больше средств, чем в

соответствии с Распоряжением № 648-р. Расчеты показывают, что если выплаты в соответствии с Распоряжением № 976-р в размере 45,7 млрд. рублей предусмотрены на 3 месяца, то при сопоставимом числе получателей этих выплат, средств в соответствии с Распоряжением № 648-р хватит только 2/3 месяца. Это при том, что за счет категории «группа риска» получателей по Распоряжению № 648-р должно быть значительно больше, чем в соответствии с Распоряжением № 976-р. То есть, средств хватит еще на меньший срок. Но выплаты должны осуществляться из расчета на отработанный месяц, что объективно предполагает сокращение числа работников, которые получают выплаты. Поэтому «двойные выплаты» (в соответствии с обоими Распоряжениями) получит только часть работников, что и может послужить причиной недовольства остальных.

Еще одной угрозой является то, что выплаты в соответствии с Распоряжением № 648-р привязаны к среднемесячному доходу от трудовой деятельности в соответствующем субъекте Российской Федерации за 9 месяцев 2019 года, который варьирует по субъектам в широком диапазоне – от до 21973 до 94638 рублей, то есть, в 4,3 раза. Соответственно, при одинаковом риске заражения коронавирусом сотрудники в разных регионах будут получать различающиеся в 4,3 раза выплаты, что многие сочтут несправедливым. С положительной стороны нужно отметить то, что власти исправили эту ситуацию – следующие выплаты указаны в абсолютных суммах, единых по регионам, правда, с учетом районных коэффициентов, что, на наш взгляд, является оправданным.

При этом основное недовольство работников, скорее всего, будет направлено не против федеральных властей, а против региональных, которые, по мнению этих медицинских работников, не выполняют требований федеральных нормативных правовых актов. Поэтому следует ожидать многочисленные жалобы по этому поводу, направляемые Президенту, в Правительство России, Минздрав России и т.д.

С учетом всего этого, на наш взгляд, необходимо следующее:

- срочно разработать разъяснения по порядку осуществления выплат в соответствии с каждым распоряжением;
- определить случаи, когда работники могут быть отнесены к «группам риска»;
- признать правомерным включение в число получателей выплат любых медицинских работников, оказывающих медицинскую помощь зараженным коронавирусом в соответствии с приказом Минздрава России 19 марта 2020 года N 198н «О временном порядке организации работы медицинских организаций в целях реализации мер по профилактике и снижению рисков распространения новой коронавирусной инфекции COVID-19».

Эти меры должны способствовать предотвращению как социальных конфликтов в коллективах, так и обвинений в нецелевом использовании средств на осуществление выплат.

ВЛИЯНИЕ РАСПРОСТРАНЕНИЯ КОРОНАВИРУСА COVID-19 НА ЧАСТНОЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЕ

Основные проблемы частных медицинских организаций в период борьбы с коронавирусом

Основные проблемы, с которыми столкнулись частные медицинские организации в период борьбы с коронавирусом, заключаются в следующем:

- частные медицинские организации столкнулись с проблемами падения спроса на платные медицинские услуги, о которых говорилось выше;
- сокращение объемов медицинской помощи и падение доходов в системе обязательного медицинского страхования для тех медицинских организаций, которые работают в ОМС;
- дополнительные затраты для всех медицинских организаций (независимо от того, занимаются ли они непосредственно лечением коронавируса или нет) на средства

индивидуальной защиты, дезинфицирующие средства и аппаратуру и т.д., направленные на предупреждение инфицирования сотрудников и пациентов;

- сложность или невозможность смены профиля на период распространения коронавируса.

Как мы видим, проблемы частных медицинских организаций в целом оказались схожими с проблемами государственных (муниципальных) учреждений.

Тем не менее, из-за того, что большинство частных медицинских организаций не работают в ОМС или имеют небольшой удельный вес доходов от ОМС, потери для частного сектора оказались гораздо более серьезными, чем для государственного.

Не случайно, частные клиники попросили Правительство России внести их в список наиболее пострадавших отраслей из-за пандемии коронавируса. Под письмом подписались Национальная ассоциация негосударственных медицинских организаций, Ассоциация стоматологических организаций и медицинских работников, другие объединения и крупные компании, а также представители «Опоры России».

Меры по поддержке частного медицинского бизнеса и оценка их достаточности

Постановление Правительства от 3 апреля 2020 года N 434 «Об утверждении перечня отраслей российской экономики, в наибольшей степени пострадавших в условиях ухудшения ситуации в результате распространения новой коронавирусной инфекции» включило в соответствующий перечень «Стоматологическую практику».

Однако это только частичное решение проблемы, поскольку данное постановление касается оказания помощи заемщикам, относящимся к субъектам малого и среднего предпринимательства, причем только одного профиля.

Многие частные медицинские организации смогут воспользоваться мерами по поддержке малого и среднего бизнеса (снижение страховых взносов с 30 до 15% и т.д.), а также иными другими мерами по поддержке бизнеса.

Частично к мерам по поддержке частного медицинского бизнеса можно отнести расширение участия частных медицинских организаций в системе обязательного медицинского страхования.

В соответствии с Федеральным законом № 89-ФЗ, статья 15 Федерального закона от 29 ноября 2010 года № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации». дополнена частью 2¹ следующего содержания:

«2¹. В условиях чрезвычайной ситуации и (или) при возникновении угрозы распространения заболеваний, представляющих опасность для окружающих, высшее должностное лицо субъекта Российской Федерации (руководитель высшего исполнительного органа государственной власти субъекта Российской Федерации) вправе установить срок подачи уведомления о включении медицинской организации в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования, отличный от предусмотренного частью 2 настоящей статьи. Информация о сроках и порядке подачи указанного уведомления размещается территориальным фондом на своем официальном сайте в сети «Интернет».»

Это означает возможность оперативного включения частных (а также федеральных) клиник в систему ОМС в особом порядке (при наличии такой необходимости). Однако широкое вовлечение частных клиник в ОМС вряд ли произойдет. Хотя бы потому, что частные клиники оказывают преимущественно амбулаторно-поликлиническую помощь, потребность в которой в настоящее время как раз снижается. Таким образом, это коснется незначительного числа частных медицинских организаций и направлено все же, в первую очередь, не на поддержку частного здравоохранения, а на решение государственных задач по борьбе с коронавирусом на случай нехватки мощностей государственного здравоохранения.

Поэтому еще одной мерой, способствующей частичной финансовой поддержке частных клиник, можно считать подключение ряда из них к предупреждению распространения и лечению пациентов с коронавирусом COVID-19. Так, Частное учреждение здравоохранения "Клиническая больница "РЖД-Медицина" имени Н.А. Семашко" включено в перечень медицинских организаций, которые могут принять участие в оказании медицинской помощи пациентам с коронавирусом. Основанием для этого явилось распоряжение Правительства РФ от 2 апреля 2020 г. № 844-р «Об утверждении перечней организаций и их структурных подразделений, осуществляющих медицинскую деятельность, подведомственных федеральным органам исполнительной власти, и частных медицинских организаций, которые перепрофилируются для оказания медицинской помощи пациентам с подтвержденным диагнозом новой коронавирусной инфекции COVID-19 или с подозрением на новую коронавирусную инфекцию COVID-19 в стационарных условиях».

Больных с COVID-19 и его симптомами в Москве готовы госпитализировать и другие частные клиники.²⁴

При этом частные медицинские организации достаточно активно подключились к проведению тестирования населения на наличие коронавируса, но как правило, осуществляют его лишь на платной основе, не участвуя в проведении тестирования в рамках программы госгарантий. Тем не менее, целый ряд частных медицинских организаций, которые выполняют функции централизованных лабораторий, осуществляют тестирование и в рамках ОМС по соответствующим тарифам.

Еще одной возможной временной нишей является проведение обязательных предварительных и иных профосмотров, которые государственные медицинские организации практически прекратили осуществлять (зачастую – необоснованно).

Одним из возможных вариантов как сокращения части затрат частных клиник, так и поддержки государственного здравоохранения, испытывающего кадровый дефицит, могло бы быть временное привлечение медицинского персонала частных медицинских организаций к работе государственных медицинских организаций. Однако действующее трудовое законодательство препятствует применению наиболее подходящих для этого форм – таких как:

- заключение договоров гражданско-правового характера;
- заёмный труд;
- совместительство более, чем на 0,5 ставки (что не позволяет сотруднику частной клиники работать по совместительству на полную ставку в государственном учреждении при приостановке деятельности частной клиники).

В трудовое законодательство необходимо внести изменения, допускающие использование подобных форм на период чрезвычайных ситуаций или их предупреждения.

В целом, на наш взгляд, требуется более детальная оценка влияния распространения коронавируса на частное здравоохранение, и соответствующая финансовая и иная его поддержка исходя из следующего:

- частный медицинский бизнес – составная часть бизнеса, обеспечивающего рабочие места, пополняющего бюджеты налогами, взносами и т.д., и заслуживает поддержки, как и любой другой бизнес;
- частное здравоохранение относится к одной из наиболее пострадавших от коронавируса сфер так называемого «второго эшелона» (где к первому относится туризм, гостиничный бизнес, общественное питание, транспорт и др.);
- частное здравоохранение является серьезным резервом государства на период чрезвычайных ситуаций и его сохранение является общегосударственной задачей

²⁴ <https://ko.ru/articles/skolko-stoit-chastnoe-lechenie-covid-19>

(особенно с учетом дефицита медицинских кадров в государственном секторе по целому ряду специальностей);

- частное здравоохранение – составная часть здравоохранения, оказывающая все возрастающие объемы медицинской помощи. Поэтому сокращение потенциала частного здравоохранения означало бы сокращение совокупного здравоохранения – ухудшение возможности оказания медицинской помощи;

- граждане, обращающиеся в частные клиники, уменьшают нагрузку на государственное здравоохранение и обеспечивают тем самым экономию общественных ресурсов. Поэтому для государства выгодно поддерживать частное здравоохранение.

РАЗРАБОТКА МЕР ПО ОБЕСПЕЧЕНИЮ ЭФФЕКТИВНОГО ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В «ПОСТКОРОНАРНЫЙ» ПЕРИОД

Начинать готовиться к возврату к функционированию общества (и здравоохранения, в частности) в нормальных условиях, нужно не тогда, когда заболеваемость будет иметь четкую и неуклонную тенденцию к снижению, а уже сейчас – на перспективу во избежание очередной спешки. Более того, готовиться нужно было начинать при принятии любых нормативных правовых актов, направленных на предотвращение распространения коронавируса, на поддержку населения, бизнеса и т.д. с точки зрения сроков их действия, последствий и т.д.

Безусловно, жесткие сроки разработки и принятия многочисленных нормативных правовых актов не давали возможности детального анализа последствий их применения в период улучшения эпидемиологической ситуации, тем более в условиях неопределенности с масштабами распространения коронавируса и наносимого им ущерба. Но это только еще более повышает значимость систематизации, оценки, ревизии принятых на всех уровнях нормативных правовых актов. Нужно оценить – при каких сценариях развития какие изменения потребуются.

Перспективы финансового обеспечения здравоохранения после завершения эпидемиологической ситуации

Очевидно, что в условиях отсутствия вакцины против COVID-19 и специфических лекарств, позволяющих прицельно и успешно лечить коронавирус, здравоохранение должно сохранять высокую степень готовности к возможным повторным вспышкам (как минимум по причине завоза из других стран).

Тем не менее, потребуется поэтапный возврат отрасли в нормальное русло. Это потребует новых затрат на возврат к прежнему профилю, возобновлению оказания плановой медицинской помощи и т.д. Появятся и новые, порой неожиданные проблемы, пути решения которых нужно продумывать уже сейчас.

Проблемы целевого и эффективного использования ресурсов

Основные дополнительные ресурсы на борьбу с коронавирусом выделялись из федерального бюджета. И именно на борьбу с коронавирусом. Это приводит к серьезным проблемам с возможностью использования аппаратов ИВЛ, лабораторного и другого диагностического оборудования т.д., закупленных за федеральные средства после завершения эпидемиологической ситуации.

В первую очередь это связано с тем, что во всех постановлениях Правительства России, предусматривающих выделение средств для регионов или ведомств для борьбы с коронавирусом содержится поручение «осуществить контроль за целевым и эффективным использованием средств».

Уже сейчас видные возможные проблемы, которые заключаются в следующем:

- далеко не во всех медицинских организациях, получивших аппараты ИВЛ, реанимационное оборудование, антисептики, СИЗ и т.д. для обеспечения борьбы с коронавирусом, эти ресурсы потребуются в дальнейшем для этих же целей. Например, в соответствии с распоряжением Правительства от 17 апреля 2020 г. № 1049-р средства выделяются «на оснащение (переоснащение) медицинских организаций по профилям "анестезиология и реаниматология", "пульмонология" при инфекционных заболеваниях». Очевидно, что после завершения эпидемиологической ситуации значительная часть коек указанных профилей окажется излишней. Но это оборудование может быть востребовано для коек других профилей. Однако, формально, использование средств по иному назначению, чем было предусмотрено правительственными нормативными правовыми актами означает нецелевое использование средств;

- любые попытки слепого следования узко понимаемым требованиям целевого использования средств означают перевод СИЗ, антисептиков, других ресурсов в категорию складских запасов. Между тем, сверхнормативные запасы означают по своей сути неэффективное использование средств;

- ориентация применения полученного оборудования в целях их использования исключительно для борьбы с коронавирусом (или просто – для борьбы с инфекционными заболеваниями) будет приводить к неэффективному использованию и этих ресурсов. Это финансовые потери, это еще одно основание для предъявления претензий по поводу невыполнения вышеуказанного требования Правительства России «об эффективном использовании средств». Как видим, во многих случаях претензии к медицинским организациям будут неизбежны: целевое использование средств приводит к его неэффективному использованию. И наоборот – эффективное использование средств приводит к его нецелевому использованию;

- если приобретенное в целях борьбы с коронавирусом дорогостоящее оборудование все же передавать (с риском подпасть под «нецелевку») для оказания медицинской помощи по ОМС вне связи с коронавирусом, то это еще укладывается в логику разделения источников финансирования (что должно закупаться за счет бюджета, а что – за счет ОМС), то передача СИЗ, антисептиков и других расходных материалов также может быть воспринято как нецелевое использование средств (они должны приобретаться за счет средств ОМС). Передача средств из бюджета в ОМС, в рамках внесенных в законодательство изменений, как было показано выше, возможна. Но это касается передачи средств только территориальным фондам ОМС. Рассматриваемая ситуация не подпадает под этот вариант и поэтому содержит большие риски отнесения к нецелевому использованию средств.

Пути решения возникающих проблем

Необходимо принять нормативные правовые акты, определяющие (уточняющие), что после завершения эпидемиологической ситуации субъекты Российской Федерации, ведомства (ФМБА и т.д.), получившие соответствующие средства на организацию борьбы с коронавирусом, самостоятельно (с учетом рекомендаций Минздрава России) решают вопрос о дальнейшем использовании ресурсов, приобретенных за счет этих средств.

РЕФОРМИРОВАНИЕ СИСТЕМЫ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

Ситуация с распространением коронавируса показала, что система обязательного медицинского страхования оказалась не способной функционировать в экстремальных условиях. Это можно было бы списать на общие финансовые и организационные проблемы. Однако, несмотря на те же самые экстремальные условия, система бюджетного финансирования функционирует достаточно четко (несмотря на то, что в 2020 году пришлось уже трижды вносить изменения в Бюджетный кодекс, они касались достаточно частных вопросов).

Основные недостатки системы ОМС проявились в следующем:

- отсутствие гарантий софинансирования со стороны федерального бюджета;
- сложности в «перенастройке» способов финансирования (отсутствовали четкие механизмы компенсации медицинским организациям потерь от снижения плановых объемов медицинской помощи, профосмотров и диспансеризации и т.д.);
- страховые медицинские организации оказались вне финансовых рисков и т.д.

Принятые изменения в законодательстве об ОМС, рассмотренные выше, смогли решить только часть проблем. Ключевыми нерешенными проблемами остаются следующие:

- отсутствие ответственности страховых медицинских организаций перед медицинскими организациями. Одной из причин этого является то, что в соответствии с действующим законодательством страховщиком в системе ОМС вопреки логике являются не страховые медицинские организации, а Федеральный фонд обязательного медицинского страхования;

- отсутствие ответственности Федерального фонда ОМС по обязательствам территориальных фондов ОМС, вызванных объективными причинами;

- фактически, единственной стороной, которая реально несет риски в системе ОМС являются медицинские организации, что прямо противоречит самим принципам страхования;

- достаточно жесткая система оплаты оказанной медицинской помощи в системе ОМС, не предполагающая финансовое обеспечение стационарных медицинских организаций, находящихся в режиме ожидания (готовности), но не оказывающих непосредственно медицинскую помощь, а также при резком снижении объемов оказываемой медицинской помощи.

На наш взгляд, необходима реализация целого комплекса мер, направленных на совершенствование системы ОМС. Приведем лишь некоторые из них:

- возврат страховым медицинским организациям функции страховщика;
- создание механизма финансовой ответственности страховых медицинских организаций;
- совершенствование способов оплаты медицинской помощи путем включения в них способов оплаты, компенсирующих выпадающие доходы и дополнительные расходы медицинских организаций на период простоев из-за перепрофилирования, нахождения в режиме ожидания (по аналогии со сметой) и т.д.

Совершенствование нормативно-правовой базы, связанной с повышением ответственности граждан за охрану своего и чужого здоровья

Давно назрела необходимость введения реальных форм ответственности населения за свое здоровье, включая не только за ведение здорового образа жизни, необоснованного риска своему здоровью (обязательное страхование при занятиях определенными видами спорта, хобби т.д.), за прохождение предусмотренных профосмотров и диспансеризации, но и за несоблюдение режима карантина, самоизоляции, создание угрозы распространения инфекционных заболеваний, включая заражение других граждан и т.д. Ситуация с распространением коронавируса явно выявила недостаточность регулирования этой сферы.

Ряд мер в этом направлении в последнее время принят, но в спешке, без должной проработки, порой с превышением полномочий. Необходима целостная система правового регулирования этой сферы в рамках трудового, административного, уголовного и иного законодательства.

Совершенствования нормативно-правовой базы для обеспечения эффективного функционирования медицинских организаций в «посткоронарный» период

Целый ряд предложений по совершенствованию нормативно-правовой базы деятельности медицинских организаций в период борьбы с коронавирусом был приведен выше в соответствующих разделах.

На будущее необходима подготовка пакетов нормативных правовых актов двух видов:

1. Для обеспечения безболезненного выхода государства в целом, и системы здравоохранения, в частности из нынешней ситуации.

2. Для функционирования медицинских организаций в обычном режиме с готовностью оперативного реагирования на возможные будущие эпидемиологические угрозы.

Совершенствование нормативно-правовой базы выхода из нынешней ситуации

Необходимо уже сейчас начать анализировать ход борьбы с коронавирусом, выявлять успешный опыт, ошибки и недоработки и т.д. Нужен анализ и нормативных правовых актов, принятых на период борьбы с коронавирусом и определить механизм возврата нормативно-правовой базы в «прежнее русло». Простая отмена этих нормативных правовых актов или уточнение срока действия будут явно недостаточными.

Требуется методологическое решение вопросов о количестве, специализации, размещении, мощности, кадровом обеспечении и т.д. медицинских организаций государственной системы здравоохранения и т.д. с учетом повышения готовности к новым эпидемиологическим угрозам. Фактически это должно произойти в рамках установления новых (уточненных) требований к разработке региональных программ модернизации, с утверждением новых сроков и т.д. То есть, нужна концептуальная ревизия в этой сфере.

Необходимы нормативные правовые акты по вопросам:

- сроков и порядка возврата коек в прежний профиль;
- компенсации медицинским организациям дополнительных затрат на возврат к прежнему профилю и т.д.
- дальнейшей судьбы ресурсов, оказавшихся неиспользованными непосредственно для борьбы с коронавирусом и т.д.

Совершенствование нормативно-правовой базы для режима обычного функционирования медицинских организаций

Возврат к привычному режиму работы с обеспечением повышенной готовности к отражению эпидемиологических и иных угроз, представляющих опасность для жизни и здоровья значительной части населения, потребует разработки нормативных правовых актов по следующим вопросам:

- по вопросам организации оказания медицинской помощи в условиях эпидемиологических и иных угроз;

- по вопросам оказания медицинской помощи при лечении коронавируса COVID-19: клинические рекомендации; порядок оказания медицинской помощи; стандарт медицинской помощи и т.д., которые в настоящее время отсутствуют (имеется только временный порядок организации работы медицинских организаций в целях реализации мер по профилактике и снижению рисков распространения новой коронавирусной инфекции COVID-19, утвержденный приказом Минздрава России от 19 марта 2020 года N 198н);

- по вопросам наличия лицензий на оказание медицинской помощи в целях предотвращения угрозы населению: вне адреса, по которому получена лицензия; по другому профилю, чем те, на которые получена лицензия и т.д.;

- по вопросам допуска медицинских работников для оказания медицинской помощи при угрозе жизни большому числу граждан: без сертификата специалиста или по

другой специальности; без наличия законченного медицинского образования; без соответствия другим требованиям к квалификации работника;

- по вопросам разработки профессиональных стандартов: необходимо срочное завершение разработки недостающих профессиональных стандартов с включением в них требований, выработанных с учетом борьбы с коронавирусом; внесении аналогичных требований в уже утвержденные профессиональные стандарты и т.д.;

- по вопросам использования заемного труда. Необходимо статью 56.1 Трудового кодекса дополнить положением о возможности применения заемного труда в чрезвычайных обстоятельствах, включая ситуации предупреждения возникновения эпидемий;

- по вопросам профессиональной подготовки и переподготовки, аккредитации, непрерывного медицинского образования и т.д.

Мы обозначили только ряд позиций. На самом деле их значительно больше.

В конечном счете, важно, чтобы при отмене (окончании срока действия) нормативных правовых актов, принятых на период борьбы с коронавирусом, не сложилась ситуация, когда мы опять будем иметь нормативно-правовую базу, мало отличающуюся от начала 2020 года. Необходимо, чтобы в нормативных правовых актах заблаговременно были закреплены положения, касающиеся особенностей применения норм в особых ситуациях, аналогичных нынешней.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ:

1. Целый ряд объективных факторов способствует сдерживанию быстрого распространения коронавируса COVID-19 в Российской Федерации и этим нужно воспользоваться.
2. Россия обладает достаточным экономическим, научным, технологическим потенциалом для успешной борьбы с распространением коронавируса.
3. Финансовое положение России позволяет выделить ресурсы, необходимых для борьбы с коронавирусом на современном этапе.
4. Материально техническая база здравоохранения значительно укрепилась (хотя и не во всех сферах – в ряде случаев перераспределение средств на закупку оборудования, необходимого для борьбы с коронавирусом, отдалило плановые закупки других видов оборудования и т.д.).
5. Ситуация с коронавирусом может иметь негативный отложенный результат, связанный с приостановкой профосмотров, диспансеризации, плановой медицинской помощи. Это, скорее всего, вызовет всплеск заболеваемости.
6. Нормативно-правовая база функционирования как экономики в целом, так и здравоохранения оказалась не в полной мере готовой к условиям распространения коронавируса. Оперативно были внесены изменения в многочисленные нормативные правовые акты. Однако по итогам анализа опыта борьбы с коронавирусом COVID-19 потребуется пересмотр целого ряда нормативных правовых актов.
7. Опыт борьбы с коронавирусом COVID-19 позволит повысить готовность страны к возможным будущим эпидемиям и пандемиям.

Сведения об авторах

Все авторы являются штатными сотрудниками ФГБУ "Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения" Минздрава России (ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава России)

Стародубов В.И. - д.м.н., профессор, академик РАН, директор ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава России.

Кадыров Ф.Н. - д.э.н., заместитель директора ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава России.

Обухова О.В. – к.п.н., заведующая отделением экономики и ресурсного обеспечения здравоохранения ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава России.

Базарова И.Н. – научный сотрудник отделения экономики и ресурсного обеспечения здравоохранения ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава России.

Ендовицкая Ю.В. – младший научный сотрудник отделения экономики и ресурсного обеспечения здравоохранения ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава России

Несветайло Н.Я. – старший научный сотрудник отделения организации планирования и управления научными исследованиями ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава России