



ВЫСШАЯ ШКОЛА
ОРГАНИЗАЦИИ И УПРАВЛЕНИЯ
ЗДРАВООХРАНЕНИЕМ

Советское здравоохранение в Великой Отечественной войне: уроки для российского здравоохранения.

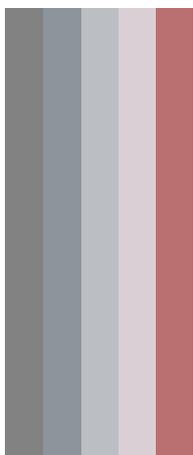
Предложения по его реформе

.....

Ректор ВШОУЗ, эксперт ОНФ,
МВА Гарвардского университета,
д.м.н. Улумбекова Г.Э.

Содержание

- 1. Тяжелейшие условия** в годы войны 1941-1945 гг.
- 2. Профессиональное** руководство, ясные инструкции с первых дней войны.
- 3. Системный кризис** российского здравоохранения. Обострение проблем во время эпидемии.
- 4. Предложения по реформе** российского здравоохранения после эпидемии.



1.

.....
**ТЯЖЕЛЕЙШИЕ УСЛОВИЯ В ГОДЫ
ВОЙНЫ 1941-1945 ГГ.**

На 30 июня 1941 г. медицинская служба Красной Армии **потеряла:**

- **32** хирургических и **12** инфекционных госпиталей
- **13** эвакоприемников
- **3** автосанитарные роты
- **3** санитарных склада
- **17 000** коек в эвакогоспиталей
- **35** других единиц санчастей
- **более 400 вагонов** медикаментов и оборудования в огромном фронтovém складе под Минском

В результате в 1941 г. на Западном и Юго-западном фронтах осталось:

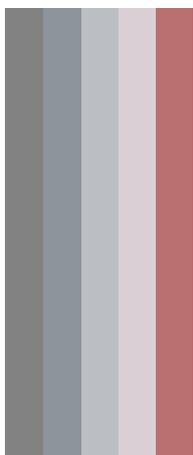
- **всего 15%** медицинских подразделений
- **до 90%** врачей пропало без вести (либо были убиты, либо попали в плен)
- было **утрачено практически всё** медоборудование и имущество, большое количество перевязочных материалов и лекарственных препаратов
- **не хватало** мест в госпиталях, медикаментов, перевязочных материалов

В первые годы войны Наркомздрав потерял на оккупированных территориях (от всей численности):

.....

- **40 %** врачей
- **36 %** больничных коек

К концу 1941 г. объемы производства фармацевтической промышленности **снизились до 8,5%** от предвоенного уровня (и без того небольшого)



2.

.....
**ПРОФЕССИОНАЛЬНОЕ РУКОВОДСТВО,
ЯСНЫЕ ИНСТРУКЦИИ С ПЕРВЫХ ДНЕЙ
ВОЙНЫ**

Через 8 дней после начала войны в условиях хаотичного отступления Красной Армии

- 30 июня 1941 г. ГВСУ была утверждена «**Инструкция** по снабжению медико-санитарным имуществом в действующей армии»
- В июле 1941 г. ГВСУ были разосланы **Указания** по военно-полевой хирургии – «*основная задача медслужбы - возвращение в строй раненых и заболевших солдат и офицеров*»
- 2 февраля 1942 г. было издано **Постановление** Государственного Комитета Оборона (ГКО) «**О мероприятиях по предупреждению эпидемических заболеваний в стране и Красной Армии**».
- В феврале 1942 г. разработана единая военно-полевая **медицинская доктрина**

Положения единой военно-полевой доктрины:

1. Все огнестрельные раны являются первично-**инфицированными**.
2. Единственно надежным методом борьбы с инфекцией огнестрельных ран является **первичная обработка** ран.
3. Большая часть раненых нуждается **в ранней** хирургической обработке.
4. Раненые, подвергнутые в первые часы ранения хирургической обработке, дают **наилучший прогноз**.

Основное требование:

Обеспечить прибытие на ПМП всех раненых после ранения в пределах **до 6 часов**, а в медсанбат— **до 12 часов**, оптимальным считалось в пределах **6-8 часов**.

Руководитель ГВСУ Красной Армии Ефим Иванович Смирнов



*«Важное место принадлежит организации медицинского снабжения войск. **Четкая организация должна обеспечивать маневр** медицинским имуществом боевого обеспечения и чем выше медицинский **начальник**, тем большими правами он должен располагать для осуществления маневра».*

Руководство Советского Союза уже осенью 1941 г. обратилось в США **с просьбой** о поставках

Заявка ГВСУ включала **65** наименований:

- **900 тыс.** пинцетов различных видов,
- **717 тыс.** шприцев,
- **3,6 млн** игл к шприцам,
- **30 тонн** танина,
- **10 тонн** чистого кофеина,
- **15 тонн** стрептоцида
- **40 кг** антибиотика грамицидина.

Поставки союзников обеспечили **до 80%** потребностей советской военно-медицинской службы в первые годы войны, а на всем периоде войны - **свыше 50%**

В ноябре 1941 г. Президент США Рузвельт писал Сталину:
*«Я счастлив сообщить Вам, что медицинские материалы по списку... **будут предоставлены***

*Условия американского снабжения и производства делают невозможной немедленную закупку больших количеств некоторых требуемых предметов, но **25% всего количества по списку может быть предоставлено в течение 30 - 60 дней**, а остальная часть поставок - в течение ближайших **8 месяцев**».*

Производство лекарств и расходных материалов в СССР вернулось на довоенный уровень только к 1945 г.

В 1941 г. для обработки и эвакуации раненых и больных в дополнении к госпитальной службе было сформировано:

.....

- **286** постоянных военно-санитарных поездов (ВСП),
- **138** временных ВСП,
- **295** самолетов санитарной авиации,
- **100** санитарно-транспортных речных судов.

В декабре 1942 г. началось развертывание **специальных терапевтических** госпиталей.

За годы войны доноры дали фронту **1,7 млн литров** крови.
К 1944 г. в стране насчитывались **5,5 млн доноров**,
20 тыс. чел. награждены знаком «Почетный донор СССР»

В Красной Армии и в тылу удалось избежать эпидемий

- **2 февраля 1942 г.** было издано постановление Государственного Комитета Обороны (ГКО) *«О мероприятиях по предупреждению эпидемических заболеваний в стране и Красной Армии»*
- Были созданы чрезвычайные полномочные противоэпидемические **КОМИССИИ**
- Проводилась **поголовная иммунизация** против острых кишечных инфекций и по эпидемическим показаниям, в том числе и новобранцев на призывных пунктах
- Для армии и тыла было построено **4,5 тыс. бань** и **3 тыс.** дезинфекционных камер, действовали помывочные станции

**Благодаря эффективному управлению и
поставкам по лендлизу
Советская военная медицина
за годы войны вернула в строй**

из **22,3 млн.** солдат и офицеров

(раненых -14,7 млн и заболевших - 7,6 млн)

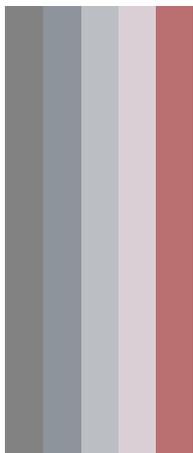
- **72,3%** раненых в 1941-1942 гг.
- **85%** раненых - с 1 января 1943 г.
- **90,6%** - заболевших
- **17%** - комиссовано
- только **6%** не удалось спасти



Главные уроки

Благодарность в подготовке материалов по военной медицине в годы ВОВ
проф. Нигматулину Булату Искандеровичу

- **Единоначалие**
- **Решительные и быстрые действия руководства**
- **Четкие цели и ясные инструкции**
- **Высокая маневренность в меняющейся ситуации**
- **Этапность в оказании помощи и сортировка раненых**
- **Эффективные противоэпидемические меры**
- **Быстрое распространение новых методов лечения**



3.

**СИСТЕМНЫЙ КРИЗИС РОССИЙСКОГО
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ. ОБОСТРЕНИЕ
ПРОБЛЕМ ВО ВРЕМЯ ЭПИДЕМИИ**

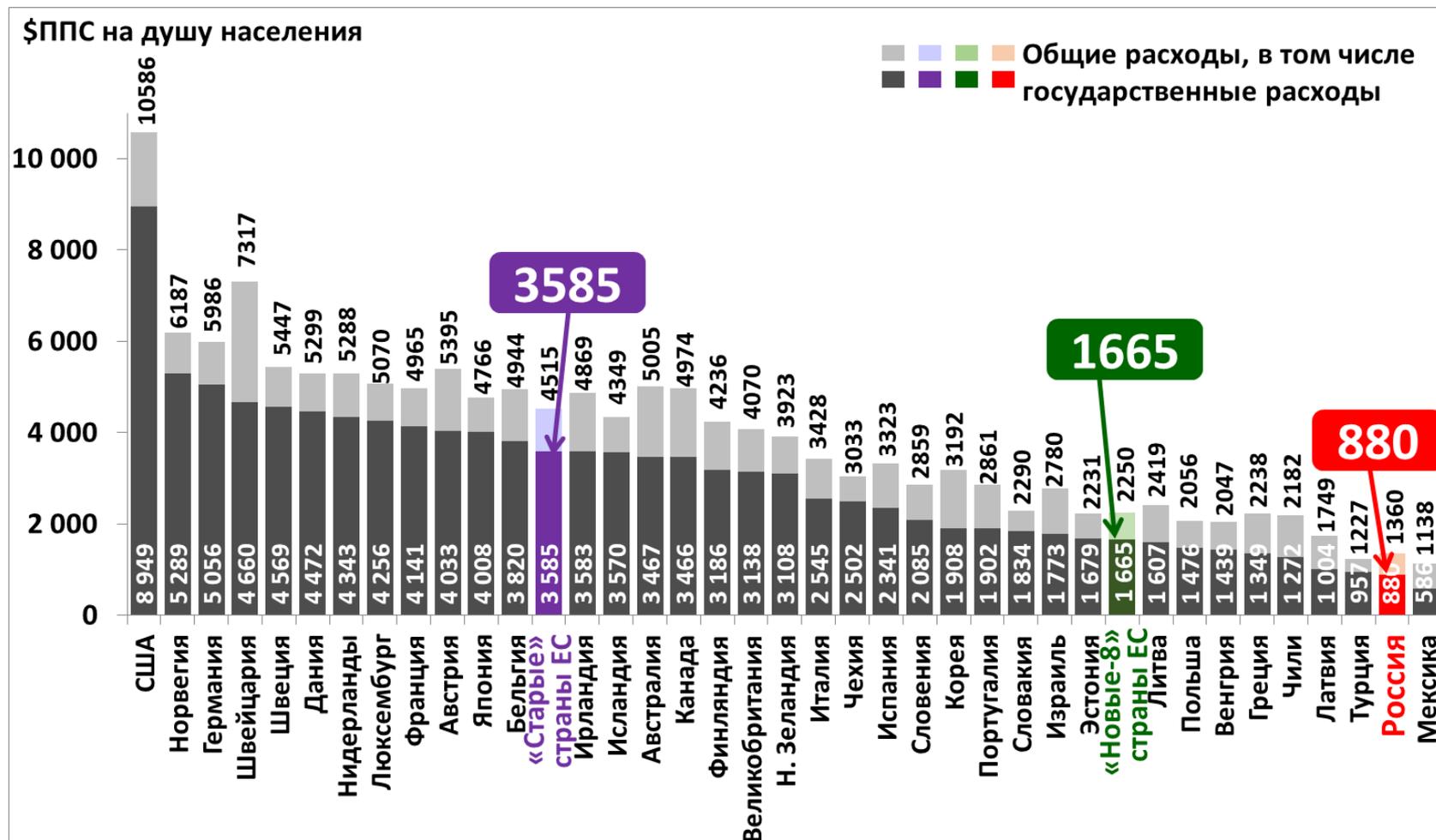
Нищее здравоохранение убивает Россию – если бы смертность в РФ с 1990 по 2020 г. была бы на уровне **10,6 случаев**, как в «новых» странах ЕС, то мы бы сохранили **13 млн жизней**



В 2018 г. ОПЖ в РФ **на 4,8 года ниже**, чем в «новых-8» странах ЕС. Это значение ОПЖ в «новых-8» странах ЕС было **20** лет назад и в «старых» странах ЕС — **43** года назад



Нищее здравоохранение: в РФ в 2018 г. подушевые госрасходы на здравоохранение в 1,9 раза ниже, чем в «новых-8» странах



«Новые-8» страны ЕС включают: Чехию, Эстонию, Венгрию, Латвию, Литву, Польшу, Словакию, Словению.

Источники: Минздрав РФ, Казначейство РФ; база данных ОЭСР «OECD.StatExtracts».

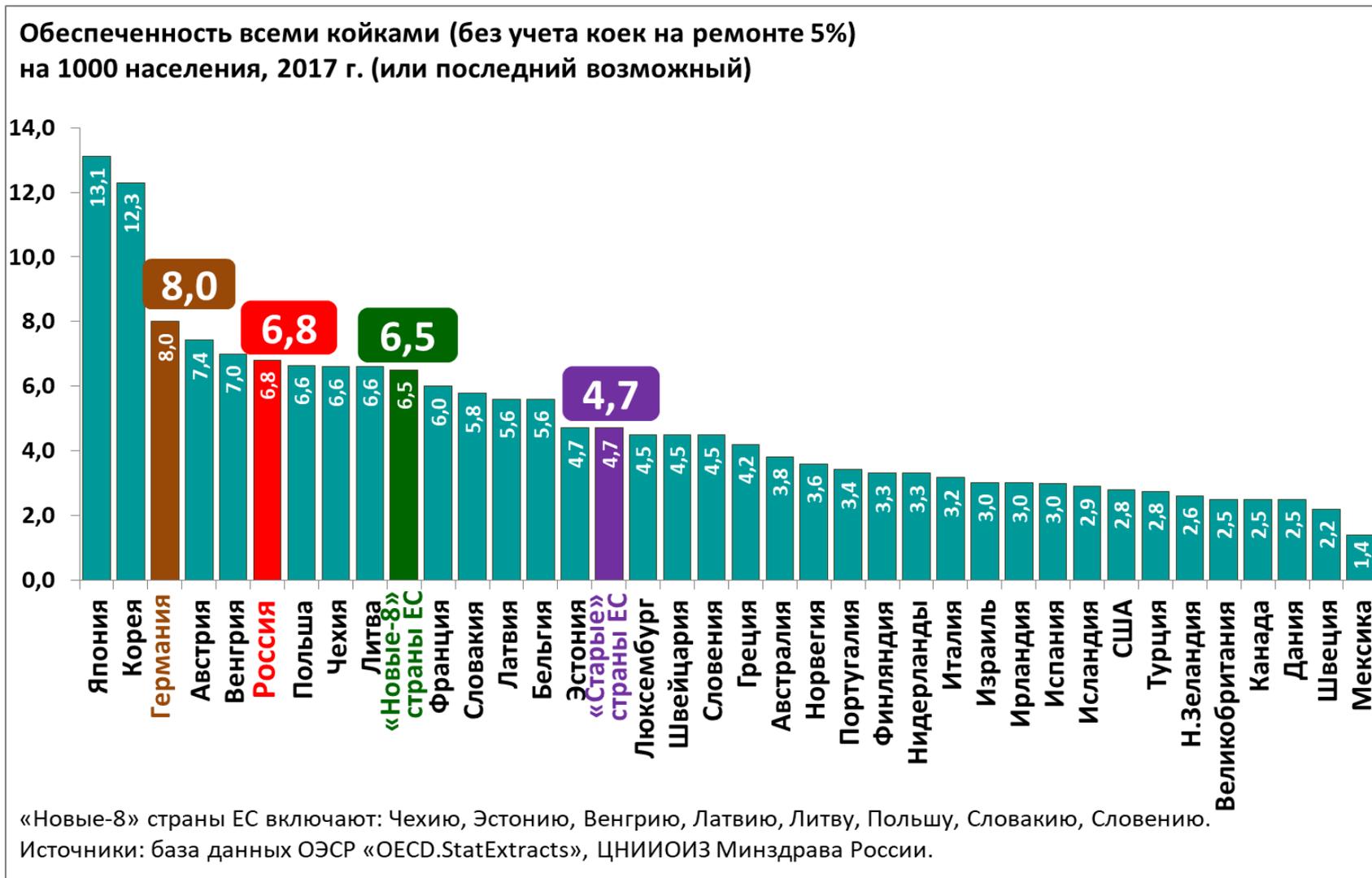
Губительные реформы: с 2012 по 2018 г. в РФ потоки больных увеличились, а мощности и финансирование системы здравоохранения сократились



Обеспеченность практикующими врачами в РФ при **большем** потоке больных – **на 14% ниже**, чем в Германии и на уровне «старых» стран ЕС



Обеспеченность койками в РФ при **большем** потоке больных – **на 15% ниже**, чем в Германии и почти на уровне «новых-8» стран ЕС



Бесправное положение медицинских работников

- **Убогие** должностные оклады, на которые невозможно прожить (у врачей **от 12 тыс. до 35 тыс. руб.**, а у медицинских сестер – **от 10 тыс. до 20 тыс. руб.**)
- **Перегрузки**, многие наши коллеги буквально «сгорают» на работе
- **Нарастающая травля** медицинских работников, провоцируемая жалобами и потребительским экстремизмом
- **Бесконечные проверки** контролирующих органов, уголовные преследования
- Нарастание **избыточных требований**, зачастую противоречивых и невыполнимых в ситуации дефицита кадров и ресурсов, что приводит к бессмысленному бумаготворчеству и отнимает время от лечения пациентов

Рыночные принципы разрушают плановый характер организации системы здравоохранения

- Система ОМС, в которой медицинские организации вынуждены «зарабатывать», **РАЗРУШИЛА** ИНФЕКЦИОННУЮ СЛУЖБУ, СКОРУЮ ПОМОЩЬ И ДОСТУПНОСТЬ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НА СЕЛЕ
- Фонды ОМС и частные страховые организации, **УСЛОЖНИЛИ** процесс финансирования медицинских организаций **И ОТНЯЛИ** дефицитные средства от оказания медицинской помощи
- Оплата по принципу «деньги следуют за пациентом» **РАЗРУШИЛА** СТРОЙНУЮ СИСТЕМУ МАРШРУТИЗАЦИИ пациентов и преемственность в оказании медицинской помощи
- **ПОДМЕНА ПОНЯТИЙ** – вместо оказания медицинской помощи, направленной на спасение здоровья и жизни людей, медицинские работники стали оказывать «пациенто-ориентированные» услуги, **ПРОТИВОРЕЧИТ** смыслу нашей профессии – **служение!**

***«У каждой аварии есть имя, фамилия и должность»* Лазарь Моисеевич Каганович**

Оптимизация в РФ

Высшая школа экономики, д.э.н. С.И. Шишкин, д.э.н. И.М. Шейман, НИФИ при Минфине – к.э.н. В.С. Назаров. Они подготовили Отчет и письмо Минфина, на основании которых была сформирована политика Правительства по оптимизации здравоохранения

Оптимизация в Москве

**Бывший вице-мэр по социальным вопросам Москвы
к.м.н. Л.М. Печатников**

На все мои письма в Комитет здравоохранения ГД РФ, В Совет Федерации РФ, в Правительство РФ, в Национальную медицинскую палату – никто не ответил

Поддержка была среди **академической элиты** по эпидемиологии инфекционным болезням

Академика РАН Юрия Владимировича Лобзина
Академика РАН Виктора Васильевича Малеева
Академика РАН Валентина Ивановича Покровского
Академика РАН Вадима Валентиновича Покровского
Академика РАН Николая Дмитриевича Ющука



Обеспеченность
инфекционными койками
в РФ с 1990 по 2018 г.
сократилась в 2,5 раза,
а смертность
возросла в 2 раза

**Главный вывод конца 2019 г. –
система здравоохранения России находится
в критическом состоянии.**

**Во время эпидемии резервы нашлись за
счет героического и беззаветного труда
медицинских работников**

*«Сначала идешь, сколько можешь, а затем,
сколько надо»*

Академик РАН Николай Павлович Бочков

Именно на плечи медицинских работников России легла вся тяжесть борьбы с эпидемией COVID-19 в 2020 г.

На 24 мая 2020 г. это стоило жизни

256 из них в России (**7,2%** от всех умерших)
<https://sites.google.com/view/covid-memory/home>

163 - в Италии (**0,5%** от всех умерших)
<https://portale.fnomceo.it/elenco-dei-medici-caduti-nel-corso-dellepidemia-di-covid-19>

130 - в США (**0,1%** от всех умерших)
<https://www.wsws.org/en/articles/2020/04/25/heal-a25.html>



Обострение проблем во время эпидемии

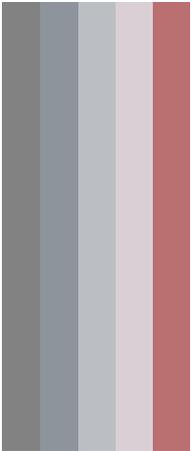
- 1. Отсутствие** ЦЕНТРАЛИЗОВАННОГО УПРАВЛЕНИЯ здравоохранением в стране. В регионах – «каждый сам за себя».
- 2. Отсутствие** КООРДИНАЦИИ между медицинскими организациями разной ведомственной подчиненности в одном городе.
- 3. Отсутствие** централизованного управления и координации САНИТАРНО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОЙ И ДРУГИМИ СЛУЖБАМИ ПО БЕЗОПАСНОСТИ ЗДОРОВЬЯ населения под руководством Минздрава:
 - В Минздраве 1 главный внештатный специалист эпидемиолог.
 - Роспотребнадзор – отдельная служба, напрямую подчиняющаяся Правительству .
 - ФМБА - отдельная служба, напрямую подчиняющаяся Правительству, в нее вошли Центр стратегического планирования и управления медико-биологическими рисками здоровью (ЦСП) и Всероссийский центр медицины катастроф «Защита».
 - Медицинская служба силовых ведомств и УФСИН.

Обострение проблем во время эпидемии

4. **Отсутствие** ПОЛНОМОЧИЙ у Минздрава по централизованному управлению производством и распределением **СИЗ** по медицинским организациям и их мониторингу.
5. Главные внештатные специалисты – **недостаточно** ПОЛНОМОЧИЙ И ВОЗМОЖНОСТИ управлять медицинской помощью в регионах.
6. Вопиющие случаи **замалчивания** регионами реальной ситуации с СИЗ и других ПРОБЛЕМ.
7. Отмена приема хронических пациентов **лишила** многие медорганизации СРЕДСТВ к существованию.
8. **Никак и нигде не обсуждается** проблема «ВЫГОРАНИЯ» медицинских работников и их выбытия «из строя».

О чем это говорит?

- Только эпидемия стала поворачивать общество и власть **К ОСОЗНАНИЮ** того, что медицинские работники – основа безопасности страны, здоровья и жизни всех нас.
- Но осознания степени риска, которой мы подвергаем медицинских работников, до конца **НЕ ПРОИЗОШЛО**.
- Сегодня мы **НЕ ИМЕЕМ ПРАВА** оставить ситуацию так, как она есть, слова благодарности быстро **ЗАБУДУТСЯ**.
- Именно мы, организаторы здравоохранения, **ОБЯЗАНЫ ИСПРАВИТЬ** ситуацию.
- Для этого необходима **КАРДИНАЛЬНАЯ РЕФОРМА** системы здравоохранения РФ.



4.

.....

**ВЫНОСИМ НА ОБСУЖДЕНИЕ:
ПРЕДЛОЖЕНИЯ ПО РЕФОРМЕ
РОССИЙСКОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ**

1. Создание единой вертикали управления

- **Восстановить** централизованную систему управления здравоохранением в стране во главе с Минздравом России.
- **Подчинить** службу санитарно-эпидемиологического надзора (Роспотребнадзор) Минздраву России, а также все другие службы отвечающие за безопасность здоровья населения.
- **Включить** главных внештатных специалистов по профилям в штат Минздрава России.
- **Убрать** все противоречия в нормативной базе здравоохранения, привести все контрольные проверки **в единую систему**, уменьшить дублирование отчетных документов, максимально перейти на цифровой документооборот

2. Увеличение государственных расходов на здравоохранение

- Увеличить государственные расходы на здравоохранение

ДО 6% ВВП 2019 г. Это с 3,8 трлн руб. (3,5% ВВП 2019 г.)

до **6,5 трлн руб. к 2022 г.** (в ценах 2019 г.) Ежегодно дополнительно по **1 трлн руб.** с 2020 г.

Из них:

- **1/2** должна пойти на повышение **оплаты труда** медицинских работников
- **1/4** – на обеспечение широких слоев населения **бесплатными лекарствами** в амбулаторных условиях (система всеобщего лекарственного обеспечения)
- **1/4** на повышение квалификации медицинских работников и обеспечение инфекционной безопасности медицинских организаций в условиях затянувшейся эпидемии

3. Оптимизировать систему оплаты медицинской помощи

- **Восстановить бюджетное** финансирование системы здравоохранения (для этого средства ОМС, федерального и региональных бюджетов должны быть объединены).
- Исключить частные **страховые медицинские организации** из цепочки доведения государственных средств до медорганизаций, передав их функции государственным организациям.
- На базе территориальных отделений ФОМС **организовать финансовые подразделения** региональных органов управления здравоохранением.
- Восстановить оплату медицинских организаций медорганизаций **по смете** с элементами поощрения за качество и объем услуг.

4. Исправление положения медицинских работников

- Установить **единые** базовые оклады по основным квалификационным группам:
 - для врачей – не менее **4 федеральных МРОТ**,
 - для средних медицинских работников – **2 МРОТ**,
 - младшего медицинского персонала – **1,5 МРОТ** (МРОТ в 2019 г. = 12,13 тыс. руб.).
- Все остальные выплаты к базовому окладу (компенсационного и стимулирующего характера) должны выплачиваться **по единым правилам** (в % отношении) в каждом субъекте РФ.
- Установить законодательно **обоснованные нормы трудовой нагрузки** для медицинских работников, по основной должности продолжительность рабочей недели в мирное время не должна превышать **40 ч** (макс. совместительство не более **1,2 ставки**).

5. Повышение качества медицинского образования и развитие медицинской науки

Внести в закон «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» нормы:

- Об **условиях и выделенном финансировании** непрерывного медицинского образования,
- Об установление оплаты труда профессорско-преподавательского состава медицинских вузов и колледжей, **в 2 раза выше**, чем соответственно у практикующих врачей и медицинских сестер,
- О **восстановлении интернатуры** для всех медицинских специальностей,
- О **единой системе управления качеством** медицинской помощи и ежегодной отчетности по принятым в развитых странах показателям,
- О **медицинской науке** и увеличении ее финансирование **в 3 раза** от существующего уровня, в том числе о единой системе управления вложениями в НИР до внедрения в практику.

6. Обеспечение постоянной готовности к эпидемиям и кризисным ситуациям

Воссоздать под руководством Минздрава систему постоянной готовности:

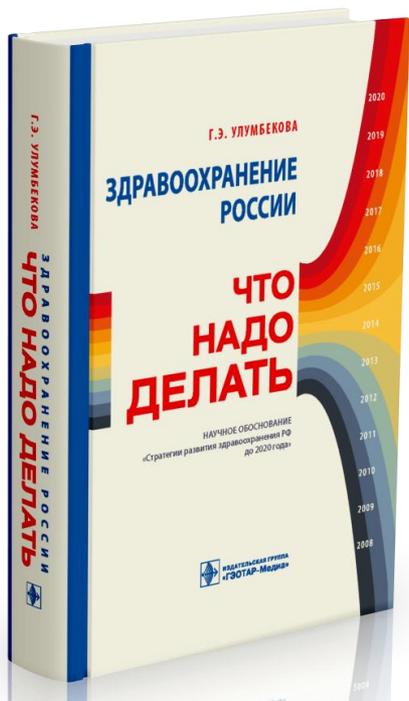
- Единый **центр** в Минздраве,
- Разработать **Государственную программу** действий при чрезвычайных ситуациях,
- Проводить **учения** и публиковать Государственный отчет о готовности системы здравоохранения к эпидемиям по установленным показателям,
- Создать резервы коечных мощностей, подготовленных медицинских кадров, запасов СИЗ и других расходных материалов,
- Выделить специальное **финансирование**,
- Подготовить специалистов по отслеживанию контактов,
- Разработать **инструкции и протоколы** по организации медицинской помощи,
- **Оперативный штаб должен быть всегда в Минздраве**, в том числе по вопросам координации смежных областей – производство и поставки СИЗ, разработка вакцин, диагностических тестов, фармацевтических препаратов и др.

Ждем Ваших предложений по реформе российского здравоохранения

Цена медицинских работников – это
цена жизни и здоровья российского
народа.

Это надо понять и действовать!

Результаты научных исследований за **25 лет работы** в отрасли



2010 г.



2015 г.



2019 г.



ВЫСШАЯ ШКОЛА
ОРГАНИЗАЦИИ И УПРАВЛЕНИЯ
ЗДРАВООХРАНЕНИЕМ

Благодарю за внимание!

Благодарность в подготовке презентации:

Проф. д. тех. наук Нигматулину Б.И.

канд. экон. наук Гинойну А.Б.

канд. техн. наук Гапоновой Е.А.

Калашниковой А.В