

De Gustibus

“НЕДОСОЛ В ГОЛОВЕ...”

Г.А. Герасимов

Однажды в начале 1990-х годов к нам в Эндокринологический научный центр пожаловала делегация американских врачей, и меня, молодого тогда еще руководителя, попросили показать им свое отделение. Я бойко начал свой рассказ с того, что в моей клинике имеется в наличии 30 коек преимущественно для больных с патологией щитовидной железы (ЩЖ). Гости были удивлены и обратили мое внимание на то, что в английском языке под словом “*clinic*” понимается амбулаторное учреждение, в котором «койки» некоторым образом неуместны. Извинившись за лингвистическую ошибку, я сказал, что наш центр представляет собой специализированную больницу (*hospital*) и койки в нем все же имеются в достаточном количестве. Мой ответ вызвал еще большее недоумение: “Почему пациенты с патологией ЩЖ располагаются на больничных койках? У вас так много случаев тиреотоксического криза или гипотиреоидной комы?” Не думаю, что мое объяснение причин пребывания пациентов с банальной болезнью Грейвса (БГ) на скорбной койке удовлетворило моих зарубежных коллег тогда. Впрочем, и сегодня чаще всего нет никаких объективных причин для такого рода госпитализаций, кроме желания сохранить «коечный фонд» и штат врачей, а также бессмысленно растратить бюджетные деньги.

Эту историю я припомнил недавно, встречаясь со старыми друзьями, супружеской парой врачей-эндокринологов из Эстонии. Мы знакомы уже, страшно сказать, 30 лет — с тех пор, как мои коллеги работали еще в эндокринологическом диспансере в университетском городе Тарту. Бывший противозобный диспансер занимал тогда довольно большое здание под поликлинику, отделение функциональной диагностики, лабораторию и административные нужды. Был в нем и небольшой стационар, который располагался почему-то на последнем этаже старого трехэтажного здания; два нижних этажа его занимала дрожжевая фабрика, и, перефразируя слова классиков, “воздух в стационаре не озонировали”.

К концу 1990-х годов мой друг дорос уже до главного врача этого центра, когда правительство Эстонии провело радикальную реформу здравоохранения и закрыло это и многие другие существовавшие с советских времен учреждения. Вообще было решено, что для страны с населением меньше полу-

тора миллионов человек нужно всего несколько штатных единиц врачей-эндокринологов в небольшом числе крупных многопрофильных больниц. Оставшимся вне этих больниц эндокринологам было предложено либо перепрофилироваться в семейные врачи, либо открыть частные практики, что и сделал мой друг вместе с женой (тоже по «случайному» совпадению эндокринологом). Их частная практика успешно действует уже более 10 лет.

Система амбулаторной помощи в Эстонии устроена так, что первичным звеном медицинской помощи является частнопрактикующий семейный врач, а расходы на обследование и лечение населения страны практически полностью покрываются Фондом медицинского страхования (ФМС). Прием у семейного врача бесплатный (небольшая доплата существует только за визиты на дом). При необходимости семейный врач дает направление к эндокринологу или иному врачу-специалисту. При этом частнопрактикующий врач-специалист берет с пациента “живыми деньгами” за амбулаторный прием всего 50 эстонских крон (примерно 4 долл. США), а все остальное доплачивает ФМС. Количество специалистов ограничено, и очереди на прием у эндокринолога можно ждать 3–4 нед, а то и больше. За прием вне очереди нужно заплатить уже полную сумму — около 30 долл. США.

Интересно, что по договору с ФМС каждому врачу-специалисту выдают своего рода годовой финансовый план с расценками на диагностические и лечебные процедуры. Врачу выгодно самому выполнять большинство этих процедур в своей собственной амбулатории. Это включает и УЗИ ЩЖ, и ее пункцию, и взятие крови для лабораторного обследования. За цитологическую диагностику, биохимические или гормональные анализы врач платит лабораториям из своего собственного бюджета в рамках тех сумм, которые ему выделил ФМС. Пациент от всех этих дополнительных оплат освобожден. Отсюда и желание врачей охватить как можно больше новых пациентов и выполнять большинство процедур самим, не отдавая без нужды деньги собственного бюджета на сторону. Например, кроме приема в собственной городской амбулатории в Тарту, мои друзья еженедельно посещают с визитами соседние городки, где они снимают на время амбулаторию и

ведут прием пациентов. Нужное оборудование, включая портативный УЗИ, они берут с собой. Все данные пациентов вносятся в электронные амбулаторные карты, а сейчас врачи стали выписывать и «цифровые» рецепты. Само собой, за эту работу мои коллеги получают от ФМС очень приличную по любым западным меркам денежную компенсацию. Ее хватает и на содержание собственной амбулатории с медсестрой и регистратором, и на покупку оборудования и расходных материалов, ну и на свою зарплату, разумеется.

Кому-то это может показаться сказкой, но так могут работать врачи не только где-то за океаном, но и в стране, десятилетиями бывшей нашей «союзной» республикой. Вообще, на мой взгляд, опыт государств Балтии, а также других стран Восточной и Центральной Европы, которые за короткий исторический период смогли перестроить свои «советские» системы здравоохранения на более эффективные модели заслуживает куда как большего внимания и более пристального изучения.

Вместе с тем мне нередко приходилось встречаться с пренебрежительным отношением к опыту здравоохранения как стран Восточной Европы, так и других среднеразвитых стран (например, Турции или Бразилии). «Мы не африканская страна», — слышал я в ответ. С географической точки зрения с этим трудно поспорить. Иное дело статистика здоровья: по средней ожидаемой продолжительности жизни Россия в списке Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) находится на 135-м месте, окруженная как раз таки бедными африканскими и азиатскими странами. Это весьма необычная ситуация, так как по многим другим показателям (величине ВВП на душу населения, уровню грамотности, числу врачей и пр.) Россия отнюдь не входит в аутсайдеры. Чем же объясняется такая печальная статистика?

Причина же совершенно очевидно состоит в удручающем состоянии первичной медицинской помощи, которая в нашей стране практически мало развивалась за последние 30–40 лет. Вместе с тем ситуация не всегда была столь плачевной. Если обратиться к истории, то в первой половине XX века СССР добился впечатляющих успехов в развитии именно первичной системы здравоохранения, что привело к резкому росту продолжительности жизни и снижению показателей смертности населения. Средняя ожидаемая продолжительность жизни

в царской России в начале XX века составляла всего около 30 лет; даже в европейской части страны младенческая смертность превышала 25%, т. е. в течение первого года жизни умирал каждый 4-й младенец, а в Центральной Азии погибал и вовсе каждый 3-й ребенок. Спустя полвека, к концу 1950-х годов, средняя ожидаемая продолжительность жизни в СССР достигла 68,7 года, т. е. на этот момент времени была больше, чем в США, хотя исходно в начале века продолжительность жизни в США была на 17 лет больше, чем в России!

Резко улучшилась ситуация и с младенческой смертностью, которая в 1920-е годы была самой высокой в Европе. К 1960 г. она была ниже, чем в Италии, Австрии и Восточной Германии и приближалась уже к показателям Бельгии и ФРГ. Все это было бы невозможно достичь без кардинального улучшения жизненного уровня и медицинского обслуживания как городских, так сельских жителей, особенно азиатского и мусульманского населения СССР. Средняя ожидаемая продолжительность жизни в республиках Средней Азии в 1960 г. была на 15 лет дольше, чем у иранцев, на 20 — пакистанцев и вдвое — афганцев. Недаром местом проведения исторической Международной конференции ВОЗ по первичной медико-санитарной помощи в 1978 г. была избрана столица Казахской ССР Алма-Ата.

Все эти интересные факты я почерпнул из статьи Ника Эберштадта «Кризис здравоохранения в СССР», опубликованной в 1981 г. и перепечатанной 25 лет спустя *International Journal of Epidemiology*¹. Эта статья в свою очередь являлась отзывом на опубликованную за год до этого книгу о росте детской смертности в СССР в 1970-е годы². В то время большая часть статистики здравоохранения СССР, включая младенческую смертность, была засекречена, и ученым на Западе для своих исследований приходилось использовать разные вторичные источники, включая «самиздат»³. При всей ограниченности имеющейся информации автор сделал удивительно точные выводы и заключения, которые, увы, полностью актуальны и для сегодняшнего дня включительно. Среди факторов, негативно влияющих на состояние здоровья населения страны, Н. Эберштадт на первое место поставил исключительно высокое потребление алкоголя, плохое питание, загрязнение окружающей среды, резкий рост сердечно-сосудистых заболеваний и травматизма и

¹ Eberstadt N. The health crisis in the USSR. In: *New York Review of Books*, 1981 (February 19). P. 23–31. (Reprinted // *Int. J. Epidemiol.* 2006. V. 35. P. 1384–1394.)

² Review of Rising Infant Mortality in the USSR in the 1970s By Christopher Davis and Murray Feshbach, United States Bureau of the Census. Series P-95. 1980. N 74 (September). 33 p.

³ В СССР — нелегальная литература, распространявшаяся в рукописной форме или перепечатанная на пишущей машинке.

другие факторы, которые уже ни для кого не являются секретом и уже много лет открыто обсуждаются в печати и на всех уровнях государственной власти.

По мнению Н. Эберштадта, развал системы здравоохранения СССР начался в начале 1960-х годов. По его оценкам, доля ВВП Советского Союза, используемая на здравоохранение, в 1955 г. составляла 9,8%, а в 1977 г. только 7,5%. Тенденция к снижению сохранилась во все последующие годы, и в 2010 г. это показатель в России составил менее 4%. Со своей стороны добавлю, что примерно в это же время постепенно произошел отход от профилактической модели здравоохранения к высокотехнологической, направленной в первую очередь на раннее выявление и своевременное лечение заболеваний. Саму по себе эту тенденцию можно было бы только приветствовать: по этому пути пошли десятки развитых стран мира. Но невозможно развивать высокотехнологическую медицину при постоянном урезании бюджетов здравоохранения. Жертвой амбициозных проектов стало первичное звено здравоохранения, под которым я имею в виду не только ФАПы, амбулатории и поликлиники, но и сельские и городские больницы, в которые, по сути, “спихивались” больные из первичной сети, требовавшие сколько-либо повышенного внимания врачей.

Другой хронической болезнью отечественного здравоохранения оставалось неправильное вложение имеющихся скудных ресурсов. При философском выборе “прежних отмыть или новых нарожать” советские, а затем и российские руководители здравоохранения всегда предпочитали строительство новых медицинских центров и больниц, тогда как прежние приходили в упадок и не обновлялись десятилетиями. Притом что немалая часть больниц и амбулаторий в сельской местности не имеют даже водопровода и канализации⁴, деньги вкладываются в строительство “высокотехнологических центров”, которые впоследствии испытывают огромные трудности с финансированием, обеспечением врачевскими кадрами и поддержанием в нужной кондиции дорогостоящего оборудования. Неудивительно, что многомиллиардные вложения в строительство этих центров не привели к сколько-либо существенному улучшению медико-демографических показателей в России за последние 5 лет.

Впрочем, ситуация эта типична не только для России, но и, парадоксально, для такой развитой страны, как США. Никто не может отрицать, что эта

страна имеет самую современную и развитую медицину в мире. В ней сосредоточены лучшие научные и врачебные кадры, самые современные госпитали и медицинские центры. Но при всем при этом США, по данным ВОЗ, отстает от других развитых стран мира по многим показателям общественного здоровья. Например, по ожидаемой продолжительности жизни при рождении эта страна занимает 38-е место в мире, отставая от других развитых стран, и даже от Кубы. Причина: относительно высокая смертность среди негритянского населения. Ожидаемая продолжительность жизни черного мужчины на 7 лет меньше, чем у представителя белой расы. Хуже дело обстоит с этим показателем в крупных городах (Чикаго, Кливленде, Вашингтоне): там продолжительность жизни черного мужчины даже меньше, чем в России, — 57,9 года по сравнению с почти 60 годами для мужчин в нашей стране. Удивительно близки и причины смерти: для молодых людей это несчастные случаи и убийства, а после 35 лет резко “лезет” вверх смертность от сердечно-сосудистых заболеваний. Младенческая смертность у черного населения (13,6 на 1000 живорожденных) тоже выше, чем в среднем в России, где этот показатель составляет 10,2 промилле.

Система первичной медицинской помощи бедному цветному населению в США далека от идеальной. При этом особенно страдает профилактика, так как бедные и цветные жители редко посещают семейных врачей (а многие их просто не имеют), а если потребность в медицинской помощи становится неотложной — сразу обращаются в отделения скорой помощи госпиталей. Ситуация в некоторых местах оказалась настолько запущенной, что для решения проблемы стали искать нетрадиционные способы. Например, недавнее исследование, проведенное в США, показало, что парикмахеры могут помочь контролировать гипертонию у представителей чернокожего населения страны⁵. В ходе эксперимента, проведенного сотрудниками госпиталя Сидарс-Синай в 17 парикмахерских Далласа, парикмахеры-афроамериканцы в течение 10 мес предлагали клиентам проверить артериальное давление. Если оно оказывалось повышенным, мужчин индивидуально информировали об опасности гипертонии и возможностях ее контроля, а также предлагали пройти консультацию врача. Если пациент с гипертонией врача посещал, то следующую стрижку он получал бесплатно. К концу эксперимента показатели давления

⁴ В 2008 г., по данным Росстата, в аварийном состоянии находилось 2% медицинских учреждений, без водопровода — 8,5%, без горячего водоснабжения — 32,5%, без центрального отопления — более 10%, без канализации — 11,2%, без телефонной связи — 6,7%.

⁵ <http://medportal.ru/mednovosti/news/2010/10/26/barber/>

у клиентов парикмахерских значительно улучшились. В контрольной группе, участникам которой только измеряли давление и выдавали брошюры о гипертонии, но не предлагали в обмен на посещение врача бесплатной стрижки, также наблюдалось улучшение, но не столь выраженное. По мнению руководителя исследования Рональда Виктора, внедрение подобных скрининговых программы во всех “негритянских” парикмахерских, которых в США примерно 18 тыс., в первый же год будет способствовать предотвращению порядка 800 инфарктов, 550 инсультов и 900 смертей. Для справки: отмечу, что простая стрижка у мужского парикмахера стоит порядка 10–15 долл. США, но и эта сумма была достаточной мотивацией для посещения врача.

Наверное, лет 25 назад такую информацию газета “Правда” опубликовала бы в разделе «Их нравы» с нравоучительной пометкой, что советская власть покончила с подобными безобразиями, освободив парикмахеров от несвойственных им функций. Наверное, в этом же разделе много лет тому назад я прочитал другую заметку, которая меня немало повеселила и потому, наверное, запомнилась. Рассказывалось в ней о том, что в Италии в начале 1970-х годов при очередной ревизии органов управления была обнаружена контора, которая занималась ремонтом и эксплуатацией водопроводов в Эритрее, бывшей до войны итальянской колони-

ей. Непонятно, как эта контора просуществовала 25 лет после падения режима Муссолини и почему ее никто раньше не выявил и не закрыл. Видимо, руки никак не доходили.

Видимо, руки пока не доходят и в России до реформирования учреждений переднего края здравоохранения, существование которых мало изменилось с советских времен. Тут, чиновники исходят из старой русской поговорки “Недосол в голове, а пересол на спине”. Смысл поговорки в том, что при недосоле всегда есть солонка на столе, а за пересол повара в прежние времена секли по спине (или ниже оной) розгами. Да и слово «реформа» за последнее два десятилетия стало ругательным.

Предпринимаемые меры часто являются следствием не разумной политики, а дальнейшим сокращением реальных расходов на медицинскую помощь. Простое закрытие отделений эндокринологии в больницах — мера сама по себе, может быть, и разумная, скорее всего только ухудшит ситуацию, так как вряд ли поможет врачам-терапевтам и эндокринологам в поликлиниках и амбулаториях, “замученных” отчетами и выпиской кучи бесплатных рецептов всем категориям льготных больных. Тех же, кто льгот не имеет, в поликлинику не заманишь, наверное, даже за бесплатную стрижку. И пересол, и недосол в организации здравоохранения никому не по вкусу.