

УДК614.2.001.76(571.63)

Ю.В. Каминский

О СОВЕРШЕНСТВОВАНИИ МЕДИЦИНСКОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ НАСЕЛЕНИЯ ПРИМОРСКОГО КРАЯ

Доклад на I съезде медицинских работников
Приморского края 14.11.2003 г.

Владивостокский государственный медицинский
университет

Ключевые слова: здравоохранение, высшее медицинское образование, проблемы, стратегия развития.

Некоторые показатели здоровья населения Приморского края в сопоставлении с аналогичными данными по Российской Федерации и Соединенным Штатам Америки впечатляют без лишних комментариев (табл. 1). Можно заметить лишь, что по показателю смертности от онкологических заболеваний данные по нашему региону выглядят лучше, чем по России и даже США. Но достаточно обратить внимание на две первые строки таблицы, чтобы понять, в чем заключаются причины этого «улучшения».

Эффективность деятельности медицинских работников можно оценить на основе динамики демографических показателей. Правда, известно, что только на 12% здоровье населения зависит от деятельности медицинской службы, остальные 88% определяются социально-экономическими условиями. Ключевыми проблемами для всех направлений охраны здоровья населения является формирование культуры здоровья, повышение престижности здорового образа жизни, осознание человеком ценности здоровья как фактора жизнестойкости, активности и долголетия (табл. 2).

В условиях рыночной экономики восстановительная и профилактическая медицина приобретают статус производственной отрасли, в функции которой входят воспроизводство трудовых ресурсов нации, обеспечение профессионального долголетия, повышение безопасности труда. В случаях снижения функциональных резервов организма человека ведущими становятся ранняя диагностика текущего состояния и уровня здоровья, комплексное и эффективное оздоровление, полное восстановление трудоспособности индивидуума.

Особый приоритет имеет охрана материнства и детства, охрана здоровья молодежи. Но о каком здоровье молодого поколения может идти речь при нынешнем количестве беспризорников, распространении наркоманий, пьянства и токсикоманий среди детей и подростков?! А чем занимаются будущие матери с 12 лет, а иногда еще

и раньше?! Уже сегодня смертность превышает рождаемость на 10%, а прирост населения в крае имеет устойчивую отрицательную динамику — что будет завтра?

Несмотря на значительное отставание в объемах финансирования от многих развитых стран, советская медицина благодаря внутренним организационным резервам была не только конкурентоспособной, но и добилась многих впечатляющих достижений. Речь, в частности, идет о полной диспансеризации населения, доступной системе курортов, бесплатных лекарствах, комплексе социальных льгот и других преимуществах. Что же дала нынешняя государственная и негосударственная страховая медицина?

В условиях рыночной экономики страхование — это, прежде всего, бизнес, ориентированный на извлечение прибыли. Тем более что сегодняшняя ситуация во многом напоминает ту, которая была описана в части романа И. Ильфа и Е. Петрова «Двенадцать стульев», посвященной Черноморской кинофабрике: немного кино больше нет, звуковое кино еще не появилось. Сегодня в российском здравоохранении бесплатной медицины больше нет, система платных медицинских услуг не организована. Это создает благоприятные условия для финансовых злоупотреблений. Так, страхование может осуществляться не до, а после страхового события (факта заболевания). Например, страхование от гипертонической болезни или ишемической болезни сердца происходит после их развития. Другими словами, медицинское страхование практически подменяется предоставлением платной медицинской помощи и по существу не является страхованием как таковым. Другая ситуация возникает в случае, если страховая фирма связана с лечебно-профилактическим учреждением, являющимся

Таблица 1

Медицинская статистика, 2002 г.

Показатель	Россия	США	Приморье
Средняя продолжительность жизни мужчин, лет	59,0	74,0	54,0
Средняя продолжительность жизни женщин, лет	72,0	80,0	57,0
Рождаемость, на 1000 населения	9,7	14,1	9,8
Смертность, на 1000 населения	13,9	8,7	14,6
Смертность от инсультов, инфарктов и т.д., на 100 тыс. населения	895,0	351,0	956,0
Смертность от онкологических заболеваний, на 100 тыс. населения	201,0	203,0	186,0
Заболеваемость туберкулезом, на 100 тыс. населения	92,1	5,8	440,2
Кол-во врачей, на 100 тыс. населения	420,0	279,0	341,0
Расходы на медицину, в % к ВВП	2,9	13,0	1,3
Материнская смертность, на 100 тыс. родов	12,5	4,4	43,2
Заболеваемость наркоманией, на 100 тыс. населения	503,5	301,4	517,4
Младенческая смертность, на 1000 родившихся	10,8	4,6	13,0

Таблица 2

Некоторые показатели здоровья населения Приморского края

Показатель	2000 г.	2001 г.	2001 г.
Рождаемость, на 1000 населения	8,5	9,2	9,8
Смертность, на 1000 населения	13,6	13,9	14,6
Естественный прирост, ‰	-5,1	-4,7	-4,8
Смертность от сердечно-сосудистых заболеваний, на 100 тыс. населения	707,6	734,8	772,8
Смертность от онкологических заболеваний, на 100 тыс. населения	186,2	186,0	186,0
Смертность от травм и отравлений, на 100 тыс. населения	235,8	242,9	247,1
Младенческая смертность, на 1000 родившихся	19,1	16,1	13,0
Перинатальная смертность, на 1000 родов	13,3	13,1	11,3
Число аборт, на 1000 родов	162,1	146,5	130,7
Материнская смертность, на 100 тыс. родов	64,3	60,4	43,2
Общая заболеваемость взрослых, на 100 тыс. населения	1033,1	1040,3	1114,7
Заболеваемость туберкулезом, на 100 тыс. населения	415,0	417,3	440,2
Заболеваемость сердечно-сосудистыми болезнями, на 100 тыс. населения	13890,0	14953,7	16913,7
Заболеваемость наркоманией, на 100 тыс. населения	375,1	471,5	517,4
Первичная инвалидность, на 100 тыс. населения	90,6	96,3	98,3

монополистом в области специализированной медицинской помощи в конкретном регионе. Больному предлагается заключить договор по описанной схеме, либо ему отказывают в лечении. Часто при этом сумма страховки взимается сразу, одномоментно и превышает реальную стоимость предоставляемых услуг. Страхуются в данной ситуации (если это можно назвать страховкой) и рутинные диагностические методики, часто входящие в стандарты обязательного медицинского страхования: электрокардиография, ультрасонография почек, анализ крови и др. В результате дискредитируется сама идея страховой медицины, снижается качество медицинского обслуживания.

С другой стороны, сформировавшаяся за последние десятилетия в России прослойка богатых людей предпочитает медицинские услуги зарубежных клиник, платя огромные деньги, например, за оперативные вмешательства, которые с тем же эффектом могут быть выполнены в любой районной больнице.

Не лучшим выходом из сложившейся ситуации можно назвать разработку медико-экономических стандартов, где не нашлось места таким понятиям и категориям, как врачебная интуиция, врачебное искусство, практический опыт специалиста. Вдумчивый анализ опытным интернистом той или иной клинической ситуации подменяется комплексом стандартов, за соблюдением которых ревностно следит страховая фирма.

Сам по себе любой вид страхования должен быть добровольным и прозрачным (куда, зачем и сколько

вкладывается средств, и что из этого получает застрахованный). По мысли идеологов нашей страховой медицины, ее внедрение должно было обеспечить конкуренцию между страховыми фирмами, что неизбежно привело бы к росту качества и расширению ассортимента услуг, а также снижению цен на медицинское обслуживание. Но эта идеальная схема не выдержала столкновения с действительностью. В условиях рыночной экономики медицинские страховые компании служат посредником, буфером между пациентом и врачами. И, как любые посредники, не производящие материальных и интеллектуальных ценностей, они в первую очередь заинтересованы в собственной прибыли. В результате получилось, что складывающаяся у нас система внутримедицинских отношений не имеет социальной направленности. Злополучные же 45 руб. в месяц на человека, отчисляемые ФОМС на лечение, не решают проблемы. Врачи противопоставлены пациентам, пациенты не доверяют врачам, и те и другие не доверяют страховым компаниям. Стабильность в описанной системе поддерживается «катехизисом» постоянно меняющихся медицинских стандартов, регламентирующих

каждый шаг специалиста-медика, предписывающих ему действия на все предполагаемые случаи жизни.

Методы диагностики и лечения совершенствуются на глазах, но заболеваемость в стране не снижается. Возникла парадоксальная ситуация: чем прогрессивнее медицина, тем длиннее список болезней. Новые болезни не пришли ниоткуда, просто раньше люди до них не доживали. Но ситуация осложняется еще и тем, что активнее стали лечить болезни несуществующие (целлюлит, остеопороз и пр.).

Корни этой проблемы уходят в экономическую сферу. С одной стороны, врачам платят мизерную зарплату, с другой — условий для дополнительного заработка в госучреждениях не существует. В результате специалист вынужден добывать средства другими способами (совместительство, работа на износ и т.д., наконец, просто взяточничество). Самое выгодное сегодня не лечение, а диагностика (например, маммографические кабинеты).

Активно развивается и нетрадиционная медицина, пропагандируется метод Фолля. Человеку говорят о болезнях, которых у него нет сейчас, но «завтра они точно будут!» Ответственности за такие предсказания никто, естественно, не несет, зато лечение с ощутимой финансовой выгодой можно начинать сразу. Стоимость же собственно лечения (в первую очередь лекарственных препаратов) для большинства больных не по карману, и до сих пор неясно, чем в этой сфере обернется планируемая «монетаризация льгот». Может, стоит пересмотреть направление инвестиций — с диагностики на лечение?

Приоритетными направлениями в области научных исследований сегодня должны стать:

- *формирование стратегии охраны и укрепления здоровья населения, разработка основ реализации индивидуального потенциала здоровья как основы предупреждения заболеваний на протяжении жизни человека;*
- *получение на основе фундаментальных исследований новых и углубление имеющихся знаний о здоровом и больном организме, жизнедеятельности человека и индивидуальных механизмах адаптации его к окружающей (в т.ч. социальной) среде;*
- *разработка методов экспресс-диагностики и коррекции сниженных резервов организма, восстановление утраченного здоровья;*
- *разработка новых схем организации медицинской помощи и управления здравоохранением (ОМС-ДМС, МЭС, цены на лекарства).*

Всем этим в Приморском крае должен заниматься консультативный медицинский совет при губернаторе, роль которого могут выполнять президиум Дальневосточного медицинского научного центра (филиал СО РАМН) и ученый совет Владивостокского государственного медицинского университета.

Закрепление кадров на селе — надуманная муниципальными органами проблема. Необходимо обеспечить молодого специалиста квартирой, достойной заработной платой и соответствующей его образованию должностью, а также социальными привилегиями (кредит на обустройство, компенсация коммунальных расходов и т.д.), и дефицита кадров не станет. Нашими «болевыми точками» также являются полное отсутствие социальной защиты медиков, кадровая чехарда среди главных врачей, наметившаяся тенденция к приватизации ЛПУ и аптек. Раздаются голоса даже в пользу приватизации вузов, что полностью разрушит систему высшего образования в России.

Нельзя обойти стороной и вопрос о «нововведениях» МО РФ. Здесь, видимо, решено было восполнить финансовый дефицит весьма своеобразным способом — сократить число вузов, сохранив только 90 так называемых ведущих высших учебных заведений. А во что обходится единый государственный экзамен для всех желающих поступить в институты, академии и университеты, не может сказать никто. Как не знают и вузы, кто к ним придет учиться на первый курс. Для чего же мы развивали спецклассы в школах, организовывали лицей, создавали сквозную программу профориентации? Для медицинской высшей школы единый государственный экзамен неприемлем.

Высшее образование сегодня нуждается не в бесконечных «революционных» реформах, а в стратегическом планомерном развитии и достаточном для этого финансировании. Не революция, а эволюция ведет к прогрессу! Уже сегодня 90% врачей края — выпускники Владивостокского государственного медицинского университета, в системе санитарно-эпидемиологической службы 97% специалистов — также выпускники нашего вуза. 42 главных врача

лечебно-профилактических учреждений Приморья воспитаны в стенах ВГМУ. В университете сейчас 66 докторов и 188 кандидатов медицинских наук. Вот уже 17 лет медицинский университет не приглашал докторов наук со стороны — все они подготовлены на собственной базе. Однако проблемы в научной работе существуют, и они также объясняются в первую очередь недостаточным финансированием и фундаментальных, и прикладных исследований. В то же время удивляет обилие спонсируемых научно-практических конференций в крае (66 только за 2003 г.). По сути, они являются обычными рекламными акциями компаний, производящих и перепродающих лекарственные препараты и медицинское оборудование, и не приносят ощутимых научно-практических результатов для здравоохранения.

В заключение следует остановиться на основных задачах высшего медицинского образования и здравоохранения Приморского края:

1. Создание собственных университетских клиник, в соответствии с мировым опытом законодательно закрепленных за вузом, где будут сосредоточены новые медицинские технологии в соединении с передовыми научными разработками;
2. Дальнейшая разработка и корректировка существующих программ развития здравоохранения края;
3. Разработка региональной программы социальной защиты медицинских работников;
4. Улучшение экономического и юридического образования врачей;
5. Ускорение развития Дальневосточного медицинского центра. Президиум ДВМЦ совместно с ученым советом ВГМУ может играть роль консультативного органа при губернаторе, который должен определять стратегию развития здравоохранения в Приморье;
6. Назрела необходимость в реформе системы здравоохранения в пенитенциарных учреждениях, где проблем достаточно много, и они после очередных амнистий становятся проблемами муниципального здравоохранения.

Поступила в редакцию 15.11.03.

ON IMPROVEMENT OF MEDICAL PROVISION OF PRIMORSKY REGION POPULATION

Yu. V. Kaminsky

Vladivostok State Medical University

Summary — The paper of the president of Vladivostok State Medical University presented at the 1st Congress of medical workers of Primorsky region focuses a special attention on criticism of the current Russian medical insurance system, as well as on the problems in the public health service and higher medical education. On highlighting the necessity of deliberate implementation of the reforms in social sphere allowing for doctor and patient's interests, the author emphasizes the programs of strategic planning of the community health care, social maintenance of medical workers, and others which have top-priority among all the problems facing the regional public health care service.