

*Посвящается родным, близким
и научным последователям.*

Не важно, насколько медленно движение,
главное — не останавливаться.

Конфуций

Не следует путать движение с действием.

Э. Хемингуэй

ОГЛАВЛЕНИЕ

Предисловие.	5
Глава первая. Как я дошел до этой жизни	9
Глава вторая. Период обучения медицине.	101
Глава третья. Первое знакомство с моделью отечественного здоровоохранения	115
Глава четвертая. Жизнь в науке	142
Глава пятая. В новом обличье	242
Глава шестая. Основные принципы семашкинской модели	323
Глава седьмая. Этапы разрушения семашкинской модели здоровоохранения	342
Глава восьмая. Есть ли выход из создавшегося положения?	372
Заключение	413

ПРЕДИСЛОВИЕ

В названии книги прослеживается несколько переиначенная цитата из Ветхого Завета: «Время разбрасывать камни, и время собирать камни» (Екклесиаст, глава 3). И действительно, хватит разбрасывать камни здравоохранения (закрытие, ликвидация, коммерциализация, укрупнение, сокращение и т.д.), то есть резать систему по живому, без учета мнения основных участников процесса (пациентов и медработников) в угоду мнимой экономии и чиновничеству. Пора уже не только ответить за содеянное, но и определиться, что делать и куда двигаться дальше. *Sapienti sat* — умному достаточно прочитать в данной книге о том, что происходит в системе здравоохранения, чтобы понять и оценить все происходящее в стране и согласиться (или не согласиться) с предлагаемыми действиями по перспективному стратегическому развитию. Конечно, диапазон книги не настолько широк, чтобы охватить многие аспекты, да и автор в силу своей подготовки не имеет права претендовать на верифицированность и совпадение реалий с его личными представлениями. Неумному кое-что из написанного может показаться излишним или заумным, без чего, однако, не обойтись, поскольку все рассматривается через призму не клинико-лечебной медицины, а с позиции социальной науки о здоровье и его охране. Многие утверждения книги являются в определенной мере интуитивно-субъективными, порой даже наивными (и пусть читателя это не смущает), другие автору были известны довольно давно, однако все усилия по их практическому использованию оказывались несостоятельными.

В книге представлены этапы жизненного пути автора, позволившие ему понять суть отечественного здравоохранения, разобрать основные гуманистические принципы этого здравоохранения с его достоинствами и недостатками, показан последовательный процесс разрушения модели Н.А. Семашко с его некоторыми инициаторами и в конечном итоге к чему это привело и почему отдельные бесспорные ее положения и службы восстанавливаются сейчас в худшем виде, а также что нужно, по мнению автора, делать, чтобы полностью не растерять достигнутое. Разрушать — не строить, ибо разрушить просто, а создать что-то новое взамен сложно, тем более что стихийно создаваемая, а скорее даже навязываемая система полностью не подходит к условиям нашей страны. Дерево можно спилить в течение нескольких минут, а чтобы его вырастить, нужно за ним ухаживать в течение не менее 20 лет. За долгие годы работы в здравоохранении и медицинской науке автор видел также, как менялось отношение пациентов к врачам и врачей — к пациентам, как появлялись

новые медицинские технологии, какие и каким путем приходили новые руководители системы и как они вытесняли нередко более грамотных предшественников, как менялся авторитет медицинских профессий и здравоохранения в целом, как постепенно деградировало медицинское образование и мельчала учебно-научная школа, как менялось отношение государства к населению, и наоборот, и т.д. Все это происходило у автора на глазах, с разными действовавшими и бездействовавшими чиновниками и промоутерами, с их намеренными и ненамеренными действиями, осуществлявшимися по личной инициативе, при давлении сверху или под влиянием зарубежных эмиссаров. Разрушалась некогда достаточно эффективная (результаты по многим параметрам соответствовали затратам), но далеко не оптимальная система с множеством ее достоинств, которые нужно было сохранить и упрочить, и таким же множеством недостатков, которые вполне могли быть устранены при смене общественной формации и в переходный период. Именно так и должен был поступить рачительный хозяин, но такового тогда не нашлось. Видимо, свидетелей произошедшего становится все меньше и меньше, и потому сочетание разнообразных субъективных мнений может не только пролить свет на прошлое и настоящее, но и заложить фундамент будущего российско-го здравоохранения, имея в виду, что основной акцент нужно делать на проблемах и интересах пациентов (с учетом перспективных возможностей общества) и что базисным и определяющим является отношение в системе пациент—врач, а не интересы чиновников или финансистов. Нельзя забывать о том, что деньги в здравоохранении играют важную, но не определяющую, а обеспечивающую роль.

Прошло уже более 20 лет с момента внедрения обязательного медицинского страхования, но, как видно, страхование так и не состоялось, новое дерево за эти годы не выросло. Напротив, оно чахнет с каждым годом, и не только в России. Перспектив у этого дерева, говорит автор, как создавший не один сад и посадивший огромное множество деревьев и кустарников, никаких нет, и доказать это совсем не сложно. Нужно сказать, что его жизненное кредо лучше всех сформулировал мировой классик по качеству медицинской помощи ливанец армянского происхождения, живший с 1952 г. в США, в Бостоне, автор 16 руководств и множества статей Аведис Донабедиан (1919—2000), с которым автор был знаком и с которым они совместно выступали на ВОЗовской конференции в Маастрихте в 1995 г.: «Мы должны чтить наших предшественников и восхищаться теми, кто последует за нами». Кстати, в честь Донабедиана организованы и функционируют фонды Аведиса Донабедиана в Испании (руководитель — Роза Суньол), во Франции (руководитель — Александра Жиро), в Аргентине, библиотеки Донабедиана в Италии и Израиле, исследовательский центр в Мексике и т.п.

А основоположником теории об управлении качеством был американский ученый Кеннет Эндрюс, о котором у нас редко вспоминают, в развитие идей Вальтера Шухарта, Джозефа Джурана и Эдвардса Деминга. Пока что мы застряли на этапе оценки, эксперизы, контроля, надзора, аудита качества, то есть на начальном этапе всей работы. В мире развитие шло следующим образом: от оценки и контроля качества к обеспечению и управлению качеством (1920—1950), от управления качеством — к менеджменту качества (1950—1980) и от менеджмента качества — к качеству менеджмента (от 1980-х).

Переиначивая слова великой и незабвенной Ф.Г. Раневской, можно утверждать, что жить нужно так, чтобы тебя помнили даже недруги (в оригинале — сволочи). Главным лейтмотивом книги является то, что каждый должен по-государственному заниматься своим делом, к которому он профессионально подготовлен, и тогда в стране будет порядок. А сейчас получается, как в футболе, в котором вроде бы все разбираются, хотя тренеров готовят специально. Одним словом, во многих сферах, в особенности в здравоохранении как системе, почти полный дилетантизм. Отсюда и многочисленные просчеты, скороспелые, необоснованные решения и деструктивные процессы. Каждое действие Минздрава достойно бывшего журнала «Крокодил». Например, 28 ноября 2014 г. выпущен приказ № 785н, а 22 марта 2015 г., то есть всего спустя четыре месяца, в него уже вносятся коррективы. Если все это перевести на уровень государства, то получается, что на своем месте находятся лишь несколько чиновников высокого ранга. Особенно в этом отношении не везет социальным сферам.

Книга написана по памяти с учетом предыдущих опубликованных и отдельных висящих в Интернете работ, с выбором из огромного числа имеющихся фотографий, но без приведения каких-либо документальных доказательств. Именно поэтому, несмотря на многократную выверку, представленные материалы могут содержать некоторые ненамеренные, в том числе хронологические, неточности, за которые автор заранее просит прощения. Как говорится, *it's my life in Health Care and my proper point of view*. Многим людям часто снятся их детские воспоминания, иногда в виде чередующихся красочных картинок. К сожалению, автор этого лишен, и все его сны вертятся вокруг того дела, которым он в тот момент времени занимается, в виде продолжения умственной работы. При этом во сне формируются целые фразы, которые, проснувшись, тут же нужно записать, иначе утром они полностью сотрутся из памяти и останется только какой-то призрачный шлейф, непонятно о чем, а вспомнить потом бывает просто невозможно. Именно поэтому приходится довольно часто вскакивать по ночам и ловить либо целиком фразы, либо их обрывки, чтобы занести их в компьютер. Пока человек

жив, его мысль убить или остановить нельзя, ее можно только позабыть или не поймать вовремя за хвост. Точно так же готовилась и эта книга.

Конечно, в истории любой страны можно обнаружить много неприглядного и жестокого. В книге несколько раз приходится возвращаться к историческим взаимосвязям Украины и России, без чего понять нынешние события просто невозможно, да и обойти их сейчас просто нельзя. Это наша реальность, которая отразилась практически на всех аспектах нашей жизни, в том числе и на здравоохранении. Тем более что через призму формирования авторских взглядов на всех жизненных этапах можно при желании посмотреть глазами автора на события, происходящие в здравоохранении страны. Имеются и многочисленные опусы, отклоняющиеся от основной канвы книги, но которые в какой-то степени ее дополняют. В данной книге, по сути, отсутствуют какие-либо политические взгляды автора, поскольку она посвящена сугубо профессиональной социальной тематике, а также этапам пути автора (детство, школа, медицинский вуз, главный врач больниц разного типа, научный сотрудник ВНИИ им. Н.А. Семашко, зав. лабораторией в Институте биофизики, зам. директора по науке НИИ СО АМН СССР, зав. отделом ВНИИМИ, зав. отделом РИВЦ, зав. отделом ВНИИЖГ, генеральный директор НПО «Медсоцэкономинформ (ныне ВНИИ организации и информатизации здравоохранения), позволившим ознакомиться с семашкинской и другими моделями здравоохранения. Этот текст пришлось вычитывать много раз, кое-что добавляя (то, что вспоминалось) или изменяя и уточняя, и в конце даже как-то не верилось, что это все самостоятельно написано. Но, что несомненно, автор был и остается выраженным сторонником пациентов и медицинских работников, а не угодливых чиновников с их порой вредными преобразованиями, о чем свидетельствуют около 600 публикаций в виде статей, книг и брошюр.

С некоторыми из них, перенесенными на компьютерные носители, можно ознакомиться на сайте: viperson.ru

Глава первая

КАК Я ДОШЕЛ ДО ЭТОЙ ЖИЗНИ

Родился я в киевском роддоме за два года до начала Великой Отечественной войны, в год начала Второй мировой войны, которая *de jure* началась 1 сентября 1939 г., когда Германия напала на Польшу, или даже раньше — в Испании и Китае, в обедневшей дворянской семье. Обедневшей, несмотря на то что среди родни по линии деда были сахарозаводчики на Винничине, а он сам за заслуги в области просвещения был избран личным почетным гражданином г. Винницы. Этот город расположен в правобережной Украине, на Южном Буге в центре Подолья — красивой холмистой местности, был и остается местом интенсивного сотрудничества с польскими регионами, а в 1920 г. в Виннице образовался военный союз украинцев и поляков, что принесло независимость Польше и не принесло независимости Украине. В Виннице и сейчас работает польское консульство. Кстати, еще недавно нынешний спикер Верховной рады В.Б. Гройсман был мэром Винницы, а неформальным «хозяином» Винницы в последнее время был и остается президент Украины П.А. Порошенко. Правда, и там произошли недавние беспорядки.

Все это автоматически относит меня к поколению детей войны.

В детстве наиболее значимые впечатления были, естественно, связаны с войной 1941—1945 гг., что-то из того времени запало в мою память, что-то вырисовывалось по рассказам родных. Как только она началась, моя мама, Елена Григорьевна, из Тирасполя, куда была направлена по распределению после окончания Киевского химико-фармацевтического института, со мной на руках добиралась на перекладных в Киев. В то время в стране доминировала шапкозакидательская доктрина М. Тухачевского (которого уже не было) и К. Ворошилова (одно упоминание о нем потом приводило моего тестя в ярость), что, в случае если на нас нападут, враг будет разбит очень быстро и на чужой территории. И потому оборонительная тактика почти полностью игнорировалась. Наверное, многие помнят популярную в то время песню: «Если завтра война, если завтра в поход...». С другой стороны, была сталинская установка не поддаваться на провокации. Но это уже была явно не провокация, а настоящая война с бомбежками городов и узловых пунктов. Странно было то, что наша огромная армия с ее мощным вооружением, на укрепление которой тратились немалые средства, оказалась практически полностью, за исключением отдельных очагов сопротивления, поначалу неспособной

к отражению нападения. А ведь к неизбежной войне готовили не только армию, но и всю страну: все эти ОСОВИАХИМы, ДОСААФы, ворошиловские стрелки, санхимзащиты, санитарные дружины, ГТО, ГСО, БГТО, строительство бомбоубежищ, учебные тревоги, резервисты, создание схронов с оружием и боеприпасами, формирование диверсионных групп, государственные займы на военные цели и т.д. были направлены на подготовку в том числе всего населения. Казалось, вот-вот непобедимая и легендарная Красная армия остановит агрессора и разобьет его. А уж тем более к Киеву даже близко не подпустит. И потому мама рвалась под родительский кров. Но хорошо подготовленные и организованные немецкие войска наступали быстро, а советские гражданские и военные партийные органы были тогда полностью деморализованы. Сказались также и неверная доктрина подготовки к войне, боязнь ответственности, ожидание указаний свыше при жестком единоначалии, отсутствие взаимодействия и надежной связи. Объективной информации не было, народ жил только слухами. За день до взятия немцами Киева по радио передавали патриотическую песню: «Любимый город, можешь спать спокойно, мы никогда тебя врагу не отдадим». Отдали. И не во сне, а наяву.

Мой дед, Григорий Алексеевич, был заместителем начальника Юго-Западной железной дороги. За 15 лет до Первой мировой войны он окончил Киевский институт инженеров железнодорожного транспорта. Был участником Всемирной выставки в Париже в 1900 г., где Россия впервые продемонстрировала возможность Сибирской железной дороги, а золотые медали были вручены за построенный ажурный Красноярский железнодорожный мост через Енисей, на разработку проекта которого и его утверждение ушло всего пять месяцев и который был построен всего за 2,5 года, и за Эйфелеву башню. Красноярский мост был назван ЮНЕСКО вершиной человеческой инженерной мысли. Кстати, за относительно короткое время до 1917 г. в царской России было построено 164 тыс. км железных дорог, которые благополучно эксплуатируются до сих пор. Из Парижа дед привез чудом сохранившийся у меня видовой альбом. От него еще остались альбом с видами Кавказа и несколько фотографий. Его призвали на фронт в офицерском чине, дослужился до полковника царской армии. Но никуда не уехал, уж очень сильно любил свою жену и народившихся к тому времени троих детей — мою маму, дядю Толю — старшего сына, который потом отделился от семьи, жил во Львове (у него был сын Гарик, скрипач), и тетю Валю. Потом родились еще двое: тетя Люся и дядя Володя. Удивительно, но большевики деда и его семью не тронули, видимо, была большая потребность в специалистах, особенно в период восстановления разрушенной страны. Не тронули его и в начале 1930-х годов, когда уничтожались многие царские офицеры. Еще более удивительно то, что он уцелел в период Большого

террора, когда в 1937 г. на февральско-мартовском пленуме товарищ Сталин официально объявил войну против технократов и всего народа, начатую им десять лет назад. Если на начало 1937 г., по оценкам ученых, в тюрьмах и лагерях находилось 5 млн человек, то в течение 1937 г. были арестованы еще 7 млн из которых 1 млн расстреляли, а 2 млн умерли в лагерях. В стране воцарилась атмосфера тоталитарного страха.

С началом Великой Отечественной войны перед дедом была поставлена задача организовать с июля 1941 г. срочную вывозку на восток в первую очередь демонтированных заводов и оборудования, а затем по возможности войска, то есть отправить сотни тысяч вагонов. Были также эвакуированы ведущие музеи, учебные заведения, свыше 300 тыс. администраторов, представителей творческой интеллигенции, ведущих инженеров и рабочих. Однако обо всем населении, как всегда, не подумали, и каждый выживал и выбирался, как мог. Дед, как человек военный, понимал, что надвигается жутчайшая катастрофа, и потому на запасных путях держал наготове паровоз, куда он и машинист поместили свои семьи. И когда задание было оперативно выполнено, мы пытались по разным направлениям на этом паровозе прорваться на восток. Но немецкие танки шли клиньями и в первую очередь перерезали железные дороги и другие коммуникации. Прорваться нам не удалось. Пришлось вернуться. Однако вернуться уже не в Киев, поскольку шестиэтажный дом на Владимирской улице, где была наша квартира, разбомбили, а под Киев на станцию Боярка (она описана Н. Островским в романе «Как закалялась сталь», откуда в годы после Гражданской войны строили малую железную дорогу для подвоза дров в замерзающий Киев), где на лето несколько последних предвоенных лет мы снимали две комнаты на первом этаже в двухэтажном деревянном старом доме со ставнями. Кроме того, в результате развернувшихся ожесточенных боев под Смоленском немецкие войска повернули на Чернигов, а с юга они двигались от Кременчуга, угрожая замкнуть окружение восточнее Киева. И вот под Киевом, в Голосеевском лесу, были окружены остатки войск и штаб Юго-Западного фронта во главе с генерал-полковником Кирпоносом. После 71 дня героической обороны Киев 19 сентября 1941 г. был сдан. Железнодорожная станция и поселок Боярка были заняты немцами.

Есть было нечего. Если доставались очистки от картофеля, варили суп и делали деруны. Мы, мальчишки, находили макуху (прессованное, как камень, сено с маком). Это раньше была жвачка для коров, а нам она заменяла конфеты, но сильно портила зубы. Лето и начало осени были очень жаркими. Когда гулял на улице перед домом, взрослые ребяташки спрашивали, хочу ли я дождика, и вместо него сыпали мне на голову песок. У меня в длинных белых с завитками волосах появились вши, стали выпадать зубы. Спас положение шофер немецкого полковника по имени Курт, который

дал мне кусок мыла и головку чеснока. Нашедшиеся местные доброжелатели тут же выдали деда немцам, и, хотя он не был коммунистом, его забрали в полицию, откуда он уже не вернулся. Правда, бабушка до конца дней своих была уверена, что ее муж где-то жив, и прекращала любые разговоры на эту тему. Тогда еще гестапо не развернулось, а зверствовали полиция и военно-полевая жандармерия. Видимо, бабушка, или, как ее иногда называли по-польски — бабця, опасалась нашего непролетарского происхождения. И потом во всех анкетах в графе «Происхождение» мы писали «Из служащих», что было гораздо хуже, чем «Из рабочих». Очень долго носящих очки или шляпу в стране подозревали как врагов народа. После ареста деда мы решили переехать в Беличи (сейчас это Святошинский район) — немного подальше от Киева, на северо-запад, по направлению к Ирпеню. Моя старшая тетя, Валя, в 1940 г. окончила Киевский лесохозяйственный институт в районе Голосеева и еще во время учебы вышла замуж за своего сокурсника Валерия Куликова, родители которого жили как раз в Беличах. Отец его, Александр Кириллович, был лесничим, то есть руководителем большого лесничества, а орденосная (орден Ленина) за восстановление лесов мать, Лидия Титовна, — его замом. Он был плотным, розовощеким (видимо, гипертоник), с поникшими седыми усами, носил длинную с вышивкой рубашку навыпуск, подпоясанную широким ремнем, осенью и зимой ходил в красивых войлочно-кожаных сапогах. С ними была еще взрослая дочь Александра Кирилловича и Лидии Титовны. Двухэтажный кирпичный оштукатуренный снаружи дом стоял в лесу, как и все огороженное лесничество, включая контору и несколько жилых домов для лесников с семьями, перед домом — небольшой двор с сараем для дров, за домом — огороженные сад и огород, спускающиеся к журчащему за забором лесному, слегка заросшему ручью. А вокруг — лес, почти глухой, невдалеке — перекрестье лесных дорог.

Потом, уже в 1950-е годы, на этом месте разрослись дома и образовался поселок Коцюбинского. Не успели мы переехать, как дом оккупировал немецкий штаб во главе с генералом, который занял лучшие комнаты на втором этаже. Нас всех выселили на кухню. Каждое утро генерал делал во дворе зарядку и давал мне шоколадку, которую мне строго-настрого запрещали пробовать, и я отдавал ее дворовой собачке. Однажды я заметил случайно залетевший в тыл немцев наш самолет и от неожиданности стал кричать: «Красная звездочка, красная звездочка». Мне тут же закрыли рот и спрятали на кухне. К тому времени я уже говорил. Именно тогда пришлось выучить кое-какие немецкие слова, которые помню до сих пор. В школе и в институте изучал английский. Несколько раз видел я проходившие мимо по лесной песчаной дороге части немецких солдат в запыленной форме с засученными рукавами и с касками на поясе. Это все происходило в теплый период осени. Пригородное железнодорожное

сообщение не прекращалось. Мама периодически ездила в Киев. Там было вывешено объявление о том, что всем жидам города в конце сентября 1941 г. предстояло переселение, указывалось время и место сбора и сколько килограммов можно было взять с собой. За неисполнение — расстрел, за укрывательство — расстрел. Люди старались брать с собой не только предметы личной гигиены, но и наиболее ценные вещи. Надо сказать, что в период моего детства и юношества национальность как-то не учитывалась, в обиходе она не принималась во внимание и не имела для нас какого-то значения. Более того, на Украине весьма часто практиковались смешанные браки. Вот и двоюродный брат мамы, Василий, был женат на еврейке, и он попросил маму помочь собраться его жене. Далее все со слов мамы. Ее представления о тех событиях несколько отличались от известного описания Кузнецовым Бабьего Яра. С раннего утра выстроился многокилометровый и широкий голосащий навзрыд поток людей, в котором было много инвалидов, стариков и детей в колясках. Многие тогда еще не знали, что их ожидает, и отзывались о немцах как о культурной цивилизованной нации, давшей миру великих композиторов, писателей и философов. Информации о зверствах в первые месяцы немецкой агрессии не поступало. Люди брали с собой самое ценное и то, что могло пригодиться в дороге на первый случай, в том числе немного еды. Было много провожающих, поскольку тогда подавляющее большинство людей проживало в коммунальных квартирах. И вся эта огромная масса людей, извиваясь, медленно и очень шумно направлялась в сторону Лукьяновского кладбища (ныне — район Сырец), а у кладбища заняла все широкое пространство между кладбищенскими кирпичными заборами по обе стороны от дороги. Вокруг было много украинских полицаев. Василий попросил маму узнать у полицаев, можно ли ему уехать вместе с женой, которую он очень любил. И когда маме удалось пробраться к полицаю, тот спросил: «А ты кто?» — и, услышав в ответ, что она украинка, выхватил пистолет и заорал, чтобы ее в минуту тут не было. Испугавшись, мама не очень помнила, как ей буквально по головам удалось прорваться назад и выбраться из толпы. Все те, кто продолжил шествие, были расстреляны, а через некоторое время и сожжены, чтобы замести следы преступления, и почти на этом месте теперь стоит скорбный памятник погибшим, буквально напротив Киевского института усовершенствования врачей, где в последние десятилетия я часто бывал. Об этом памятнике может быть написана своя история, поскольку он поставлен не совсем там, где уничтожались украинскими полицаями мирные жители, а для его установления пришлось преодолеть множество преград.

Считается, что в Бабьем Яру были убиты украинскими националистами и украинскими же эсесовцами из дивизии «Галичина» в первые два дня 30 тыс., а всего на этом месте — свыше 150 тыс. человек. Потом наряду

с расстрелами немцы стали применять газовые камеры. Мне довелось гораздо позже увидеть следы их преступлений в Освенциме (Аушвице-1 и Аушвице-2 — Биркенау или Бжезинка), где после злодейского уничтожения людей с помощью газа «Циклон Б» (цианистый водород), который подавался через душевые соски в газовых камерах с имитацией под огромные помывочные залы, сжигания трупов в круглосуточно работающих печах крематория, садистских экспериментов и убийств они скрупулезно и педантично сортировали оставшиеся вещи погибших. Даже пепел сожженных узников шел на удобрения. Там я видел показательные для комиссий Международного Красного Креста двухэтажные домики, а также огромные, на 700—1000 человек, бараки, блок смерти, окружающую колючую проволоку с электротоком, остатки крематория, не вывезенные (не успели) горы очков с переплетенными оправками, огромное количество разной обуви, зубных щеток, стоматологических протезов, отрезанных волос и детских косичек с остатками полуистлевших ленточек в них и т.д. Только в одном этом концлагере было уничтожено почти 1,5 млн человек, из которых 78,6% составляли евреи. Остальные 21,4% — это поляки, цыгане, русские, французы, итальянцы, венгры, румыны и др. Именно поэтому день освобождения Красной армией оставшихся в живых узников Освенцима совпадает со Всемирным днем памяти жертв Холокоста.

Сейчас памятник в Бабьем Яру осквернили бандеровцы, нарисовав на нем фашистскую свастику. Фактически они теперь, вооруженные до зубов, устанавливают свои порядки под прикрытием как бы легитимной власти. Распространившись по всей Украине бандеровские представители правого сектора в какой-то мере напоминают движение хунвейбинов, с которыми Китай смог впоследствии справиться. То же самое, уверен, будет и на Украине, где свободолюбивый народ-труженик не потерпит длительного насилия над собой. Хочется надеяться, что этот трудный период в истории украинского народа будет пройден и демократический порядок там будет установлен. Эти же бандеровцы и их соратники совсем недавно зверствовали и мародерствовали на юго-восточной Украине. Но к ним мы еще вернемся. А ведь изначально проблему Юго-Востока Украины можно было решить просто, не доводя до военного противостояния, в том числе путем федерализации государства по примеру США, Германии, Швейцарии, России и т.д., придав русскому языку статус второго государственного по примеру огромного числа стран. А так пострадали почти все: и Европа, и Украина, и Россия (кроме США). Совсем недавно украинская пресса бездоказательно подняла истерический визг о нападении на Украину армии России (если бы это была регулярная российская армия с ее вооружением, то где бы оказалась вся Украина, это во-первых, а во-вторых, появились бы наконец доказательства на космических снимках) и о том, что после Украины эта армия двинется на

Молдову, Прибалтику, Польшу и дальше в Европу, а также о том, что Россия насильственно-вооруженным путем хочет восстановить канувший в Лету Советский Союз. Эту сумасбродную идею подхватили власти в этих республиках, призывая НАТО их защитить. Кстати, далеко не самое благоприятное отношение к русским складывалось в Прибалтике в послевоенный период, особенно среди пожилого населения, что было обусловлено множеством как внешних, так и внутренних объективных и субъективных причин. В Латвии было относительно спокойно, поскольку доля русских там доходила до 40–60%, правда периодически возникали антисоветские демонстрации на бульваре Падомью (ныне — бульвар Аспазияс, дальше — бульвар Зигфрида Анны Мейеровица) и возле памятника Свободе, который разворачивали в разные стороны (лицом или спиной к России). В Эстонии это в том числе было связано с традиционной суровостью и медлительностью эстов. Правда, русские переселенцы (далеко не все в одинаковой степени) не всегда вели себя там подобающим образом, не пытались познать местные обычаи, культуру и язык и их уважать, нередко разбивали стеклянные почтовые ящики и ломали квартирные звонки с улицы. Но особенно негативное отношение почти повсеместно было в Литве, где до конца 1950-х годов действовали вооруженные подпольные формирования «лесные братья» (misko brolai), наводя ужас на остальное население. Особенно «лесные братья» жестоко действовали против евреев и новой власти. Помню до сих пор прогремевший тогда на всю страну случай, когда в парке Вильнюса, недалеко от Киш-озера, в 1958 г. «лесные братья» повесили девочку за пионерский галстук. И сейчас президент Литвы Даля Грибаускайте (не замужем, детей нет), стараясь дистанцироваться от своего советского прошлого (учеба в Ленинградском госуниверситете, членство в КПСС с 1983 г., работа в Высшей партийной школе, защита диссертации), систематически ведет речь о советской оккупации и русской угрозе, постоянно оскорбляет и Россию, и ее президента, поощряет движение и марши неонацистов в Литве.

Теперь же, оказавшись в качестве разменной монеты, украинская власть пытается (пока с переменным успехом) выторговать для себя побольше преференций и денег, ссылаясь на каждом шагу на угрозу со стороны России, периодически будоража общественное мнение. Вместо разбирательства в причинах произошедшего на Украине и поиска путей цивилизованного выхода из социально-экономического кризиса власти Украины винят в этом внешнего врага, как бы переводя с себя стрелки. Вообще почти все российские, западные и особенно украинские средства массовой информации трактуют одни и те же события по-разному, весьма предвзято, и, чтобы добраться до истины, нужны определенные усилия. При этом каждая сторона преследует только свои собственные интересы.

Недавно летел я в Рим через Ригу. И там выяснилось, что в балтийской авиакомпании за все надо платить: за провоз багажа, за питание, за воду на борту и т.д. Для себя я решил, что больше этой авиакомпанией не буду никогда пользоваться, но такое отношение меня напрягло настолько, что, когда на паспортном контроле спросили о цели моего визита, хотел ответить, что меня послали в разведку выяснить, пройдут ли наши танки к рижскому аэропорту или нет. А потом подумал: а вдруг они из-за массовой пропаганды воспримут это всерьез, и отказался.

Когда мама (1914 г.р.) вернулась в Беличи, немецкие офицеры объявили ей и тете Вале (1918 г.р.), чтобы вечером они заявились к ним. Выручила бабушка, которая взяла меня на руки, приказала орать благим матом и сквозь охрану прорвалась к комнате генерала. Генерал, узнав, в чем дело, отменил готовящееся мероприятие. Потом, уже после изгнания немцев из страны, выяснилось, что некоторые российские и украинские женщины добровольно, вынужденно или принудительно проводили время с немцами, а отдельные из них даже влюблялись в помогавших им немцев. Их всех потом ожидала незавидная судьба: по заявлению соседей — либо расстрел, либо различные сроки в концлагерях. Во Франции и в Бельгии таких женщин не уничтожали, а остригали наголо. К сожалению, для многих творческих личностей (Коко Шанель, Эдит Пиаф и др.) период их расцвета пришелся на время немецкой оккупации их страны. Можно ли запретить петь соловью (*rossignol*), когда подошло его время? Вообще, ради справедливости надо заметить, что в самом начале войны солдаты вермахта по отношению к гражданскому населению вели себя относительно лояльно, никого не убивая, забирали только припасы и гужевой транспорт. Видимо, они предполагали, что для них война с СССР будет похожа на молниеносное завоевание западных стран в виде короткой праздничной прогулки с минимальными потерями. Зверствовали украинские полицаи, затем жандармерия и гестапо. Однако впоследствии фашистская армия стала репрессивной по отношению к населению, вешая и расстреливая людей, сжигая дома и целые поселения с детьми, женщинами и стариками.

Валерий в это время, то есть в Беличах, прятался от немцев в лесу. Вскоре немецкий штаб ушел на восток, и больше в лес никто не заглядывал. Питались мы тем, что хозяйева дома запасли с сада и огорода, поскольку всю живность немцы извели. Валерий и мой дядя Володя, которому было 14 лет, в самом конце огорода вырыли огромную яму с траншеей, затем на телеге привезли из леса бревна и сделали землянку в два наката. Сверху ее присыпали землей, а вход замаскировали. Там при бомбежке и артиллерийском обстреле мы и прятались. Когда они пилили бревна, усаживали меня на бревно сверху. А когда я спрашивал, за что держаться, мне говорили: «Держись за воздух».

В течение октября—ноября каждый год шли сильные и частые дожди, зимы были суровыми, иногда все засыпало снегом. Особенно сильным был обстрел, когда наши войска 6 ноября 1943 г. брали Киев, форсировав Днепр севернее города, с Лютежского плацдарма, между Вышгородом, Старыми и Новыми Петровцами, поскольку южнее были мощные оборонительные рубежи на холмистом правом берегу реки. Поначалу именно южнее был захвачен плацдарм, с которого хотели наступать на Киев, но потом отказались, поскольку немцы подтянули туда дополнительные силы. А Беличи как раз находились не очень далеко от мест наступления. Я потом, будучи уже студентом, много раз проезжал на пригородном поезде через Пост Волынский и Петровскую Борщаговку на северо-запад, мимо Беличи в Ирпень, Кичеево, Немешаево, Клавдиево-Тарасово и Тетерев, а также в Бучу, Бучанку и Ворзель, то есть в курортные зоны вокруг Киева, где во время летних студенческих каникул в отдельные смены работал пионервожатым и даже педагогом в детских пионерских лагерях от разных предприятий.

* * *

Кстати, в советское время государство гораздо больше заботилось об оздоровлении и досуге детей, чем в наши дни, и это было правильно и дальновидно. Сейчас же совершенно ошибочно считается, что это должно быть заботой каждой семьи, а государство тут не при чем. Помню, что путевка на одну летнюю смену в городской или загородный пионерский лагерь (были еще лагеря у моря) стоила семье всего десятую часть зарплаты одного из родителей, что делало летний отдых детей поистине массовым, а сейчас эта стоимость — на уровне полутора-двух зарплат, что далеко не всем доступно. И оздоровление вместе с воспитанием детей из массового явления стало сугубо индивидуальным делом. По далеко не самому лучшему примеру США все перекладывается на индивида, и к этому мы еще вернемся. В пионерском лагере с детьми, которые приучались к распорядку и дежурству, постоянно занимались педагоги, воспитатели и пионервожатые, устраивали коллективные занятия, литературные чтения, игры типа «Зарница», ходили в походы, в лес и на речку. Питание было нормальным, особенно после голодных лет, и одним из критериев оздоровления в то время была прибавка веса. Именно поэтому перед началом и в конце лагерной смены всех детей обязательно взвешивали. Тогда было много совершенно бесплатных секций (разных спортивных, автомобильных, художественных и т.д.) и кружков (театральных, хоровых, авиамодельных, литературных, танцевальных — балльных танцев, латиноамериканских и т.д.) для детей при школах, ЖЭКах, домах пионеров, детских школах искусств, спортивных школах и клубах, домах молодежи и т.д., что занимало, оздоравливало и воспитывало детей,

отвлекало их от пагубных пристрастий. В парках по вечерам в выходные дни играл духовой оркестр и устраивались танцы. Многие тогдашние танго, фокстроты, тустепы, вальсы и марши я помню до сих пор. Все было направлено на улучшение досуга и отвлечение от негативных действий. У меня, например, в школьном и студенческом периодах совершенно не было свободного времени. По моему мнению, это все нужно как можно быстрее восстанавливать в полном объеме на государственном уровне, если мы хотим иметь здоровое и нравственное поколение.

* * *

Но вернемся в годы войны. На огород упал один снаряд, правда, нам крупно повезло: он не взорвался. Потом вдруг наступила гнетуще-тревожная тишина. Спустя пару часов мы услышали какое-то тарыхтенье — это вдоль забора проходил наш разведывательный танк. Вова, который хорошо ориентировался в лесных дорогах, тут же выскочил, сел на танк и уехал. Я за ним, но бабушка успела схватить меня за штанишки и по скользкой после осенних дождей глине втянула назад. Валерий был призван, мобилизован и ушел на фронт. После войны многие вернувшиеся высшие офицеры и генералы привозили с собой вагонами и даже целыми составами картины, ковры, радиоприемники, велосипеды, сверкающие перламутром аккордеоны и гармони, чемоданы с вещами (шубами и бельем), а также скульптуры, вазы, мебель и автомобили, а остальные — отрезки тканей, посуду, столовые приборы, вазы, губные гармошки и т.д., которые затем занимали полки в комиссионных магазинах. А Валерий, живой и невредимый, в силу своей врожденной щепетильности привез в подарок своей жене подобранного где-то на улице маленького (с ноготок) лягушонка из цветного стекла. Когда я учился на первом курсе медицинского института, на Валерия в Прилуках наехал грузовик, размозил ногу, в результате развилась быстротекущая гипертония с повышением в крови остаточного азота. Похоронен он под Киевом. Валя, жившая после этого долгие годы одна, подготовила конверт с деньгами на похороны и списком, кого нужно в случае ее смерти оповестить. Похоронена она на левом, низком берегу Днепра, на Киевском лесном кладбище, рядом со своим сыном, моим двоюродным братом.

* * *

В мое детское время Левобережье Киева было пустынным, там размещались садоводческие участки, а в отдалении была крупная узловая станция Дарница со множеством железнодорожных пустых и заполненных путей. Сейчас левый берег весь застроен, там огромный городской

массив, с большими площадями и линией метро через метромост. Когда из Москвы подъезжаешь к Киеву, вначале проезжаешь Дарницу, затем через Днепр по единственному тогда в мире цельносварочному мосту имени академика Е.О. Патона, который открыл метод электросварки под слоем флюса, что обеспечило изготовление бронированных плит для танков в годы Великой Отечественной войны. С указанного моста открывался вид на другие мосты и на высокий правый берег реки, весь покрытый зеленью, с проблесками золотых макушек церквей и монастырей и возвышающейся скульптурой Вучетича «Родина-мать зовет!». Эту скульптуру установили, срезав высокий холм, не задумываясь о том, почему монахи его не использовали и почему здесь ранее не был расположен какой-либо монастырь. А дело было в подземных водах, и потому пришлось укреплять музей под этой скульптурой, заливая в фундамент жидкое стекло. Точно так же поступали в свое время, когда знаменитый и необыкновенно красивый Одесский оперный театр внезапно стал одним боком проваливаться.

Мосты через Днепр были разного назначения, в том числе автомобильный и метромост, а также пешеходный, ведущий на самой большой, Труханов остров с песчаными пляжами, в который врезались 500-метровый Матвеевский и небольшой Водницкий заливы. В этом месте ширина Днепра составляла свыше 3 км.

* * *

Мы вернулись в Киев после его освобождения. Поскольку наш дом, как и полгорода (особенно Крещатик, в расчистке которого принимала участие и моя мама), был в руинах и мама, работая в аптеке на углу улиц Ленина и Владимирской, помогала медикаментами и перевязочными средствами подпольщикам и партизанам, нам были выделены две смежные комнаты в четырехкомнатной квартире на пересечении трех улиц: Ленина, Чкалова и Гоголевской. Дом был кирпичным, четырехэтажным, построенным до революции и настолько крепким и прочным с фундаментом на цементе с яичным белком, что потом к нему был достроен пятый этаж без лифта. При входе в квартиру (она располагалась на третьем этаже) были квадратная прихожая, откуда вели три двери, две из них — к нашим соседям, и длинный коридор с заваленными хламом кладовкой и ванной, потом — ужасный туалет с тремя отдельными выключателями и ржавым бачком сверху, кухня с тремя разделочными столами, чугуном умывальником с холодной водой и обитой серым дермантином дверью черного хода, запирающейся на очень большой и толстый засов. Окна двух наших комнат выходили на южную сторону, где был виден длинный узкий двор (с одной стороны — трехэтажный деревянный жилой дом, с другой — сарай, в глубине двора, замыкая его, еще один жилой

деревянный дом со страшными подвалами и длинными балконами — проходами к квартирам, рядом во дворе — общественный дворовый туалет, пропитанный хлоркой, и водопроводный кран). Между комнатами находилась почти до четырехметрового потолка белокафельная печь. В широком проеме закрытой наглухо двери в другую квартиру стоял кованый сундук, на котором я спал. Кстати, сундуки были известны еще со времен Древнего Египта (1550—1229 гг. до н.э.), они выполняли функции кровати, шкафа, стола, сидений. В России лучшие кованые сундуки (от слова «сандык») производились мастерами Великого Устюга.

Уже сейчас к окну в бывшей нашей большой комнате пристроили балкон, а окна на кухне и черного хода замуровали. Из окна можно было наблюдать за приходящими во двор и зазывающими старьевщиками, лудильщиками, стекольщиками, точильщиками ножей и ножниц, менялами. Я мальцом сдуру за кулечек конфет снес меняле шикарную толстенную книгу об интимной жизни Екатерины Второй, с золотым тиснением и рисунками, переложенными папиросной бумагой. Там были практически все ее фавориты: Салтыков, Понятовский, Орлов, Васильчиков, Потемкин, Завадовский, Зорич, Римский-Корсаков, Страхов, Стоянов, Ронцов, Ланской, Ермолов, Дмитриев-Мамонов, Зубов и др., как на знаменитом памятнике в Санкт-Петербурге. Однако из всех фаворитов только с Потемкиным советовалась императрица по всем важнейшим государственным вопросам.

Напротив на лестничной площадке была еще одна квартира, где жил врач Персидский, впоследствии защитивший докторскую диссертацию под казавшимся нам тогда смешным названием «Запоры и поносы». В то время было принято дворничихе, убиравшейся на лестницах и во дворе, на все праздники собирать деньги и делать вскладчину подарки. Кстати, в 1947 г. выделенную нам жилплощадь хотели отнять владеющие всей квартирой до войны гомеопаты под маркой того, что они — фронтовики. Вначале они вывезли от нас большой концертный рояль на трех ножках с колесиками, картины, а потом подали в суд. У маминой двоюродной сестры Нины муж, Исаак Аронович Фридман, всегда шумный, веселый, неунывающий, юморной, был блестящим юристом, и он взялся нас защищать. У них родился сын Аркадий. Прежние жильцы пытались на национальной почве найти с нашим адвокатом общий язык, но не получилось. Ему удалось доказать, что представленная прежними жильцами справка об их нахождении на фронте — полная липа, и выяснить, что в годы войны они были в глубоком тылу. В общем, благодаря его усилиям квартира осталась за нами. Старшая сестра Нины, Лидия Александровна (по бывшему мужу Лукьянец), нелегально обшивала на дому близких и знакомых по рекомендациям. Вся ее небольшая квартирка под крышей на улице Саксаганского была заполнена различными выкройками, стандартными

или вырезанными из газет. Дочь ее, Алла, так и не вышла замуж, и на ней эта ветвь прервалась.

К пяти годам я благодаря бабушке с ее гимназическим образованием (она была из Западной Белоруссии, находившейся в то время под Польшей) уже умел читать и писать и, конечно, несколько раз пытался уйти в школу, но меня с полпути обычно возвращали. Кстати, бабушка, вышедшая замуж за деда еще до Первой мировой войны, много рассказывала о жизни в царской России, и, по ее словам, если бы не было в стране переворотов (или хотя бы остановились на Февральской революции), при умном руководстве Россия была бы вполне благополучной развитой страной с нормальными условиями жизни для всех, в том числе для 85% крестьян и 15% горожан. Об этом же сейчас всем известно. Однако потом и в школе, и в институте все эти события преподносились совершенно иначе. Бабушка постоянно защищала меня от наказания. А было за что. Например, я полностью изрезал шикарную вязаную кружевную скатерть.

* * *

По окончании гимназии тогда все знали как минимум три живых языка и как минимум один мертвый, например латынь или древнегреческий. А уж пословиц, поговорок и присказок бабушка знала на все случаи жизни. У бабушки, Прасковьи Николаевны, была младшая, родная по ее матери сестра, Александра Петровна, которая вышла замуж за инженера-путейца В.И. Клочкова, но уже в советское время. Жили они в доме на улице Ульяновых, в комнате, где когда-то, до революции, проживала сестра Ленина, Мария Ильинична. На том доме висела мемориальная доска. Детей у них не было. Муж ее работал в Главном управлении Юго-Западной железной дороги, позади Оперного театра, на улице Ивана Франко, а выйдя на пенсию майором, стал художником, вошел в состав Союза художников: он прекрасно рисовал. Несколько его картин находятся у меня в коллекции. Картины я покупал на выставках, в комиссионных магазинах и непосредственно у художников. Некоторые картины мне дарили. Обожаю пейзажи, особенно относящиеся к России, могу рассматривать их часами. Я увлекался классикой (фламандская школа, великие испанцы и итальянцы, немецкая живопись), импрессионистами, отечественными передвижниками (их много) и отечественными авангардистами (такими как Кандинский, Шагал, Бялыницкий-Бируля, Петров-Водкин, Татлин, Родченко, Филонов, Рабин и др.), собирая репродукции и соответствующие художественные альбомы. Помимо картин, я коллекционирую альбомы и книги (искусство, история, животные, путешествия, поэзия, ВОВ), минералы, с 1967 г. — вина, коньяки, виски, текилы, водки, ликеры и другие напитки (их у меня свыше 4 тыс. наполненных

бутылок), значки. Собрал огромное количество профессиональной медицинской, демографической, статистической и художественной литературы.

Когда Красная армия, изгоняя фашистов, подошла к границам Польши, находившееся в Лондоне правительство Миколайчика—Андерса требовало расширения границ не только по линии Дж. Н. Керзона, но и с включением в состав Польши Западной Украины со Львовом, Западной Белоруссии и Литвы до Вильно. Но ничего из этого не вышло.

* * *

Пусть читателя не удивляет отсутствие данных об отце, его вроде как и не было. На мои неоднократные попытки узнать хоть что-то, все держались, как партизаны на допросе, а после и спросить было не у кого. Мама моя была видной, молодой, красивой, компанейской, с прекрасной женственной фигурой; есть фотографии, где летом она ходила в шелковом платье в горошек и в тапочках. В последующем она так и не вышла замуж. Лишь потом, косвенным путем, удалось установить, что в обширной маминной компании иностранцев не было, но были женатики, один из которых и мог, вероятно, стать моим отцом. Одно время я даже грешил на известного украинского писателя. Если бы у отца были натянутые отношения с советской властью, то, несомненно, как это тогда практиковалось, репрессировали бы не только его, но и все ближайшее окружение.

Со времен революции доминировал лозунг полного отречения от старого мира с его условностями, в том числе семейными традициями, и нередко считалось, что брак как условность и архаизм прежних времен подавляет свободу личности, закрепощает женщину, не способствует духовному развитию и свободным отношениям. Такая пропаганда отказа от существовавших ранее устоев велась тогда повсеместно распространенными женсоветами. Председателем женотдела ЦК РКП (б) с 1920 г. была Александра Коллонтай, дочь царского генерала Михаила Домонтовича, и ее целью была борьба за уравнивание в правах женщин и мужчин, борьба с неграмотностью среди женского населения, информирование о новых условиях труда и организации семьи. Достаточно вспомнить семейную идиллию и морковных зайцев у И. Ильфа и Е. Петрова. Этот подход гораздо позднее проявился в пуританской Европе и Америке, где обрел совершенно непотребные, вседозволенные и искаженные формы, и, по данным известного биолога Альфреда Чарлза Кинсли (A. Kinsley), в 1950-е годы до 37% населения имели различные потенциальные склонности к извращениям. Получается, что я родился как бы случайно, возможно, от случайной связи и рос в неполной семье. В общем, какая-то непонятная и темная история. Проблема безотцовщины фактически

преследовала меня многие годы и кое на чем, естественно, серьезно отразилась. Мама, работая в областном аптекоуправлении на углу улиц Коминтерна (она вела к центральному железнодорожному вокзалу) и Саксаганского, заведовала контрольно-аналитической лабораторией (и они, практически в ручном режиме, чего только не находили в лекарствах, не разрешая распространение отдельных серий), готовилась к сдаче кандидатского минимума, для чего пригласила канадку украинского происхождения заниматься английским. Я, приходя часто к ней на работу, благо занимало это минут 12–15, заинтересовался этим языком, и канадка за плату стала заниматься со мной три раза в неделю с 6 лет вплоть до 14, когда от нее я стал прятаться в нашем коммунальном туалете. Научным руководителем мамы при написании диссертации был член-корреспондент АМН Я.А. Фиалков. Он со всей своей семьей был похоронен на Байковом кладбище в Киеве. Это кладбище находится на Батьевой горе, где перед взятием Киева в 1240 г. и гибелью спрятавшихся жителей в красивой Десятинной церкви хан Батый развернул свой шатер и сверху смотрел на простирающийся до Днепра город, который он разорил, сжег, устроил резню горожан и многих увел в полон. На самом верху горы, или высокого холма, находился институт, где работал Н.М. Амосов. На Байковом кладбище покоятся почти все мои родные.

* * *

Рос я в ту пору, когда вокруг было много оружия, неразорвавшихся снарядов и мин, много патронов, из которых мы делали стрелялки, много было военных, в том числе поляков в конфедератках. Несколько детей получили серьезные увечья, разложив костер вокруг неразорвавшегося снаряда. Детство было хулиганистым: играли в войну, пытки партизан на допросе в темных сараях, лазили по деревьям (напротив дома, через дорогу, росли две огромнейшие, высотой с четырехэтажный дом, шелковицы, красная и белая, с вкусными ягодами), высасывали нектар из цветков старых белых (робиний) и желтых (караганов) акаций, без разрешения ездили на открытом дребезжащем деревянном трамвае № 6 купаться на глинища за Святошино, поскольку Днепр нам был категорически заказан. Тогда Святошино было необжитым загородом, трамвай туда тащился по Брест-Литовскому шоссе (ныне — проспект Победы) час с лишним, и за это время высунутая в открытое окно (оно открывалось вверх) рука успевала загореть. Теперь это крупнейший район Киева, куда проложено метро. В трамвае ехали без билетов, на что кондукторши закрывали глаза, мол, что можно взять с огольцов. Но в трусиках под резинкой у нас были завернуты медяки для газировки. Тогда охлажденную газированную воду продавали пожилые крупные женщины в несвежих халатах

с тележки, простая вода — 1 копейка, с разным сиропом (лимонным, грушевым, крешоном и т.д.) из нескольких сосудов-колб — 3 копейки. Стаканы мыла сама продавщица под устремленным вверх фонтанчиком воды. Позднее появились автоматы по продаже газировки, выпускаемые киевским заводом. Но тут стаканы, которые быстро исчезали из-за пьяниц, нужно было мыть самому, а еще лучше — ходить со своим стаканом. В это же время распространились и первые телефонные автоматы, в прорезь которых нужно было опустить 15 копеек, а после денежной реформы — 2 копейки. Тогдашние денежные реформы как бы сокращали номинальную визуальную цену денег почти в 10 раз, но на самом деле — гораздо больше, что выкачивало деньги у населения. Повсеместно на перекрестках и улицах располагались сапожные будки с подставками для ног, двумя сиденьями (низким — для чистильщиков и высоким — для их клиентов), куском зеркала и кучей ящичков с сапожными щетками, кремами, бархатками и другими причиндалами. Тогда считалось особым шиком для тех, кто носил сапоги, довести их до почти зеркального блеска, а лучшими сапожниками считались армяне и ассирийцы. Повсеместно стали возникать пивные, где продавалось не только разбавленное пиво с воблой, но и пиво «с водочным прицепом», а также рюмочные, вокруг которых формировался собственный особый контингент. Военные были в почете. После войны на улицах появилось много инвалидов, среди которых были без рук и даже без ног, как полчеловека; перемещались они на самодельных платформочках с четырьмя колесиками с помощью специальных приспособлений (брусочков) в руках для отталкивания. Многие из них оказались ненужными семье и государству, за которое положили свое здоровье, попрошайничали и спивались. Потом их ряды поредели перед Международным фестивалем молодежи и студентов (1957), а позже они и вовсе исчезли — перед Олимпиадой 1980 г. Мы с женой и сыном в то лето были в Юрмале, вернулись в Москву к похоронам Высоцкого и никого из инвалидов уже не видели. Только потом выяснилось, как с ними, живыми, по-саdistски обошлись. Проблема государства и людей извечна, и по ее состоянию можно оценивать степень социализации и демократизации страны, особенно по отношению к так называемым непроеизводительным силам: детям, пожилым, больным и убогим.

* * *

Считается, что государство является средством подавления, ограничения и насилия. Как говорилось в АиФ (2015 № 1–2), власть придумывает десятки запретов и штрафов за их невыполнение и вытрясает из простых граждан последнюю копейку долга, в то время как за воровство миллионов из бюджета иные чиновники отделываются легким испугом.

Но этот вопрос не так прост. На самом деле государственная машина должна функционировать для того, чтобы живущим в стране людям было хорошо и комфортно, в том числе в деревнях и малых городах, которые стремительно исчезают с карты страны. Сейчас у нас нередко сокращают неугодных профессионалов, выгоняют пенсионеров с работы, и при этом ни тебе спасибо, ни тебе до свидания. А в советское время это было торжественно, на собрании, провожали пенсионеров на почетный и заслуженный отдых под аплодисменты, благодарили за работу, вручали премии, награды и грамоты и нередко просили их быть наставниками, чтобы передавать молодым работникам накопленные знания и опыт. Понятно, теперь на дворе совсем другое, черствое и бездушное, время, при котором, как среди диких зверей, выживают сильнейшие, рвущиеся, расталкивающие, жестокие, вытесняя остальных на улицу. Кстати, обо всех негативных процессах пророчески высказался в свое время академик А.Д. Сахаров, предупреждая о том, что мы вступаем в эпоху клановой экономики, карательной медицины и планового освобождения от населения. Чиновники сейчас даже договорились до того, что населенные пункты с числом менее 100 тыс. человек бесперспективны и нерентабельны — мол, слишком дорого туда возить почту, пенсии, продукты, тянуть туда электричество, дороги, мобильную связь и газ, создавать и поддерживать медицинские и образовательные учреждения и т.д. Частично об этом говорилось на недавнем заседании Министерства связи и массовых коммуникаций РФ. А о людях, как обычно, не подумали. Такая позиция не просто ошибочная — она вредная и разрушительная для страны. Только с таких позиций (прибыльности и рентабельности) о России рассуждать вообще нельзя, иначе процесс запустения только ускорится. И потому особую актуальность и значимость приобретают аналитические разработки и исследования по созданию перспективной оптимальной модели взаимодействия государства и народа, государства и индивида (личности), государства и гражданского общества с соответствующей ее корректировкой и уточнением по мере приближения реалий жизни. Так, английский писатель Герберт Джордж Уэллс после встречи с Лениным в сентябре 1920 г. назвал его в книге «Россия во мгле» кремлевским мечтателем. Из всех перспектив, описанных вождем, только одна была реализована — электрификация и развитие тяжелой промышленности. Остальные не реализованы до сих пор, и мала вероятность их реализации в будущем. Они тогда, будучи оба фантазерами, не могли предусмотреть развернувшуюся впоследствии войну с собственным народом. Раньше была такая замечательная рубрика: «Если бы я был директором...». Так вот, если бы случайно я стал таким директором, я бы собрал независимых от власти умных людей и профессионалов (их у нас пока еще немало) по каждому направлению (экономика, транспорт, оборонка, связь, сельское хозяйство,

наука, культура, здравоохранение, образование и т.д.), поручил бы им описать свою систему в терминах дефектов и представить перспективы, а потом бы определял приоритеты в действиях и финансировании. Не нужно далеко ходить, достаточно разумно использовать то, что предлагалось ранее и внедрено за рубежом. В этой книге заинтересованный читатель сможет все это разглядеть, хотя книга посвящена одной из важнейших проблем современности — охране здоровья.

* * *

Здесь хотелось бы вставить небольшое эссе в виде правильных или неправильных, но очень личных представлений о демократии.

В самом начале становления демократии (в отдельных странах ее зарождение относится к XIII—XIV вв., а на Руси — это ее некий прообраз: вечевые, коллективные, общинные решения и обязательность их выполнения, выборность и замена вождей в Древней Руси, затем — Новгородская республика) идея социального и правового равенства была позаимствована из религии (равенство перед Богом) и нашла затем свое отражение в конституциях и законах. Она поддерживается там, где верховенствуют моральные устои и принципы, а не наличествующие государственные институты и инструкции по установлению демократии. В Ветхом Завете Екклесиаста, считающемся жемчужиной иудейской религиозно-философской мысли, также говорится о равенстве людей перед смертью (я об этом всегда говорил и писал, не зная тогда о закрытом для широкой публики Ветхом Завете), хотя после смерти могут забыть их имена и дела. Кстати сказать, русичи — это, конечно же, европейцы, и мне кажется, что А. Блок, говоря о нас как об азиатах (об этом же позже писал и гитлеровский вице-канцлер фон Папен), имел в виду особенности менталитета, привычек и обычаев, отличающихся от менталитета и условий жизни западников, а не антропологические характеристики. Суровые условия жизни, начиная с Древней Руси, вели к сдержанности большей части населения к бытовым благам, тем более что агрессоров во все времена было предостаточно. Даже первоначально земледелие было не пашенным и трехпольным, а подсечно-огневым, на месте убранных лесов и сожженных пней. Заниматься им в одиночку не представлялось возможным, только общиной (она продержалась тысячу лет), с помощью нуждающимся, взаимовыручкой. Община представляла собой самоуправляемый крестьянский мир с общей собственностью на пахотную землю, пастбище, лес (кроме участка земли возле дома), со своим маленьким вече — сходом, на котором вершились местные дела, распределялись наделы, оказывалась помощь погорельцам и другим

нуждающимся. Даже дома возводились не отдельными семьями, а всем миром. Русский крестьянин старался жить по совести, а поступать по-христиански. Именно поэтому на Руси вместо западного индивидуализма царил коллективизм, поскольку только совместными усилиями можно было оборонять свою землю от большого числа желающих ее захватить, заниматься земледелием в короткие, отведенные природой сроки, осваивать обширные пространства и т.д. Именно поэтому государственность на Руси возникла рано (Новгородская, Киевская, Суздальско-Владимирская, Московская Русь), а на Западе многие страны (Германия, Италия, США и др.) имеют гораздо меньшую, чтобы не сказать очень короткую, историю своей государственности. В состав Новгородского вечевого самоуправления, помимо самого Новгорода, входили также Псков, Изборск, Старая Руса, Торжок, оно включало посадничество, то есть гражданскую власть бояр, вече — народное собрание из глав свободных семей, тысяцкого — военного предводителя городского ополчения и т.д., а падение Новгорода было в большей степени связано с глубокими противоречиями между боярами и простым народом. Аналогичное вече было также в Белгороде южном и Киеве. В то время размеры только одного Суздальско-Владимирского княжества Андрея Юрьевича Боголюбского превышали многие государства средневековой Европы.

Все эти качества и их различия очень четко проявляются и в наши дни, даже в такой сфере, как здравоохранение. Именно поэтому ни в коем случае нельзя напрямую (без корректировок) переносить западный опыт на российскую землю, что делают многие некомпетентные чиновники, в том числе бизнесмены от медицины. Реформы П.А. Столыпина были направлены не просто на подъем сельского хозяйства в стране, но и на формирование класса собственников, не перекладывающих ответственность за свои решения на окружающих через общину и круговую поруку. Психология такова, что сейчас многие стараются пристроиться в крупную компанию или фирму, пренебрегая индивидуальным предпринимательством. Но не только психология, но и вся политика в стране направлена на поддержку крупных производителей и крупных банков, которые нередко занимаются спекуляциями. Все это имеет отношение и к современному здравоохранению в отношении объекта и субъекта права. Режиссер А. Кончаловский, ссылаясь на Папу Римского, писал, что европейская культура строилась на трех основаниях — греческой философии, иудейской схоластике и римском праве, что приводило к толерантности, терпимости к оппозиции, уважению к закону, свободному волеизъявлению. К этому на Руси всегда относились с недоверием. Когда на Западе возводились дворцы, в них не было туалетов, на Руси дворцов еще не было, были терема, но туалеты уже были. Русичи, в отличие от

западноевропейцев, умывались и стирали белье в проточной (а не в застойной) воде, мылись в банях. Как правильно говорил Георг Вильгельм Фридрих Гегель, легче найти различия в одинаковом, чем общее в разном. И действительно, если сравнивать Россию с США, например, то там в основном платят в метро за выход, мы — за вход; там ремонтируют дороги летом, мы — в основном зимой; там дорожный патруль никогда не возьмет взятку, у нас — это всем известно; там создают законы, чтобы их соблюдать, у нас — их обходят, не исполняют и даже не создают в должной мере; там закон и право незыблемы, у нас — понятия закона и справедливости часто расходятся, что на Западе неприемлемо и этого не понимают; там социальные ценности (здравоохранение, образование, социальное обеспечение, наука, культура) являются приоритетными и престижными, у нас они — на последнем месте; там люди знают, зачем они идут учиться в университет, а у нас часто не знают, что делать по его окончании; там умственный труд ценится выше физического, у нас, судя по зарплате, — наоборот; там судьи защищают интересы и права граждан, у нас — нет; там люди не имеют наличных денег и живут в кредит, у нас — наоборот; там все обслуживание организовано для человека, у нас — не всегда; там можно свободно поменять место жительства и работу, у нас — не так; там люди привязаны к работе, у нас — к месту жительства; там права граждан в большинстве случаев соблюдаются, у нас — нет; там активно внедряются разработки, у нас на это уходят десятилетия; там платят за труд, за произведенную работу и ее результаты, у нас — не всегда и не везде; там охраняется право собственности, у нас — нет; там накопленный капитал в основном остается в стране, у нас, как правило, оседает за рубежом; там люди, занимавшиеся аферами, находятся в местах заключения и подвергаются обструкции, у нас — не так; там каждый уважает свой труд и чтит правительство, у нас — не всегда; там действует жесткий контроль за качеством продуктов питания и лекарств, у нас то и дело возникают отравления, продаются фальшивые медикаменты; там поражает вежливость водителей и прохожих, у нас — это не очень развито; там в холодильниках охлаждают фужеры (в морозильных камерах), у нас — бутылки; там чашка кофе дешевле чашки чая, у нас — наоборот и т.д. Отсюда вовсе не следует, что США является благополучной и привлекательной страной для жизни, там есть свои трудности, к тому же немалые, и к ним человеку с другой ментальностью очень трудно бывает приспособиться. То же самое во многом относится и к более социализированной Европе, с которой у нас еще более разительные контрасты в условиях и образе жизни, в отношениях между властью и простыми людьми, в качестве питания, условиях тюремного заключения и т.д.

Имеются также отраслевые и религиозные отличия православия, католицизма, протестантизма и магометанства. И раньше, и теперь для россиян, в отличие от западноевропейцев, характерно превалирование общественного над личным (и это, пожалуй, пока еще главная и принципиальная отличительная черта), что особенно отчетливо проявляется в здравоохранении, когда на Западе здоровье — это личное дело каждого человека, а не общественная ценность. Россияне в большей степени являются интернационалистами. Благодаря тому что народы России были вместе, они отстояли страну в 1612 и 1812 гг., победили в Великой Отечественной войне. Нельзя забывать, что в битве за Москву сражались и гибли представители более 100 разных народов. И все же у нас с Европой гораздо больше общих интересов и общих проблем, чем кажется на первый взгляд. Можно привести множество иных отличий одновременно со сходными качествами, но это в задачи данной работы не входит.

Казалось бы, с демократией все более или менее ясно: демос — «народ», кратос — «власть», а вместе — «народовластие». Но на самом деле демос никогда не был всем народом, а только его свободной и образованной частью. В демос входили те, кто изучил семь свободных искусств (риторика, музыка, математика, астрономия, логика, философия, медицина), то есть демос представлял собой, по сути, интеллигенцию, принадлежность к которой определялась не по богатству, а по образованности и уважению других людей. А все остальные относились к плебсу или охлосу, и если власть принадлежала охлосу, то ни о какой демократии речь не шла. Охлократия — это вырожденная форма демократии, основанная на меняющихся прихотях толпы, постоянно попадающей под влияние демагогов. Охлократия характерна для переходных и кризисных периодов. И примеров тому предостаточно, даже в наши дни. Великая французская революция 26 августа 1789 г. провозгласила Декларацию прав человека и гражданина, которая начиналась весьма актуальными для нашей действительности словами: «Представители народа в Учредительном собрании убеждены, что незнание, игнорирование или нарушение прав человека является причиной общественного бедствия или коррупции». Этой же Декларацией устанавливались равенство всех граждан перед законом, сохранение прав личности (свободы, собственности, безопасности, сопротивления угнетению), возможность участия политически активных граждан в общественных делах и равенство в занятии любой общественной должности (от себя добавим — без учета того, откуда был выходец: из Парижа, Марселя или Лиона и из какой среды). А в статье 1 было записано: «Люди рождаются и остаются свободными и равными в правах». Естественно, что такой документ могла подготовить только просвещенная и демократически настроенная интеллигенция.

* * *

У нас же вся интеллигенция (ученые, педагоги, врачи и др.) далеко не в почете, власть с ними мало считается, презрительно называя их бюджетниками, не производящими материальных благ, а лишь оказывающих услуги (видимо, этой власти и олигархам). Между тем эти бюджетники создают то главное, на чем держится государство: знания, здоровье и перспективы развития. Еще Н.Г. Чернышевский, который провел в ссылке в Вилуйске почти 19 лет за «злоумышление к ниспровержению существующего порядка», писал, что нельзя относить труд врача к второстепенным видам, поскольку «труд доктора — действительно самый производительный труд: предохраняя и восстанавливая здоровье, доктор приобретает обществу все те силы, которые погибли бы без его забот». А один из мудрейших людей эпохи Возрождения, французский мыслитель, писатель и философ-гуманист Монтень (Мишель Экем де Монтень), дал верное социальное определение здоровья: «Здоровье — это драгоценность, и притом единственная, ради которой действительно не стоит жалеть времени, сил, трудов и всяких благ, пожертвовав ради него частицей самой жизни, поскольку жизнь без него становится нестерпимой и унижительной». Кстати, мне, как и П.И. Калью (о нем позже), удалось собрать огромное множество различных определений здоровья индивида, отдельных групп и населения в целом, в статике и динамике, провести их контент-анализ, выбрать ключевые и наиболее часто повторяющиеся слова, что позволило найти то общее, что объединяет все эти определения. Но об этом как-нибудь в следующий раз.

Таким образом, демократия, как и гражданское общество, строится снизу, отражая моральные и духовные потребности общества, а не сверху, поскольку власть всегда в той или иной степени аморальная, неискренняя и подавляющая. Так, в США в 1920 г. был создан Американский союз гражданских свобод для обеспечения в стране свободы слова, свободы выражения, свободы ассоциаций, для обеспечения права на равную защиту по закону и гарантирования надлежащей правовой процедуры. В союзе работают добровольцы и постоянные сотрудники, в том числе адвокаты, которые бесплатно защищают своих клиентов. Как раз гражданское общество и позволяет установить некоторое согласие, паритетное взаимодействие и законодательно закрепленные договоренности между властью и народом. Еще Уинстон Черчилль, перефразировав мысль выдающегося русского философа Николая Бердяева (1874–1948), 11 ноября 1947 г. в Палате общин заявил в чисто английском стиле: «Много форм правления было перепробовано в этом грешном скорбном мире. И никто не утверждает, что демократия — лучшая из них. Наоборот, демократия — худшая, за исключением, конечно, всех остальных,

что были испробованы». При зарождении демократии в Древней Греции провинившихся правителей предавали остракизму, вынося общественное порицание всем демосом. Такой правитель, независимо от занимаемого поста, должен был покинуть Грецию. Древняя Греция была также сильна архитектурой и философией. Так, древнегреческий философ из местечка Клазомен в Малой Азии Анаксагор (500—428 до н.э.) дал четкое определение жизни, другой древнегреческий философ, Анаксимандр (619—547 до н.э.), представитель Милетской школы, будучи учеником Фалеса, написал первое научно-философское сочинение на греческом языке «О природе»; он же первый в Элладе начертил географическую карту мира, изготовил глобус, изобрел астрономические инструменты, создал геоцентрическую модель космоса. Дело продолжил его же ученик из Милетской школы Анаксилен. Книги «О воскресении мертвых» и «Прошение в защиту христианства» в II в. написал Афинагор.

Кстати сказать, в истории России было несколько попыток демократизации общества начиная с древних времен и Великого Новгорода. Наиболее интересные предложения по государственному устройству были сформулированы еще в 1802 г. М.М. Сперанским, они предусматривали реформу всех ветвей власти — законодательной, исполнительной и судебной. При императоре предполагалось создать совещательный орган — Государственный совет, но не столько из чиновников (как сейчас), сколько из числа специалистов по отдельным вопросам и направлениям, высшим законодательным органом должна была стать персонально (!) избираемая Государственная дума, а главным судебным органом — Сенат. На местах предлагалось создание местных дум, посылавших своих представителей в Государственную думу, а также судов, подчиненных Сенату. К сожалению, тогда Александр I (при нем Россия пополнилась Восточной и Западной Грузией, Финляндией с Аландскими островами, Бессарабией, Северным Азербайджаном, частью Польши, открыты университеты в Казани, Харькове и Петербурге, лицей в Ярославле) посчитал эти реформы преждевременными. Он увлекался мистицизмом, и при нем расцвел аракчеевский деспотизм. Однако идеями М. Сперанского, преподавателя духовной семинарии, воспользовались впоследствии в царской России и в наши дни, да и то не в полном и частично искаженном виде. Это свидетельствует либо о прогрессивности тех предложений и об их опережении времени, либо о недостаточной подготовленности нынешних идеологов и политологов. Реформы Александра II (при нем в состав России вошли Уссурийский край и левый берег Амура, бухты Золотой Рог и Диамид, завершилось присоединение Кавказа и большей части Средней Азии, которая в полном виде вошла в состав России уже при Александре III) в 1860-е годы охватывали все направления: отмену крепостного права, земство, армию, образование и т.д. вплоть до судебной системы. Тогда

впервые с использованием европейского опыта было принято решение о разделении властей. Судьи были не только формально, но и по сути (в отличие от сегодняшних реалий) полностью независимыми, их смещение допускалось только в двух случаях: по собственному желанию или по решению суда. Судебные процессы проходили гласно, публично, состязательно. Были амнистированы декабристы, петрашевцы, в том числе Ф.М. Достоевский, и участники польского восстания. Первое польское восстание против России, в которую после наполеоновских войн вошли Литва, Западная Белоруссия и Правобережная Украина, произошло в 1830 г. и спустя год было жестоко подавлено войсками Дибича и Паскевича. Второе восстание в Королевстве Польском (1863—1864) на тех же самых территориях было организовано националистически и антирусски настроенной частью польской шляхты и католического духовенства. Этот мятеж был направлен не только на отделение Царства Польского от России, но и на отторжение от Российской империи ее западных земель (Белоруссии и Правобережной Украины) — бывших владений Речи Посполитой. Это восстание, поддержанное «Колоколом» Герцена, Бакуниным и французскими волонтерами, также было подавлено Муравьевым, назначенным царем генерал-губернатором Северо-Западного края. Однако к побежденным повстанцам царское правительство не проявило особой жестокости, сослав часть из них в Сибирь и Вятку. Кстати, из потомков польских ссыльных и переселенцев вышли гениальный композитор Д. Шостакович, прославивший страну на весь мир, и писатель А. Грин (Гриневский). Вообще, репрессии в царское время не идут ни в какие сравнения с тем, что происходило потом.

Появились мировые суды и общие. Все уголовные дела велись с обязательным участием присяжных заседателей, избираемых строго по закону. Поразительных успехов достигла отечественная наука, проведены реформы: университетские, городские, земские. Фактически были заложены основы конституционной монархии, мощный толчок получило развитие гражданского общества, а земства сыграли важную роль в обучении крестьянства грамоте, появлении лечебниц, уездных и земских врачей. Именно уникальной и бесплатной земской медициной может вполне гордиться наша страна! Однако должных выводов из нее до сих пор не сделано, а практика нынешнего здравоохранения развивается в противоположном направлении. Фактически за 26 лет (1855—1881) страна сделала огромный скачок вперед, особенно в сравнении с последним 20-летием. Дальнейшие преобразования оказались невозможными из-за гибели царя от бомбы террориста из «Народной воли» на набережной Екатерининского (ныне — Грибоедовского) канала. Потом, при Александре III, которым восхищается Н. Михалков, появилась абсолютная власть, и это тянется до сих пор. Сам Александр III был очень

сильным и крупным человеком, одевался просто и скромно, любил охоту, рыбалку и выпивку, боролся с привилегиями и коррупцией, дал гражданские свободы староверам, разрешил крестьянам брать кредиты для выкупа своих земель и хозяйств, создал выход к Тихому океану с помощью Транссибирской магистрали, учредил День железнодорожника, не допускал больших войн. При нем Россия приобрела значительный мировой авторитет. Иначе говоря, он делал то, что и должен был делать нормальный правитель великой страны. К сожалению, его сильные качества не перешли к сыну, который, будучи прекрасным семьянином, оказался не готовым к управлению такой большой страной, как Россия, и фактически сдал страну, отметив 300-летнее правление дома Романовых. Именно на нем и его ближайшем окружении, которое он менял как перчатки, лежит ответственность за все революции, втягивание России в бесперспективную Первую мировую войну, разруху, коррупцию и разрушение Российского государства. Кстати, для России было характерно не только приращивание территорий, но и их потеря. Так, помимо Аляски, Россия лишилась западного и южного побережья Каспийского моря (передала Персии), завоеванного Петром I в 1722—1723 гг. (именно тогда он основал Кизлярский завод коньячных вин); при Елизавете Петровне — завоеванную в семилетней войне (1756—1763) Восточной Пруссии и Кенигсберга с И. Кантом, который стал российским подданным; Мальты в виде Республики Семи Островов, завоеванной эскадрой Ф. Ушакова в 1800 г., но по Тильзитскому миру 1807 г. переданную Александром I под власть Наполеону; Молдавии и Валахии, несколько раз входивших в XIX в. в состав России; завоеванного в 1877 г. Карса, который вернули Турции; Маньчжурии, которую в 1896 г. планировали включить в состав России, но помешало поражение в войне с Японией. После этой войны Порт-Артур также отошел к Японии, однако по итогам Второй мировой войны с 1945 по 1955 г. был советским, а потом передан Китаю.

Мне импонирует Римское право — *jus romanum* (публичное, уголовное, частное, семейное, вещное, обязательное) как правовая система, существовавшая в Древнем Риме и Византии с VIII в. до н.э. по VII в.н.э., то есть более 1 тыс. лет, и послужившая основой для современной континентальной системы права. В связи с происходящими на протяжении более 20 лет преобразованиями в современном здравоохранении страны, особенно выпукло проявившимися в Москве, поневоле задаешься вопросом: *Cui prodest?* (Кому это выгодно?) Населению и пациентам, которых не спросили, — нет. Врачам и другим медицинским работникам — тоже нет. Общественности — нет. Остаются медицинские чиновники и органы власти. Интересно, а в чем их выгода?

Из Римского права известно, что благо народа — высший закон и что все законы должны быть нравственными. Демократия — это власть

просвещенной части народа (кстати, нет большой уверенности в том, что все наши депутаты являются по-настоящему просвещенными), которая отражает позицию большинства, реализуемую через различные формы волеизъявления и общественного согласия (выборы, плебисциты, референдумы, опросы общественного мнения и др.), и гражданское общество, когда действия властей всех уровней являются подотчетными и подконтрольными со стороны развитой общественности. Подчеркнем, что демократия держится не на прямой связи, когда мы избираем кого-то, а на обратной (feedback), то есть на зависимости избранных от их избирателей, которые через различные механизмы могут отозвать находящихся во власти. Кстати, неплохо было бы всех чиновников от власти обучить правильному русскому языку и умению выражать свои мысли не иносказательно (фактически — ничего не сказать), а ясно и понятно для их избирателей. Выборы — это одно из средств демократии, когда избираются те люди, которым народ доверяет управление обществом. Прямые выборы — это как бы мандат народа, поскольку есть с кого спросить. Нужно заметить, что не всегда и не во всех странах во власть избираются самые лучшие и самые достойные представители населения.

По этому поводу еще Томас Карлейль, английский писатель и историк, в конце XIX столетия создавший философскую картину мира, справедливо заметил, что демократия — это необходимость мириться с тем, что нами управляют не герои. Есть и другое мнение, циркулирующее кое-где за рубежом: преимущество диктатуры перед демократией очевидно каждому — лучше иметь дело с одним жуликом, чем со многими. Мне почему-то представляется, что в царской России, особенно в период работы Первой (Булыгинской; поначалу — законосовещательной) Государственной думы (1906 г., 511 депутатов) с ее персональными выборами, разночинным составом и представителями абсолютно всех сословий страны (42% выборщиков от крестьян, 34% — от землевладельцев, 24% — от горожан), демократии, судя по происходящим тогда в течение 72 дней дискуссиям, было намного больше, чем сегодня. Именно тогда впервые в России были установлены правила ведения заседаний для выработки согласованных позиций под названием «Наказ Муромцева—Острогорского», совершенствование которых позднее осуществлялось Маклаковым. Кстати сказать, вопреки мнению многих, царь Николай II настоял на участии крестьян в Государственной думе, подчеркнув, что крестьяне с цельным мировоззрением внесут в работу Думы больше здравого смысла и житейской опытности. В этом царь был уверен, в отличие от других дел, где он постоянно колебался под влиянием приближенных к нему различных группировок, и, проявляя слабость, довольно часто принимал неверные политические и административные решения. Надо сказать, что такая ситуация характерна для

многих правителей. Например, при нынешнем президенте РФ имеется несколько групп влияния, однако, судя по всему, решения он принимает, выслушав разные точки зрения, и, по образному выражению И. Юргенса, ведет шахматную партию мирового масштаба, которую проиграть никак нельзя.

* * *

Были кратковременные проблески демократии и в составе первого после установления советской власти парламента страны, а также сразу же после ее ликвидации, в новой России. В развитых странах сложился достаточно тесный альянс крупного и малого бизнеса, который основан не на акционерных отношениях с переплетением собственности и директоров, как это имеет место по вполне понятным причинам в России, а на договорных, законодательно закрепленных отношениях, когда крупный бизнес не имеет возможности использовать льготы, предоставляемые малому бизнесу. Малый бизнес у нас нужен крупному лишь как звено увода денежных средств, а в самостоятельном виде он олигархам при нынешней ситуации не нужен вообще, и они его будут душить, уничтожать или поглощать. Сейчас, по международным оценкам, наиболее конкурентоспособным считается бизнес в Финляндии, где благодаря прозрачности и честности бизнеса государство оказывает ему всяческую поддержку. Видимо, у нас по каким-то причинам не могут добиться такой прозрачности от бизнеса и банковской сферы. Как известно, малый бизнес является главным локомотивом экономики, и экономический расцвет Китая, Индии, Бразилии, Южной Кореи, Сингапура, Малайзии на 80–90% обусловлен интенсивным развитием именно малого бизнеса. Там созданы для этого все необходимые условия. Например, чтобы открыть новый бизнес в Сингапуре, не нужно общаться с чиновниками, достаточно войти на сайт ведомства, которое регистрирует компании, и внести свои данные, что позволяет в течение суток получить регистрационный номер. Лицензия для этого не нужна, кроме фирм, торгующих алкоголем и табаком. Вот такая упрощенная и полностью некоррупцированная процедура. Кстати, в связи с уменьшением спроса во многих странах в условиях общего кризиса на китайские товары в Китае смогли, увеличив платежеспособность своих граждан, развернуть экономику в сторону внутреннего рынка, чего мы сделать никак не можем, так как наша экономика в основном ориентирована не на внутренний, а на внешний спрос, и мы экспортируем не готовую продукцию, а сырье. Вопреки общемировым тенденциям, Россия пока остается страной крупных компаний. В странах ЕС малых предприятий, в том числе в производственном секторе, в 5–6 раз больше, чем в РФ. Наиболее актуальными рисками и угрозами

для малого бизнеса у нас в стране (по результатам исследований) являются повышение налогов — 63%, рост арендной платы — 61%, ухудшение ситуации в экономике — 57%, повышение тарифов — 40%, приход конкурентов — 31%, отказ в продлении аренды — 23%, необоснованное ужесточение контроля — 22%, вымогательства властей — 16%, отмена льгот — 8%, незаконный силовой захват (рейдерство) — 6%. Но особое беспокойство вызывает удушение малого бизнеса на селе. Основу малого бизнеса составляет везде средний класс (в США — это имеющие месячный доход на человека от 3470 до 8 тыс. долларов), к которому в развитых странах относится больше половины населения и который является главной опорой демократии. Отсюда видно, как достаточно четко легальный и поощряемый бизнес (в основном малый) тесно связан с демократическим началом. У нас же в стране складывается впечатление, что средний класс представляет собой угрозу и олигархам, и власти, и его задавливают всеми возможными средствами. Кстати сказать, главными факторами демократии являются не свобода прессы, как это нам преподносят (хотя относительно независимых СМИ у нас всего несколько), а свобода личности, не выборы отдельных ветвей власти, то есть как бы прямая связь, а их постоянная зависимость от избирателей, то есть обратная связь, о чем уже выше упоминалось. Но эта обратная связь у нас не работает, а как проводились выборы в годы советской власти (при одном кандидате, и к 10 часам утра за него уже отдавали свои голоса 99,9% избирателей из блока коммунистов и беспартийных) и после нее — хорошо известно. При этом многими странами, особенно малыми, СССР и Россия считались (и это тянется до сих пор) империей, хотя никакими имперскими признаками, какие всегда присущи взаимоотношениям между метрополиями и колониями, ни тогда, ни потом страна не характеризовалась, а, напротив, она была создана и объединена на основе комплиментарности населяющих ее народов. Сейчас их более 160, говорящих на языках, относящихся к различным языковым семьям (индоевропейской, алтайской, уральской, абхазо-адыгской, финской, тюрской, тунгусо-маньчжурской, монгольской, нахско-дагестанской, картвельской, иафетической — от младшего сына Ноя Иафета, палеазиатской, сино-тибетской, хамито-семитской, австро-азиатской и др.). Особенно много средств в СССР вкладывалось в граничащие с Западом прибалтийские республики, поддерживая там относительно высокий уровень жизни и относительную самостоятельность, и в среднеазиатские республики (в их экономическое развитие и образование), и все это было в основном за счет России. Не выдерживает критики и выдвигаемая связь общественной системы с массовыми репрессиями (включая голодомор), которые, как учит история, на самом деле всегда связаны с конкретными личностями

и были проявлением низкой культуры, подозрительности, мстительности в сочетании с низменными и деспотично-жестокими человеческими качествами у власть предержащих людей, обусловленными в том числе определенными целевыми установками, отсутствием гуманизма, боязнью своего народа или отдельных его сословий, недоверием к нему или полным им пренебрежением, когда цена человеческой жизни была близка к нулю и незаменимых не было, а, как известно, хорошо скрываемая трусость и выраженная подозрительность очень часто порождают агрессию, жестокость и насилие. При этом цель достигалась всеми возможными средствами, в том числе ценой всеобщего страха, издевательства над людьми и загубленных человеческих жизней. Начиная с середины 1920-х годов правление И. Сталина было основано в том числе на страхе, на «чистках» страны от внутренних воображаемых врагов. Это в значительной мере проявлялось и ранее в Древних Афинах, где заложили основы демократии реформы Солона (отменил долговое рабство, сделал граждан свободными, создал систему управления и суд присяжных, придумал другие демократические рычаги), Клисфена с середины VI до V в. до н.э. и в период расцвета афинской демократии (золотой век Древней Греции: Эсхил, Софокл, Еврипид, Фидий и др.) в сочетании с автократией при Перикле. Потом к власти в начале V в. до н.э. пришли 30 тиранов (вначале тиран Писистрат), казнившие множество людей, в том числе 70-летнего Сократа и его сторонников. Правда, в 410 г. до н.э. там временно опять восторжествовала демократия, когда в Афины вернулся племянник Перикла и ученик самого Сократа Алкивиад. Проявилась автократия и в виде тирании в Римской империи (в том числе во времена Тиберия, Калигулы, Веспасиана, Адриана, Нерона, Максимиана, отрубившего голову 18-летней Екатерине за ее принятие христианства, Деция, Диоклетиана вплоть до 313 г. при Константине Хлоре). Одним из самых кровавых императоров Древнего Рима был Каракалла, сын императора ливийца Септимия Сервера. Для того чтобы стать императором, он убил своего брата Гету и вступил в кровосмесительную связь со своей матерью — Юлией Домна, женой умершего Сервера. Эта династия оборвалась в 235 г., когда легионеры убили последнего представителя рода Сервера, и наступил период «солдатских императоров». То же самое было в Древнем Китае, практически во всей Средневековой Европе, в Британии (в том числе в период захвата острова германскими племенами и во времена Кромвеля), в России во времена Ивана Грозного и даже при Петре I, когда развитие страны переплеталось с подавлением свободы и гибелью многих людей, на костях которых строилось обновленное государство, во Франции в период якобинской диктатуры и массового террора, а также позднее во времена Пол Пота и других диктаторов.



Несмотря на признанную неординарность не имеющего высшего образования И.В. Сталина (он был отчислен из Тифлисской духовной семинарии перед выпускными экзаменами), оценки его деятельности прямо противоположны — от спасителя нации, создавшего из разрушенной страны в результате революций, гражданской войны, послевоенной разрухи, тяжелейшей Великой Отечественной войны буквально сверхдержаву с ядерным устрашающим оружием и эксплуатируемой до сих пор промышленностью, до ужасного чудовища и кукловода, погубившего миллионы людей с особой жестокостью и создавшего взрывоопасную империю — систему, замешанную на страхе, подавлении личности, насилии и репрессиях. Возможно, потому эта империя потом недолго просуществовала. И, что важно, обе точки зрения имеют право на существование, но каждая из них без другой не дает полного представления о чудовищной личности подозрительного диктатора с садистскими и лицемерными наклонностями, с диапазоном настроения и состояния от параноидального до жалкого и беспомощного. Однако цену достижения целей по первой точке зрения ни оправдать, ни простить никак нельзя ни самому Сталину, ни его жестокой камарилье, то есть ближайшему окружению. Именно поэтому меня напрягают слова в целом хорошей и душевной песни из фильма «Белорусский вокзал», где говорится, что «мы за ценой не постоим», так как эта цена включает огромное множество неоправданных жертв. Фактически при Сталине были уничтожены дворянство, духовенство, российская интеллигенция, инженерный состав в ведущих отраслях и особенно крестьянство, которое Сталин органически ненавидел и видел в них своих врагов. Сталин очень любил фильм «Кубанские казаки», где поющие и ликующие люди собирали огромный урожай, что на фоне довоенной и послевоенной голодовок выглядело кошунственно.

Сейчас много литературы посвящено сталинскому периоду, и хотя все опираются практически на одни и те же документы, освещают события по-разному. Некоторые авторы оправдывают первые процессы над вредителями-троцкистами (ВИКЖЕЛЬ, Промпартия и др.), но ведь они были прелюдией к Большому террору против народа в 1937—1938 гг., причиной которого могла быть параноя вождя. Были изуверски уничтожены почти все старые большевики, партийная верхушка и несколько слоев военных командиров, после чего был развязан массовый террор своего народа по разнарядке, спускаемой сверху в регионы страны. А на местах старались план уничтоженных и депортированных даже перевыполнить. Все высшее руководство страны, развязавшее Большой террор, в конце 1930-х годов напоминало шайку негодяев, ведущих борьбу с собственным народом, и, возможно, поэтому страна не успела подго-

товиться к предстоящей войне, и первые дни войны характеризовались массовой сдачей в плен, подальше от сталинских палачей. И только потом народ в целом понял, что немецкая армия несет ему не освобождение, а еще большую кабалу и гибель. Вероятно, И. Сталин полагал, что таким образом в преддверии неизбежной войны страна избавлялась от потенциальных внутренних врагов, но это было лишь лукавым прикрытием палаческих мер. Однако люди сейчас иногда вспоминают Сталина, но не в связи с желанием вернуться в репрессивную и гнетущую эпоху, а в связи с отсутствием в стране порядка, сложившегося неравенства перед законами, несоблюдением морально-правовых устоев и отсутствием социальной справедливости, хотя и в сталинский период они не соблюдались. Сейчас в стране есть лидер, вождь, но нет рачительного хозяина. Россияне устали от коррупции, воровства, беззакония, колоссального расслоения людей по доходам и возможностям, от систематической несправедливости и попираания их прав. Все это надо исправлять, но не втихую, а публично. Среди военных считалось, что И. Сталин существенно ослабил Красную армию и в военном отношении не был особенно компетентным, а был, проще говоря, военным дилетантом, как и его друг, красный командир К. Ворошилов, с шашкой на боевом коне. Это подчеркнуто в том числе в воспоминаниях Г. Жукова, когда его назначили командующим обороной Москвы и он собирал разрозненные силы, дополненные сибирскими дивизиями, в кулак для нанесения ошеломляющего и мощного удара по врагу. Сталин, по его мнению, ослабил этот удар, настаивая на нескольких мелких операциях. А потом я прочитал заметки немецкого генерального штаба и выяснил для себя следующее. Москва была относительно неплохо защищена со всех западных сторон, а с востока она была полностью уязвима. И именно туда устремилась танковая армия Г. Гудериана, который не смог взять Тулу и обошел ее. Так вот, по указанию Сталина были нанесены упреждающие удары в тыл Гудериану, что заставило его повернуть обратно. Я это к тому, что в такое время важно не только военное искусство, но и политическое чутье на опасность, которое у Сталина было просто звериным. Правда, затем, после Сталинградской битвы, И. Сталин отдал скорополительный и непроработанный приказ Воронежскому фронту освободить Харьковский промышленный район, не учитывая силы германской армии и способности ее военачальников. В результате наши войска с большим трудом вырвались из окружения, потеряв половину (100 тыс.) убитыми, ранеными и пленными, свыше 1100 танков, 3 тыс. орудий, оставив Харьков и Белгород. Немецкие потери в войсках и танках были в четыре раза меньше. Примерно такая же постыдная и шапкозакидательская операция была проведена ранее, в войне против Финляндии в 1940 г., когда потери Красной армии превысили финские в три раза, была уничтожена 44-я ди-

визия, тысячи воинов попали в плен, финнами были захвачены 102 орудия, 1170 лошадей и 43 танка. А всей операцией руководили И. Сталин, Г. Кулик и К. Ворошилов. Все это говорит не в пользу приписываемого И. Сталину полководческого таланта. Вот, видимо, тогда Гитлер всерьез усомнился в силе Красной армии. Такие же военные дилетанты, мнившие себя полководцами, были и в ближайшем окружении Сталина (Мехлис, Ворошилов, Маленков, Жданов, Каганович, Кулик, Тимошенко, Хрущев и др.), по вине которых война оказалась затяжной, а потери Красной армии и мирных жителей — чрезмерными. Продолжавшаяся политика репрессий в армии не повышала боеспособность воинов, не способствовала проявлению воинской инициативы, а лишь вызывала постоянную тревогу и страх за свою жизнь. Особенно бесчинствовал верный сталинец и настоящая мразь Л. Мехлис, проваливший не одну военную операцию и уничтоживший огромное количество воинов Красной армии. С потерями не считались: подумаешь, в окружение попало 200 тыс., наберем новых. Когда передовой американский отряд 1-й армии генерала Омара Нельсона Брэдли весной 1945 г. приблизился к укрепленным позициям немцев, стало ясно: чтобы преодолеть немецкое сопротивление, можно потерять десятки тысяч американских солдат, и он отступил за Эльбу.

А в это время последней мощной преградой у фронта Жукова перед Берлином были сильно укрепленные Зееловские высоты, в результате лобовой атаки которых погибли сотни тысяч красноармейцев. Характерными качествами таких правителей, как Сталин, помимо отмеченных ранее, были также жажда власти любой ценой, вседозволенность, желание повелевать и вершить судьбы каждого человека и множества людей, себялюбие, деспотизм, иезуитство, двурушничество, зазнайство и всезнайство. При всей своей жестокости, нельзя упускать, Сталин был, по свидетельству очевидцев, достаточно умелым организатором, обладал природным умом и смекалкой, отличной памятью. В течение всей войны он тайно посылал деньги родителям А.М. Василевского до его освобождения из застенков (в годы Первой мировой войны он был капитаном), от которых сам маршал отказался, поскольку отец его был священником. Война еще продолжалась, однако одним и тем же приказом И. Сталина были созданы Академия медицинских наук СССР, расформированная в настоящее (мирное!) время, и Новосибирский оперный театр. В Абинске (Краснодарский край) арестовали молодого парня за анекдот по навету доброжелателей. Его мать, чтобы освободить сына, безуспешно пыталась достучаться до местных властей. Поехала в Москву, но к Сталину ее не пустили. Тогда она уселась на брусчатку Красной площади, заявив, что отсюда не уйдет, пока ее не примут. Сталин случайно выглянул в окно и ее увидел. Привели эту женщину к нему, он расспросил вначале о жизни на Кубани, потом, когда выяснил, что ее привело в Москву, расхохотался

и велел ей ехать домой. К дому ее подвезли на большой черной машине с охраной, а назавтра выпустили сына. Таких примеров есть немало, это говорит, конечно, о многом, и в то же время Сталин являлся массовым убийцей. Он сочетал в себе качества тирана, изверга и деспота, что было постоянным, с угрызениями совести простого человека, что возникало эпизодически. Как эту двойственность и раздвоенность (шизофренического типа) расценить, я не знаю, но очень бы не хотелось возврата к прежним временам. Через сталинские застенки, сопоставимые с гестаповскими, концентрационные лагеря со стройками коммунизма прошли миллионы людей, многие из которых там лежать и остались. Практически повсеместно приговор выносили скопом так называемые тройки, в некоторых случаях — по решению членов Политбюро и только изредка громкие и групповые дела выносились на судебные процессы. В качестве доказательств виновности использовали признательные показания, которые делались под угрозой жизни семьи и детей, путем издевательства и обмана, а также систематических избиений, и тогда полуживые люди готовы были подписать все. Но это было лишь полдела, нужно было еще, чтобы они оговорили других и подтвердили свои признания на суде, для чего использовались особые приемы. В результате развитие судебной системы в стране значительно отстало от других стран, не было ни равноправия сторон, ни состязательности, ни документально подтвержденных фактов, а приговор фактически назначался.

Важнейший принцип судебной системы — *audiantur et altera pars* (пусть будет выслушана и другая сторона) не работал. И это в какой-то мере продолжается до сих пор, поскольку сейчас доля оправдательных приговоров минимальна (всего 0,3–0,7%) и даже в три раза меньше, чем в 1961 г. Именно поэтому нынешняя судебная система нуждается в реформировании, в создании института мировых судей, следственных судей и т.д. После войны сталинская камарилья выглядела, как пауки в прозрачной банке, за которыми присматривал сам Сталин, натравливая одних на других, а потом наоборот. «Заговоры» с последующими репрессиями следовали одно за другим: ленинградское дело, заговор сионистов, заговор врачей, банановое дело и т.д. Это было время, когда в ближайшем и отдаленном окружении вождя царили стяжательство, разврат, открытые и закулисные интриги, опережающее доносительство. Никто не был уверен в том, что назавтра будет пребывать в домашней обстановке. И это только малая часть из широко известных ныне фактов. Таково было свойство этой личности.

И у сына Сталина, Василия, наблюдалось сочетание качеств высокомерной распущенности и щедрости по отношению к друзьям. Хорошо помню царившую тогда атмосферу всеобщего страха, когда за одно неловко сказанное слово можно было загреметь в тюрьму, когда даже

на кухне друг другу зажимали рты. И тогда, и позже простой человек слушал выступления на собраниях, читал прессу, слушал радио, смотрел телевизор и сравнивал идеалистические картинки с реалиями нашей жизни, понимая все лицемерие властей. В результате многие стали приспособленцами, откуда и проистекали цинизм, равнодушие и голый расчет.

Одна наша знакомая похоронила мужа, прошедшего всю войну, и ее выселили из ведомственной квартиры. После долгих мытарств она написала письмо «Солдату Малиновскому от солдатки такой-то». Письмо дошло, квартиру ей вернули. И многие тогда наивно думали, что это все — произвол местных чиновников и органов госбезопасности, а верхняя власть об этом ничего не знает. В общем, мое мнение таково: существовавший в то время режим создал сильное государство, но по отношению к народу был преступным. К проблеме отношения власти к народу, а это очень важно для понимания происходящего, мы еще вернемся.

Умер Сталин в беспомощности 5 марта 1953 г., хоронили его 9 марта, а с 6 марта доступ к телу в Колонном зале Дома союзов был открыт для массовой публики. В гробу он лежал в повседневном поношенном мундире, что говорило о пренебрежении к нему со стороны еще недавно трусящегося ближайшего окружения. Траур был всенародным, а горе общенациональным. Казалось, что с кончиной вождя ушла целая эпоха его почти 30-летнего правления, а что дальше будет — полная неизвестность. Даже Ольга Берггольц, арестованная в 1938 г., будучи беременной, которую избивали, целясь намеренно в живот, у которой расстреляли мужа, опубликовала в «Правде» обожествляющие Сталина строки. Но Сталин, даже мертвый, сумел в прощальных с ним давках уничтожить несколько сотен людей. Кстати, в тот же день, 5 марта 1953 г., умер известный, но опальный композитор Сергей Прокофьев, похороны которого прошли незамеченными. После смерти Сталина наступил короткий период, называемый хрущевской оттепелью, и, казалось, это теперь надолго. Но не тут-то было.

* * *

Фактически и нынешняя управляемая и «суверенная» демократия по-русски, а точнее «административная» демократия, зашла в тупик. И сейчас, и раньше у нас были специалисты-теоретики по придумыванию благозвучных наименований творимых безобразий. В советское время это были «развитой социализм», «зрелый социализм» — термины, которые исчезли навсегда вместе с их авторами. Управляемая демократия — это сплошная химера, ничего общего с демократией не имеющая.

Она была и в советское время, когда, как и теперь, избирал вроде бы народ, но только тех, кого уже заранее выбрали (раньше — в ЦК КПСС, теперь — в администрации президента и за редким исключением в правительстве), но с некоторыми отличиями: раньше выбирали одного кандидата на безальтернативной основе, а теперь — безликим партийным списком или с видимостью состязательности, а в местные советы — при как бы имеющей место конкуренции, но при поддержке всего партийного и государственного ресурса. Управляемая демократия предполагает создание управляемых структур власти. Наша Дума является полностью управляемой (как и ранее Верховный Совет СССР), и две трети ее голосов, принадлежащих «Единой России», отдаются четко по указанию сверху, поскольку люди, получившие свои места, боятся их потерять. Кстати, во времена Б. Ельцина российский парламент представлял собой действительно дискуссионный клуб с диаметрально противоположными точками зрения. Но сейчас, по известному образному выражению, Дума — это не место для дискуссий, чем подчеркивается современная специфика этого органа власти и роль ее в виде, за редким исключением, штамповщика (с некоторой коррекцией) законов, представленных правительством или Администрацией Президента РФ. Государственная дума с симбиозом спортсменов, артистов и бизнесменов (там крайне мало нужных профессионалов, ученых, специалистов по законотворчеству) представляет собой такую же структуру, как в советское время Верховный Совет, когда все решения принимались в Кремле или на Старой площади, а в Верховном Совете они одобрялись и принимались.

Но в советское время Верховный Совет избирали хотя бы на пропорциональной основе (от рабочих, крестьян, ученых, творческой интеллигенции, от мужчин и женщин и т.п.). Кстати, сходство еще состоит и в том, что все как сейчас, так и ранее принимаемые законы были о чем угодно (о любой структуре и любой сфере деятельности, например о водителях) и для чего угодно, но не для простого человека, для улучшения условий его жизни. Скорее, наоборот, принимаемые законы только осложняют жизнь людей, создавая для них новые трудности и препятствия. Ничего хорошего от законотворческой деятельности ждать не приходится, поскольку законы в основном носят не разрешительный, а запретительный и ограничительный характер. Складывается впечатление, что власть только и думает, что еще можно выжать из народа, особенно из его небогатой части (70%). И это все действо у нас теперь, как и в прежние времена, называют демократией. Но управляется сверху не только Государственная дума. Фактически все управление страной осуществляется в «ручном» режиме при отсутствии стабильной системы и институтов управления, независимых от избранных руководителей. Разве можно давать Верховному суду и другим судебным инстанциям

особые властные полномочия и де-факто ставить их выше правительства, как в других странах? Конечно же, нет — так решила наша власть.

Помимо «демократических» выборов, как бы на основе многопартийной системы, еще одним кремлевским проектом «суверенной» демократии явилось создание в стране видимости гражданского общества в виде жестко контролируемого процесса формирования Общественной палаты фактически из назначаемых ее основных членов, которые затем выбирают остальных, опять же по согласованию с властью. Можно сказать, что создан еще один свисток для выпуска пара, интенсивно накапливаемого в обществе, для чего используется авторитет целого ряда уважаемых и незаурядных людей. То же самое можно сказать и об общественных советах при министерствах, то есть по формальным признакам элементы демократии как бы присутствуют, а самой демократии в реальности нет. Короче говоря, возле цивилизованных рыночных отношений и вблизи демократии мы еще рядом не стояли и их запахов пока страна не ощущает. Напротив, первые волны так называемых демократов их полностью дискредитировали в глазах людей. Если говорить о государстве, то оно многофункционально, и прежде всего это должны быть правильно организованные и хорошо работающие государственные институты и структуры, функционирующие за счет средств налогоплательщиков и в их же интересах. Многие функции государственных институтов со временем должны перейти к общественным организациям, развивая тем самым гражданское общество. Однако до этого идеала нам еще очень далеко.

Говорят, что сейчас у нас нет цензуры, но это не так, она есть, но существует в неявном виде. Этим пользуются некоторые органы массовой информации, которые в нынешнее непростое время геополитических отношений, событий вокруг Украины и взаимных санкций просто науськивают школьников и молодых людей на власть и ее действия (что вызывает противодействие), вместо того чтобы их образовывать, а не оболванивать, учить думать, анализировать, намечать цели, правильно выбирать приоритеты и учить быть потенциальными лидерами. Очень похоже, что некоторые чиновники, хотя и не изучили мировых классиков, действуют строго по определению О. Уайльда: «Демократия есть одурманивание народа при помощи народа ради блага народа». С точки зрения формальной логики они как бы во благо людям укрепляют армию и крупный бизнес, строят мосты, туннели, эстакады, транспортные развязки, офисные здания, коммерческое жилье и т.д., проявляя внешне заметную активность. К тому же они организовали фактически самопоедание нации и выхолащивание лучших черт человека, его образованности и культуры, насаждая в мозгах меркантильность, личную выгоду и принцип «у нас все продается и все покупается, нужны только деньги, полученные любым путем».



Сейчас часто говорят, что не может быть увеличения зарплат и доходов без роста производительности труда. На первый взгляд тут все понятно и ясно. Но, с другой стороны, не может быть никакого увеличения производительности труда просто так, на ровном месте, без соответствующего морального и особенно материального стимулирования и поощрения. Именно поэтому все разговоры правительственных властей о том, что не может быть роста зарплаты без увеличения производительности труда, не соответствуют принципам Э. Деминга и мировой (например, японской) практике, поскольку без материального и морального стимулирования, обучения основным принципам обеспечения качества и коллективного творчества, создания нормальных условий работы говорить о росте производительности труда не приходится. Эта проблема является одной из определяющих, поскольку производительность труда в России в отдельных отраслях в 30 раз ниже, чем в Евросоюзе или США (например, на АвтоВАЗе ниже, чем на заводах Форда), это же относится к ракетостроителям и машиностроителям, не говоря уже о сельском хозяйстве. Как показывают расчеты ряда экономистов, еще в 2007—2008 гг. в РФ заработную плату можно было легко увеличить в два раза. Россия отстает от США по производительности труда в целом в 5—6 раз, а по средней зарплате — в 7—9 раз. Средняя зарплата в США при 1920 часах работы составляет в месяц 5200 долларов, а в Европе самыми высокооплачиваемыми являются датчане, норвежцы и швейцарцы — в среднем 3700 евро в месяц. Если в России доля заработной платы в себестоимости продукции составляет не более 25%, то в странах Евросоюза — 60%, а в США — около 80%.

Наш крупный бизнес находится просто в инкубаторных условиях: при послабляющем законодательстве, без конкурентной борьбы, при монополизме, без официальных социальных обязательств, при дешевой рабочей силе. Все это должно быть тесно увязано с государственной экономической политикой в стране, то есть относиться опять же к проблеме «государство и работники». На мой взгляд, допущенная властью значительная дифференциация людей по доходам и возможностям в сочетании с коррупцией сейчас является проблемой номер один. «Две нации, между которыми нет ни связи, ни сочувствия; которые так же не знают привычек, мыслей и чувств друг друга, как обитатели разных планет; которые по-разному воспитывают детей, питаются разной пищей, учат их разным манерам; которые живут по разным законам, эти две нации — богатые и бедные». Так обозначил поляризацию общества Бенджамин Дизраэли, выразенный консерватор, писатель и премьер-министр Великобритании, как будто предвидя, что произойдет в России спустя более 100 лет. Фактически у нас сейчас две страны, богатые и бедные живут в разных

государствах и при разных экономических, политических и общественных формациях, по разным законам. Как справедливо заметил В. Костиков, пути этих двух категорий россиян не пересекаются ни в транспорте, ни в магазинах, ни в жилых домах и жилых районах, ни на рынках, ни в ремонтных мастерских, ни на отдыхе, ни в театре, ни в учебных и медицинских учреждениях, ни в церкви, ни даже на кладбище — в общем, нигде. В результате, как показывают недавние исследования Левада-Центра, отчуждение основной части граждан от государства и власти нарастает, несмотря на массовые шествия в поддержку власти по отдельным вопросам. И это проявляется везде: в малых и средних городах, крупных городах, на селе, хотя недовольство там обусловлено разными причинами, среди которых главными являются коррупция, ослабление роли государства, отсутствие поддержки нерентабельных предприятий, подавление инициативы и малого бизнеса, выраженная слабость демократизации, манипулирование общественным мнением, имитация гражданского общества, неподобающие условия жизни. Нельзя забывать о том, что только 8–9% населения имеют валютные накопления, а 70% граждан живут от случая к случаю и продержаться могут в условиях жесточайшего кризиса, обесценивания денег и роста цен всего 2–3 месяца. Достаточно выпукло проявляется отношение государства к непроизводительным силам, что должно быть одним из основных критериев социализации государства. Возьмем, к примеру, пенсии, вокруг которых у нас развертывались целые научно-экспертные баталии. Минимальный уровень замещения заработной платы (при полном трудовом стаже), в соответствии с 102-й Конвенцией Международной организации труда, принятой много лет тому назад (1952), должен составлять не менее 40% (в развитых странах сейчас — 70–80%). Доля средней пенсии от средней зарплаты по стране составляла: в Греции — 95% (сейчас — меньше), Италии и Испании — 90%, Люксембурге — 88%, Нидерландах — 81%, Германии и Швеции — 65%, Франции, Японии и США — 50%. Кроме того, по логике уровень трудовой пенсии по старости должен быть выше прожиточного минимума пенсионера. Вот почему правительство занимается решением пенсионных проблем, а президент РФ держит их под контролем. Это важно еще и потому, что действующая потребительская корзина, устанавливающая прожиточный минимум, никак не соотносится с физиологическими нормами и не способствует элементарному выживанию. Кстати, по недавно опубликованным данным Forbes, наилучшие условия для жизни пенсионеров в настоящее время созданы в Австралии, Австрии, Ирландии, Испании, Италии, Канаде, Франции и в некоторых других странах; в Дании на протяжении многих лет функционируют «детские ясли» для пожилых людей, в Швейцарии и США — прекрасно оснащенные дома для престарелых и дома сестринского ухода и т.д. Сравнительный анализ пенсионных

отчислений и размеров пенсий проводить не будем, а лишь добавим, что в США средняя пенсия для проработавшего не менее 10 лет составляет 1500 долларов в месяц. Средняя зарплата по стране — 44 500 долларов в год, у учителей школ — 50 000, у преподавателей колледжа — 120 000, у врачей — 220 000. Порог бедности установлен на уровне 1300 долларов на одного человека в месяц. Помимо пенсии, существуют еще социальные пособия, выплаты, субсидии, льготы, страховки по медицинской помощи пожилым и малоимущим. Недавно одному пожилому знакомому пришлось в США делать две операции, и страховая компания заплатила за него 150 тысяч долларов. Кроме того, пенсионерам по почте приходят чеки на сумму выше 100 долларов в счет продовольственных талонов, гарантируется бесплатный проезд на транспорте, одиноких пенсионеров три раза в неделю посещает социальная помощница — готовит обед, стирает, убирает квартиру, два раза в неделю они могут бесплатно посещать центры для пожилых с бассейнами, физическими занятиями, кино, экскурсиями. Раз в месяц им на дом привозят продовольственный набор. Просто завидное отношение государства к пенсионерам! И это в самой-самой капиталистической и самой-самой либеральной стране, где отношение к людям гораздо хуже, чем в более социализированных странах Европы. Понятно, что у нас денег на все это может не хватить, но государство просто обязано отдать пожилым то, что им недоплатили (и недодали) в трудоспособном возрасте.

Законы рыночной экономики таковы, что прямые налоги (к ним относятся налоги на прибыль физических лиц, фирм и предприятий) должны носить прогрессивный, то есть повышающий, характер, а косвенные налоги (НДС, которого, кстати, в ряде стран нет, акцизы, налог с продаж и др.), тормозящие развитие бизнеса и влияющие на цены, должны носить регрессивный, понижающий характер. Именно поэтому снижать нужно было ставку НДС, введенного у нас в стране в 1992 г., а ЕСН увеличивать, и тогда красивые слова о социальной ответственности бизнеса могли бы перерасти в дела в полном соответствии со статьей 7 Конституции РФ. Налоговая политика должна быть не закостенелой, как у нас, а достаточно гибкой, о чем свидетельствует кривая Лаффера, представляющая собой графическую зависимость объема государственных доходов от среднего уровня налоговых ставок по стране, что показывает в каждый временной период оптимальный уровень налогообложения, когда государственные доходы максимальны. Взимание налогов сверх этого уровня ведет к снижению доходов государства, так как при этом становится невыгодным производство, оно сворачивается, и в итоге уменьшается налогооблагаемая база. Но у нас налоги установлены для удобства богатых, жилищный кодекс — для удобства риелторов, автострахование — для очень высоких доходов страховщиков за счет владельцев дешевых

автомобилей, закон о наказании за нарушение правил дорожного движения и сухой закон — для поборов работниками ГИБДД, биржи — для отмывания и увода денег через дочерние компании, доходы корпораций формируются за счет потребителей, проблемы пенсионного фонда решаются за счет пенсионеров и т.д. Все продвинутые экономисты уже давно ставят вопрос о введении прогрессивного налога на доходы (при усилении фискальной функции государства, при нормальной и честной работе налоговой полиции и непослабляющем, как у нас, законодательстве), как это имеет место во всех развитых странах. Например, в Германии еще совсем недавно месячный доход до 800 евро не облагался налогом, от 800 до 5400 — 15%, 5400 — 25%, 8000 — 42%; в Англии: до 300 евро — 10%, 300–4500 — 22%, 4500 евро и выше — 40%, а для тех, кто получал свыше 220 000 долларов в год (таких всего 1% налогоплательщиков), сейчас введен 50% налог; во Франции: до 650 евро — 0%, 650–870 — 5,5%, 870–1600 — 14,1%, 1600–2500 — 22,3%, 2500–4100 — 29,4%, свыше 4100 евро — 40%. В Норвегии в зависимости от доходов налог колеблется от 28 до 49%, в Дании — от 38 до 59%, в Бельгии — от 25 до 50%, в Австрии — от 21 до 50%, в Швеции — до 50%. Такие же прогрессивные шкалы налогов на доходы существуют в США с середины 1970-х годов, где доход до 1200 долларов в месяц не облагался налогом, из платящих налоги 90% граждан выплачивали 25% своих доходов, а 10% платили 50% и более в виде налогов на доходы, и фактически 80% федерального бюджета обеспечивалось налогами, взимаемыми с 20% высокодоходных граждан; в Китае месячный доход до 1250 долларов не облагается налогом. Прогрессивный налог действует во многих странах, что дает возможность не допускать резкой дифференциации населения по доходам, поддерживая определенные группы, и выполнять социальные программы и обязательства. В этом и состоит одна из главнейших функций социализированного государства — собирать средства у богатых фирм и предпринимателей и направлять их на поддержку тех, кого в данной стране относят к социально уязвимым группам населения (студенты, дети, пожилые, малоимущие, инвалиды, безработные, больные и т.д.), осуществляя тем самым относительное социально-экономическое равенство в стране и предупреждая возможные социальные недовольства и взрывы. Если бы в России был введен прогрессивный налог на доходы, то только налог с московских миллиардеров составил бы ежегодно минимально 20 млрд евро, что позволило бы поднять зарплату занятым в бюджетной сфере на треть. Помимо миллиардеров, существуют мультимиллионеры и просто миллионеры, поэтому прогрессивный налог на доходы позволил бы решить многие социальные проблемы в стране (пенсионные дела, здравоохранение, образование, культура, наука, социальное обеспечение). Обеспеченные люди должны

нести бóльшую ответственность перед обществом, а не так, как сейчас: чем человек беднее, тем он относительно больше платит налогов. А плоская шкала налогов, как у нас, существует в считанных странах, таких как Боливия и т.п. В 2011 г. 34% взимались с годового заработка до 463 тысяч рублей, то есть 38,6 тыс. рублей в месяц. Выше указанного заработка налоги не взимались. В 2012 г. налоги составляли 30% с заработка до 512 тыс. рублей, свыше этого заработка — 10%, в малом бизнесе — 7%. Введение прогрессивного налога может позволить закрыть зияющую дыру в бюджете.

* * *

Если раньше все, что несправедливо выжимали из народа любой ценой, шло на развитие страны (строились города, функционирующие до сих пор заводы, школы, больницы и т.д.), то еще совсем недавно было то же самое, но большей частью на личную пользу властным структурам и чиновникам. Например, поднятие цен на ЖКХ не приводило к улучшению качества услуг, а деньги оседали в чьих-то карманах. Это только один пример из большого множества. Так, до сих пор с 1991 г. неясно, какая — государственная (вроде бы демократия) или экономическая (вроде бы рыночные отношения) система будет создана у нас в стране, так как их вариантов и сочетаний есть множество, хотя хорошо известно только, от какой системы мы ушли. Неплохо бы знать, куда мы движемся и движемся ли вообще. Думается, что это делается неслучайно, поскольку, как говорится, рыбы у нас водится еще много и в мутной воде ее легче поймать.

Вялотекущий передел собственности продолжается. Снова возникает крупноблочно-альтернативная развилка дальнейшего развития (по примеру ряда развитых стран): более социализированный европейский путь, когда доля затрат на оплату труда не столь высока (хотя и достаточна), но зато исключительно развиты социальные программы и социальная поддержка; и менее социализированный американский, когда социальные расходы минимальны, но высока оплата труда, и тогда сами работники должны оплачивать значительную часть социальных расходов. В первом случае государство несет ответственность за благополучие общества, включая ответственность за здоровье, а во втором случае государство перекладывает эту ответственность на плечи самих граждан по принципу «спасение утопающих — дело рук самих утопающих». Что-то мне подсказывает, что мы движемся пока по второму пути, но с минимальной оплатой труда. Как тут не вспомнить графа А.К. Толстого, который в своей «Истории государства Российского от Гостомысла (возможно, прародителя Рюрика) до Тимашева (был такой новгородский князь)» и далее до XIX в. подчеркивал, что во все времена страна была богата, но

порядка в ней не было и нет. И в 1990-е годы, и сейчас так называемые рыночники считали и считают, что рынок все и всех расставит по своим местам, уравнивает спрос и предложение, что рынок — это не собес и не благотворительность, что в рынке выживает сильнейший, что рынок признает только выгоду и экономическую целесообразность и что государство ни в коем разе не должно вмешиваться в рыночные отношения и совсем уйти с этого поля деятельности. Правда, действительными рыночными отношениями в экономике у нас пока не пахнет, и об этом в том числе говорится в данной работе. Но как-то наши рыночники забыли, что в более социализированных странах именно государство устанавливает правила игры на рыночном поле, не будучи на нем действующим игроком, и через разумную налоговую политику поддерживает экономически уязвимые группы населения.

Что говорить, если еще в Древнем Риме, более 2 тыс. лет тому назад, поняли простые истины: нужно строить хорошие дороги, многие из которых сохранились до наших дней, и целесообразно проводить не разгосударствление собственности, то есть передачу экономической собственности от государства в частные руки, а предоставление этой собственности в аренду, в том числе долгосрочную. Вообще кризис в древнегреческом смысле значит поворотный момент, а в экономике он означает спад производства, нарушение сложившихся производственных связей и отношений, банкротство предприятий, рост безработицы, что значительно уменьшает реальный ВВП, снижает доходы и уровень жизни граждан. Ввергают в кризис жадные финансисты, недалёковидные политики, неумелые предприниматели и управленцы, а расплачиваться за все это должны простые люди. Вместе с тем основное правило системных действий состоит в том, что перед началом создания любой системы (или проекта) нужно определиться, что мы хотим получить в результате всех последующих действий, какой должна быть конечная (или хотя бы промежуточная, этапная) модель создаваемой системы, с тем чтобы правильно наметить направления движения, этапы, мероприятия, средства, сроки и критерии. Но по какой-то причине это пока не сделано, и это относится не только ко всему государству, но и к отдельным его подсистемам, включая образование и здравоохранение. Какая система здравоохранения была бы предпочтительнее для наших граждан? На этот вопрос ответа нет, хотя Федеральный закон № 323 «Об основах охраны здоровья граждан РФ», в котором совсем нет охраны здоровья, а речь (и не очень грамотно) идет лишь о медицинской помощи, подготовлен при отсутствии утвержденной Концепции охраны здоровья, законодательную поддержку которой он должен бы осуществлять. Из недавнего доклада Федеральной антимонопольной службы, проверявшей деятельность

Росздравнадзора по надзору за качеством и безопасностью медицинской помощи, следует, что основные недостатки в этой работе проистекают из ФЗ № 323 (2011). В нем перепутали многие понятия, как, например, медицинскую деятельность и ее качество с медицинской помощью и ее качеством, не видны различия в экспертизе и контроле (соответственно, в надзоре, оценке и аудите) качества, содержится диссонанс определенных, не устанавливается необходимость обоснованных критериев и т.д. Упомянутый закон является негодным со многих позиций: в нем представлено полностью искаженное представление о ПМСП, в результате чего Минздрав для этого уровня разработал серию стандартов, которые должны относиться к специализированной или паллиативной помощи, нет понимания амбулаторной специализированной помощи, перепутаны профилактические периодические осмотры (кстати, целевые осмотры — скрининги вообще выпали) и диспансеризация, что вводит в заблуждение руководителей страны, искажаются права граждан (например, статья 19, пункт 2 и статья 84), с ног на голову ставится проблема изъятия органов (статья 47, пункты 7, 10, статья 68), неверно сформулированы статьи о рождении ребенка (статья 53), о стандартах медицинской помощи (статья 37, пункт 4), о скорой медицинской помощи (статья 35, пункт 2), о профилактике (статья 30), не обозначены различия между системой охраны здоровья, определение которой скопировано из предшествующих Основ законодательства, и медицинской помощью. На эти и другие недостатки ФЗ № 323, а также ФЗ № 326, ФЗ № 83 неоднократно безрезультатно было указано, что еще долго будет аукаться в существующей порочной практике охраны здоровья и организации медицинской помощи.

* * *

А теперь впору вернуться в детство. Естественно, за все мои проделки следовали наказания, а затем мои обещания больше этого не делать. Но все повторялось сначала. Даже несколько раз убегал из дома, ночуя в дворовых сараях или в дупле огромной старой акации в скверике напротив. Помню, как до 1953 г. мы все с нетерпением ждали весеннего снижения цен на различные товары (ткани шерстяные и хлопчатобумажные, чулочно-носочные, нитяные, текстильные и скобяные изделия, бытовую технику, продукты питания и т.д.), слушали об этом по радио, а потом внимательно читали списки товаров в газетах. Уже потом, при денежных реформах, цены взлетали в среднем, как отмечалось, в десятки раз. Практически во всех микрорайонах после войны были созданы спортивные площадки, открытые бассейны, катки. А в парках была

проложена лыжня, которую потом освещали до ночи. Зимой катались на санках с очень высокой и крутой тогда Гоголевской улицы, высота которой потом значительно уменьшилась при застройке. Внизу обычно стоял следящий за машинами и давал отмашку. По весне, когда вниз по улицам устремлялись ручейки, мы делали бумажные кораблики и запускали их. Помню, я был в новых, сделанных из свиной кожи сандалиях. Обзавидовавшиеся взрослые мальчишки специально протащили меня по воде. Сандалии разбухли и потеряли свою форму. Тогда у детей, так же как и у взрослых, соседствовали озлобленность и агрессивность с добротой и милосердием. Это довольно частое соседство, и проявление тех или иных качеств зависит от индивидуальных склонностей, воспитания и внешних установок. Как известно, сдерживающим центром является головной мозг, и если «тормоза» не действуют, возникает угроза психических заболеваний или необузданных вспышек жестокости и насилия. Эти качества категорически противопоказаны врачу, который должен быть гуманным, системно мыслящим, милосердным, чутким и внимательным; именно поэтому стоит настаивать на рекомендательной системе отбора к профессии. Как-то летом, перед школой (это было в 1946 г.), мы с мамой побывали у родственников в Виннице. Тогда я первый раз был в склепе Н.И. Пирогова, где потом довелось быть еще два раза. Несмотря на то что Н.И. Пирогов работал в клиниках Германии, прекрасно говорил на немецком языке и многие свои труды, в частности, знаменитый анатомический атлас «Ледяная анатомия», вначале издавал на немецком языке, а потом они перевестились на русский, фашисты его склеп ископабили: разбили саргофаг, украли жалованную шашку с золотым эфесом, нагадили. Все это пришлось восстанавливать, а вместо натуральной шашки туда уложили муляж.

В то время в Виннице обращал на себя внимание больной с анкилозирующим спондилоартритом (болезнью Штрюмпеля—Мари—Бехтерева) — хроническим воспалительным анкилозирующим заболеванием суставов осевого скелета (межпозвоночных, реберно-позвоночных, крестцово-подвздошных). В результате он был полностью обездвижен и мог только говорить. Его не сумели эвакуировать, но немцы его не тронули. Этого больного каждый день вывозили в винницкий городской парк на свежий воздух, и он там пророчествовал. Мне, например, он напророчил, что я буду несколько раз тонуть, но не утону, что стану генералом, только не армейским, а в выбранной потом мною профессии. Это как-то запомнилось своей необычностью.

Вместо ординарной школы меня хотели взять в так называемую школу дипломатов с английским языком обучения, в ее интернат, но я поднял такой шум, что от меня отстали. Конечно, помню свою первую учительницу в младших классах. Мое знание английского языка (а мы его в обычной

школе изучали с 4-го класса) полностью использовала учительница в школе, вызывая меня вместо себя читать, переводить и объяснять новый урок, за что я получал пятерки. Но были и двойки за незаполненный словарь или незаписанное упражнение. В результате в четверти получались четверки.

Окна нашей школы выходили на знаменитый киевский велотрек (такой же был еще в Туле и Харькове), и потому мы были в курсе проходящих там разных тренировок и соревнований. На полотне велотрека были несмываемые пятна от выброшенных учениками и разбившихся чернильниц-невывливаек. Особенно меня впечатляла командная гонка преследования по четыре спортсмена в каждой команде. С седьмого класса я всерьез занялся самообразованием, перечитал дополнительно украинскую литературу (Т. Шевченко, Л. Украинка, М. Вовчок, М. Коцюбинский, И. Котляревский, И. Нечуй-Левицкий, И. Франко и др.), многих русских писателей (их перечисление займет немало места), в том числе малоизвестных (Сергеев-Ценский, Новиков-Прибой, Билль-Белоцерковский, Аксаков, Мамин-Сибиряк и др.) и доступных зарубежных классиков. Особенно впечатлили меня произведения Драйзера, Сэлинджера, С.Л. Клеменса (Марк Твен), Жорж Санд (Аврора Дюпен, в мужестве — Дюдеван), Ремарка, Хемингуэя, Фейхтвангера, Голсуорси, Цвейга, Дюма, Стендаля, Синклера Льюиса, Олдингтона, Лондона, Пруса и др., а также русских и зарубежных философов. Увлекался поэтами (Майков, Апухтин, Плещеев, Полежаев, Тютчев, Козлов, Баратынский, Одоевский, Попов, малоизвестный Пушкин и др.), особенно творившими в золотой век русской поэзии (Волошин, Бальмонт, Н. Гумилев, Ахматова, Цветаева, Хлебников, Кусиков, Кузин, Зенкевич, Клюев и др.), в том числе не очень известными, а также художниками-передвижниками и импрессионистами, с трудом доставая их альбомы и репродукции. Всем этим я занялся потому, что, казалось, школьных знаний было недостаточно. Помню, был с мамой где-то в гостях, и мальчик, учившийся в аналогичном со мной классе, но в другой школе, встал и собрался идти делать уроки. Выяснилось, что ему нужно было учить В. Маяковского. И я ему рассказал про Маяковского все: его сложную биографию, поэтапно разобрал его творчество и прочитал на память важнейшие стихи. На это время за столом все притихли. Все это несмотря на то, что Маяковского я не очень любил (за его стиль, брутальность, сожителство с семьей Осипа и Лили Брик и шархания). Кстати, приобрести какие-либо книги, кроме многотомных произведений классиков марксизма-ленинизма и брошюр членов Политбюро, было просто невозможно. Уже обучаясь в институте, решил кое-что почитать из этой литературы, включая «Капитал» Маркса и некоторые работы Ленина. Достаточно сильное впечатление на меня произвела работа В.И. Ленина «Развитие капитализма в России», где

из каждой главы, посвященной какой-либо отрасли, могла получиться приличная диссертация.

В описываемое время школьники должны были (в плановом порядке) собирать металлолом, сдавать макулатуру, и это входило в качестве критерия в соревнование между классами и школами. Можно было самостоятельно сдать макулатуру и получить заветный талончик на приобретение дефицитных книг, например, Мориса Дрюона с его знаменитым циклом «Проклятые короли». Вся литература была в библиотеках и заполненных читальных залах, куда мы часто ходили. Запомнился упаднический стишок И. Бунина:

Я на даче один. Мне темно
За мольбертом и дует в окно.<...>
Что ж! Камин затоплю, буду пить...
Хорошо бы собаку купить.

В восторге я был от ленинградского поэта Я. Наймана, а мой знакомый Марк Киевский написал:

Я по воду ходил у ведра в поводу и с водою зачерпывал солнце.
Я коня не водил за собой за губу, я боялся, она оборвется.
Я коня доставал из своей головы, с головою пахучей, как хвоя.
Я его отправлял погостить у травы моих снов, заменявших ночное.
А теперь я давно не хожу за водой — отраженьем блестящего русла.
Перестал различать, где закон, где разбой, где поступков прекрасно,
где гнусно.
Я умею хитрить, я умею молчать и менять униженья на вещи.
Но теперь не умею коней доставать из своей головы затвердевшей.
И во сне у меня отражения дней, и чужие надменные лица.
Только детство подковою чистой своей прозвенит иногда и протится.

Середина этого стихотворения слегка корреспондировала с Е. Евтушенко (он раньше подавал надежды, теперь одежды подает). И всем этим мы делились в компании с друзьями. Такой вот был у нас богемный кружок.

Помню, «Сагу о Форсайтах» начинал читать несколько раз, но из-за занудливого начала с перечислением многочисленной родни и родственных связей бросал, а потом увлекся и с восторгом одолел. Очень мне нравились романтические произведения Джека Лондона, антивоенные произведения Э.М. Ремарка («На Западном фронте без перемен», «Триумфальная арка», «Три товарища», «Время жить и время умирать», «Черный обелиск», «Жизнь взаимы»), особенно романы Лиона Фейхтвангера («Гойя», «Цезарь и Клеопатра», «Испанская баллада»,

«Безобразная герцогиня», «Иудейская война», «Братья Лаутензак», «Лже-Нерон», «Лисы в винограднике», «Успех», «Семья Оппенгейм» и др.) и знаменитые романы Теодора Драйзера — «Финансист», «Титан», «Гений», «Стоик», а также «Сестра Керри», «Дженни Герхардт» и «Американская трагедия». Кстати, многие романы Л. Фейхтвангера печатались в СССР по личному распоряжению Сталина, который намеренно пригласил писателя в страну. Л. Фейхтвангер нужен был ему как свидетель «демократичности» и «объективности» проводимых судебных процессов, сценаристом со всеми деталями которых был сам Сталин, тщательно выписывающий роль каждого участника. Фактически иезуитски хитрый Сталин обвел вокруг пальца именитого писателя, жившего в эмиграции во Франции. Это хорошо видно из стенограммы встречи вождя с писателем. В данном случае речь идет о процессе над Пятаковым, Радеком, Сокольским, Серебряковым и другими, которые были объявлены вождем врагами народа. Потом, да и до этого подобные тщательно подготовленные и срежиссированные (все это видно по карандашным пометкам Сталина) процессы следовали один за другим.

Однако постыдный спектакль с завершением упомянутого процесса и вынесением приговора не закончился, занавес еще не опустился. Злобно и гневно клеймили шпионов, диверсантов, террористов, вредителей и врагов трудового народа Хрущев, Шверник и другие члены ЦК, Комаров (президент АН), а также Тынянов, Джамбул, Тихонов, Маршак, Платонов, Федин, Новиков-Прибой, Олеша, Леонов, Сергеев-Ценский, Фраерман и многие другие, включая рабочих от станка и селян с полевых станов. Попробовали бы они выступить иначе или даже промолчать!

* * *

Жили мы, как и многие другие, настолько бедно и экономно, что мне не в чем было идти на выпускной школьный вечер, да и потом, в институте, приходилось кое-что из одежды мастерить для себя, например, сам скроил себе простейшую летнюю рубашку навывпуск из купленной пятнистой ткани. Частично это было связано с обязательными денежными вложениями и обязательными платежами по контролируемой подписке и по спискам в различные государственные займовые бумаги, которые через многие годы частично компенсировались. Государство как бы брало у населения деньги взаймы на развитие страны, к тому же была обязательная подписка на центральную прессу (минимум две газеты), и потому после множества обязательных выплат денег в семье оставалось крайне мало. Подавляющая часть граждан жила еще в коммунальных квартирах, очень немногие имели отдельные квартиры, и лишь чиновничья, военная и творческая элита могла проживать в загородных домах.

Среди машин преобладали «москвичи» стоимостью 9 тыс. рублей, реже встречались «Победы» за 16 тыс. рублей, еще реже ЗИСы (а потом — ЗИМы и ЗИЛы), кое-где оставались еще трофейные немецкие и американские авто. У мужа тети Люси был черный шевроле с деревянными рулем и панелью. Помню красавцев-грузовиков студебекеров, которые в небольшом числе еще оставались после их возвращения американцам по договору о ленд-лизе. Тогда говорили, что в Одесский порт пришел специальный американский плавучий пресс, который превращал эти грузовики в металлолом. Но машин было не очень много, не то что сейчас, и довлеющая роль принадлежала городскому транспорту.

Это было время контрастов во всем: многие щеголяли в брюках клеш, для чего брюки распаривали по швам и в них внизу делали вставки, а некоторые считались стилигами и ходили в узких брюках-дудочках, преимущественно голубого цвета, носили туфли на толстой подошве, ходили, пружиня шаг, как бы на каждом шаге подпрыгивая, носки у них были цветными, а на голове — набриолиненный высокий кок. На них зачем-то часто устраивали облавы, разрезали брюки, выстригали клоки волос. Я тоже научился делать цветные носки, покупая белые и окрашивая их на кухне в разные цвета. Но я не принадлежал ни к одной из указанных групп, был как бы сам по себе. В это же время появились и первые телевизоры с маленьким экраном: КВН, «Т1-Ленинград», «Т2-Ленинград», «Телефункен» и т.д. На их экраны устанавливались увеличительные линзы, сделанные из полого выпуклого стекла, куда заливалось вазелиновое или касторовое масло, что хотя и увеличивало изображение, но делало его более расплывчатым. Но мы не жаловались и радовались возможности через окно телевизора заглянуть в широкий и ранее недоступный мир.

По всей стране прокатилась волна процессов над бандитскими группировками, цеховиками, подпольными миллионерами, один из которых я помню. Этот «подпольщик» жил в Киеве и ходил на работу в телогрейке; его приговорили к расстрелу. Можно выделить два тогдашних пика бандитизма: первый — сразу после окончания войны, когда на руках оставалось еще много оружия, а второй проявился в результате массовой бериевской амнистии после смерти Сталина, когда на свободу вышли уголовники и бандиты. Эта амнистия в малой степени коснулась тех, кто отбывал в лагерях как бы по политическим причинам. В кинотеатрах показывали множество трофейных фильмов, среди которых запомнились многосерийный «Тарзан» с Дж. Вестмюллером в главной роли, «Мост через реку Квай», «Серенада Солнечной долины», «Большой вальс», «Сестра его дворецкого» (с легендарной Диной Дурбан), «Мост Ватерлоо», «В сетях шпионажа», «Бабетта идет на войну», «Ночи Кабирии», «Белоснежка и семь гномов», фильмы Чарли Чаплина и др. Все эти чудесные красочные и музыкальные фильмы мы смотрели по несколько раз.

Позднее появились такие фильмы, как «Мистер Питкин в тылу врага», «Карлтон Браун — дипломат», «Свидетель обвинения», фильмы студии «ДЕФА» об индейцах, индийские фильмы, особенно впечатлил «Бродяга» с великим Раджем Капуром в главной роли, запоминающиеся итальянские и французские фильмы с Симоной Синьоре, Жаном Габеном, Фернанделем, Бриджит Бардо, Марчелло Мастоияни, Софи Лорен, Сильваной Помпанини и др., а также смотрели советские фильмы «Броненосец «Потемкин», «Чапаев», «Александр Невский», «Валерий Чкалов», «Суворов», «Петр Первый», «Подкидыш», «Балтийцы», «Таинственный остров», «Дети капитана Гранта», «Цирк», «Первая перчатка», «Волга-Волга», «Свинарка и пастух», «Путевка в жизнь», «Выборгская сторона», «Падение Берлина», «Два бойца», «В 6 часов вечера после войны», «Подвиг разведчика», «Молодая гвардия», «Праздник святого Йоргена», «Веселые ребята» и т.д.

В нашей семье было много знакомых в научной, театральной и литературной среде. Благодаря им удалось бесплатно пересмотреть множество спектаклей, оперных и балетных постановок в Киевском театре оперы и балета (многие оперы и арии из них я помню до сих пор: «Запорожец за Дунаем» с Паторжинским и Литвиненко-Вольгемут, «Наталка-Полтавка» с Оксаной Петрусенко, «Аида», «Травиата», «Иван Сусанин» и др., балеты «Щелкунчик», «Жизель», «Красный мак», «Коппелия», «Лебединое озеро» и др.), в театре оперетты (Оффенбах, Кальман и др.), Русском драматическом театре имени Леси Украинки, Украинском драматическом театре им. Ивана Франко.

* * *

Наша семья была дружна с семьей заведующего литературной частью киевских театров публициста Леонида Солошина. Среди многих знакомых писателей я бы выделил двоих (у меня хранятся их книги с дарственными надписями моей маме), и в первую очередь Виктора Платоновича Некрасова. Он родился в Киеве в 1911 г., отец — банковский служащий, погиб в 1917 г., брат в 16 лет был расстрелян петлюровцами. Мать, врач-фтизиатр, воспитывала и поднимала сына одна. В школе он начал учиться в Париже, но накануне революции семья вернулась в Киев, где за пять лет до начала войны окончил архитектурный факультет Киевского строительного института. С первых дней войны и до начала 1945 г. командовал взводом, а затем в чине капитана — батальоном саперов и остался жив, что для саперов было большой редкостью. Закончил он воевать в Польше после тяжелого ранения. Награжден орденами и медалями. Помню его маму, полненькую интеллигентную старушку в пенсне на цепочке, с которой он никогда, даже в командировках, не расставался. Жили они

в соседнем с разрушенным нашим домом на Владимирской улице, практически в центре Киева. В 1946 г. в журнале «Знамя» была впервые опубликована его повесть «В окопах Сталинграда», которая затем переиздавалась миллионными тиражами, поскольку была уникальной и правдивой книгой о войне с позиции человека, ее пропавшего. По повести был создан фильм под названием «Солдаты». Сталинградская битва длилась 200 дней. По жестокой военной статистике, в Сталинграде каждые 11 секунд погибал красноармеец, каждые 3 дня — командир взвода, каждые 7 дней — командир роты, каждые 11 дней — командир батальона, каждые 20 дней — командир полка. Сталин знал о негативном отношении к нему В. Некрасова, и не столько за ошибки и просчеты, сколько за репрессии, жестокость и ту цену человеческих жизней, которая была заплачена за индустриализацию и победу, но распорядился дать за повесть Сталинскую премию второй степени. У меня хранится эта повесть, изданная в «Роман-газете», с надписью. В повести «Кира Георгиевна» и ряде статей он выступает за увековечение памяти погибших в зоне Бабьего Яра, и благодаря в том числе ему там был установлен памятник. Всего им опубликовано свыше 30 работ. На смерть Сталина в 1953 г. я написал стишок («Никто не верит этой страшной вести...») и показал его Вике (так его называли друзья и знакомые). Он посоветовал мне никогда больше этим не заниматься и в нескольких словах обрисовал личность Сталина. Правда, несколько хилых попыток я потом все же сделал. Помню строфу из стишка о Ясной Поляне: «А природа будто дремлет по краям поляны той, где пахал родную землю граф России Лев Толстой». Много раз от В. Некрасова потом требовали переименовать в книге Сталинград на Волгоград, но он всегда отказывался, говоря, что Сталинград олицетворял для него символ победы, а не Сталина. Впоследствии в своих заметках он неоднократно возвращался к военной тематике. Кстати, это название имело и мировое значение. Не случайно в Париже есть много мест с названием «Сталинград», в том числе станция метро, а президент Франции вручил городу на Волге орден Почетного легиона — высший орден Французской республики, установленный еще Наполеоном, который, несмотря ни на что, вытащил сонную Францию из объятий Людовиков и превратил ее в современную державу. Кое-что из этого написано в одной из моих статей о великом Наполеоне. В 1960 г. В.П. Некрасов посетил (со своей мамой, естественно) Италию, США и Францию и опубликовал в журнале «Новый мир» А. Твардовского очерк «По обе стороны океана», где сравнивал нашу и их действительность, а также наш (социалистический) и итальянский (естественный) реализм, на что в «Правде» появилась заказная разгромная статья «Турист с тросточкой». Некрасова обвинили в низкопоклонстве перед Западом, в сионизме за Бабий Яр, исключили из партии, из Союза писателей и перестали публиковать, что вынудило его уехать из

страны. Умер он в 1987 г. в Париже и похоронен на русском кладбище Сент-Женевьев-де-Буа, которое учредила княгиня В. Мещерская и на содержание которого Правительство России в 2008 г. выделило нужные средства. На его могиле в надгробную плиту вмурован подобранный им в Сталинграде осколок снаряда. Там же похоронены 15 тыс. русских людей (И. Бунин и его жена, А. Бенуа, В. Бурцев, А. Галич, В. Коковцев, вдова и сын А. Колчака, К. Коровин, А. Кутепов, М. Кшесинская, некоторые Романовы, князь Г. Львов, мать и дети И. Стравинского, Д. Мережковский и его жена З. Гиппиус, Р. Нуриев, княгиня В. Оболенская, А. Тарковский, И. Шмелев, Юсуповы и Шереметевы, сестры Марины Влади, Рябушинские, жена П. Столыпина, царские генералы, на Галлиполийском участке кладбища — марковцы, корниловцы, деникинцы, дроздовцы, алексеевцы, казаки и др.). Кстати, И.А. Бунин, первый русский лауреат Нобелевской премии по литературе 1933 г., скончался в Париже 8 ноября 1953 г. в возрасте 83 лет в нищете, хотел вернуться после эмиграции с 1920 г., но после официальных гонений на М. Зощенко, А. Ахматову и др. в 1946 г. отказался. Несколько раз мне довелось быть в Париже, но только пару лет тому назад удалось наконец-то реализовать свою мечту и побывать на этом загородном мемориальном кладбище, куда нужно добираться электричкой, а потом автобусом, номер которого перепутан в Интернете. Кладбище очень ухожено, кусты подстрижены, хотя смотрителем является всего одна француженка, которая вручила мне план кладбища. Будучи в Париже, вспомнил стихотворение Максимилиана Волошина:

Осень... Осень... Весь Париж,
Очертанья сизых крыш
Скрылись в дымчатой вуали,
Расплылись в жемчужной дали.
В поредевшей мгле садов
Стелет огненная осень
Перламутровую просинь
Между бронзовых листов.
Вечер... Тучи... Алый свет
Разлился в лиловой дали:
Красный в сером — это цвет
Надрывающей печали.
Ночью грустно. От огней
Иглы тянутся лучами.
От садов и от аллей
Пахнет мокрыми листьями.

Еще одно такое же значимое кладбище за рубежом я видел в Риме — кладбище Тестаччо, за пирамидой Цестия, недалеко от Колизея, где

похоронены члены русской императорской фамилии, Баратынские, Раевские, Гагарины, Щербатовы, Оболенские, Голицыны, Трубецкие, Шаховские, Шереметевы, Мусины-Пушкины, Врангели, Бибиковы, Голенищевы-Кутузовы, Горчаковы, известный князь Ф. Юсупов, внучка Ломоносова, отец актрисы Комиссаржевской, участник движения Гарибальди, а также художники К. Брюллов, В. Иванов, священнослужители и многие другие русские люди. Для некоторых из них памятники выел известный скульптор М. Антокольский. Таким образом, наши соотечественники, особенно в XX в., оказались разбросанными по всему миру, большей частью в Европе. Они были носителями и проводниками русской культуры, классического русского языка и христианства. За это честь им и хвала.

Другим писателем был Михайло Опанасович Стельмах. Удивительный человек и тонкий украинский писатель, он в своих основательных романах («Большая родня», «Кровь людская — не водица», «Правда и кривда», «Хлеб и соль», «Четыре брода», «Гуси-лебеди» и др.) ловко уклонялся от описания советского периода и представлял жизнь дореволюционного украинского села со всеми ее нюансами, переживаниями и чувствами. Его произведения с колоритного украинского также переведены на многие языки, но порою не очень удачно. Так, в одном из романов у него было написано: «...в поли спалахувалы гречки». Кстати, гречка со своей родины Манчжурии была завезена в Киевскую Русь в конце XII в. и во Францию в конце XV в. под названием «сарацинское зерно», а наибольшую распространенность она получила в Канаде, Польше и Китае, только в Китае она с мелкими зернами. В России она растет в основном на Алтае, поля гречки есть и на Украине. А теперь представьте себе поле гречки с ее мелкими белыми цветочками, чаша которых была красноватого цвета. И вот к вечеру гречка склоняет свои головки, и получаются как бы волны всполохов под заходящим солнцем. На русский язык это было переведено: «...в поле полыхала гречка». Вообще нужно сказать, что украинский язык (а в оригинале — малороссийский), в отличие от могучего, капитального и многогранного русского языка, богат разными оттенками с уменьшительно-ласкательными суффиксами. Например, «криниця» (женского рода — поительница) — это колодец (мужского рода, звучит грубовато), а аналога слову «криниченька» в русском языке вообще нет. Именно поэтому считается, что украинский язык, наряду с итальянским, является напевным и мелодичным. Не случайно И. Сталин любил не только грузинские, но и украинские песни. И эти языковые особенности в полной мере использовал М. Стельмах. Он, его жена (Олеся Анатольевна) и дети похоронены на Байковом кладбище в Киеве, там же, где и мои родные, и там же — надгробная аллея многих моих институтских учителей (братьев Коломийченко — Михаила и Исидора,

Чайки, Иванова, Гудим-Левковича и др.). Бывая там, я посещаю могилки не только своих родных, знакомых и учителей, но и балерины Герасимчук, умершей у нас в клинике Киевского мединститута в родах (это были вторые ее роды), дирижера Пирадова, историка-академика (и, как считали, буржуазного националиста) Грушевского, работы которого вызывали неоднозначное отношение, уважаемого мною академика медицины эпидемиолога-гигиениста Л.В. Громашевского, открывшего и описавшего знаменитую триаду инфекционных заболеваний источник — механизм передачи — реципиент и многие другие.

* * *

Поскольку об украинском историке и языковеде академике АН СССР М.С. Грушевском будут упоминания и в дальнейшем (в Киеве и Одессе есть центральные улицы его имени, во Львове — музей, мемориальные доски в Москве и Казани, памятники во Львове, в Луцке, Киеве и Червонограде), есть смысл в двух словах на нем остановиться. Родился он в русской части Польши (ныне — Хелм) в 1866 г. в семье профессора греко-католической гимназии, действительного статского советника, в гимназии учился в Тифлисе, окончил историко-филологический факультет Киевского университета, преподавал во Львове, где организовал национально-демократическую партию в Галиции. В это же время по программе, финансируемой австрийским генеральным штабом, во главе группы экспертов он работал над созданием украинского алфавита, отличного от русского и способствовавшего этническому расколу. Разработал собственную теорию происхождения и развития Древнерусского государства и его народа, опубликовал целый ряд исторических статей, 20 лет проработал во Львовском университете, потом переехал в Киев. В 1914 г. был обвинен начальником Киевского военного округа в шпионаже в пользу Австро-Венгрии, арестован и выслан в Симбирск, откуда переехал в Казань, а затем и в Москву. В ссылке продолжал писать, в том числе созданы исторические драмы «Хмельницкий в Переяславе» и «Ярослав Осмомысл». После Февральской революции заочно был избран председателем Украинской Центральной рады, провозгласившей в ноябре 1917 г. Украинскую Народную Республику в составе федеративного государства. Центральная рада (президент — Д. Дорошенко) просуществовала всего год и за это время подавила восстание большевиков в Киеве и старалась добиться автономии для Украины, заключив сепаратный договор с Австро-Венгрией и Германией, по которому, собственно, и началась оккупация Украины. Кстати, немцы-меннониты как богатые владельцы земель и винокурень, проживавшие со времен Г. Потемкина в Малороссии (Приазовье и Причерноморье), всеми доступными

способами, кроме оружия, поддерживали эту оккупацию. Потом немцы-меннониты, считавшиеся советской властью кулаками, разделились на четыре потока и направились в Канаду (провинция Альберта), США, Южную Америку и Сибирь (Алтайский край, Омская и Кемеровская области). Совсем не так давно мы закупали у этих немцев канадскую пшеницу. В 1918 г. красногвардейские отряды Берзина и Егорова под общим командованием Муравьева, соединившись у Бахмача, двигались вдоль Черниговской железнодорожной ветки на Дарницу и Киев. Недалеко от Нежина, на станции Крута, в 130 км от Киева, они встретили ожесточенное сопротивление отряда Центральной рады во главе с сотником Ф. Тимченко, которому в помощь были посланы юноши (студенты и гимназисты) Студенческого куреня и 1-й Украинской воинской школы. Многие из них, вооруженные старыми ржавыми ружьями и одетые в рваные шинели, там и полегли в январе 1918 г. 29 апреля 1918 г. Центральная рада была упразднена в результате государственного переворота гетмана П. Скоропадского, поддержанного оккупационными войсками. После изгнания гетмана и оккупантов Грушевский бежал в Вену, где организовал Украинский социологический институт. Раскаялся, вернулся в 1924 г., стал членом Всеукраинской академии наук, а затем, в 1929 г., и АН СССР. Умер в ноябре 1934 г. в Кисловодске, где был вместе с женой Марией и дочерью Екатериной, от непонятого заболевания, вроде как от злокачественного запущенного карбункула спины с быстро распространяющейся опухолью. В местной больнице было сделано несколько операций, но не помогло, и умер он от нарастающей сердечной недостаточности. Совнаркомом УССР было принято решение похоронить его за счет государства на Байковом кладбище в Киеве, назначить семье высокую персональную пенсию и создать похоронную комиссию, куда вошли академики Палладин (химик), Богомолец (врач и физиолог) и Корчак-Чепурковский (статистик). Однако вскоре Грушевский посмертно был репрессирован, то есть репрессиям подверглись его семья, его произведения и его ученики.

По дороге от кладбища к станции метро располагается Владимирский рынок, один из самых дешевых в Киеве, где я всегда выбирал шикарное сало, перепробовав у каждого продавца и обсудив с ними особенности питания свиньи, а также копченые в домашних условиях на дровах колбасы и привозил в Москву.

* * *

Но я забежал намного вперед, впору вернуться. Еда была простой: картофельный, гречневый, перловый или фасолевый суп со шкуркой от сала и на сале что-то готовилось на второе, например, жареный картофель с луком или каша перловая, пшенная или гречневая — размазня со

шкварками, а также манная каша на воде. Редко жарили яичницу на сале, на шкварках. Готовили также картофельную запеканку с какой-либо начинкой (луковой, сырной, рыбной или мясной). Рыбы потребляли мало, только иногда тихоокеанскую или атлантическую бочковую селедочку с луком и отварным картофелем. Больше потребляли сала, которое в то время было совсем не дорогим. Даже в начале 2000-х годов оно на киевских рынках стоило 100–120 рублей за килограмм. Сало нередко перетапливали в смалец с жареным луком, который можно было намазывать на хлеб. Кстати, в топленое сало (или медвежий жир) добавляли сок алоэ и мед и этим средством, при отсутствии антибиотиков и сульфаниламидов, лечили пневмонию и туберкулез легких. Из консервов в ходу были жареные бычки в томате, кильки пряного посола, тушенка из жареного мяса с жиром, по праздникам — прибалтийские шпроты в прованском масле. Мама готовила всякие наливки и настойки, а из перегоронок грецких орехов делала домашний коньяк. С тех пор у меня появилась привычка делать запасы и разные напитки собственного приготовления, с тем чтобы любые гости и в любое время не застали нас врасплох. Мясо могло быть раза два в месяц или по праздникам, да и то в виде котлет. Вначале мясо с мозговой косточкой варили, готовили бульон как основу супа, а затем его вынимали и пропускали через мясорубку. В сезон были овощи, многие из которых с середины осени исчезали до следующего урожая. Кроме того, из ягод и фруктов варили варенье, делали компоты на зиму или их сушили. К праздникам готовили из скрученного теста хрусты, жареные на постном (подсолнечном) масле и посыпанные сахарной пудрой. Так жили почти все. Сейчас многие политики и известные актеры на авторских вечерах вспоминают, как они в детстве бедно жили, но, к сожалению, не приводят подробности. На обязательную новогоднюю елку вместе с игрушками вешали мандарины и конфеты, которые нужно было срезать ножницами с повязкой на глазах. Украшение новогодней елки превращалось в ритуал, возникали споры, куда вешать ту или иную игрушку, мишуру, нужна была вата как имитация снега. Иногда в специальных подставках вешали свечи, которые во избежание пожара зажигали только при взрослых и ненадолго. Позже их заменили электрические лампочки. На самую вершину елки водружали звезду, и только спустя годы я узнал, что она символизирует Вифлеемскую звезду, появившуюся при рождении Иисуса Христа. Под елкой стоял Дед Мороз, тайком приходивший ночью и оставляющий детям незамысловатые подарки. На новогодние праздники возле елки было принято читать стихи. Я знал их немало, а среди поэтов наиболее простыми и понятными были незамысловатые детские стихи Льва Квитко, некоторые из них помню до сих пор. Его в 1952 г. по приговору Военной коллегии Верховного суда СССР расстреляли вместе с другими еврейскими поэтами, обвиненными

Сталиным в намерении создать в Крыму еврейскую республику и тем самым развалить советское государство. В качестве примера легкости этих стихов приведу следующее:

Дочка воду носит
И гремит ведром.
Что растет там, доченька,
В садике твоём?
Там краснеют яблоки,
Там летают зяблики
И другие птички,
Кажется, синички.
На капусте сладкой
Капельки росы,
И горох на грядке
Распустил усы.

Иногда доставали приглашения на городскую елку, где детям выдавали небольшие подарочные наборы из конфет и печенья. Но все продукты тогда были натуральными, а каким пахучим и вкусным был круглый украинский хлеб! Пока от магазина я доносил его домой, трети уже не было. Помню, что сразу после войны нам кое-что досталось от американской помощи: в железной трехлитровой банке необыкновенно вкусный томатный сок и в такой же литровой банке лимонный сок (эти банки открывались специально прилагаемым консервным ключом), американская тушенка (под названием «второй фронт») и яичный порошок уже с сухим молоком и содой. Достаточно было его развести водой, вылить смесь на сковородку, и получался толстый и вкусный омлет. Но такой набор достался лишь однажды. Гораздо позже появилась традиция ставить на новогодний стол холодец с хреном, селедку под шубой и салат, как бы «Оливье».

* * *

С возрастом появилась потребность периодически чистить кровеносные сосуды, для чего раздавливаю несколько головок чеснока, иначе аллицин, адонизит и аспириноподобные вещества вместе с 17 полезными микроэлементами не выделяются, настаиваю на предварительно очищенной водке в темном месте три недели и принимаю, прибавляя по одной капле каждый день натошак на стакан теплой воды или молока, довожу дозу до 15 капель, а потом — обратный отсчет. Итого месяц. Это нужно делать минимум дважды в году, лучше — каждый квартал.

Другая полезная заготовка для повышения иммунитета и улучшения сердечной деятельности делается так: берется 2 кг немьтой

и неотбеленной кураги, так как ее нередко отбеливают в хлорной извести (мыть уже самому), в том числе 1 кг горной кураги, 2 кг изюма (один килограмм — с косточками, в них антиоксиданты), 1 кг очищенных грецких орехов, 15 лимонов с кожурой, но без косточек, пропускается это все через мясорубку, в смесь добавляется 1 л хорошего (майского или донникового) меда и перемешивается. Потом употребляют каждый день натошак по 1 чайной ложке, хотя смесь можно добавлять и к чаю.

Третья заготовка — на зиму, готовится ранней осенью. Берут по 2 кг моркови и болгарского перца, спелых томатов, которые нарезают на кусочки, по одному килограмму размолотого хрена и чеснока, 2–3 жгучих перца. Все, кроме томатов, пропускают через мясорубку, смесь перемешивают, слегка подсаливают и хранят в холодильнике. Зато зимой 1–2 ложки, добавленные в суп, придают ему неповторимый аромат и вкус, смесь можно также использовать в качестве приправы к мясу. Можно было бы поделиться еще и другими рецептами, но для этой книги достаточно.

* * *

Одевались тоже очень непритязательно. До школы летом было бо-соное детство, трусы и маечка, а в школьном возрасте летом носили парусиновые туфли или белые тапочки, которые чистили разведенным зубным порошком. В школе, особенно в младших классах, нередко случались драки. Образовывали круг, и драки были строго по правилам: лежащего не бьют и до первой крови. Часто приходилось драться с более сильными мальчишками-доминантами, воровавшими у других завтраки из дома или обижавшими более слабых. Вместо пиджаков у молодежи была бобочка, то есть полукуртка или полурубашка из плотных тканей нескольких цветов (в виде вставки) на молнии или на пуговицах. Тогда еще готовой одежды было мало, и потому процветали портные и перелицовщики, выворачивающие наизнанку залоснившиеся платья, костюмы, пальто, перешивающие воротники рубашек. Так, для меня несколько раз перешивали потрепанные воротнички от рубашки с длинными рукавами. Для Вовы, когда он поступил учиться, мама отдала в перелицовку и для подгонки довоенный костюм деда. Кстати, Вова к тому времени тайком покуривал и под одним из ящиков письменного стола хранил настоящий пистолет. Время тогда, сразу после войны и до конца 1950-х годов, было беспокойным: сплошные грабежи квартир и уличные разбои. Перед сном мы проверяли все запоры в квартире. На улицах, особенно по вечерам, хозяйничали бандиты и грабители (недавно был издан словарь их выражений), снимали шапки, часы (называемые котлами), искали золото — рыжью, могли полностью раздеть и даже убить. Вообще эти банды

грабителей, налетчиков и убийц появились в Киеве еще в годы войны, сразу после освобождения города от фашистов, и состояли они из военнослужащих, дезертировавших из рядов Красной армии, сбежавших из ГУЛАГа заключенных, гражданских лиц, уклоняющихся от отправки на фронт, и беглых рабочих, прикрепленных к оборонным предприятиям. Таких банд в Киеве и по всей стране было немало, они росли как грибы, поскольку оружия было предостаточно, а лучшие милицейские силы сражались на фронтах. Бабушка и мама старались оградить Вову от всего этого, такой у него был опасный возраст. А потом приехал из Львова Толя и на правах старшего сына потребовал себе весь гардероб деда, и маме пришлось на Евбазе — еврейском базаре (затем — площадь Победы) — на последние семейные деньги купить ему костюм. После этого отношения с Толей разладились, и спустя годы, возвращаясь из Чехословакии, я остановился во Львове, по собственному желанию нашел его там, но он встретил меня с подозрением.

На Евбазе можно было купить все, вплоть до любого оружия. Это был очаг притонов и «малины», расположенный от нашего дома на расстоянии двух небольших кварталов. Там же находился круговой балаган, где выступали циркачи, и я помню мотоциклистов, ездящих по вертикальным стенам. Иногда мы туда бегали, тем более что там было перекрестье многих трамвайных путей и конечный круг упомянутого ранее трамвая № 6. Конечно, конку я уже не застал и пассажирских извозчиков тоже, хотя на телегах с лошадьми еще перевозили по городу разные грузы, а в сельской местности видел запряженных волов. Но основным видом городского транспорта тогда были трамваи, вначале полностью открытые, потом полукрытые, после чего появились чешские. Они ходили по улицам Саксаганского, Жилянського, Полтавської, Глубочице, Артема, на Подол, Печерск, в Голосеево, на Чоколовку и центральный вокзал. Трамваи ездили и по Владимирской улице, мимо оперного театра, от площади Богдана Хмельницкого (с памятником ему) возле Софийского собора до площади Льва Толстого между Крещатиком и Красноармейской улицей, огибая сквер с памятником Т. Шевченко, напротив красного цвета университета. Они ходили также и по достаточно крутой улице Льва Толстого, проходящей за университетом и Ботаническим садом имени Фомина, с противоположной стороны от Бульвара Шевченко. Даже по весьма крутой Прорезной улице, по которой и пешком-то ходить было нелегко, по однокорейке вверх-вниз ходил трамвай с подкладывающимися тормозными башмаками под колеса. Несколько позже построили знаменитый фуникулер, позволяющий с низового Подола подняться почти в центр города.

Среди летних женских тканей преобладали крепдешин, креп-жоржет, креп-марокен, анка и др. Зимой некоторые еще носили телогрейки

и валенки с галошами или военные шинели, а женщины — нередко бобриковое короткое пальто и платки. Правда, уже появились сшитые пальто с отстегивающимся воротником из рыжей или чернубурой лисы и шляпки разных фасонов с откидывающейся вуалью. В моде были теплые муфты, куда женщины прятали не только озябшие руки, но и кошельки. В это время совершался переход от фильдеперсовых (с персидской нитью) и фильдекосовых (с шотландской нитью) чулок к модным нейлоновым, а уже в конце 1960-х годов с небольшим запозданием появились колготки из Чехословакии (по-чешски — штанишки) под названием «чулковые рейтузы». Звездный час чулок настал после изобретения мини-юбок в 1962 г. Позже появились цветные и ажурные колготки, легинсы и лосины. Солидные мужчины носили сшитые костюмы из шерсти, бостона, шевиота и других тканей, вывезенных из Германии, габардиновые плащи, на смену которым приходили популярные и легкие плащи из материала, изготовленного в Болонье. За год до окончания школы мне купили осеннее пальто зеленого цвета, очень напоминающее шинель австрийских военнопленных. Кстати, пленные немцы и австрийцы не только разбирали завалы, но и очень аккуратно строили. Именно они в Москве сделали П-образную пристройку к дому в 1940 г., в которой мы сейчас живем, замкнув пространство и создав большой двор с тремя въездами-выездами.

Во время первых летних студенческих каникул, будучи на соревнованиях в Ленинграде, купил по случаю две пары хороших и прочных туфель на микропористой подошве фабрики «Скорород». На первом курсе мы с другом приобрели по большому благу в универсаме на Подоле белые шляпы из теплого фетра и щеголяли в них зимой. Таких больше в Киве ни у кого не было. Вот так и жили. В период Московского международного фестиваля молодежи и студентов (1957) впервые появились фарцовщики, выменивающие или выкупающие у иностранцев носильные и другие вещи и перепродававшие их с немалой выгодой. На них периодически милиция устраивала облавы, что не уменьшало масштабы их деятельности. Позже в связи с ростом экспорта-импорта у нас стали изредка и постепенно появляться импортные вещи: югославские туфли, чехословацкая обувь фирмы «Цебо» (бывший известный мировой бренд *Bata*), оттуда же брюки, финские сапоги, женская одежда из джерси и т.д. Кстати, о значительном запаздывании моды говорит тот факт, что еще в 1916 г. Коко Шанель начала шить облегчающие платья для женщин из джерси. Когда-то вся мода шла из Франции, так как Италия как государство имеет очень короткую историю начиная с последней четверти XIX в. благодаря Виктору Эммануилу II, объединителю. Но потом итальянцы перехватили инициативу и стали мировыми законодателями моды.

У нас же товары, как тогда говорили, выбрасывали на прилавки, и их не покупали, а доставали. Перед отъездом на работу после окончания

института на полученные последнюю стипендию и подъемные я сшил у лучшего киевского портного Савченко модное, заузенное книзу драповое пальто, а через год — костюм, в котором был и на своей свадьбе. В то время преобладали темно-серые цвета типа маренго, а затем появились более яркие расцветки. Стригся многие годы постоянно на улице Ленина, недалеко от школы, у парикмахера-хохмача Миши, к которому была недельная запись. Потом он, старый и совсем больной, уехал в Израиль. В период моего юношества электробритв еще не было, и считалось особым шиком бриться не дома с помощью безопасной бритвы, а в парикмахерской. Была интересна вся процедура: приготовление парикмахером мыльной пены с ее взбиванием, горячая салфетка на лицо, бритье опасной бритвой, потом опять салфетка на лицо. Выходил из парикмахерской, пахнувший одеколоном. Кстати, тогда из одеколонов в моде был «Шипр», из духов — «Красная Москва» и «Осень», последние мне очень нравились за горьковатый аромат прелых листьев. Вообще-то я человек с устойчивыми привязанностями, общаюсь подолгу с одними и теми же людьми, в Москве стригусь у одного и того же мастера более 30 лет, езжу по определенным дорожным полосам, посещаю определенные магазины и рынки и т.д. Устойчивость и последовательность прослеживается и в моих публикациях, за которые мне не стыдно, так как никогда не кривил душой и не подлаживался, хотя ранние из них были достаточно наивными, ориентированными на «всепонимающие» властные структуры и вызывающими к справедливости. Но в них постоянно просматриваются три главных направления: как улучшить охрану здоровья и организацию медицинской помощи, что нужно делать для улучшения здоровья граждан и удовлетворенности пациентов, как повысить престижность профессии и труда врача и других медработников.

Тогда же, в школьные годы, я воочию наблюдал симптом неожиданности. Очень любил ходить на соревнования, особенно легкоатлетические, но без билетов. Для этого делал вид, что направляюсь в гребной бассейн, работавший круглый год и находившийся выше центрального стадиона имени Н. Хрущева, а там перелазил через забор и прятался от нарядов милиции. На стадионе был какой-то важный футбольный матч, на который билеты достать было просто невозможно, даже у перекупщиков. Какая-то женщина (уже не помню кто) приехала к нам в гости из Москвы и захотела посмотреть этот матч. Взяла меня с собой. На стадионе была открыта одна калитка, в которую сквозь шеренгу контролеров валила толпа с билетами. Вокруг стадиона по всему периметру стояло оцепление. Она решительно подошла к оцеплению и вдруг командным голосом сказала: «Откройте мне ворота!» Те от неожиданности открыли, и она прошла. Я рванул за ней. На вопрос: «А это кто?» — она спокойно сказала: «Этот со мной». Уже потом нечто похожее я читал у Ильфа и Петрова, а также

в знаменитой книге Дейла Карнеги. Эту книгу в ксероксном варианте (на обороте было написано «МВД, ДСП») мне показали специалисты из Института проблем управления. Я с нее тоже снял ксерокопию, переплел, а когда прочитал, спрятал в сейф на работе — настолько мне показалась она мощным средством воздействия на людей. Тут же решил ее проверить, и теща у меня весь день сияла, а заместителю министра здравоохранения СССР передал требуемые ему материалы только после того, как он пять раз сказал «да», то есть согласился с тем, что я говорил. Именно поэтому, просмотрев материалы, он сказал, что это совсем другое дело, хотя ничего другого там не было и быть не могло, а было то же самое, что и прежде. Кроме того, эта книга очень мне помогала в официальной переписке, где большую часть занимали интересы адресата и невнятно формулировалась просьба. После таких писем адресат сам предлагал именно ту помощь, на которую я рассчитывал.

Тогда футбол был одним из немногих зрелищ, было немало и фанатов, но вели себя все пристойно. В Киеве, помимо главного центрального стадиона, были стадион «Динамо» (ныне имени В. Лобановского) в парковой зоне на высоком берегу Днепра и стадион спортивного клуба армии (СКА) на Воздухофлотском шоссе, ведущем на Чоколовку. В Одессе, например, в скверике возле улицы Франца Меринга и Дерибасовской круглосуточно проходили оживленные дискуссии не только относительно двух ведущих одесских футбольных клубов, там же играли в шахматы и можно было подзарядиться знаменитым одесским юмором.

* * *

В 1954 г. мне исполнилось 15 лет, и в тот год с большим размахом и закладкой новых памятников отмечалось 300-летие воссоединения Украины с Россией. Сейчас этому событию 360 лет, но на фоне ситуации на Юго-Востоке Украины оно прошло совсем незаметно. В то время (середина XVII в.) Украина была в полной и тяжелой крепостной зависимости от Польши, в состав которой по Люблинской унии 1569 г. вошли бывшая Западная и Южная Русь. Православие было в загоне, и польские паны могли с крепостными делать все что угодно. Реестровое (списочное) украинское казачество, охранявшее Польшу с юга от татарских набегов, пользовалось определенными вольностями, но и оно было недовольно. Постоянно возникали бунты, и в 1648 г. восстание во главе с Б. Хмельницким приобрело всеукраинский характер. Приходилось трудно, поскольку у Польши была регулярная обученная армия. И тогда Б. Хмельницкий собрал в Переяславе большой совет (раду), который обратился к московскому царю Алексею Михайловичу Тишайшему (отцу Петра I) с просьбой о помощи. Этому способствовали предшествующие

личные мотивы, когда в 1647 г. поляки напали на усадьбу Хмельницкого — Суботов, разграбили ее, увели жену и убили сына, и при этом ни польский король, ни сейм за него не вступились. Но если взять Украину под опеку, то для Московии это означало войну с Польшей, тем более что украинское войско было на грани поражения. Вначале Земский московский собор принял решение присоединить Украину, то есть Южную (Малую) Россию, а затем, 18 января, этот шаг одобрила и Украинская рада. Война с Польшей закончилась лишь спустя 13 лет Андрусовским миром, по которому Россия закрепила за собой Смоленск, Левобережье Днепра, на два года Киев (его потом не вернули Польше), а Запорожье оказалось в совместном управлении. Окончательно Украина была интегрирована в состав России усилиями Г. Потемкина уже при Екатерине Великой. Не всем на Украине это нравилось, и дело дошло даже до того, что умершего гетмана Б. Хмельницкого выбросили из его могилы в Чигирине, а следующий гетман, Иван Выговский, отвернулся от Москвы и вернулся под власть Польши. Он хотел скопировать польские порядки: вместо шляхты — казачество, вместо сейма — совет казацких старшин, вместо короля — гетман. Сказалось длительное влияние вначале Великого княжества Литовского после поражения киевского войска князя Станислава в союзе с ордынцами в 1324 г. на реке Ирпень литовским князем Гедимином, а потом, согласно упомянутой ранее Люблинской унии 1569 г., объединившей Польшу и Литву в Речь Посполитую. Об этом уже упоминалось выше. Правда, Киев остался в составе Русского царства, период с 1654 по 1917 г. относится к расцвету города, и Киев становится одним из самых крупных, красивых, культурных и богатых городов России. В годы революций и гражданской войны Киев переходил из рук в руки 14 раз с обязательной кратковременной сменой власти. В 1920 г. в ходе советско-польской войны Киев становится советским, а в 1934 г. сюда из пролетарского Харькова переносится столица Украинской ССР.

Помню первый мой приезд с мамой на зимние школьные каникулы в 1954 г. в гости в Москву, а точнее, в Перово, которое тогда было Подмосковьем. Меня поразили горы небурного и грязного снега, а также то, что дворовые ребята не знали, где находится Киев. Там я получил нагоняй за то, что вместо хлеба, за которым меня послали и который к моему приходу весь распродали, купил сухари к чаю. В тот раз и Москва, и ближние пригороды мне ужасно не понравились. Сейчас — другое дело, я давно ощущаю себя москвичом (живу здесь уже почти 50 лет), мне импонируют темп и пульс жизни, разноликость, а также то, что Москва является информационно-научным центром страны. А столичный Киев (не в обиду киевлянам будет сказано) теперь при сравнении представляется зеленой, красивой и ухоженной провинцией со спокойным и размеренным ритмом жизни, который,

правда, в последние годы нарушается майданами. Начало второго майдана очень импонировало большинству россиян: было выступление против коррупции, грабительской власти и олигархата. У нас же к тому времени ввели обязательные для чиновников декларации о доходах, но без проверки источников дохода, движимости и недвижимости и без возбуждения судебных дел хотя бы по нескольким эпизодам. Потом уже украинский майдан превратился в агрессивный охломайдан во главе с националистическими группировками, развязавшими, по сути, гражданскую войну.

Со временем и мнение о Москве, и отношение к ней существенно изменились. Вместо имевшей свое патриархально-колокольню-садовое лицо с необыкновенными двориками Москва постепенно, прямо на глазах, превращается в офисно-банковский и торгово-развлекательный центр для всей страны. Как правильно говорила известная рассказчица Елизавета Авербах: «Уходит старая Москва». И ей на смену приходит не современный город, а современный монстр, в котором многим людям жить неудобно и не вполне комфортно, что зависит от проводимой городской политики. Так, на старых линиях метрополитена и в некоторых новых строящихся нарушаются права отдельных людей. И действительно, могут ли инвалиды, мамы с колясками и пожилые люди передвигаться по лестницам в домах и знаменитом московском метро? Естественно, нет. Видимо, концепция была и осталась такой: инвалиды должны сидеть дома, нечего им куда-то шляться, а мамы с колясками должны гулять вблизи дома, в сквериках, которых становится все меньше и которые замещаются точечной застройкой. Между тем во многих странах для удобства граждан созданы специальные пандусы со съездами и лифты, ведущие прямо с улицы в метро. Кстати, это же можно сделать и у нас, хотя бы в отдельных местах. Кроме того, московские власти ограничивают развитие популярного общественного транспорта, ликвидируя троллейбусные линии. Между тем троллейбусы являются одним из самых экономических и экологических видов транспорта. Это видно на примере скоростных и высокоманевренных троллейбусов в австрийском Зальцбурге. Эффективными видами общественного транспорта являются также строго следующие по расписанию скоростные трамваи и наземные электрички, весьма слабо развивающиеся в Москве.

Вообще Москва — это мегаполис с огромными расстояниями и множеством пустующих промышленных зон, что создает определенные сложности для пешеходов. Так, известный москвовед Лев Колодный осуществляет все свои пешеходные экскурсионные походы в основном в пределах бульварного кольца по историческим местам. Дальше он отметил, что «я Вашингтон практически весь обошел пешком, а в Москве это в принципе невозможно». С точки зрения организации обеспечения 12 млн жителей всем необходимым, Москва, несмотря на значительные

средства, является малоудобным и малокомфортным городом для жизни. К этому в последнее время добавились неразумно организованные платные парковки со свирепствующими и наживающимися эвакуаторами, непродуманное укрупнение медицинских и учебных учреждений, строительство развлекательных центров, как в Лас-Вегасе, расположенном в центральной части пустыни Мохаве (штат Невада) и т.д. И все это без согласования с гражданами, без учета их интересов и потребностей, в угоду бизнесу. Что нужно простым москвичам? Чтобы воздух был чистым, чтобы транспорт был доступным, экологичным, чтобы в пешеходной доступности, буквально рядом, находились бы популярные магазины (булочные, молочные и т.д.) и малые сервисные центры повседневного спроса с наиболее распространенными и ежедневно необходимыми продуктами питания, другими товарами и услугами, а более крупные магазины и центры, в том числе рынки и супермаркеты, могут находиться в отдалении. Буквально рядом должны размещаться начальные школы, без переходов через улицы, а средние школы могут находиться на некотором расстоянии, причем в малых городах и на селе — в транспортной доступности или при наличии специальных школьных автобусов. Чтобы была эффективная социальная поддержка уязвимых групп населения. Рядом с компактно проживающими жителями должна быть и первичная медико-санитарная помощь, включая общую врачебную практику с врачебным приемом, визитами медсестер на дом, с несколькими койками для беременных и с акушеркой, дневным медсестринским стационаром, набором повседневно необходимых простейших лекарственных средств и минимально необходимым набором диагностических тестов, а также включая линейные бригады скорой медицинской помощи общего типа и службу перевозки. Специализированные бригады (психиатрические, неонатологические и др.) могут локализоваться на некотором расстоянии, равно как и другие медицинские организации (поликлиники, диспансеры, женские консультации, больницы, диагностические и перинатальные центры и т.д.). В пешеходной доступности должны быть также не центральные, а муниципальные библиотеки. К сожалению, в стране нет правильного понимания сущности ПМСП, и потому в Москве, Московской области и других местах создают в некотором смысле пародию на нее. Аналогично должны структурироваться полиция и суды.

Таким образом, крайне необходимо дальнейшее развитие в соответствии с Конституцией РФ местного самоуправления и муниципальных образований. Ведь именно на этом уровне создаются все необходимые и повседневные условия жизни людей. Все это при составлении перспективного генерального плана необходимо учитывать в Москве, и не только в Москве, и не только в России. Конечно, это субъективная точка зрения, в правильности которой автор уверен. Ведь необходимо, чтобы в центре

любых преобразований, реформ и новаций находился бы человек с его потребностями и правами, а все уровни власти (федеральной, субъектной и муниципальной) способствовали бы этому и обеспечивали его всем необходимым. Такая конструкция в сочетании с обратной связью, то есть зависимостью избранных от избирателей, и может служить прочной основой демократии в стране.

Именно поэтому в европейских странах наибольшее число служащих сосредоточены в муниципалитетах (в Швеции — 83%, в Великобритании — 56%, в том числе 26% в Национальной системе здравоохранения). А в ПМСП там занято до 50% всех врачей. В Германии, где муниципалитеты насчитывают в среднем 7 тыс. жителей с диапазоном от 45 тыс. в земле Северный Рейн-Вестфалия до 1700 в земле Рейнланд-Пфальц, многие задачи переданы на местный уровень. Наилучшим примером организации муниципального уровня является Швеция. В Швеции муниципалитеты (их всего 290) в среднем насчитывают 31,3 тыс. жителей, и все решаемые задачи финансируются из местных налогов и поступлений при минимальных государственных дотациях — 21,6%, в то время как в Германии они составляют 32%, а в Великобритании — 48,2%. Соответственно, на долю муниципальных расходов приходится 27,1% всех государственных затрат, то есть на уровне муниципалитетов это в Швеции составляет почти 5 тыс. евро на одного жителя в год (в Германии — 1,5 тыс., в Испании — 1 тыс. евро). В Швеции ландстинги — местные органы управления являются финансово независимыми, и собираемого ими прогрессивного подоходного налога (в среднем 11%), как правило, хватает, в первую очередь для того, чтобы организовать всем жителям, богатым и бедным, оказание эффективной, справедливой и одинаковой медицинской помощи. Каждый год ландстинг заключает с местными центрами здоровья договор на оказание первичной медико-санитарной и медико-социальной помощи с учетом пожеланий граждан, полученных в результате анкетирования. Все эти данные здесь приведены, чтобы еще раз подчеркнуть важность для граждан муниципального уровня, который в нашей стране пока еще в загоне, и даже элементарную медицинскую помощь передали на субъектный уровень, что принципиально неверно и значительно снизило ее доступность.

В России же пока идет дискуссия о выборе модели организации местной администрации: «сильный мэ́р», «сити-менеджер» или их сочетание. Пора уже вносить необходимые коррективы в ФЗ № 136 и переходить к содержательной части функционирования муниципальных образований. Назначение местного самоуправления состоит не в обслуживании государства, а в решении местных проблем путем консолидации усилий жителей и вовлечения их в совместное решение задач. Фактически это форма самоорганизации жителей, олицетворяющая публичную власть, в целях создания более комфортной среды проживания и деятельности

в муниципальном образовании. Это поистине демократический институт, поскольку предполагает расширение участия жителей в нем, развитие у них гражданского самосознания и должной активности, учет мнений жителей, применение демократических процедур формирования органов местного самоуправления и т.д. Как это наилучшим образом организовать у нас в стране — удел специалистов. Однако необходимость в соответствии с Конституцией РФ и исключительная целесообразность создания органов местного самоуправления очевидны.

* * *

Но вернемся в Киев, этот необыкновенно красивый и удачно расположенный город, имеющий свое архитектурно-планировочное лицо, с широко известными Крещатиком и многими районами города, с его парками, садами и скверами, с его зелеными бульварами, великолепными памятниками и площадями, город моего детства и юности. Это моя родина, хотя он сильно изменился в последнее двадцатилетие и родственные чувства значительно притупились. Я его уже не ощущаю в качестве своего города, скорее своим городом является Москва.

В киевской школе № 54 (позднее ее снесли) по улице Ленина, во дворе, мы изучали также астрономию, логику, психологию, этику, чего сейчас, к сожалению, нет среди школьных предметов. Были и редкие музыкально-танцевальные уроки. Иначе говоря, школа нам давала набор разнообразных знаний и умений по широкому спектру дисциплин, необходимых для любого культурного человека, а не просто среднее образование и аттестат зрелости с отметками. Сейчас об этом даже не говорят и не помышляют. Однако, несмотря на заметное снижение уровня образованности и культуры, на значительное потребление алкоголя, пребывание в состоянии хронического стресса, ухудшение здоровья, проживание в далеких от нормальных условий жизни и далеко не полного доверия к чиновникам и властям, наш народ имеет неплохие шансы возродить страну и патриотические настроения в обществе. Об этом свидетельствуют такие внешние детали, как придерживание захлопывающейся двери, езда в автомобиле с пристегнутыми ремнями и включенными фарами, появляющаяся вежливость водителей, остановка перед пешеходным переходом, возрождение приветливого отношения друг другу, рост продажи художественной и познавательной литературы, заполненные театры, частые разговоры (пока еще только разговоры) о необходимости развития гражданского общества в стране и т.д. Все это я видел и ощущал 35 лет тому назад в Вене. Нужно еще многое сделать, чтобы восстановить доверие к власти и стране.

В школьный период по всей стране развернулась борьба с космополитизмом, что отразилось в том числе на некоторых наших педагогах.

В 9-м классе нашу мужскую школу сделали смешанной, и, конечно, учениц нам отдали далеко не самых лучших как внешне, так и по успеваемости. Помню, как учитель математики располневшую Тупихину намеренно называл Тупикиной за ее познания в математике. Среди учеников было несколько ребят, занимавшихся параллельно в музыкальных школах по классу рояля, гобоя и т.д., и они давали нам концерты. В школе часто устраивались так называемые вечера с танцами. На вечера приглашали учащихся из других школ. Все поголовно занимались собирательством: кто марки, кто значки (у меня коллекция значков сохранилась до сих пор, только в нее я лет 30 не заглядывал), кто монеты коллекционировал, и все с обменом, а по заданию учительницы по ботанике летом собирали гербарий и помещали его в специальные альбомы.

В школе у меня возникли сложности с математикой. Я понимал, что ни геометрия, ни особенно тригонометрия могут мне никогда не понадобиться, но алгебру нужно было знать. И как я ни готовился, как досконально ни отвечал на уроке, все равно получал четверки, так как, по мнению преподавателя, у меня еще не было контрольной на пять. Заглянул как-то я в учительскую и увидел, что он как раз проверял мою контрольную по алгебре, и сказал мне буквально следующее: «Объяснение у тебя такое, что, если его пошлют в редакцию, там забракует. Но, может, образумишься». И поставил пятерку с минусом. С тех пор с алгеброй было все нормально. Оставалась химия, по которой мы с преподавательницей не сошлись характерами. Пришлось пересилить себя и записаться в химический кружок. Именно в школе проявилась у меня склонность не к техническим, а к гуманитарным дисциплинам, и это продолжается до сих пор. Я считаю, что мотоцикл должен ездить, а не быть елочной музыкальной игрушкой, что телефон должен звонить, а не выполнять множественные функции, и т.д. У меня есть подаренные айфоны, айпады, планшетники, электронные книжки, разные компьютеры и другая мало мною используемая техника. Когда только появились ноутбуки, я сразу же стал их использовать в качестве источника информации (Интернет), для хранения информации, связи по электронной почте (хотя есть и скайп), написания статей и книг. И только. Если появляются затруднения, обращаюсь к специалисту. Вообще считаю, что человек должен хорошо и досконально знать свое дело, хотя может иметь и какие-то другие увлечения (хобби). Но знать все просто невозможно, и претендующий на это человек не вызывает большого доверия. Мне, например, в какой-то степени импонировал президент США Р. Рейган, хотя его отношение к нашей стране было омерзительным, особенно с подачи его советника и помощника З. Бжезински. Казалось бы, популярный стареющий актер, снявшийся во многих ковбойских фильмах вместе с Юлом Бриннером, родившимся во Владивостоке и умершим в Нью-Йорке, но, став президентом, понял, что при движении

по иерархической лестнице вверх область знаний уменьшается и исчезает, а заменяющий знания здравый смысл нередко подводит. Это хорошо видно на примере И.В. Сталина, которому его здравый смысл подсказывал, что Гитлер не станет воевать на два фронта, и потому он отвергал все несоответствующие с его мнением достоверные данные внешней разведки и оценки специалистов. Так вот, Р. Рейган пустоты своих знаний заполнил блестящей командой советников из нобелевских лауреатов, генераторов идей и решений. Эта команда сформировала новую экономическую политику под названием «рейганомика», которая заложила основы, используемые до сих пор. И когда Рейгана спрашивали в интервью по телевидению о чем-то, он говорил, что, конечно, может ответить на этот вопрос, но проблему лучше знает его советник, и выдвигал того на передний план. У нас же получается, что все окружение президента РФ является не генератором, а исполнителем идей, нередко далеко не в самом лучшем виде. А перетасовки внутри этой команды исполнителей очень уж напоминают известную басню И.А. Крылова. Многие ждали новаций в послании президента РФ (декабрь 2014 г.) в решении обозначившихся внешних и внутренних проблем, но не дождались, поскольку доминировали две позиции: мы гордые, самодостаточные, свободолюбивые и независимые, но с затянутыми поясами, и что все начатое ранее будет и в дальнейшем продолжаться. Честно говоря, я ожидал наконец-то услышать, какую государственно-общественную, экономическую и социальную модель мы создаем в нашей стране, к чему нужно стремиться в перспективе и как. Оказалось, что и дальше в здравоохранении мы будем развивать полностью провальную (за более чем 20-летний период), затратную, неудобную для пациентов и медиков и полностью неподходящую в целом для нашей страны, бесперспективную и рыночную систему обязательного и частного медицинского страхования, передавать государственные медицинские учреждения в частные руки, бороться со смертностью от сердечно-сосудистых заболеваний, незначительно влияющей на потери трудового потенциала страны со средним возрастом умерших старше ОПЖ и т.д. Все это нашло свое отражение в новом недавно разработанном проекте стратегии Минздрава. При этом все внешние и внутренние вызовы как бы не заслуживают внимания, а финансирование отрасли на 2015 г. составит 78% предыдущего года.

* * *

Мне представляется, что тогда наше школьное образование было на достаточно высоком уровне, готовили выпускников школ широко и глубоко образованными (многое из школьной программы я помню даже спустя 60 лет), чего сейчас даже близко нет из-за упрощенного подхода, дебилизации с помощью навязанного извне ЕГЭ, укрупнения школ, при

изменении взаимоотношений в школе, значительном расслоении общества по возможностям и доходам и т.д. Такого расслоения в обществе, как у нас сейчас, история многие годы не знала. По официальным данным, десятичные различия, когда берется 10% богатых и 10% бедных, составляют 16 раз. Однако с учетом того, что не все богатые демонстрируют свои доходы, покойный академик Н. Шмелев эти различия оценивал совсем недавно в 60 раз. Считается, что если такие различия превышают 12 раз, возникает угроза социального взрыва. Неслучайно в целом ряде развитых стран стараются этого не допустить, более досконально изучая К. Маркса, то есть условия возможных социальных потрясений, вводя прогрессивные налоги на богатых людей и богатые фирмы и поддерживая тех, кто, по их меркам, относится к социально уязвимым группам населения (безработные, инвалиды, пожилые, матери-одиночки, студенты и др.). В качестве примера можно привести относительно социально однородные Нидерланды, Скандинавские государства и др. В Нидерландах все абсолютно коровы занесены в компьютеры, потому владелец коровы не может произвольно изменить объемы удоев, жирность и качества молока; при этом он одновременно отчитывается, чем, как и когда он кормит корову, как за ней ухаживает и т.д. Для нас же, в силу инертности и терпеливости народа, в ближайшее время такого рода угрозы, имеются в виду социальные взрывы, не предвидятся, хотя совершенно очевидно, что недовольство накапливается, чему способствуют приобретаемые богатыми предметы роскоши, афишируемые движимость и недвижимость за рубежом, телевидение с его многочисленными рублевскими тусовками и другие средства массовой информации, а также очевидные неудачи в социальной политике (пенсионное обеспечение, здравоохранение, образование, социальная поддержка). Видимо, власть пока себе не представляет, какие чувства эти сведения и действия могут вызвать, скажем, у сельских тружеников, вкалывающих рабочих или у бедствующей интеллигенции, то есть у 70% населения страны. Это же относится и к дискуссиям по идее бюджетной компенсации тех потерь, которые понесли наши олигархи в результате введенных внешних санкций.

* * *

Спустя годы появилась возможность сравнить наше образование со школьным образованием в США. Меня удивил его примитивизм без домашних заданий, с ведением одной тетради на все предметы и т.д., и это при том, что студенты университетов, с которыми я встречался, производили очень сильное впечатление, в том числе своей целеустремленностью. У нас же иногда выпускник не знает, зачем он поступал в вуз, и потому сейчас 29% выпускников, окончивших медицинские институты, не идут

работать по специальности. Дочь одного знакомого после 9-го класса поехала продолжить школьное образование в США и была поражена тем, что там в 10-м классе проходят математику и физику на уровне нашего 6-го класса. Правда, в углу каждого класса стоял американский флаг, а утренние занятия начинались со вставания под американский гимн. Но там школьники много коллективно ездят по стране и познаватель-но бесплатно посещают многие известные на весь мир музеи. В США школьное образование является обязательным, оно трехуровневое: начальная школа на 500—700 (кроме однокомнатных школ) учеников, средняя школа, куда переходят ученики из нескольких начальных школ, и старшая школа, куда переходят ученики из нескольких средних школ. Набор предметов строго определен, большинство из них проходят на всех уровнях. Уже в начальных классах изучают экономику, а также англий-ский язык (чтение, устное владение, правописание, письмо), математику, искусство, здоровье, социальные науки (география, история Америки, мировая история), естественные науки (физика, химия, биология), му-зыку. На каждого ученика ведется на всем протяжении учебы личное дело, которое сыграет для него свою роль по окончании школы. Акцент в обучении делается на занятиях в школе, а не на домашних заданиях, как у нас. Именно поэтому иногда ученики для всех предметов могут вести одну тетрадь. Занятия проходят в игровой форме, для чего используются ситуационные задачи по всем предметам, включая экономику. На каж-дом уроке ученик, помимо знаний, должен получить удовольствие. На первый взгляд, американская общеобразовательная школа — сплошное удовольствие и веселая игра. Все учителя улыбаются и хвалят каждого ребенка. А по поведению, например, детям выставляют 10 отметок: за отношение к учебе, соблюдение школьных правил, вежливость, самокон-троль, умение выполнять предписания, восприятие и следование устным инструкциям, умение организовать свое рабочее место, уважение к ма-териальным ценностям школы, умение эффективно использовать время, работу в команде. Запрещено бегать, прыгать (можно только на игровой площадке во время перемены), брать чужие вещи без спроса, списывать, хватать товарища. Нельзя носить игрушечное оружие и даже в шутку сказать: «Я тебя убью». За это грозит исключение с «волчьим билетом». Наиболее распространенное наказание — посидеть на стульчике. Систе-ма поощрения учеников такова, что в течение недели дети получают так называемые школьные доллары за хорошую учебу и поведение, и в каж-дую пятницу на них можно купить карандаши, ластики, игрушки либо продолжать их копить. За эти фантики можно заказать обед с любым учителем и за обедом что-то с ним обсудить. Каждую неделю родителям высылают листочки с результатами учебы и поведения их детей, в том числе по системе тестирования, меню школьной столовой, приглашение

принять участие в благотворительной акции. Благотворительность поощряется там повсеместно, в том числе с помощью налоговых послаблений. К этому начинают приучать с детства. Так, в американских школах практически все учащиеся активно и с пониманием полезности этого дела занимаются благотворительностью, а 70% семей (!) в США каждый год делают денежные пожертвования в благотворительные фонды. И это у них является нормой жизни и поведения. Очень подробно все аспекты благотворительности в США описаны в искренней книге Б. Клинтона «Жизнь отдавая». Недавно 38 американских миллиардеров подписали Клятву дарения, согласно которой они обязались пожертвовать половину своего состояния на благотворительность. Активно занимаются благотворительностью Билл Клинтон, многие звезды кино, бизнесмены. Б. Гейтс и его супруга регулярно вносят большие деньги на преодоление пропасти между богатыми и бедными. Они поняли, что все деньги с собой не унесешь, и захотели оставить о себе благоприятный след. Они говорят, что все жизни равноценны и не должно быть так, чтобы одна жизнь была достойна спасения, а другая — нет.

Хочется надеяться, что когда-нибудь и наши нувориши сами или с подсказки осознают эту несложную истину, ведь с собой им также все не унести. Где сейчас у нас можно найти Столыпиных, Витте, а также Морозовых, Мамонтовых, Бахрушиных, Солдатенковых, Третьяковых, Абрикосовых, Ермаковых, Солодовниковых, Буниных, Ляпиных, Корзинкиных, Хлебниковых, Расторгуевых, Оловяшниковых, Щукиных, Найденовых, Хлудовых и других благотворителей и радетелей России, которых большие деньги не испортили не снизили их уровень патриотизма, ответственности за судьбу страны и ее будущее? Их просто теперь нет, хотя число очень богатых людей сейчас намного больше, и, видимо, такие не скоро появятся. Мало того, сейчас уничтожаются даже следы их, то есть российских меценатов, пребывания на этой земле.

Родительских собраний в США вообще нет. Раз в год, в октябре (для этого выделяются два неучебных дня), учитель встречается с родителями. Вначале учитель как только можно расхваливает ученика, а затем деликатно и не обидно говорит, над чем нужно еще поработать. В школах практикуются дополнительные занятия. Есть обязательно логопед, психолог, дефектолог, специалист по обучению детей с аутизмом и ассистенты для детей с ограниченными возможностями. Все это по решению школьной комиссии бесплатно. Это школы муниципальные, бесплатные. Есть и частные школы, они бывают для особо одаренных людей с высоким IQ, для детей с особыми потребностями, религиозные и со специальной программой. Старшие классы в таких школах организованы по типу пансионатов и ориентированы на подготовку в хороший и престижный колледж. Здесь изучают те же предметы, только в более углубленном

варианте, иностранные языки, математику, проходят занятия конным спортом, по плаванию и танцам. В начальных классах частных школ цена за год — 12–15 тыс. долларов, в старших классах — до 50 тыс. долларов, то есть столько же, сколько стоит год обучения в колледже. Но напрямую платят в колледжах и университетах далеко не все, хотя студенты, естественно, подрабатывают, чтобы не зависеть от родителей. Для этого есть всевозможные гранты, стипендии, премии. Нередко обучение оплачивает фирма, присмотревшая себе будущего выпускника. В принципе, система неплохая и кое-что можно было бы с успехом перенять и нам (поведение школьников, отношение учителей к детям, уважительное отношение к учителям, школе, стране, друг к другу, введение в школы дополнительных специалистов и т.д.), хотя в целом в советское время уровень школьного образования у нас был выше. Тем не менее, осознав тот факт, что среднее образование в США отстает от других стран и не соответствует потребностям растущей экономики, в США взялись за реформу образования, понимая, что те страны, в которых обучение сейчас поставлено лучше, чем в США, выиграют конкуренцию в недалеком будущем. Основная идея состоит в том, чтобы повысить качество образования и увеличить число учебных часов для лучшей подготовки выпускников школ к трудовой деятельности или поступлению в колледжи. Вся сложность состоит в том, что, согласно Конституции США, образование находится в ведении штатов и федеральные власти могут влиять на образование лишь опосредованно, через финансовые стимулы. Предполагается направить в школы лучших преподавателей, а также сделать так, чтобы школы стали центрами общественной жизни в каждом микрорайоне, разработать комплекс таких программ, чтобы в них участвовали ученики и их семьи. В каждой школе уже есть компьютерный класс, лаборатории, библиотека, спортзал, а в некоторых — и бассейн, и планируется сделать так, чтобы они были доступны в течение всего дня, а не только в период занятий. Здания школ принадлежат не министерству, не директору школы, не школьному совету, а гражданам, налогоплательщикам (!), и потому должны использоваться полностью. Будет введена система оценки успеваемости и ее зависимости от качества преподавания. Здесь нет возможности для того, чтобы в полном виде привести все намерения властей США по улучшению образования; скажем только, что многие из них были бы чрезвычайно полезными и в наших условиях. Для того чтобы удлинить учебный день школьников, их надо кормить, наладить работу в творческих кружках, дополнительные занятия физкультурой, обеспечить школы автобусами, где это необходимо. Вместо грандиозных и эфемерных проектов средства лучше бы у нас вложили в образование, то есть в будущее страны, и не разрушали систему образования. Необходимо существенно повысить уровень знаний

школьных учителей и, соответственно, их зарплату, оснастить все школы компьютерами, в процессе обучения и после занятий больше опираться на семью и общественность, отменить бездарный ЕГЭ или, как считает С.М. Миронов, придать ему добровольный характер. Что касается высшего и неполного высшего образования (бакалавриат и магистратура), то представляется, что это полностью надуманная Болонская система, которая преследует чисто экономические цели с бесплатным и массовым бакалавриатом и платной магистратурой. Ну кому нужны «недоделанные» специалисты-бакалавры? Для специалистов среднего звена у нас существовали техникумы и училища, где подготовка шла по программам, отличным от высшей школы. Кроме того, в странах, принявших эту систему, свыше 90% бакалавров продолжают дальше учиться, а оставшиеся затрудняются найти место работы. Но наши чиновники-новаторы подписали Болонскую конвенцию вопреки мнению руководителей вузов.

Самые лучшие американские специалисты выходили, когда после широкого общего естественного образования в Оксфорде или Кембридже (Великобритания) человек получал специальное образование в Массачусетском технологическом институте, в Стэнфордском или Йельском университетах США. С такими специалистами я встречался, а в списках студентов английских университетов находил немало американцев. Кстати говоря, в столовых многих американских и британских университетов подрабатывали студенты, а сопровождающие меня ректоры или президенты этих университетов, на мое удивление, становились в общую очередь. За последние годы, начиная с 1998 г., Россия недосчиталась более 17 тыс. школ при сокращении числа школьников на 9 млн, а только за период с 2003 по 2008 г. в стране были закрыты 4500 сельских школ (и этот процесс продолжается), что наряду с низкими зарплатами сельских учителей и крайне недостаточным компьютерным оснащением негативно влияет на уровень школьного образования, особенно на селе, где сейчас проживают 26% наших граждан. Последние годы войдут в историю как годы разрушения (в том числе путем объединения) сети школ. Но этот процесс деградации не менее интенсивно идет и в городах. Повсеместно намереваются ввести платную продленку, которая в бесплатном варианте выполняла много функций: давала возможность родителям полноценно трудиться, позволяла детям выполнять домашние задания под надзором учителя, изолировала детей от тлетворного влияния улицы. Или на бесплатной основе оставить только основные предметы, а за обучение остальным нужно платить. В общем, изгаляются над школой, школьниками и их родителями, как хотят.

Важнейшим фактором патриотического воспитания детей является Великая Отечественная война, однако этот фактор используется пока еще очень слабо. Вскоре уйдут из жизни ветераны войны, так и не

дождавшиеся обещанных квартир, останутся пока лишь никого не интересующие дети войны и воспоминания о ней в виде мемуарной литературы, которая не входит в список обязательных для прочтения школьниками книг. Между тем, и об этом уже говорилось, в американских школах изучают каждый день (!) гражданской войны Севера с Югом, заостряя внимание на разборе отдельных сражений. И вообще, американские школы просто пронизаны духом патриотизма. Многое из американского образа жизни нам категорически не подходит, но воспитание (не образование и ЕГЭ) школьников достойно для подражания. Власть у нас считает, что за счет закрытия многих школ и сокращения должностей оставшимся учителям можно будет повысить зарплату, но учителя хорошо знают, как выполняются подобные обещания, и потому не рассчитывают на увеличение своей зарплаты. Можно себе только представить, что будет происходить в регионах страны, в первую очередь в сельской местности, где школы давали не только образование, но и были последними представителями государства на селе, центрами и очагами культуры. Не случайно сельчане закрытие школ трактуют однозначно: власть нас бросила. Но, оказывается, она бросила народ вдвойне, приняв ФЗ № 83, согласно которому бесплатное школьное образование будет постепенно исчезать, а дети, особенно в глубинке, окажутся брошенными и неграмотными.

Вот и в Москве, на наш взгляд, ведется не совсем верная политика, которая под нажимом власти встречает повсеместное одобрение. Мы это «одобрямс» уже проходили в недалекой истории. Между тем в США малокомплектные школы не закрывают, напротив, их повсеместно открывают и называют их *One room school* — однокомнатные школы, качество обучения там даже выше, чем в обычной школе. Четырехсезовое международное исследование уровня знаний школьников в разных классах и разных странах показало, что Россия сейчас находится близко к самым последним местам. Не менее 30% выпускников наших школ не владеют грамотностью — литературной, математической и естественной. Качественное образование, бывшее ранее, рушится прямо на глазах. Опросы Всероссийского центра общественного мнения (ВЦИОМ) показали, что 55% опрошенных не сомневаются в том, что радиоактивность — это дело рук человека, 46% считают, что антибиотики убивают не только бактерии, но и вирусы, 37% уверены, что Солнце вращается вокруг Земли (в этом не сомневались и очень древние греки, жившие в VI в. до н.э., и Клавдий Птолемей в II столетии н.э.). Такое впечатление, что не было таких великих ученых, как Николай Коперник, воскресивший идею древних греков о гелиоцентрической системе мира, не было сожженного на костре инквизиции Джордано Бруно, развившего идеи Коперника о гелиоцентрической планетной системе, Иоганна Кеплера, описавшего первые законы движения планет, Галилео Галилея, опровергнувшего

учение Аристотеля о строении Вселенной, Эдвина Хаббла, доказавшего, что Вселенная расширяется, сгорели все учебники и популярные книжки. Около 29% утверждают, что люди жили еще в эпоху динозавров, 26% думают, что в основе лазера лежат сфокусированные звуковые волны, 20% уверены, что пол ребенка определяют гены матери, 14% — что земля совершает полный оборот вокруг солнца за один месяц, 18% — что атомы меньше электронов, 8% полагают, что ядро Земли холодное, 11% уверены, что радиоактивное молоко становится безопасным после кипячения, 17% не верят, что нынешние люди развились из ранних видов человека. Те, кто по результатам ЕГЭ успешно поступил на факультет журналистики МГУ, затруднились ответить, с кем СССР воевал в годы Великой Отечественной войны. Предположения были такими: с Америкой, а может, с Австрией. Таким заблуждениям больше подвержены женщины, чем мужчины.

В последних сочинениях можно найти тысячи перлов, например, «Автор тут был не прав», «Узнав об аварии, начальник скоростно прибыл на объект», «Штольц — один из главных героев одноименного романа Гончарова “Обломов”», «Они потеряли на войне двух единственных сыновей», «Человечество пагубно относится к своей родной природе», «Толстой сделал Наташе четверых детей», «Пьер Безухов носил панталоны с высоким жабо», «Во время второго акта Софьи и Молчалина у них под лестницей сидел Чацкий», «В отсутствие Онегина Татьяна часто ходила в его кабинет, где постепенно из девушки превращалась в женщину», «Достоевский писал роман в минуты глубокого душевного разложения», «Чичиков отличался приятной внешностью, но неприятной внутренностью», «Обломов Ольгу любил, но не испытывал к ней никаких чувств», «Базаров предавался любви на смертном ложе», «Муму не могла есть, и Герасим ей помог», «Савельич просил прощения за Гринева на коленях у Пугачева», «Кабаниха означает в переводе “дикая свинья”», «Но, увы! Печорин оказался неспособен к созданию шедевров чувственных наслаждений», «Из-за тучи выглянул луч солнца и огрел кукушонка», «Наташа хотела что-то сказать, но открывшаяся дверь заткнула ей рот», «Глухонемой Герасим не любил сплетен, поэтому говорил только правду», «У мамы рядом со ртом появилась веселая улыбка» и т.д. Речь идет даже не о грамотности, а о понимании значения отдельных слов и связности предложений. И вот в этих условиях намеренно снижается проходной балл в вузы, иначе они останутся без студентов. Именно поэтому на сданные ЕГЭ в школах опираться никак нельзя. Его, то есть ЕГЭ, нужно отменять, и пока вузы сами не будут заинтересованы в отборе лучших из лучших, ситуация с подготовкой кадров не улучшится. Что говорить об учениках и студентах, если врачи сплошь и рядом допускают перлы в историях болезни: «Ударил топором по пальцу, топор отскочил».

«Лежал на земле возле клуба, состояние средней тяжести», «Сидела в столовой, пила кофе. Облила грудь, плечи и спину. Ожог второй степени спины», «Клюнул петух в колено» и т.д.

Некоторые выпускники экономических вузов не знают, какой финансовый документ является главным для страны, каков будет квадратный корень из 100, кто написал «Капитал» Карла Маркса, сколько будет единица с пятью нулями, чем отличается плоская шкала налога от прогрессивной, каков у нас подходящий налог и т.д. Эти вопросы задавали выпускникам при их приеме на работу, где они хотели получать от 60 тыс. рублей в месяц. Многие даже не знают, что вообще была Великая Отечественная война, не говоря уже о ее сроках. Кстати, в американских школах, и это подчеркивалось, при весьма короткой истории их страны изучается каждый день гражданской войны Севера с Югом. Чем не показательный пример?

А недавно проведенное тестирование на улицах наших столиц показало, что люди (учащиеся, студенты, взрослые) совершенно не знают историю страны и не могли ответить на элементарные вопросы: когда было крещение Руси, когда началась Первая мировая война, когда основаны Москва и Санкт-Петербург и т.д. Одна женщина попросила сфотографировать ее с сыном на фоне «какой-то хрени». Эта «хрень» оказалась маятником Фуко, который был вынесен из Исаакиевского собора. Но, как говорится, приехали, и дальше ехать некуда. Министерство образования и науки регулярно отчитывается в основном количественными, а не содержательными показателями, такими как прирост контингента дошкольного образования, рост доли школьников, решивших после 9-го класса идти учиться в колледж, доля охвата дополнительным образованием, число учащихся в системе среднего профобразования и т.д. И это все называется мониторингом системы образования. При этом с гордостью сообщается, что, например, по дополнительному школьному образованию в доле охвата им школьников удалось в 2013 г. достичь советского уровня, однако его качество и полезность, по моему мнению, сравнивать пока никак нельзя. А чему учат, как учат, кого готовят, по каким предметам — это вообще остается вне поля внимания. Пока что получается, что на первых двух курсах вузов студенты получают знания, которые должны быть вынесенными из школы. В результате почти половина выпускников школ идут в вузы за чем угодно: чтобы получить отсрочку от армии, потому что не хотят идти на низкоквалифицированную работу, потому что это престижно и т.д.

В советское время среди населения доля лиц с высшим образованием составляла только 20% (сейчас более половины), но польза и отдача от них тогда были несоизмеримо более высокими. В ближайшие годы предусмотрено закрытие до 40% вузов и до 80% их филиалов, но пока подвижки в резком улучшении качества высшего образования незаметны.

Как видно, Россию накрывает волна дебилизации, о чем постоянно предупреждал еще академик С.П. Капица. Приведенные факты недавно сильно удивили президента РФ, который внимательно следит за подготовкой школьных учебников, особенно по истории. Ему большей частью рассказывают о наших отдельных талантах, которыми, несмотря на убожество образования, пока еще богата русская земля. Все это означает, что космос мы пока полностью отдаем американцам. Ракеты со спутниками просто так не падают, пусть они старые (но надежные), а обслуживают их наши же выпускники. Аварий, естественно, может стать только больше.

Как с такими массовыми знаниями можно говорить о модернизации? И дело тут вовсе не в самих школах, а в административном давлении на них на протяжении последних 10 лет, при том что в предыдущее десятилетие не знали, как и чему учить. Кроме того, на удивление, программы обучения и учебники в разных школах сильно отличаются, что является результатом деструктивной политики в отношении школ в последние годы, когда сами школы стали выбирать программы обучения (раньше это было централизовано и в обязательном порядке), а разные учителя могут использовать разные методики преподавания. Школа представляет собой достаточно сложный и многогранный механизм, она призвана выполнить важнейшую социальную функцию по воспитанию подрастающего поколения, должна дать каждому ученику весь набор необходимых базисных знаний, с помощью которого и формируются интеллект человека и личность в целом. И в этом процессе каждый предмет школьной программы выполняет свою важную роль. Будущему гуманитарии необходимо изучение естественных и точных наук, что упорядочивает его мыслительные возможности, а будущему инженеру необходимо изучение общественных наук, хотя бы для понимания своей роли в современном обществе. Именно поэтому нельзя объявлять предметом по выбору государственный язык, математику, представляющую собой еще один язык, историю, без которой нельзя ориентироваться в современном мире и осознавать свои корни, русскую литературу, без знания которой может сформироваться только убогая личность. Ведь именно в старших классах (в младших классах это изучать бесполезно) читают Пушкина, Лермонтова, Толстого, Гоголя, Тургенева, Достоевского, Островского, Некрасова, Гончарова, Лескова, Чехова, Блока, Ахматову, Булгакова, Шолохова, Платонову и многих других.

Школьники разучились думать, нагрузка на учителей растет, чрезмерное регулирование школьного процесса, введение ЕГЭ, ФЗ № 83, закрытие школ, увольнение учителей, низкий их заработок, потеря уважения к учителю и т.д. — вот это и есть следствие полностью неадекватного, варварского вторжения (без оценки последствий) в процесс образования, то есть виноваты не школы, учителя, семьи или школьники, а чиновники и их действия. Складывается впечатление, что предложившая такую

реформу «Единая Россия» намерена уничтожить не только настоящее, но и будущее страны, так как школы будут готовить уже не полудебилов, а полных дебилов. И тут закрадывается сомнение: они это сами придумали или по указке сбоку? Разработчиком этой идеи стала Российская академия образования во главе с А. Кондаковым, бывшим главным редактором издательства «Просвещение». Из их совместных с А. Фурсенко фантазий следует, что школу они видели последний раз, когда в ней учились. Они все витают в облаках и не знают, что жизнь очень далека от их кабинетов. Так, с 01.09.2011 г. вступили в действие санитарные правила, которые обязывают школы иметь зеленую благоустроенную территорию, бассейн, мультимедийные установки и тому подобное с возложенной ответственностью за это на директоров школ, без дополнительного финансирования. А это подталкивает к поборам с родителями. Кроме того, программы обучения и учебники в разных школах сильно отличаются, что является результатом деструктивной политики в отношении школ. Фактически школьное образование благодаря действиям (лучше бы их не было вообще) властей деградирует. В 1930-х годах СССР стоял перед необходимостью индустриализации страны, так как необходимо было за 10 лет преодолеть отставание от других стран на 50–100 лет. И тогда были построены тысячи новых школ, сотни новых вузов, десятки военных училищ и академий. Вот и сейчас, на пороге кризиса, надо не закрывать школы и не переходить на платное образование, а сделать образование более качественным, более индивидуальным, более доступным и более востребованным.

Когда в 2000 г. оказалось, что по международным критериям в Германии далеко не лучшее школьное образование, там сразу же был снят министр образования, в школах изменились программы, направленные не столько на получение знаний, сколько на их использование, школы стали более демократичными, повышены авторитет и доходы педагогов. Все это позволило в Германии радикально переломить ситуацию. Кстати, основы высшего образования в Германии заложены еще А. Гумбольдом и сохранились до нынешних времен. Власть у нас ничего не делала и не делает для приобщения детей к культуре, что видно на примере столетия со дня смерти Л.Н. Толстого, годом которого ЮНЕСКО объявила еще в 2010 г. В советское время этой дате были бы посвящены сотни мероприятий: научные конференции, очередное издание его повестей, рассказов, писем и романов, Толстовские чтения, теле- и радиопередачи, паломничество школьников в Ясную Поляну, пьесы по романам Толстого, кинофильмы, школьные сочинения по произведениям писателя и т.д. Но нынешней власти Толстой не нужен, поскольку герои этой власти — олигархи, купившие очередную виллу, банкиры, укравшие деньги, крышующие силовики, проворовавшиеся мэры, попсовые передачи. На примере романов Л.Н. Толстого молодежь ранее училась уважать и любить свою

страну, а на примере нынешних «героев» — любить пошлость, деньги и бандитов. И при этом власти никак не стыдно.

В 2010 г. исполнилось 825 лет со времени написания «Слова о полку Игореве» и 210 лет со дня его первой публикации. Можно себе представить, как в советское время отметили бы эти события, демонстрируя отношение к выдающемуся древнему памятнику национальной и мировой культуры. Но об этом мало кто и вспомнил, события прошли мимо школ, что характеризует нынешнюю власть, ее денежные ориентиры, ее отношение к истории, культуре и народу в целом.

8 (19) ноября 2011 г. исполнилось 300 лет со дня рождения в деревне Мишанинская-Денисовка (ныне — село Ломоносово) Куроостровской волости около села Холмогоры Архангельской губернии выдающегося и разностороннего ученого-естествоиспытателя мирового значения, энциклопедиста, химика, физика, астронома, литератора, художника, историка и общественного деятеля М.В. Ломоносова (умер в 1765 г.), одна из множества научных работ которого была посвящена сохранению и размножению российского народа (1761), и власти не обратили на эту дату должного внимания. Именно М.В. Ломоносову принадлежат крылатые слова: «Кто в свете сем родился волком, тому лисицей не бывать...». Видимо, единственное место, где отметили юбилей Ломоносова, — это основанный им МГУ. Заслуг у М.В. Ломоносова было немало, но среди них я бы выделил его позицию в отношении Академии наук. Он считал, что чиновникам в науке делать нечего, все, что касается развития науки, должны решать академики, и выступал за реформу академии. Все это не потеряло своей актуальности и сегодня.

Точно так же забыли, как и на 190-летие 11 ноября (30 октября) со дня рождения одного из самых известных, почитаемых в мире и значительных русских писателей и мыслителей Ф.М. Достоевского (умер в 1881 г.). В 2011 г. исполнилось 100 лет со дня смерти известнейшего историка, создателя крупных работ по истории России В.О. Ключевского, который вместе с Карамзиным, Соловьевым, Костомаровым, Гумилевым, Грушевским и др. позволяет нам заглянуть в прошлое и сформировать патриотизм и чувство гордости за Великую Русь, выдержавшую множество испытаний и сохранившую свою государственность. В советское время это было бы весьма значительным мероприятием не только для учащихся, но и для страны в целом, были бы переизданы массовым тиражом его труды, проведены чтения, семинары и т.п.

То же самое можно сказать и в отношении 100-летнего юбилея со дня рождения выдающегося шахматиста современности, на протяжении 15 лет восседавшего на шахматном Олимпе, гроссмейстера М.М. Ботвинника, создавшего советскую шахматную школу, результаты которой видны до сих пор и создают имидж нашей стране. Почему бы в память об

этом выдающемся человеке, существенно повлиявшем на престиж страны, не начать организовывать повсеместно шахматные кружки и шахматные турниры? И таких выдающихся личностей в стране было немало.

В прошлом году исполнилось 230 лет превращения по указу Екатерины II черноморского форта в город Севастополь, который внес весомый вклад в создание и развитие российского флота и в военные годы. Эта знаменательная дата промелькнула незаметно. Представляю, с каким бы размахом отмечали ее в советское время, в том числе в школах, в воспитательских целях. Не все страны имеют такую богатую на события историю, что должно отразиться в сознании поколений. Видимо, наши власти считают, что именно с них начинается отсчет истории, культуры и литературы в стране, хотя и не демонстрируют основательные знания в этих сферах. Все эти события следовало бы использовать не только для обогащения школьников новыми знаниями, но и для их воспитания, формирования личности.

Поэт и философ Джордж (Хорхес) Руиз де Сантаяна (1863—1952) справедливо заметил, что те, кто не помнят прошлого, обречены переживать его вновь. Конечно, торговать или быть рабочими по добыче нефти и газа (а таких нужно всего 18 млн человек) можно, думая, что Солнце — это спутник Земли. Хорошо еще, что школьники не догадываются, что Земля держится на трех китах, которые в свою очередь стоят на черепахах. Просто немедленно нужно коренным образом менять организацию школьного воспитания и образования, используя в том числе и предшествующий позитивный отечественный опыт. Нужно научиться готовить широко образованных граждан, а не, как считается, выпускников школ. Еще в школе целесообразно обучить школьников навыкам принятия коллективных решений, что потом поможет им во взрослой жизни. Пришла пора создавать общественные просветительские университеты, направленные на развитие гражданских инициатив в стране и на формирование потенциальных и образованных лидеров.

* * *

Одновременно в период школьного обучения я занимался в нескольких кружках и спортивных секциях, состоял членом шахматного клуба «Авангард», выполнил норму кандидата в мастера, а до этого, участвуя в сеансах одновременной игры, сыграл вничью с гроссмейстерами Рагозиным и Таймановым. В шахматный клуб меня затащил соученик по классу погреться после того, как у меня в бассейне украли пальтишко с ключами от квартиры, а на дворе была прохладная осень. Там я и прижился на несколько лет. Запомнилась первая руководительница нашего шахматного кружка для начинающих — дама с ярко накрашенными

ногтями, под которыми был «траур». Она нам с апломбом показывала на доске, как она сыграла в той или иной ситуации, а мы слушали ее, раскрыв рты. Потом были турниры из новичков, и занявшим первые места присваивались разряды (категории), потом шли серии турниров из одних и тех же категорий с присвоением победителям очередного разряда. Так я добрался до кандидата в мастера, для чего нужно было в трех турнирах из перворазрядников выйти победителем.

Цели добиться каких-либо достижений в спорте я не ставил, меня вполне устраивало разнообразие спортивных разрядов. В свое время несколько раз играл в шахматы вслепую, отвернувшись от доски. Неудачно пробовал себя в прыжках в воду (сорвался с 3-метрового трамплина и почти месяц сесть не мог), занимался плаванием, участвовал в лыжных гонках, играл в большой и настольный теннис, упорно занимался греблей, вначале на каноэ-двойке в обществе «Медик» (это общество затем вместе с «Наукой» и «Искрой» объединились в «Буревестник»), начиная с гребного бассейна и кончая тренировками в Матвеевском заливе (Днепровский район), а потом и на восьмерке-академичке, будучи седьмым баковым номером. Имел первый разряд по настольному теннису и гребле, второй разряд по плаванию и лыжам. Несколько раз после перевертывания каноэ тонул в Днепре сразу после ледохода (однажды спасла с трудом четверка-академичка из «Науки», за которую я ухватился уже негнушимся локтевым суставом и едва их не утопил), что и побудило заняться плаванием. Вообще, каноэ — малоустойчивая лодка, и по подобию велосипеда держит равновесие только благодаря движению, что отличает ее от байдарки. Мой партнер на каноэ-двойке стоял чуть впереди на правом колене и греб с правого борта, а я — с левого. У меня в подушке была дырка, и пробка, высыпаясь, давила на колено. Я чуть-чуть подвинулся и подтолкнул заносящего тело для гребка партнера, после чего он оказался в ледяной воде. А каноэ выбросило и меня, но дальше от берега. Утонул тапочек, ногу прихватила судорога, цепляться за перевернутую лодку было бесполезно. Вокруг пустынно, никого поблизости не было. И тут пришло спасение в виде распашной четверки. Лодку догнали, а весла и подушки с пробкой уплыли. Нахлебался я прилично воды и в Водницком заливе на соревновательном каноэ с пристегнутой левой голенью. Прошел катер, дал боковую волну, и я не удержался. Мой напарник повис на противоположном борту, ибо когда он наклонялся, чтобы отстегнуть мне ногу, я глотал воду вперемешку с машинным маслом. Ходили на каноэ мы на дистанцию 10 км, где-то на 3-м километре наступала мертвая точка, хотелось все бросить, а потом уже гребли на автомате. На этой дистанции стали чемпионами спортивного общества «Буревестник». На восьмерке-скифе тоже было все непросто, нужно было на тележке проезжать вперед, удерживая строго

горизонтально весло с длинной ручкой, а затем силой рук и спины отъезжать обратно, опуская весло в воду и делая мощный гребок. Если весло чуть касалось воды при замахе, то оно могло из-за длинной рукоятки болезненно выбросить гребца в воду на полном ходу. Ритм задавал не щупленький рулевой, к которому мы сидели лицом (спиной к движению), а первый загребной гребец, наиболее сильный, мощный и выносливый. Я же был седьмым баковым номером. Занятия греблей помогли мне укрепить мышцы спины и довести объем легких по спирометру почти до 9 литров, приобрести соответствующие навыки. Позже, в спортивном институтском лагере (и намного позднее на озерах на северных Соловецких островах), эта закалка позволила мне выиграть не одно соревнование на шлюпках. Но первый раз я тонул, будучи малышом, в неглубоком, почти ровень с землей, колодце.

Уже в институте занимался в волейбольной секции, но тогда правила были совсем иными, и прием снизу двумя вытянутыми руками считался двойным ударом. Именно поэтому под мяч нужно было подсесть и отбить его двумя руками сверху, а потом делать кувырок через спину. В результате у меня вся спина была в синяках. Последствия занятий спортом и спортивных травм я ощущаю до сих пор, поскольку коленные суставы у меня сейчас без менисков, что создает определенные трудности при ходьбе.

Летние школьные каникулы я месяц проводил либо в загородных или городских пионерских лагерях, либо у тети Вали с Валерием, которые переехали в лесничество под Белую Церковь (Киевская область), а спустя еще несколько лет — в Прилуки Черниговской области, в Жадьковское лесничество, где выращивали лесные сеянцы. Вот такая была любовь к лесу. Но это было потом. А пока они жили в огороженном лесничестве посреди леса. Туда, под Белую Церковь, самостоятельно добирался поездом, и на маленьком полустанке с минутной стоянкой поезда меня ждала рессорная бричка. Песчаная дорога шла пшенично-ржаным полем с одной стороны, а с другой — стена леса, потом ныряла в лес.

Помню, как за хлебом я там ездил на велосипеде на семенную станцию за 6 км, как меня невзлюбил гусак и с гоготом гонялся за мной по всему двору; помню кислое молоко кусками в глечиках в прохладном погребе, куда иногда заползали ужи; помню громадные заросли лесной ежевики сразу за забором; помню, как получил в лоб (остался шрам) рукояткой раскручивающегося ворота у колодца.

Лето было жарким, и тетя Валя матрац мне стелила на полу, на что я, не понимая, обижался. Там же, пока еще неосознанно, познакомился с системой управления лошадьми, когда на телеге ездил по песчаным лесным дорогам, подпрыгивая на каждом выступающем сосновом корне. Лошади были в шорах, и достаточно было чуть-чуть натянуть одну вожжу, как лошади мгновенно поворачивали.

Гораздо позднее, когда я прочитал работы Винера, Оптнера, Черчмана, фон Бергаланфи, Р. Акоффа и других кибернетиков и системщиков, русских философов, а также книгу Полякова, Журковича и Георгиевского «Советское здравоохранение и кибернетика», я стал что-то понимать в теории управления и системном анализе. Кстати, замечательную книгу о прошедшем ВОВ военном враче, полковнике, демографе и статистике, ленинградском профессоре Л.Е. Полякове выпустил полковник В. Романовский.

В школе мне особенно нравились история Древнего мира, Средних веков и история России, физическая и экономическая география, астрономия, логика и литература. Из истории Древнего Египта пошла традиция класть усопшим руки накрест, оттуда — бальзамирование, похороны с вещами, астрономический год (12 месяцев по 30 дней, разделенный на четыре сельскохозяйственные части по три месяца с добавлением к каждому году по пять дней праздников), книги, в том числе по медицине (гинекологии, хирургии, травникам), понятие о Ялу-рае (Елисейских полях), куда отлетала душа, обелиски, один из которых французы перевезли в Париж и установили в 1836 г. на площади Конкордия, папирусы, иероглифы, картуши, таблички и т.д. Особенно впечатляла жизнь фараонов (всего была 31 династия), в первую очередь Рамзеса II Великого, который за 67 лет правления имел 64 жены, 191 ребенка (последней была дочь — Нефертари), но помимо этого он разбил хеттов, вел нубийские войны, сооружал храмы и монументы. И все это происходило в 1200-е годы до н.э. Большой интерес представляли собой Сезострис III из 12-й династии фараонов, один из самых прославленных правителей Древнего Египта (1700 гг. до н.э.), царица Хатшепсут, правившая 22 года, устранившая Тутмоса II и Тутмоса III, и царица Клеопатра.

Среди выпускных экзаменов были, естественно, экзамены по украинскому языку и украинской литературе. В целом я окончил школу с полноценными знаниями при нескольких четверках. В это время в Киевском политехническом институте, в котором многие годы учился известный футболист В. Лобановский (левый крайний нападающий киевского «Динамо» и сборной СССР, впервые в стране применивший «сухой лист» при штрафных ударах и с угловых), открылся новый факультет диэлектриков и полупроводников. И хотя я весьма смутно представлял себе, что это такое, решил поступать именно туда, чувствуя перспективность этого направления. Начал готовиться. И тут ко мне обратился за помощью довольно взрослый, по моим меркам, человек из нашего двора, отслуживший в армии, который попросил за него сдать экзамены на вечерний факультет в тот же институт. Эти экзамены по срокам были раньше, и я согласился, чтобы попробовать свои силы. Переклеивая фотографии на экзаменационном листе, сдал я за него три экзамена на отлично, а на

последний он пошел сам. На дневное отделение было пять экзаменов, и я был в полной уверенности, что поступлю. Набрал 23 балла, но конкурс был таков, что с этими баллами приняли дочь погибшего партизана и сына Героя Советского Союза. Не поступил.

Стал вопрос, что делать дальше. Младшая моя тетя, Люся, работала в горкоме партии, заведовала сектором учета и предложила свою помощь в трудоустройстве. Кстати, она в конце войны была военным корреспондентом, и после освобождения Киева часто гуляла со мной, выдавая за своего сына. Она вытравливала свои волосы пергидролем, а потом их накручивала, делая локоны. А поскольку у меня тоже были белые волосы, то прохожие говорили, что мать, видимо, хотела мальчика, а родилась девочка, так она ее в штаны нарядила. Я тогда расстегивал осеннее пальтишко, чтобы все видели мои короткие штанишки на шлеечках крест накрест. Ее поклонники дарили мне подарки. Помню огромный кукурузник из консервного железа на трех колесах, который меня выдерживал и на котором я ездил по комнатам. Подарили они мне также громадную карту с флажками, по которой, слушая радио, я отмечал передвижения наших войск. Радио в квартире было включено постоянно. Бабушка очень любила слушать Лидию Русланову (еще до ее запретов), и когда она пела, я выдергивал вилку и бежал за бабушкой на кухню. Но когда опять включали, песни уже не было.

Однажды мы с мамой были на площади возле Оперного театра. Это было 13 февраля 1945 г. Из тарелки-репродуктора Левитан передавал сводку Совинформбюро. Собралось много людей. И тут я сказал маме, что сейчас объявят, что наши войска освободили город Будапешт. Так оно и случилось. А рядом стояли двое военных, и один другому говорит: «Смотрите, лилипут», на что мама сказала: «А вы спросите, сколько этому лилипуту лет». Мне было пять с половиной лет. Тогда они меня схватили, посадили в машину и увезли. Мама металась по всей площади. Но они привезли обратно с полными карманами конфет. Так мы познакомились с полковником Юзеевым, который в Киеве формировал новую дивизию. Потом его фамилию я нередко слышал в военных сводках.

* * *

Уже после войны, в начале лета 1945 г., тетю Люсю направили на Западную Украину, где почти до середины 1950-х годов шла борьба с бандеровцами, к которым относились далеко не все жители этой территории, но которые этих бандеровцев боялись и покрывали. Она об этом и их повадках, об их необузданной, особой жестокости много рассказывала и говорила, что эти люди и их потомки никогда лояльными по отношению к России и русским не будут. Тётя Люся говорила, что они всегда будут

врагами, скрытыми или явными в зависимости от ситуации, и что это у них накапливалось даже не десятилетиями, задолго до гетмана Мазепы.

В конце XIX — начале XX в. с помощью Австро-Венгрии был создан Союз освобождения Украины и соответствующие бюро в Вене, Берлине, Стокгольме и Лозанне, через которые переводились крупные суммы денег на территорию Украины для подрывной деятельности и освобождения Украины от «московского варварства». Затем эти же и более националистические лозунги перешли по наследству к кратковременно существовавшей Центральной раде и ее генеральному секретариату. До Центральной рады Украины как таковой политической или административной единицы не существовало, а были отдельные районы Польши, Австро-Венгрии и входящие в состав Российской империи районы, такие как Подолье, Волынь (большая часть принадлежала Польше), Северная Таврия, Крым, Слобожанщина с центром в Харькове, Донбасс, который входил в область Донского войска, а несколько позднее в состав Донецко-Криворожской Республики, и Новороссия (до XIX столетия). Центральная рада, провозгласив в 1917 г. Украинскую Народную Республику, включила в ее состав девять территорий: Киевщину, Подолье, Волынь (без Польской части), Черниговщину, Харьковщину, Полтавщину, Екатеринославщину, Херсонщину (включавшую и нынешнюю Одесскую область), Таврию (без Крыма). С апреля по декабрь 1918 г. на Украине было гетманство Павла Скоропадского, генерал-лейтенанта царской армии и орденосца (его родовой особняк — в Санкт-Петербурге, на Конногвардейском бульваре), который вначале освободил Киев от отрядов Красной гвардии, а затем сдал его войскам Петлюры и Винниченко и передал власть Директории во главе с Симоном Петлюрой. Но это был очень короткий временной промежуток. Указанные территориальные единицы были узаконены уже в 1922 г., при создании СССР.

Первый Скоропадский был назначен гетманом еще Петром I, а П.П. Скоропадский, его потомок, поначалу отказался принять гетманство из рук Николая II, мотивируя это почитанием гетмана Мазепы и тем, что вольная Малороссия несовместима с империей, но потом все же стал гетманом. Кстати, можно поставить под сомнение ряд ленинских постулатов формирования территорий по национальному принципу и о праве наций на самоопределение, что потом позволило развалить страну на отдельные национальные образования. Эту же мысль можно подтвердить на примерах Квебека, Шотландии, Каталонии, Приднестровья, Крыма, Южной Осетии, Абхазии, Трансильвании, Косово, бывшей Югославии и т.д.

Поначалу 13 территорий в Северной Америке, желавших выйти из состава Великобритании и приобрести независимость, считались сепаратистами. Это просматривается в виде ряда событий того периода времени: Бостонское чаепитие 1773 г., Конкорд, Лексингтон, Банкер-Хилл,

Филадельфия, Нью-Йорк, Брендивайн, Саратога, Йорктаун и т.д. И только 4 июля 1776 г. была принята Декларация независимости США. К середине XIX в. на территории Северной Америки существовало четыре государства: США, колония Англии — Канада, колонии Испании — Флорида и Мексика, а также Новомосковия с Аляской, принадлежащие России.

Судя по всему, и это подчеркивалось, ленинский принцип территориального формирования по национальному принципу с правом нации на самоопределение доказывает свою несостоятельность. Возможно, территориальные единицы у нас следовало бы создавать исходя из целого ряда разнообразных признаков, включая экономическое развитие, то есть по однородности или схожести социально-экономических и географических условий, а не по религиозной или национальной титульной принадлежности. По новым правилам в последние десятилетия произошло объединение у нас некоторых территорий. В США, например, в каждом штате проживают разные народности, и это никак не разрушает страну. Кстати, против ленинского принципа создания национальных образований выступила резко Роза Люксембург, правота которой была подтверждена спустя 70 лет после ее гибели, когда началась резня в югославских республиках.

* * *

Как рассказывала тетя Люся, до изощренных бандеровских способов пыток и убийства не додумались даже фашисты. Они выкалывали глаза, отрезали уши, женщинам отрезали груди, вырезали на теле звезды, в анальное отверстие вгоняли бутылки, зверски насиловали женщин с ножевыми ранами, а потом их убивали, детям разбивали молотками головы, насаживали их на вилы и бросали в костер, придумали станок для пыток, подвешивали людей так, что выворачивались суставы, а трупы выбрасывали в колодцы, срезали лезвиями кожу с лица и тела и заливали раны кипятком или чернилами, между ребер вбивали дубовые кольца, вешали на колючей проволоке, прибивали руки к порогу хаты, прикрепляли живого человека к опоре и бросали в него ножи и т.д. В общем, не люди, а хуже диких зверей. Днем их пособники копались в огороде, приветствуя проходящих мимо, снимая шляпы, а ночью брали в руки оружие. Ненавидели они (а ненависть эта передавалась из поколения в поколение) не только русских или иначе мыслящих украинцев, в том числе местных, но также евреев (преподавателей, ремесленников, шинкарей и ростовщиков), поляков, под гнетом которых были долгое время, и коммунистов, и многие из них прятали в лесных многоуровневых схронах оружие. Они надеялись, что оружие когда-нибудь пригодится. К войне с СССР готовилась не только фашистская Германия, но и бандеровское движение на Украине. В Службе внешней разведки (СВР) страны еще в 1940 г.

считали, что украинские националисты будут воевать на стороне Гитлера. В начале 1941 г. СВР информировала о том, что в Кракове обосновался Центральный украинский комитет в дополнение к проводу Организации украинских националистов (ОУН) во главе с известным террористом С. Бандерой, прошедшим курс подготовки диверсантов. Он лично участвовал в уничтожении ряда польских лидеров. Украинские комитеты состояли из националистов, злейших врагов всего русского, ежедневно пополнялись новыми членами и, по мнению СВР, могли быстро скомплектоваться в боевые армейские единицы. Неслучайно немецкие власти предполагали привлечь украинские части к охране фабрик и заводов, а также, организуя их в отряды «Берк-Динст» и «Арбайт-Динст», для патрулирования границы.

Но с началом войны некоторые западные украинцы с радостью приехали и приняли немцев, всячески им помогали и даже служили в их рядах, хотя подавляющая часть украинцев активно сражалась с фашистами, и украинские партизаны только за один 1943 г. уничтожили 3,5 тыс. эшелонов врага. Во Львов немцы вошли утром 30 июня 1941 г. Украинские националисты фракции Бандеры в ОУН тотчас же, 30 июня, создали в городе свои власти, и главой украинского правительства, просуществовавшего совсем малую толику времени, стал Ярослав Стецько. Стецько в тот же день зачитал акт провозглашения государственности, выдержки из которого уместно привести: «Восстановленное Соборное Украинское Государство будет тесно сотрудничать с Национал-социалистической Велико-Германией, которая под руководством Адольфа Гитлера создает новый порядок в Европе и мире и помогает украинскому народу освободиться из-под московской оккупации. Да здравствует Организация Украинских националистов, пусть живет Проводник ОУН Степан Бандера!» Гитлеру была направлена соответствующая петиция за подписью С. Бандеры и В. Стахива. И в этот же день бандеровцы (и это документально подтверждено) начали еврейский погром (руководил им Роман Шухевич, которому В. Ющенко, видимо за это, присвоил звание Героя Украины), в котором приняли участие бывшие украинские милиционеры, взрослые, подростки и даже дети. Львов стал Лембергом, Буковину Гитлер подарил Румынии. Кстати, Р.И. Шухевич (1907–1950) в довоенный период организовывал террористические акты против польских лидеров, после обучения в военной академии в Мюнхене стал заместителем командира эсесовского спецподразделения «Нахтигаль» в чине гауптмана, во главе охранного батальона уничтожал людей не только на Украине, но и в Белоруссии, командовал Украинской повстанческой армией, в том числе в подполье. Указанный погром был подробно задокументирован прибывшей из Берлина группой фотографов и кинооператоров. Людей зверски убивали на улицах, во дворах тюрем (например, «Бригитки»),

в домах и везде. Все это осуществлялось с такой жестокостью, что немецкие офицеры прекратили через три дня этот погром, хотя безумевшая от крови и насилия толпа требовала продолжения. Когда «зачищение» Западной Украины от евреев руками самих украинцев-бандеровцев было в основном закончено, лидеров украинских националистов, напрасно мечтавших о независимом государстве, немцы за ненадобностью отправили в концлагеря. Так, оба брата Степана Бандеры были замучены в Освенциме. Именно таким образом немцы препятствовали образованию самостоятельной Украины, а не понявших это бандеровцев изничтожали. Сейчас все это ставится в заслугу С. Бандеры, который якобы пострадал из-за оккупантов.

Когда тетя Люся прибыла на Западную Украину, там еще были свежи в памяти массовые убийства на территории всей Западной Украины, зверские убийства евреев в Золочеве и прогремевшая на весь мир волынская резня боевиками Украинской повстанческой армии (УПА) в 1943 г. почти 100 тыс. поляков, включая детей, женщин и стариков. Например, в селе Корюковка на Черниговщине в марте 1943 г. украинские полиция вместе с карательным немецким отрядом убили 6700 жителей (в Хатыни — 152), уничтожили 1300 домов (то же самое сделали в соседних селах Гута, Студенецкое, Тихоновичи, Перелюбов). И когда через две недели туда вступила Красная армия, ее встречать было некому. Таких примеров можно привести немало. У украинских националистов были хорошие учителя и наглядные пособия, например, Хрустальная ночь уничтожения евреев в Германии 9 ноября 1938 г., да и затем тоже. Степан Бандера непрерывно повторял, что убьет каждого поляка в возрасте от 16 до 60 лет, но убивал всех подряд, без оглядки на возраст. Он же планировал создать на Украине пронацистское государство, и эта идея сейчас получила свое развитие, о чем свидетельствует недавнее факельное шествие под бандеровскими, а не украинскими флагами. Когда Гитлер отказался от переселения немецких крестьян на Украину, он перестал поддерживать бандеровское движение. Самостоятельная Украина немцам не нужна была, а местные националисты все время путались под ногами. Все украинское правительство во главе с Я. Стецько было отправлено в концлагерь, а С. Бандера с женой Ярославой и дочерью Наталкой уже 9 июля 1941 г. были помещены в Берлинскую тюрьму, откуда их перевели под домашний арест. Единственное, на что был согласен Гитлер с подачи А. Розенберга, — это создание национального краевого совета при Рейсхкомиссариате.

В 1942 г. С. Бандера, подписавший согласие работать на гитлеровцев, создал УПА и во главе ее поставил Р. Шухевича. УПА боролась не только с партизанами, но и с регулярной Красной армией, что теперь ставится ему в заслугу. В 1944 г. С. Бандера готовил диверсионные группы в составе

202-й команды Абвера. После войны ему пришлось скрываться в американской зоне оккупации до 1959 г., когда был убит в своем же подъезде. Вся его сознательная жизнь националиста и прислужника фашистов, безжалостного убийцы тысяч и тысяч людей не позволяет согласиться с нынешними украинскими его последователями в том, что он был только борцом за независимость Украины как с советами, так и с фашистами. Кстати, есть фотографии, где С. Бандера прекрасно себя чувствует в фашистской форме гауптмана. Тем не менее памятники ему установлены в Ивано-Франковске, Коломые, Городенке, Старом Угринове, Самборе и Старом Самборе, во Львове, в Бучаче, Тереховле, Кременце, Трускавце, Залещиках и в других местах Западной Украины. У меня вызывает удивление отсутствие должных реакций у поляков и евреев (которые в последнее время стали молча и массово покидать Украину) на происходившие ранее и происходящие ныне события. Рассказывала тетя Люся не только о бандеровцах, но и об украинских эсесовцах, их лидерах и их беспредельной жестокости, проявленной в разных местах Украины и на смежных территориях.

Жестокость уходит корнями в Древнюю Русь, в XIII в., когда галицко-волынские земли, где княжил Даниил Галицкий, были захвачены ордынцами с разрушением крепостей Львова, Луцка, Владимира и др., и в Средние века, а на украинской части Польского королевства — во времена межказацкого военного противостояния в 1650-е годы. Тогда убийства сопровождалась варварскими истязаниями: сдирали с живых кожу, распиливали поперек, забивали до смерти палками, поджаривали на углях, обливали кипятком и т.д. Такое было жестокое время. Еще за 36 лет до воссоединения украинских земель с Россией в 1654 г. 20-тысячное войско запорожского гетмана П. Сагайдачного с отрядом полковника М. Дорошенко попыталось в поддержку польского королевича В. Вазы захватить Москву, уничтожая на своем пути небольшие города-засеки, убивая множество мужчин, женщин и детей вплоть до «сущих младенцев». За этот поход запорожцы от польского короля получили 20 тыс. золотых и 7 тыс. штук сукна, но обещанные политические права оказались не выполненными и права православной церкви по-прежнему грубо попирались. Так что бандеровцам было с кого пример брать. Кроме того, Речь Посполитая не только ограничивала и регулировала число реестровых казаков, то есть ограничивала армию Запорожской Сечи 1 тыс. человек, но и в лице Барской конфедерации вела активную, беспощадную и жесточайшую борьбу огнем и мечом с православными жителями Правобережной Украины, которые поддерживались Россией. Именно тогда среди местного населения и усилилось враждебное отношение не только к русским и евреям, но и к полякам, против владычества которых и в ответ на чинимые зверства периодически возникали гайдамацкие бунты. Кстати, Львов, Тернополь, Станислав, в окрестностях

которых активно хозяйничали бандеровцы до начала 1950-х годов, и другие города Западной Украины отошли к Украинской ССР накануне войны по пакту Молотова—Риббентропа, то есть только почти два года они были под советами. 17 сентября 1939 г. части Красной армии перешли польскую границу, и уже к 28 сентября государственная граница СССР была отодвинута на запад на 250—350 км. В результате Польша окончательно лишилась Западной Белоруссии и Западной Украины.

Сейчас много ведется разговоров о Брестской крепости. В 1939 г. ее защищали от немцев поляки, но, несмотря на их героизм, крепость пала под превосходящими силами генерала Г. Гудериана. Потом по соглашению немцы передали Брест и крепость Красной армии. А повторный героизм защитники-красноармейцы Брестской крепости проявили в самом начале Великой Отечественной войны, о чем подробно изложено в рассказах писателя и журналиста С. Смирнова.

Уже в наши дни мне прислали фотографии расправ и погромов в занятом немцами Львове при покровительстве Униатского Галицкого митрополита Андрея Шептицкого, выходца из семьи австро-венгерской знати. Тогда были уничтожены вся львовская интеллигенция (украинская и еврейская), преподаватели университета, учителя, врачи и т.д. Перед своей гибелью они подвергались всевозможным унижениям и издевательствам. Именно Шептицкий писал приветственные письма Гитлеру и был председателем Совета Синьоров (старейшин) при краткосрочном правительстве Ярослава Стецько (заместителя Степана Бандеры по ОУН), который считал Москву и жидовство главными врагами Украины. Именно поэтому неудивительно появление впоследствии желаний «москаляков — на гиляку», то есть на виселицу. Символом организации украинских националистов стали черно-красные знамена, под которыми (но не под официальными желто-голубыми украинскими) и прошли недавно колонны бандеровцев в факельном шествии. А флаг этот предложили украинские сечевые стрельцы еще в 1916 г. (Иван Цяпка-Скоропад), когда они в составе армии Австро-Венгерской империи воевали с Россией и были почти полностью разгромлены.

Там же, на Западной Украине, тетя Люся вышла замуж за механика-танкиста из Горького, и в селе Копыченцы в 1946 г. осенью родила дочь. Потом они переехали в Киев. Уже много позднее, в том числе после недавнего вторичного присоединения Крыма к России, в приморских городах Болгарии я много раз видел автобусы из западных областей Украины с отдыхающими, которые перед отъездом скупали все продукты подряд и помногу, при этом изъясняясь на прекрасном русском языке. Видимо, они у себя дома «выпендриваются», что по-русски не понимают.

Кстати, складывается впечатление, что и Порошенко, и Тимошенко и некоторые другие украинские лидеры лучше и свободнее говорят

по-русски, чем по-украински. Теперь становятся понятными истоки той жестокости, которую учинили новоявленные бандеровцы, действующие сегодня в виде самодеятельных батальонов на Юго-Востоке Украины. Они отрезали тем, кого считали сепаратистами, руки, рубили их топором, вставляли их руки в выхлопные трубы танков и газovali, сжигали живьем, подвешивали так, что при опускании с носочков на полную стопу ломались шейные позвонки, насиловали, убивали, мародерствовали и т.д. И это все делалось с молчаливого согласия и даже при поддержке центральной власти Украины и, в частности, премьера А. Яценюка, который обозвал жителей Юго-Востока Украины недочеловеками. Мне очень трудно себе представить, что может произойти, когда к себе на места с оружием в руках вернутся участники антитеррористической операции (АТО), привыкшие к военному надругательству, мародерству, кровавым разборкам и приученные убивать других.

Говоря о событиях на Юго-Востоке Украины, как не вспомнить советы премьера консервативного правительства Великобритании лорда Дизраэли (он дважды был премьер-министром при королеве Виктории), данные туркам действовать беспощадно во время болгарского освободительного восстания. Именно в тот период У. Гладстон, будучи четыре раза премьер-министром (последний раз в 83 года), предупреждал об опасностях исламского экстремизма. Категорически порвав с консерваторами, Гладстон стал лидером либералов и продвигал идеи политического самоуправления, что сейчас весьма актуально для муниципального уровня в России. Кстати, вызывает вначале удивление, а затем — сожаление и обеспокоенность то обстоятельство, что местной Фемидой не была дана оценка происходящих в 2014 г. событий на Украине и вокруг нее, как и не было их согласованных международных правовых оценок.

Недавно был в Берлине целую неделю, и там во всех средствах массовой информации обсуждались забастовка пилотов Люфтганзы, королевская чета Нидерландов, солнечное затмение, но ни слова не было сказано о ситуации в центре европейского региона — на Юго-Востоке Украины. Простой западный обыватель уверен, что агрессивная и злобная Россия напала на демократически развивающуюся Украину, и за это Европа и США ввели против России обоснованные санкции. Все это говорит о колоссальной информационной недоработке, а попросту — о провале. Многие считают, что нынешнее распространение бандеровщины связано с относительной промышленной бедностью Западной Украины, отсутствием там рабочих мест, в том числе для подростков и молодежи, с безработицей, преимущественным проживанием там сельских жителей. Это ошибочная точка зрения, дома и условия жизни там были богаче, чем на Востоке (в этом я лично убедился), а все дело было в накопленной жестокости, вырвавшейся наружу, и в антироссийской многолетней идеологии и пропаганде.

* * *

Но вернемся в послешкольный период, когда я решил действовать самостоятельно, без какой-либо помощи, и пошел работать на стройку учеником слесаря-сантехника. Стройка — это каменные коробки домов под крышей, но без окон, дверей, полов и лестниц, вместо них — деревянные настилы и трапы. Мы проводили канализацию, отопление, водопровод. Доводилось таскать тяжеленные чугунные радиаторы и длинные канализационные трубы. Именно там я познал такие слова, как сгон, заглушка, футорка и др. Как самого младшего, бригада посылала меня за водкой, которая тогда стоила 21 рубль 20 копеек, а потом 2 рубля 12 копеек. Пили водку из чаш-поплавок в еще не установленных сливных бачках, закусывали бутербродами с горячим чаем из термосов. Холод зимой стоял такой, что в доме было холоднее, чем на улице. Раздевалок не было, и приходилось напяливать на себя все, что только возможно. Мужики тискали теток и тем самым согревались. Мне доверяли только носить и красить, поэтому моя телогрейка вся была в красном деревянном и железном сурике и в белилах. Вначале ужасно этого стеснялся. Утром старался выйти затемно, затемно же и возвращался. А потом подумал, что пока я рабочий, то и стесняться этого нечего. Именно поэтому после работы я намеренно ехал в центр города на Крещатик и два раза проезжал по нему на троллейбусе. Правда, все от меня шарахались.

Глава вторая

ПЕРИОД ОБУЧЕНИЯ МЕДИЦИНЕ

Надо стараться все делать хорошо:
плохо оно само получится.

Андрей Миронов

За период работы на стройке я почти полностью подзабыл математику, и потому нужно было выбирать нематематический вуз. Остановился я на медицинском, лечебном факультете, хотя особого призвания (оно появилось позднее) в то время не чувствовал. Поступил, хотя конкурс был немалым. Выяснилось, что многое нужно зубрить. На первом курсе много раз безуспешно сдавал зачет по остеологии (по костям), в которых каждый бугорок, каждая неровность, каждое отверстие, каждая выемка или бороздка имели свое название по латыни. Мы же тогда не понимали, что это места прикрепления конкретных мышц и связок, прохождения определенных сосудов и нервов, и потому нужно было именно зубрить. Наконец мне надоело, я забрал домой все мелкие косточки и мог потом описать каждую с закрытыми глазами. Примерно то же самое было с фармакологией, поскольку нужно было зубрить все препараты, виды их применения и дозы. А когда я окончил институт, некоторые из них уже не применялись, и мне было жаль затраченного времени. Вот если бы нас учили клинически мыслить и тому, какие группы препаратов (а не только их конкретные наименования) следует применять в том или ином случае, мы бы были лучше подготовлены к самостоятельной деятельности. Это нужно учитывать и при нынешнем обучении студентов-медиков. Медицина развивается, появляются новые возможности, технологии и препараты, но основные клинические постулаты меняются не так интенсивно. Мне нравилась латынь (я приобрел даже дополнительную литературу), и до сих пор помню много выражений и поговорок. Конечно, раньше не только латынь, но греческий и другие иностранные языки изучали по-настоящему в гимназиях, так, чтобы на них можно было читать, писать и изъясняться, о чем я мог судить на примере своей бабушки. На латинском языке знал множество пословиц, поговорок и выражений, которые мне помогали (в случае необходимости) проникать в рестораны и отели города. Идешь мимо швейцара и сыплешь поговорками: «*Gutta cavat lapidem, non vi sed saepe cadendo*» (некоторое видоизменение из «Послания с Понта» римского поэта Публия Овидия Назона), «*Morbi*

non eloquentia, sed remediis curantur (Авл Корнелий Цельс), Homo sum, humani nihil a me alienum puto (драматург Публий Теренций Афер), Non est medicina sine lingua latina и т.д. Помню броскую и справедливую надпись по латыни на нашем анатомическом театре: *Nic locus est, ubi mors gaudet succurrere vitae* (воспроизвожу по памяти), которая в переводе звучит красиво: «Это место, где смерть помогает жизни!».

Учился легко. Практиковались на трупах, препарируя их в соответствии с темой занятий. Проблемы возникли позже. Непросто все у меня складывалось на кафедре микробиологии. Заведовал кафедрой профессор С. Дьяченко, западенец, говорящий только на западно-украинском языке, который меня несколько раз вызывал к себе из-за пропусков и отработок, но я был занят. Зная отношение к себе, перед экзаменом я в библиотеке КПСС (аналог московской Ленинки) ознакомился с первоисточниками, но успел подготовиться только по половине материала. На экзамене я шел последним, и вся группа осталась ждать, ведь я мог получить от двойки до пятерки. А заведующий кафедрой, после того как я блестяще ответил на первые два вопроса и что-то промямлил по остальным, стал мне рассказывать, что недавно из Москвы он привез всего Хэмингуэя и спросил, что я читаю. Я ответил, что в последнее время читаю только микробиологию, на что он расхохотался и поставил четверку.

Но самые крупные проблемы возникли, как ни странно, с английским языком. Нужно было факультативно готовить к сдаче десятки тысяч знаков, и все нормальные студенты постепенно их сдавали. Я же решил сдать их сразу, в один присест. Ближе к экзаменам подготовился и сдал. Но преподаватель по фамилии Кроцевич (по прозвищу Мочеточник, с ужим и сморщенно-печеным лицом) заявил, что решил у меня принимать только по 5 тыс. И за оставшиеся до экзаменов дни принял у меня всего 35 тыс., половину из положенного. У нас на курсе был мастак по подделыванию подписей, и мне он сделал справку о зачете по английскому языку. К экзаменам меня допустили, но я из-за ежедневных поездок для сдачи тысяч не успел к ним как следует подготовиться. Открыл толстенный учебник по патологической физиологии и успел прочитать только названия глав. Вел группу у нас аспирант третьего года обучения. Он попросил группу прийти пораньше, ибо академик, принимающий экзамен, должен был куда-то уехать. Мы пришли, и нормальные студенты выбрали себе один из двух—трех экзаменационных билетов. Я же перебрал все и остановился на том, о чем я что-то когда-то и где-то слышал. Потом аспирант подходил к каждому, интересуясь, что из четырех вопросов неясно. Мне же он ответил на все четыре вопроса. Я добросовестно все записал. Прибыл академик, начал принимать, но все время поглядывал на часы. Потом попросил аспиранта помочь ему в приеме экзамена. Я быстро собрал свои записки и сел к аспиранту, повторив слово в слово его

слова, поскольку ничего другого вспомнить не мог. Он наклонился ко мне и предложил поставить четверку, но я не согласился. Академик, услышав это, заметил, что, по его мнению, студент отвечал неплохо, и предложил рассказать о каком-то приборе, стоящем в отдалении. Я его описал и получил пятерку. Понимая, что без этого предмета изучать дальше основы медицины и патологических процессов нельзя, записался в кружок и длительное время его посещал. В течение года мы изучали патологическую анатомию, которая мне не понравилась с первого взгляда, поскольку при входе на кафедру стоял в формалине препарат горла ребенка, из которого торчал клубок аскарид. К зимней сессии вызывает меня доцент Танцюра и предлагает вариант: она мне ставит полугодовой зачет, а я за это похожу и позанимаюсь на кафедре за пропущенные занятия в течение зимних каникул. Я сказал, что в этот период у меня соревнования. На что доцент спросила: «Комаров, почему у тебя ноги работают лучше головы?», а я ответил, что ногами не работаю. Предстояли соревнования по шахматам. Мне пропуски занятий простили. На экзамене в весеннюю сессию нужно было вначале, до взятия билета, описать препараты, где на предметном и покровном стекле находились срезы каких-то тканей с характерными заболеваниями и их стадиями, и это нужно было определить. Пришлось на консультации взять эти препараты домой и все подробно изучить, а на экзамене их заменить. А тут раскрылась история с зачетом по английскому. Это вынудило меня провести целую операцию по изъятию из личного дела справки о липовом зачете. Нет документа, нет дела. Но тысячи пришлось потом все же досдать.

Клиники Киевского мединститута, как и в других городах, были разбросаны по всему городу, поэтому при перемещениях приходилось кое-что перехватывать на ходу, например, пирожки. Кстати, одновременно с дневным институтом я окончил вечерние городские (бесплатные) трехгодичные курсы английского языка (по результатам собеседования меня взяли сразу на второй курс), а мой товарищ, Озар Минцер, — вечерний мехмат Киевского университета. В дальнейшем он работал у Н.М. Амосова, сейчас заведует в Киеве кафедрой медицинской кибернетики. На курсах английского языка нас обучали по классическому лондонскому лингафонному курсу, и когда спустя годы я попал впервые в Лондон, был поражен сохраненными традициями: видел те же самые телефонные будки, горбатые такси-кэбы, с тем чтобы там поместился пассажир, не снимая с головы цилиндра, и т.д. Хорошо запомнил на курсах маршрут от Оксфорд-стрит до Оксфорд-цирк, потом вниз по Риджент-стрит и Пикадилли и попадаем на Трафальгарскую площадь с памятником-колонной адмиралу Нельсону; я потом прошел по этому маршруту. Или помнил диалоги семьи Паркеров в разных местах (в театре, на теплоходе, в кино, на улицах, в гостях и т.д.), где жена была быстрой и острой на язык и все

время подтрунивала над мужем, а муж выглядел таким тюфяком, увальнем и слабо отбивал ее нападки. И вот они вышли из гостей, а на улице, как обычно, дождь, и она говорит: We shall be awfully late home if that number twelve bus does not come soon, то есть «Мы ужасно опоздаем домой, если вскоре не подойдет автобус № 12». Иду по Лондону и вижу: движется автобус № 12.

Стипендия была небольшой, и всю ее я приносил домой, а когда по каким-то причинам меня ее лишали, приходилось сдавать кровь за деньги. Из этих денег мы наскребали на посещение эстрады. Тогда это было время ансамбля «Дружба» с Э. Пьехой, В. Ободзинского («Эти глаза напротив»), Л. Мондрус («Карелия»), А. Ведищевой, М. Кристалинской, Э. Хилия, а также Лемешева, Козловского и многих других, которые по разным причинам постепенно исчезали с эстрады. А взамен Ю.В. Силантьев, главный дирижер оркестра радио и телевидения, продвигал Л. Лещенко, В. Толкунову и др. Мы также старались не пропускать вечера поэзии, где блистали Евтушенко, Ахмадулина, Вознесенский и Рождественский.

После второго курса института мы, трое студентов, в том числе Ю. Резник, один из лучших преферансистов Киева и в этом деле мой учитель, решили дней на 20 съездить к морю, в Одессу. наших остатков от студенческих денег едва хватило на два плацкартных места в один конец, а третий ехал нелегально, на самой верхней, багажной полке. Приехали, сняли комнату и приступили к работе. Я на пляже играл в шахматы и каждый день приносил в дом до 10 рублей, а Резник — в преферанс и приносил по 20—25 рублей. Мы его называли подпольным миллионером из-за штопаных плавок. Но все же мы были на пляже и купались в море. В задачи третьего входила закупка провизии и сдача пустых бутылок. Вот так жили и заработали на обратный проезд. В Одессе с ее достопримечательностями, колоритными рынками, Гамбринусом, Оперным театром, де Рибасом, Дюком де Ришелье, портом, Аркадией, Молдаванкой, фонтанными линиями, Ильичевском, удивительными и неповторимыми людьми, афоризмами и анекдотами потом довелось побывать не один раз. Скажем, прилетаю я в Одессу, сажусь в битком набитый автобус из аэропорта в город, а водитель в микрофон объявляет: «Граждане, кто хочет взять билет, поднимите руку». Все ясно, я в Одессе. Там на улицах говорят: я иду сюдаю, а ты — тудюю. Еду в такси и что-то рассказываю попутчику. Водитель поворачивается и говорит: «То, что вы рассказываете, в Одессе на толчке уже давно не ценится». В магазине беру конфеты. Продавщица спрашивает: «Вам с собой или в кулечек?» Июнь. Покосившийся облезлый киоск-ларек зеленого цвета, хочу купить черешню. Очередь. Впереди женщина взяла килограмм свежих, молочно-зеленых огурцов. Потом подумала и говорит, что у ее мужа завтра день

рождения, и попросила взвесить еще килограмм. Продащица реагирует незамедлительно и, не задумываясь, на автомате: «Так, шо, у вашего мужа день рождения? Так шоб он был вам здоровым». На Привозе (такой колоритный рынок в Одессе) висит объявление: «Приехало свежее мясо из Киева». Из разговоров на улице: «Я вас уважаю, хотя уже забыл за что». И далее: «Вы шо, спешите скорее, чем я?», «Я готов послушать за вашу просьбу», «Мне таки стыдно ходить с вами по одной Одессе», «Клара, шо ты так сильно орешь среди улица?» Об этом, как и обо всей Одессе, можно рассказывать долго и много, а лучше всего — читать Бабеля, Кольцова, Е. Петрова, Жванецкого, слушать записанные рассказы Олеси, Утесова, Ильченко, Карцева и др.

По окончании института Ю. Резник в течение года поработал со мной в Черниговской области в качестве второго врача, а потом заболел маниакально депрессивным психозом (МДП), или циркулярным психозом (*psychosis circularis continua*), когда душевно-творческий подъем со стихами и бессонницей сменялся глубокой депрессией, и вернулся домой, в Киев.

Кроме того, летом я часто работал пионервожатым в лагерях, а однажды был в спортивном лагере нашего института в курортной зоне Конча-Заспа, выиграв там ряд соревнований по настольному теннису и в гонках на шлюпках.

Я, как и многие молодые люди в то время, увлекался джазом, мы слушали отечественные джаз-оркестры, часто называемые инструментальными ансамблями, Э. Рознера, А. Цфасмана, О. Лудстрема, В. Кнушевицкого, Ю. Саульского, Я. Скоморовского, Ф. Криша, Н. Минха, братьев Покрасс, Л. Утесова и др., а также глушившиеся радио Салоники и Нови-Сад. Но больше всего глушили тогда радио Свободы, Свободную Европу, Голос Америки и Би-би-си на русском языке. Так, слушая по ночам радио, мы познакомились с такими виртуозами, как Э. Фиджеральд, Л. Армстронг, Б. Гудман, Э. Пресли, оркестром Г. Миллера, Модерн джаз-квartetом, оперой Дж. Гершвина «Порги и Бесс», позже — битлами и др. Как раз в 1963 г. по приглашению Н. Хрущева в СССР приехал многочисленный джаз-оркестр Бенни Гудмана (было важно для Хрущева, который джаз терпеть не мог, что Гудман — выходец из простой рабочей семьи), который выступал и в Киеве, удивляя не только потрясающими исполнением и музыкой, но и свободным поведением музыкантов. Нравились мне произведения П. Чайковского, И. Стравинского («Картины языческой Руси», «Петрушка» и др.), Д. Шостаковича и других композиторов, а также исполнителей-виртуозов (Ойстрах, Коган, Ростропович, Клиберн, Рихтер и т.д.), знаменитые на весь мир симфонические оркестры (Филадельфийский, Бостонский и др.), мюзиклы, особенно красочные из ГДР. До сих пор в восторге от ежегодного новогоднего

концерта Венского филармонического оркестра в Золотом зале общества друзей музыки (*Musikverein*), украшенного необыкновенными цветами из Сан-Ремо и только однажды — из Венского ботанического сада. Каждый раз этим оркестром дирижируют разные мировые знаменитости, которые сами выбирают программу концерта (польки, марши, вальсы и др.), преимущественно австрийских композиторов, главным образом отца и сыновей Штраус. Выступление оркестра обычно завершается знаменитыми вальсами «На прекрасном голубом Дунае» или «Сказки Венского леса» Иоганна Штрауса-сына и, конечно же, маршем Радецкого Иоганна Штрауса-отца, сопровождаемым ритмичными аплодисментами всего зрительного зала. Марш написан в честь фельдмаршала Иоганна Иосифа Венцеля Антона Франца Карла фон Радецкого, когда он вернулся в Вену после подавления итальянского восстания и парадным строем проехал по улицам во главе гусарского конного полка. Каждый Новый год балдею от этого 2,5-часового концерта. Поскольку я включен в мировой список *Who is who*, каждый год меня приглашают в Вену на это представление или в Венскую оперу, бронируя ложу с шампанским. Но для меня это слишком дорогое удовольствие, и потому приходится довольствоваться просмотром по телевидению 1 января в середине дня, поскольку постоянно выступление оркестра сопровождается красивыми видами Вены (приятно вспомнить) и хореографическими постановками, что можно увидеть только по телевидению и недоступно присутствующим в Золотом зале.

Иногда мы собирались на одной из квартир на площади Богдана Хмельницкого и обсуждали книги, музыку, живопись. Кто-то из нас готовился специально. Политические дискуссии в нашем кругу не практиковались. Денег не было, хватало на сушки к чаю. В то время колбаса еще была по ГОСТу колбасой, и из колбасных отделов гастрономов дивный запах преследовал и на улице. Мы просили отвесить 100 граммов отдельной, чайной или любительской колбасы и ее порезать. Удивительно, но без всяких приборов ее резали так тонко, что ломтики просвечивались. Заворачивали в серую толстую оберточную бумагу. Вместе с батонком белого хлеба из хорошей муки этого хватало на вечер дискуссий. Один из нас прекрасно играл на кларнете и исполнял многие произведения лучшего кларнетиста мира Б. Гудмана.

Нужно сказать, что после некоторого послевоенного голода, в самом начале 1950-х годов, в гастрономах лотки были полными черной и красной икры (с горкой), было шоколадное масло и многое другое. Но у людей не было денег, поэтому пользовались рынком, где все было дешевле. Намного позднее, когда у людей выросли доходы и появились деньги, продукты стали исчезать, прилавки пустеть и возникли огромные очереди за нормированными (сколько отпускать в одни руки) продуктами. Мы тогда стояли в очередях всей семьей, переходя из одной очереди

в другую. Фактически вся страна выстроилась в очереди за продуктами. На предприятиях собирались деньги, выделялись транспорт и представители, которые скупали все подряд. Если возле магазина стоял автобус с иногородними номерами, заходить в этот магазин было бесполезно. Через некоторое время это же повторилось в Москве с «колбасными электричками». Опять же мы стояли в очередях всей семьей: с женой, тещей, сыном и дочерью в коляске. А за столовым польским гарнитуром «Ганка» и финским холодильником была большая очередь с записью на длительное время, с регулярным отмечанием в списке и дежурством по ночам. Что сделал потом и.о. премьера Е. Гайдар, так он не увеличил производство, а отпустил цены, которые очень быстро выросли в сотни и даже тысячи раз. Продукты вновь появились, так как многие не могли их купить, появился импорт. После смерти И. Сталина, в 1960-е годы, наступил короткий период в жизни страны, названный оттепелью, когда вместо массового стресса и нулевой цены человеческой жизни появились некоторые надежды. В одной из поэм Е. Евтушенко были такие строки:

Ну, а уж если ты писатель —
Ссылаться, что увяз, грешно.
А в кабинет тебя посадят —
Возьми и вылез в окно.

Иначе говоря, это было время, когда многие условности исчезали, как химеры. Но этот период быстро завершился, что частично было обусловлено примитивизмом руководства в стране и его отдаленностью от нужд народа.

С тех пор запомнилось чудесное, на мой взгляд, стихотворение Е. Евтушенко о его родине:

Зима — солидный град районный,
а никакое не село.
В ней ресторанчик станционный
и даже есть свое ситро.
Но все же тянет чем-то сельским
от огородов и дворов,
от лужиц с плавающим сеном,
от царской поступи коров.
Ну, а какой она бывает
зима на станции Зима?
Здесь и пуржит,
здесь и буранит,
и замечает все дома.

Но стихнет все,
и серебристым снежком едва опушена,
идет надменно, с коромыслом,
покачиваясь, тишина.
А ночью шепоты и шутки,
гуляет вьюга в голове,
белеют зубы, дышат шубы
на ошалевшей кошеве.
И сосны справа, сосны слева,
и визг девчат, и скрип саней,
и кони седые, будто сделал
мороз из инея коней.
Лететь, вожжей не выпуская!
Кричать и петь, сойти с ума.
И — к черту все!.. Она такая —
зима и станция Зима.

Многие уже не помнят добрежневский и ранний брежневский периоды, когда и денег, и продуктов было мало, но все они были качественными и выполненными по ГОСТу. То же самое можно сказать и о косметических кремах, основу которых тогда составляли натуральные, а не синтетические масла. Многодетные семьи имели немалый шанс получить квартиру, равно как и районные очередники, а за 1 рубль при зарплате 130 рублей можно было прожить почти весь день. Что остается в памяти от прежних времен? Если коротко, то от времен Сталина — всеобщая атмосфера страха и подозрительности, регулярное, хоть ненамного, но снижение цен и как бы выполненные пятилетки; при Маленкове отменили ряд налогов; при малограмотном Хрущеве — хлеб был с добавками кукурузы или гороха, проводилась постоянная реорганизация государственных органов; при Брежневе вся страна выстроилась в очередях; при Андропове началась безрезультативная борьба с коррупцией; при Горбачеве — борьба с алкоголизмом с аналогичными результатами, проблески демократии, Афганистан, разрушение Берлинской стены и СССР; при Ельцине — разграбление государственной собственности, создание олигархических групп и т.д.

* * *

После романовской России не очень везло народу с правителями, хотя некоторые из них делали очень многое для укрепления самого государства. С 1881 по 1903 г. финансовую стабильность России обеспечили три министра: профессор Харьковского университета Н.Х. Бунге, академик И.А. Вышеградский, накопившие золотой запас в 895 млн рублей,

и бывший билетный кассир и начальник службы движения частной Юго-Западной железной дороги, а затем министр финансов и премьер-министр С.Ю. Витте (его за самостоятельность уважал Александр III и невзлюбил его сынок), обменявший старые бумажные ассигнации один к одному на новые золотые, то есть имеющие золотой паритет. Никогда больше ни до, ни после в России не проводилась подобная неконфискационная денежная реформа. В результате к 1914 г. золотой запас России вырос более чем значительно и был самым крупным в Европе — 1695 млн золотых рублей. Такая реформа позволила привлечь в страну иностранный капитал, в частности, золотые франки, на которые покупались облигации как государственных, так и частных компаний. Возникло множество акционерных обществ. Бурный экономический рост сопровождался интенсивным развитием сельского хозяйства, промышленного производства, повышением уровня образования, увеличением численности народонаселения (за 10 лет с 1894 г. — на 60 млн и к 1914 г. в России проживало 182 млн человек). В связи с этим председатель Правительства Российской империи П.А. Столыпин после русско-японской войны и Первой русской революции сказал: «Дайте государству двадцать лет покоя, внутреннего и внешнего, и вы не узнаете нынешней России». Но не дали, не дали войны и террористы-революционеры. Создание земства (в 2014 г. земской реформе исполнилось 150 лет, и это нужно было изучать в школах и вузах), развитие местного самоуправления, поощрение собственников (особенно среди крестьян) и так далее привели к тому, что в 1913 г. доля России в мировой экономике составила 5,3%, а спустя 100 лет — всего 3,6%. По данным группы зарубежных экспертов во главе с германским специалистом по народонаселению и сельскому хозяйству профессором Ауагеном, прибывшей в Россию в 1912 г. специально с целью понять причины интенсивного развития, а также по опубликованным текущим и прогнозируемым показателям французского экономиста Эдмона Тэри в книге «Россия в 1914 году», к 1925 г. Россия должна была выйти в мировые лидеры и доминировать по всем показателям (таким как народонаселение, экономика с развитием промышленности, сельского хозяйства и экономических отношений, обороноспособность, доходы граждан, самодержавный парламентаризм, местное самоуправление, фермерские хозяйства и т.д.), что, возможно, и послужило одной из действительных причин начала Первой мировой войны (а не убийство эрцгерцога Франца Фердинанда и его жены в Сараево сербом Гаврилом Принципом — это была не причина, а повод), так как Россию нужно было остановить и втянуть в грядущую войну. Ведь у России не было серьезных колониальных причин для той войны, тогда как Франция боролась за Эльзас и Лотарингию, Англия — за свои владения и т.д., а были лишь союзнические обязательства, постоянно нарушавшиеся и Англией,

и Францией, необоснованно взятые на себя еще при Александре III. Прославленный генерал М.Д. Скобелев, проживший всего 39 лет, с горечью говорил о том, что Россия — единственная в мире страна, позволяющая себе роскошь воевать из чувства сострадания. Если бы П.А. Столыпин не убили в 1911 г., то он, скорее всего, не допустил бы втягивания России (на войне настаивал великий князь Николай Николаевич, женатый на дочери черногорского князя Анастасии) в мировую войну, предвидя потери в ней и ее последствия. Сейчас его прах планируют перевезти в Россию. Не допустил втягивания России в войну еще в 1912 г. Распутин, имевший сильное влияние на царскую семью. Когда царь принимал решение о тотальной мобилизации, Распутин был при смерти в Сибири и потому повлиять на ход событий не мог. Буквально накануне начала войны Распутин из Сибири послал царю телеграмму: «Не затевай войну, будет конец России и тебе, положим всех до последнего человека». Но царь его уже не слушал. В вовлечении России в войну была заинтересована Англия, дразнящая Россию проливами Босфор и Дарданеллы, но никогда ее туда бы не пустившая. Есть версия, что в заговоре против Распутина косвенно участвовали посольства Франции и Англии. Известный промышленник и финансист А.И. Путилов еще в первые дни войны 1914 г. писал: «Дни царской власти сочтены; она погибла, погибла безвозвратно. Отныне революция неизбежна. В отличие от Франции и Англии у нас революция может быть только разрушительной, потому что образованный класс представляет в стране лишь слабое меньшинство, лишенное организации и политического опыта, не имеющее связи с народом». Поистине пророческие слова. Но это стало известно чуть позже (меня все время заносит), а пока вернемся к раннему институтскому периоду.

* * *

Следующие сложности возникли с организацией здравоохранения. В это время я был членом правления спортивного клуба Киевского медицинского института имени академика А. Богомольца и на каждые каникулы писал письма в другие мединституты с предложениями провести различные соревнования. Так мы побывали в Ленинграде, Минске, Львове, Риге и Москве. Везде ходили по выставочным залам, музеям и театрам. Вернувшись из Москвы зимой, мы пропустили первые занятия по всем предметам. И везде все было нормально, кроме организации здравоохранения. Появился я там на втором занятии, преподавательница предупредила, что если в четверг вечером я не отработаю первое занятие, она меня не допустит к следующим. У меня был уже написан необходимый протокол, и я предложил ей ответить после любого урока или в любой другой день, поскольку вечерами во вторник, четверг и субботу у меня

были языковые курсы. Она не согласилась. И на третьем занятии мы с ней распрощались. К весенне-летней экзаменационной сессии заведующий кафедрой пишет в деканат записку о том, что меня нельзя допускать к экзаменам, поскольку из 16 занятий по организации здравоохранения за семестр я был только на одном.

Вызывает меня заместитель декана старших курсов Н.М. Левковский, он же доцент кафедры кожных болезней, где подготовленная мною история болезни находилась в витрине под стеклом в качестве образца. Относился он ко мне хорошо и сказал, что они там думают, будто организация здравоохранения — это главная медицинская наука. Если бы у меня были проблемы с хирургией или терапией, то неприятностей мне было бы не избежать. И спросил, что я хочу. Естественно, разрешение на сдачу отработок. Дело было в 10 часов утра. Я помчался на кафедру, подошел вначале к одному преподавателю, сказал, что у меня две отработки и протоколы написаны. Он принял. Потом к другому — и так обошел всех преподавателей. Заведующий кафедрой, не глядя, все подписал, потом спохватился, но было поздно. И к 17 часам я привез в деканат подписанный документ. Заместитель декана не положил его в мое дело, а спрятал к себе в стол и сказал, что если кто-то скажет, что есть невозможное, то он его покажет. И потом он часто на собраниях говорил, что я оргздрав сдал за один день. Уже потом, когда я стал самостоятельно работать, понял, насколько даже лучший учебник по этой дисциплине Г.А. Баткиса весьма далек от реальной жизни. В целом нам учили клинически мыслить только на одной кафедре — факультетской терапии. Когда академик читал лекцию, например по язвенной болезни, то он говорил и показывал на пациентах возможные при этом связи и взаимодействия органов и систем. На этой кафедре я также пропустил первое занятие, и на втором доцент Е.Б. Букреев, видимо лучший диагност в городе, спросил меня: «Деточка, кем вы хотите быть?» И тут за меня кто-то ответил, что я хожу на урологию. И действительно, после занятий я дома перекусывал и бежал на урологию, где мне давали все делать. Дежурный врач заваливался спать, а я принимал urgentных больных по всему городу. Научился делать хромоцистоскопию и другие манипуляции. Не скажу, что мне нравился этот предмет, но там я себя чувствовал врачом. Так вот, Е.Б. Букреев мне и говорит: «Ну что вы, деточка, ведь у урологов «медная голова», — видимо, имея в виду, что там особенно мыслить не нужно, нужны лишь навыки. Как-то он мне говорит, называя по имени-отчеству, что вчера он открыл закрытое партийное собрание. И на вопрос, как он мог это сделать, ведь был беспартийным, последовал мгновенный ответ: «Они там заперлись, а я не знал».

И на экзаменах на этой кафедре можно было пользоваться любой литературой, поскольку проверялись не столько наши знания, сколько

умение думать, мыслить, рассуждать, ставить верный диагноз и выбирать адекватное лечение. К сожалению, сейчас в большинстве случаев этому не учат. В то время еще никто не предполагал, что через десятилетия появятся доказательная медицина и подходы к медицинской стандартизации. Конечно, неоправданно много времени тогда занимали занятия по научному коммунизму, истории партии, историческому и диалектическому материализму. Лучше было бы это время направить на развитие клинических навыков в период обучения, ибо при последипломном образовании бывших выпускников приходилось многому переучивать.

В институте практиковалось сочетание спортивных выступлений с эстрадными, и с такими представлениями (я как конференсье) мы выступали на вечерах и праздниках в самом институте, в подшефных районах и хозяйствах, при выезде на уборку урожая. Почему-то запомнилось выступление в Бородянском районе. По дороге туда нужно было придумать какое-то поэтическое начало. Придумали:

Друзья дорогие, не в первый раз мы с вами встречались в концерте,
Домой, в институт уезжая от вас, без вас мы скучали, поверьте.
Сейчас и у нас пора трудовая, экзаменов трудных пора,
Приходится трудно, друзья, нам бывает, за книгой сидим до утра.
Накурено в комнате, тонны учебников, наука штурмуется тут.
Готовит для вас педиатров, лечебников наш Киевский мединститут.
За вашу работу, за вашу заботу мы скажем, наверно, не зря:
Закончим учебу и к вам в Бородянку приедем врачами, друзья.

Вот такой экспромт за 40 минут. Одновременно родились новые слова на мелодию песенки про пять минут (композитор — Лепин) о том, как на крыльях песни можно перенестись namного лет вперед. Однако на проверку все те фантазии оказались полностью нереальными.

Нравилась психиатрия и нравились в основном многие пациенты, за исключением мрачных типов с гебефренической шизофренией или кататоническим ступором. В палаты нужно было входить со своим ключом, потом запирали двери. Помню пациента, который называл себя Костей-капитаном. У него было типично формальное мышление, и на вопрос: «Эти часы стоят?» — он смотрел на меня как на полного идиота и говорил, что они висят. По палате он ходил, делая большие шаги, и говорил, что чем будет больше шаг, тем обувь будет дольше носиться. Другой больной с МДП писал в тетради свои стихи и носил ее в таком же потертом портфеле, как когда-то М. Жванецкий. Его необходимо было расположить к себе. Помню чудесный стишок о коммунальной квартире с ее очередями в ванную и туалет утром и вечером с подробным описанием всей очереди. Его выпускали гулять, он собирал обрывки газет и на все события откликался стихами. Приближалось время выборов,

и вдруг выяснилось, что у него МДП осложнился вялотекущей шизофренией, с которой голосовать нельзя. И тут он разразился гневным стихом, в котором говорилось, что у нас голосуют, помимо порядочных людей, проститутки, воры, бандиты и хулиганы, а в конце: «И, представьте, этот сброд голосует каждый год!» Запомнились также роды у 12-летней девочки и 65-летней женщины, занятия по общей хирургии, кафедрой которой заведовал генерал-майор профессор Ищенко. Ранее он был генерал-лейтенантом, но звездочку у него сняли за то, что не настоял на ампутации ноги у командующего фронтом Ватутина после его ранения бандеровцами. В результате развилась смертельная гангрена, и Ватутин похоронен в Киеве, а в парке возле Верховной рады (дом, как и Андреевскую церковь, в бело-голубых тонах построил Растрелли) установлен ему памятник, который пока еще не снесли.

Когда, будучи студентом, я приходил домой к тете Люсе, вначале она усаживала меня за стол и кормила обедом, а уж потом начинались разговоры. Уже к 1960-м годам на Украине преобладала жирная кухня, и моя жена, когда мы вместе с маленьким сыном ездили летом из Москвы на Украину, под Киев, есть ее не могла. А мы с мужем моей двоюродной сестры артистом Женей Шахом съедали по тарелке наваристого борща с добавкой, а потом шли вареники с мясом, тушеной капустой, с картофелем и жареным луком, с творогом, а на закуску — с вишней, и все это со сметаной. А потом еще пару больших кружек компота. Конечно, выдержать такое могли только закаленные люди.

Всегда на летней студенческой практике я старался делать как можно больше манипуляций, мелких операций, принимать роды и т.д. Запомнились два события на последних курсах. Во-первых, это сель высотой в четыре метра, хлынувший в 12 часов в понедельник, когда многие ушли на работу, на низменную Куреневку из отстойного прорвавшегося водоема. Нас посадили на машины скорой помощи, и мы помогали раскапывать и оживлять пациентов. Удивили женщина, оставшаяся живой в погребенной телефонной будке, бабушка на втором этаже, которую вместе с диваном прибило к потолку, и благодаря воздушной прослойке она осталась живой, и другие случаи. Вторым событием была американская медицинская выставка, заканчивающая свое пребывание на нашей земле (после Ленинграда и Москвы). Нас, студентов, знающих английский язык, освободили от занятий и направили на выставку в помощь посетителям. Например, возле стенда по сердечно-сосудистым заболеваниям посетители спрашивали, чем американцы лечат гипертензию. Приходилось разъяснять, что для этого существуют препараты из индийской лианы раувольфии змеевидной (серпентины), и в зависимости от добавок этими препаратами могут быть резерпин, раувазан, рауседиль, гендон, серпазил, раунатин и другие при одном и том же действующем начале.

Американцам понравилось, как мы работали, и они подарили мне целую библиотеку по онкологии. Пришлось загрузить два такси, которые тогда стоили недорого. Дома я эти книги разобрал и кое-что почитал. Меня это увлекло. И в преддверии распределения я с помощью моей тети Люси попал к директору закрытого, без вывески, Института санхимзащиты, который почему-то занимался новообразованиями. Директору импонировало мое знание языка, а когда зашел специальный разговор, он поразился вдвойне, не понимая, откуда я знаю многие вещи по онкологии. Тут же он сказал, что пошлет на меня заявку в ректорат. И я успокоился. Напрасно. На обещанное мне место взяли по блату сына заместителя председателя горисполкома. У нас был звездный курс: все дети высокопоставленных людей, внука академика Богомольца, дети директоров клинических институтов, правительственных чиновников, профессуры и т.д. Особенно это проявилось на распределении. Все цеплялись за Киев, срочно беременели, женились, приносили разные справки, было множество звонков сверху и т.д. На распределении слышались крики, плачь, были истерики и слезы. Никто не хотел куда-то уезжать. Когда меня вызвали, мне было уже все равно. Предложили на выбор врачом на СМП, врачом в воинскую часть или врачом в Черниговскую область. Я выбрал последний вариант. И тут заистерил замдекана: «Вы ему не верьте, никуда он не поедет». Пришлось его осадить и пристыдить, как он себя ведет в присутствии министра П.Л. Шупика — председателя комиссии. Получив направление, я не стал спешить. Эта осень была очень теплой, второй раз в городе зацвели каштаны, вода в Днепре была как парное молоко. Среди моих соучеников немало выдающихся врачей, заведующих кафедрами, проректоров и директоров институтов, среди которых профессора В. Безруков — директор Киевского НИИ геронтологии и Т. Дудко — директор Московского НИИ реабилитации, а дочь Е. Богомолец доктор Ольга Богомолец стала активным деятелем майдана в Киеве.

Глава третья

ПЕРВОЕ ЗНАКОМСТВО С МОДЕЛЬЮ ОТЕЧЕСТВЕННОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Невозможно решить проблему на том же уровне, на котором она возникла. Нужно стать выше этой проблемы, поднявшись на следующий уровень.

А. Эйштейн

Перед тем как приехать в Черниговский облздравотдел в конце сентября, связался с соучеником тети Вали, который в Чернигове работал начальником областного управления лесного хозяйства. Он посоветовал выслушать предложения областного начальства по здравоохранению, а потом совместно решать. Меня отчитали за опоздание и предложили стать главным врачом сельской участковой больницы недалеко от Чернигова (в 6 км), на трассе с Киевом. Съездил я туда, понравилось, и я согласился. Мне выплатили подъемные, оплатили проезд и предоставили жилье с оплатой за коммунальные услуги. Сельская участковая больница была вначале на 25 коек, потом расширилась до 75 коек. Палаты были просторными, хорошо освещенными, воздуха хватало. Койки были разными, в том числе ортопедическими. Медсестринский пост размещался в центре, а кабинеты — в конце коридора. В зону моей деятельности входили восемь крупных населенных пунктов с довольно приличным радиусом обслуживания, то есть определенный участок. На территории больницы были гараж и конюшня, отдельно пищеблок, прачечная и здание администрации, хозяйственные постройки, сельская врачебная амбулатория с аптекой 3-й категории, а также сад с огородом. В одной половине отдельно стоящего здания была амбулатория (кабинеты врача, фельдшера, акушерки со смотровой, санитарного фельдшера, манипуляционная и ожидальня), а во второй половине через закрывающуюся дверь — моя квартира из двух комнаток, кухни и прихожей-кладовой. Туалет во дворе. Отопление везде было печное, топили заготовленными заранее углем и дровами. Мне издали показали председателя колхоза в головном поселении, и через неделю вечером я решил сходить на общее собрание в капитальный клуб, где все 1000 колхозников имели свои персональные места. Собрание еще не началось, а из клуба вырвались волны дыма. В одном из помещений председатель колхоза И.И. Скачок

(он имел орден Ленина за развитие животноводства, выписывал многие специальные зарубежные журналы) играл в шахматы в окружении толпы курящих колхозников и выигрывал у всех подряд. Потом я узнал, что у него когда-то был первый разряд. Я спросил, можно ли с ним сыграть, он не глядя сказал: «Садись». Ну, я ему и врезал. Все вокруг загудели, кто это такой. Это обо мне. Они меня еще не знали. А он предложил сыграть еще. Я и еще раз врезал. Тогда он рассвирепел и стал настаивать еще на одной партии. Гул вокруг усиливался за счет новых любопытных. Тогда я встал, посмотрел на часы и сказал: «Извините, не могу. Меня ждут больные». И ушел. Меня никто не ждал, и я пришел, чтобы понять, чем и как живут люди в колхозе. С тех пор он мне звонил и предлагал сыграть партейку, и я соглашался, если он предварительно выиграет у моего другого доктора. Вообще с ним и другими местными руководителями отношения сложились хорошие. Кстати, в Великобритании вопросы взаимодействия с местными органами власти входят в программы обучения врачей общей практики. А тут приходилось доходить до всего самому, путем проб и ошибок. Мне они выделяли деньги, и я полностью оснастил физиотерапевтический кабинет, обучил этому делу медсестру Л. Кобзарь, проводил текущий ремонт и т.д. Несмотря на жесткие разнарядки, я не пускал медсестер на полевые авральные работы и интуитивно вел определенную политику, помогая людям (как депутат сельсовета) и пациентам.

Меня вначале удивляло, что в каком-то селе большая часть жителей имела одну и ту же фамилию, например, Лазаренко. Но потом мне объяснили, что когда проводилась перепись населения в царское время, то переписчик приезжал уже пьяным и, не мудрствуя лукаво, назначал фамилии: кому по профилю работы, кому по его физическим данным, кому по прозвищу, а иногда и всему селу скопом.

Работа была интересной, но тяжелой, практически круглосуточной. Утром — обход в больнице, с 11 часов и до конца дня — прием амбулаторных пациентов, посещения на дому, осмотры и диспансеризация, вечерами и ночью — вызовы на дом. Характерно, что вся тяжелая патология (особенно родовая) приходилась на ночь, так как больные хотели переждать до утра, но не получалось. Спал как убитый, но вскакивал на самый тихий стук в окошко. Помню, как во время деликатного ручного отделения плаценты (послед долго не отходил самостоятельно) умылся струей крови родильницы. Поседел, как мне кажется, из-за переживаний во время родов, правда, могла сыграть роль и генетика. Всех беременных брали на учет, за ними и развитием плода периодически наблюдали и готовили к родам. Замеряли у них размеры таза тазомером и индекс Соловьева, свидетельствующий о ширине тазовых костей. Роды были в основном нормальными, с предлежащей головкой. Но встречалось

и ягодичное предлежание, тогда применял пособие по Цовьянову. С закрытыми глазами мог наложить полостные и выходные акушерские щипцы — так хорошо нас учили. Несколько раз приходилось вручную, очень тонко и деликатно, буквально вибрируя пальцами руки отделять плаценту, поскольку даже оставленный ее маленький фрагментик мог привести к летальному кровотечению. Был случай поперечного положения плода, пришлось делать поворот на ножку при консультациях районного акушера-гинеколога. Приходилось делать и аборт. Хирургия вся была мелкой (абсцессы, панариции, карбункулы, флегмоны и т.д.), хотя мог делать и аппендэктомии, была операционная, но не было подготовленной операционной медсестры.

В больнице лежал в основном пожилой контингент, хотя были молодые и дети. Преобладала терапевтическая группа больных (пневмонии, бронхиты, ангины, нарушения мозгового кровообращения, гипертензия, атеросклероз, гастриты, обострения язвенной болезни, эндокринные расстройства, циститы, конъюнктивиты и т.д.), а также неврологические больные (невриты, невралгии, радикулиты и т.д.). Поскольку больница располагалась невдалеке от оживленной трассы, нередко в амбулаторных условиях приходилось заниматься дорожными травмами. В штате были еще один врач-педиатр, зубной врач со средним образованием, рентгено-техник, фельдшер (он же по совместительству заведовал аптекой 3-й категории), акушерка, фельдшер аэропорта, лаборант, медсестры (старшая, процедурная и дежурные), медсестра физиотерапевтического кабинета, санитарки, санитарный фельдшер и дезинфектор. В состав административно-хозяйственной части входили мой заместитель по хозяйству, экспедитор, бухгалтерия, два водителя, конюх, пищеблок с диетсестрой, прачечная и бельевая, автоклавная и стерилизационная, истопники и дворники, садовник. При больнице был свой сад и огород. Питание больных было нормальным и качественным, помимо общего стола могли готовить по предписанию врача различные (15) диетические блюда. В этом я был уверен, так как периодически снимал пробы. В целом весь механизм больницы работал слаженно, каждый знал свое дело, и, после того как все процессы обеспечения работы больницы были отлажены, вмешиваться приходилось редко. Изучил книги по организации здравоохранения, все они были в основном теоретическими, предназначенными для исследователя и малопригодными в практике. А практика была такой: приезжает комиссия из Чернигова (благо рядом и ближе всех): «Почему это не делаете?» А я первый раз об этом слышу. Мне выговор, и я начинаю этим заниматься. И так почти постоянно. Именно поэтому в кабинете под настольное стекло (компьютеров тогда не было) я поместил все свои обязанности, графики профилактических осмотров детей и школьников, механизаторов, доярок и животноводов, выезда в другие населенные

пункты, обеззараживания колодцев, проведения санитарно-просветительной работы, некоторые отчетные данные и т.д. и т.п. По графику выезжал в отдаленные села в фельдшерско-акушерские пункты (ФАПы), осматривал там пациентов и всегда проводил с населением беседы или лекции. Приходило немало народу, все же доктор приехал! Старался укомплектовать кадрами, оснастить подчиненные мне ФАПы, изыскивал средства на их ремонт и т.д. Помимо ФАПов, где работали фельдшер и акушерка, были ФАПы с одним только фельдшером, без нескольких акушерских коек. Тогда еще существовала такая форма, как колхозные родильные дома, содержащиеся за счет средств колхозов и где акушерки принимали нормальные роды. Один такой роддом был у меня на территории обслуживания. Кроме того, помимо одной ЦРБ на район, существовали еще номерные районные больницы, расположенные в отдаленных местах района и притягивающие к себе несколько участковых больниц по типу «куста». Таких «кустов» в районе могло быть несколько, все зависело от площади района, особенностей расселения, радиуса обслуживания, состояния дорог, времени доезда и потребностей населения. Как правило, это были больницы в среднем на 100–120 коек, и они располагались в населенных пунктах на пересечении автомобильных дорог. Нередко они располагали линейными бригадами СМП. Довольно часто приходилось отчитываться в Черниговской ЦРБ на Бобровице (это был отдаленный район Чернигова). Удавалось много читать специальной литературы. Обнаружил в кабинете множество запыленных томов грязно-зеленого цвета — «Опыт советской медицины в годы Великой Отечественной войны 1941–1945 гг.». И как-то я взялся их прочитать. Пришел в дикий восторг. В основу всей отечественной военно-медицинской доктрины были положены пироговские принципы этапной сортировки раненых, больных и пораженных, с тем чтобы они как можно быстрее были доставлены туда, где им будет оказана адекватная медицинская помощь. Распределение начиналось с сортировочного поста или сортировочной площадки, а могло закончиться в тыловом сортировочном эвакогоспитале. Результаты были достаточно высокими и впечатляющими. Много лет спустя я бесполезно пытался убедить Минздрав в необходимости маршрутизации пациентов, поскольку, к примеру, больные с пневмонией находились (это безобразие существует до сих пор) от сельской участковой до областной клинической больницы. По графику ко мне выезжали областные и районные специалисты, и я к их приезду готовил на консультацию профильных пациентов. Это было хорошее и полезное дело, а для меня — обучение. Люди меня знали в лицо, мне доверяли, делились житейскими проблемами и как к врачу относились с уважением. При Сталине селяне были бесправными, не имели паспортов, не смели перемещаться самостоятельно (только по оргнабору), тяжело работали за трудовни (палочки в журнале учета), за

которые получали гроши и некоторые продукты питания, платили большие налоги за все: за землю, живность, плодовые деревья и т.д., то есть фактически были рабами в своих селах. Маленковская налоговая реформа несколько облегчила жизнь селян, а при Хрущеве, проповедовавшем кукурузу, забыв, что он не в штате Айова у фермера Гарста (север США находится почти на одной параллели с Сочи), а в северной стране, крестьянам разрешалось иметь до 25 соток земли, оставшиеся куски безжалостно обрезались и зарастали бурьяном. Зачем и кому это было надо?

Как мог, я помогал жителям села с перекрытием крыш, со вспахиванием земельных наделов, с подвозом топлива и т.д., будучи избранным депутатом сельсовета. Даже не зная, как меня зовут, при встрече селяне снимали шляпы и говорили уважительно: «Здравствуйте, доктор». Фактически я почти стал врачом общей практики, так как приходилось заниматься всем и вся. Зарабатывал по тогдашним понятиям я неплохо, почти на две ставки плюс дежурства, поэтому мог себе кое-что позволить. Подписался на множество литературных журналов и газет («Новый мир», «Иностранная литература», «Знамя», «Октябрь», «Москва», «Нева», «Роман-газета», «Литературная газета» и т.д.), журналы «Америка» и «Англия». Завел для интереса пасеку из двух улей и мог часами наблюдать за рациональной организацией жизни пчел. Погибла матка, выписал новую с Кавказа, что потом позволяло отличить своих пчел от других. На зиму я их укрывал и специальную кормушку наполнял сахарным сиропом с поливитаминами и легкими антибиотиками. Пчелы привыкли к моему больничному запаху, но терпеть не могли запахов одеколона и спиртного. Об их поведении, особенностях их жизни с распределением обязанностей можно написать целую отдельную повесть.

В соседней деревне купил пару поросят и был удивлен их чистоплостью. Как только подстилка грязнилась, они поднимали такой визг, что нужно было срочно ее менять. Потом райком партии пришел мне «свинство», и их пришлось ликвидировать. Мне как городскому жителю это все было интересно и внове. Завел куриную живность и помогал продуктами родным в Киеве, куда иногда колхозный начальник гаража (муж моей старшей медсестры М.И. Повод) направлял грузовики. Я оставлял то, что надо было передать, а водители знали мой киевский адрес.

Ко мне прибились две собачки — русская гончая и английский сеттер. Выезжал с ними в составе большой бригады на санях или лыжах на зимнюю охоту, но чтобы кого-то подстрелить — рука не поднималась. Однажды прямо на меня под ружье вышел красавец лис с черным хвостом трубой. Ружье так само и опустилось.

Зимой на чистейшем и хрустально-звонящем лесном воздухе совсем иначе воспринималась отварная картошечка с салом, солеными огурцами и спиртом. Нельзя сказать, что на Украине не выпивали. Но как?

Хозяин дома покупал бутылку горилки (не самогон), приходил домой, жена ставила на стол закуску: яичницу с салом, соленые огурцы и помидоры, моченые яблоки, квашеную капусту. Он выпивал, закусывал и не пьянел. А вот когда я переехал в Подмоскowie, там было совсем иначе: выпивали на троих, закусывая рукавом, а потом, не доходя до дома, сваливались в канавку. Однажды ночью, когда пошел дождь, один человек даже утонул. Крепко выпивали в Подмоскowie и женщины, что для меня было совсем непривычно.

Из Болгарии нелегально привез и высадил на территории больницы множество черенков уникальных роз из долины роз под Казанлыком («вирго», «итерна», «доктор Шредер», «Джон Кеннеди» и др.). В одном из дальних сел, но по трассе, был плодopитомниководческий совхоз, дети руководителя которого часто болели. Именно поэтому после осмотра работников совхоза я проводывал этих детишек. Пока я это делал, мне зимой в багажник помещали пару ящиков пахучих яблок сорта «снежный кальвиль». И тогда в больнице на полдник были яблоки.

В соседнем селе Количевке, ближе к Чернигову, в ту пору еще существовал аэродром с маленькими чешскими самолетами «Морава» на четырех пассажиров, как в обычной легковой машине. На них летом в выходные я мог иногда на день слетать в Москву (в Быково) или Симферополь, утром — туда, вечером — обратно. Пролетая над Серпуховским аэроклубом, пилот делал приветственный круг. А из Симферополя ходил троллейбус в Ялту, где можно было на пляже провести несколько часов, а ближе к вечеру на этом же самолете — домой. В аэропорту от больницы работали фельдшер и санитарка.

* * *

В каждый летне-осенний отпуск брал туристические путевки за рубеж: изъездил Польшу и Чехословакию, Румынию, почти всю Болгарию — от Золотых Песков до Софии. Помню и тогда, и потом инструктажи в партийных органах перед выездом за рубеж: на пляж женщинам можно выходить в купальном костюме из двух деталей, в какой руке надо держать вилку, а в какой — нож, по одному не ходить, опасаться провокаций, не вступать в контакты с иностранцами, поменьше бывать в общественных местах (ресторанах, кафе, кино) и т.д. и т.п. Меня это сильно напрягало, и я вел себя так, как считал нужным, но в рамках собственных представлений о приличии, знакомился с иностранцами, ходил в рестораны везде, в том числе на Золотых Песках — «Кривата липа», «Водяница», «Монастырска изба». И это все за те небольшие деньги, которые нам разрешали разменять. В последнем ресторане вместе с немцами из ГДР заказали вино «Калугерске шушукане» («Монахи в клубуках») и пели

песни, раскачиваясь. Потом я заметил несколько человек как бы в футляре, они были строго, не по летнему сезону одеты, потягивали кофе и посматривали по сторонам. Явно наши. А затем открылась дверь одной кельи, оттуда вышел Сулов с сопровождающими его лицами, и тут же люди в костюмах поднялись и исчезли вослед. Конечно, я прекрасно знал, что в каждой группе, выезжающей за рубеж, обязательно был как минимум один «наш человек в Гаване», который потом «стучал» на всех, но меня это как-то не трогало; это была его работа. Главное — вести себя естественно и достойно. Наш отель «Перуника» («Ирис») находился через дорогу от пляжа, и как-то на этой дороге остановилась открытая «Чайка» с раздетым космонавтом Леоновым, он, видимо, захотел искупаться. По пляжу пронеслось: «Леонов, Леонов». Немцы и мы подняли головы и увидели плотного мужичка в плавках и отвернулись. А русские женщины бросились к нему, стали его обнимать, цепляться за плавки, просить автограф и совместное фото. Пришлось космонавту в срочном порядке ретироваться. Вот как раз из долины роз под Казанлыком я и привез сохранившиеся черенки уникальных роз. Очень понравились музеи в Габрово и фольклорное село Боженцы в окрестностях, Велико Тырново и Шипка. В Софии произвел впечатление огромный собор Александра Невского, а в целом в Болгарии — святое отношение к русским войскам-освободителям.

Потом в Болгарии я был много раз, в командировках и просто на отдыхе. Последние годы мы с женой ездим в отпуск в сентябре на болгарское побережье, облюбовав одно замечательное местечко, продлевая подмосковное лето. Мы люди неприхотливые, и нас устраивают чистейшее ласковое и прозрачное море, песчаные пляжи, натуральные продукты, изобилие дешевых овощей и фруктов, совсем недорогие ресторанчики и механы с шикарной кухней, элементарные условия быта. Из почти 9 млн человек в Болгарии около 1 млн (10%) — этнические турки.

Принято считать, что в этногенезе современных болгар участвовали фракийцы, жившие на этой территории почти 5 тыс. лет, южные славяне, древние болгары или протоболгары (булгары), мигрировавшие под водительством хана Аспаруха из Поволжья вначале под натиском хазар, а потом и монголов, и частично и гораздо позднее турки. Небольшая ветвь булгар осела на Кавказе, и они повлияли на этногенез нынешних балкарцев, часть разместилась на территории нынешней Италии, а четвертая часть переместилась вверх по Волге. В 681 г.н.э. было создано Первое Болгарское царство со столицей в Плиске. Протоболгары растворились среди славян. Второе Болгарское царство (1187—1396) возникло в борьбе с Византией, потом началось завоевание Болгарии турками.

Религия схожая, и 85% болгар сейчас являются православными, многие слова корреспондируют с русскими, почти все болгары понимают

по-русски, особенно пожилые, поскольку раньше, до 1990 г., в школах изучали русский язык. Именно поэтому проблем с общением практически нет, хотя в болгарском языке есть много непонятных слов и выражений, а отдельные слова имеют совсем иной смысл. Например, стул по-болгарски означает стол, прямо — по-болгарски направо, утвердительный кивок головой означает нет, а согласие подтверждается кивком головы из одной стороны в другую и т.д. Важно также знать, что слова «спички» и «курица» по-болгарски являются нецензурными, а «булка» означает «девица». Но главное — это отношение самих болгар. Они помнят, как в 1791 г. контр-адмирал Ф.Ф. Ушаков вначале у Фидониси, а затем у вдающегося далеко в море мыса Калиакра, севернее Балчика, в окрестностях Каварна, разгромил превосходящий по силам турецкий флот, обеспечив тем самым победу в Русско-турецкой войне 1787—1791 гг., после которой к России отошли южные территории: Екатеринослав (Днепропетровск), Одесса, Херсон, Николаев. Этому способствовали победы А.В. Суворова на суше: на Кинбурнской косе, под Очаковым, Рымником и Измаилом. А Крым еще в 1774 г. был объявлен независимым от Турции по Кючук-Кайнарджийскому мирному договору, на подписание которого Турцию вынудили пойти победы запорожцев, входивших в состав России, на суше и на море под командованием кошевого атамана Петра Калнышевского. По этому договору к России отошли земли между Днепром и Бугом, Азов, Кинбурн, Большая и Малая Кабарда, а также Керчь в Крыму. Между прочим, после этих побед Запорожская Сечь была ликвидирована, а П. Калнышевский заключен в одиночную камеру Соловецкого монастыря на 25 лет и освобожден только Александром I в возрасте 110 лет. В окончательном виде присоединение всего Крыма к России произошло при генерале-фельдмаршале Г.А. Потемкине в 1782 г.

В Болгарии насчитывается около 500 захоронений и 120 памятников русским солдатам. Болгары свято чтут освобождение от почти 500-летнего турецкого гнета (в течение этих лет Болгария была одной из провинций Османской империи) после Русско-турецкой войны 1877—1878 гг., и все, что связано с генералами Скобелевым, Гурко, Лермонтовым, Радецким, Столетовым, Дондуковым-Корсаковым и др., графом Игнатьевым. В последние годы во многих странах Восточной Европы и Прибалтики прокатилась волна осквернения или уничтожения памятников погибшим советским воинам и русской истории. Экстремисты в 1990-е годы попытались это сделать и в Болгарии, но весь народ встал на защиту, и по-прежнему в Пловдиве, на холме Бунарджик, «стоит под горою Алеша, в Болгарии русский солдат» 17-метровой высоты, а в маленьком черноморском городке Поморие, в сквере в центре нового города, захоронены старший сержант А.И. Бондаренко из Крыма и рядовой А.С. Вагин

из Москвы. К их плитам приделаны георгиевские ленточки и положены цветы.

В общем, тут мы себя хорошо чувствуем, нам все нравится, и будем сюда приезжать на отдых, сколько позволят возможности и время. Вступив в Евросоюз, Болгария подпала под сильное влияние США, которые ведут там интенсивную антироссийскую пропаганду. Думаю, что это не очень сильно отразится на отношении к нам.

Поляки тогда мне представлялись коммерсантами, и казалось, что к русским они в своем большинстве всегда будут относиться негативно. И это связано не только с религиозными различиями. Польша — это в основном верующая католическая страна и уходит корнями в историю. Правда, тогда (и, говорят, сейчас) кладбища с захоронениями советских воинов были идеально ухоженными, на многих могилах были огарки свечей, что свидетельствовало об их посещаемости простыми людьми. А это значит, что, несмотря на массовую пропаганду, простые поляки правильно оценивают, что с ними со всеми могли сделать фашисты и кто их освободил от этого. Конечно, Варшава была отстроена и восстановлена, но больше всего понравился сохраненный Краков с его королевским дворцом Вавелем, центральной площадью с Марицким костелом, Барбаканом, холмом Тадеша Костюшко и т.д. Был также в Хожуве, Забже, Катовице, Семеновице, Вроцлаве. Потом в Варшаве я был еще несколько раз. Говорят, что за последние годы города Польши значительно похорошели и осовременились. Удивительно слышать, как в полностью католическую Польшу проникают далеко не лучшие образцы западной «демократии» в виде парадов геев, инцеста, родителей 1 и 2 (вместо мать и отец) и т.д. Чехословакия началась с Праги, а потом все время на Восток через Брно, Моравский Крас с пещерами Мацохи и подземной рекой Пунква, в Словакию, Низкие Татры с вершиной Хопок до Львова. Тогда я понял и затем много раз наглядно убеждался, что не все наши люди ведут себя достойно за рубежом, зависит это от воспитания и внутренней культуры. Лучше всего, и об этом говорилось, относились тогда (да и сейчас тоже) к нам, естественно, в Болгарии.

* * *

Но вернемся в Черниговскую область. На какое-то время моя семья попросила меня взять на воспитание двоюродного брата Виталика. Он только окончил 9-й класс и не нашел себя, стал слегка выпивать. Молодой, красивый парень с очень длинными ресницами (на зависть женскому полу) и голубыми невинными глазами. Я его устроил дезинфектором в помощь санитарному фельдшеру и в вечернюю школу. Спустя год он от меня уехал, потом занялся ювелирным делом, женился, стал отцом

(родилась дочь), опять начал выпивать и очень рано, в 30 лет, умер от разлитого инфаркта миокарда.

Внезапно у меня в квартире завелась мышь. Дежурная медсестра А.Р. Коваленко предложила мне котенка, которого нужно было взять у нее в соседнем селе в воскресенье. Я совсем упустил из виду, что воскресенье 14 октября (была прекрасная осенняя погода) — праздничный Покров день. Водителя не стал вызывать, поехал на велосипеде. Всего-то 2 км. Только появился в селе, как меня увели в первый дом — все же праздник, и пошло-поехало. Когда я добрался до медсестры, был уже хорош, а там тоже застолье. В общем, когда она мне показала котенка, мне привиделось, что их трое. Котенка положили в мешочек и прикрепили к рулю. Поскольку устойчивость у меня резко снизилась, не думал, что доведу его живым. Но обошлось. Подружились мы не сразу, он пару раз сбежал и прятался под зданием больницы. Однажды приполз с разодранной шеей и зияющей гортанью — подрался с хорьком, нападавшим на цыплят. Я обработал рану, наложил повязку. Он же через некоторое время сбросил эту повязку, жевал какую-то травку, выплевывал ее на лапку и прикладывал к ране, которая вскоре затянулась. Как-то в отпуск я уезжал в турпоездку за рубеж и отвез моего котика к маме в Киев. А он перегрыз поводок и сбежал от нее. Вот было горе, когда я вернулся! А спустя три месяца я услышал жалобное мяуканье. Это он прошел 130 км и вернулся весь в лохмотьях, репейнике, болячках, в ужасном виде.

В то время в магазинах на Украине были полупустые прилавки, и за многими товарами, например телевизорами, приходилось ездить за 110 км в белорусский город Гомель, где снабжение было таким же, но покупательная способность белорусов была гораздо ниже. Когда проезжал поездом через Белоруссию на Украину, граница визуально определялась очень четко, поскольку бедненькие дома под соломенной крышей сразу же сменялись капитальными домами под цинковой крышей.

Техосмотр двух санитарных машин — «Волги» и «Шкоды» я проходил на месте. Ко мне приезжали два гаишника, майор и капитан, брали сулею спирта и, отвернувшись, не глядя, разливали в стаканы совершенно одинаково, на слух. Вот какая у них была богатая практика. У меня же в погребе хранились соления, квас и самодельное яблочное вино. Лошадь использовалась в хозяйственных целях.

Уже тогда на селе говорили на смешанном русско-украинском диалекте. В Киеве доминировал русский язык, на Западной Украине, куда в Карпаты я два раза зимой ездил кататься на лыжах, говорили в основном по-украински, но не на классическом языке, а со значительной примесью польских, галицийских и мадьярских слов, на юго-востоке Украины — преимущественно на русском, а в центральной и северной областях Украины так же, как у меня на сельском врачебном участке.

* * *

Как считал известный украинский ученый Т. Д. Флоринский, до 1870 г. малорусский язык представлял собой одно из наречий русского языка, а жители Малороссии были не самостоятельной славянской ветвью, как болгары, чехи, поляки, сербохорваты, а входили в общность, именуемую русским народом. Кстати, русский народ сформировался в IX—X вв. не сразу, а в результате слияния полян, русичей с угро-финскими народами (мещера, мурома, меря, чудь белоглазая, вепсы), жившими севернее, в бассейнах Волги, Оки, Невы и в районе Чудского озера. Именно угро-финская примесь отличает русских, первоначально темноволосых и смуглых, а затем светловолосых и светлоглазых, от малороссов (украинцев), на которых угро-финская группа не оказала влияния. Есть версия о приоритете славян-дулебов, образовавших на территории Восточной Европы Дулибия Рось, последнее упоминание о которых в летописи относится к 907 г. В процессе исторического развития многие народности перемешивались и ассимилировались. Русские и таджики, армяне и украинцы, англичане и осетины, немцы и белорусы, молдаване и цыгане, поляки и индусы, словаки и иранцы и др. являются весьма дальними родственниками, имеют общих предков, говорящих на праиндоевропейском языке, который потом дал девять языковых групп (славянскую, германскую, романскую, балтийскую, иранскую, индоарийскую, армянскую, греческую, кельтскую). В этих языках с трудом, но можно найти сходные слова. Согласно «Истории Украины» академика Грушевского, жители Малороссии, начиная с Киевской Руси и до проживания на польской окраине, называли себя русскими, а украинцами их называли задним числом. Грушевский объяснял происхождение слова «украина» как «край (окраина) крещеного мира». А такое понятие, как укры, является полностью надуманным и не соответствует исторической реальности. Первая волна украинизации языка шла от Польши, которая в обиходе и в учебниках примитивным образом заменяла русские слова на польский манер. Именно поэтому знающие украинский язык кое-что понимают по-польски, несмотря на преобладание в польском языке множества шипящих и жужжащих звуков. Вторая волна пришла уже после очередного раздела Польши от Австро-Венгрии, когда просто выкорчевывалась оставшаяся русская речь с помощью насильственного распространения галицийского наречия. В основе нынешнего украинского языка находятся учебники грамматики, созданные в Галиции тем же самым Грушевским на деньги австро-венгерского правительства в самом начале XX в. А для зачистки противников этого навязывания языка Австрией были организованы первые концлагеря, куда направляли всех русскоговорящих и сочувствующих. Даже его светлость ясновельможный пан гетман всея

Украины П. Скоропадский (это был его официальный титул) писал: «Великороссы и наши украинцы создали общими усилиями русскую науку, русскую литературу, музыку и искусство, и отказываться от этого своего высокого и хорошего для того, чтобы взять то убожество, которое предлагают галичане, просто смешно и невысказано». И далее: «Я считаю бессмысленным и губительным для Украины оторваться от России, особенно в культурном отношении».

В годы советской власти процессы дальнейшей украинизации языка не получили своего развития. Как известно, Украина как государство и украинцы как нация имеют совсем короткую историю, что не устраивало нынешних и предыдущих правителей. Именно поэтому была придумана история о том, что якобы укры (это ж надо так назвать!) существовали с древнейших времен, практически всегда, что это именно они вырыли огромный котлован и запустили туда воду (так появилось Черное море), они же придумали подводные лодки и многое другое. А теперь президент Украины объявил на весь мир, что якобы основателем украинской государственности является князь Владимир, крестивший Русь, которому установлен памятник в Киеве на высоком холме недалеко от Днепра и тысячелетие со дня смерти которого отмечается 15 июля 2015 г. Уж так хочется найти свои не существующие в отдельности исторические корни и показать, что Украина всегда была «незалежной», то есть независимой, что полностью противоречит историческому ходу событий.

Согласно Иоакимовской летописи, Рюрик был сыном варяжского князя и дочери Гостомысла, то есть имел скандинавские и славянские корни. Сторонниками норманнской теории происхождения русов были немецкие ученые и Н.М. Карамзин, а М.В. Ломоносов и остальные русские историки придерживались славянского происхождения варягов-русов из полабских славян. Археологические доказательства есть у обеих точек зрения, и споры об этом не утихают до сих пор. Рюрик умер в 879 г. Его наследник, Игорь, был еще мал, и потому перед смертью великий князь избрал преемником своего шурина, Олега, до тех пор, пока не подрастет Игорь. Но Олег не стал этого дожидаться, захватил Смоленск, Любеч, Киев, покорил древлян, северян, радимичей, уличей и тиверцев, взяв хитростью Царьград и получил огромную дань. Но, как предсказали волхвы, собиратель земель русских Вещий Олег погиб, и князем стал Игорь. Между прочим, Владимир Красное Солнышко был внуком князя Игоря и княгини Ольги, сыном князя Святослава и рабыни Малуши из древнерусского города Любеча, и родился он в 959 г. (точная дата неизвестна) в селе Будутино под Псковом. После убийства отца печенегами в 972 г. ему достался в княжение Новгород, но потом он успешно воевал, захватил Полоцк, Киев, отвоевал захваченную Польшей Червонную Русь,

или Галицию, победил Хазарию, волжских болгар и другие поволжские племена, восстановил единство Руси и стал могущественным правителем Руси от Волги до Карпат и от Балтийского до Черного моря. За него, как за русского князя император Византии Василий II был вынужден отдать замуж свою сестру, принцессу Анну. В 988 г. выбрал христианство в качестве государственной религии Древнерусского государства. В крещении получил христианское имя Василий. Прославлен в лике святых как равноапостольный; день памяти в русском православии — 15 июля по Юлианскому календарю и в Соборах Галицких, Псковских, Киевских и Волынских святых. По Григорианскому календарю этой датой является 28 июля. Вот такая история, когда Украины еще даже близко не было, и она появилась лишь спустя многие столетия.

За последние 20 лет с небольшим благодаря каждодневной и интенсивной пропаганде, целенаправленному влиянию на массовое сознание, введению в школьные учебники особых программ обучения и языка, и истории современная украинская молодежь уверена, что их предки — укры — дали начало европейской цивилизации и являются прародиной многих стран, что древний украинский язык стал праматерью всех индоевропейских языков, что именно они заложили основы мировой культуры, поскольку Гомер был древним уком, а Овидий писал стихи на древнем украинском языке, и что их всегда окружали исторически враждебные и дикие славянские племена. В крайнем случае считалось, что укры (не поляне, древляне, словене, кривичи, уличи, радимичи, дреговичи и другие славянские племена) являются прародителями многих народов не только славянского происхождения, а в качестве денежной единицы вместо карбованца и купонов была взята гривна (в Древней Руси — это шейный серебряный или золотой обруч, выдаваемый в качестве награды). Гривна также соответствовала слитку серебра, а потом и его определенному весу.

В Древней Руси древнерусские гривны стали платежно-денежными понятиями. Киевская гривна шестиугольной формы была массой 165 г, новгородская продолговатая серебряная палочка имела 204 г. Потом, уже в XIII в., эту гривну стали рубить — так появился рубль. А гривна осталась в слове «гривенник», означающем десятикопеечную монету. Вначале Центральная рада в 1918 г. ввела в обращение гривну, которая была изъята в ходе денежной реформы в 1922 г., а затем она вновь появилась в 1996 г. и стала денежной единицей Украины. Помимо жовто-блакитного флага, символом Украины, входящим в состав ее герба, ее орденов и т.д., является заимствованный трезубец, который был отличительным знаком варягов Рюриковичей и символизировал самостоятельность Киево-Новгородской Руси. Трезубец сопровождал изображения князя Владимира, когда после принятия христианства на

Руси началась чеканка золотых и серебряных монет, в которых изображался также и трезубец.

Сейчас некоторые депутаты Украинской рады заявляют, что русского языка нет и не было, а есть так называемый северный диалект украинского языка. Школьникам русские люди преподносятся в виде врагов Украины. Недавно в нескольких местах в качестве новогодних подарков украинских детей понуждали разрезать кондитерские изделия, приготовленные в виде российских детей, постепенно отрезая им руки, ноги, голову и т.д. Новое правописание было насильно внедрено в школы Буковины, Волыни и Галиции. И это все нашло свое отражение в языке, что подтверждают произошедшие изменения в сознании большого народа. Конечно, не все на Украине придерживаются подобных взглядов, но многие уже одурманены длительной и массовой пропагандой. При этом, видимо, власти руководствовались классической мыслью Бисмарка о том, что затяжные войны выигрывают не генералы, а школьные учителя и приходские священники. Отсюда понятно, почему в современном украинском языке так много польских и галицийских слов — именно для того, чтобы как можно дальше отдалить его от русского языка и оторвать от него. Сейчас тернопольских школьников учат не только ненавидеть русских, но и помогать своей армии, воюющей на Востоке: они плетут защитные сетки для солдат. А в закарпатских школах учеников приучают к мысли о том, что украинский язык зародился еще до времен Киевской Руси, а русского языка тогда вообще не существовало. Однако тогда, да и много столетий потом, украинцев и близко не было (и это уже подчеркивалось), откуда же мог появиться украинский язык? Но это учителей не волнует. На Галичине (земли к северу от Карпатских гор, между реками Днестр, Западный Буг и Сана) сейчас интенсивно обсуждается вопрос о переводе украинского языка на латиницу. Правда, сейчас в связи со всеобщей мобилизацией и военными действиями в Донбассе жители Западной Украины начинают постепенно прозревать и понимать причины насильственной украинизации. В последнее время на Украине принято решение создать информационные войска именно для усиления агрессивного информационного воздействия на граждан Украины и организации информационных и других провокаций с тем, чтобы в них обвинить Россию, против которой стоит задача настроить мировое сообщество и украинский народ. В целом получается, что нынешняя власть Украины противоречит интересам большей части народа, не соответствует ожиданиям активистов майдана и ей не на что внутри страны опираться, а опорой может служить только создание в сознании людей внешнего врага, хотя в формировании такого образа виновата не только украинская власть.

Помню, как в 1968 г. из Ивано-Франковска зимой я на автобусе ехал в Ворохту (это горнолыжная база в Карпатах) и на промежуточной

остановке в Яремче вышел подышать свежим прозрачным горным воздухом. Когда вернулся, моя соседка сказала: «Приходила якась жинка и хотила систы на ваше мисто, но я сказала, нэ можна, бо цэ мисце для пана».

Но нужно сразу сказать, что принудительная и навязываемая властями украинизация проявилась по-разному в различных регионах Украины, среди разных групп населения и не явилась основой для идентификации нации. Как-то мы с женой и моей двоюродной сестрой ездили на Рождество из Ивано-Франковска во Львов и обратно. По-моему, это было в 2009 г. Я очень хотел показать жене этот своеобразный и красивейший город с его старинными домами, памятниками, старинной аптекой (старше по возрасту в СССР была только в Таллине), в котором сам бывал неоднократно. Они с сестрой все время говорили по-русски. Автобус делал много промежуточных остановок в сельской местности, где заходили и выходили люди, и при этом почти все говорили на русском языке. Сейчас в благополучном на первый поверхностный взгляд Львове (сохраненные памятники, на улицах можно услышать русскую речь и т.д.) намерены вместо кириллицы ввести латиницу, с тем чтобы полностью отделиться от русского языка и славянских корней. Как это будет происходить, я себе не представляю. В последнее время нередко, в том числе в эфире своеобразного радио «Эхо Москвы», возникали споры, как правильно говорить: на Украине или в Украине. Полагаю, что верно и так и этак. Украинский классик Т.Г. Шевченко, знающий украинский язык лучше и глубже нынешних представителей украинской элиты, в своем стихотворении «Заповит» писал, чтобы его похоронили на Украине милой:

Як умру, то поховайтэ мэнэ на могьли, сэрэд стэпу широкого,
на Вкрайини мылий...

Это стихотворение переведено на 42 языка мира, в том числе на довольно редкие. И могила его, и величественный памятник находятся на высоком берегу Днепра, в Каневе, выше Киева по течению, и корабли, проплывающие мимо, всегда издают приветственные гудки. Сейчас на Украине к Т.Г. Шевченко двойственное отношение. С одной стороны, он большую часть жизни прожил в России, где многие российские художники и поэты во главе с Карлом Брюлловым и В. Жуковским в 1837 г. собрали баснословную сумму для выкупа Шевченко из крепостной зависимости от помещика Энгельгарда, а затем вице-президент Академии художеств Ф.П. Толстой помог Шевченко после смерти Николая I освободиться от десятилетней солдатской ссылки в оренбургские степи. Большая часть произведений Шевченко вначале выходила на русском

языке («Катерина», «Кобзарь», «Сон» и др.). Это побудило покойного Олеса Бузину издать книжку «Вурдалак Тарас Шевченко», где он почему-то показал его мелким, жадным и скупым алкоголиком. По моему мнению, Шевченко является столпом украинского языка и литературы и национальным символом, когда выходец из беднейшей крепостнической семьи, пасший овец и коз в степном украинском селе, без отца и матери, благодаря своему таланту смог подняться до уровня величайшего и признанного поэта и профессионального художника. Он совсем немного не дожил до желаемой отмены крепостного права и умер в феврале 1861 г. Его именем названы районы, бульвары, площади, улицы, учебные заведения и т.д. Правда, сейчас классики на Украине не в почете, и там запрещено упоминать имена Гоголя, Куприна, Паустовского, Короленко, Булгакова (дом которого сохранился в Киеве на Андреевском спуске), В. Некрасова и других известных писателей, использовавших русский язык. Не в почете также Врубель, Нестеров, Васнецов, Волошин, Бердяев и другие выдающиеся личности, так или иначе связанные с Украиной. На этом закончим языковой опус.

* * *

Люди везде нормальные. Когда я прибыл к вечеру в Ворохту, все было закрыто. Потом случайно увидел, что в закрытой столовой в окнах горит неяркий свет. Пошел, постучал, для меня, голодного, открыли и накормили тем, что осталось от рабочего дня. Потом пару раз я обедал в шикарном деревянном, сделанного без единого гвоздя ресторане «Гуцульщина». На турбазу в Ворохту пришел колоритный дедусь в гуцульской одежде и меховой жилетке из овчины и продавал изготовленные сувениры из дерева, меха и металла и разные подделки. Я у него спросил, нет ли случайно у него трембиты (это такая длинная изогнутая музыкальная труба с низкотрубным звучанием), о которой я давно мечтал. «Е, кажэ, сынку, тильки вдома». Я уже было согласился пойти по заснеженным горам к нему домой, но на всякий случай решил спросить про ее длину. Оказалось — цельная, не складная, длиной 6 м, с ней меня в самолет, конечно, не пустили бы. Пришлось отказаться, но взамен он принес мне очень красивые гуцульские топорики на длинных рукоятках, которые хранятся у меня до сих пор и висят на даче среди разнообразного сувенирного оружия.

Природа украинских Карпат и летом, с ее цветущим разнотравьем, с пихтовыми, грабовыми и буковыми лесами, и зимой необыкновенно красива. На горных лыжах я так и не научился кататься, не умел поворачивать. Помню, как меня здорово понесло по лыжне, а впереди — плетень, и на него положила лапы просто огромная собака, исходящая

охрипшим лаем, как будто дожидаящаяся меня. Пришлось лечь на бок и кубарем скатиться вниз. Только так смог затормозить.

Вернулся в Ивано-Франковск, пошел в ресторан, там был официант по имени Куба (потом эмигрировал с семьей в США), сделал ему заказ. Куба повертел носом в нескольких плоскостях и предложил принести еду на его вкус. Принес графинчик водочки, соленые грибочки и огурчики, отварную картошку с селедочкой. Там же, в Карпатах, в условиях чистейшего и звенящего горного воздуха я впервые попробовал бросить курить. Но хватило ненадолго. В Ивано-Франковске (бывшем Станиславе) я останавливался у Вовы, который вместе с женой и чудесной дочерью Светланой вернулся из Венгрии, где работал в советском госпитале и был свидетелем последствий венгерских событий 1956 г. В Ивано-Франковске он работал преподавателем в университете, а его дочь потом преподавала русский язык и литературу и даже готовила диссертацию, но националистической Украине (особенно антироссийской Западной Украине) это оказалось совсем не нужным. Она потеряла работу, вынуждена была браться за любое дело, чтобы выжить, сейчас на пенсии и помогает двоим взрослым сыновьям, получившим прекрасное и невостребованное образование, которые в нынешних условиях вынужденно работают не по специальности. Пока их всех как будто не трогают: хотя они и москали, да свои. Правда, не знаю, как обстоят у них сейчас дела, особенно в связи со всеобщей мобилизацией. Телефонная обычная и мобильная связь почему-то не работает. На протяжении многих лет я предлагал им переехать в Москву и готов был в этом помочь, но они считали, что менять шило на мыло не стоит. Доигрались, а теперешние события, происходящие там, я им описал за пару лет до этого. Не поверили. В разные годы много поездил по территории Ивано-Франковской области, особенно в период длительного обучения руководителей районного звена здравоохранения, побывал во всех районах, был на Бурштинской ГЭС, в Ясинях, на горных перевалах, включая Яблонецкий, в Манявском ските, в разных старинных замках и т.д. Местные красоты меня просто пленили. Вова был поражен тем, что я читал лекции, одетый в джинсы и пиджак, без галстука. Видимо, он считал, что я должен носить костюм и бабочку.

Потом, с высоты многих лет, понял, что именно тогда, вначале на селе в Черниговской области Украины, а потом в Раменской больнице Подмосковья, я особенно остро чувствовал себя нужным и востребованным человеком, приносящим какую-то пользу. Со временем это чувство полезности значительно приглушалось. Как оказалось, требования к врачебной деятельности и особенно к организации охраны здоровья и медицинской помощи полностью соответствовали моему характеру и системному мышлению.

* * *

Но вернемся к Черниговской области. Амбулатория была приспособленной, и потому решил построить поликлинику. Получить разрешение на новое строительство оказалось очень сложным и малореальным делом. Потому я выкупил развалюху — старое здание сельсовета — и под маркой его ремонта решил строить. Заказать проект в проектной конторе оказалось также непросто, нужно было ждать месяцами. Но я договорился, и проект был готов. Потом с главным проектантом мы подружились и вместе ездили на Черное море. Вначале прибыли в Одессу и сразу отправились в порт, чтобы узнать расписание теплоходов в Севастополь, поскольку в одном из Крымских лагерей «Орленок» у него были знакомые. Оказалось, что через час туда отправляется теплоход, а следующий будет через сутки. Деньги у меня были, но не наличные, а на чековой книжке. Времени сбегать в город и снять их не было, но и надолго оставаться в Одессе не хотелось. Смотрим, по трапу поднимается девушка с двумя чемоданами. Мы бросились ей помогать. Контролер, проверив у нее билет, предупредила нас как провожающих, что корабль скоро уходит. До полуночи мы просидели в баре на оставшиеся наличные деньги, а потом устроились под брезентом, накинутым на автомашины. Утром прибыли в Севастополь, сняли деньги и на такси объехали все близлежащие лагеря, но его знакомых так и не нашли. Потом в Севастополе был еще несколько раз, хотелось бы увидеть, как он выглядит сейчас. Вечером взяли билет на теплоход и отбыли в Сочи. Разместились на турбазе, а питались в ресторане морского вокзала. Там же под музыку чешских пожарных я станцевал чарльстон так, что администратор приветствовал меня и подарил вазу с цветами. Кстати, этим же маршрутом я плыл еще раз, и тоже без билета, поскольку все билеты были распроданы. Просто в грузовом порту я оформил как бы (на бумаге) перевозку мотоцикла с полным баком, что давало право его сопровождать.

* * *

И опять вернемся в Чернигов. В облисполкоме беру наряд на кирпич (100 тыс. штук) на один из ближайших кирпичных заводов, нанимаю грузовые машины и грузчиков и отправляю туда своего заместителя по хозяйству. Через некоторое время он возвращается с плохими вестями. Дескать, наряд нам дали на маломощный заводик, производящий в сутки только 5 тыс. штук кирпича, а очередь там на три месяца. Я ему даю 3 литра спирта (а спирт тогда был реальной валютой) и отправляю обратно, а сам иду на прием больных в амбулаторию. Вскоре он опять возвращается ни с чем, дескать, управляющий спирт не берет и даже слушать

ничего не хочет. Тогда я оставляю прием и еду сам. Вокруг завода полно ожидающих машин. Иду к управляющему, который от меня отмахивается. Я спрашиваю, есть ли у него дети. Оказывается, двое детей. Я опять спрашиваю, а чем он их кормит, и он отвечает — ничем. А время было такое, что продуктов в магазинах не было, а хлеб был жутким, хрущевским, с кукурузой или горохом. Я ему и говорю, сколько через пару часов у него будет манки, гречки, муки, масла и т.д. Для больницы это были копейки, а за машины и грузчиков пришлось заранее перевести немалые деньги, которые совсем не хотелось терять. И он сдался. Мы увезли кирпич, а он получил продукты. Тогда мне пришлось разбираться в марках кирпича, так же как и в марках цемента. Но, помимо кирпича, нужен был еще и лес на стропила, полы, стены, двери и т.д.

Еду я к знакомому начальнику Управления лесного хозяйства, беру у него наряд в Мневское лесничество «из рубок главного пользования в счет основных средств облисполкома», в автохозяйстве по перечислению оплачиваю грузовики с прицепами и грузчиков. Утром они должны туда уехать. На душе беспокойно. Говорю второму доктору, который в одном селе, в 7 км от больницы, должен осматривать школьников, что я его туда отвезу, проеду в лесничество, а вечером на обратном пути заберу. Дело было в декабре, морозы стояли приличные, а зима была бесснежной. Колея глубокая, поэтому «Шкода» с ее низкой посадкой идет боком. Приезжаю в лесничество, машины стоят, и грузчики тоже, им в лесе отказали. Захожу в дом (а дело было утром), вижу, сидят лесничий, партком и профком и выпивают. Сую лесничему под нос наряд. Вначале он говорит, что такого строевого леса у них нет, а потом посылает меня на какую-то делянку к леснику. Еду уже на грузовике по лесной дороге. Оказывается, что у этого лесника только подтоварник, получаемый из просек в молодом лесу. Мне такой не нужен. Возвращаюсь к лесничему (а это еще 5 км по лесу), они уже хороши. Я привожу его в чувство с помощью ведра воды. Тогда он мычит, что нужно ехать к другому леснику, в другое место. Поехал, пацаненок говорит, что отец его, лесник, пошел что-то мерить. Через полчаса смотрю: идет он маловменяемый и «меряет» ширину улицы. Оказалось, что у него такого леса тоже нет. В декабре, а тем более в лесу быстро темнеет. Я решил поехать не к лесничему домой, а в контору лесничества. Там восседал главный бухгалтер, который объяснил, что мне не туда дали наряд. Я решил поугадать его областным начальством и спросил, как можно связаться с Черниговым. Почта была еще в 5 км, но я туда позвонил, объяснил, что плачу тройной тариф, а деньги оставляю подтвердившему это главному бухгалтеру. Был уже пятый час, сплошная темень, и я не ожидал, что застану нашего областного знакомого на работе. Но повезло. Я ему объяснил, что меня здесь весь день водят за нос, а у меня наготове проплаченные машины с прицепами

и грузчики, и передал трубку. Вначале с ленцой главный бухгалтер промямлил: «Слухаю», а потом вскочил и доложил руководству по телефону, что такой лес у них есть, но они собирались из него строить лесопилку. Потом он написал записку лесничему, что звонило высокое начальство и приказало выдать требуемый лес. Опять 5 км к дому лесничего, а они уже там лыка не вяжут, опять пришлось приводить его в чувство, в том числе с помощью нашатыря. Он смотрит на записку и ничего понять не может. Пришлось разъяснить. Тогда он направил меня к третьему леснику. Я пригрозил ему страшными карами, если и там нужного леса не окажется. Поехали на всех машинах, нашли лесника, он привез нас на лесную делянку, где лежали толстые бревна. Машины стали кругом, осветив делянку фарами. Я ходил и выбирал, а лесник за мной замерял. Грузчики стали носить, им было жарко. А у меня в машине испортилась печка, пальто было новым, потому грузить не мог. Водители слили немного солярки, разожгли костер, возле которого я плясал, как папуас, от холода. Вернулись домой под утро. А доктор, который осматривал школьников, в шляпе, пешком по голому полю добрался домой. Потом со мной пару дней не разговаривал.

Почему это я описал с некоторыми подробностями? Для того чтобы не думали, что раньше было проще. Тогда были одни заморочки, сейчас другие. Но тогда все же преобладало созидание в здравоохранении, а сейчас — разрушение. И это несмотря на выделяемые приличные средства.

За три года я успел проучиться на месячных курсах по ортопедии с травматологией, по терапии с кардиологией, по акушерству с гинекологией. К сожалению, тогда еще не было у нас такой специальности, как общая врачебная практика.

По весне мне привозили две бочки березового сока, из которого я делал квас (бросал закваску, жареный ячмень, черные сухари, растирал несколько коробок поливитаминов) и ставил в погреб. Часто летом звонил председатель колхоза и просил бидончик наполнить прохладным квасом для него. На участке было много детей, и, в отличие от педиатров, за детским криком я почти ничего не слышал, аускультуруя сердечко и легкие. Но справлялся. В институте нас учили также пальпации и перкуссии, чем я часто пользовался, хотя современные врачи даже могут не знать, что такое перкуссия и для чего она.

Чувствовал, что повседневная жизнь сельского доктора меня засасывает, а хотелось учиться дальше. В это время меня заинтересовали психологические моменты. Все время думал, за что я отвечаю. Но не по совести, по долгу и клятве Гиппократу, а в правовом отношении. За больного — нет. Отправил его в центральную районную (ЦРБ) или областную больницу и все, забыл. А отвечал я за свои ошибки и за то, если они были выявлены. Случалось и наоборот. Так, новорожденный,

которого я в глаза не видел, умер в областном роддоме, а мать успела прописать его по моему участку. В результате младенческая смерть случилась как бы у меня. И я по истории родов из областного роддома отчитывался за этот случай на областном медицинском совете. Далее меня интересовали психологические взаимоотношения на уровне пациент—врач (а это основа здравоохранения), поскольку не всегда врачу удается подобрать ключик к нужному, особенно раздраженному пациенту, сделать его своим союзником в борьбе с заболеванием. В медицинских колледжах США этому специально обучают. Но аспирантура по близкой к этой проблематике была в Москве. И тут помог случай. Мой друг, проектировщик, по приглашению хотел переехать в Сыктывкар. Я его провожал. Летели вместе до Москвы. Там наш общий знакомый, ранее обосновавшийся в Москве, пытался ему в шутку объяснить, что нет такого географического понятия, куда он направляется, и приволок нас в уникальный магазин картографии на Кузнецком мосту, где не оказалось карты Сыктывкара и Коми АССР. А меня он потащил через дорогу, где находился тогда Московский областной отдел здравоохранения. Там выяснилось, что главврач Раменской больницы уезжает, и мне, предварительно переговорив и выяснив, что я знаю, предложили это место. Потом мы полетели в Сыктывкар, и мой друг уговорил меня зайти в местный Минздрав. Министр Коврижных первым делом спросил меня о судимостях и алкоголизме, и, узнав, что ни того ни другого в моей биографии не было, посмотрел на меня, как на полного кретина. Мол, чего тогда тебя сюда занесло. Но дал машину и предложил посмотреть на ближайший к городу Вильгордский район. Для меня это было тяжелым испытанием, поскольку я увидел деревянные двухэтажные больницы с подпорками, был поражен высочайшей младенческой смертностью и условиями местного здравоохранения.

* * *

Вернувшись в Черниговскую область, я получил вызов на работу в Московскую область. В течение месяца я свернул результаты трехлетней работы, передал дела новому главному врачу — венгру Арпаду Арпадовичу (он с женой приехал по распределению после окончания медицинского факультета Ужгородского университета), говорившему с выраженным мадьярским акцентом, и уехал в Подмосковье. Меня удивили устаревшее оборудование и медицинская мебель. Каждый день на областную базу медтехники я ездить, естественно, не мог и потому оставил там девочкам деньги на телефон и подарки с просьбой звонить мне, если что-либо из моего списка появится на складе. Стал наводить порядок в организации работы больницы и поликлиники, благоустроил территорию. Перехватил

полную машину серебристых елей, предназначенных для райкома партии, и высадил их в больнице в виде въездной аллеи.

В то время каждый район Москвы брал шефство над каким-либо районом Московской области, у нас шефом был Калининский район. Это было хорошее и полезное дело. Врачи этого района Москвы помогали мне в период массовых осмотров школьников и диспансеризации. Кроме того, я имел возможность направить к ним больных на консультацию. Они же помогали мне и в техническом оснащении. Нужно сказать, что коллектив нашей больницы был непростым и отношения внутри него формировались многие годы, задолго до меня. Стояла задача сделать коллектив сплоченным. И вот однажды на какой-то праздник сотрудники за праздничным столом запели, причем очень душевно. Я сразу же вспомнил свой украинский опыт по созданию больничного хора, нанял руководителя, выкроил деньги на пошив сценических костюмов, выделил автобус. Все они с удовольствием ходили на спевки, а потом выступали по клубам района. Атмосфера значительно улучшилась. В целом мне приходилось опять же заниматься всем, почти по всему спектру медицинской деятельности, что прибавило мне знаний и навыков. Помню случай, когда грузовик развозил молодежь после свадьбы и перевернулся. У молодой женщины Анны оказался перелом позвоночника, при том что она была беременной. Вызвал ее мужа из армии. Никакое лечение не помогало. Консультанты советовали ей сделать аборт, но она отказалась и родила нормального ребенка. А потом, передвигаясь ползком, делала все нужное по дому, ухаживала за ребенком и мужем, а муж ее носил на руках. Вот такая любовь. Или другой случай, когда грузовик перевозил семью погорельцев, а машина застопорилась. Не выключив двигатель, водитель полез его ремонтировать. Оторвалась лопасть вентилятора и попала ему почти в висок. Хорошо, что среди погорельцев нашелся водитель. С этой тяжелой травмой пришлось много и долго заниматься.

Сложилась хорошие отношения с местным руководством, а председатель одного из колхозов, А.И. Кондратьев, увидев меня, сразу почему-то наливал водку, без чего разговор с ним не мог состояться. Давно мечтал о собачке-лаечке, но на Украине в их шубе им было жарко. В московском клубе взял необыкновенно красивого и умного щенка, с белыми очками, грудкой и белым гребешком загнутого колечком хвоста, который прожил со мной три года, а потом заболел чумкой в легочной форме и, несмотря на все мои возможные и невозможные усилия, умер. Последний месяц жизни он находился в платной ветеринарной клинике, где мне составили список необходимых продуктов, включая в том числе сахар, масло и сухари, а также перечень медикаментов. Кое-какие лекарства я доставал через кремлевскую аптеку. Не помогло. К этому времени я уже был женат на красивой девушке-москвичке, жившей на Ленинском проспекте. Это

отдельная история нашего знакомства сразу же после финала кубка СССР по футболу 8 ноября 1966 г., когда киевское «Динамо» победило московский «Спартак» (шикарный гол забил А. Бышовец), а меня хотели прямо со стадиона забрать в милицию. После футбола к станции метро пришлось всем продираться сквозь строй конной милиции, поэтому к месту встречи (станция метро «Ленинский проспект») я слегка опаздывал. Купил цветы и, не зная, кого встречу, увидел, как какая-то девушка выскочила из метро, но не через выход, а через вход, что меня насторожило. Я ее догнал. Она привела меня к себе домой, родителей заранее куда-то отправила, и, не предложив даже чаю после уличного холода, усадила меня под свет, а сама села в тени. Все это меня здорово разозлило, и в отместку я ей в течение часа читал лекцию о международном положении. Потом собрался уходить (переночевал у друзей), прощаясь, сказал, что в эту субботу жду ее у себя, и рассказал, как добираться. У меня была двухкомнатная меблированная квартира в двухэтажном доме на первом этаже и лаечка. К субботе я подготовился: нажарил уток, нафаршировал их гречкой, нарезал сало с чесночком, салатки, зелень, поставил на стол спиртное и т.д., пригласил нескольких врачей. Когда приехала Наташа, выяснилось, что все это она не ест. Потом я несколько раз приезжал в Москву, вместе ходили в рестораны, что тогда было совсем недорого, и в театры. Помню, Ната заикнулась, что любит грильяж, и в театральном буфете я заполнил конфетами всю ее сумочку. Приехала моя мама, познакомились семьями, готовилась свадьба, естественно, по любви. Накануне свадьбы я купил своему песику колбаски и решил по дороге проведать больную на дому, а у нее была собака, которая цапнула меня за руку, мол, почему мне колбасу не отдаешь. Потом пошел в больницу, где мне по всем правилам дробными дозами (по Безредко) ввели противостолбнячную сыворотку (на всякий случай). И вот в поезде Москва—Киев у меня здорово раздулась шея, настолько, что я даже хотел все отменить. Свадьба была в Киеве, в ресторане «Театральный» напротив Оперного театра (потом этот дом снесли) на улице Ленина (теперь — Б. Хмельницкого). На свадьбе было полно незнакомых мне людей, но был и Л. Солошин со своей симпатичной женой. Родители Наташи были удивительными людьми (царствие им небесное). Мать, Вера Павловна, — очень умная, я бы сказал, мудрая женщина, неявно держащая всю семью и до конца своих дней сохранившая ясность ума и возможность ухаживать за собой. Она родила в один и тот же день, но с 15-летним интервалом, двух дочерей, а потом, встретив свою давнюю и первую любовь, решительно укатила в Ленинград, через некоторое время забрав к себе младшую дочь — мою будущую жену. А познакомилась она с капитаном первого ранга еще до войны, в Сочи. Потом их пути разошлись, пока они вновь не встретили друг друга. Надо сказать, что второй муж удочерил

Наташу, дал ей свое отчество и много с ней занимался. Ее новый отец, Михаил Павлович, — адмирал, легендарная личность, сделавший себя сам. Выходец из простой семьи в Севастополе, он вначале окончил в Одессе училище торгового флота, готовясь летом на пляже и ночуя в купальнях, а затем — мичманскую школу в Петербурге, и звание мичмана присваивал ему А. Керенский, который в то время был военным и военно-морским министром во Временном правительстве. А преподавал им в том числе известнейший кораблестроитель академик А.Н. Крылов, который спроектировал взорвавшийся в октябре 1916 г. на Черном море в Севастопольской бухте линкор «Императрица Мария». Потом тесть участвовал в разоружении вице-адмирала А. Колчака, командовавшего Черноморским флотом. Все разоружение свелось к тому, что у Колчака отстегнули кортик и выбросили в море. В военно-морском музее Севастополя хранится фотография моего тестя. Как специалист по минному делу, он работал вместе с комиссаром Центробалта Ф. Раскольниковым, которого даже в Париже потом «достал» Сталин, слушал яркие выступления революционных вождей (например, Троцкого), после которых было непонятно, о чем они говорили, то есть в осадке ничего не оставалось. Потом он учился в академии, в том числе у того же крупнейшего кораблестроителя Крылова, был знаком со многими выдающимися адмиралами (Галлером, Трибуцем, Кузнецовым и др.). Во время Великой Отечественной войны командовал всем вспомогательным флотом (куда входили буксиры, тральщики, катера и т.д.) и вспомогательными базами СССР, о чем много рассказывал, но по дурости я это не записал. Был в годы войны в США и рассказывал, какая низкая субординация у американцев на флоте. Подчинялся он начальнику штаба ВМС адмиралу И.С. Исакову, которого вместе со старшим Кагановичем ранило шrapнелью во время фронтовой инспекции (его в ногу, а Л.М. Кагановича — в руку) и положили их на время в один госпиталь. С тех пор подчиненных Исакова репрессии не касались. Оперировал их хирург от Бога профессор Петров, который впоследствии был учителем О.Н. Сорокина в институте им. Склифосовского. Поистине задумаешься о неисповедимости дорог судьбы. Тесть много интересного и в основном негативного рассказывал о Сталине и крайне плохо относился к Ворошилову, Буденному и Октябрьскому, считая их бездарными военачальниками. Он постоянно учился и даже в зрелом возрасте для этого нанимал себе учителей. Когда Хрущев начал гонения на всех тех, кто прямо или косвенно работал при И.В. Сталине, мой тесть вначале самостоятельно ушел в отставку на заведование кафедрой, а потом и на пенсию. В Ростове-на-Дону ему была предоставлена большая квартира, но Вера Павловна рвалась домой, в Москву. Путем обмена удалось переехать в ближнее Подмосковье, город Бабушкин (ныне район Москвы), а затем на Ленинский проспект,

в дом Изотопов. Пенсия была у него хорошей, но других преимуществ и привилегий не было. Правда, надев свою военную форму, при полном параде, он помог преодолеть проволочки и окончательно получить уже выделенную Институтом биофизики ранее мне лично в Химках двухкомнатную квартиру в новом кирпичном доме. Но Химки — это Московская область, поэтому нужно было менять эту квартиру на московскую. Оказалось, что портовый хладокомбинат при въезде в Москву, справа по Ленинградскому шоссе (потом я у них приобретал живую рыбу), строил дома в Москве, а почти все его работники жили в Химках. Вот с этим комбинатом и был произведен обмен на двухкомнатную квартиру в новом доме в московском районе Лось. Там еще не было инфраструктуры и регулярного транспортного сообщения. Мы решили съехаться. В результате получилась достаточно большая трехкомнатная квартира в доме возле станции метро в черте старой Москвы. Часть дома, в котором мы живем, пристроили пленные немцы, строили хорошо, с выдумкой: повсюду лепнина, из прихожей в коридор попадаешь через арку, стены толстые, кирпичные, на кухне под окном есть ледник. Двор большой, замкнутый, вскоре должен стать закрытым. Ко мне тесть относился с полным уважением, в том числе, по его словам, за работоспособность, ускоренное продвижение вглубь выбранной специальности, ответственность и перспективность. У моей жены еще остались две родные сестры в Москве, одна из них — по отцу, троюродная сестра в Софии, племянник в Мельбурне, дальняя родственница в шведской Упсале, а у меня — двоюродный брат, о котором мне ничего неизвестно, двоюродная сестра в Киеве, с которой нет никаких отношений, и двоюродная сестра с двумя детьми в Ивано-Франковске, с которой мы хотя и редко, но общаемся. К сожалению, у нас большой семьи не получилось.

Если раньше границы Москвы проходили по линии малой окружной железной дороги, то теперь они вышли далеко за пределы МКАД. И хотя нынешний наш загородный дом расположен в 12 км от МКАД, но от нынешней границы Москвы — всего в 5 км. У нас двое взрослых, высоких, умных, красивых, порядочных, честных и самостоятельных детей. Сын, Михаил Юрьевич, окончил факультет медицинской кибернетики Московского медицинского университета (2-й мединститут), сейчас работает спортивным менеджером мужской волейбольной команды «Динамо», живет отдельно; дочь, Екатерина Юрьевна, стоматолог-ортодонт, кандидат медицинских наук. Оба к своей работе относятся с большим уважением и являются профессионалами, оба увлекаются современными техническими новинками, оба со вкусом одеваются, меблируют квартиру и т.д. Жизнь у них сложилась по-разному, без нашего родительского влияния, но они оба — оптимисты и все время ставят перед собой новые задачи. Оба уже достаточно поездили по миру, хотя

дочь еще, к сожалению, очень мало была в городах и весях страны. Такими детьми можно только гордиться. Внуков нет, хотя давно пора.

Вообще мне везло на хороших людей. Вначале это были товарищи по школе, которые растворились в пространстве и времени, потом по институту. С О.П. Минцером мы дружим до сих пор, нередко пересекаемся в неожиданных местах с В.В. Безруковым, директором Киевского института геронтологии, дружили с ныне покойным В. Мельниковым (и его семьей), который был главным специалистом Минздрава Украины по медицинской кибернетике. Позднее дружеские отношения сложились с В.Ф. Мартыненко, которого удалось сманить в НПО, и очень теплые отношения установились с Е.Н. Шиганом, О.Н. Сорокиным (и их семьями), крупным государственным деятелем, который вначале был директором Департамента здравоохранения в системе Министерства путей сообщения (МПС), где работали 27 тыс. врачей, а затем — вице-губернатором Тверской области при одновременном заведовании областным отделом здравоохранения, с академиком Е.И. Соколовым и его покойной женой, с четой Олег и Наталья Медведевых. Никогда и никому ничего плохого не делал (это не в моем характере), хотя был и есть нетерпим к дурости, подлости и особенно к воинствующему непрофессионализму. Именно поэтому в любой компании отношения у меня с людьми устанавливались не сразу, а постепенно, по мере того как они меня узнавали и оценивали.

* * *

Так было много раз, в том числе во время выездного мероприятия проекта ТАСИС в Барселоне. Но все это было гораздо позднее. Этот проект (руководитель — Роб МакКвистен из Белфаста) по Екатеринбург, Самаре и Санкт-Петербургу уже подходил к концу, но нечем было по нему отчитываться. Не прилагать же фотографии оснащенных общих практик? Нужен был какой-то анализ их деятельности. И тогда по настоянию Минздрава РФ была собрана группа экспертов и направлена в Барселону, куда прибыли проходящие стажировку наши врачи из Белфаста. Вначале я там был не у дел и даже хотел пораньше оттуда улететь, но не отпустили. Там я и предложил в срочном порядке провести результирующее исследование и подготовить в трех томах методические рекомендации. Сравнительное исследование показало выраженное преимущество по всем аспектам работы у врача общей практики (даже в неполном его виде) по сравнению с участковыми терапевтами. Так, даже на консультацию к специалистам врач общей практики (ВОП) назначал больных в три раза реже за счет более широкой подготовки. В Москве начали работать три группы по разработке методических рекомендаций: из НПО, ВНИИ им. Н.А. Семашко и Московской медицинской академии. Работа

продвигалась трудно, так как нам приходилось пояснять партнерам, что представляет собой ПМСП. Но закончили, перевели все тома на английский язык, и получился полноценный отчет, против которого у Евросоюза не было возражений.

К сожалению, сейчас наступило такое время, когда многих друзей уже нет и посоветоваться иногда просто не с кем.

* * *

По итогам смотра Раменская больница заняла второе место в области, и меня стали настойчиво приглашать в Москву. Вначале в Управлении кадров Минздрава СССР, а затем и в городском отделе здравоохранения мне было предложено два места: заместителем главврача крупной городской клинической больницы или главврачом строящейся поликлиники в Матвеевском. Нужно было тогда с кем-либо посоветоваться.

Глава четвертая

ЖИЗНЬ В НАУКЕ

У моей жены, Наталии, один родственник работал в институте им. Ф.Ф. Эрисмана, а до этого он был замминистра здравоохранения Литвы. Мы приехали к нему в Перловку, и когда он выслушал меня со всеми моими наблюдениями и мыслями, то сказал, что мне нужно идти только в науку, в частности в Институт социальной гигиены и организации здравоохранения им. Н.А. Семашко, обещая туда позвонить. В то время ВНИИ им. Н.А. Семашко был самой крупной, разносторонней и многоаспектной школой подготовки социальных гигиенистов (специалистов по общественному здоровью) и организаторов здравоохранения (специалистов по общественному здравоохранению). Кто в этой научной школе не состоял и не проходил ее, из того полноценного аналитического специалиста не получалось. Конечно, организаторов здравоохранения готовили еще и наши кафедры, среди которых выделялась знаменитая Казанская школа. Но, как правило, кафедры специализировались на отдельных проблемах и не могли охватить весь спектр нашей специальности. Так, молдавские кафедры профессоров Тестимицану и Канта занимались сельским здравоохранением, кафедра профессора Нестерова — медико-социальными проблемами инвалидности, кафедра профессора Пустового — планированием здравоохранения, кафедра профессора Случанко — медицинской статистикой и т.д. Соответственно, и их ученики хорошо ориентировались только в этих вопросах. Особо следует выделить врачей-практиков, волею судеб ставших по должности организаторами здравоохранения при крайне недостаточном объеме и диапазоне их знаний. Даже главные врачи поликлиник и больниц весьма слабо разбирались в вопросах территориального здравоохранения, поскольку для этого требовались совсем иные знания и навыки: умение изучать, правильно анализировать и обоснованно применять знания о медико-демографических процессах и здоровье жителей территории в целом, определять и учитывать потребности населения в различных видах медицинской помощи, умение выстроить многоуровневое здравоохранение с учетом доступности для пациентов и экономической целесообразности и организовать взаимодействие медицинских учреждений, маршрутизацию движения пациентов, знать основы системной организации, экономики, статистики (медицинской и аналитической) и управления территориальной системой, анализировать ее функционирование и оценивать результаты, организовывать межсекторальное

взаимодействие по критерию здоровья и т.д. К сожалению, такого рода подготовленных специалистов в стране немного. Меня искренне поражает смелость целого ряда клиницистов, берущихся с какой-то целью за решение территориальных проблем здравоохранения. Они подготовлены в своем деле, а занимаются чужим. Результаты, как говорится, налицо.

И вот в 20-х числах декабря 1967 г. я приехал в этот институт и был поражен нарядным видом сотрудников. Потом оказалось, что в этот день они начали коллективно отмечать Новый год и потому были все при параде. Директор — профессор Иван Демидович Богатырев — предложил мне на выбор должности младшего научного сотрудника (98 рублей) или старшего референта (126 рублей), но без научного стажа. Я выбрал второй вариант, поскольку уже чувствовал ответственность за семью, а разница в деньгах тогда была существенной. Незадолго до этого институт представлял собой отстойник, где работали даже специалисты по пушнине. Но новый директор, специалист по изучению заболеваемости и определению потребности населения в различных видах медицинской помощи, получил карт-бланш от министра Б.В. Петровского и обновил состав института. При подборе кадров он использовал интересный принцип — чтобы стаж врачебной работы был не менее трех лет (тогда наука будет осознанно помогать практике), но не более восьми лет (тогда ученый может не получиться). Я со своим пятилетним стажем укладывался в эти рамки. Практически одновременно в институт были приняты имеющие практический опыт Г.З. Демченкова, А.И. Лазаренко, К.М. Кельманзон, В.В. Степанов, А.А. Симакова, Э.Б. Палинкаши, Г.Н. Полосухин и другие, которые затем успешно защитили диссертации по избранной тематике. Мы жадно впитывали все дискуссии на заседаниях ученого совета, семинарах и даже в курилках. Институт был головным ученым подразделением страны по научному развитию здравоохранения, и в нем развивались следующие направления:

- аналитическая медицинская и математическая статистика (Мерков, Садвокасова, Быстрова, Мозглякова, Русакова, Шиган, Жуковский, Игнатъева, Леонов, Роменский и др.);

- планирование и экономика здравоохранения (Данюшевский, Баркман, Жук, Новгородцев, Ройтман, Роговой, Христюхин, Жуков и др.);

- история медицины и здравоохранения (Петров, Барсуков, Мирский, Шилинис, Венгрова и др.);

- организация здравоохранения (Богатырев, Коган, Логинова, Розенфельд, Подварко, Шахгельдянец, Агаев, Куриленко, Семенов и др.);

- научная организация труда и управления (Лукиянов, Цванг, Генкин, Зотов, Сошников, Лазаренко, Камсюк, Кельманзон и др.);

- анализ зарубежного здравоохранения (Галахов, Александров, Случевский, Савельев и др.);

- разработка автоматизированных систем управления (Игнатъев, Портонов, Тимонин, Мартыненко и другие), а также другие направления.

Кстати сказать, со многими из указанных специалистов моя судьба по-разному и в разных местах пересекалась. Все они вели очень нужные и интересные исследования. Например, Л. Куриленко и Б. Семенов изучали по всей стране у детей и подростков отдаленные последствия родовых травм, Э. Агаев проводил исследования на базе Елгавы по расширению прав руководства здравоохранением, Е. Логинова проводила исследования стационарной медицинской помощи, Э. Новгородцев и М. Ройтман занимались экономикой и планированием здравоохранения, А. Шахгельдянц со своими многочисленными учениками занимался изучением заболеваемости промышленных рабочих в разных отраслях, Д. Розенфельд изучал заболеваемость у работников санэпидслужбы и т.д. Из коллег по отделу хотелось бы выделить необыкновенно красивую и умную Г.З. Демченкову с очень интеллигентной мамой, которая со своими сотрудниками фактически разработала модель всеобщей диспансеризации с минимальным набором тестов. К сожалению, многие и ее, и других сотрудников идеи опережали свое время. Уже спустя годы при создании диссертационных советов при НПО я сумел уговорить Г.З. Демченкову войти в их состав. Можно и нужно вспомнить добрым словом не только институтскую атмосферу, но и людей, ее создающих, среди которых был П.А. Свистунов. Удивительно мягким и отзывчивым был руководитель отдела профессор В.С. Лукьянов, перешедший из Барвихи, один из авторов тонизирующего напитка «Саяны». Он видел свою главную задачу в том, чтобы не мешать активной научной молодежи работать, и создавал для этого нужные условия. Руководителем отделения, где я числился, был Ю.И. Зотов, подвизавшийся по партийной линии. Однажды днем, уходя, уже в дверях, он сказал, что если его будут спрашивать, то он в райкоме. Видели бы вы его лицо, когда в ответ я спросил: «А что сказать, если будут спрашивать из райкома?» Ну и конечно, мы готовили стенгазеты, по разнарядке выезжали в колхозы и работали на овощных базах. Помню добрую эпиграмму на Т. Королькову: «Выплывает из алькова на прогулку Королькова», и она действительно как бы вальяжно плыла (несла себя) по коридору. Или на историков медицины: «Результат у них таков: закопались в глубь веков и раскапывают даты доктора и кандидаты». Это к тому, что они выпускали бюллетень со знаменательными для медицины датами.

* * *

Зарплаты были у всех маленькими, работали на энтузиазме. Так тогда жила вся страна, и так тогда, да и сейчас тоже, ценился труд в науке.

В то время в институте еще остались профессора-могикане, у которых можно было многому научиться: М.И. Барсуков, бывший заведующий

медико-санитарным отделом Военно-революционного комитета Петрограда, работавший с В.И. Лениным и участвовавший в формировании семашкинской модели в стране; Б.Д. Петров, ранее работавший в ЦК КПСС и в начале 1950-х годов выступавший против нашей специальности, руководитель отдела истории медицины; С.М. Данюшевский, специалист по планированию здравоохранения; организатор стационарной помощи Е.А. Логинова; организатор педиатрической помощи Р.Б. Коган, известные специалисты по медицинской и аналитической статистике Е.А. Садвокасова и А.М. Мерков, который в свое время заведовал статистическим бюро украинского Минздрава в Харькове (тогда — столицы Украины), и многие другие. Особенно была сильна средняя прослойка ученых, которые нам всячески помогали (О. Александров, Д. Розенфельд, А. Шахгельдянец, Ю. Подварко, М. Ройтман, А. Христюхин, Ю. Шилинис, В. Быстрова, В. Мозглякова, Р.Л. Цванг и др.). Таким образом, осуществлялась преемственность поколений. Как говорил И. Ньютон, он видел дальше, поскольку стоял на плечах гигантов (то есть опирался на накопленные ранее знания и умения). Интересно откорректировал эту мысль Генрих Гейне, считавший, что карлик, вставший на плечи великана, хотя и видит дальше великана, но в нем нет биения гигантского сердца. Отсюда вывод: каждый должен уметь не только учитывать предшествующий опыт и правильно его использовать, но и видеть с его помощью перспективы.

Из новых сотрудников был сформирован отдел НОТ (научной организации труда) медицинских работников (нас называли молодежным кафе), причем у каждого была изначально запланирована диссертационная тема. У меня — исследование организации приема больных в городских поликлиниках. Весь отдел работал очень дружно, помогая друг другу в подборе литературы. В течение буквально нескольких месяцев я изучил по литературе состояние проблемы, составил методику исследования из пяти карт, отстоял и утвердил тему и методику на ученом совете института, напечатал горы карт и выехал в первую командировку. Методом классификации была определена основная база для исследования — две поликлиники Куйбышева, к которым в каждый сезон года добавлялись поликлиники из других регионов: весной — Владимир, летом — Севастополь, осенью — Петрозаводск, зимой — Владивосток. Один цикл исследования занимал обычно чуть больше месяца. Вначале по письму от какого-либо заместителя министра здравоохранения СССР на месяц привлекались 20–30 человек из медицинских училищ, в течение которого первые две недели шел пробный набор материала и, только отработав все детали в течение двух последующих недель, осуществлялся набор фактического материала, шедшего в разработку. При входе в поликлинику постоянно работали по два человека, которые выдавали специальный талон каждому

посетителю (без него нигде не принимали), при выходе талон сдавался. В нем проставлялось время прихода и ухода из поликлиники и маршрут (с последовательностью) движения пациента по кабинетам поликлиники. Две другие карты заполнялись на каждого пациента у окон регистратуры (причины посещения) и в самой регистратуре с замерами времени по каждому виду деятельности. Остальные две карты заполнялись на каждого больного у всех кабинетов (с чем и зачем пришел) и внутри кабинетов (что сделано и каков результат). Местные органы здравоохранения относились очень хорошо, создавали все условия для ознакомления с достопримечательностями и для самой работы, выделяя автотранспорт. Для главных врачей поликлиник даже предварительные данные были значительным открытием. Например, больных из кабинета невропатолога чаще всего направляли к окулисту, поскольку первые изменения сосудов можно было определить на глазном дне. А их кабинеты располагались на разных этажах, что создавало неудобства для пациентов. Или было установлено, что до 7% пациентов, войдя в поликлинику, тут же из нее уходили из-за очередей или неудобного для них графика работы врачей.

Возвращаясь в Москву, я готовил весь объемный материал (220 тыс. посещений) к обработке на ЭВМ, подбирая карты на одно лицо и расписывая словесные алгоритмы обработки для программистов. Одновременно готовились отчеты, статьи и велась подготовка к сдаче кандидатского минимума, для чего пришлось тщательно проштудировать особенности советской модели здравоохранения в сравнении с другими. В результате исследования были получены основные закономерности в работе городских поликлиник и распределение посещений по дням недели и часам дня с соответствующими организационными выводами и предложениями.

Интересно было попасть во Владивосток первый раз, потом, спустя десятилетия, пришлось там побывать еще дважды. Во-первых, директор не хотел подписывать командировку со словами: «Нельзя ли выбрать базу исследования поближе?» На что я сказал, что там мне (кстати, как и везде, о чем он не знал) предоставляют 30 бесплатных хрометражистов. Затем я заказал билеты, которые должны были принести на работу. Но в тот день завотделом послал меня вместо себя читать какую-то лекцию по научной организации труда за 3 рубля в час, и я оставил деньги на билет сотрудникам. Именно поэтому я не знал, что туда нужно иметь разрешение на въезд. Летел я на ТУ-104 со множеством посадок, с приключениями (пришлось в самолете оказывать медицинскую помощь при отсутствии на борту каких-либо средств), со значительным опозданием. Кстати, потом мне еще раза три приходилось оказывать на борту медицинскую помощь. Но в аэропорту прилета меня ждала санитарная машина. А потом я увидел, как прилетевших людей высаживали из автобуса, на что встречающие меня сказали, что это у них проверяют разрешение на въезд. Я похолодел.

Но санитарную машину не остановили, и меня привезли в крайздравотдел, к его руководителю А.И. Кожину, который тут же повез меня к первому секретарю крайкома КПСС Чернышеву, впоследствии переведенному в Москву. И секретарь, живот которого занимал почти полстола, сказал, чтобы приезшему из Москвы (то есть мне) создали все нужные условия для работы. Привезли в отель «Владивосток», и одна дежурная у другой спросила, посмотрела ли она у меня разрешение на въезд, на что та ответила, что это бронь крайкома партии. Номер, в котором я прожил тогда месяц, выходил окнами на бухту Золотой Рог. В мое распоряжение предоставили автотранспорт, я выбрал две поликлиники, наладил работу, потом проехал по Разломовским местам в Находку, где меня встречал местный глава здравоохранения и где впервые попробовал трепангов в ресторане.

Помимо моего познания поликлиник, изнутри был во многих других медицинских учреждениях и ФАПах. Помню, в одном ФАПе у русского фельдшера было девять детей, причем, если ребенок рождался с раскосыми глазами, он был по национальности удэгеец, а если с обычными — русский. На вертолете летал над Сихотэ-Алинем в Лесозаводск на Уссури. Туда и обратно пролетали над небольшим островком Даманским, на котором развернулся военный конфликт в день моего возвращения в Москву. За неделю до отъезда мне привезли много морепродуктов (банки крабов и красной икры, огромную кету — по всему периметру чемодана, рыбу угольную холодного копчения и т.д.), а мой тесть их очень любил, и когда я рассчитался за них, у меня остался один рубль на последнюю неделю, то есть на одну булочку и чашку кофе в день. Правда, в один из дней после выступления на местном телевидении меня накормили обедом.

В действительности приключения были при каждом выезде. В первую командировку в Куйбышев мы выехали троим: Г. Полосухин, К. Кельманзон и я, каждый по своей теме. Жили в гостинице «Центральная», и когда туда приехал ансамбль «Орера», мы соблазнили В. Кикабидзе, и он пел в нашем номере. Каждый вечер в гостиничном ресторане мы пили хорошее местное пиво, закусывая оливками. Командировочные быстро кончились, и Кельманзон, отобрав у нас остатки, держал нас на голодном пайке. Полосухин (он был стоматологом) слетал на день в Москву и привез какие-то деньги. Опекали нас, помимо облздравотдела, наша кафедра (С.И. Стегунин) и руководство мединститута, в том числе главный врач клиники Э.С. Ахметзянова (с мужем Рафкатом Бореевичем) и главный врач нашей базовой поликлиники, ее подруга, Г.В. Казберова. Как-то нужно было уехать в Москву, а самолеты не летали из-за густого тумана. Не было билетов и на поезда, даже проходящие. Тогда всеильная Э. Ахметзянова связалась с начальником областного КГБ, и он на свое имя заказал для меня билет в кассе. Когда я туда прибыл, спросили, кто я такой, на что я показал нераскрытое институтское удостоверение

красного цвета с гербом и сказал, что я его помощник. В поезде я случайно написал довольно примитивный стишок, который, правда, потом напечатали в местной газете. Вот он:

Я в Самаре не родился,
Волга мне была чужой,
Но в Самару я влюбился
Сердцем всем и всей душой.
В жизни всякое бывает,
А о том, что здесь был враг,
Пусть всегда напоминает
Нам Подпольщиков овраг.
Ну а где была делянка
С паутинностью проселок,
Там взростеют Безымянка
И Машстрой, Кинап-поселок.
Вихри дней листают годы.
Мы постарше стали, строже.
Но Самару вихрь обходит —
С каждым днем она моложе.
Вся гремит, трещит, грохочет,
Визг трамваев, шум колес.
Ну а если захохочет,
То смеются все до слез.
Вечерами тихо льется
Песня где-то впереди.
Даже Волга нежно трется
О гранит ее груди.
Хорошо в такой вот вечер
Пиво пить, пуская дым.
Ощущать всю радость встречи
С местом близким и родным.
Ну а люди — это чудо:
Рады гостю, как звезде.
И у них друзья повсюду,
И у них друзья везде.
Нелегко со всем расстаться,
Нелегко так все забыть.
Но, Самара, может статься,
Я вернусь. Все может быть.

Во Владимир мне и К. Кельманзону долго не высылали из нашего института командировочные. Пришлось крутиться. В это время в нашей гостинице жили известные артисты из Ленинграда, которые во Владимире организовывали праздник весны. Мы с ними стали играть в преферанс,

и все, что я выигрывал, Климентий проигрывал. Именно поэтому я его отвадил, и на выигрыш содержал обоих до получения перевода. Как-то спускаюсь в отеле по лестнице, а навстречу счастливый народный артист, и, захлебываясь, он стал рассказывать о своих успехах. Тогда в магазинах были пустые прилавки, а он хотел купить в «Хрустале» бокальный набор «Вишенка» для шампанского из дымчатого стекла с красной вишенкой в ножке. И, увидев запись в книге пожеланий о выражении благодарности директору магазина от какого-то заслуженного артиста за этот набор, он заявил, что является народным артистом СССР, и ходил туда почти месяц, пока не добился своего. Узнав адрес, я решил тут же заехать. В магазине было четыре-пять продавцов, а на полках — одни граненые стаканы. Зашел в кабинет директора. Смотрю, сидит молодая интересная женщина и в 11 часов перекусывает. Я завел разговор на профессиональные темы, выяснив, что, если она не поест слегка, будут боли. Она нигде не обследовалась. Тут же я снял телефонную трубку, позвонил завоблздравотделом, объяснил все ему и передал трубку ей. Они договорились встретиться. И тогда она спросила, зачем я пришел, открыла сейф и продала мне искомый набор. Я его решил отвезти в гостиницу. И каково же было удивление опять встретившегося мне народного артиста, когда я ему показал набор бокалов. Все это меня еще раз убедило в том, что медицина многое может.

* * *

Мы поддерживали добрые отношения с министерствами здравоохранения союзных республик, со многими НИИ и нашими профильными кафедрами по всей стране. В то время к сотрудникам головного института им. Н.А. Семашко везде в стране относились с большим уважением. Все абсолютно (и этот урок неплохо бы усвоить нынешним руководителям Минздрава) принимаемые решения в сфере здравоохранения базировались тогда на научном обосновании института. Сейчас это далеко не так и практически каждое решение, принимаемое Минздравом РФ, достойно ушедшего в небытие сатирического журнала «Крокодил». Например, 16 декабря 2014 г. на сайте Минздрава был опубликован проект ведомственного приказа «Об утверждении типовых отраслевых норм времени на посещение одним пациентом врача-педиатра участкового, врача-терапевта участкового, врача общей практики (семейного врача), врача-невролога, врача-оториноларинголога, врача-офтальмолога и врача акушера-гинеколога». Безграмотность этого проекта приказа состоит в том, что нормировать нужно не пациента или время его посещения, которое от него никак не зависит, а работу врача и затраты времени врачом в расчете на одного пациента. Каждый раз таким образом Минздрав

дает повод для написания критической статьи по всем его неразумным решениям, действиям и заявлениям. Просто люди, там работающие, занимаются не своим делом, отсюда и вытекает их непрофессионализм. Отдельно мне и Г.З. Демченковой директор И.Д. Богатырев поручил доказать, что официально фиксированная посещаемость (свыше девяти посещений на одного жителя в год) является липой. Мы выбрали для исследования Тулу и Одессу, отобрали там районы старой и молодой застройки, при выезде на места провели перепись населения и с помощью нанятых помощников (студентов медицинских училищ) искали этих людей во всех амбулаторно-поликлинических учреждениях. В результате оказалось, что в Туле было 3,6 посещения, а в Одессе — 5,1 на одного жителя в год. При этом мы изучили особенности формирования показателей здравоохранения и поняли, что многим из них доверять нельзя. То же самое имеет место и сегодня. Аналогичным образом гораздо позднее я проанализировал статистические показатели, относящиеся к здоровью населения, процесс их формирования, выяснил, что они в действительности отражают (а показатели — это отражатели глубинных процессов), и понял, что пользоваться ими можно только с очень большой натяжкой. Но об этом позже.

По дороге в Одессу мы на день остановились в Киеве у моей мамы. Галине Захаровне очень понравились детские стишки М. Стельмаха, отрывки из которых она потом долго вспоминала: «Сив и хлыпае ижак — я ж не знав, що будэ так». Или другой: «Биля рички на писочку кит зиркуе з-за пеньочку: як бы рыбку так зловыты, щоб и ниг не замочыты». В составе комиссий Минздрава СССР пришлось много ездить с проверками по стране, что также было очень полезной школой для изучения региональных особенностей при единой системе здравоохранения. Много раз был на Украине: в Киеве, Одессе, Днепрпетровске, во Львове, где побывал на кладбище и видел памятники Ивану Франко, Ярославу Галану, Соломие Крушельницкой и др., и во многих других областях и городах. По этому поводу руководитель нашего отдела профессор В.С. Лукьянов, помогавший нам в работе, написал в стенгазету стишок: «Юг и Север, будь здоров, облетал наш Комаров, и пример нам подал всем — сдал работу в ЭВМ». Все сотрудники отдела впоследствии защитили диссертации и стали крупными специалистами в своей области (Г.З. Демченкова, К.М. Кельманзон, А.А. Симакова и др.), благодаря чему мы побывали на банкетах во многих московских ресторанах, даже в уже не существующих сегодня.

Очень мне помогла разобраться в сути функционирующей модели здравоохранения обобщающая докторская диссертация Р.Л. Цванга, которую мы называли «Ленин и Цванг». Эту диссертацию он так и не защитил и со всей семьей уехал в Израиль, в Ашкелон. Я тогда еще не был кандидатом наук, а директор поручил мне разобраться с этой докторской

диссертацией, которая кое-кому не понравилась в Минздраве. И действительно, в ней были подробно раскрыты основополагающие принципы отечественного здравоохранения и в динамике показано их совершенно неверное толкование и определенные искажения (сейчас они более значительны и разрушительны), а также осуществляемый, не соответствующий принципам семашкинской модели перенос акцентов от здоровья здоровых к болезням больных. Этот принцип значительно ускорился начиная с 1990-х годов, и перерос в той или иной степени в бизнес на болезнях. А водоразделом тут послужил период второй эпидемиологической революции, когда наметился выраженный переход от острых (главным образом, инфекционных) заболеваний к хроническим дегенеративным и неспецифическим.

В это же время в мире и появилась концепция факторов риска, возникшая по результатам ряда лонгитудинальных (продолженных) исследований. И началось все с маленького американского городка Фремингхема, в котором на протяжении многих лет изучалось здоровье жителей в динамике и откуда пошло выражение: «Ишемическая болезнь сердца — это болезнь века». Именно тогда, в середине прошлого столетия, здравоохранение в разных странах стало менять свою ориентацию от преимущественного лечения к преимущественно профилактике и превращаться из системы (или несистемы) оказания медицинской помощи в систему охраны здоровья. Иначе говоря, принципы, ранее заложенные в отечественном здравоохранении, показали свою перспективность, восторжествовали и были взяты на вооружение в ВОЗ и во многих странах.

Но у нас, к сожалению, такого разворота не произошло в полной мере вследствие того (это мое мнение), что практически все министры здравоохранения (кроме С.В. Курашова и некоторых других) были выдающимися клиницистами, а не организаторами здравоохранения по специальности. И вот это несоответствие между основополагающими принципами и практическими реалиями было со множеством фактов и аргументов доказано в работе Р.Л. Цванга. Например, он проводил такой эксперимент: в разные комнаты сажал протоколно руководителей территориального здравоохранения и давал им один и тот же приказ Минздрава (улучшить, обеспечить, повысить, поднять, совершенствовать и т.д.), и все понимали его совершенно по-разному. Или он доказывал, что Минздравом принижена роль главных специалистов, советов врачей, медсестер и т.д., или показывал, что и как нужно делать. Фактически речь шла о самоуправлении профессиональной деятельностью и о формировании гражданского общества в здравоохранении. Кому из власть предержащих это могло понравиться (тогда и сегодня)? Эта же преимущественно лечебная тенденция в российском здравоохранении продолжается до сих пор, и, к большому сожалению, нет представления о том, что охрана

здоровья далеко не тождественна оказанию медицинской помощи и гораздо более объемная и результативная для населения в целом.

Но вернемся обратно в институт. Ученые советы проходили в парадном зале с деревянной резьбой (бывшей фирмы «Зингера»), там периодически разворачивались настоящие баталии (а мы слушали и впитывали, раскрыв рты). Во время одного из заседаний я обратил внимание на вальяжно (нога на ногу) восседавшего в последнем ряду молодого человека (на два года старше меня) в замшевых туфлях, что было тогда большой редкостью. Мне сказали, что это заведующий отделением статистики здравоохранения Е.Н. Шиган, который уже побывал в США и Великобритании. Спустя несколько лет мы подружились семьями, совместно проводили отпуска (от Прибалтики и Ленинграда до Винницкой области и Молдавии) и т.д. Моя жена была в полном восторге от него. Потом я приезжал и останавливался у них в Вене и Женеве. Вокруг Шигана было всегда полно ловителей идей, а он ими фонтанировал и рассеивал щедрой рукой. У него была замечательная жена, пережившая мужа на 15 лет, оба похоронены рядом на Головинском кладбище, куда мы ежегодно вот уже 20 лет обязательно наведываемся, а с их сыном мы поддерживаем отношения до сих пор.

Как-то летом 1969 г. вызывает меня директор и дает задание заниматься математикой. Я в ответ: это все равно, что слушать музыку, надо знать какую. Но какой математикой нужно заниматься он, видимо, не знал и не сказал. Вообще с директором у нас были особые отношения: он как бы меня ценил, а я старался быть независимым и на его мысли, не совпадающими с моими, говорил: «Вы хотите, как перед войной: малой кровью, чужой ценой и на чужой территории», хлопал дверью и уходил. Мне как пролетариату терять было нечего. На праздники, директор любил посидеть у нас в отделе, он как бы молодец. Некоторые его рассказы остались в памяти. Например, в конце войны он был ранен и получил назначение на заведование городским здравоохранением в Одессу, где врачей катастрофически не хватало и ему самому приходилось ездить на вызовы. Приехал он в одну коммунальную квартиру, осмотрел женщину и с ее мужем выходит в общий коридор. Муж ему протягивает деньги, а он отказывается. И тогда муж слезно умоляет его взять деньги со словами: «Ну что обо мне подумают соседи?»

Помню, директор писал книгу об управлении здравоохранением, для чего уехал в совминовский дом отдыха «Сенеж», поручив Цвангу подготовить теоретико-философскую часть, а мне — оргтехнику для управления. Под эту марку мы с Климентием Кельманзоном замечательно съездили в Таллин и Ригу, где воочию ознакомились с техническими возможностями для управления. Помогли и книги Г.Х. Попова. Потом в Латвии и особенно в Эстонии я был очень много раз, а Эстонию вообще проехал всю вдоль

и поперек. Мог даже кое в чем объясниться по-эстонски (например, купить сигареты «Леек» или заказать обед), благо у меня были словари и разговорники. Был в Пярну, Пальдиски, Пайде, Тюри, Отепя, Виру, Тарту, Куремаэ, Силламяэ, на разных пляжах, на острове Саарема и т.д. В Таллине меня поражала своеобразная архитектура: Вышгород с узкими улочками, чтобы рыцарь на коне и с копьём мог развернуться, спуски в нижний город, замок Тоомпеа, башни Толстая Маргарита, Длинный Герман Юхана III, 50-метровая «Загляни на кухню» (Кик-ин-де-Кёк), Вырусские ворота, Доминиканский монастырь, Ратуша, Домский собор, Мюнди-бар, парк Кадриорг, уникальные музеи и т.д. Отношение простых таллинцев было разным — от неприятия со стороны пострадавших в годы советской власти до полной, хотя и замедленной доброжелательности. Чувствовал я себя там совсем неплохо. Удивляло наличие прекрасных кабаре, стеклянных почтовых ящиков, необычных кухонных мелких принадлежностей и высокое (по нашим меркам) качество продуктов питания, особенно молочных изделий. В Таллине, где печного отопления давно не было и где за несколько лет до Олимпиады 1980 г. обновили все городские коммуникации, ликвидировали земляные полы, провели массовое благоустройство и сделали канал в районе Пирита, до сих пор модной, популярной и достаточно экзотичной является профессия трубочиста. Трубочисты чистили трубы, исходящие из каминов. В сельской Эстонии обращало на себя внимание разнообразие проектов жилых домов, даже при хуторском типе расселения. Конечно, Эстония была гораздо ближе к европейской культуре, чем мы, и пока мы свыше 70 лет жили за железным занавесом, да еще и в коммунальных квартирах, Европа не стояла на месте и очень сильно продвинулась в культурно-бытовом и ментальном смысле, что порою кажется, нам их не догнать. Вспоминаются слова японцев о том, что в массовом техническом производстве мы от них отстали навсегда. Очень бы не хотелось в это верить, особенно с учетом того, что у нас есть немало талантливых людей, которые еще пробиваются сквозь чиновничьи заслоны.

Везде в Эстонии, в городах и сельской местности, ко мне относились нормально. В Министерстве здравоохранения Эстонии меня курировали заместитель министра Тамм, отдел медицинской статистики (И.Г. Левина и К.А. Кинк) и профессор Н.В. Эльштейн, главный терапевт Минздрава Эстонии, написавший книжки: «Врач, больной и время», «Терапевты и специализация медицины» и др.. Они же помогли мне с отдыхом в разных местах Эстонии. Кайя Кинк потом много раз приезжала в Москву и была у меня на даче. А я и Е. Шиган были руководителями ее диссертации. Обычно останавливался я в хорошо оснащенном и со всеми удобствами общежитии Минздрава Эстонии за 1 рубль в сутки. Помню, однажды мне выделили машину с шофером-эстонцем для поездки в Палдиски и Пярну и предупредили, что шофер — строгий человек,

у него все по расписанию, и он должен вернуться в гараж к 17:00. По дороге мы разговорились, и он, увидев мой интерес к Эстонии (языку, истории, культуре и т.д.), сам стал предлагать заехать еще и в другие красивые места. В результате вернулись в Таллин только в 21:00. Как-то я был там с сыном, ездили на пляж в Клогаранд, потом сняли квартиру в Пярну, а затем ему захотелось побывать на знаменитой Таллинской регате. На пляже Клогаранд преобладали дюны из белого песка, а море даже в жару было прохладным, к тому же до глубины нужно было долго идти. Вокруг полно народу, множество детишек и тишина — просто идиллия. Но вот появились две новые семьи: грузинская и еврейская, а впечатление, что на пляж пришел полк солдат — шум, гам, беготня, крики: «Боря, выйди с моря!» и т.д. Эстонцы даже вздрагивали. В Минздраве Эстонии я взял пропуск, и на катере мы вышли в море, где наблюдали все виды соревнований парусников. Жалели, что не удалось увидеть катамаранов, но вскоре они со свистом пронеслись мимо нас. Вечером наблюдали дифелирующую гондолу (подарок городу из Венеции) и побывали на замечательном концерте Анне Вески, вернувшейся после гастролей. В Латвии, в Риге, был пять раз, проехал все побережье: Юрмалу, Дзинтари, Булдури, Дубулты и т.д. Везде меня опекали чиновники местных органов здравоохранения и наши кафедры. В Латвии — министр В. Канеп и В. Клигере, в Белоруссии — министры Савченко, Казаков и Дробышевская, профессор Прилипецвич и т.д.

Как-то я был две недели в Ереване, и туда в качестве оппонента должен был нелегально (Минздрав не отпускал) прилететь директор. Там он дал мне очень высокую характеристику. Был в селе Армаш, где главным врачом работал А.П. Айриян, защитивший докторскую диссертацию, создав и научно обосновав медико-географический атлас Армении; был в Эчмиадзине с католикосом, в Цахкадзоре, Матенадаране — книжно-рукописном хранилище, в Сардара-пат, где армяне встали стеной и не позволили туркам продвинуться вглубь страны, на Севане с памятником Ах-Тамар и красивым домом архитекторов в виде головы форели, в разных христианских церквях и монастырях, а Араратской долине, в доме-музее Мартироса Сарьяна, с которым там возле его знаменитых картин («Портрет персиянки», «Утро в Араратской долине» и другие с причудливой игрой света и тени) и познакомился, на вино-коньячном заводе «Арарат» и т.д. В Армению, которая раньше была великой и огромной страной и простиралась от Киликии до Ванского царства (сейчас — Арарат с его двумя вершинами — символ страны, находится за границей, за рекой Араксом), и в ее трудолюбивый народ нельзя было не влюбиться. Даже выучил пару слов по-армянски. Опекал тогда меня начальник Управления науки Минздрава АрССР Левон Тебелекян. Впоследствии был знаком с рядом министров здравоохранения республики. Потом был

в Армении несколько раз, с заездом в Грузию, где Д.Д. Венедиктова, а заодно с ним и меня опекал секретарь ЦК Грузии. Такие вина, какими нас угощали, в продаже, как мне кажется, не появлялись. После этого я в Грузии был много раз, у меня были друзья и диссертанты, одного из которых (Т.М. Сванадзе) очень привечали в моей семье. Мне нравились его родители — сельские учителя и вся его семья, а моя теща называла его ласково Тариэльчик. Подружились мы с Отари Герзмавой, бывшим замминистра ГрССР, с выходцем из княжеской семьи Гелой Сакварелидзе и др. Был в Кутаиси, Боржоми и других местах, запомнились грузинское гостеприимство и шикарные грузинские вина («Оджалешви», «Ахашени», «Киндзмараули», «Хванчкара», «Твиши» и др). Когда бывал в Казахстане летом, старался выбраться на Иссык-Куль, в Чолпон-Ата. Раньше по дороге на каток Медео, защищенный плотинами от селя, тянулись сплошные яблоневые сады со знаменитым апортом, однако сейчас садов этих нет, а земля застроена особняками.

* * *

Но вернемся к математике. Взял книгу Хинчина «Теория массового обслуживания», добросовестно одолел ее всю, но ничего не понял. Еще не зная, зачем это все нужно, предложил К. Кельманзону, обладающему математическим складом ума, заниматься математикой вместе. Главный вычислительный центр Минздрава входил в то время в состав института, и директор подобрал нового руководителя этого центра, талантливого математика из Обнинска У.В. Игнатьева, который в соответствующих органах числился в диссидентах (он жил на одной лестничной площадке с братьями Медведевыми, Роем и Жоресом), и поручил ему работать со мной. Он стал часто приезжать на улицу Обуха, где вполне доходчиво (это был высокий класс) объяснял мне сложные вещи. Спустя полгода директор заявил мне, что Е. Шиган уходит и он меня прочит на его место. Я отговорился, что мне нужно подумать, и помчался к Шигану [отдел статистики размещался в здании Главного вычислительного центра (ГВЦ)] на улице Вучетича. Он мне сказал, что они не сошлись с директором во взглядах, что он переходит в Институт усовершенствования врачей (ЦОЛИУВ) и благословил меня на свое место. Я выдвинул целый ряд кадровых и организационных условий, которые директор принял и выполнил. В результате к существующему подразделению, в котором были также кандидаты медицинских наук В. Рарова и Ж. Жуковский, добавилось еще пять человек. А я защитил кандидатскую диссертацию несколько позже, в Ярославле, где только что открыли соответствующий диссертационный совет. В Москве очереди были на несколько лет. Одним из моих оппонентов и по кандидатской, и впоследствии по докторской диссертации был

велеречивый академик АМН Ю.П. Лисицын. Потом с Ю.П. Лисицыным мы подружились семьями, часто бывали у него дома в конце Ленинского проспекта, где властвовала гостеприимная хозяйка Лидия Ивановна, окулист, кандидат медицинских наук. Часто к нам присоединялся Ю.П. Ляченков, работавший тогда в Управлении внешних связей Минздрава СССР, вместе с женой. Наши сборища Лисицын называл полиюрией. С ним мы часто ездили в командировки (Анапу, Львов, Пермь, Самара и т.д.), вместе были у мыса Юровский на Ижевском озере. После защиты мои сотрудники подарили мне кинокамеру с надписью: «Аврора — камера, подарок очень редкий, к защите докторской подарим вам проектор». Но не подарили, это был уже совсем другой коллектив. К. Кельманзон, перешедший со мной в ГВЦ, начал работу над своей кандидатской диссертацией по организации амбулаторной педиатрической службы на год раньше меня, а защитил работу на полгода позже под руководством В.К. Таточенко, только что вернувшегося после работы в штаб-квартире ВОЗ. Вместо отделения статистики здравоохранения наше подразделение стало именоваться лабораторией медицинского обеспечения АСУ в здравоохранении. Лаборатория занимала три помещения: два проходных (одно — 20 м² для среднего и технического персонала, другое — 70 м² для научных сотрудников), упирающихся в маленький кабинет (12 м²) заведующего. Вскоре Ж. Жуковский, у которого кандидатская диссертация была посвящена распространенности сердечно-сосудистых заболеваний, попросился уйти в Институт профилактической медицины (бывший Институт кардиологии) к академику АМН Р.Г. Оганову, с которым у меня длительное время были нормальные рабочие отношения вплоть до его отставки. Обычно в рамках Лиги здоровья по просьбе Л. Бокерия он организовывал медико-демографическую секцию, куда приглашал выступить и меня. Л. Бокерии очень не нравились мои выступления, поскольку в них я легко доказывал, что с точки зрения государства и экономики болезни органов кровообращения являются далеко не ведущими проблемами, хотя на их долю приходилось 56% в структуре смертности. Но противных аргументов ни у кого не было (а я оперировал средним возрастом умерших), и ему только приходилось качать головой в знак несогласия.

В здании ГВЦ на улице Вучетича (недалеко была дача известного скульптора Вучетича, где он в свое время прятал от властей Солженицына перед его отъездом за рубеж) располагался также крупный отдел медицинской статистики ВНИИ им. Н.А. Семашко. Вначале этим отделом заведовала фронтовичка профессор Е.А. Садвокасова, а после ее кончины — А.А. Роменский, уступивший отдел в Минздраве вернувшегося из штаб-квартиры ВОЗ Г. Церковному. Роменский был мастером спорта и ранее играл в русский хоккей за Красногорский «Зоркий». Руководитель ГВЦ У. Игнатъев вскоре перешел вместе с О. Зотовым

в Институт биофизики, где разрабатывал кадровые системы. На его место был назначен руководитель отдела вычислительной техники В. Тимонин, с которым, как говорится, ухо надо было держать остро, так как нередко он разговоры записывал на спрятанный диктофон и провоцировал сотрудников на откровенность. В нашей лаборатории, которая вскоре стала центром тяготения в ГВЦ, работали классные специалисты (К. Кельманзон, М. Муров, Э. Лицев, Р. Эливанова, И. Матюшина, Т. Воронцова, И. Смирнова и др.). Тут же меня привлекли к чтению лекций в ЦОЛИУВ, а Е.Н. Шиган — к чтению лекций по учебному телевидению. Тогда это был 3-й канал ТВ. Долгие годы я затем читал (и это продолжается, но с меньшей интенсивностью, до сих пор) лекции курсантам ЦОЛИУВ, в том числе на выездных циклах (в Кемеровской области, Норильске, Крыму, Ивано-Франковске и всех районах области, других регионах), стараясь с ними рассуждать о различных вариантах действий в сфере организации здравоохранения (тематика — системный анализ здоровья и здравоохранения), но уже после того, как они на курсах освоили многие азбучные истины медицинской и аналитической статистики, организации работы отдельных медицинских учреждений и служб, организации территориального здравоохранения, управления, экономики и планирования. Тогда курсы были месячными, 4-месячными и 9-месячными, многие из которых проводились под эгидой ВОЗ с участием иностранных курсантов. Помимо занятий, курсанты выезжали в регионы страны и в некоторые зарубежные страны.

В Севастополе, городе русской славы, был несколько раз, а рядом, в Херсонесе, находились остатки старины, известный археологический музей (сохранился альманах этого музея) и пляжи. Проехал весь Крым, все побережье, а также от Керчи на востоке, музея Паустовского, до центрального Крыма (город Крымск), где пробовал только что приготовленное у меня на глазах душистое вино из винограда сорта «мускат гамбургский», и далее в Западный Крым через Евпаторию, Саки, раскопки скифских и тюркских поселений, Атлеш, где в отвесном берегу моря выдолблены пещеры, в которых раньше контрабандисты разжигали сигнальные костры, а теперь гнездились тучи птиц, после чего вплоть до поселка Черноморского расстились большие песчаные пляжи и песчаные косы. Конечно, был в Бахчисарае и во всех винодельческих районах и винзаводах Крыма. И не только там, но также в Абрау Дюрсо, Фанагории, Молдавии, в том числе на дегустациях. Ведь каждый главный врач хотел показать достопримечательности своего района. Обычно из Крыма я привозил кизил и удлинённые крымские яблоки, из Одессы, с Привоза, куда ради почина надо было приходиться очень рано утром, — крупные отборные томаты и фрукты, из Молдавии — ящичками отборные овощи и фрукты, вина, из Закавказья — изумительные вина и коньяки,

с Украины — сало (выбирая которое перепробуешь все на рынке, выяснишь, с какого места у свиньи взято и есть ли на него сертификат) и местную горилку, из Средней Азии — яблоки апорт, курагу и изюм, из Эстонии — кухонные принадлежности и морепродукты, с Дальнего Востока — крабы, икру и другие морепродукты и т.д. Самое лучшее пиво тогда было рижское и жигулевское, а самые лучшие шоколадные конфеты тогда делали во Львове, в Риге и Куйбышеве.

* * *

В то время во всех отраслях начали разрабатываться автоматизированные системы управления. Приехал в ГВЦ директор и поставил задачу, а К. Кельманзон это добросовестно запротоколировал. Задача состояла в разработке технорабочего проекта на АСУ в здравоохранении, а в практическом плане нужно было отобрать близлежащую область, установить там перфораторы типа УРИ-4, с тем чтобы «что-то там стучало, то есть набивалось, что-то сюда передавалось, что-то здесь обрабатывалось и что-то возвращалось на места». Именно так и была поставлена задача. Была отобрана Калужская область (зашифрованная как Копенгаген), в ней — Спас-Деменский и Сухиничский районы и областная больница. Там установили технические устройства, обучили выделенных людей, которые затем в ежедневном режиме под нашим контролем набивали на перфоленту статистическую информацию. Перфоленты пересылались в ГВЦ, где обрабатывались на ЭВМ «Минск-22» и «Минск-32» и формировались отсылаемые обратно недельные отчеты. Фактически та статистическая информация, которая ранее сводилась в годовом режиме, стала выдаваться более оперативно для возможных корректировок в работе медицинских учреждений. В то время главным врачом московской городской станции скорой медицинской помощи (СМП) был Шапиро, очень заинтересованный в оптимизации своей службы. Именно поэтому по СМП мы выполнили ряд исследований. В одном из них разложили всю работу СМП на отдельные этапы с временными и ресурсными характеристиками, а в другом сопоставили поводы (провели их классификацию) к вызову с результатами вызова. Оказалось, что информативность повода крайне низка. Так, за поводом «плохо с сердцем» сердечно-сосудистая патология составляла всего 15%. Именно поэтому к каждому поводу мы предложили задать два-три вопроса, значительно повышающих информативность, что позволяло более четко определить срочность и очередность вызова, а также выбрать соответствующую бригаду. По тем моделям на технические науки были защищены диссертации В. Тимонина и Н. Громовой. Проблемы СМП меня интересовали и в дальнейшем. Так, в Новокузнецке велась разработка по типу свой—чужой, а намного позднее

в нашем диссертационном совете была защищена докторская диссертация главврачом Московской СМП И. Элькисом, который провел медицинское районирование Москвы, ускорившее время доезда до места вызова. А в это время в Ленинграде провели работу по минимизации времени от места вызова к ближайшему стационару. Установили мы хорошие связи и с министерствами здравоохранения союзных республик, а особенно с 4-м главным управлением Минздрава РСФСР, которое находилось в Грохольском переулке, и его больницей на Открытом шоссе в зеленой зоне. Там руководителем работал Е.К. Ганькин, с ним мы обучали сотрудников больницы и вели работы по ее информатизации. Но он хотел иметь в штате своего специалиста по этой проблеме. У меня была такая кандидатура — В.Г. Мельников, который после окончания нашего общего медвуза поработал у Н.М. Амосова (там защитил кандидатскую диссертацию), выпустил немало книг по медицинским информационным системам, защитил в Москве докторскую диссертацию и стал главным специалистом Минздрава СССР по медицинской информатике. По всем параметрам он соответствовал предъявляемым требованиям. Его жена Нина, хохлушка, мечтала переехать в Москву. Она обожала шампанское, и потому, когда я бывал в Киеве, обязательно посещал их квартиру на бульваре Леси Украинки с шампанским, конфетами и цветами. Ганькин даже для них выделил трехкомнатную квартиру на Преображенской площади, которую я держал пустующей целый год, поскольку Мельникова так просто не отпускали. Когда, наконец, они переехали и Нина устроилась на работу в ВАК СССР, мы могли чаще встречаться у нас и у них, где часто бывали разные космонавты, особенно Гречко. Спустя годы не стало Нины, а потом и Владислава.

Впоследствии у меня было много научных учеников и последователей, а особенно запомнился первый из них — Ю.Е. Марков с инженерно-математическим образованием (окончил МАИ). Он рассмотрел работу поликлинических диагностических служб с позиции теории массового обслуживания и предложил оптимизационные мероприятия. Защита должна была состояться в Киевском институте кибернетики, но, к сожалению, он перетрудился и скоропостижно скончался в Киеве, перенес в поезде обширный инфаркт миокарда. Похоронен на кладбище в подмосковном поселке Шереметьевском, где его отцу, генералу и герою Советского Союза, была выделена И. Сталиным дача.

Как в головную организацию к нам приезжали на стажировку специалисты из разных регионов страны и ряда зарубежных государств. Особенно прочные отношения сложились с Болгарией, где начал осуществляться Габровский проект, поставивший в центр внимания пациентов с их проблемами. Одним из инициаторов этого проекта был Божидар Байкушев, в Министерстве здравоохранения его курировала Таня Чолакова,

а разрабатывал проект при нашем непосредственном содействии Болгарский институт социальной гигиены (Ангел Ценов, Петр Цонов). В то время по решению Тодора Живкова болгарские специалисты досконально изучили опыт многих стран с выездом на места и, вернувшись домой, включили в проект все самое ценное, полезное и приемлемое к условиям Болгарии. Казалось, что может быть лучше? Однако этот проект не был поддержан Минздравом СССР и, к большому сожалению, был прикрыт. Потом почти аналогичную работу провели в Канадской провинции Квебек и в Стокгольмском округе. В Минздраве СССР наш ГВЦ курировали управление во главе с Э.А. Бабаяном, которого потом сняли с должности из-за его абсолютно верной точки зрения по поводу культуры потребления алкоголя, а не запретительных мер, и входящий в состав управления отдел вычислительной техники во главе с инженером Л.Г. Судариковым. Судариков был женат на дочери Ю.Б. Левитана — Наталии, которой очень гордился. Так вот, он считал и себя, и меня относящимися к нереализованному поколению, с чем я не был согласен.

Одновременно мы вели плановую научную тематику по определению информации (и показателей), необходимой на каждом уровне управления здравоохранением, исходя из того, что на низовых уровнях должна преобладать более оперативная информация, а на верхних — стратегическая.

В это время после завершения работы в штаб-квартире ВОЗ в Женеве вернулся в страну Г.Ф. Церковный, занявший свое прежнее место завотделом статистики Минздрава СССР. В ВОЗ уже начали разрабатываться информационные системы, и потому наша работа ему поначалу не понравилась. Но, поездивши по стране, он понял, что ничего похожего в СССР нет и что система в ГВЦ — единственно работающая в стране. И ему сразу же как статистику захотелось распространить ее на всю страну. Этому удалось противодействовать и буквально задушить работающую в ГВЦ систему. Произошло это, поскольку к тому времени мы убедились, что существовавшая и обрабатываемая статистическая информация оказалась в большей степени абсолютно непригодной для управления. Для начала нужно было понять, откуда она взялась. Еще в 1930-е годы академиком Струмилиным для составления плана развития страны были выдвинуты информационные требования ко всем отраслям, в том числе и к здравоохранению, подо что и была создана вся сеть медицинской статистики. В результате исследований и проводя экспертные оценки с руководителями органов и учреждений здравоохранения, мы определили, какого типа информация (и показатели) необходима. До нас этим занимались многие специалисты (Е.А. Садвокасова, Е.А. Логинова и др.), но составленные ими отчеты так и пылились на полках библиотеки института. Никто не хотел брать ответственность за изменения на себя. Дополнительное исследование было нами проведено в различных

управлениях Минздрава СССР, вначале в Планово-финансовом управлении — ПФУ (начальник — В.В. Головтеев). По договоренности он пустил наших сотрудников на свою «кухню», и здесь мы увидели много интересного. Во-первых, каждая республика составляла свой план развития отрасли, подкрепленный деньгами из республиканского Минфина. То же самое для республик делал и Минздрав СССР, а потом эти планы встречались в Госплане СССР, и, естественно, побеждал подкрепленный финансами план республик. Возникал вопрос: зачем нужно было столько усилий со стороны Минздрава СССР? Сотрудники управления не могли сформулировать, какие задачи они вообще и в каждый момент времени решают. И наши специалисты, систематически наблюдая за их работой, помогали им сформулировать задачи. Потом возникал вопрос о необходимой для этих задач информации, с чем у них постоянно возникали сложности, и приходилось им информацию буквально выпрашивать в отделе статистики. Все это способствовало нам в определении нужной для управления и планирования информации.

И здесь у меня с директором образовалась трещина в отношениях. Он считал, что результирующие показатели должны быть косвенными, а я на основании данных исследований считал, что прямыми. Казалось, ну и что тут такого, но эти расхождения носили принципиальный характер, в который доброхоты с удовольствием вносили свою лепту. ГВЦ хоть и входил в состав ВНИИ им. Н.А. Семашко, но считался относящимся непосредственно к Минздраву, некоторые руководящие работники которого давали отдельные поручения и задания на исследования. Например, стоял вопрос о необходимости повышения зарплаты врачам, хотя Госплан настаивал на том, что это можно не делать, так как врачи у нас были как бы недогружены. По просьбе В. Головтеева мы провели уникальное исследование в шести репрезентативных областях страны, откуда в соответствии с нашей методологией заполненными картами к нам приезжали целые делегации со своими пишущими и счетными машинками. В этих картах была вся информация по каждому (!) врачу в отдельности, включая его общие данные, совместительство и дежурства, среднемесячную нагрузку, общий доход с его структурой и т.д. Это была большая работа. Мы все проверяли и либо заворачивали на доработку, либо пускали в обработку на ЭВМ по специально разработанным программам на алголе. Результаты превзошли все ожидания, и руководитель отдела ПФУ А.Л. Маргулис просил, чтобы я докладывал в Госплане характеристики проведенного исследования и обоснования выводов. Мы подготовили соответствующую презентацию с графиками, таблицами и распределениями. Материал оказался просто убийственным. Такая самостоятельность не понравилась И.Д. Богатыреву, и я, как ранее М.С. Бедный и Е.Н. Шиган, решил уйти из института. Мне институт дал очень многое, на перечисление всего уйдет

несколько страниц. Это была тогда мощная и, пожалуй, единственная в стране по масштабам научная школа, которую, к сожалению, нынешним организаторам здравоохранения не довелось застать, и потому они совершают почти постоянно методические, статистические, аналитические и организационные ошибки. Школа, как известно, дает базисные знания, без которых дальнейшее становление специалиста весьма затруднительно и которые потом полностью восполнить невозможно.

Но, главное, и это я вынес в эпиграф, пришло понимание необходимости постоянного движения, движения мыслей, пополнения новыми знаниями и их распространения. Среди моих коллег и друзей были и везунчики — они открывали рот и туда им все падало. Мне же, с моей безотцовщиной, которую я воспринимал как данность, как условие моей жизни и ограничение в работе, приходилось для того же самого затрачивать невероятные усилия. И потому я все время в работе, постоянно слежу за обзорами Обсерватории ВОЗ по здравоохранению в разных странах, выхожу на многие зарубежные медицинские и правительственные сайты, слежу за публикациями в отечественных и зарубежных изданиях, за диссертационными исследованиями, много пишу и по возможности передаю свои знания и свое понимание проблем. Меня радует, когда я вижу активные и заинтересованные глаза, когда люди хотят узнать или понять что-то, когда они хотят улучшить здравоохранение, когда думают прежде всего о пациентах. Таким я готов всячески помогать и активно содействовать. Когда-то я интенсивно накапливал знания (в менее интенсивном виде это продолжается и сейчас), но уже несколько десятилетий тому назад появилась выраженная потребность от переполнения не лопнуть, а ими делиться. Думаю, такое происходит со многими учеными в разные периоды их творческой деятельности.

Один из отпусков мы провели вместе с Шиганами по разработанному мною маршруту: вначале Эстония (экскурсии, пляжи), затем — Санкт-Петербург, потом поездом на Украину, в Калиновку на Южном Буге, под Винницей. Это уже Подолье с красивейшими холмами, селениями и колодцами с высоким журавлем с ведром. Оттуда мы проехали по всем природным и другим достопримечательностям Винницкой области, видели, как делают мягкий и несоленый сыр — буц и пробовали его вместе с вином. Купили, естественно, рубашки с национальным орнаментом и блузки-вышиванки. Потом мы отправились в Молдавию, а Шиганы вернулись в Москву.

* * *

Меня пригласили в Институт биофизики, который разрабатывал АСУ для Третьего главного управления Минздрава СССР, на ведение лабораторией лечебно-профилактической подсистемы. Это место было почетным, так как до меня этой лабораторией заведовал профессор

Г.А. Попов, ранее работавший заместителем В.В. Головтеева в Минздраве СССР, известный специалист по медицинским и врачебным кадрам и их планированию. Другими лабораториями заведовали У.В. Игнатъев (кадровая подсистема) и Г.В. Романовский (санитарно-эпидемиологическая подсистема), а отделом в целом — известный жесткий специалист по АСУ профессор А.И. Китов, разработчик электронно-вычислительной техники и программирования, бывший создатель и директор головного вычислительного центра (ВЦ) Министерства обороны, а затем ВЦ Минрадиопрома. Помимо работы по автоматизации, в том числе по обработке различных форм документов в стационарах и поликлиниках, в лаборатории велась тема, связанная со здоровьем граждан, проживающих в так называемых закрытых городах. В них довелось побывать с немалыми сложностями и препятствиями. Теперь они открыты, главным образом для иностранцев. Так, бывший Арзамас-16, куда можно было попасть с большим трудом и куда наш вагон гоняли всю ночь, чтобы было непонятно, где находимся, стал Саровым, в котором уже в ельцинский период (в очередной мой визит туда) я видел толпы американцев, а для граждан России въезд был по-прежнему ограничен. В советское время туда добирался поездом, обратно самолетом, вне какого-либо расписания. Там находился дом, где жил А. Сахаров; снабжение было по высшему разряду, и море клубники, которую те, кто ее выращивал, не могли вывезти за пределы ограниченной территории. Я прикупил два ведра ее, и, когда прилетел в Москву, меня все спрашивали, какой это рейс. Так я им и сказал бы, даже если б знал, но не знал. Довелось побывать и на некоторых других объектах.

Мне как заведующему лабораторией на территорию Института биофизики разрешалось проносить папку, а заведующим отделами — портфели. Но все равно специально прошнурованную и пропечатанную тетрадь с записями нужно было сдавать. Как-то мне нужно было получить в окошке спецотдела допуск при выезде в командировку. Сотрудник спецотдела Института разговаривал по телефону, я заглянул и увидел всю свою родню вплоть до мест захоронения на кладбищах. Однажды я был в институтском Центре радиационной гигиены, в котором работали многие сотни сотрудников, и такого количества людей со значками Героев Труда и лауреатов разных премий я больше никогда не встречал в одном месте. Единое целое с институтом составляла крупная больница № 6, на базе которой размещался научный клинический отдел, занимавшийся лучевой болезнью и лейкозами. Сюда же относился и прекрасно оснащенный по тогдашним и нынешним меркам радиологический центр Бальсевича. Он попросил меня изучить вопрос, почему при таком современном оборудовании с компьютерами, томографами и специально подготовленными кадрами, когда система сама определяла дозы, поля и экспозицию воздействия в зависимости от характера и локализации

опухоли, состояния организма и автоматически управляла станиной, из которой с двух сторон на опухоль замыкался пучок облучения, результативность работы Центра была относительно невелика и произведенные затраты не соответствовали полученным результатам. Я прошелся по всей технологии и выяснил, что дело не в них, а в целом в устройстве всего здравоохранения, когда на местах новообразования выявлялись на III–IV стадии, практически не поддающейся лечению даже на самом современном тогда уровне. Рядом находился «Спецмедснаб», где по записке можно было приобрести модные очковые оправы и другие изделия. Вся наша работа велась в тесном контакте с руководством Третьего главного управления, с его лечебно-профилактической службой (Элиас, Кряжевских) и медицинской статистикой (Иванова). Другая лаборатория, санэпидподсистемы, вела не только информационные системы, но и моделировала на основе объективно установленных в результате научных исследований уровней возможные вспышки инфекционных заболеваний совместно с Центральной ЭЭС (главный врач — Селидовкин).

К работе в лаборатории мне удалось привлечь молодых, талантливых математиков. Одного из них, кандидата технических наук С.П. Ермакова, владеющего математической статистикой, мне порекомендовал известный специалист по математике затухающих кривых доктор технических наук И.Б. Погожев. С их помощью я ознакомился с вероятностными методами, которые потом опубликовал применительно к исследованиям в сфере здравоохранения. Они же позволили мне понять Фишеровскую вероятностную статистику и теорию малых выборок. Другим был А.Г. Церковный, увлекающийся математической эвристикой. Были изучены различные методы, применяемые в разных математических школах Киева, Москвы, Ленинграда, Новосибирска и т.д. С помощью математической эвристики, в частности методов распознавания образов с обучающей выборкой (то есть с учителем), под руководством академика Ю.И. Журавлева (обработка велась в ВЦ АН СССР на ЭВМ БЭСМ-6, поскольку у нас в отделе были не столь быстродействующие ЭВМ) мы определили признаки, информативные для возникновения целого ряда заболеваний. Для этого у нас была создана база данных и матрица из 20 тыс. больных (по историям болезни) по 787 признакам (в динамике) на каждого. Просто огромный статистический материал, но это было сделать несложно, поскольку все истории болезни находились в компьютерах. Помимо впервые полученных традиционных данных о здоровье граждан в упомянутых городах, также впервые удалось выйти на распознавание предрасположенности к различным заболеваниям. Особенно сильно эта проблема (*predisposition*) заинтересовала американцев из Международного института прикладного системного анализа в Вене, встречу с которыми организовал Д.Д. Венедиктов, и они захотели, чтобы там

я продолжил эту работу. К этому времени в США был накоплен огромный статистический материал, и свыше 3 млн историй болезни находилось в компьютерной сети, что позволило им связать госпитальные заболевания с необходимыми ресурсами и разработать DRG (*Diagnostic-Related Groups*), или, как мы их не совсем точно называли, клинико-статистические группы (КСГ). Наши талантливые математики восстановили алгоритм формирования КСГ по девяти признакам, главными из которых были средние сроки лечения, что в США косвенно отражали сходство применяемых технологий и однотипность затрат ресурсов. Мы попробовали это на наших материалах, в частности на примере Горьковской областной больницы (главврач — Обухов), как раз тогда, когда там насильно кормили объявившего голодовку легендарного академика А. Сахарова. Но, к сожалению, однотипные группы не получились, так как средние сроки пребывания больного на койке были полностью произвольными. В результате нашего исследования и компьютерной обработки материала оказалось, что наибольшая информативность (способствующая отделению одного объекта от другого) содержится в 30 признаках, из которых и была создана специальная опросная анкета. Эти признаки носили как общий, так и специальный характер и обладали разными вероятностями. Например, признак курения первоначально состоял из восьми градаций в виде матрицы — по количеству выкуриваемых сигарет (папирос) в сочетании с длительностью курения в формализованном виде. Информативным оказался только один вопрос: «Курите больше 15 лет?». Ответ односложный — да или нет. Проверка этих материалов, то есть анкет и алгоритма их обработки, на практике в одной из медико-санитарных частей показала высокую результативность (до 80%) точности распознавания предрасположенности к целому ряду заболеваний. Иначе говоря, человек еще не болен, но, исходя из динамики информативных признаков, у него может возникнуть конкретное заболевание спустя, скажем, пять лет. Это служило обоснованием для целевой профилактики. На этом материале А.Г. Церковный защитил кандидатскую диссертацию по математике. По данной тематике, то есть по здоровью в целом, мною была подготовлена докторская диссертация, которую в полностью закрытой системе негде было защитить. Тогда профильных советов по моей специальности не было, а выпустить за пределы системы мою работу не позволялось.

* * *

Особо следует упомянуть о колхозной эпопее. Во время обучения в мединституте нас обычно посылали в колхозы осенью на уборочные работы. Помню, были мы в колхозе недалеко от закрытого города Желтые Воды, где добывали уран, на Украине на уборке кукурузы. Меня

монотонная работа по срезке и сбору початков как-то не прельщала, и я устроился на грузовик, их перевозивший, в качестве кузовного рабочего. Вначале я вилами нагружал молочной спелости кукурузой полный кузов, потом садился на верх этой горки, и мы ехали 5 км до весов (ваги), а после взвешивания подъезжали к канавам, где я разгружал кукурузу. Так закладывались бурты на зимний корм скоту. Потом опять ехали 5 км. Вечером меня подвозили к месту расположения, и я промокшие треники помещал в угол; они за ночь высыхали и становились калеными. Для того чтобы зелень не попала в волосы, я носил коричневую шапку финских солдат с козырьком и отворотами для ушей. Управляющий отделением колхоза на собрании говорил обо мне: «Отой немец добре працюе». Несколько раз ездили в подмосковные колхозы из ВНИИ им. Н.А. Семашко на уборку капусты на заливных приокских лугах. Посылали нас и на овощные базы (например, в Хлебниково) перебирать овощи, упаковывать их в сетки и отбрасывать гниль. И в Институте биофизики было то же самое. Помню, С.П. Ермаков только-только вернулся из колхоза, а тут опять пришла разнарядка — надо кого-то посылать. С трудом я уговорил недовольного С. Ермакова еще раз на 10 дней съездить в колхоз. Но вернулся он оттуда счастливым, так как именно там и в тот приезд познакомился со своей будущей женой. Как говорят, не было бы счастья, да несчастье помогло, совсем как в фильме «С легким паром».

* * *

Параллельно с основной работой я занимался многими общественными делами, был членом Проблемной комиссии по медицинской демографии (председатель — М.С. Бедный), действительным членом Географического общества СССР и его московского отделения, членом научного совета по системному анализу в медицине и биологии, членом научного совета по социальной гигиене и организации здравоохранения. Одно из заседаний последнего из упомянутых советов было проведено в июле в Архангельске, как раз в период борьбы с алкоголизмом, откуда мы на небольших кораблях дошли за дождливую ночь до Соловецких островов (об этом может быть подготовлена отдельная повесть), попали в шторм, утром при полном штиле и ярком солнце на лодках прошли по соединительной системе озер на Большом Заячем острове, потом побывали в Ломоносове и т.д. До этого пленумы этого научного совета проводились в Оренбурге, Перми, Челябинске и т.д. Много пришлось ездить по стране по приглашению на различные конференции (Пермь, Свердловск, Челябинск, Омск, Нижний Новгород, Ханты-Мансийск, Казань, Якутск и т.д.). Помню, в Ростове-на-Дону Институт социологии (директор — Рябушкин) в конце 1970-х годов проводил региональную

конференцию «Семья и здоровье». Со стороны Ростова ее опекали зам-предоблсполкома Маева и главный врач облбольницы Н.Т. Трубилин (в прошлом завоблздравотделом, в будущем — министр здравоохранения РСФСР и зампредсовмина РСФСР). На конференции пригласили выступить Ю.П. Лисицына, М.С. Бедного и меня. Вывозили нас на корабле по стремительному Дону; уха, которой нас подчевали, была необыкновенной. Так вот, они получили телеграмму: «Встречайте бедный Лисицын», и потом у меня допытывали, почему Лисицын бедный. Они оба прибыли заранее, а я — как раз к началу конференции, и меня, не дав переодеться, прямо в летней рубашечке посадили к пиджакам в президиум. Ассоциация семейной медицины проводила свои заседания в Саратове, Чебоксарах, Белгороде. В Киеве, помимо работы с сотрудниками отдела здравоохранения Института им. Марзеева, работы в Минздраве Украины преимущественно с В.М. Козлюком, заместителем министра, проводилась также работа с Институтом Охмадета (директором тогда была Р.В. Богатырева, впоследствии министр здравоохранения Украины и видный деятель Партии регионов) с Э.М. Задорожным, с которым долгие годы мы поддерживали дружеские отношения. Вместе отдыхали в Приазовье (Бердянск, Мариуполь), в южной части Днепра, откуда мы на «Метеоре» поднимались к Киеву через шлюзы и мимо Канева с могилкой Т. Шевченко на высоком берегу. Потом в Запорожье я был еще несколько раз, был на острове Хортица, прикоснулся к сохранившемуся с сечевых времен огромному огороженному дубу, а на следующий год уже на Соловках был в келье последнего гетмана Украины упомянутого ранее П. Калнышевского.

В царское время на Соловках все озера с чистой водой были соединены между собой каналами, они впадали в Белое море как раз под монастырем-крепостью, что служило при осаде источником питьевой воды, вращало турбину и давало ток, позволяло на вертящихся дощечках отстирывать белье. Рядом был свечной заводик, теплом которого отапливалась теплица с экзотическими растениями и фруктовыми деревьями. А во время Крымской кампании (1877—1878) к Заячьим островам (Большому и Малому) подошел английский фрегат, и одноногий пушкарь из небольшой пушчонки разрушил у него центральную мачту, после чего война для Соловков окончилась. По этому поводу там установлен памятный камень с надписью. В советское время почти все на Соловецких островах было разрушено, там основали концлагерь с особым режимом пребывания. Провинившихся зеков привязывали к бревну и сбрасывали вниз с холма. К сожалению, потом почему-то там не создали музей Соловецкого лагеря особого назначения (СЛОН), что, на мой взгляд, стоило бы сделать, поскольку в этом лагере, как и во всех остальных, было очень много безвинных и талантливых людей, которыми страна могла бы гордиться.

* * *

Первый после Октябрьской революции концлагерь для крестьян (взрослых, стариков и детей) создал М. Тухачевский во время подавления Тамбовского восстания летом 1921 г. Это крестьянское восстание было против полного изъятия новой властью хлеба, против проводимой продразверстки, что грозило массовым голодом. Жестокость М. Тухачевского перешла все границы: уничтожались и сжигались целые селения вместе с жителями, культивировался массовый террор, а против крестьян применялось запрещенное химическое оружие. Концентрационных сталинских лагерей по всей стране потом было немало, и не только на севере и востоке. Это в том числе был источник бесплатной рабочей (рабской) силы для выполнения планов сталинских пятилеток, куда сажали людей по оргнабору, то есть по заявкам руководителей строек. Даже на Селигере, не очень далеко от Осташкова, на территории монастырской пустыни, был организован вначале лагерь для малолетних преступников, потом концлагерь, где содержали польских офицеров, а 30 лет тому назад эту полуразрушенную территорию передали патриархии, где постепенно, и я тому свидетель, ведутся восстановительные работы при поддержке тверских предприятий. На территории РСФСР, БССР и УССР концлагеря Осташковский, Козельский, Старобельский и другие были использованы для временного содержания польских граждан и офицеров, в том числе оборонявших в 1939 г. Брестскую крепость от немецких войск Г. Гудериана, откуда они поступали в Катынь под Смоленском, Медное под Тверью, Пятихатки под Харьковом, Куропаты под Минском на расстрел. Нужно сказать, что первые концлагеря как фабрики смерти были созданы не в СССР, а в Австро-Венгрии в начале Первой мировой войны (1914). Эти концлагеря — Терезин в Чехии и Талергоф под Грацом — предназначались для жителей Буковины, Галицкой и Подкарпатской земель, Угорской Руси, поскольку тогда Украины не было и не было такого понятия, как Западная Украина. В этих лагерях австрийцы не только уничтожали местных жителей: интеллигенцию, передовых крестьян по спискам и т.д., но и стравливали их различные группы. Там погибли несколько сотен тысяч человек, многие были расстреляны или повешены военными властями. И это в 1917 г. австрийское правительство вынуждено было признать. Все погибшие были сторонниками русского языка и русской культуры. Цель была — железной рукой оторвать украинцев, проживающих в западных районах, от России и навязать им язык, отличный от русского, и в итоге отколоть от России часть земель. Данную идею подсказали им поляки, постоянно вбивавшие клинья между Малороссией и Россией. Этому способствовало решение Берлинского конгресса 1878 г., когда Германия и Австрия заключили тайный союз

против России, а австрийские власти стали искоренять «русскую опасность» и «опасных для государства москвофилов».

Очень не любят на Западе касаться того периода, когда осуществлялся фактический геноцид русских людей в Австро-Венгрии, хотя бы потому, что пришлось бы признать факт проживания на территориях современных Словакии, Венгрии, Польши и Западной Украины русского населения, что исторически доказывает: это коренные земли русского народа. За короткое время, с 1914 по 1919 г., в Малороссии сменилось пять самостоятельных органов власти: Центральная рада, Гайдамацкий кош, Украинская Народная Республика, Украинская держава гетмана Скоропадского и Директория С. Петлюры, но почти все они, враждая между собой, характеризовались общей ненавистью к России. П. Скоропадский держался только на немецких штыках, но 1 декабря 1919 г. петлюровцы вошли в Киев и гетман бежал. Ненависть тлела в годы советской власти, а потом начала проявляться в полной мере в период правления выходца из Волыни Л. Кравчука, который, как считают некоторые обозреватели, ненавидел русских с детства. Помню, как Кравчук оправдывался по поводу своей недвижимости за рубежом: «Да, у мэнэ е така маленька хатка у Вашингтоне».

Один из последних гетманов Украины похоронен в Подмоскovie возле бывшего имения Гончаровых в Яропольце (затем — загородная база Московского авиационного института), недалеко от разрушенной, но по-прежнему величественной усадьбы Чернышевых с усадебной церковью, и над его могилой установлена часовенка с постоянно горящей лампадкой. В помещении бывшей усадебной конюшни потом разместили больницу. Тогда многие медицинские учреждения, особенно диспансеры, размещались в приспособленных и непригодных помещениях, и потому принятое по инициативе Б.В. Петровского Постановление ЦК КПСС и Совмина СССР о строительстве крупных областных больниц выглядело как свет в окошке.

* * *

В Минске, Кишиневе, Алматы и во многих других городах я проводил занятия с руководителями органов и учреждений здравоохранения.

Наш Совет по системному анализу (председатель — замминистра здравоохранения СССР Д.Д. Венедиктов) был организован в рамках большого Совета под председательством Д.М. Гвишиани (зять А.Н. Косыгина), опирался на Московский институт системных исследований и вновь созданный нашей страной и США Международный институт прикладного системного анализа (ИАСА) на окраине Вены, во дворце в Лаксенбурге — бывшей загородной охотничьей резиденции Габсбургов. Когда

в начале 1980-х годов было принято решение провести в Москве первую Международную конференцию по системному анализу и моделированию в здравоохранении с приглашением очень большой группы зарубежных специалистов, в том числе из США, а также директора IASA Роджера Левьена, выходца из *Rand Corporation*, то Д.Д. Венедиктов предложил мне на ней председательствовать, на что я с трудом согласился, так как в то время еще не было нужного опыта как ведения конференций, так и международных общений. После этого я был председателем и спикером на очень многих международных форумах и мероприятиях ВОЗ, но мне очень запомнилась именно эта конференция. Особенно мы опасались системщика-политолога американца Марка Г. Филда из Русского центра Гарвардского университета. Но в своем потрясающем выступлении он говорил о конвергенции различных систем здравоохранения в сторону общественной солидарности, справедливости и равенства. С этим выступлением американского специалиста было бы неплохо ознакомиться нынешним нашим руководителям здравоохранения, направляющим систему в прямо противоположном направлении. Для американцев было организовано выступление русского народного хора, мы сводили их в Большой Кремлевский дворец на балет «Дон Кихот» со Стручковой. В перерыве я для них набрал бутербродов, и недоеденные они завернули в салфеточки и взяли с собой. После спектакля наиболее экспансивные из них из Университета Южной Калифорнии на весь вестибюль кричали: «Восхитительно, потрясающе!» Р. Левьена я провожал в аэропорт, и по дороге мы хорошо поговорили. Была зима, он был без шапки и позавидовал нашим пограничникам и их меховым шапкам, на что я заметил: «Какие дела? Вступайте в нашу армию, и вам такую же выдадут».

В качестве первого серьезного дела в рамках этого научного совета мы занялись разработкой универсальной национальной модели здравоохранения с тремя главными и обеспечивающими ресурсными подсистемами (наука, профилактика, лечение). Нас, группу из девяти человек (врачи — организаторы здравоохранения, статистики и специалисты из Института проблем управления), на две недели закрыли в пансионате Минздрава Петрово-Дальнее, где мы работали почти круглосуточно. Ночью, как лунатики, описывали круги вокруг центральной клумбы, продолжая спорить друг с другом. Это было время, когда буквально рядом на своей даче доживал свой век опальный Н. Хрущев. Пансионат находился на высоком берегу со спуском к Москве-реке, куда мы пару раз направлялись, хотя дело было зимой. Нужно было к весенней сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения подготовить нечто новое. Сообразуясь с канонами системного анализа, а к тому времени мы проштудировали всю литературу на эту тему, вначале описали систему здравоохранения в терминах дефектов. Это не понравилось Д.Д. Венедиктову, который наезжал к нам

ежедневно после работы в Минздраве СССР. Но мы объяснили, что если нет дефектов и все хорошо в системе, то тогда просто нечего оптимизировать. Кроме того, мы выстроили кратко и среднесрочные прогнозы, попытались верифицировать недостоверные данные о заболеваемости, восстанавливая их по как бы более точной смертности, но только по тем заболеваниям, по которым была определенная вероятность летального исхода. В итоге модель со всеми ее структурными элементами, формулами и функциональными связями была подготовлена, что позволило ее успешно представить на Всемирную ассамблею здравоохранения ВОЗ и положить в основу биомедицинского проекта IIASA. Там стал работать представитель нашей группы профессор А.С. Киселев из института судебной психиатрии им. Сербского, который увлекался различными статистическими зависимостями и распределениями, а мы как эксперты неоднократно выезжали туда, в Вену, на различные мероприятия. Основная методология заключалась в структурно-функциональном и математическом моделировании, а также в исследовании операций, то есть действий с их последствиями. В биомедицинском проекте участвовали специалисты из многих стран, среди которых выделялись три группы: из нашей страны, США и Великобритании. Совместных проектов в этом институте было немало. Запомнился проект, связанный с резким повышением урожайности (консультант — академик Н.Н. Моисеев, математик и системщик). Оказалось, что самая плодородная земля в Европе находится не в Италии или Греции, а в Молдавии, однако она давала небольшую отдачу, что было связано с недостатком влаги. Были изучены осадки, их периоды и объемы, запасы вод в Днестре и под землей и т.д. и на моделях рассмотрены разные варианты. В итоге выяснилось, что наилучших результатов с точки зрения урожайности можно было добиться путем строительства Дунайско-Днестровской оросительной системы.

* * *

Тогда меня интересовали проблемы оптимизации, в связи с чем я проработал горы литературы. Особенно впечатлился значением правильного выбора критериев для оптимизации. Хороший пример в этом отношении оставила нам военная история, мимо которой прошел Пикуль, описывая караванный путь судов в Россию в годы Великой Отечественной войны. Как известно, во время войны по закону США от 11 марта 1941 г. действовала государственная программа беспроцентного кредитования стран — союзниц США посредством поставки им боеприпасов, техники, продовольствия и стратегического сырья. При этом поставленные, но утраченные материалы не подлежали оплате, а неутраченные должны быть потом возвращены в США. Наибольшая помощь по ленд-лизу

была предоставлена Англии, СССР под заем 1 млрд долларов — в 3 раза меньше, Франции — в 10 раз меньше, КНР — в 20 раз меньше. В СССР поставки осуществлялись главным образом путем арктических конвоев (путь от США до Мурманска составлял две недели), а также тихоокеанским и трансиранскими путями и по Черному морю. Всего было поставлено 22 тыс. самолетов, 13 тыс. танков, 51,5 тыс. легковых вездеходов, 376 тыс. грузовиков (фордов и студебекеров), 2 тыс. локомотивов, 11 тыс. вагонов и т.д. Всего Северным путем было осуществлено 78 конвоев. Арктические конвои с американским грузом на американских и английских транспортных судах формировались в основном в Рейкьявике, а затем, в зависимости от ледовой обстановки, зимой — поближе к Норвегии, а летом — подальше от нее направлялись в Мурманск, Архангельск и Северодвинск (тогда — Молотовск), вначале без какого-либо военного прикрытия. В результате почти 15% оправленных грузов из-за деятельности Люфтваффе и Кригсмарине пошли ко дну. Англичане тогда не могли выделить военные корабли для сопровождения, так как сами находились в блокаде и почти ежедневно отбивались от налетов вражеской авиации. И только потом они смогли выделить военные корабли, которые довели конвой до наших северных портов или до мыса Нордкап на севере Норвегии, откуда транспортники сопровождались уже нашими военными кораблями. А тогда стоял вопрос, как оптимизировать поставки в СССР и снизить потери (это видно из имеющейся у меня двухтомной переписки Сталина с Рузвельтом и Черчиллем). По заказу Адмиралтейства группа английских специалистов по исследованию действий (операций) провела специальное исследование, опросив вернувшихся капитанов, где, когда, в какое время и при каких условиях возникали потери. В результате они предложили на транспортные суда установить зенитную артиллерию и в качестве критерия оптимизации считать число сбитых немецких самолетов. Установили, проиграли в эксперименте и выяснили, что по этому критерию система не оптимизируется, а зенитки англичанам требовались самим. Тогда пригласили американских специалистов, которые провели аналогичную работу, но в качестве критериев эффективности предложили считать не число сбитых самолетов, а число потопленных судов в зависимости от того, есть на них зенитки или нет. Выяснилось, что зенитки хоть и не сбивают самолеты, но мешают прицельному бомбометанию, и по этому критерию система оптимизировалась.

Представляет интерес и второй пример выбора оптимизационных решений с помощью моделирования. В 1949—1951 гг. в мире разразился кризис платежного баланса, который больно ударил по молодому государству — Израилю. Этому способствовали огромные военные расходы и прибытие в страну многих сотен репатриантов. Сельское хозяйство и производство других товаров составило только 50% потребностей.

Помогли США, предоставив в виде ссуд и безвозмездных грантов значительные суммы финансовых средств. И как раз в это время в стране возникла вспышка коревой краснухи — эпидемиологического вирусного заболевания с высокой контагиозностью, выделенной в самостоятельную форму в 1881 г. и приводящей в ряде случаев к умственной отсталости, церебральному детскому параличу, болезням и порокам сердца, глухоте и т.д. Но денег в стране не было, чтобы привакцинировать всех нуждающихся, и израильские специалисты разводили руками. Тогда пригласили бригаду «модельеров» из США, которые, проиграв на моделях разные варианты, дали правительству рекомендацию о том, что за эти деньги самых лучших результатов с учетом малоустойчивости вируса во внешней среде можно получить, привакцинировав девочек в возрасте 14–15 лет. Насколько мне известно, подобных расчетов в здравоохранении нашей страны не проводилось ранее, не проводятся они и теперь. Для того чтобы больше к этой теме не возвращаться, замечу, что в израильской развитой рыночной экономике значительное, а часто и решающее участие принимает государство. И ничего, живут и процветают.

Приведем еще один показательный пример целесообразности подобных расчетов на примере США середины 1990-х годов. Суть проведенной тогда реформы программы «Медикэр» заключалась в следующем. За последние 20 лет число американцев пенсионного возраста выросло на 80% и, по прогнозам, к 2030 г. их число достигнет 71,5 млн человек, то есть 20% населения. В США обычная медицинская помощь для пожилых (65 лет и более) обходилась в среднем в год в 2,6 тыс. долларов и ею пользовались 96% людей, на нее уходило 68% средств по программе. Один сложный случай стоил уже 36,5 тыс. долларов, такую помощь получали 4% пожилых, и на нее уходило уже 32% всех средств. В связи с этим была поставлена задача: предупредить эти сложные дорогостоящие случаи, то есть уменьшить затраты на специализированную и высокотехнологичную помощь. Мы сейчас в нашей стране идем прямо противоположным путем вопреки мировым тенденциям. В течение пяти лет в США были закрыты 52% всех специализированных коек, сокращен персонал на 11%. Сэкономленные средства перераспределили и на 36% увеличили расходы на амбулаторную помощь, значительно (на 35%) увеличилось число операций в дневной хирургии (у нас как минимум свыше 25% всех больничных операций можно при определенной организации всей работы делать в условиях дневной хирургии), возрос объем профилактики и помощи на дому. Кстати говоря, никому за рубежом я не мог объяснить, кто такой неоперирующий хирург. Говорил, что это хирург, ведущий прием амбулаторных больных, а они спрашивали: «Зачем?» И ответить было нечего, так как дневной хирургии (*day surgery*) в дневных стационарах у нас не было, и получалась полная деградация

хирургов. Также тогда в США интенсифицировали стационарное лечение, и число пролеченных в стационарах больных возросло на 22%. Мелкие больницы были объединены, организовали 300 новых центров амбулаторной помощи в местах компактного проживания пожилых. Значительные из высвободившихся средства были вложены в профилактику, диспансеризацию, скрининги, массовую иммунизацию. В результате раннее выявление рака простаты, например, возросло с 1 до 73%, с 22 до 55% — охват диспансеризацией по артериальной гипертензии (выше 140/90 мм рт.ст.), улучшился скрининг на алкоголь и т.д. Улучшилась доступность, возросло число пролеченных больных, улучшилось качество и здоровье, выросла удовлетворенность пациентов, снизились затраты за счет того, что значительно уменьшилось число пожилых пациентов, нуждающихся в дорогостоящем лечении. Что-то я не припомню подобных расчетов у нас. Скорее, наоборот, все больше требуется средств на оказание медицинской помощи. А ведь это один из важнейших резервов улучшения всей работы без дополнительных финансовых вливаний. Именно с этого и нужно все начинать.

В нашей же стране пациенты с тяжелыми формами патологии появляются в основном из-за недоработки первичных служб здравоохранения, ответственных за профилактику болезней, массовые скрининги, раннее выявление заболеваний, диспансеризацию. Так, исследования показали, что одной из причин хронизации патологии является неудовлетворительная работа именно амбулаторного (а не стационарного) звена, откуда проистекают недообследованные и недолеченные пациенты, пропущенные и запущенные случаи заболеваний. Все это требует расширения дорогостоящих высокотехнологичной медицинской помощи (ВМП) и значительных денежных средств.

* * *

Помню, после одной из конференций бургомистр Вены устроил нам прием. На различных приемах мне довелось бывать бесчисленное число раз, но этот запомнился особенно. Был фуршет, когда обычно в одной руке держишь рюмку, а в другой — тарелку. Очень неудобно. А тут в тарелку вдевалось специальное пластиковое приспособление с прорезью для рюмки, и одна рука оказывалась свободной. Больше нигде я такого не встречал. Меня очень интересовала природа распродаж (сэйлов — sale, top-sale, ausverkauf, sonder angebot), какой экономический резон в них заложен. У нас в то время были магазины уцененных товаров (рубашка без пуговицы, пуловер с дырочкой и т.д.), и они мне были понятны. А тут — распродажа нового, упакованного товара. На этом приеме был наш корреспондент в Австрии. Подошел к нему, поинтересовался, выяснил, что он

не знает. Я удивился: «Ведь вы ходите на магазинную улицу Марияхиль-ферштрассе (наши специалисты ее называли — Маши Порываевой), где часто бывают значительные распродажи?» Он ответил, что да, туда ходит, но механизма распродаж не знает. После этого он меня познакомил с находящимся тут же руководителем департамента торговли венского магистрата. Мы отошли в сторонку, и, когда он мне все объяснил, у меня чуть тарелка с рюмкой из рук не выпала. Он сказал: «Допустим, вы владелец магазина рубашек, и из Франции (оттуда идет мода, оптом там дешевле, у вас налажены там контакты) вы привезли большую партию рубашек, скажем, 100 тыс. Вы их все должны зарегистрировать, и если при выборочной проверке инспектор выяснит, что вы намеренно уменьшили партию рубашек, чтобы заплатить меньше налогов, то у вас отберут лицензию навсегда и больше на территории Австрии (равно как и в Германии) вы не сможете заниматься бизнесом. Зарегистрировали, продажа пошла хорошо. Через некоторое время у вас были только остатки от всей партии товара, ну, скажем, 2 тыс. разных размеров и цветов. А налоговая система устроена так, что ежедневно вы платите налог со всей партии, пока последняя рубашка не будет продана. И тогда вы начинаете считать, сколько денег вы выручите за остаток и сколько вынуждены будете заплатить налога. После этого перед магазином или внутри его вы ставите ящик, бросаете туда остатки от партии, пишете старую цену, перечеркиваете и пишете новую, намного меньшую». И я подумал: «Что же это за такая система, которая выгодна всем? Покупатель может выбрать новый модный упакованный товар по гораздо более низкой цене, владелец меньше заплатит налогов, а город за эти деньги построил новые линии метро. Значит, первая функция налоговой политики — заставить бизнес оперативнее крутиться».

Потом я узнал и о остальных функциях налоговой политики. Это — социальное выравнивание в обществе путем введения прогрессивного налогообложения на доходы. Государство изымает деньги у более богатых фирм и людей и на них поддерживает тех, кто относится к социально уязвимым группам. Это могут быть малоимущие, студенты, безработные, инвалиды, больные, одинокие пожилые, матери-одиночки и т.д., в каждой стране по-разному. Тем самым проявляется тенденция к социальной однородности и минимизируется разрыв между богатыми и бедными. И таких примеров много в разных странах. Так, в Нидерландах, к примеру, очень мало исключительно богатых людей и очень мало бедных, что создает определенную социальную однородность населения. В результате уменьшается градус напряженности в обществе и снижается угроза социальных взрывов. Они лучше нас изучают в университетах труды К. Маркса, не считая его выдающимся экономистом, а лишь с позиции предупреждения возможных социальных взрывов. В США вся налоговая система построена в интересах малого и среднего бизнеса и направлена

на стимулирование предпринимательства, способствует вложению денег в бизнес, а не трате их на личные цели. В США государство защищает мелких собственников, ограничивает произвол монополий, а в период кризисов массированно стимулирует экономику, выделяя для этого дешевые деньги. Об этом я уже писал.

В нашей стране либеральная налоговая политика ведет к тому, что чем богаче человек, тем меньше он платит налогов, и в итоге становится невыгодным вкладывать заработанное в производство, поскольку прибыль облагается налогами сильнее, чем личные доходы. В России власти считают, что они должны служить не народу, а крупному олигархическому бизнесу, являющемуся, по сути, монополистом, и потому дешевые кредиты не нужны вообще, тем более что дешевые кредиты могут разрушить монополизм и создать конкурентную среду. А это ни власти, ни олигархам не нужно. У нас же неравенство в доходах и возможностях значительно превысило все допустимые пределы, и только инертность российского народа в целом не создает пока никаких угроз для правящей элиты. Некоторые задаются вопросом: неужели у нас так много богатых людей — 30%, ведь Росстат дает значительно меньшие показатели? Но данные Росстата — это официально регистрируемые и декларируемые доходы, которые очень далеки от реальной жизни. Конечно же, из них легально богатых только малая часть (и то они стараются занижить свои доходы), но во много раз больше не выявленных официально богатей, в том числе из криминального мира, правоохранительных органов, чиновников разного масштаба и др. Подумайте: ну кто будет подавать на себя сведения о полученных взятках, откатах и других нелегальных доходах?

В качестве примера приведем только лишь за один месяц несколько лет тому назад сообщения прессы о том, что одна преступная группировка в результате незаконной банковской деятельности обогатилась почти на 1,5 млрд долларов, что другая преступная группа, поставлявшая незаконно мясо в Россию, недоплатила в виде таможенных пошлин 4 млрд рублей, что ростовский бизнесмен, заключив контракт с Минэнерго, просто присвоил себе 1,6 млн рублей, что в Москве в мошенничестве на 500 млн рублей обвинили двух адвокатов, что хозяева небольшого заводика растительных масел, умыкнув средства, бесследно исчезли, что возбуждено уголовное дело в отношении бывшего гендиректора компании «Роспоставка», которого подозревают в хищении 2,1 млрд рублей в рамках лишь одного инвестиционного проекта реконструкции только одной ГРЭС (Рефтинской в Свердловской области), что глава уфимского филиала одной из страховых компаний похитил 200 млн рублей за год и т.д. и т.п. А сколько таких компаний и их филиалов? Это только лишь в одном месте и за один год. Имеются сообщения, что глава подмосковного поселка попался на получении части взятки в 200 тыс. долларов,

а сколько эпизодов было у него до этого и сколько у нас таких глав в стране? Мошенниками и жуликами становятся также лица, скрывающиеся под личиной священнослужителей. Так, в незаконно построенной церквушке на территории Елизаветинской больницы Санкт-Петербурга они на протяжении ряда лет собирали дань с прихожан и за деньги отпевали усопших. Криминального богатого бизнесмена, занимающегося реализацией овощей и фруктов в Москве, расстреляли, едва он вышел из своего 600-го «мерседеса», а арестованный в Испании наш вор в законе внес в качестве залога 300 тыс. евро за свое освобождение до оглашения приговора. Группа россиян отмыла в американских банках через подставные фирмы 172 млн долларов; члены только одной ореховской преступной группировки покупали для себя роскошные особняки в Испании; обнаружена подпольная швейная фабрика, хозяйева которой — миллионеры, конечно же, скрылись; на украденные из Московской области бюджетные деньги бывшим министром финансов и его женой приобретены отели в Куршевеле, особняки в США, Лондоне, квартиры в Париже; руководитель Фонда поддержки и развития здравниц и туризма присвоил свыше 200 млн бюджетных рублей, выделенных на организацию отдыха детей; группа торговцев БАДами под видом лекарств от болезней суставов выманила у пожилых людей более 300 млн рублей (а сколько по стране таких групп, к тому же почти 10 тыс. заболеваний); задержан заместитель начальника Управления лесного хозяйства Московской области за взятку в размере 650 тыс. долларов (неизвестно, сколько было невыявленных эпизодов); только за один день в одном из банкоматов Москвы было похищено более 1 млн рублей; раскрыта крупная финансовая пирамида в Интернете из десятков тысяч обманутых россиян и граждан СНГ, организаторы которой очень быстро стали миллионерами; раскрыты махинации с куплей-продажей подмосковных земель и т.д. и т.п. Как видно, в стране существует широчайший спектр возможностей для быстрого и нелегального обогащения. Все знают, что правоохранительные органы «курировали» проституцию, обычную торговлю всем и вся, наркоторговлю, другие виды легального и нелегального бизнеса, что приносило им очень большие доходы. Для понимания масштабов этих процессов достаточно поехать вокруг городов и увидеть в чудесных природных местах дворцы, в худшем случае, в западноевропейском понимании, — мини-гостиницы. А борьбу с коррупцией стали возглавлять сами коррупционеры.

Третья функция налоговой политики — управление инвестициями. Каждый год в какой-либо стране определяется несколько приоритетов и снижаются налоги на тех, кто туда вкладывает средства, например здравоохранение или дороги и т.д. Становится экономически и морально выгодным вкладывать туда средства. И это делается посредством гибкой и чувствительной налоговой политики в интересах общества.

Примеров этому у меня накопилось достаточно. Так, в Вашингтоне есть больница неотложной помощи им. Рональда Рейгана (Ronald Reagan Emergency Care), построенная, благодаря гибкой налоговой политике в качестве памятника (но не на Арлингтонском кладбище) одному из президентов США. Законы рыночной экономики таковы, что прямые налоги (к ним относятся налоги на доходы физических лиц, фирм и предприятий) должны носить прогрессивный, то есть повышающий, характер, а косвенные налоги (НДС, которого, кстати, в ряде стран вообще нет, акцизы, налог с продаж и др.), тормозящие развитие бизнеса и влияющие на цены, должны носить регрессивный, понижающий характер. Именно поэтому снижать нужно было ставку НДС, введенного у нас в стране в 1992 г. правительством Е. Гайдара, а ЕСН увеличивать, и тогда красивые слова о социальной ответственности бизнеса могли бы перерасти в дела в полном соответствии со статьей 7 Конституции РФ.

Налоговая политика должна быть в перспективе не закостенелой, как у нас, а достаточно гибкой, о чем свидетельствует кривая Лаффера, представляющая собой графическую зависимость объема государственных доходов от среднего уровня налоговых ставок по стране, что показывает в каждый временной период оптимальный уровень налогообложения, когда государственные доходы максимальны. Взимание налогов сверх этого уровня ведет к снижению доходов государства, так как при этом становится невыгодным производство, оно сворачивается, и в итоге уменьшается налогооблагаемая база. Кроме того, распределение налогов между центром и регионами абсолютно у нас неверное, ибо на местах, где, собственно, и формируются все условия жизни людей, остается крайне малая часть налоговых поступлений. Казалось бы, при этом должна особенно проявиться выравнивающая роль центра, но за просто так деньги в регионы не поступают. В развитых странах основным источником бюджета является налог на доходы индивидов и предприятий, а у нас в связи с низкой и одинаковой для всех ставкой поступления от него минимальны, и потому они направляются в нищий местный бюджет. Доходы местных бюджетов формируются из налоговых (30%) и неналоговых (10,2%) поступлений, межбюджетных поступлений из федерального и регионального бюджетов (59,8%). Из налоговых поступлений в местный бюджет 68,7% приходится на налог на доходы, остальные налоги (земельный, налог на имущество и т.д.) пока что малозначимы. Налог на доходы зачисляется не по месту жительства, а по месту работы, и поскольку жители ближайших поселений предпочитают работать в городах, то туда и поступает их налог. А механизма перераспределения налогов у нас пока не существует. Сегодня именно по этой причине 75% территорий находятся на дотациях. А это выгодно федеральному центру, поскольку делает территории полностью экономически зависимыми и послушными. Крайне малые неналоговые

доходы на местах как раз и показывают чрезвычайно низкую эффективность работы муниципальных властей в части предпринимательской деятельности, использования муниципального имущества и т.д. А зачем, если земельные участки можно выгодно продать, а муниципальное имущество и помещения сдать в аренду за приличные откаты. В результате всего изложенного в муниципальном бюджете зияют дыры, муниципалитеты оказываются не готовыми зимой к выпадению снега, летом — к засухам и пожарам, осенью — к проливным дождям, весной — к наводнениям. О людях в муниципалитетах думают все свободное от устройства личных дел время, но денег на них не хватает. В то же время именно на уровне муниципалитетов создаются почти все условия жизни людей. Вполне возможно, что это все же поверхностный взгляд на проблему, взгляд не специалиста, а профана, но, поверьте, что-то в этом есть.

Большое значение муниципальному уровню стали придавать в России после установления земского самоуправления при Александре II. На земства были возложены организация и управление школами, в том числе начальными, больницами, благотворительными учреждениями, работа земской почты, благоустройство территории, развитие местной и кустарной промышленности, кинопоказ, развитие библиотек, дорожное строительство и поддержание всей дорожной инфраструктуры, пожарно-страховое дело, содействие развитию сельского хозяйства, создание кустарных и сельскохозяйственных кооперативов, садоводство, огородничество и пчеловодство, а также создание и ведение земской статистики. Иначе говоря, земства занимались решением именно местных проблем, в которых гораздо лучше и компетентнее ориентировались, чем другие уровни управления, например губернии. Спустя десятилетия реформы Столыпина были направлены на выход крестьян из общины и на развитие индивидуального хозяйствования (по типу фермерства), что потом расценивалось советской властью как кулачество. Советская власть относилась к земству крайне негативно, как к некой вольнице, и старалась замалчивать его прогрессивное влияние на патриархальную Россию. Между тем земская реформа и земская медицина — это наши отечественные успехи и достижения, о которых несправедливо не вспоминают и теперь, в связи с чем к этому вопросу мы будем неоднократно возвращаться. Ведь земский врач — это, по сути, врач общей практики, то есть специалист широкого профиля.

* * *

Помню, как первый раз с моей работы было трудно уехать в капстрану (вообще тогда неохотно выпускали за рубеж) при полном противодействии со стороны моего высокого начальства и режимных работников. И это несмотря на мой недавний выезд в ГДР с Н.Т. Ивановой, оформление

которого приравнялось к капстране, а инструктаж нужно было проходить в ЦК КПСС. Именно тогда, свыше 35 лет тому назад, я впервые попал в Берлин, а точнее, в его восточную часть. Нужно сказать, что в СССР товары из ГДР пользовались особой популярностью (в Москве был магазин «Лейпциг»), и, когда я там был, обратил внимание на то, что в ГДР выпускалась добротная обувь, которая к нам вообще не поступала, что там были магазины с эксклюзивными товарами из Западной Германии. Жил я в почти не разрушенном районе Панков, в доме парадное закрывалось на ключ, а при входе была кнопочка, с помощью которой зажигался свет, достаточный по времени для того, чтобы добраться до последнего этажа, а потом отключался. Правда, на каждом этаже была такая же кнопка с подсветкой. Поражала рациональная экономия не только в расходовании электричества, но и воды. Посетил дворец Кёпеник на берегу большого пруда. Был в Карл-Маркс-Штадте (ныне — Хемниц), видел новые жилые благоустроенные районы, прекрасные детские сады и школы, не говоря уже о сверкающих чистотой поликлиниках и других медицинских учреждениях. После этого в Берлине я бывал много раз, и в каждый приезд находил время забежать на остров музеев на реке Шпрее, в Пергамон — музей со знаменитым во весь зал Пергамским мраморным алтарем, с центральной широчайшей лестницей, колоннами и скульптурами, созданными между 164 и 156 г. до н.э., процессуальной дорогой Вавилона с глазурированными львами, воротами царя Хамурапи длиной 15,7 метра, шириной 14,7 метра и высотой 4,4 метра, синего цвета, с золотистой каймой и разными животными, полностью восстановленной рыночной площадью из Милета с двухэтажной мраморной галереей длиной 29 метров и высотой 7 метров и мозаичным полом. Даже не верится, что такие архитектурные шедевры создавались более 2 тыс. лет тому назад. Конечно же, я был поражен словами Г. Колля после воссоединения Германии о том, что потребуется в бывшую ГДР вкладывать дополнительно по 80 млрд западных марок на протяжении 50 лет, чтобы довести ее до уровня Западной Германии.

В Германии, как и в Нидерландах и ряде других стран Западной Европы, понятие «сельская местность» весьма условное: добротные малоэтажные благоустроенные дома со всеми удобствами, вокруг поля и пасущийся скот, прекрасно работающая связь, транспорт по графику, хорошие дороги, в каждом поселении много автомобилей. Так что проблем с доступностью медицинской помощи там нет. Благодаря этому там становится возможной организация конкуренции медицинских учреждений одного и того же уровня (ВОП, сельских и городских больниц, психиатрических лечебниц и т.д.).

Все маленькие города чистенькие, умытые, тротуары моют шампунем, и они производят весьма благоприятное впечатление. В первые посещения

Берлина меня поразили как бы домики на улицах. Оказалось, что ООН перед этим объявила десятилетие для инвалидов, и в развитых странах для инвалидов сделали съезды с тротуаров, построили пандусы, поставили в домах специальные лифты, предусмотрели для колясочников удобства проезда в городском транспорте, создали специальные автомобили для них. Сам видел, как инвалид на коляске подъезжает к такому автомобилю сзади, нажимает кнопку, опускается раскрывающаяся платформа, на которую он заезжает. Потом она поднимает инвалида с коляской в автомобиль и закрывается. Инвалид пересаживается в автомобильное кресло — и поехал. Если нужно использовать метро, он подъезжает к домику на тротуаре, оставляет машину на стоянке, а сам на коляске опускается в домике-лифте в метро. Но с появлением различных управляемых (в том числе сенсорно) колясок потребность в таких автомобилях отпала. В Берлине есть Карл-Маркс-аллея, Карл-Либкнехт-штрассе, Маркс-Энгельс-форум, площадь Розы Люксембург, парк Эрнста Тельмана, улица Петербурга и многие другие сохранившиеся названия, есть музеи ГДР, Трабанта, Берлинской стены и и.д., и ничего. Был под куполом Рейхстага с зеркалами несколько раз, один из которых — в шикарном ресторане по завершении съезда Немецкой врачебной палаты. В берлинских клиниках Шарите (основана в 1710 г., с 1816 г. — университетская клиника) и Бух работали и одновременно преподавали в университете им. Алесандра фон Гумбольдта такие выдающиеся ученые и специалисты, как Генрих Герман Роберт Кох, Рудольф Людвиг Карл Вирхов (основатель социальной гигиены), Фердинанд Зауэрбух (основатель торакальной хирургии), а также Н.И. Пирогов, создавший здесь свою знаменитую ледяную анатомию (многие его работы вначале издавались на немецком языке, а потом переводились на русский), известнейший во всем мире генетик Н.В. Тимофеев-Ресовский (основоположник популяционной и радиационной генетики), изучавший генерации поколений на мушках-дрозофилах, и др. Во всем величии Тимофеев-Ресовский представлен в романе Д. Гранина «Зубр». Сейчас многоэтажный стационарный корпус клиники Charite, построенный в 1982 г., возвышается над Берлином. В университете Гумбольдта преподавали также Георг Вильгельм Фридрих Гегель (один из творцов немецкой классической философии и философии романтизма), Макс Карл Эрнст Людвиг Планк (основоположник квантовой физики), Отто Ганн (первооткрыватель ядерной изомерии и расщепления урана), Альберт Эйнштейн (создатель общей и специальной теории относительности) и др. А. Эйнштейн вместе с Г. Манном, Б. Брехтом и др. успел благополучно эмигрировать из Германии в 1933 г.

Добавок к указанным сложностям выезда за рубеж незадолго до этого в США сбежал один из высокопоставленных сотрудников Института биофизики. Но, благодаря настойчивости Д.Д. Венедиктова, все преграды

были преодолены. Он заявил, что, конечно, без Ю. Комарова наука не остановится, но его присутствие на конференции в Вене желательно, и этого оказалось достаточно. Я слышал, что некоторые наши люди, впервые посетив западные магазины, чуть ли не падали в обморок от изобилия. Для меня это было непонятно. Или, когда я подходил к краю тротуара (это было начало 1980-х годов), чтобы рассмотреть что-то по ту сторону улицы, все движение останавливалось, как бы приглашая меня перейти даже вне пешеходного перехода. Смотрю, столкнулись два автомобиля. Ну, думаю, сейчас начнется. Но водители вышли, поулыбались друг другу, обменялись карточками страховых компаний и разъехались. Очень нравились часы с вертящимися колоритными фигурками под музыку вальса. Поражали сверкающие сантехнические магазины. В промежутке забежал в женский обувной (жена просила привезти сабо). Что это такое, там не поняли, и, взяв меня за руки, подвели к витрине. Я показал. Меня усадили, одна продавщица стала возле меня, чтобы я не ушел, а две наперебой носили мне на показ разные размеры и разные модели. Для меня это было несколько необычно, поскольку у нас покупатель только мешал продавцу. Но, будучи первый раз в капстране, я не знал о разнице в размерах и привез из Австрии необыкновенно красивые и изящные, с украшениями, женские сапоги. Они оказались малы, и жена, глядя на них, даже заплакала. Вена — особый город, с монументальной застройкой, множеством парков и памятников, Пратером и т.д. Но к этому мы еще вернемся.

Естественно, работа в проекте IIASA мне многое дала и позволила с системной методологией анализировать многие процессы в здравоохранении с их достоинствами и недостатками. После завершения контракта с Киселевым стал вопрос о моем направлении в Вену на работу, но представителям режима в Московском институте системных исследований не понравилась моя безотцовщина, и в результате туда направили профессора Е.Н. Шигана. Институт располагался в красивейшем дворце Лаксенбург в пригороде Вены (по дороге на Баден), куда от Шварценбергплац (по имени фельдмаршала) ходил по расписанию бесплатный шатл — бас. Ранее это была загородная охотничья резиденция императоров. До сих пор в парке дворца бегают непуганые зайцы, а любопытные косули заглядывали в открытые летом окна. В Вене, этом типично имперско-дворцовом городе, в период реализации проекта по здравоохранению в IIASA я участвовал в разных конференциях и семинарах восемь раз, а потом был в этой жемчужине Европы и мировой музыкальной столице еще пять раз с посещением нашего посольства, Венской оперы, Лаксенбурга, Бадена, Зальцбурга и т.д. Первый раз в Зальцбурге я был неделю в знаменитой школе менеджеров, где интернациональная команда во главе с профессором Эвереттом Купом — С. Everett Koop

(был два раза генеральным хирургом США, а затем директором собственного Института здравоохранения в Дартмуте, штат Нью-Гемпшир) готовила книгу (472 страницы) на английском языке *Critical Issues in Global Health* с предисловием бывшего Президента США Дж. Картера, которая не была переведена на русский язык, а я был одним из ее авторов вместе с Джо Асваллом. Книга вышла в издательстве Jossey-Bass, а Wiley Company, San Francisco. Эта книга о том, что для разных стран (они описаны) характерны одни и те же проблемы (они также описаны), только с разной степенью их интенсивности. Особенно важной, на мой взгляд, была глава, подготовленная Ричардом Фичемом, бывшим директором World Bank Economic Development Institute, о роли правительств в охране здоровья. В этой уникальной книге рассматривалось также участие негосударственных организаций, различных партнерств и медицинских ассоциаций. На сайт Института доктора Купа ежедневно заходят миллионы посетителей. Этим воспользовались фармацевтические компании, разместившие там свою рекламу, что позволило сделать заходы на сайт полностью бесплатными.

Затем был в моцартовском Зальцбурге краткосрочно, и именно тогда меня поразили маневренные троллейбусы, ходившие строго по расписанию.

Прокатился и по серо-коричневому, а совсем не голубому Дунаю до Братиславы. На катере довелось ходить также по Рейну, Сене, Вуоксе, рекам США и каналам Амстердама. Я уже не говорю о речных и морских походах в нашей стране. Обычно летал в Вену самолетом, но два раза ездил поездом. Поезда тогда, в 1980-е гг., были переполнены уезжающими навсегда, по вагону бегали дети и кричали, что хотят обратно домой, на перроне в Вене их встречали с цветами и оркестром. Однажды ехал с гроссмейстером М. Талем и был удивлен его неряшливостью.

* * *

Еще со времен работы в ГВЦ у меня установились дружеские контакты с командой специалистов из Новокузнецка во главе с тогдашним завгорздравотделом В.В. Бессоненко. В эту команду входили профессионалы, такие как М. Цинкер, Г. Чеченин, Г. Азаренко, В. Пинтов, В. Колтун, Е. Граница и др. Они пригласили меня в Новокузнецк, который мне жутко не понравился. Тогда еще центра города не было, и город представлял собой набор невеселых, серых, пыльных и грязных поселков вокруг заводов и шахт и вовсе не походил на город-сад Маяковского. При этом он находился в низине, в окружении гор и холмов, и потому там постоянно стоял токсичный смог. Из предприятий выделялись огромные Запсиб и КМК, завод ферросплавов, алюминиевый завод и др., и все они дымили.

Угольная пыль поднималась в черте города над шахтами, самой крупной из которых была Абашевская. Потом космические снимки показали, что шлейф загрязнений Новокузнецка достигал Байкала. Меня ознакомили со всеми наработками по АСУ в городском здравоохранении и постарались извлечь из меня массу экспертной информации. Несколько позднее по постановлению ЦК КПСС и Совмина СССР в Сибири создавались в составе Сибирского отделения АМН СССР два новых НИИ, один — в Красноярске по медицинским проблемам Севера, а другой — в Новокузнецке по комплексным проблемам гигиены как науки о здоровье.

И вот в связи с этим В. Бессоненко как новому директору НИИ часто приходилось бывать в Москве. Всегда вначале он приезжал ко мне домой, и мы вместе формировали всю стратегию института применительно к регионам Сибири и Дальнего Востока. Он мне несколько раз предлагал стать у него заместителем по науке, но я воспринимал это как шутку. Но вот в очередной приезд в Москву он прибыл ко мне на час раньше обещанного времени, и я не успел все прибрать. А у меня на полу были разложены карты расселения славянских племен на Руси, походов Святослава и др. Дело в том, что я увлекался историей, прочитал Соловьева, Карамзина, Костомарова, Ключевского, Гумилева, историка Украины Грушевского, академиков Б. Рыбакова и Б. Грекова и многих других и, увидел явное несоответствие у них в изложении одного и того же материала и решил это дело выверить и для себя подправить. Особенно это касалось взаимоотношений варягов с русскими князьями и вообще с русскими людьми, истории Искоростеня, Овруча и в целом Древлянского княжества, причин гибели Святослава, дохристианских божеств, разных летописей и т.д. Был ли Рюрик (он, вроде, из прибалтийских славян, так же как потом Мольтке, Бюлов и др.) осуществлен захват власти или его просто пригласили возглавить новгородскую дружину? Сколько было городов в Древней Руси и откуда пошло ее название? Были ли князь Аскольд и воевода Дир варягами или они были потомками князя Кия Полянского, основателя Киева, и были убиты в 882 г. при захвате Киева родичем Рюрика и регентом при малолетнем князе Игоре (Ингваре) варягом Олегом (Хельги)? Как правильно называть нашу прародину: Киевская Русь или Киево-Новгородская Русь? Какая теория становления Руси более верная: норманская (ее сторонником был Н. Карамзин) или славянская? В общем, вопросов было много. Толчком послужило пребывание с моим сыном по пути из Сухумского дома отдыха в Бабушерах в Москву у писателя М. Стельмаха на даче возле Ирпеня, в 19 км от Киева (один из городов Древней Руси). Литовское войско Гедимина после взятия Овруча и Житомира подошло в 1324 г. к Киеву и на реке Ирпень разгромило войско князя Станислава, который бежал в рязанские земли. Исход битвы на реке Ирпень предопределил многовековую власть Великого

княжества Литовского и впоследствии Речи Посполитой с 1569 г. (по польско-литовской люблинской унии) над западной и южной Русью. Причиной недостаточного сопротивления литовскому завоеванию послужил продолжающийся упадок южнорусских земель, разоренных и обезлюдивших в результате монгольского нашествия и регулярных набегов татар. Важное значение получил Ирпень после 1899 г. как железнодорожная станция при строительстве железной дороги Киев—Ковель.

Именно там, в запруде на реке Ирпень, мы купались, собирали в лесу ежевику, гуляли по саду. В рабочем кабинете писателя на даче я ознакомился со многими историческими источниками, среди которых были «Нарысы» («Очерки») из истории Украины и не очень известные работы Грушевского. Все равно завершённая докторская диссертация лежала мертвым грузом, а я уже за многие годы привык работать и во внерабочее время. Бессоненко приехал, поперешагивал через карты и сказал, что в Москве мне делать больше нечего и пора уезжать с ним.

* * *

Так и случилось, а потом в Новокузнецк переехал и С. Ермаков. Мне на одного была предоставлена однокомнатная квартира. Тогда еще центр города стал только формироваться, в магазинах, кроме хлебобулочных изделий и водки, к вечеру практически ничего не оставалось. Приходилось возить продукты и вина из Москвы. Помню, летел я из Москвы через Новосибирск на двухпропеллерном АН-24, на подлете к Новокузнецку, над холмистой Шорией, у него забарахлил движок, и он стал как бы падать. Заложило уши, видно, что все вокруг что-то кричат, но ничего не слышно. А у меня одна мысль: могут разбиться бутылки с вином. Но обошлось.

Институт с клиникой располагался в новом девятиэтажном здании, я стал заместителем директора по научной работе и одновременно заведовать отделом проблем здоровья населения. Появилась возможность реализовать многие идеи, которые в Москве оказались никому не нужными. В восточных районах страны в связи с дефицитом кадров, миграционной активностью и суровыми условиями жизни соображения по улучшению медико-демографической ситуации, улучшению условий жизни и развитию здравоохранения с учетом местных особенностей (большие расстояния, помощь «от себя» и т.д.) оказались востребованными, и в них были заинтересованы все органы власти. Исследования здоровья велись на трех уровнях в трех главных объединенных отделах института (внутри были отдельные, хорошо оснащенные лаборатории): индивидуальном, групповом и популяционном. На индивидуальном изучались физиологические и психологические возможности человека, резервы в барьерных

системах организма и особенности развития патологических состояний с последующей коррекцией и в случае необходимости оздоровлением. Для этого в институте были клинические и физиологические подразделения и клиника с больничными койками. На групповом уровне изучалось состояние здоровья в организованных коллективах, и прежде всего среди работающих в связи с производственно-бытовыми условиями. Оригинальным тут было использование лабораторией психогигиены психофизиологических методик Н. Бехтеровой для оценки уровня психологического климата в коллективах. Вначале в каждой группе определялся лидер, затем разыгрывались различного рода конфликты на работе и в семье. Например, мать—дочь:

— Опять ты пришла поздно, шатаешься где попало, а ребенок у тебя заброшен.

— А твое какое дело, я уже давно взрослая и живу, как хочу.

И так далее. Потом вся группа начинает обсуждать:

— Я бы тут сказала другое.

— А я бы повела себя иначе.

Затем эти навыки закреплялись с помощью психотерапии. Ведь какой-либо из сторон мы не могли предоставить отдельную квартиру, поэтому задача состояла в том, чтобы у них не развился стресс с последующими невротическими реакциями. На этих примерах отработывались методики для их последующего внедрения. На популяционном уровне изучалось здоровье городских и сельских жителей в связи со сходными или различными внешними факторами окружающей среды и условиями жизни. Изюминками тут были популяционно-генетические исследования, а также выходы на индивидуальный уровень по распознаванию предрасположенности к отдельным заболеваниям с индивидуальной утратой здоровья в динамике в возрастном-половом аспекте, что способствовало определению периодов возрастных рисков для разных заболеваний с последующей коррекцией. Таким образом, все три главных направления исследований имели «выходы» друг в друга.

Кроме того, проводилось изучение биологических индикаторов качества окружающей среды. Так, оказалось, что наиболее чувствительными к загрязнениям атмосферы являются клены, прежде всего клен Гиннала, который в условиях загрязнений (до 6 км от источника выброса) отказывался размножаться и давал всего 7—10 деформированных семян (крылаточек) вместо 5—6 тыс. в нормальных условиях. Позднее было доказано, что загрязнение воздуха влияет на состояние людей, находящихся в стадии дезадаптации, то есть детей, беременных, хронически больных и пожилых, а у молодых людей — на их генеративную функцию. В результате были научно обоснованы санитарно-защитные зоны, их расстояние от источника загрязнения, глубина и протяженность. В то же время было понимание

того, что это борьба со следствием и наилучшие результаты в состоянии людей можно было получить путем вмешательства в технологические процессы совместно с технологами производств, приводящих к загрязнению окружающей среды. Имея на руках данные об их влиянии на здоровье людей и рассчитанные трудовые потери, легче было убедить руководство предприятий вкладывать средства в совершенствование технологий. Однако никакие санитарные зоны не спасали от смертоносных облаков в результате многочисленных ядерных испытаний на Семипалатинском ядерном полигоне, которые накрывали не только ближайшие селения и Семипалатинск, но и доходили до Алтая, где профессор Я.Н. Шойхет выявлял множество заболевших детей и их облысение. Моя задача, наряду с популяционными исследованиями, состояла в помощи научным работникам в выборе направлений, современной методологии, в организации исследовательско-аналитической работы, во взаимосвязи уровней исследования, разработке практических рекомендаций, проведении обучающих семинаров и конференций, установлении творческих контактов со сторонними профильными и непрофильными организациями и т.д. Этим мы занимались вместе с ученым секретарем В.З. Колтуном (он одновременно руководил работами с коллективами), сейчас он живет в Канаде в кругу семьи. Приходилось много читать литературы по методологии различных научных исследований. Кроме того, из Новокузнецка я несколько раз летал на конференции в ИАASA (Вена), где также просматривал необходимую литературу. Благодаря связям в Минздраве мне удалось организовать двухнедельную поездку В. Бессоненко в США в составе делегации, откуда он вернулся счастливым, в ковбойской шляпе. Встречали его в Москве и сразу же отправились в ресторан на Речном вокзале.

Коллектив был очень интересным и творческим, люди талантливые, но в научных школах они никогда не пребывали и потому производили впечатление не очень образованных самородков. Иногда приходилось доказывать, что дважды два равно четырем. Провели мы в Новокузнецке ряд крупных конференций, в том числе Всесоюзную конференцию по системному анализу и моделированию здравоохранения с участием известных специалистов со всей страны. Выпустили сборник работ. В культурно-просветительную программу входило также посещение шахт с опусканием к выработке и такого гиганта, как Западно-Сибирский металлургический комбинат (ЗапСиб), для объезда вокруг которого требовалось больше часа. Поразительно, но такие мощные предприятия выпускали не готовую продукцию, а полуфабрикат, который везли в европейскую часть страны на обработку. В результате он, по свидетельству А.Г. Аганбегяна, становился буквально «золотым».

Тогда большой бедой в экономике были хозяйственные взаимодействия и взаимосвязи. Например, добываемый шахтерами Кузбасса уголь не

могли вывезти: не хватало вагонов, горы угля росли, глядя на которые пропадали энтузиазм у шахтеров. Подобная ситуация наблюдалась на Дальнем Востоке, где вылавливалось много рыбы, но из-за нехватки вагонов-рефрижераторов она в остальную часть страны не поступала. Очень доступно тогда объяснил А. Аганбегян, что такое наш ВВП, где одна и та же продукция учитывается в денежном выражении несколько раз на разных этапах ее переработки. Это я запомнил навсегда, так как с тех пор ничего не изменилось и в ВВП учитывается стоимость не конечной продукции, а ее промежуточных (отраслевых) этапов. Как мне представлялось, экономика социализма имела сплошные изъяны и держалась на принудительном и дешевом труде. Ну, скажите, зачем Госплану, к примеру, нужно было планировать выпуск патефонных иголок с учетом их износа, потерь и расширения продаж патефонов? Все это я почувствовал, будучи участником строго охраняемой конференции по дальнейшему развитию сибирского региона с выступлением тогдашнего секретаря ЦК КПСС М. Зимянина. Как правильно писал А.К. Толстой, страна была богатой (великой и обильной), а порядка в ней не было и нет. Отсюда вовсе не следует, что по примеру древних славян нужно было приглашать варягов для управления народом, у нас и своих талантов более чем достаточно, но их держат далеко от власти и даже от ее советников. Тогда, как и сейчас, страна стояла на экономическом перепутьи, и от того, каким будет сейчас выбор, зависит наше будущее. Пока же доминируют жестко консервативные взгляды и стремление удержать страну в рамках докризисных тенденций. Чем быстрее будет понято, что это тупик, тем легче и менее болезненными будут преобразования в разных сферах деятельности, включая и здравоохранение.

В период обучения руководителей в Норильске мне удалось не только побывать в Кайеркане (долине смерти, в 20 км к западу от центральной части Норильска), проехать по дороге Норильск—Дудинка, которую строили заключенные, увидеть большие заброшенные покосившиеся дома, выстроенные без учета вечной мерзлоты, и огромные хвостохранилища, то есть горы породы с рудой, из которой мы тогда еще не могли извлекать редкие металлы, побывать в местном современном театре на великолепном спектакле, но и опускаться в глубочайшие шахты, где зимой стояла жара, и наблюдать весь процесс добывания драгоценных металлов. Некоторые куски пород мне разрешили взять, и они хранятся у меня среди коллекции камней.

* * *

Руководил тогда СО АМН СССР академик В.П. Казначеев, очень интересный человек, писавший стихи и предложивший массу новых идей, в том числе синдром полярного напряжения. В рамках отделения изучались также различные сдвиги в системах организма при высотном

и широтном перемещении людей. Поскольку у Казначеева идей и замыслов было множество и они часто менялись, ему хотелось, чтобы наш институт успевал их реализовывать. Приходилось буквально сдерживать институт, который не должен был скакать по идеям, как лодка по волнам.

В то время мы установили особые научные контакты в Новосибирском академгородке с Институтом экономики, руководимым академиком А.Г. Аганбегяном, и с сектором социологии этого же института во главе с академиком Т.И. Заславской. В то время сектор Заславской разработал классификацию сельских поселений с учетом целого ряда различных индикаторов, обобщенно характеризующих уровень экономического и социального развития в разных соотношениях. В итоге получилось, что все сельские поселения укладываются в шесть типов. В Кемеровской области их было всего три, в Томской области — четыре и из близлежащих территорий только в Новосибирской области было два куста (южный и северный), в которых были по шесть типов сельских поселений в каждом. В результате для комплексного и репрезентативного исследования состояния здоровья сельских жителей мы остановились на Новосибирской области и стали собирать экспедицию. В итоге на десяти машинах (пять — ГАЗ-66, из них две передвижные амбулатории с гинекологическим креслом, один передвижной флюорограф, две лаборатории — общеклиническая и санитарно-гигиеническая, а также четыре уазика и одна легковушка для меня как руководителя экспедиции) с врачами разных специальностей, психологами, средним медперсоналом, поварами и т.д. (всего 73 человека), с полным набором медикаментов на все случаи жизни, с продуктами питания и огромными флягами медицинского спирта мы готовы были тронуться в путь, а потом к нам должна была присоединиться социологическая группа от Т.И. Заславской. Как видно, мы могли работать в полном автономном режиме.

Но вначале это все нужно было согласовать с областным руководством здравоохранения. Небезосновательно руководитель Новосибирского облздравотдела К. Поназдырь был категорически против, видимо, опасаясь, что мы выявим множество дефектов. И он оказался прав: потом мы выявили запущенные и пропущенные случаи рака, туберкулеза и т.д. Пришлось подключить А.Г. Аганбегяна и вместе направиться ко второму секретарю Новосибирского обкома академику Деревянко. Когда мы приезжали в какой-либо район области за многие сотни километров от Новосибирска, готовили списки всех жителей поселений не только для их обследования, но и искали их во всех медицинских учреждениях района, в областной больнице и областной консультативной поликлинике с выкопировкой на этих людей всех данных о случаях заболеваний. Это позволяло обращаемость дополнить данными обследований, что давало достоверную и представительную картину заболеваемости сельского

населения. Размещались, как правило, в школах (были летние каникулы), вычищали местную баню, с помощью слег подключали к проводам флюорограф, организовывали весь процесс поточного обследования, начиная от антропометрических и лабораторных исследований, а затем — осмотры врачами разных специальностей, кандидатами медицинских наук. Начинали этот процесс с семьи секретаря райкома партии, который затем нам создавал нормальные условия, например, прикреплял к какой-либо птицефабрике или магазину, где мы могли прикупить продукты питания. Жителей из разных поселений привозили уазики на обследование в определенной технологической последовательности, начиная от антропометрии и экспресс-диагностики, затем осмотра разными специалистами и заканчивая выдачей рекомендаций. По результатам обследования пациентам бесплатно выдавали необходимые и прописанные медикаменты. Санитарно-гигиеническая лаборатория брала заборы воздуха, воды, почвы, определяла уровень пыли. Зимой это сделать было бы проще по уровню альбедо, то есть по величине отражательной способности снежного покрова. Отдельно по домам ездили и социологи со своим социологическим инструментарием. После этого переезжали в следующие поселения и районы области, где процесс повторялся. Мне представляется, что такое комплексное исследование было в стране проведено впервые и повторить его будет очень нелегко.

Новосибирская область представляла собой солончаковую степь с повсеместно растущей полынью. А когда-то знаменитый Кулундинский треугольник, куда входила и Новосибирская область с углами в Тюменской области, Казахстане и Алтайском крае, кормил твердыми сортами пшеницы почти весь мир. Но потом отвальная пахота и пренебрежительное отношение к земле привели к фактическому ее запустению. Стояла жуткая жара, еще более усиливающаяся в степи. Все время возникало марево. Вдруг впереди показалась деревня с голыми избами, без какой-либо растительности. Так живут местные татары, барабинские или чулымские. Иногда татар путают с крымскими татарами (крымско-татарский этнос сформировался в XIII столетии путем слияния степных кыпчаков с проживающими в горно-лесистой зоне тавроскифами, сармато-аланами, готами) и татами (горными крымскими татарами). Крымские татары имеют тюркских предков и являются мусульманами-суннитами. Наряду с крымскими татарами, в Крыму жили крымчаки-раббаниты, представители иудейской общины, и караимы, возникшие из остатков ранних еврейских сект в Багдаде, смешавшиеся с кыпчаками. Западных кыпчаков на Руси называли половцами. В 1475 г. Крым попал под власть Османской империи с уничтожением Генуэзской республики и княжества Феодоро, а в 1783 г. Крым вошел в состав России. Но указанные народы, являясь самостоятельными, не имеют никакого отношения к настоящим

татарам, корни которых уходят в Волжско-Камскую Булгарию, вошедшую впоследствии в состав Золотой Орды. Впервые монгольский термин «татары» появился среди тюркских племен, кочевавших в VI–IX вв. к востоку от Байкала. Татары, будучи талантливой и трудолюбивой нацией, делятся на четыре главные этногеографические группы: волго-уральские, астраханские, сибирские и польско-литовские. Антропологически у них выделяются четыре типа: понтийский, светлый европеоидный, сублапоноидный и монголоидный южно-сибирский с тремя диалектами: западным (мишарским), средним (казанским), восточным (сибирским). Через какое-то время на пути появляется еще деревня, но уже с кустиками и огородиком — русские. А когда мы видели ухоженную деревню с побеленными стволами деревьев, с полисадником и со скамеечкой у калитки, то понимали: здесь живут немцы. Годы спустя мне довелось несколько раз побывать в Оренбургской области и специально проехать в Красногвардейский район, где тогда проживали немцы. Средняя урожайность зерновых по области составляла 11 центнеров с 1 гектара, а в этом районе — 90 центнеров. Там были шикарная библиотека, которой широко пользовались (проверил по книговыдачам), двухэтажная музыкальная школа, побывал я в домах у немцев-меннонитов и в местном ресторанчике с главой района. В свое время я много читал об истории этой группы (у них вождем был Меннота), начиная с периода испанского владычества в Европе и оранжевой революции (герцог Оранский) в северных провинциях Нидерландов, то есть в Голландии, жестоко подавленной испанской армией герцога Альба, и о последующих перемещениях этих немцев в Померанию, Приазовье и Причерноморье, на Волгу, в степи, Алтайский край и далее в Сибирь. В процессе войны испанских рьяных католиков с английскими и голландскими протестантами, морского противостояния Испании и Британии появилось новое крепленое вино херес (Sherry) по названию местечка Херес-де-ла-Фронтера в андалузской Испании, откуда вышли несколько галионов, присоединившихся к Великой тогда армаде кораблей. Но об этом отдельная история. Все это было хорошим поводом для разговоров. Очень жаль, что многие из немцев потом вернулись на свою историческую родину, а некоторые из бывшего Новоузенского района (района Энгельса в Поволжье) были просто насильно выселены с подачи заявления выступавшего там Б.Н. Ельцина.

Но тогда по Новосибирской степи мы вдруг подъезжаем к Убинскому озеру, на заросших камышом берегах которого когда-то размещалась летняя ставка хана Кучума, и видим в этом наше спасение от почти 40-градусной жары. Конечно, не обошлось без разного рода происшествий. На несколько дней мне пришлось из экспедиции уезжать в Новокузнецк. Дело в том, что Шиган отбыл в Вену, я — в Сибирь, и некому было читать лекции по системному анализу в здоровье и здравоохранении.

Именно поэтому было принято решение проводить выездные международные курсы ЦОЛИУВ врачей в Новокузнецке. Всего их было четыре или пять. У нас было все расписано: в какой последовательности по кабинетам и по какой из двух лестниц должны сопровождающие проводить курсантов, разделенных на несколько групп. Потом мы вместе с В. Бессоненко и В. Райхом (завгорздравотделом) облетели на вертолете близлежащие места, выбирая, куда можно повезти иностранцев. Затем это все согласовали. В результате мы их свозили в пионерский лагерь, где они повстречались с детьми, и на таежный берег реки Томь, где пришлось ликвидировать остатки бывшего лагеря для заключенных, а на перевозчика на пароме с тракторным двигателем пришлось впервые в его жизни надеть костюм. И когда иностранцы-курсанты спрашивали, зачем здесь установлены высокие будки, мы отвечали, что они нужны для слежения за молевым сплавом леса. Там была расстелена скатерть-самобранка. Однажды пришлось даже заместителю министра здравоохранения Чехии доктору Веселы выдать справку (для его жены), что алкоголь в малых дозах раз в неделю является неплохим адаптогеном (лучше — сауна, водные процедуры, бег, тонизирующие настойки), снимающим недельное напряжение. Вообще курсанты были не всегда организованными и довольно часто опаздывали на самолет в Москву. Приходилось с помощью друзей даже пару раз задерживать на чуть-чуть вылет рейсов на Москву. Проведя недельный курс, вернулся к экспедиции. Нужно было переезжать в другой район, а для этого всех водителей, дорвавшихся до спирта в мое отсутствие, необходимо было привести в чувство. Фактически по результатам экспедиции были получены данные о состоянии здоровья сельских жителей в репрезентативных для страны шести типах сельских поселений. Впоследствии эти материалы были дополнены данными о здоровье горожан, что позволило облечь все это в докторскую диссертацию, где были выведены также обобщенные индексы здоровья и добавлена методология индивидуального распознавания предрасположенности к различным заболеваниям на основе информативных признаков как одном из элементов нацеленной профилактики болезней. Для этого применялась серия алгоритмов распознавания образов, причем каждый из них имел поправочный коэффициент на точность результатов. Фактически методологические основы диссертации были заложены еще в Москве.

* * *

Докторская диссертация была успешно защищена в диссертационном совете ЦОЛИУВ в Москве, правда из-за ее необычности работу пришлось еще докладывать на ученом совете во ВНИИ им. Н.А. Семашко и на экспертном совете ВАК до ее утверждения. Но я все выдержал и во

всех инстанциях защитил свою работу, которой я жил восемь лет. Когда я приехал сдавать документы и переплетенную диссертацию в диссертационный совет в ЦОЛИУВ, то вначале надо было подать прошение, то есть заявление на имя ректора. В то время ректором была М.Д. Ковригина, бывшая ранее министром здравоохранения СССР. За несколько лет до этого группа курсантов ЦОЛИУВ безнадежно искала ее в базе данных на ученых в ГВЦ. М.Д. Ковригина была по характеру типичным сталинским наркомом и потому, в отличие от нынешних руководителей, не стремилась обзавестись ученой степенью. Так вот, захожу я в ее длинный и узкий кабинет и вижу восседающую за столом даму с седыми буклями и молодежавым энергичным лицом. Поздоровался, но в ответ ни здравствуйте, ни садитесь, а слышу:

— Кто вы, что вы, почему ЦОЛИУВ?

Я объяснил, и тогда последовало:

— Садитесь и рассказывайте о своей работе.

Рассказал, работа ей понравилась, и ее приняли к защите. На защите, помимо трех официальных оппонентов, среди выступающих было четыре гигиениста, в том числе К.А. Буштуева, А.Г. Сухарев, и они говорили о том (сохранилась стенограмма), что видят перед собой настоящую интегрирующую социально-гигиеническую работу. Это даже сейчас, спустя многие годы, приятно читать. Вот какова наша специальность с ее интегрирующей ролью, но к этому вопросу мы еще вернемся. Через несколько лет, когда под моим руководством было защищено достаточное число диссертаций, мне присвоили ученое звание профессора, а за развитие нового научного направления — системный анализ здоровья и здравоохранения — и подготовку научных и руководящих кадров здравоохранения Указом Президента РФ было присвоено звание заслуженного деятеля науки РФ. И до нынешнего времени я дорожу знаком «Отличник здравоохранения СССР», врученным Б.В. Петровским, имею несколько наградных медалей и много дипломов.

* * *

По возвращении пришлось заняться верификацией данных о здоровье. Понятно, что официальные данные о заболеваемости (общей и впервые выявленной) к здоровью населения имеют весьма малое отношение и скорее характеризуют доступность медицинской помощи, поскольку фиксируются по обращаемости. Не будет в районе окулиста, не будет и глазной заболеваемости, поскольку некому ее регистрировать. С учетом почти полного разрушения сельского здравоохранения в последние годы и, соответственно, резкого снижения доступности медицинской помощи в скором времени, по официальным данным, наши селяне станут самыми

здоровыми людьми в мире. И вот на эти практически полностью недостоверные данные сейчас опирается Минздрав РФ, составляя различные программы, в том числе программу государственных гарантий, и как бы развивая здравоохранение. Можно ли верить последнему докладу Минздрава, где отмечено, что за 2013 г. заболеваемость населения возросла на 3,3%? Как дальше будет показано, все статистические данные о заболеваемости и смертности следует использовать с особой осторожностью и с верификацией. Однако нынешние руководители здравоохранения этого не понимают (если б только этого), поскольку имеют весьма отдаленное отношение к нашей специальности и, по сути, занимаются не своим делом. Но к этому мы еще вернемся.

Что же делать, что нужно учитывать при анализе здоровья, в частности, заболеваемости? Такую комплексную работу, как мы провели на селе в Сибири, повторить практически невозможно. В свое время И.Д. Богатырев предложил следующий вариант: выкопировываются усредненные данные о трехлетней обращаемости, подбираются на одно лицо, дополняются результатами выборочных обследований здоровья населения. Но это не официальный, а исследовательский подход, и он обоснованный. Как правило, такие исследования были приурочены к переписям населения, поскольку истинная заболеваемость является достаточно устойчивой и принципиально не меняется многие годы (до 8–10 лет). Но, к сожалению, в течение последних 30 лет Минздрав не заказывал подобные исследования и руководствуется далеко не объективными сведениями о потребностях населения в различных видах медицинской помощи, а, по сути, среднепотолочными данными для программы государственных гарантий и программы ОМС. Регистрируемые общая и впервые выявленная заболеваемость ни в коей мере не характеризует состояние здоровья, а лишь только в какой-то степени доступность медицинской помощи, то есть обращаемость. Если отсутствует какой-либо специалист, по его профилю заболевания просто некому регистрировать. Заболеваемость с временной утратой трудоспособности также не характеризует здоровье населения. Это же относится и к инвалидности, которая в основном характеризует возможности органов социального обеспечения по принципу «сколько денег — столько песен». Что касается остальных демографических показателей [рождаемость, смертность, ожидаемая продолжительность жизни (ОПЖ)], то на их основании можно делать какие-то выводы, только понимая, как они формируются, и оценивая их достоверность. Рождаемость зависит от общественных репродуктивных установок и имеет свои закономерности, обусловленные динамикой возрастной пирамиды, то есть возрастнo-половой структурой населения. Так, последствия Великой Отечественной войны (выбитые поколения) в соответствии с теорией затухающих кривых будут ощущаться до 2030 г. Вот у нас в стране уже 6–7 лет отмечается как бы

всплеск рождаемости, и сейчас на одну женщину в среднем приходится 1,7 ребенка, что даже не дотягивает до самого простого воспроизводства поколений (минимально — 2,14). Откуда взялся этот всплеск? Средний возраст рождающей женщины сейчас 26 лет. Отбрасываем эти годы назад и попадаем в 1980-е, когда почти ежегодно рождалось 2,3–2,5 млн детей, большинство из которых, перейдя в плодovitый возраст, и обусловили этот всплеск. А такое число детей в 1980-е годы появилось вследствие послевоенной компенсаторной волны рождаемости, когда в 1950-е годы рождались почти 3 млн детей в год. Что же нас ожидает дальше? В 1990-е рождаемость резко упала, и ежегодно рождалось 1,3–1,4 млн детей, которые уже скоро перейдут в детородный возраст и дадут всего 800–900 тыс. детей. Вот это будет катастрофа, и не только демографическая, но и экономическая, обороноспособная и т.д. Не спасет и практически не влияющий на рождаемость материнский капитал (рост рождаемости начался еще до внедрения этих стимулирующих выплат), который может способствовать увеличению детности в маргинальных семьях. Вывод простой: нужно не деньгами откупаться от проблемы, а создавать матерям и детям нормальные условия жизни.

Как это сделать, содержится в опубликованных нами работах. Сейчас наиболее успешной считается демографическая политика во Франции (и в некоторых скандинавских странах). По крайней мере, там сейчас самая высокая рождаемость в Европе, и на 100 женщин приходится свыше 200 детей (у нас, как отмечалось, 160–170 детей) за счет того, что все меры там сфокусированы на реальных потребностях семьи, образованной и работающей матери. Так, потребность в детских учреждениях во Франции удовлетворяется на 100%, и все экономически направлено на то, чтобы помочь матери совмещать ее трудовые и материнские функции. Кроме того, предоставляется финансовая возможность оставлять ребенка дома с сиделкой. Мать получает декретный отпуск сроком в 16 недель с оплатой 90% заработка (в Швеции — 64 недели со 100% заработком), при достаточно высоких пособиях до 3-летнего возраста ребенка. У нас же от 1,5 года до 3 лет положено на ребенка всего 50 рублей, правда, совсем недавно эти показатели несколько пересмотрены. Не думаем мы о будущих поколениях. А накануне занятий во французской школе на ребенка выделяются немалые средства для покупки школьных принадлежностей. Но самым главным фактором роста рождаемости во Франции является предоставление молодым семьям дешевого социального жилья, для которого в каждом микрорайоне должна составлять по закону не менее 20%. Такое жилье не передается в собственность, а сдается в аренду за почти символическую плату, не более 16% месячного дохода, в то время как аренда обычного жилья будет стоить в три раза дороже. Кстати, на такое социальное жилье может претендовать и одинокий гражданин с месячным

доходом меньше 1900 евро в провинции или 2100 евро в парижском регионе. Если будет строиться меньше 20% такого жилья, то на местный бюджет налагаются огромные штрафы. Такая политика приносит там результаты, поскольку проводится десятилетиями (а не компанейски), и люди в нее поверили. Правда, на 100 коренных жительниц во Франции приходится 175 рождений, что не так уж и мало, а на 100 иммигранток — 250. В Швеции, помимо всех пособий и выплат, для молодых мам из неблагополучных семей предоставляются бесплатное жилье и питание, лицам с детской коляской — бесплатный проезд, для детей бесплатные посещения музеев, зоопарков и т.д., организованы специальные центры для мам с детьми, где можно поиграть, приготовить еду, проконсультроваться у психолога и врача и т.п.

Еще раз подчеркну, что нужно не деньги давать, откупаясь от имеющихся проблем, что относительно просто, а, что значительно сложнее и требует комплексных усилий, обеспечить семью с детьми нормальными условиями жизни! И тогда будет все в порядке с рождаемостью у нас в стране.

В гораздо меньшей степени на рождаемость и детность влияют различного рода внешние стимулы, но тем не менее их все нужно грамотно использовать. И это нужно понимать и правильно действовать. Должна быть в этом деле определенная государственная политика. Другое дело, что на здоровье новорожденных можно и нужно влиять особенно сейчас, когда все больше стало рождаться нездоровых детей, которые потребуют значительных социальных и медицинских усилий. Значит, нужно пока говорить и концентрировать усилия не столько на росте рождаемости, сколько на улучшении здоровья новорожденных и матерей. Необходимо также учитывать половые особенности рождаемости. Среди зачатий больше мальчиков, но они менее жизнеспособны, и потому их больше среди выкидышей и мертворожденных. Если сразу после Великой Отечественной войны на 100 девочек рождалось 110–112 мальчиков, и это было послевоенное компенсаторное число рождений мальчиков, то потом это соотношение стало уменьшаться, и сейчас на 100 девочек рождается 104–106 мальчиков, что является признаком устойчивости популяции. Дело в том, что младенческая смертность среди мальчиков выше, чем среди девочек. И вообще, во всех без исключения возрастных группах смертность среди мальчиков и мужчин выше, чем среди девочек и женщин, что обусловлено многими причинами. В результате к 30–34 годам соотношение полов выравнивается, а затем наступает превышение женщин, и в возрасте 75 лет и старше на женщин приходится 70%, на мужчин — 30%. Отсюда и разница в ОПЖ, достигшая сейчас у нас 11 лет. Необходимо также учитывать, что чем старше возраст, тем сложнее увеличить ОПЖ на одно и то же число лет. Так, чтобы увеличить ОПЖ у 80-летних

по сравнению с 70-летними требуется приложить в два раза больше различных усилий. Исходя из изложенного, самостоятельной проблемой можно считать состояние здоровья одиноких пожилых женщин, на что первыми обратили внимание в центры по контролю за болезнями (СДС) (США) и в 1981 г. выпустили книгу по этому поводу. Между тем в структуре естественного прироста (положительного или отрицательного) на долю рождаемости приходится всего 35%, а на долю смертности — 65%. Значит, определяющей в динамике естественного движения населения является смертность, но властям проще и понятней говорить о рождаемости. В смертности, казалось, ни убавить, ни прибавить — свершившийся факт. Однако в абсолютном выражении эти данные неполные, хотя на относительном показателе общей смертности это не отражается. Как известно, смертность регистрируется по месту жительства, куда пересылают свидетельства о смерти умерших в других местах. Нередко такие сведения не попадают в разработку из-за затянутых сроков пересылки. Сейчас во многих восточных (и не только) районах страны умерших хоронят без регистрации, поскольку, чтобы зарегистрировать, труп нужно везти за сотни километров, а о том, что пенсия продолжала начисляться, я умолчу. Но смертность — это популяционный феномен и одновременно индикатор.

Что касается индивидуальных случаев смерти, то наибольший риск приходится на диапазон в два месяца вокруг дня рождения, то есть в период, когда меняется привычный распорядок жизни, изменяется жизненная ритмика и нередко наблюдается эмоциональный спад. А точно в день рождения повышается риск у пожилых получить инсульт на 22%, повышается вероятность летального исхода от рака на 10,5%, число самоубийств возрастает на 35%, а у мужчин на 28,5% повышается вероятность погибнуть от несчастного случая. Среди перешедших 60-летний рубеж умирают в день своего рождения на 14% больше, чем в молодом возрасте. Я лично наблюдал немало случаев смерти в очень небольшом диапазоне от дня рождения. Эта же закономерность подтверждена многими зарубежными исследователями в США и Швейцарии. Отсюда следует, что в первую очередь лицам в пожилом возрасте нужно особенно беречься до и после своего дня рождения. Но основные статистические погрешности возникают при учете причин смерти, и потому приводимым официальным данным не следует особенно доверять. Когда человек умирает, врач (или фельдшер) может поставить несколько диагнозов, которые медицинский статистик затем добросовестно шифрует по МКБ 10-го пересмотра. Затем свидетельство о смерти с несколькими шифрами поступает в областное статистическое бюро, где регистратор, не имеющий медицинского образования, должен выбрать одну причину смерти, которая и пойдет в дальнейшую разработку. Во-первых, нужно знать принципы выбора такой причины — по основному заболеванию или по непосредственной

причине смерти. Во-вторых, правильно выбрать эту причину и правильно ее внести в таблицу Росстата. Вот здесь и заложены условия для искажения статистики. Мы намеренно брали массивы свидетельств о смерти из областного статистического бюро, сами шифровали и разносили их по правилам МКБ-10, а потом сравнивали с данными официального статистического отчета. В результате оказалось, что различия между классами достигали 20%, а внутри классов — до 45%. Кстати, классы причин смерти в статистической отчетности Росстата и МКБ-10 не полностью совпадают. Более того, в связи с повсеместным сокращением числа вскрытий не только исчезла одна из возможностей обучения врачей (патолого-анатомические конференции по И.В. Давыдовскому), но это же привело к искажению смертности по причинам в дополнение к описанным выше. Таким образом, данными о причинах смерти следует оперировать с известной осторожностью из-за их далеко неполной достоверности.

Как известно, смертность в виде таблиц смертности (дожития), характеризующих порядок вымирания, составляют основу для расчета ОПЖ. Расчеты показывают: чтобы нам сравняться с уровнем ОПЖ в Португалии, понадобится 71 год даже при том, что темпы прироста СПЖ у нас выше. Нужно также понимать, что биологическим пределом годового изменения ОПЖ является 0,37 года, а по докладам Минздрава этот предел роста значительно превышен, что вызывает очень большие сомнения в достоверности используемых и предоставляемых на разные уровни данных. Так, в еще не завершеном 2014 г. министр доложила президенту РФ о том, что за 2014 г. ОПЖ возросла у нас на 9,6 месяца, что невозможно даже теоретически. Это говорит о том, что министр понятия не имеет, что такое показатель ОПЖ, что он означает и как он рассчитывается на основе гипотетических вероятностных таблиц дожития. Вот таким образом вводится в заблуждение верхняя власть практически по всем аспектам здоровья и здравоохранения, возможно, ненамеренно.

Между тем увеличение ОПЖ является всесторонним благом для страны. В Японии во время кризиса и снижения мировой потребности в японских высокотехнологичных товарах выделили два направления антикризисной программы: стали давать соседним странам беспроцентные кредиты, но на приобретение именно японских товаров, и решили увеличить еще на пять лет и так самую высокую в мире ОПЖ, экономически обосновав это тем, что, помимо всего прочего, за эти пять лет пожилые приобретут товаров на 600 млрд долларов. Вот как нужно считать и вот как нужно вкладывать средства в спрос, то есть в людей! ОПЖ рассчитывается исходя из построенных таблиц смертности или дожития. Это вероятностный показатель можно рассчитывать для всех, начиная от рождения, и для достигших определенного возраста. При этом можно проводить оценку так называемых элиминационных резервов и определять

вклад отдельных возрастных групп и причин смерти в ОПЖ, что в итоге в сочетании с другими подходами способствует определению приоритетов.

Кроме того, имеется возможность рассчитать и другие, более точные показатели, характеризующие здоровье: индексы DALY и QALY, показывающие длительность здоровой жизни и ее качество. Аналогичным образом следует анализировать младенческую смертность, которая не оказывает значимого влияния на ОПЖ и ее годовые изменения. В развитых странах вначале занялись снижением младенческой смертности от потенциально устранимых причин в позднем неонатальном (от недели до месяца жизни новорожденного) и постнеонатальном (от месяца до года жизни) периодах, таких как пневмония и другие болезни органов дыхания, травмы, отравления, инфекции и т.д. Затем в фокусе внимания оказались более трудноустраняемые причины смерти в те же самые периоды жизни новорожденного, например респираторный дистресс, пик смертности младенцев от которого приходился на четвертый месяц их жизни на фоне полного благополучия и в основном во сне. И только после этого стали создавать перинатальные центры (отделения) для решения проблем, возникающих в перинатальный период, в том числе на уровне мать – плод. Этот околородовой период подразделяется на три части: антенатальный (предродовой), интранатальный (непосредственно родовой) и ранний неонатальный (до недели жизни новорожденного). По классификации ВОЗ, перинатальный период начинается с 22 недель беременности (с 154-го дня), когда масса плода достигает 500 г и более, до 1-й недели жизни новорожденных. Именно в этот период происходит созревание функций, необходимых для самостоятельного существования организма новорожденного, и в этот период вероятность развития у плода неврологических и соматических нарушений наиболее высокая. Как раз в интервале от 28 до 40 недель беременности происходит подготовка к родам и внеутробной жизни. Патология перинатального периода связана с неблагоприятными факторами, воздействующими в течение внутриутробного развития плода на систему мать – плод (такими как недостаточность маточно-плацентарного кровообращения, задержка и аномалии внутриутробного развития, гемолитическая болезнь, иммунные и инфекционные факторы, токсикозы, болезни, травмы и отравления беременных, принятие алкоголя во время беременности и курение), с патологией родов (осложнениями процессов родов, которые могут привести к родовой травме, асфиксии плода и другим последствиям), а также с неблагоприятным воздействием внешней среды в первые 168 часов жизни новорожденного (внутрибольничная инфекция, гипотермия, дефицит сурфактанта и др.). Неслучайно в МКБ-10 выделены отдельные состояния, возникающие в перинатальном периоде, а врожденные пороки развития и некоторые специфические инфекции представлены отдельно.

Самостоятельной проблемой являются недоношенность и маловесность новорожденных, среди которых рождается немало инвалидов по разным причинам. Правда, в 1980-е годы группа экспертов Минздрава СССР (под моим руководством) оценила последствия перехода на международные критерии материнской смертности и живорожденности и пришла к выводу, что доля детей с низкой массой тела и недоношенных будет постепенно уменьшаться. Перинатальная смертность доношенных детей в 15 раз меньше, чем недоношенных, и в 4–5 раз меньше, чем у переношенных. Если в верифицированном виде у нас по сравнению с Японией и Скандинавскими странами уровень младенческой смертности от врожденных аномалий в 2 раза, от состояний перинатального периода — в 3 раза выше, то от травм и отравлений — в 16 раз, от респираторных заболеваний — в 17 раз, а от пневмоний — в 23 раза выше. Эти сопоставления показывают приоритет тех или иных проблем в снижении младенческой смертности в стране. Одна из основных проблем сейчас состоит не в предстоящем резком снижении рождаемости, а в постоянном росте доли нездоровых новорожденных (по официальным данным, только треть новорожденных являются здоровыми, а по результатам исследований — и того меньше). Иначе говоря, если мы будем продолжать заниматься стимулированием рождаемости, это приведет к рождению большого числа детей с патологией, что ляжет бременем на здравоохранение и социальные службы. Именно поэтому вначале нужно решить проблему нездоровых новорожденных. Процесс акселерации, как отмечалось, завершился, и сейчас дети рождаются менее жизнеспособными с относительно низкой массой тела. Но это к перинатальным центрам не имеет никакого отношения, скорее, к профилактическим программам. Однако, если в анамнезе женщины был зафиксирован выкидыш, при очередной беременности она должна наблюдаться в перинатальном центре (отделении). Перинатальная смертность включает мертворождаемость и раннюю неонатальную смертность. Вот всем этим, судя по названию, и должны заниматься перинатальные центры, то есть состояниями, возникающими в перинатальном периоде. У нас же приказом Минздравсоцразвития от 09.12.2004 г. № 308 необоснованно расширены функции перинатальных центров, оставив им прежнее название. Доводы Минздрава вроде бы, на первый взгляд, убедительны; нам говорят, что помощь беременным нельзя оказывать сейчас такую же, как их бабушкам. Министр В.И. Скворцова полагает, что перинатальные центры нужны, поскольку в 60% случаев (что не доказано результатами исследований) встречаются осложнения беременности. Но даже если это так, что весьма сомнительно, эту проблему нужно решать гораздо раньше — до

беременности или в начальном периоде, при постановке беременной на учет. Почему-то мы все время занимаемся следствиями, полностью игнорируя причины. Кроме того, на многочисленных примерах хорошо известно, к чему привели закрытия экономически неоправданных родильных коек и отделений. Скоро наши женщины будут рожать в поле, чему прецеденты уже есть, перекусывая зубами пуповину. Удивительно, что в традиционно шахматной стране наши руководители до сих пор не научились считать хотя бы на ход вперед. Это видно на примере воссоединения Крыма, когда вдруг после массовой эйфории стали возникать проблемы, к которым не было предварительной подготовки: транспортная блокада полуострова, дефицит воды, продуктов питания, энергетики и т.д., а также оказались не просчитанными последствия для остальной России (взаимные санкции, рост цен, беженцы и т.д.). Это устаревший и ненаучный принцип: решать проблемы по мере их поступления. А ведь для этого страна располагает множеством институтов и специалистов, которые на моделях могли бы проиграть разные сценарии развития событий с выдачей рекомендаций. Видимо, те, кто принимают решения, не умеют играть в шахматы, а жаль. Из изложенного ясно, что родильные дома (отделения) должны быть сохранены и максимально приближены к населению (дорогостоящие перинатальные центры их никак не заменят), а перинатальные центры могут находиться на определенном расстоянии. Так, в результате закрытия единственного на город Игарку (порт на севере Енисея) роддома женщинам нужно лететь на роды за тысячу километров. При этом, конечно же, не учитываются финансовые возможности беременной, ее состояние и возможность выдержать длительный перелет. Между тем во многих зарубежных авиакомпаниях совершенно обоснованно запретили перелеты беременным в III триместре, а во II триместре требуют справку от врача из-за возможных осложнений во время полета. Правда, не всегда в перинатальный центр можно получить направление и попасть туда. Вот такого рода особенности, исходя из потребностей и удобств пациентов, следует обязательно учитывать в перспективной модели здравоохранения. Отсюда вытекает главный вывод: нужно хорошо понимать, что означает каждый медико-демографический показатель, как он формируется и что скрывается за каждым числом. Напомню, что все показатели являются отражателями каких-то глубинных процессов с определенной погрешностью. К сожалению, такого понимания со стороны многих руководителей здравоохранения не прослеживается до сих пор. Все изложенное выше влияет на естественный прирост населения, а с добавлением данных о миграции — и на численность всего населения. Вступающие в репродуктивный возраст поколения имеют сейчас по многим причинам установки

на меньшее число детей, чем ранее. И тогда, по мнению известного демографа и социолога А. Антонова, число рожденных детей на одну женщину может сократиться с 1,7 до 1,2 (к 2020 г.), в итоге численность населения страны резко уменьшится и больше половины россиян будут потомками мигрантов. Значит, нужно было еще вчера принимать необходимые и последовательные меры по примеру, скажем, Франции во времена де Голля, а не откупаться деньгами налогоплательщиков от проблемы сертификатами беременных.

* * *

Из Новокузнецка по долгу службы приходилось довольно часто ездить в Новосибирск в СО АМН (в том числе прослушал там выступления Л. Гумилева и Р. Макнамары, бывшего министра обороны США), много раз был в Академгородке, особенно в Институте А.Г. Аганбегяна, а также ездить по городам и весям Западной и Восточной Сибири, где установились научные контакты с Иркутским институтом географии, Дальневосточным научным центром и т.д.

Побывал в Томске, Тюмени, несколько раз в Красноярске, Хабаровске, в Якутске (однажды вместе с Е. Велиховым) с посещением удивительного медицинского центра и выставки-музея с якутскими алмазами. Впоследствии был несколько раз на Сахалине и однажды летом купался с часовым интервалом в двух морях по обе стороны острова. В Сибирском отделении АМН СССР находилось наше руководство (Казначеев, Бородин, Труфакин), здесь же работал академик С.И. Колесников (затем он стал президентом Восточно-Сибирского отделения АМН СССР в Иркутске, зампредела Комитета по охране здоровья ГД РФ, сейчас — советник АН РФ), с которым мы поддерживаем теплые отношения до сих пор. Особенно впечатлили поездки на БАМ — в Тынду со множеством дымящихся труб и во Владивосток. Там во время ночного заплыва я оказался так далеко в море, что не стало видно огней города. Пришлось срочно возвращаться. Везде видел заросли китайского лимонника — огромной лианы, одну веточку которой опуская в чай, получал чай с лимоном. Сейчас лимонник растет у меня в двух местах на даче, и из его красных ягод я делаю тонизирующую водочную настойку. А потом, через пару дней, на пароме из Владивостока добрался до схождения границ РФ, КНР и КНДР, откуда на узике по горным тропам доехал до простирающейся внизу потрясающе красивой и пустынно-безлюдной, с белоснежным окаймляющим песком бухты Тихой, в центре лазоревой водной глади которой торчала большая и острая скала. По другую сторону от этой бухты через небольшой перевал была океанская база Дальневосточного

научного центра. Здесь занимались не просто биологией моря, но и определением биологических индикаторов его загрязнения. Оказалось, что такими индикаторами могут служить гребешки, очень нежные на вкус. С сотрудниками центра мы отплыли метров на 300 от берега и на мидии принялись ловить камбал, зарывшихся в песок на дне. Через некоторое время мне это (одно и то же, сколько крючков — столько и камбал) надоело, и в сопровождении небольших сельдевых акул я поплыл к берегу. Так же было однажды на Черном море, где на лов рыбы требовалось разрешение пограничников. Отошли мы (я с моими бывшими двумя курсантами, один из которых, Н. Кокин, был руководителем здравоохранения Донецка) от берега метров на 200, глубина — 100 метров. Раскручиваем длинную катушку, где на крючки повязаны кусочки от девичьих ленточек. Сколько крючков, столько вынимаешь и пикш. Пикша — рыба глубоководная, и при подъеме у нее лопаются пузырь. Несколько раз подергал, а потом стало неинтересно. Рыба — дура. А у моих напарников только проснулся азарт. Пришлось плыть мне в одиночку к берегу, несмотря на запреты пограничников.

* * *

В то время в Сибири (и не только там) вполне обоснованно практиковались поезда здоровья, когда на выходные дни можно было выехать в загородную зону отдыха. Я с коллегами иногда зимой и весной выезжали на таком поезде в Горную Шорию, поближе к Таштаголу. Поезд уходил из Новокузнецка в пятницу вечером и к ночи прибывал на место. Там уже готовилась банька по-сибирски, с выскакиванием на снег. А потом два дня на лыжах с горок. В апреле катались даже в плавках, поскольку полукруглая долина аккумулировала в себе солнце. В целом это было очень полезное дело, и жаль, что все закончилось.

Несколько раз за все время зимой ездили в Хакасию, вначале на вездеходах ГАЗ-66 по бездорожью и каменистым берегам рек, недоступным для других машин, потом пересаживались на поезд Абакан—Тайшет и просили машиниста остановить поезд у едва приметного места возле реки Томь. Там, под камнями, была спрятана лодка. В каждом мероприятии должен быть свой лидер, так и при переправе на другой берег по бурной каменистой реке. Лидер рассаживал нас, укладывал по-своему наши вещи, и все мы ему беспрекословно подчинялись. На другом берегу, в месте впадения в Томь также незамерзающего, стекающего с сопки Гремящего ручья, стояли изба с двухэтажными длинными нарами внутри и отдельно банька. Кто-то начинал раскладывать продукты и что-то готовить, другие заготавливали дрова и отапливали дом и баню, третьи

в глубоком снегу проделывали проходы от дома к бане и от бани к ручью и расчищали в мелком, но быстром и холодном ручье дно. Природа была необыкновенно красивой, величественной и завораживающей. Вокруг стояли высокие стройные ели со снежными шапками, а между ними в два раза возвышались гиганты кедры. Замечали мы на снегу и следы медведей. Дым от затопленных печек столбом поднимался вверх. Была какая-то хрустальная торжественность в этой обстановке. Специалисты ловили хариусов и тайменей. Таймень — хищная белорыбица, прячется в ямах за камнями. Одного на 5 килограммов поймали днем, а другого — ночью. Вот это было зрелище! Пенопласт обшивают шкуркой от старой меховой шапки и вдевают туда три огромных крючка. Забрасывали это все на середину реки и подтягивали. При луне казалось, плывет мышь, и таймень попадался. Мне ловить не доверили и не разрешили, только, мол, зря тратить время. Специально заправленная уха из тайменя была бесподобной. А после бани, обжигаясь о снег, со вздохом падали в ручей, где вода была около нуля градусов. Но так было за все время всего три раза. Гораздо чаще на выходные дни я уезжал по приобретаемой путевке выходного дня за город, в профилакторий ТЭЦ, с открытым и зимой бассейном с подогретой водой. Туда я брал все материалы и писал докторскую диссертацию. Там тоже была лыжня. Иногда туда возил и приезжающих иностранцев, которые даже не думали о том, что в Сибирь, да еще зимой, нужно брать с собой купальные принадлежности. Тогда я еще курил, выходило по две пачки американских или болгарских (БТ) сигарет в день. Появился кашель курильщика. Несколько раз перед сном уговаривал себя утром бросить курить, но забывал. А потом решился и бросил в одночасье, как раз накануне 8 Марта, когда пришлось слегка выпить, но от курения воздержался. Трудно было первые два месяца, поскольку чертик, сидящий внутри, постоянно зудел, соблазняя: «Ну, закури одну, а потом не будешь».

Пришлось напрячь всю волю. Потом ни разу не закурил. Любил В.В. Бессоненко ездить в баню загородного филиала психиатрической больницы, где выращивали овощи и фрукты, держали кур и свиней. К нашему редкому приезду баню топили, а в предбаннике на столе были чай с медом и соленые огурцы, тоже с медом. Выпивали под вареную картошечку, но потом. Вот там меня сибиряки и научили по-настоящему париться. В.В. Бессоненко мог выпить кружку дикого кофе, крепкого, с солью, от которого я бы умер на месте, а потом заваливался спать. Нужно сказать, что В.В. Бессоненко обладал не только даром лидера и организатора, но также был творческой личностью, генерировавшим разные идеи. Под стать ему была его команда — симбиоз инженерно-системной мысли (Г. Азаренко, Е. Граница, В. Пинтов, В. Максаков, Л. Зуб и др.), знаний организаторов здравоохранения (М. Цинкер, Г. Чеченин, В. Райх,

Н. Лапин и др.) и специалистов по научно-медицинской, гигиенической и клинической методологии (В. Колтун, Г. Волков, А. Флейшман, Е. Заславский, Е. Лотош, В. Суржиков и др.). Но их наивность проскальзывала постоянно. Например, собирается экспедиция на Чукотку, в Певек, и подают мне заявку на меховые спальные мешки, палатки, продукты и т.д., в том числе на ружье. И на вопрос: «Зачем ружье?» — последовал ответ: «Для выборочного отстрела аборигенов», имелись, конечно же, в виду представители местной фауны.

* * *

В то время на дефицитные товары существовала распределительная система, которой руководили партийные и советские органы. Так, дублинку, к примеру, можно было приобрести по звонку (разнарядке) первого секретаря горкома, второй секретарь распределял пыжиковые шапки, а третий регулировал подписку на книги. Это все в нагрузку к их основной работе. Я иногда звонил третьему секретарю, чтобы она не забыла включить меня в список на книги. Много позднее, появляясь изредка в ЦК КПСС или в КПК при ЦК КПСС, я поражался буквально мизерным, просто нереальным ценам в их буфетах и столовых и всегда старался там перекусить. Видимо, все осталось по-прежнему. Меню в Кремле и Белом доме сейчас включает судака по-шведски, помидоры, фаршированные мясом и грибами, мясо в горшочке, яйца с ветчиной, мясную солянку, солянку с семгой, суп-пюре с шампиньонами, разнообразные третьи блюда с пирожками; при протокольных мероприятиях — рулет из белуги, кетовую икру, оленину, фазана, копченый язык и т.д., и все это в натуральном виде, без соли, пищевых добавок, красителей, наполнителей и стабилизаторов. Подаются также французские и итальянские вина, коньяк «Россия» (какой патриотизм!), а водка «Царская», естественно, питерская. Цена обеда колебалась от 14 до 40 рублей. А недавно о своем рационе, включающем свежие черноморские мидии, рассказал премьер Медведев. Судя по его интервью, ни он, ни даже его повар не знают цену хлеба в магазине. Опубликовано также меню в Государственной думе, причем стоимость обеда там заметно дешевле, чем в городском кафе. Не вдаваясь в ассортимент блюд, отметим, что с учетом зарплаты каждый депутат может условно съесть по 60 обедов каждый рабочий день. Может быть, власти думают, что весь народ так живет и совсем недорого, но полноценно питается? Действительно, они находятся за очень высоким забором. Как-то несколько лет тому назад президент РФ на встрече с депутатами высоко оценил качество российских продуктов питания и сказал, что ему В. Зубков присылает продукты с отечественных ферм, в том числе сливки, кефир и т.д., то есть подчеркнул, что в обычные и сетевые

магазины он не ходит, а питание получает из специально подготовленных и проверенных источников. Как считает Ю.П. Власов, вожди живут дольше, так как пьют чистую воду, дышат свежим воздухом, не едят ГМО-содержащих продуктов и, соответственно, не имеют генетических поломок. «А как живут простые люди?» — спрашивает Власов и сам же отвечает: «Свыше 50 млн не имеют доступ к нормальной питьевой воде, 15 млн психически больных, 13 млн глухих и слабослышащих, миллионы наркоманов, пьяниц и очень больных людей». Постановлением Правительства от 23.09.2013 г. № 839 разрешено применение ГМО в России, несмотря на то что во многих странах использование ГМО запрещено. Еще Артур Конан Дойл говорил: «Чтобы нация стала мудрее, нужно уменьшить число привилегий. Я считаю, что это аксиома». А у нас это пока еще очень спорная теорема, которую надо долго, нудно и бесполезно доказывать.

Бедные были и в советское время, но тогда они были лучше социально защищены. После либерализации цен большинство граждан очутились за чертой бедности, но тогда государство уменьшило этот порог, и большинство было переведено на бумаге из категории бедных в малообеспеченные. Вот такие статистические фокусы. Методика расчета прожиточного минимума сейчас такова, что мы еще не вышли на советские стандарты. Глубина бедности резко усилилась, появились люди, которые живут в такой нищете, какая в СССР и не снилась: ветшает жилье, люди продолжают жить в бараках, выходит из строя бытовая техника, ухудшается здоровье и т.д., а это все дополнительные расходы. И за все это властям никак не стыдно. Бедность — это потеря завтрашнего дня, это когда руки уже опустились (маргинализация), это когда потухшие глаза от безысходности и ни во что не веришь. В Европе бедным считается тот, кто получает меньше 60% среднегодового дохода в своей стране. Применительно к России получается, что бедных у нас в 2,2 раза больше, чем по официальным данным. Для того чтобы скатиться на самое дно (отверженных у нас 15–17%), необходимо пребывание в бедности пару лет. Остальные бедные в России — это нормальные, семейные и образованные люди, имеющие постоянную или временную работу (а это никак не могут понять в других странах, так как работающий там просто не может быть бедным), то есть до поры до времени никакие не маргиналы. Вот на этих гражданах и должна быть сфокусирована в первую очередь социальная активность государства. Тут уместно будет напомнить высказывание выдающегося российского реформатора и государственника П.А. Столыпина о том, что именно богатство народа и создает могущество страны. Представляется, что в мотивировке своих реформ он в том числе опирался на опыт Пруссии, где еще в 1811 г. была проведена аграрная реформа, на 50 лет раньше России отменено крепостное право,

крестьяне стали владельцами земли, возник свободный рынок труда, начала развиваться промышленность, и многие составляющие современной немецкой экономики, общественного устройства и образования были заложены два века назад. Значимость опоры на простых людей поняли петербургские заводчики и фабриканты, которые еще в 1905 г. в записке тогдашнему министру финансов В.Н. Коковцову (позже — премьер-министр) писали, что промышленность не может процветать там, где народ бедствует.

Современные наши бизнесмены, да и практически вся власть весьма далеки от такого понимания. Именно поэтому при нынешнем уровне жизни большинства людей трудно будет решать проблемы модернизации, инноваций, передовых технологий и т.д. Либерализация экономики, с одной стороны, препятствует доминированию административно-управленческого режима, а с другой — закладывает в основу мировоззрения людей акцент на потреблении, а не созидании, она не может быть справедливой, поскольку в ее основе лежат деньги, а не производимый людьми продукт производства. Сейчас в США, и это прослеживается на протяжении последних десятилетий, некоторые фермеры объединяются в кооперативы, не утрачивая своей собственности. Отсюда видно, что дело не в колхозах, а в том, что при их создании колхозники были практически лишены личного хозяйства, личной собственности и личной заинтересованности.

Одна моя хорошая знакомая, которая задумала писать диссертацию, заведовала хорошо оснащенный врачебным здравпунктом, находящимся в здании ЦК КПСС от кремлевской ЦКБ № 1. Я ей дал для ознакомления свою докторскую диссертацию в двух томах — и с концами. Несколько раз там я попадал на прием к стоматологу, но главное, мне пару раз удавалось купить в ЦК дефицитные художественные книги. Тогда в ЦК КПСС существовала строгая иерархия не только по должностям, но и по возможностям. Для кого-то при перемещении по стране выделялся целый поезд, для других — специально оборудованный вагон, для третьих — отдельное купе, кто-то мог четко регламентированное число раз пошить разную верхнюю одежду в закрытом ателье, на кого-то работала специальная промтоварная секция в крупнейших универмагах, кому-то продукты приносили прямо на рабочее место, а другим нужно было ехать в распределитель. Иначе говоря, была создана система «кормушек» для самых-самых приближенных. Аналогичная история была и с книгами: кому-то приносили на рабочие места списки выпускаемой литературы для выбора, а кто-то ходил сам в книжный распределитель в боковом здании ЦК КПСС. Так вот, меня туда два или три раза заводили, и я покупал там столько книг, сколько мог с собой унести за один раз.

* * *

Но я опять отвлекся. В институте, а по сути это был институт комплексных проблем здоровья на индивидуальном, групповом и популяционном уровнях, мы развивали в том числе популяционную генетику, и это уже отмечалось, на примере алтайских групп народностей. На Алтае заканчивалось влияние Средиземноморья и Атлантики, здесь часто выпадали осадки, а алтайским маслом когда-то кормили всю Европу. На Алтае земля и горы были прародиной многих народов, откуда они откочевывали на Запад. В наши дни там проживают алтай-кижи, май-малары, тубалары, телеуты, теленгиты, лебединцы, кумандинцы и т.д., всего девять народностей по соседству со староверами, у которых зимой снега не допросишься — не дадут. О смешении рас свидетельствовали изредка встречающиеся у алтайцев генетические «выбросы» в виде высоких и голубоглазых блондинов. Наша лаборатория популяционной генетики с помощью студентов-алтайцев из Барнаульского медицинского института восстановила многие роды (сёки) чуть ли не до времен Чингизхана. Кроме того, стали изучать немцев-меннонитов, которые сохранили свои вековые привычки, особенности жизни и склонности. Исследования велись с применением разных методов, в том числе дерматоглифики, одонтоглифики, оценки внешних генетических маркеров, дактилоскопии, антропометрии, анализов крови. В это время из ВОЗ поступило предложение провести сравнительный анализ состояния здоровья наших и канадских немцев-меннонитов. Но наши академики испугались, поскольку выявленные различия могли быть напрямую связаны с социальными условиями жизни. Но тем не менее я проехал и пролетел на вертолете по всему Алтайскому краю в составе экспедиции, видел пробиваемую в горах дорогу к китайской границе, места с особым климатом, где вызревали арбузы, видел скифские захоронения в Балыктыюле, заросли облепихи в предгорье и цветущего багульника, ниспадающие водопады, Телецкое озеро с турбазой «Золотое озеро», по которому на катере прошел по всей длине, а до этого в плавнях с одеждой на голове добирался до условного причала — груды камней, реку Катунь, бурную и дикую, напоминающую необъезженного мустанга, спокойный и широкий Чулышман, единственную впадающую в озеро реку, частично судоходную на плоскодонных катерах типа «Заря» Бию, горные мертвые озера со свинцовой поверхностью, блестящие на солнце разводы красной киновари в горах. Там же, высоко в горах, были открыты крупные месторождения ртути, где люди работали вахтовым методом, но туда я не добрался. История открытия этого месторождения представляет особый интерес. Дело в том, что Горный Алтай всегда хотел иметь самостоятельность, и во время Гражданской войны, когда вся Сибирь была под А. Колчаком, там образовалась

республика, премьером которой выбрали очень уважаемого человека, художника по профессии, сложную фамилию которого я не запомнил. Он не был замешан в каких-либо репрессивных действиях, постепенно отошел от всех дел, кроме живописи, и потому пришедшие на смену белым красные его не трогали, но и не выставляли его картины. Когда в 1930-х годах в Париже состоялась очередная выставка, туда нелегально попали две его картины, одна из которых произвела настоящую сенсацию. Называлась она «Озеро духов» и была вся в красных и оранжевых разводах. Когда наши экспонаты из Парижа вывезли и выставили в Москве, посетивший выставку академик Бардин однозначно заявил: это ртуть. Металл редкий, но нужный для промышленности. Сразу же в Горный Алтай была снаряжена экспедиция, нашедшая самого художника и его проводника в горы. Добывать ртуть (оказалось, что это второе в мире по объему месторождение ртути) стали вахтовым методом, и раз в неделю туда грузовики на траках, без которых вверх по бездорожью не подняться, увозили очередную партию рабочих.

В поселок Балыкчу на реке Чулышман, впадающей в Телецкое озеро, прибыл я с опозданием из-за задержки рейсового вертолета, и поскольку в 10-коечной больничке был карантин, то фельдшерица с раскосыми глазами разместила меня в половинке какого-то дома. Вечерело, магазины уже были закрыты, а у староверов ничего не допросишься. Хлебом поделились алтайцы. Пошел гулять. Красота неопишуемая: к высокой скале прицепилось облако, с нее спадают белые ленточки водопадов, а под ней — заросли цветущего багульника. С другой стороны — величавая и спокойная река. Утром в магазине накупил консервов и хлеба и тронулся в путь: нужно было успеть к катеру, отправлявшемуся через все Телецкое озеро к упомянутой ранее турбазе. От турбазы на следующий день на автобусе, который из-за трехдневной задержки штурмовали туристы и в который удалось протиснуться с трудом, стоя добрался до Артыбаша (в переводе — «голова порогов»), откуда начиналась судоходная часть Бии, вытекавшей, как и остальные многочисленные реки, из Телецкого озера. Там пересел на плоскодонный катер «Заря» и добрался до Бийска. На рынке купил шикарные огромные помидоры, переночевал в гостинице и наутро поездом отбыл в Новокузнецк.

В Балыктыюле, в Пазырыкских курганах, где были в давние времена захоронены местные вожди, я подобрал шлифованный камень (I в.н.э.) и отщеп от деревянного надмогильного сруба для своей коллекции. В отличие от курганов кочевников, когда обычные камни присыпались землей, в данном случае камни особым образом шлифовались и над могилой устанавливался специальный сруб из мореного дерева, над которым возводился земляной курган. Кстати, остатки тканей из этих захоронений хранятся в Эрмитаже. Моя коллекция камней постоянно пополнялась

после выездов на Урал, в Якутию, Норильск и т.д., она существует до сих пор. Правда, кто-то уволок кристалл изумруда в сланце.

Большой интерес представляли наши комплексные исследования на групповом уровне, среди организованных групп населения и промышленных рабочих с применением самых разнообразных методик и с участием разных специалистов. А исследования на индивидуальном уровне были направлены не только на оценку физиологических и возрастных особенностей организма, но и на изучение резервов в барьерных системах и адаптационных возможностей человека в норме и патологии. Таким образом, изучение состояния и динамики здоровья на индивидуальном, групповом и популяционном уровнях давало возможность в перспективе выйти на комплексную оценку здоровья. Именно так все было и задумано в сочетании с прикладными результатами и обоснованными промежуточными мероприятиями. Но об этом уже говорилось.

Поскольку В.В. Бессоненко часто болел, и иногда подолгу (у него, как у некоторых сильных личностей, после периода напряжения наступали срывы), большую часть года мне приходилось директорствовать, часто (2—3 раза в месяц) бывать в Москве, в том числе на заседаниях отделения и Президиума АМН, на различных активах и представлять институт в других инстанциях.

* * *

В это время в Москве жена у меня была в положении, а в Киеве умирает от запущенного рака мама, которая накануне была в Москве и выглядела очень скверно. Надо лететь. Но как раз в это же время разразился топливный кризис. Самолетного топлива не было во всех аэропортах Западной и Восточной Сибири. Я приехал вовремя утром в аэропорт, а самолеты в Москву не летают. Мне аэропортовские друзья посоветовали ждать. А в Новосибирск самолеты отправляли, устраивая там свалку. Я звоню в Москву, жена спрашивает, где я и почему целый день торчу в аэропорту. И только приняв три рейса (утренний, дневной и вечерний) из Москвы и слив остатки керосина в один самолет, работники аэропорта, проведя нужные расчеты, к вечеру посадили меня, и мы долетели до Кургана, где стали заправляться. Я опять звоню домой, жена спрашивает, где я и что в Кургане делаю. Заправились, взлетели. Через какое-то время (а пора уже садиться) не узнаю забортный пейзаж, не вижу Пахры. Бортпроводница объяснила, что Москва не принимает, и мы садимся в Воронеже. Загнали нас на запасную полосу. Хорошо, что у меня с собой был только кейс. Опять звоню домой, а жена, как всегда, спрашивает, где я и что в Воронеже делаю. В аэропорту выяснилось, что вскоре улетит самолет Воронеж—Минск—Киев, и я на него побился.

В общем, еле успел к похоронам, а у родных на похороны денег не было. Квартира отошла государству, мебель я раздал, а некоторые картины забрал в Москву. Буквально через несколько дней родилась дочь, и я понял, что пора возвращаться. Но куда? Договорился в ЦОЛИУВ вторым профессором на кафедру планирования здравоохранения. В Новокузнецке оформил увольнение, отправил все вещи и книги в Москву, а тут из США вернулся академик Ю.И. Бородин (президент СО АМН СССР), и он решил меня не отпускать, держал для меня место члена-корреспондента в СО АМН и готов был позднее создать для меня место действительного члена. Потом он дал команду, чтобы мы вместе с В.В. Бессоненко нашли бы приемлемый вариант без моего увольнения, и он даже был согласен отпустить меня временно, на 2–3 года, организовав под меня филиал в Москве, с тем чтобы, решив все свои дела, я снова вернулся. Но поезд уже, к сожалению, ушел.

В Москве новый мрачный министр С.П. Буренков (бывший питерский партийный работник, кандидат медицинских наук по туберкулезу) перевел Д. Венедиктова из Минздрава СССР на руководство ВНИИ медицинской и медико-технической информации (Ю.П. Лисицын ушел на заведование кафедрой), а Венедиктов, видимо, захотел, чтобы я с ним работал, и перекрыл мне дорогу в ЦОЛИУВ.

* * *

Так я начал работать во ВНИИМИ (Всесоюзный институт медицинской и медико-технической информации), но не заместителем директора, как того желал Д. Венедиктов, буквально выкручивая мне руки, а по своему желанию руководителем отдела ДОР — дифференцированного обеспечения высшего медицинского руководства. Я никогда не рвался к власти, главным была всегда интересная работа. К тому времени в стране была создана уникальная система научной медицинской информации, которая затем была полностью разрушена, как будто по ней прошли враги. На верхнем уровне (ВНИИМИ с ВЦ, Государственная центральная медицинская библиотека — ГЦМБ, правда, была и во ВНИИМИ уникальная библиотека, потом выброшенная на улицу, и я загрузил ее в два «каблучка» и перевез в НПО) на регулярной основе готовились и издавались следующие издания: научные обзоры по важнейшим проблемам медицины и здравоохранения, новости медицины, медицинский реферативный журнал в 16 томах, экспресс-информация и т.д. И все это было доступным для всех. Сюда поступала вся медицинская литература, изданная в СССР, свыше 400 наименований журналов из соцстран и более 500 — из капстран, а также многие другие зарубежные издания, в том числе путем обмена информацией между странами. Выпускалась

оперативная сигнальная информация — это когда ее подписчикам направлялись оглавления поступающих журналов, и можно было по оглавлению заказать любую статью, в том числе с переводом на русский язык. Кроме того, в каждой республике были свои республиканские отделы (центры) научно-медицинской информации, которые обменивались между собой информацией, готовили свои обзоры и рассылали их на места. Были также соответствующие областные отделы. В каждом крупном медицинском учреждении, помимо хорошей художественной библиотеки, было подразделение медицинской информации. Все было организовано таким образом, чтобы любой врач имел доступ к современным отечественным и мировым медицинским достижениям. Тогда еще не было компьютерных сетей и Интернета, эра компьютеризации только начиналась. Многие зарубежные специалисты восхищались нашей системой, например один из авторов индекса научного цитирования (*science citation indexes*) Гарфилд. В то время в мире уже существовали неплохие информационные системы: Medlars, Medline, Bios и др., но наибольший интерес для меня представляла Нидерландская система *Excerpta Medica*, выпускающая нечто похожее на наш «Медицинский реферативный журнал». Но главное в этой системе было на входе и на выходе. На входе, в отличие от системы Medlars, там осуществлялся предварительный отбор статей и книг для включения в базу данных. Статьи, основанные на недостоверном материале, в систему не попадали. На выходе аналитики по числу и качеству публикаций по каждому научному направлению оценивали перспективность того или иного направления, а с учетом сочтенных работ по публикациям прогнозировали открытие новых научных направлений и новых отраслей медицинской науки. Это было интересно и важно. И.В. Пустовой был поражен одной моей статьей, где подчеркивалось, что нормативов потребности населения в различных видах медицинской помощи, чем он занимался, не существует, и это словосочетание изначально полностью неверно, поскольку нормируются не потребности, а возможности по их удовлетворению, то есть ресурсы, при том что потребности существуют объективно и определяются научным путем. Тогда, в конце 1970-х годов, эти взгляды были революционными, поскольку все, кто имел хоть какое-то отношение к планированию здравоохранения, занимались именно нормативами потребностей в разных возрастно-половых, профессиональных и территориальных группах населения.

В отделе дифференцированного обеспечения руководства (ДОР) были штатные и внештатные (переводчики) сотрудники, а также группа литования по изъятию отдельных статей и закрытию пропагандистских номеров журналов. Эта группа первой просматривала все поступления, выбирала и ксерокопировала материалы по списку интересующих меня проблем, а потом, после изъятия антисоветских статей, это все поступало

в просмотрный зал. Я, как голодный, наконец-то дорвался до мировой литературы, и меня интересовали практически все аспекты здоровья населения и организации здравоохранения. Все это систематизировалось. Потом это легло в основу подготовленной мною книги, которую Главлит несколько раз после доработки заворачивал и не хотел давать добро на публикацию и которая в несколько сокращенном виде была издана в Юкатане (Мексика) на испанском языке (*Salud Publica: problemas contemporaneos*) в то время, когда я работал советником Министерства здравоохранения на Кубе. Тем не менее я опубликовал несколько книг в разных изданиях, в том числе три книги по курению. Вообще у меня около 600 публикаций на русском, английском, испанском и финском языках. В период работы во ВНИИМИ принял участие в совещании рабочей группы ЕРБ ВОЗ в Габрово по системам эпиднадзора. Вот тогда впервые и познал весь габровский юмор.

В просмотрный зал ГЦМБ допускались внештатные сотрудники, которые отбирали материалы для всех перечисленных выше изданий. И только спустя 2–4 месяца полностью обработанный журнал с извлечением из него всех необходимых для анализа и распространения данных в потрепанном виде поступал в читальный зал. Отдел ДОР по этим материалам готовил рефераты, переводы статей и обзоры, предназначенные только (и только!) для высшего руководства: министра здравоохранения СССР и его заместителей, министров союзных республик, руководителей отделов здравоохранения ЦК КПСС, Совмина и Госплана, президента АМН СССР, председателя ЦК профсоюзов медработников. Был утвержден Минздравом список для рассылкиготавливаемых нами материалов. Кроме того, по официальным запросам готовились обзорные и проблемные справки к заседаниям коллегии, бюро ученого совета Минздрава СССР и Президиума АМН по рассматриваемым там вопросам, например по развитию патолого-анатомической службы, онкологии и т.д. Мой кабинет находился на одном этаже с дирекцией, и секретарь директора ежедневно по несколько раз в день влетала со словами: «Комаров, к директору». Мне это надоело, и как-то я остановил ее, спросив у нее имя-отчество, а потом назвал свои. Отношение изменилось. Коллектив института был непростой, устоявшийся, со внутренними разборками и взаимодействиями. Но поскольку я не выпячивался, от меня быстро отстали. В институте работали многие известные специалисты, например, П.И. Калью, бывший министр здравоохранения Эстонии и бывший директор ВНИИ им. Н.А. Семашко, который, как и я, собирал различные определения здоровья, а потом выбирал в них ключевые слова и формировал из них новые определения. Помимо массовых изданий научно-медицинской литературы, сотрудниками института велись досье на различные зарубежные научные центры и персональные — на известных

зарубежных ученых, что помогало ориентироваться как специалистам Минздрава СССР, так и НИИ в международной деятельности. Уникальным был и диссертационный совет при ВНИИМИ, куда входили многие известные ученые. Особенно поражал всех историк профессор П.Е. Заблудовский, которого на заседания привозили на коляске. Но когда рассматривалась диссертация по истории медицины, он вставал и красочно, в образах рассказывал, например, о византийской школе Себастии, а мы все его зачарованно слушали. Помню совсем молодого А.А. Баранова, тогда директора небольшого Горьковского института педиатрии, приведшего к нам в диссертационный совет на защиту своего ученика. В то время сын историка медицины Ю. Шилиниса, живший отдельно, эмигрировал в Израиль, и пришла команда из райкома КПСС исключить его из партии и снять с работы. Но мне и другим сотрудникам удалось его отстоять, и дело ограничилось выговором. Несколько раз довелось поучаствовать в подготовке постановлений ЦК КПСС и Совмина по развитию здравоохранения, а эти постановления, как правило, выполнялись.

* * *

Аналитических справок, переводов и аннотаций готовили много и рассылали их по известным и фиксированным адресам. Меня сильно беспокоила высокая младенческая смертность в стране. Если в 1950-е годы у нас с Финляндией были сопоставимые показатели, то потом финны как бы сели в экспресс и добились почти самых лучших результатов в мире, а наше движение было на уровне постоянно тормозящего товарняка, к тому же с выраженными приписками. Именно поэтому мы решили проанализировать, каким образом в Финляндии и Японии удалось достичь минимальных мировых значений и что из их опыта можно использовать для отечественного здравоохранения. По всем трем странам была сделана табличка в динамике показателей младенческой смертности. Все необходимые аналитические материалы по Японии удалось найти быстро, они публиковались в «Азиатском медицинском журнале» на английском языке, а с материалами по Финляндии пришлось помучиться, так как в Датском медицинском бюллетене об этом ничего не говорилось, а переводчиков с финского языка у меня не было. И тут повезло: большая бригада из Франции (педиатры, неонатологи, микропедиатры, акушеры и др.) в течение месяца изучала опыт Финляндии на местах и, вернувшись, опубликовала обзор в журнале «Ревью педиатрик», который мы тут же отловили. Подготовили обширную аналитическую справку и направили высшему руководству по списку. Вторая, не менее важная одновременно рассматриваемая проблема касалась развития медицинской науки и ее эффективности, сколько, как и куда мы тратим на это средства и что в результате

получаем. Отобрали мы по четыре соцстраны и капстраны (во ВНИИМИ были все данные по зарубежным научным центрам и досье по отдельным персоналиям), а вот с данными по СССР пришлось помучиться, поскольку такого общего учета в стране не было, и, кроме того, медицинская наука была значительно рассредоточена. Наконец, удалось по крохам собрать все воедино и подготовить справку, посланную вдогонку. В справке было показано, что имеющиеся у нас относительно незначительные средства на развитие медицинской науки мы тратим на полностью тупиковые направления, в то время как в развитых странах — на поиск профилактических и патогенетических механизмов возникновения и развития заболеваний. Были сделаны соответствующие выводы и даны рекомендации.

После этого начался отпуск. Мы с сыном были в отпуске в Махинджаури и Батуми, поскольку в Грузии и Аджарии у меня было много знакомых и учеников. Посетили председателя Верховного совета Аджарии. Нашли нас и там, но выехать сразу не удалось. Оказалось, что эти две справки ужасно как не понравились руководству здравоохранения, и по справке о младенческой смертности готовилась министром С.П. Буренковым разгромная коллегия, куда вызвали Д. Венедиктова и меня и буквально топтали ногами якобы за разглашение наших, закрытых тогда, показателей. В то время многие показатели, характеризующие социальные аспекты здоровья (заболеваемость и смертность по туберкулезу, младенческая смертность, профессиональная заболеваемость и смертность и т.д.), официально закрывались и не публиковались в открытой печати, хотя в материалах для служебного пользования они могли присутствовать. Я же считал, что в принципе закрывать их нельзя, так как при этом исчезала проблема, требующая своего решения. И об эту проблему нужно спотыкаться каждый день, иначе она никогда не будет решена. А так, нет проблемы — нет и решения. Попытка на коллегии объяснить, что это была совсем не публикация в открытой или закрытой печати, а справка для служебного пользования для весьма узкого круга избранных по утвержденному самим же Минздравом списку, не увенчалась успехом. Я думаю, что дело было совсем не в этом, а в дополнительном и нежелательном для руководства привлечении внимания к медицинским и социальным аспектам проблемы смертности младенцев. Е.Ч. Новикова, замминистра по детству (по дороге из Швеции в Грецию), сидела и злорадствовала, и это записала на изъятый потом у нее справка. А ведь именно она была ответственна за бесчеловечный критерий живорожденности у нас, за геноцид младенцев. Это именно она придумала отсутствующее в мировой практике такое понятие, как поздний выкидыш, когда женщина рожала, ребенок умирал на первой неделе жизни, его списывали в выкидыши и не регистрировали, а женщине не давали послеродовой отпуск, и через неделю ее, не успевшую восстановиться после родов, выписывали на работу. Я расценивал

и до сих пор расцениваю это как преступление против нации. Но это все выяснилось через несколько недель. В итоге было принято решение коллегии: Д. Венедиктову — строгий выговор за недосмотр, а меня — снять с работы. Логика была в том, что мы предварительно договорились валить все на меня, мол, я действовал самостоятельно, не поставив руководство ВНИИМИ в известность. Настроение было еще то, тем более что наш вопрос на коллегии был 15-м и к вечеру пошел дождь стенами. Это было в четверг, в пятницу я выступал в диссертационном совете другой организации оппонентом по докторской диссертации. А в понедельник уже в институте выяснилось, что меня так просто снять с работы приказом нельзя, должность была конкурсной, и все члены ученого совета отказались пересматривать свое прежнее решение. Нашли соломонов вариант: меня перевели с заведования отделом на заведование отделением (как бы понизили) с теми же функциями. Прослышав о коллегии, некоторые руководители институтов и центров стали звонить Д. Венедиктову, чтобы он отпустил меня к ним. Но мы с директором договорились не устраивать демонстрации и вернуться к этому вопросу спустя месяц.

* * *

Справки о младенческой смертности и о развитии медицинской науки были отовсюду отозваны, создана специальная комиссия, в бочке во дворе ВНИИМИ разожгли костер и бросали туда справки по номерам для служебного пользования, фиксируя все протокольно. Это мне кое-что напомнило. Тем более что я и мои коллеги рассчитывали хотя бы на «спасибо» за подготовленные аналитические и, как мы считали, полезные для страны материалы. Но история на этом не окончилась. Через четыре дня после коллегии, во вторник, у нас во ВНИИМИ состоялся свой диссертационный совет, и все члены совета были мрачными, особенно профессора М. Бедный и Н. Копыт, так как всем показалось, что возвращаются тяжелые, мрачные и репрессивные времена. Во время заседания совета меня позвали к телефону. Звонили из Комитета партийного контроля (КПК) при ЦК КПСС и предложили назавтра к ним явиться. В такие минуты я обычно полностью концентрируюсь. Сказал, что завтра не могу, хотя и не был ничем занят. Тогда спросили: «А когда можете?» Стало легче, и я ответил, что послезавтра. Договорились о времени. Тогда в стране было два контроля: Комитет народного контроля, в который была преобразована Рабкрин (РКИ) (1920—1934), занимался контролем за народным хозяйством, и с 1952 г. Комитет партийного контроля при ЦК КПСС [в царское время — Императорская стратегическая разведка при императоре, затем Центральная контрольная комиссия при ЦК ВКП (б)], на ступенях которого даже стрелялись вызываемые

туда партийные секретари. Руководил тогда КПК А.Я. Пельше (он был тестем В.В. Канепа, министра здравоохранения Латвии, с которым я поддерживал теплые отношения, был у него в гостях и впервые пробовал холодного копчения морского угря из реки Лиелупе, куда он заходил на нерест из Саргассова моря), после него до распада СССР председателями КПК были М.С. Соломенцев и Б.К. Пуго, а сотрудниками — ответственные контролеры по отдельным разделам и направлениям работы. Со мной беседовали два таких контролера, и они попросили рассказать, что произошло на коллегии Минздрава, где мне было дозволено произнести всего полторы фразы. А тут слушали больше часа. Потом спросили, откуда взята информация о нашей младенческой смертности в цифрах. Оказалось, из зарубежных источников, где ее рассчитывали с точностью до десятых. Тогда они поняли, что эта информация является закрытой не для иностранцев, а для нас, и попросили в следующий раз принести нужные материалы. Я принес разные статьи, в том числе американки Барбары Андерсон (она недавно трагически погибла) с точным расчетом показателей по СССР, а также показал методы, включая метод Делапортоса, позволяющие это делать, в том числе как по относительно более точной постнеонатальной смертности можно восстановить обычно сильно искажаемую неонатальную.

Тогда они решились открыть мне свои материалы. Честно говоря, ко всем официальным структурам я относился и отношусь не самым лучшим образом, понимая, что им нужно выживать, а цена этого остается за скобками. Взять хотя бы нынешний Минздрав, который абсолютно все приукрашивает и искажает, формируя тем самым ретушированное общественное мнение. Вот и здесь я был настроен соответствующе и скептически. Но когда ознакомился с представленными особо секретными материалами, у меня буквально зашевелились волосы. Началось все с обоснованной записки профессора С. Хакимовой из Таджикистана об истреблении в роддомах родившихся младенцев, не соответствующих нашим критериям живорождения. Не вдаваясь глубоко в подробности, которые меня сильно расстраивают до сих пор, скажу, что речь шла о живорожденности и ее критериях, о выкидышах, ранней неонатальной смертности (от рождения до шести суток жизни), о смертности младенцев в разные периоды их жизни до одного года, об искажениях статистики, об отношении к матерям и их младенцам. По поручению КПК был негласно собран огромный фактический материал по всей стране в роддомах с документами и фотографиями после перевешивания детей, однако в КПК не было специалистов, которые могли бы его систематизировать и проанализировать. Были фотографии и описаны случаи оставления живых детей в морге на выходные дни и многие документально подтвержденные другие ужасы, от которых стыла кровь. И тут я не мог отказать, не позволила

извечная моя гражданская позиция. Была создана большая группа квалифицированных экспертов (в нее входили профессора и академики, например Таболин), которая и провела всю работу. О ней мне рассказывать как-то не хочется, не хочется переживать все это заново. Но, можете мне поверить, со стороны тогдашнего Минздрава это было чудовищно и бесчеловечно. И дело даже не в искажении статистики, а в отношении к беременным и младенцам. Женщинам, родившим, у которых затем умирал ребенок и его записывали в поздние выкидыши (это наше изобретение), не выдавали посредовой отпуск, и, как отмечалось, через неделю, еще не успевших восстановиться, выписывали на работу. Во всем мире с низкой массой тела рождались 12–14% детей, которые благополучно выхаживали, а у нас как бы рождались одни крепыши, и всего-то 3–4% маловесных, и, поскольку ими никто не занимался (по нашим критериям они не были живыми), они умирали, их списывали в поздние выкидыши, не подлежащие регистрации и не попадающие в официальную статистику. Кроме того, смертность младенцев в последние месяцы до года не регистрировалась до тех пор, пока ребенку не исполнился как бы один год, а смертности на втором году жизни уделялось гораздо меньшее внимание, и за каждый такой случай не нужно было отчитываться. Выявилось это в процессе помесячного анализа младенческой смертности, когда на 10–12-м месяце жизни был провал, а на 1–2-м месяце второго года жизни — аналогичный подъем. В результате анализа огромного массива накопленной информации комиссионно были выявлены и другие возможности искажения данных. Когда в КПК у нас спросили, можно ли назвать имена экспертов на заседании их коллегии с приглашением руководства Минздрава, мы все дали согласие, но нас почему-то в КПК не выдали.

* * *

В КПК хотели принять правильное решение, облегчающее жизнь женщин. Для этого меня попросили подготовить справку-обоснование, подтверждающую специфические особенности женского организма. В справке я показал, что у нас женщины нередко заняты на тяжелых физических работах, несут двойную, а то и тройную нагрузку по дому и в семье, отметил особенности более быстрого по сравнению с мужчинами привыкания к вредным привычкам, включая скрытый алкоголизм и поведенческие мотивы при курении. Мужчины быстрее привыкают к курению, чем женщины. Также цели, которые достигаются при курении, у полов различаются. Согласно некоторым психологическим исследованиям, мужчины курят непосредственно для получения наркотического эффекта от никотина, тогда как женщины с помощью табака стараются отвлечься, улучшить плохое настроение или курят просто по привычке.

Кроме того, для женщин нередко более важен сам процесс курения, чем его результат.

Алкоголизм у женщин обычно начинается позже, чем у мужчин, но быстрее прогрессирует и сопровождается депрессией, тревогой и другими психическими отклонениями. Если мужчины предпочитают выпивать коллективно (на троих), то женщины — в одиночку, что делает женский алкоголизм более скрытным. Нередко поводом к алкоголизации женщин выступают психологические проблемы. Существуют три основные степени опьянения: легкая — с изменением самочувствия, с нарушением поведения (эйфория, расторможенность, веселость и частые смены настроения, агрессивность, склонность к спорам), внимания и т.д.; вторая — это когда к проявлениям первой стадии добавляются неврологические нарушения (шаткость походки, нарушения статики и координации движения, нистагм, смазанность речи и т.д.); третья — тяжелое опьянение, с угнетением сознания и вегетативных функций, понижением артериального давления и т.д. Но для алкоголизма характерно патологическое опьянение с острыми психотическими расстройствами, нарушением сознания, возбуждением, агрессивностью и амнезией. Так вот, все эти стадии женщины могут пройти в 2,5 раза быстрее мужчин. Многое при этом зависит от скорости распада алкоголя в организме. Вначале в печени выделяется алкогольдегидрогеназа — фермент, расщепляющий циркулирующий в крови алкоголь до уксусного ангидрида, затем в печени же вырабатывается ацетальдегиддегидрогеназа, расщепляющая уксусный ангидрид на воду и углекислый газ, которые выводятся из организма естественным путем. У самодийской группы народностей, которая этнически не привыкла к обычной нашей кухне, ослаблено выделение алкогольдегидрогеназы, и потому у них алкоголь достаточно долго, не распадаясь, циркулирует в организме со всеми вытекающими последствиями. А у угро-финской группы ослаблено выделение ацетальдегиддегидрогеназы, что позволяет уксусному ангидриду довольно долго наносить чувствительные удары по отдельным участкам головного мозга и по печени, приводит к циррозам, нередко переходящим в рак печени. У женщин быстрее формируется поражение мозга — так называемая алкогольная энцефалопатия. В связи с тем что у женщин ослаблено выделение упомянутых ферментов, они при равном объеме выпитого спиртного, как правило, будут на 30% пьянее. Все эти особенности следует учитывать при реализации в стране антиалкогольной программы (ААП). Хорошо известно, что есть заболевания, присущие только женщинам, например, рак молочной железы, яичников, шейки матки и заболевания женских половых органов (ЖПО) или только мужчинам, например рак простаты, фимоз и др., но также есть одни и те же болезни, встречающиеся с разной частотой в гендерных группах. Например, острый холецистит

у женщин встречается в 6 раз чаще, чем у мужчин, острый цистит — в 4 раза, гипертония — в 1,5 раза, системные заболевания — 1,8 раза, рак кишечника — в 1,45 раза чаще, а вот несчастные случаи, отравления и травмы — в 2 раза, рак легких — в 4 раза реже. Это же подтверждается и с нынешних позиций. Так, если посмотреть на гендерные различия в структуре онкопатологии, можно выделить по пять форм новообразований, на которые у мужчин (58,6%) и женщин (55,7%) приходится больше половины всего рака. У мужчин это рак легких (26,8%), желудка (12%), кишечника (11%), поджелудочной железы (5,4%), пищевода (3,4%); далее следует рак простаты, мочевого пузыря, почек и т.д. У женщин это рак молочной железы (17,1%), кишечника (16%), желудка (10,1%), легких (6,6%), поджелудочной железы (5,9%); далее следует рак яичников, шейки матки, печени и т.д. При этом важно подчеркнуть, что в 50% случаях рак толстой кишки и такие визуальные формы, как рак молочной железы и шейки матки, выявляются на III–IV стадиях. И прогноз тут не утешителен, поскольку финансирование онкологии сокращается, а таргетные медикаменты и противоопухолевые антибиотики становятся все менее доступными. Среди зачатий больше мальчиков, их больше и среди выкидышей в силу меньшей жизнеспособности. Именно поэтому соотношение при рождении, когда на 100 девочек рождается 104–105 мальчиков, характеризует устойчивость популяции. Об этом уже говорилось. Дело в том, что во всех возрастных группах заболеваемость у женщин выше, чем у мужчин, однако у мужчин выше смертность, что обусловлено не только вредными привычками или отношением к своему здоровью, но и различиями в иммунологическом статусе, в защитных процессах (водно-солевом, биохимическом, эндокринном и др.) и барьерных системах. Как говорят, женщина может «скрипеть», постанывать и жаловаться на судьбу всю жизнь. То же самое происходит и с хроническими болезнями, которыми женщины могут страдать на протяжении всей жизни, а у мужчин они по разным причинам протекают более агрессивно, нередко приводя к неблагоприятным исходам. Представляют интерес и различия в суицидах: если у женщин на один такой случай приходится до 11 попыток, то у мужчин — не более 3, что говорит о возможно большей истероидности женщин. То, как мы воспринимаем окружающую действительность, во многом зависит от нашего пола, однако было доказано, что мужчины намного лучше ориентируются в пространстве. Мужчины, как правило, в своих расчетах пользуются километрами и сторонами света, в то время как женщины нередко ориентируются по природным ландшафтам и направлениям влево-вправо. Более того, у мужчин также более развита та часть мозга, которая контролирует восприятие скорости и умственные способности по восприятию трехмерных объектов. Корни этих отличий лежат в далеком прошлом, когда люди

занимались охотой и собирательством и когда мужчине, который руководил добычей мяса, необходимо было обладать всеми этими чертами для успешной охоты. Что касается тестов по восприятию трехмерных объектов, то мальчики проявили свои пространственные способности гораздо лучше девочек (4:1), при этом лучший результат у девочек равнялся худшему у мальчиков. Мужской мозг запрограммирован эффективно сосредотачиваться на одной вещи за один раз, в то время как женский мозг приспособлен работать в многозадачном режиме. Причиной этого может быть тот факт, что нейронные волокна, соединяющие правое и левое полушария, гораздо в большем количестве содержатся у девочек. Мужской мозг крупнее женского, в нем содержится на 4% больше клеток, и весит он на 100 г больше, чем женский. Тем не менее у каждого пола соотношение массы мозга с массой тела равно. Женский мозг более компактный, более плотно «напичкан» нейронами. У женщин регион мозга, ответственный за язык и социальное взаимодействие, расположен в обоих полушариях, а не только в левом, как у мужчин. Хотя мужчины превосходят женщин по части пространственной навигации и геометрии, женщины по языковым способностям превосходят мужчин еще больше. Исследование, проведенное с восьмиклассниками, показало, что девочки опережают мальчиков в этом плане в соотношении 6:1. Поскольку языковых центров у мужчин меньше и они находятся только в одном полушарии, мужчины более подвержены риску развития языковых расстройств, таких как дислексия. Заиканием и дефектами речи в большинстве своем страдают мальчики. Но, несмотря на это, при прохождении тестов на IQ мужчины набирают в среднем на 3–4 балла больше, чем женщины. В большинстве стран мира женщины живут дольше. Это может быть связано с более безопасным образом жизни или же с тем фактом, что рабочие места с высоким уровнем смертности в основном принадлежат мужчинам. Хотя и мужчины и женщины одинаково подвержены риску развития психических заболеваний, у женщин реже развиваются осложнения и хронические болезни, что, возможно, обусловлено наличием двух X-хромосом, поэтому сначала женщины могут долгое время быть просто носителем недуга, до начала развития симптомов, это может быть обусловлено также пониженным воздействием тестостерона. У мужчин сразу проявляются симптомы заболевания, если их единственная X-хромосома повреждается. По этой причине некоторые заболевания гораздо чаще встречаются у мужчин. Примерами зависимых от X-хромосомы заболеваний являются гемофилия и дальтонизм. Есть вероятность того, что синдром Аспергера также является генетическим заболеванием, более того, он встречается в четыре раза чаще у мужчин. Упомянутый синдром связан с аутизмом, то есть нарушением развития человека, характеризующимся отклонениями в поведении, общении, социальном взаимодействии,

а также ограниченными интересами и повторяющимися действиями. Считается, что в основе аутизма может лежать конфликт генов отца и матери, при этом значительная роль отводится гену *неурексин-1*, находящемуся на X-хромосоме. При аутизме и мужчины и женщины демонстрируют выраженный тип мужского ума, когда систематизация сильнее переживаний. Женщины не стареют так же, как мужчины. В женском организме присутствуют особенно плотные нейроны, которые стареют неравномерно. Это, в свою очередь, может привести к более быстрому развитию слабоумия, чем у мужчины. Но у женщин, как правило, более быстрый поток крови, поступающей к мозгу, поэтому с возрастом они теряют меньше мозговой ткани. Мужская кожа стареет медленнее, чем женская, морщины у мужчин появляются позже, чем у женщин, потому что уровень коллагена в их клетках не иссякает так же быстро, как у женщин. Тем не менее облысение является другим X-сцепленным рецессивным признаком, который мужчины наследуют от своей матери. А все из-за того, что рецепторы андрогена — гормона, играющего ключевую роль в процессе облысения, находятся в X-хромосоме. Именно поэтому, если хотите знать, как будут выглядеть ваши волосы через несколько десятков лет, посмотрите на вашего дедушку, человека, который дал вашей матери одну из ее X-хромосом. Хронические заболевания в пожилом возрасте чаще наблюдаются у женщин, а не у мужчин (особенно такие как артериальная гипертензия и артриты). Женщины чувствительнее к запахам, чем мужчины, и это может быть связано с гормоном эстрогеном. Структура женского и мужского носа одинакова, у них одинаковое количество рецепторов в носу, но исследования показали, что запахи активируют большую область в мозгу женщин. Неоднократно проводились исследования, которые показали, что женщины лучше ориентируются в запахах и лучше различают их интенсивность. У женщин больше нервных рецепторов, которые заставляют их чувствовать боль сильнее, чем мужчины. На квадратном сантиметре кожи лица у женщины расположено 34 нервных волокна, в то время как у мужчин — лишь 17. Мужчина просто не чувствует боль с такой же интенсивностью, как ее чувствует женщина. Это имеет далеко идущие последствия, поскольку при лечении хронической боли страдающим от нее могут потребоваться более высокие дозы обезболивающих. Более того, около 70% тех, кого мучают хронические боли, являются женщинами. Однако все же их чувствительность и терпимость к боли значительно отличаются друг от друга. У женщин больше механизмов, предназначенных, чтобы справляться с болью, что и помогает им легче пройти такие жизненно важные события, как роды. Когда дело доходит до зрения, между мужчинами и женщинами также наблюдаются существенные отличия. В то время как мужчины могут читать самые мелко написанные строчки и лучше видят

в темноте, женщины лучше чувствуют цвета, у них более широкая периферия зрения и больше шансов стать трихроматами. Трихромат подразумевает более широкий спектр видения между зеленым и красным цветом, и их 100 оттенков, теоретически это позволяет женщине видеть 100 млн различных цветов. Только женщины могут быть трихроматами. Это из-за того, что гены красных и зеленых пигментов лежат на X-хромосоме, а так как только у женщин есть две X-хромосомы, то это дает возможность одному пигменту расположиться на одной X-хромосоме, а другому — на другой. К сожалению, механизм не работает так же четко в организме мужчины, поскольку мужчины наследуют либо два зеленых пигмента, либо два красных наряду с синим, поэтому цвета спектра, находящиеся между красным и зеленым, они могут не различать, и 8% мужчин в мире страдают от дефицита цвета по сравнению с 0,5% женщин.

Всем известно, что мужчины и женщины общаются по-разному, и некоторые наблюдения со стороны научного сообщества проясняют ситуацию. Женщины лучше управляют своей мимикой. Однако все совсем наоборот, когда дело доходит до выражения гнева. Среди женщин наблюдается тенденция перехватывать чужие эмоции — явление, известное как эмоциональное заражение, хотя мужчины лучше женщин подавляют свои эмоции. Женщины чаще мужчин смотрят в глаза партнеру по разговору. Мужчины чаще смотрят по сторонам. При этом женщины больше ценят общение, чем мужчины. Мужчины, как правило, во время дебатов обсуждают несколько тем, в то время как женщины могут вести длительную беседу на одну тему. Таким образом, когда дело доходит до разговора, у каждого пола наблюдается много своих тенденций, и это помогает понять, почему некоторые фразы понимаются каждым полом по-разному, такие, к примеру, как «Давай поговорим о нас».

Дружба также является важным аспектом, в котором женский и мужской подход отличаются. Для мужчин товарищеские отношения — это своего рода конкуренция. Они избегают общения о слабости и уязвимости, а также о личных и эмоциональных проблемах. Для женщин же общение на такие темы само собой разумеющееся дело, они ищут дружеской помощи во время трудностей. По этой причине можно сказать, что женщины эмоционально ближе к своим друзьям, чем мужчины. Женщины, как правило, очень ценят связь со своими друзьями, они слушают и говорят, оказывают поддержку и помогают другу чувствовать себя комфортно. С другой стороны, мужчины становятся ближе друг к другу, занимаясь совместной деятельностью и оказывая друг другу услуги. Мальчики в школе играют более энергично и занимают больше места на игровой площадке, чем девочки. Девочки выбирают сидячие игры, они без труда готовы принять новую участницу в игру, в то время как для того, чтобы

был принят мальчик, он должен продемонстрировать свою полезность для группы. Во время оргазма и женские, и мужские половые органы наливаются кровью, а мышцы непроизвольно сокращаются с интервалом 0,8 секунды. Именно во время оргазма наша кровь, и мужская, и женская, наполняется гормоном окситоцином. Окситоцин, вырабатываемый женским организмом, заставляет женщин в течение некоторого времени лежать неподвижно, что увеличивает вероятность зачатия. Тем не менее разница между мужским и женским оргазмом заключается во времени, необходимом для того, чтобы достичь оргазма, и его функциональности. Около 75% мужчин могут достичь оргазма в течение 4 минут после начала полового акта, а для женщин это время варьирует от 10 до 20 минут. Более того, после оргазма у обоих полов часто случается всплеск творческой мысли, поскольку оргазм вызывает активность в правом, творчески мыслящем полушарии мозга.

Наличие модифицированного, наследуемого от родителей гена *AVPR1A* в сочетании с некоторой модификацией дофаминовых рецепторов во взаимодействии с другими факторами может подталкивать женщину к измене. Также женщины наиболее склонны к любовным авантюрам в предменструальный период: когда яйцеклетка созревает, в организме женщины образуется максимальное количество тестостерона, что резко усиливает либидо. Иными словами, женщина в предменструальный период по своей склонности к изменениям приближается к мужчине. Потерю крови женщины переносят легче и не падают в обморок при ее виде. Удалось также буквально раскопать популяционно-генетические гендерные исследования Rand Corporation (США), проводимые на протяжении 35 лет выходцем из Украины (эмигрировал в США в 1927 г.) Феодосием Добржански (1900—1975) и его учениками. Как только эти исследования были рассекречены, сразу же хлынул поток публикаций, который удалось перехватить. Эта школа доказала, что в основе естественного отбора находятся генетические преимущества, а не только другие внешние и внутренние факторы, показав тем самым не вполне определяющую роль социальных факторов, на чем настаивала социалистическая наука в СССР. В этом конкретном исследовании и во множестве потом открытых (до этого засекреченных) зарубежных публикаций были показаны существенные различия в умственных способностях и особенностях мышления у мужчин и женщин. Для того чтобы не пересказывать полностью материалы исследований, остановимся лишь на некоторых важных результатах.

Во-первых, было доказано, что умственные способности наследуются. Во-вторых, они наследуются на X-хромосоме, а это значит, что от отца к сыну не передаются, а передаются по наиболее защищенной женской линии как самая большая и главная человеческая ценность. Сын может внешне походить на отца, обладать сходными структурами, внешними

чертами, конституцией, походкой, привычками, но умственные способности у него будут от родителей его матери. Так все задумано свыше в процессе эволюции, поскольку задача мужских особей — защищать свой род, иногда даже ценой своей гибели, и одновременно служить источником генного разнообразия, а женские особи в биологическом смысле ответственны за продолжение рода. И в-третьих, показаны различия между мужчинами (XY-хромосомы) и женщинами (XX-хромосомы). Среди мужчин оказалось на 40% больше умственно одаренных и на 30% больше умственно отсталых. Все это подтвердило первоначальную гипотезу о том, что женская линия ответственна за продолжение рода, а мужская — за изменчивость, вариабельность и приспособление к внешней среде. Y-хромосома, самый главный мужской половой признак, содержит около 70 генов, только 2 из которых необходимы для зачатия здорового потомства. Вследствие того что Y-хромосома непарная, она на редкость подвержена влиянию внешних факторов и не участвует в рекомбинации, накапливая все мутации — и вредные, и полезные. На X-хромосоме как более устойчивой содержится 1400 генов. Потеря Y-хромосомы в лейкоцитах повышает риск развития рака у пожилых мужчин. У мужчин мозг в среднем на 15% больше и тяжелее, но у женщин толще объем нервных волокон, соединяющих большую часть обоих полушарий головного мозга. А это означает, что эмоционально-интуитивное правое полушарие и рациональное левое полнее и лучше взаимодействуют. В результате женщины превосходят мужчин по уровню так называемого эмоционального интеллекта. Это ведет к тому, что у женщин лучше развита память, они замечают мельчайшие детали, более эмоциональны, приземленные и обладают завидной интуицией. Недаром среди предсказателей и гадалок встречаются практически одни женщины. Их эмоции могут меняться в короткие временные периоды. Женщины, как правило, лучшие и более тонкие психологи, а у мужчин практически полное отсутствие интуиции восполняется (правда, не у всех) умением анализировать и просчитывать ситуацию. Именно поэтому среди шахматистов преобладают мужчины. Правда, есть женщины, о которых говорят, что у них мужской склад ума, а это значит, что у них довлеет левое полушарие. Однако есть и мужчины с женским характером, и тогда роль лидера в семье принадлежит женщине, причем многие из них этой ролью тяготятся.

Женщины, как отмечалось, могут более длительное время выдерживать относительно небольшие нагрузки, и дети для них, как правило, больше значат, чем для мужчин. Говорят, что женщины легче мужчин переносят кровопотери и боль, хотя насчет боли у меня есть серьезные сомнения. В связи с психологическими различиями существенно отличаются мужчины и женщины при выполнении одних и тех же действий, операций и при занятии одной и той же специальностью. Это нередко просматривается на

примере поэтов и прозаиков. На автомобильных дорогах особую опасность представляют собой водители-мужчины своей неуступчивостью (быковитостью) и женщины — в связи со своей эмоциональностью и непредсказуемостью. Значительные отличия просматриваются во многих действиях и ситуациях. К сожалению, в нашей стране это все не учитывается и имеет место ярко выраженная гендерная асимметрия, создающая неравные и порой дискриминационные возможности для женщин и мужчин.

Во власти практически нет женщин, женщин призывают осваивать традиционно мужские профессии, физически для них тяжелые: ремонтные работы железнодорожных путей, крановщиц, электросварщиц и т.п. Кстати сказать, продвинутая женщина-президент была бы чрезвычайно полезной для нашей страны именно сейчас, когда многое нужно делать для людей. А не потому ли у нас в образовании и здравоохранении маленькие зарплаты, что там подавляющее число работников (в отличие от других стран) составляют женщины? Врачебный труд считается тяжелым как физически, так и психологически, и потому в развитых странах он является в основном мужским. Мужчины у власти, видимо, патриархально считают, что женщина должна быть хранительницей очага и не работать. В результате средняя зарплата у женщин на 35% меньше, чем у мужчин, а среди низкооплачиваемых категорий населения женщин в 1,5 раза больше. Вот и получается, что мать-одиночка при наших зарплатах и нищенских детских пособиях может находиться по экономическому статусу ниже и так заниженной черты бедности. К большому сожалению, это все не учитывается при анализе демографической ситуации в стране и при планировании трудовых ресурсов.

Кроме того, женщины легче мужчин переносят повышение температуры до 38 °С, поскольку у них нормальная температура тела на 0,5—0,7 °С выше, чем у мужчин. В норме температура тела может колебаться от 35,5 до 37,4 °С.

По сообщению Международной организации труда (МОТ), женщины более работоспособны, чем мужчины, более выносливы, более точно и скрупулезно выполняют свои обязанности. Иначе говоря, в отличие от мужчин, женщины более конкретны и приземленны, в то время как мужчины более абстрактны, и тут все зависит от степени доминирования одного из двух полушариев головного мозга. Женщинам, как правило, дается легче монотонная работа, а также виды деятельности, связанные с длительной, но не тяжелой работой. В дополнение к этому работающие женщины лучше образованы, но в среднем получают меньшую зарплату. Есть определенные рекомендации по гендерному выбору профессий. Например, среди врачей в России почти 80% женщин, а среди медсестер — 92%. Это неправильно, поскольку, как отмечалось, труд врача тяжелый и порою ненормированный, и в Японии, например, среди врачей

85% составляют мужчины. Есть профессии и виды занятий, которыми женщинам не рекомендуется заниматься, прежде всего связанные с тяжелыми условиями труда и поднятием сверх допустимой нормы тяжестей, что ведет к опущению матки, нарушению функции деторождения и другим нарушениям. Женская интуиция в большинстве случаев их не подводит, а мужчины, как правило, интуицией не обладают. Они предпочитают ориентироваться на осознанные и доказанные факты, а у женщин чаще встречаются как бы спонтанные решения на бессознательном уровне. Особенно опасны такие женщины при вождении автомобиля, когда они случайно могут проехать на красный свет, не обратив на него внимания, из крайнего правого ряда повернуть налево, а из крайнего левого — направо, не держат дистанцию между машинами, при движении за рулем могут приводить себя в порядок и т.д. В отличие от мужчин, женщины часами могут обсуждать знакомых, моду, средства для похудения и т.д. В то же время переживательные процессы и чувства у женщин в основном более тонкие и глубокие. Имеются и иные особенности и отличия. Все это и многое другое с последствиями и предложениями легло в основу затребованной справки, дальнейшая судьба которой мне неизвестна.

* * *

Через некоторое время я все же по приглашению перешел на работу в Республиканский информационно-вычислительный центр (РИВЦ) Минздрава РСФСР на заведование отделом моделирования здравоохранением. Дело в том, что директор РИВЦ профессор С.А. Гаспарян (ныне покойный) понимал, что собираемой по линии АСУ информации недостаточно и для принятия решений нужно просчитывать и моделировать разные варианты, для чего я ему и понадобился. Был под это дело создан специальный отдел, где работали выдающиеся математики, потом пополнившие команду Б. Гейтса в США (В. Туловский, Е. Розенштейн и др.), демографы, биологи, врачи и организаторы здравоохранения, среди которых были М.М. Веренцов и А.В. Короткова. В РИВЦ работал сын Е. Вентцель, или И. Грековой (это ее литературный псевдоним), произведениями которой мы зачитывались. Курировал нас заместитель министра Г.В. Сергеев, до этого он был главным врачом Кемеровской областной СЭС, а затем заведовал областным отделом здравоохранения. Внешне суровый, это был добрейшей души человек, неоднократно помогавший своим подчиненным в трудные для них периоды жизни. Министром здравоохранения РСФСР был В.В. Трофимов — сильная личность, и он нередко вел политику, независимую от Минздрава СССР. В системе Минздрава России я тогда проработал немалый срок, достаточный для того, чтобы понять многие территориальные проблемы здравоохранения

и их особенности. Несправедливость состояла в том, что тогда в России не было Республиканского центрального комитета КПСС (был только Совмин) и потому большая часть средств шла на поддержание и развитие других республик. Значительную долю средств на здравоохранение республики забирал себе С.Н. Федоров, прооперировавший мать высокопоставленного лица. Он выстроил пятизвездочный отель, строил и оснащал корабли и самолеты, создал сеть центров микрохирургии глаза, организовал подсобное хозяйство и конюшню, где часто ездил на лошадях. В результате мало оставалось средств на материнство и детство, на актуальные исследования в сфере здравоохранения.

В то время в РИВЦ обрабатывались значительные массивы информации по широкому спектру медицинской статистики, по медицинской науке (В.С. Либенсон, С.М. Пригожина), планово-финансовым показателям, кадрам, велся Чернобыльский персональный регистр, осуществлялась автоматизация медицинских учреждений и т.д. Практически все сотрудники отдела участвовали в подготовке рефератов для реферативного журнала ВИНТИ, что давало возможность не только подработать, но и ознакомиться с новейшими зарубежными и отечественными публикациями. В рамках сотрудничества с ВИНТИ мною были выпущены две книги: одна содержала анализ смертности в зарубежных странах, другая — по системному моделированию в здравоохранении, а также в издательстве «Статистика» совместно с С. Ермаковым книга «Проблемы математико-статистического моделирования процессов воспроизводства здоровья населения». В отделе была продолжена работа по более глубокому анализу младенческой смертности, в которой, помимо сотрудников отдела, принимал участие известный ученый и педагог профессор В.Ю. Альбицкий, живший тогда еще в Казани и позже переехавший в Москву.

В это время в стране началась антиалкогольная кампания. Возможно, толчком для нее послужила диссертационная работа по смертности от алкоголизма дочери М. Горбачева И.М. Вирганской (научный руководитель — М.С. Бедный, а я был рецензентом), которая получила доступ во все возможные и невозможные организации. Тем не менее при Госкомитете СССР по науке и технике была создана специальная комиссия по этому вопросу во главе с одним из заместителей председателя ГКНТ (Кириллина) К.М. Дюмаевым (я — ее секретарь, составил системное дерево целей будущей программы) из уполномоченных представителей разных отраслей, министерств и ведомств. Мы выступали против всяких запретов и делали акцент на повышении занятости и замещении, то есть на развитии таких занятий, которые исключали бы потребление алкоголя. Предлагалось выделять гражданам пустующие земельные наделы и выдавать кредиты на их обустройство, молодежи — кредиты для приобретения небольших автомобилей, развития спортивных секций,

различных кружков и т.д., поощрять тех, кто перестал употреблять спиртное. Оказалось, что суть проблемы заключалась в 12% населения — хронических алкоголиках, которых вернуть к нормальной жизни было невозможно, а остальные требовали дифференцированного подхода. Но этот документ в виде целевой программы с построенным деревом целей спрятали в долгий ящик и стали по решению отдельных одиозных членов Политбюро ЦК КПСС и Правительства вырубать виноградники, запрещать потребление алкоголя (который втихую наливали в чайники под видом чая), задержали на границе цистерны со спиртом и виноматериалами и т.п. Когда не очень давно я был в Грозном, во всей Чеченской Республике действовал сухой закон, и в ресторане мне наливали коньяк из-под полы, а сопровождающие лица пили только воду по религиозным соображениям. Толку от всего вышеизложенного было мало, поскольку сразу же после отмены кампании начался бурный экспоненциальный рост потребления алкоголя в стране, значительно превосшедший по уровню предшествующие программе годы. Однако даже такая варварская кампания дала кратковременный эффект в виде 900 тыс. спасенных жизней, но после ее отмены произошел беспрецедентный рост смертности в стране с пиком в 1993—1994 гг. Здесь наслонились и проблемы алкоголизма, и острейшие проблемы выживания в связи с распадом СССР и со смелой политической и экономической формации, с массовой безработицей. В первую очередь это относилось к мужчинам молодого и среднего возраста (25—64 года), которые не сумели адаптироваться к тому, что они стали вдруг никому не нужными. В это время ОПЖ мужчин снизилась до 58 лет. Этот феномен изучался в научных кругах всего мира, по этому поводу мы с Сэмом Нотзоном опубликовали статью в JAMA — журнале Американской медицинской ассоциации после множества фильтров и рецензий и «Обзор смертности в России в 1990-е годы» в совместном с Национальным центром статистики здоровья США ежемесячном сборнике.

В США в то время начали изучать наш феномен превышения числа случаев сифилиса над гонореей, но когда я им объяснил, что гонорея просто перестала у нас регистрироваться, они успокоились.

* * *

При министре здравоохранения СССР Е.И. Чазове создается экспертная группа по переходу на международные критерии по младенческой и материнской смертности (Фролова, Игнатьева, Бедный, Альбицкий и др.), руководителем группы делают меня. Основное отличие было в критериях живорожденности. Так, ВОЗ рекомендовала считать живым новорожденного с массой тела от 500 г и проявившим хотя бы один из признаков жизнеспособности (пульсация пуповины, дыхание,

сердцебиение), а наши критерии начинались от 1000 г и включали все признаки жизни одновременно. Была проведена большая исследовательская и аналитическая работа группой из 10 квалифицированных экспертов с соответствующими расчетами, в том числе и оценкой уровня возможных врожденных аномалий и т.д. Эта работа велась при поддержке А. Баранова, В. Алексеева и Н. Ваганова. В итоге Е.И. Чазов решил принять международные критерии по материнской смертности, а по младенческой смертности переход отложил на более поздний период. Материнская смертность — одна из составляющих общего коэффициента смертности. Вследствие невысокого уровня она не оказывает заметного влияния на демографическую ситуацию в целом, однако является одной из основных характеристик в оценке организации работы службы родовспоможения. И хотя таких случаев у нас в стране было не очень много, но по причинам, связанным с беременностью, особенно предотвратимым, женщины не должны погибать. По глоссарию ВОЗ материнская смертность определяется как смерть женщины, наступившая в период беременности независимо от ее продолжительности и локализации, или в течение 42 дней после ее окончания от какой-либо причины, связанной с беременностью, отягощенной ею или ее ведением, но не от несчастного случая или внезапно возникшей причины.

Случаи материнской смерти подразделялись на две группы:

— непосредственно связанная с акушерскими причинами: смерть в результате осложненного течения беременности, родов и послеродового периода, а также в результате диагностических вмешательств или неправильного лечения;

— косвенно связанная с акушерскими причинами: смерть в результате имевшегося ранее или развившегося в период беременности заболевания, вне связи с непосредственной акушерской причиной, но отягощенного физиологическим воздействием беременности.

Данный показатель позволяет оценить все потери беременных (от аборт, внематочной беременности, акушерской и экстрагенитальной патологии в течение всего периода гестации), а также рожениц и родильниц в течение 42 дней после окончания беременности. Принципиальным отличием нового критерия являлся расчет числа случаев материнской смертности не на 100 тыс. родов, а на 100 тыс. родившихся живыми.

Не будучи педиатром или акушером-гинекологом, я в составе делегаций Минздрава СССР и РСФСР детально ознакомился с проблемами материнства и детства в Финляндии и Великобритании. В Великобритании первый раз я был вместе с заместителем министра здравоохранения РСФСР Н.Н. Вагановым (до работы в министерстве он был главным педиатром Карелии, где добился минимальных показателей младенческой смертности, а сейчас — главный врач крупнейшей Республиканской

детской клинической больницы), и с бывшим вице-премьером РСФСР И.И. Гребешевой, позднее — руководителем Ассоциации «Планирование семьи».

Нам показали все уровни системы охраны здоровья материнства и детства, посетили мы достопримечательные места Лондона и окрестностей, побывали в Виндзоре в пристанционном музее восковых фигур, где королевскую чету встречала гвардия и как живая двигалась и говорила королева Виктория, в Итоне, Рагби, Оксфорде, Стратфорде, на родине У. Шекспира, у могилы Карла Маркса и в других местах.

В Финляндии я был с В. Алексеевым (руководитель делегации), начальником Управления материнства и детства Минздрава СССР, и профессором Г. Самсыгиной, главным педиатром министерства. Мне приходилось постоянно менять приготовленную местным министерством программу нашего пребывания. Например, мы в подробностях ознакомились с работой службы материнства и детства в крупнейшей клинике Хельсинкского университета, с родами в сидячем положении, с участием отцов, правильной организацией и оснащением и т.д., задали много вопросов, к ответам на которые привлекались дополнительно финские специалисты. Но когда нам предложили побывать в аналогичной клинике в Тампере, я возмутился и настоял на том, чтобы нам показали сельские и городские центры здоровья. В общем, финское Министерство здравоохранения и социального обеспечения было слегка в панике, поскольку я менял программы нашего пребывания там каждый день, а они, как вежливые люди, не могли нам в этом отказать. Министерство не хотело нас пускать в Турку, но мы настояли. Запомнилось, как на фирме «Фармация» в Турку готовятся, калибруются и проверяются приборы для массового скрининга новорожденных. Мы прошли по всей технологии. Глава фирмы Э. Эрепохья пожаловался, что такие высококачественные и выверенные приборы, предназначенные для работы в любых климатических условиях, плохо расходятся. На что я заметил, что так и должно быть, поскольку по их методике должны обследоваться все подряд новорожденные с затратами средств на реактивы, а выявляемость, скажем, муковисцидоза, гипотиреоза, адреногенитального синдрома, фенилкетонурии, галактоземии или серповидноклеточной анемии минимальна, то есть о положительной эффективности (соотношение результатов и затрат) не может быть и речи. И тут, вспомнив свою докторскую диссертацию, я предложил ему обследовать не всех поголовно новорожденных, а только предрасположенных к этим заболеваниям, что значительно снизит затраты и во много раз улучшит результаты скрининга. Мгновенно мне был предложен 3-месячный контракт на 27 тыс. долларов, но я отказался, поскольку в болезнях новорожденных не разбирался. Правда, спустя некоторое время на конференции по качеству в Мадриде (где я потом

был несколько раз) меня опекал филиал этой фирмы, ее представитель заказал шикарные пятизвездочные отели — вначале Palace-hotel, а затем — Villa de Real, достал билеты в музей Прадо и на корриду с участием короля Хуана Карлоса. Когда я позвонил в наше посольство (так тогда было положено) и сообщил о конференции, авиабилетах и гостинице, они слегка обалдели, надолго замолчали, а потом сказали, что раньше наши люди в таких отелях не останавливались. В тот раз я впервые увидел киви и как их едят, а сейчас близкая родственница киви в ее северном варианте — актинидия коломикта — в трех местах растет у меня на даче, и с их лиан спускаются финикоподобные желтые сладкие плоды, по которым кошки сходят с ума. К сожалению, плоды быстро опадают (а на даче осенью я бываю лишь по выходным), и потому варенье из них приготовить никак не удается.

Второй раз я узнал себе цену спустя годы в США, где мне предложили поработать профессором в знаменитом общественном и исследовательском Вирджинском (или Виргинском) университете, недалеко от Ричмонда, в кампусе Шарлотсвилль, уже за 16 тыс. долларов в месяц. Именно там у меня состоялась первая встреча с большой группой американских студентов. Ну а в третий раз, когда я стал визитинг-профессором ряда зарубежных университетов, мне в одном месте за пять дней работы предлагали заплатить 5 тыс. долларов. А работа эта состояла в обучении в основном цикле моих лекций по перспективам развития ПМСР и по обеспечению качества медицинской помощи. Это сейчас очень важные и первостепенные мировые проблемы. Например, в Казахстане президент Н. Назарбаев поставил задачу поднять качество образования в стране до европейского уровня, для чего выделил немалые средства. На них появилась возможность приглашать лучших мировых специалистов, которые проводили Training for trainers — обучение местных преподавателей, а также студентов. Кроме того, из Казахстана стали отправлять учиться в ведущие университеты мира, но по умному оставляя в залог в качестве гарантии возвращения после обучения квартиру родителей. Этот же подход практикуется и в медицинских высших учебных заведениях, что вскоре может вывести Казахстан в передовые страны по развитию здравоохранения и подготовке кадров. Там сейчас рассматривается вопрос о целесообразности восстановления системы обязательного медицинского страхования, что, несмотря на внешнюю привлекательность, категорически, по моему разумению, к условиям Казахстана не подходит.

В Финляндии нам показывали центры здоровья, общие врачебные практики, университетские клиники, и поначалу нами занимались три специалиста, а в конце визита их было уже десять, поскольку каждый мог ответить только за свой узкий участок работы. Между прочим Турку — это бывший шведский город Або, и в стране, где всего 6% населения

говорит по-шведски, оба эти языка государственные. Кстати, хороший пример для некоторых стран. Не совсем похожая, но близкая ситуация сложилась в Канаде, где имеется два государственных языка, при том что на французском там говорят только в одной провинции — в Квебеке (а всего их 10 и 3 территории), в Испании, Великобритании, Шотландии — три государственных языка (английский, скотс и гэльский), в Швейцарской конфедерации и т.д., но больше всего государственных языков в Индии, Боливии и Южной Африке. Как оказалось впоследствии на примере референдума в Шотландии, языковой обособленности является весьма мало для самоизоляции и создания отдельного государства.

Из Турку на майские праздники, которые в Финляндии очень почитаемы, мы на корабле походили по фьордам. Бросилось в глаза, что в Финляндии много памятников генерал-лейтенанту царской армии финскому маршалу барону Карлу Густаву Маннергейму. В Министерстве здравоохранения и социального обеспечения Финляндии я впервые познакомился с Микко Виененом, ответственным за общую врачебную практику, с которым потом неоднократно общался в период его работы в ЕРБ ВОЗ и в качестве представителя ВОЗ в РФ. В министерстве нас поблагодарили за то, что с нашей помощью финские специалисты смогли комплексно посмотреть на свою работу. Потом в Финляндии я был еще несколько раз: в знаменитом Институте профессиональной медицины и в 1990-е годы три раза, когда Санкт-Петербургский филиал нашего НПО проводил там обучение российских организаторов здравоохранения (в Хельсинки, Лаапперанта и Иматре), поскольку тогда было намного дешевле это сделать там, чем в нашей Северной столице. Вообще Скандинавия очень интересна. Довелось несколько раз побывать в Норвегии, в том числе на съезде Норвежской медицинской ассоциации, с посещением самого современного госпиталя, знаменитого музея прочной деревянной парусно-моторной шхуны «Фрам», парка интереснейших скульптур Торвальдсена, мемориального кладбища с памятником советским воинам, на котором по-норвежски написано: «Русские, мы благодарны вам», и в других местах. И что интересно, при этом благодарность высказана не регулярной нашей армии, а бежавшим из немецких лагерей русским, организованным в полки и дивизии и освободившим Норвегию от национал-социалиста Видкупа Квислинга и фашистов. Однако затем, когда бывшие пленные по личному обращению норвежского короля к Сталину вернулись на родину, их как норвежских героев посадили уже в наши лагеря на длительные сроки. Норвегия представляет собой вытянутую кишку вдоль Северного моря, и в ней всего четыре типа медицинских учреждений. В каждой территории — общие врачебные практики, больницы общего типа и психиатрические больницы, а по три-четыре территории прикрепляются к специализированной клинике при каком-либо

университете. То же самое можно сказать и о Швеции с ее ленами, где именно Стокгольм с его многочисленными каналами является как бы Северной Венецией и где развивается пациент-ориентированная модель здравоохранения. Запомнился прием в мэрии города. О Швеции и ее настоящем социализме я написал специальную статью. Это могло бы стать достойным образцом для подражания или использования. В Дании был несчетное число раз, поскольку там размещается Европейское бюро ВОЗ, членом Комитета экспертов которого я был длительное время. Во всех Скандинавских странах сформированы государственно-бюджетные системы здравоохранения с отдельными вариациями, но везде — акцент на ПМСП, что позволило добиться впечатляющих показателей по здоровью населения.

В рамках европейского проекта, руководимого Утрехтским бюро по качеству медицинской помощи в больницах (СВО), нами с 1989 г. велась активная работа по качеству в нескольких направлениях, таких как качество ведения медицинской документации, наличие пролежней и т.д. В то время в СВО работали такие известные специалисты, как Э. Рее-ринк, Н. Клазинга, М. Цуцич и другие, кого я приглашал на конференции в Москву. Практически по всей Европе стали организовываться не только Кохрановские, но и Донабедиановские центры по качеству, которыми руководили известные специалисты. Все мы неоднократно собирались в разных местах (в Париже, Павии, недалеко от Милана и др.).

* * *

Но до указанных выше поездок Союзздравзагранпоставка предложила мне поработать за рубежом. Я согласился для того, чтобы проверить, выездной ли я после эпопеи с младенческой смертностью или нет. Таким образом я попал на Кубу в качестве советника Минздрава (MINSAP), где на троечку выучил испанский язык, а вел переговоры и читал лекции на английском. Помню аэропорт Хосе Марти. Позади 10-часовой перелет с посадками в Шенноне (Ирландия) и Гандере (Канада), где несколько человек запросили убежище, и турбуленцией над Бермудским треугольником. Запах был пьянящий, с потрясающе южно-пряным ароматом, зимой — жара, к вечеру плюс 25 °С. От аэропорта в город вела изумительная дорога со столбовыми, как из бетона, пальмами, а их зеленые листья были где-то высоко. Меня провезли по набережной Гаваны — Маликону — прямо в отель в центре города. В выделенной мне квартире долго никто не жил, и две недели женщины выносили оттуда грязь. К приезду жены и дочери я выхлопотал другую, лучшую и чистую квартиру в этом же доме. Инструктаж, как себя вести, был полностью идиотским: по городу передвигаться только группами (а где их взять?), не вступать

в контакт с местным населением (а как работать?), нельзя посещать долларовые магазины (а зачем тогда малую часть зарплаты выдавали в долларах?), запрещалось держать животных (собак, крокодилов, кошек), но я и не собирался это делать, а как быть с летающими тараканами — об этом ни слова и т.д. Когда я прилетел на Кубу, то знал только два расхожих выражения. Пришлось обложиться учебниками, словарями, разговорниками и учить испанский язык самостоятельно день и ночь. Для этого завел толстую тетрадь, куда вписывал все глаголы и их формы (это ведь основа действий), а также остальные грамматические формы, выражения, поговорки и пословицы. Старался говорить по-испански на работе, на улице, в такси. Поначалу я ничего не понимал, особенно при быстрой речи, и меня тоже не понимали, но потом все постепенно наладилось на бытовом уровне. Впоследствии отсутствие практики сказалось, но, изредка бывая затем в Испании (несколько раз в Мадриде, четыре раза в Барселоне и в других местах), я многое вспоминал и не терялся. Жил я в высотном здании отеля «Фокс — XX век», в самом центре Гаваны, на четвертом этаже, куда переселился. В этом здании бывшего отеля коробки длинных коридоров были вынесены наружу, как бы прикрепленные к стене, а квартиры размещались либо ниже, либо выше коридора. Мне нужно было из коридора пройти восемь ступенек вниз, чтобы попасть к себе. Квартира была огромной, с четырьмя большими комнатами, тремя санузлами, помещениями для прислуги, которой, естественно, не было. Окна состояли из мелких стеклянных жалюзи, полы — мраморные, и их легко было мыть, выливая воду с балкона через специальное отверстие. Очень часто через открытые окна залетали летающие тараканы (плага или кукарача), длиной до 5 см, и с панцирным стуком опускались на пол. В этом доме жили в основном специалисты из тогдашних демократических стран. А советские специалисты проживали сконцентрированно на особой территории на окраине, как бы в изоляте, где царили свои порядки (например, нужно было записываться при выходе с территории и по возвращении) и свои склоки. Отношения во врачебной группе из СССР были непростыми, на всех капал самовлюбленный руководитель К. Симонян, который там обогатился, а потом затерялся на просторах нашей страны.

До работы, то есть до кубинского Минздрава, мне было буквально два шага. Воду из крана пить было нельзя, и потому для питья ее привозили в больших бутылках (бутыльонах), наполняя из горных источников, забирая пустые. Из окон своего кабинета я видел, как подъезжала к дому машина с бутыльонами, и бежал открыть дверь и черный ход. В самом доме внизу был распределитель, где по тархете (именная карточка) можно было выкупить нормируемые продукты и товары на неделю (курица, колбаса, масло, сыр, пиво, сигареты и др.). Хотя я не курил, но плохонькие

сигареты (других не было), из остатков от производства знаменитых сигар табака, раздавал коллегам по работе. Кроме того, можно было проехать в разные валютные магазины с одеждой, техникой и т.д. По графику, примерно раз в один-полтора месяца, разные группы специалистов (врачи, строители и др.) могли отовариться за деньги в магазине при нашем посольстве, куда в том числе поступали товары из наших «Березок». Я же покупал там наши шоколадные конфеты (бомбоны), которые очень любили кубинские партнеры. Тогда практически каждые 40 минут на Кубу прибывал очередной наш корабль. Однако влияние Китая было заметно во всем, даже в пище. Кубинцы больше всего любили свинину с рисом и фасолью. Поскольку на Кубе хранилищ не было, приходилось довольствоваться сезонными овощами и фруктами, приобретаемыми на рынках. Там круглый год появлялись какие-то овощи и фрукты. Например, были бананы — фрукты и бананы — овощи, которые, как картофель, можно было жарить на сковороде. Правда, в сезон созревания и уборки лука ездили в провинцию (город Тета — *mira, mira — de Palmira, mira teta — de placeta*) и закупали там его мешками. В самом нашем доме для советских специалистов была платная столовая с нормальной едой, куда я нередко заглядывал. В отдельные выходные старались попасть на море, где даже зимой температура воды не опускалась ниже 22 °С и где в скалах было много цветной рыбешки, а также мурен и барракуд. Но для кубинцев это было холодно, и они не купались.

Минобороны и Минздрав были самыми богатыми министерствами, и они старались иностранных специалистов вывезти на выходные куда-либо за город. Так я побывал в старой столице Тринидаде, несколько раз на курорте Варадеро, в Баракоа на юге Сьерра-Маэстро, где высадился Х. Колумб и где готовили кубинский шоколад из бобов какао и порошкового молока нашего и новозеландского производства, полностью уходящий на экспорт. Ехали туда по военной дороге, держащейся на сваях, вбитых в отвесную скалу. Повсюду были цветущие деревья и кустарники, с разноцветными цветами длительно цветущие лианы бугенвиллии, названной в честь французского путешественника и мореплавателя Луи Антуана де Бугенвиля. Однажды в горах, проснувшись утром от яркого солнца, показалось, что я в России. Где-то была слышна песня «Солдатушки, бравы ребятушки..», выглянул с балкона и увидел отделение наших марширующих солдатиков. Однажды прилетели на конференцию в Сантьяго-де-Куба (это на восток почти 1 тыс. км), и до ее начала нас посадили на только что вернувшуюся рыбацкую шхуну с уловом креветок и лобстеров после их выгрузки. Вышли в лазоревое море, нажарили в высокой сковороде креветок на оливковом масле под кубинский и никарагуанский ром, пристали к необыкновенно красивому коралловому островку — атоллу и посыпались в море, а там появились плавники акул.

Можно представить, с какой скоростью мы карабкались по багру (трапа не было) на судно.

На Кубе поражало все: дом-музей Хемингуэя с захоронениями множества кошек и собак, спортивная рыбалка на марлинов, рыбу-меч и рыбу-молот в честь памяти этого писателя, крепость при входе в гавань, музей пиратов, фикусы в шесть охватов, пальмы с толстыми, как бы бетонными стволами, крокодилы питомники, апельсиновые плантации, колониальная архитектура, замусоренные улицы, бедное население, скудость питания, шикарное мороженое с клубникой (*hellado con fresa*), кубинский ром, свежесжатый охлажденный сок из трубочек сахарного тростника и т.д. Поражало, что на Кубе очень мало регистрировалось кожных заболеваний, что, вероятно, связано с большим количеством растворенного в Карибском мире обеззараживающего азотнокислого серебра.

В то время на Кубе было увлечение общей медициной (*Medicina Integral General*), и благодаря Фиделю Кастро по всей стране шло строительство двухэтажных общих врачебных практик (врач жил на втором этаже, а на первом вел прием пациентов), поскольку до этого амбулаторная помощь оказывалась только в консультациях при больницах, что было типичным для всей Латинской Америки. Когда мы выделяли Кубе кредиты на комбайны для уборки сахарного тростника, то за часть этих денег в Японии закупалось современное медицинское оборудование. Именно поэтому отдельные больницы, например, госпиталь Братьев (Эрманос) Амейейрас — центральная клинико-хирургическая больница Гаваны, были совсем неплохо оснащены. На самом современном уровне оказывалось стоматологическое протезирование, проводилась замена крупных суставов, и за этой помощью туда ехали нередко из нашей страны. Формальным министром здравоохранения был Техас, а по сути — сам Ф. Кастро, который ночью мог приехать в любую больницу, проверить работу туалета и дежурной бригады, то есть держал всех в нужном тоне. Обучение врачей проводилось в приподнятых над землей новых современных зданиях провинциальных университетов. Приходилось мне заниматься всем: внутрибольничными инфекциями в госпитале им. Ленина, санитарно-гигиеническими проблемами при строительстве новых микрорайонов, организацией медицинской помощи, информационными системами, помощью детям в поселке Чивирико («козочка») в горах Сьерра-Маэстра и т.д. Помимо консультативной работы, читал лекции по ведущим проблемам здоровья. Очень было приятно узнать, что два года тому назад здравоохранение Кубы ВОЗ признала самой эффективной, поскольку при самых минимальных затратах там удалось добиться впечатляющих результатов в здоровье. Кстати, кубинские врачи на протяжении многих лет оказывают помощь ряду африканских и латиноамериканских стран.

Подряд в 15 номерах газеты «Хувентуд ребельде» («Повстанческая молодежь», аналог нашей «Комсомольской правды») с разворотом я публиковал свои статьи о здоровье и факторах, на него влияющих. На эти статьи в своих пламенных речах ссылался Ф. Кастро, в частности, при открытии детского кардиологического центра. Подружился я с Э. Моралесом, Х. Альдерегия, с которыми публиковался, и с другими кубинскими специалистами. Довелось побывать во многих провинциях от северо-запада до юго-востока. Уезжал с сожалением через год по семейным причинам.

* * *

Нужно сказать, что В. Алексеев (впоследствии безвременно погибший в автокатастрофе), перейдя на работу в Совмин РСФСР, помог мне встрять в очередь в Минздраве и приобрести первую машину — шестую модель «жигулей». Машина появилась, теперь нужно было подумать о даче. Стали искать варианты. Жена моя, гуляя во дворе с дочерью в коляске, узнала, что по Рижской дороге в Малиновке (это между Нахабино и Дедовском) хозяйка хочет продать летнюю дачу. Проехали, посмотрели. От станции идти минут 20–30, засаженный участок 8 соток в садовом товариществе от московского завода «Электросвет», дом небольшой, первый этаж из камня, второй — щитовой. Водопровод дачный и туалет — во дворе. С одной стороны — улица, с другой — поле. Сговорились. Поехал я на этот завод, где мне отказали, поскольку у них была своя очередь. А в это время М. Горбачев разрешил покупать и продавать дачи. С огромным трудом нашел этот почти секретный документ, и у нотариуса в Дедовске оформили договор купли-продажи. Поскольку мы могли на дачу приезжать только на выходные, то по просьбе бывшей хозяйки я разрешил ей там бывать. Видимо, полученными деньгами она не смогла как следует распорядиться, и на следующий год деньги в дефолт обесценились. Она подала в суд, намереваясь отсудить дачу обратно, мотивируя тем, что я якобы знал о предстоящем обвале рубля, а она как бы была недееспособной и представила справку из поликлиники о своих многочисленных возрастных, но нетяжелых болячках. Пришлось проехать в эту поликлинику и предупредить главврача об ответственности за липовые справки. Суд первой инстанции она проиграла, равно как и суд второй инстанции.

Бывая в командировках за рубежом, я отовсюду привозил семена и посадки (из Голландии — луковицы тюльпанов, из США и Швеции — черенки роз и т.д.), поскольку в то время у нас этого не было. Через несколько лет выяснилось, что жена не очень расположена к даче из-за уличного туалета и отсутствия горячей воды, дочь не устраивало

замкнутое пространство и отсутствие погодок, сына, для семьи которого я поставил отдельный маленький домик, и добермана — отсутствие водоема. Тесть, теща и моя мама к тому времени умерли. Получалось, что дача нужна была только мне. Долго ее продавал, продал за валюту, а тут дефолт 1998 г., и рубль покатился. Можно сказать, первый раз в жизни повезло.

* * *

С помощью друзей стал искать варианты в ближнем Подмоскowie, имея в виду в качестве системообразующего фактора водоем. Нашел чудесное место на высоком берегу Клязьминского водохранилища, в 12 км от МКАД. Там когда-то было колхозное поле, теперь — заросшее высоким бурьяном, с несколькими только строящимися домами в отдалении. Оформил договор купли-продажи, заключил договор со строительной фирмой, которая наняла бригаду с Западной Украины, и работа закипела. В результате оказалось 12 соток очень плохой земли (суглинок), куда я завез 15 машин чернозема; был выстроен дом с выступающим над землей цокольным этажом, два жилых этажа, застекленный балкон и мансарда с велюковским окном. В четырехуровневом брусом доме, обложенном кирпичом, было 255 м², 6 комнат, кухня, 2 туалета и 13 окон. Газ, вначале баллонный, потом магистральный, электричество, отопление с радиаторами, вода подается насосом из колодца глубиной 20 метров, а другой колодец (14 метров) используется для полива, хотя можно переключить воду на баню, которой я несколько раз пользовался, последний раз восемь лет тому назад. Рядом гараж, далее — беседка, барбекю, баня, складское помещение. Спутниковое телевидение, рядом проходит оптико-волоконный кабель, но для Интернета я использую специальную систему. Всей планировкой и посадками занимался сам, подсмотрев и зарисовав разные новации во многих странах. В итоге получилось шесть зон — полисадник, под дом, зона сада со множеством плодовых кустарников и деревьев, в том числе с колоновидными яблонями (только с 2 яблонь, а их у меня 15, урожай в 2014 г. составил более 80 кг), зона отдыха с качелями, лежаком и газоном, хозяйственная часть с несколькими грядками и теплицей и зона леса, куда высадил почти 140 кустарников и деревьев, в том числе уникальных. В центре участка на газоне никого и нигде не было видно из-за окаймляющих высоких деревьев. В зоне леса сделал маленький пивной уголок под навесом, в котором никто не мог меня найти. Везде высажены многолетние цветы (розы, пионы, флоксы, лилии, лилейники, хосты и др.) и цветущие с ранней весны до поздней осени кустарники (форзиции, вейгелы, магонии, астильбы, лапчатки, барбарисы, будлеи и др.). Много редких растений. Из горной Средней

Азии привез горные сосны, из Сибири — кедры, есть оливковое дерево, цветущие нежно-розовым цветом весной сакура и луизитания, карагана (желтая акация), робиния (белая акация), облепиха, калина, вирджинская черемуха, плодоносящие северные киви, маньчжурские и лесные орехи и много-много других. Сирень — только французской селекции («лемуан») или российской селекции Колесникова, розы — французской селекции «мейланд», виноград — районированные сорта для Московской области, дающие два ведра винограда, и т.д. В обычных условиях ранее виноград севернее Киева не произрастал. В теплице в каждый заход собираю по 10—15 килограммов огурцов, которые очень любит моя жена. В общем, за деньги, вырученные от продажи старой дачи, получился райский уголок. Особенно если учитывать асфальтовое покрытие, полную застройку, освещенность улиц, нормальных соседей и близость относительно благоустроенного пляжа с привозным песком на Клязьминском водохранилище. В выходные дни там на стоянке находятся тысячи автомашин, в будние — совсем немного. Приезжают с лодками, гидроциклами и катерами на прицепах, на несколько дней разворачивают палатки. В районе пляжа находятся стоянка для яхт, причал для рейсовых судов, разные кафе, беседки, туалеты и т.д., а в поселке четыре магазина, медпункт, почта. Когда я устаю от работы за компьютером, отправляюсь (пешком — рядом, но я на машине) кратковременно искупаться, что снимает напряжение и усталость. Люблю делать водочные настойки (на хрену, облепихе, настоящих березовых желтых брусниках, ягодах китайского лимонника, бадане, золотом корне, смородине, чесноке, лимоне, перце, вишне, рябине), ликеры (из лепестков роз, из вишни, аронии, винограда), яблочный кальвадос, а также различного рода заготовки на зиму. В доме можно жить постоянно, но мы с женой еще работаем и потому бываем наездами, хотя летом я там нахожусь чаще и работаю.

В последние годы я пытаюсь восстановить справедливость, поскольку объехал за счет командировок почти весь мир, за некоторым исключением, а жена мало где была, и в ее отпуск я стараюсь исправить ситуацию и показать ей разные места. До этого она побывала в Ростове-на Дону, Артеке, Эссентуках, Дагестане, Грузии, несколько раз в Египте, Турции, Болгарии, самостоятельно — в Греции, была на Кипре, с дочерью — в Хорватии + Венеция и в Милане + Флоренция. Вместе мы побывали в Санкт-Петербурге, в музеях и окрестностях, Великом Новгороде и окружающих монастырях, Владимире, Суздале, Коломне и в других местах Подмосковья, в Киеве несколько раз, Ивано-Франковске + Надворная, Яремча и Львов, в Вашингтоне + Балтимор, в Праге + Дрезден и Вена, потом два раза в Вене + Зальцбург и Братислава, в Париже + Версаль и Сент-Женевьев де Буа, в Берлине + Потсдам, в Барселоне + Андорра и Фигерас (там музей С. Дали), в Мюнхене + Аусбург и Регенсбург, два

раза в Дюссельдорфе + Кёльн, в Риме. Каждый город по-своему хорош и имеет свое лицо. Вена — типично имперский город, музыкальная столица мира, очень удобный для жизни; Париж — город Наполеона и Османа, богемная, литературная и импрессионистская столица мира; Милан — мировой законодатель высокой моды, перехвативший первенство в этом деле у Франции; Верона — город Ромео и Джульетты; Барселона — город Гауди, футбола и попугаев; Амстердам — северная Венеция, город Ван Дейка и Рембранта; Брюссель — преображенная столица Евросоюза с необыкновенно красивой прямоугольной центральной площадью (с пивным музеем-рестораном), откуда вытекают узкие улочки, одна из которых ведет к символу — писающему мальчику, а другая — через ресторанный переулок (там к мидиям в чесночном соусе подают вишневое и малиновое пиво) к другому малоизвестному символу — писающей девочке; Прага — город готики и средневековья; Мюнхен — столичный город Виттельсбахов, которые правили Баварией свыше 700 лет; Дюссельдорф — город, выросший из деревни на Дюсселе; Кельн — город знаменитого собора и Рейна; Рим — действительно вечный город-музей с глубокой и поучительной античной историей и т.д. Обычно задолго до выезда на определенные даты (в зависимости от работы) заказываем авиабилеты в период их распродаж, заблаговременно выбираем недорогие отели или апартаменты, изучаем все, что связано с новыми местами. Средства для этого получают за счет чтения лекций, наиболее популярные из них посвящены ПМСП и качеству медицинской помощи (на русском и английском языках). В 2015 г. собираемся в Берлин и Бранденбург, потом в Милан, Флоренцию и Турин, а осенью — на двухнедельный отдых в Болгарию. Правда, есть шанс побывать в Крыму, где может состояться обучение по качеству медицинской помощи. Сколько нам еще осталось — знает только Всевышний. К этому времени собачек (лайка, два фокстерьерчика, доберман и такса) у нас уже не стало, но зато появился замечательно умный и понятливый котик, который спокойно реагирует на наше отсутствие. Это я забежал намного вперед, вперёд вернуться к периоду возвращения с Кубы.

Глава пятая

В НОВОМ ОБЛИЧЬЕ

По возвращении на прежнее место и прежнюю должность я был зачислен в кадровый резерв ВОЗ и направлен на обязательные курсы английского языка, которые легко окончил на пять с плюсом (есть удостоверение). После несправедливого ухода С.А. Гаспаряна из РИВЦ обстановка резко осложнилась: пришел новый директор, типичный чиновник, малосведущий в проблемах РИВЦ, и коллектив поручил мне выяснить перспективы в Минздраве РСФСР. Был я у министра, у его заместителя С.Я. Чикина и у нового руководителя Департамента научных учреждений В. Шабалина (затем — замминистра здравоохранения, сейчас — директор Института гериатрии). И тут мне конфиденциально показали проект приказа Е.И. Чазова о создании в РСФСР института или центра наподобие Всесоюзного НИИ им. Н.А. Семашко. Приказ вышел в конце 1988 г., меня назначили председателем комиссии по формированию новой организации (цели, задачи, направления, структура, кадры, оснащение и т.д.). И все это на базе РИВЦ и его пятиэтажного здания, где ранее размещалась библиотека мединститута и где когда-то библиотекарем работала Валерия Новодворская.

* * *

По предложению заместителя министра здравоохранения Н. Ваганова новую организацию назвали НПО «Медсоэкономинформ». Генеральным директором назначили меня. НПО размещалось в пятиэтажном здании, ранее принадлежавшем РИВЦ, рядом с общежитием Литературного института им. А. Горького. К пятиэтажному зданию примыкала прилегающая территория, с фасада здания высадили ели (теперь они достигают четвертого этажа), а с противоположной стороны внутри П-образного здания размещался гараж. Здание (крышу, стены и подвал) приходилось часто ремонтировать, а по периметру — поставить забор. Естественно, я обошел все переданное НПО здание, заглянув в каждый уголок. На первом этаже расположились машинные залы больших и тяжелых ЭВМ с фальш-полами, под которыми проходила вся разводка. Потом, с переходом на персональные компьютеры, мы большую часть залов ликвидировали, устаревшие ЭВМ сдали в утиль и отчитывались за полученные в результате утилизации цветные (например, медь) и драгоценные (например,

серебро с серебряных паек) металлы. В результате получили несколько конференц-залов, столовую, учебный компьютерный класс. В подвале, разделенном на части, размещались коллектор со множеством труб, отапливающих еще несколько зданий, телефонный и электрический узлы, а также находились мощнейшие холодильно-рефрижераторные установки, где хранилась продукция всего районного пищеотрга.

А время было голодное. Вначале магазинные прилавки были пустыми, потом по реформе Е. Гайдара они заполнились, но цены были недоступными для наших сотрудников и заоблачными, так как выросли в тысячи раз. Именно поэтому я договорился, чтобы раз в неделю сотрудникам НПО продавали из холодильников мясо по льготным ценам. Кроме того, нам помогали выжить территории, где мы вели исследовательскую и обучающую работу. Например, из Чувашии нам прислали грузовики, полные овощами (картофелем, морковью, свеклой и капустой), которые специально выделенные люди распределяли бесплатно среди сотрудников. Так и выживали. Научная работа началась весной 1989 г., когда впервые на счет нового института поступили деньги. Как правило, финансировались тогда только первая и вторая статьи, то есть зарплата и начисления на нее, да и то не в полном виде. Пришлось начинать все с начала, и, в отличие от театра, в НПО не было даже вешалки, и пальто приходилось вешать на вбитый в стену гвоздь. Стал подыскивать себе заместителя, но многие из-за новизны направления и начинающих не вполне для всех понятных перемен в стране не соглашались. И тогда я вспомнил, что пару лет назад был оппонентом докторской диссертации по смертности от туберкулеза Ю.В. Михайловой. Она согласилась перейти из Института туберкулеза, а А. Примак, директор этого института, настойчиво предостерегал меня от этого, отговаривал и был, видимо, прав. Прямо на глазах она превратилась из исследователя в коммерсанта от здравоохранения. Но это выяснилось гораздо позже. Михайлова заняла кабинет напротив. Я сразу же постарался ознакомить ее с азами своей специальности, дал ей литературу и некоторые отчеты. А пока занимался решением кадровых проблем и переманивал к себе целые структурные подразделения из других НИИ, в том числе из ВНИИ им. Н.А. Семашко, который из системы Минздрава перешел в подчинение Академии медицинских наук. Поскольку времени на раскачку не отводилось, сделал поначалу ставку не на молодежь, которую нужно было еще учить, а на сложившихся специалистов. Правда, по каждому взвешивал все за и против, учитывая не только знания, но и личностные качества. В один из дней Ю. Михайлова, прочитав то, что ей я дал, закатила мне буквально истерику, мол, зачем она ушла из Института туберкулеза, где все знала, и, напрасно сетуя, что новой специальностью она никогда не овладеет. Как потом выяснилось, это была полная напраслина. А тогда я понял, что ее нужно очень сильно и срочно загрузить.

* * *

В это время в стране происходили кардинальные перемены. Союз распался. В Верховном совете победила партия «Демократический выбор». Ликвидировались союзные министерства. Ускоренно шли растаскивание государственных ресурсов, собственности и процессы приватизации прибыльных отраслей. Помимо ЮКОСа, образовался ЛУКОЙЛ, но его основатель, Лукьянов, опасаясь за свою жизнь, сбежал за рубеж, оставив стране и В. Алекперову раскрученный бренд. Газпром образовался позже, когда неожиданно В. Черномырдин вдали от Москвы собрал своих красных директоров и вместо существовавшего министерства создал акционерную компанию. Это была умело составленная политика разорения страны и обогащения реформаторов (сейчас — олигархов), а программа разрушения СССР и дебилизации страны, приписываемая Аллену Даллесу, выглядела тогда (да и позднее тоже) детским лепетом на зеленой лужайке. На одном из заседаний образованного в 1921 г. в качестве закулисного дополнения к легальной деятельности Лиги Наций Совета по международным отношениям (воследствии в придачу к нему в 1954 г. была организована Бильдербергская группа, а в 1973 г. — «Трехсторонняя комиссия», или «Трилатераль») в 1945 г. Аллен Уэлш Даллес провозгласил свою доктрину подрывной деятельности против СССР: «Окончится война, кое-как все утрясется, устроится. И мы бросим все, что имеем, все золото, всю материальную помощь и ресурсы на обольванивание и одурачивание людей. Человеческий мозг, сознание людей способны к изменению. Посеяв там хаос, мы незаметно подменим им ценности на фальшивые и заставим их в эти фальшивые ценности верить. Как? Мы найдем своих единомышленников, своих помощников и союзников в самой России... Честность и порядочность будут осмеиваться и никому не станут нужны, превратятся в пережиток прошлого. Хамство и наглость, ложь и обман, пьянство, наркомания, животный страх друг перед другом и беззастенчивость, предательство, национализм и вражда народов — все это мы будем насаждать ловко и незаметно. Мы будем браться за людей с детских, юношеских лет, будем всегда делать ставку на молодежь, станем разлагать, развращать, растлевать ее. Мы сделаем из них шпионов, космополитов. Вот так мы это сделаем». Нужно признать, что кое-что в большей или меньшей степени из этой доктрины получилось не только в России, например, в образовании и теперь в здравоохранении, но и на постсоветском пространстве. Россия, которая приватизировала больше всех собственности, заняла по доходам от приватизации только 20-е место. За этот же период от приватизации получили (млрд долларов): Венгрия — 11,3; Япония — 46,7; Австралия — 48; Франция — 48,5; Италия — 63,5; Великобритания — 66; Бразилия — 66,7; Боливия — 90. А в расчете на

душу населения: Россия — 55 долларов, Италия и Великобритания — по 1100; Венгрия — 1252; Португалия — 2108; Австралия — 2560 долларов. При этом с приватизаторов в России снимались все социальные обязательства, в результате закрылись медико-санитарные части при предприятиях, профилактории, санатории, детские сады, клубы, дома молодежи, больницы, и образовательные учреждения оказались не всегда нужными, а ведомственные дома и общежития продавались, даже невзирая на проживающих там людей. Буквально за копейки распродали весь огромный торговый флот, морские порты, вертолеты и все то, на что находились ловкие покупатели. Следующий передел собственности был связан с так называемыми залоговыми аукционами, когда за новые и значительные куски государственной собственности практически не нужно было ничего платить, а средства для этого олигархи получали как бы в долг из бюджета. Но никто, естественно, этот долг не вернул. Мало того, что решили полностью разрушить все существовавшее с советских времен, так и захотели значительно пожить при этом. Непонятно куда ушли и выделенные стране международные кредиты, за которые потом пришлось расплачиваться, хотя и не полностью. Открытый государством тогда поощряемый грабеж под маркой демократии, десоветизации, разгосударствления и перехода к капиталистическим отношениям разрушил почти полностью морально-нравственные и этические основы общества, способствовал становлению психологии стяжательства любой ценой, развитию криминальной обстановки, дискредитировал, к сожалению, в глазах многих людей идеи демократии и рыночных отношений, повлиял на изменение политической системы, способствовал появлению выгодного олигархам законодательства, привел к зависимости многие средства массовой информации от олигархического капитала, вызвал недоверие к власти и у части населения (почти трети) — ностальгию по советскому прошлому и жесткой руке. Эти люди считают, что раньше все было лучше, даже эфемерные обещания, которыми нас тогда регулярно кормили, в том числе верой в очень светлое когда-нибудь будущее.

В республиканском министерстве здравоохранения также произошли изменения: на управление лечебно-профилактической помощи пришел В. Стародубов из Свердловска (хирург — 4 года, ассистент кафедры хирургии — 3 года, главный врач больницы, инструктор обкома КПСС, заместитель заведующего облздравотдела, кандидат медицинских наук), однако его подчиненные продолжали решать вопросы, минуя его, с заместителем министра Э. Ноговицыной; министра А. Потапова, последователя Е. Лигачева, сняли, и он стал директором Института гигиены им. Ф. Эрисмана, несколько месяцев министерство было неуправляемым. Кандидатом на пост министра считался В. Калинин из Минздрава СССР, а до этого он заведовал Куйбышевским областным отделом здравоохранения. Но его

не пропускали новоявленные демократы. Я с ним нигде ранее не пересекался. Знал только о его негативном отношении к науке, поскольку тамошний заведующий нашей кафедрой С.И. Стегунин как-то не помог ему в чем-то. В это время часто приходилось бывать в Верховном Совете РСФСР, поскольку Комитет по здравоохранению был самым большим и насчитывал почти 90 человек. Там было много случайных врачей-специалистов (и все с гонором), которым теперь приходилось заниматься совсем иным делом, к которому они не были готовы по всем статьям. Правда, председателем Комитета был опытный организатор А.А. Аскалонов, бывший завкрайздравотделом Алтайского края. Депутатом Верховного Совета РСФСР был избран завкрайздравотделом Хабаровского края А.И. Вялков (его помощником Москве был А. Мясоедов), который сразу же установил деловые отношения с Минздравом и нашим НПО. Путь у него был традиционным: терапевт — 6 лет, директор медучилища, главный врач больницы в Комсомольске-на-Амуре, а потом инструктор крайкома партии, кандидат медицинских наук. У А. Вялкова в местных советниках был Кашин, увлекающийся и способный специалист, но без какой-либо научной школы, переполненный фантастическими идеями. В составе Комитета была также профессор Б. Денисенко, демократ из Новокузнецка. Когда я там работал, с ней не был знаком, тогда она носила девичью фамилию — Суряднова и была ассистентом на кафедре терапии Новокузнецкого ГИДУВ. Она стала председателем подкомитета по медицинской науке. Куда она не стучалась, нигде не было нужных ей сведений о числе научных организаций, направлениях их деятельности, тематике, кадрах и в целом о научно-медицинском потенциале. Она пожаловалась мне, и я принес ей АЦПУшные распечатки-простыни со всей информацией по науке (по научным направлениям, институтам, подразделениям и тематике), поскольку в РИВЦ велась обработка этих данных. Одновременно завели разговор о министре. Она заявила, что демократы никогда коммуняку В. Калинина не пропустят. И тогда я объяснил ей, что министерство не работает уже пару месяцев, и предложил войти в руководство тандемом. Так оно и случилось: министром стал Калинин, а его первым замом — Денисенко. Через два дня раздался звонок от нового министра с поручением в течение недели разработать закон о медицинском страховании. Скажу откровенно, первым желанием было послать его подальше. Но потом вспомнил, что вокруг него уже вертелось много всякого жулья, и испугался за здравоохранение: вдруг он кому-либо из них это поручит. Именно поэтому решил взять трехдневный тайм-аут для обдумывания, но он дал только два дня. Эти два дня я потратил на уговоры Ю.В. Михайловой взяться за это дело. Моя мотивировка была такой: дело это новое, и никто в нем ничего не понимает (было еще Верховным Советом СССР проведено ознакомительное совещание в Сочи, и все),

в этом деле можно легко продвигаться. Кроме того, у нее потрясающая слуховая память (но не зрительная), что позволит ей обучаться в процессе дискуссий. И министр по моему представлению своим приказом сделал ее руководителем группы, куда вошли В. Стародубов, С. Кручинина, Р. Зелькович, И. Шейман, В. Шевский, В. Петухова, Н. Кравченко и др. К тому времени В. Стародубов уже окончательно перебрался из Екатеринбурга в Москву, стал, как отмечалось, вначале начальником управления, затем дважды заместителем министра и позже — министром. С. Кручинина была начальником нового Управления медицинского страхования Минздрава, И. Шейман представлял Высшую школу экономики, В. Петухова — Санкт-Петербург, Р. Зелькович и Г. Царик — Кемерово, В. Шевский — Самару, Н. Кравченко — наше НПО.

* * *

Этим же приказом была создана другая группа под моим руководством по созданию кодекса законов по охране здоровья граждан, который затем видоизменился в Основы законодательства об охране здоровья граждан РФ. В составе моей рабочей группы было почти 70 человек, включая депутатов. Таким кагалом работать было невозможно, и потому внутри была создана команда из шести человек во главе с профессором Л.Ш. Гаджиевой (затем она стала госсекретарем независимого Азербайджана), выносившая свои наработки на обсуждение всей группы. Поначалу мы составили структуру будущих Основ, определив в качестве базиса права граждан на здоровье, выделив ответственных за реализацию этих прав, показав роль и место в этой системе здравоохранения, медицинской науки и медицинской общественности. Готовился поистине уникальный демократический закон, когда во главу угла ставились интересы каждого человека (быть здоровым и не болеть) и пациента в частности, желающего получить адекватную медицинскую помощь. Но руководству парламента такая логика не понравилась, и они хотели получить законопроект о развитии здравоохранения. Я наотрез отказался, и мы прервали по этому законопроекту отношения с нашим парламентом на девять месяцев. За это время разработанную структуру я направил в штаб-квартиру ВОЗ (Женева), в подразделение по законодательству, а также в Совет Европы и т.д. И отовсюду поступили отзывы, что именно так и нужно выстраивать охрану здоровья. И только через несколько лет в Европе было принято нечто подобное в виде Амстердамской декларации о правах пациентов. Мы тогда опережали по идеям другие страны и этим гордились. И это было заметно по очень грамотно составленной, с социальной ориентацией Конституции России, многие статьи которой, к сожалению, так и не реализованы, полностью или частично (статья 1, п. 1, статья 2, статья 3,

п. 1–3, статья 6, п. 2, статья 7, п. 1 и 2, статья 9, п. 1, статья 10, статья 12, статья 17, п. 1 и 2, статья 18, статья 19, п. 1 и 2, статья 21, п. 1, статья 22, п. 1, статья 25, статья 29, п. 1 и 3, статья 32, п. 1, 2, 5, статья 35, статья 37, п. 3, статья 40, п. 1, статья 41, п. 1 и 3, статья 43, п. 1, статья 46, п. 1, статья 49, п. 1 и 2, статья 55, п. 2). Тут намеренно перечислены абсолютно верные и демократичные статьи и пункты Конституции РФ, которые требуют своей реализации на практике. Есть над чем подумать и поработать законодателям.

* * *

Особую актуальность и значимость приобретают аналитические разработки и исследования по созданию перспективной модели взаимодействия государства и народа, государства и индивида, государства и гражданского общества с соответствующей ее корректировкой и уточнением по мере приближения реалий жизни к отдельным ее разделам. Необходимо также уточнить ответственность при этом разных уровней (федерального, субъектного, муниципального). Нужно сказать, что взаимоотношения государства и граждан проявляются по-разному. По идее, государство должно собираемые от населения, прямо или косвенно, средства тратить во благо всего населения и отдельных его групп, поскольку граждане доверяют это собираемой ими власти. Власть же нередко считает, что бюджетными средствами она вправе распоряжаться по своему усмотрению, как бы на пользу всем, но в том числе преследуя собственные интересы и ликвидируя последствия поспешных экономических, социальных и политических решений и просчетов. Например, кто-либо заранее просчитал, во сколько бюджету России обернется присоединение Крыма с его последствиями в виде обеспечения населения Крыма питанием, водо- и энергоснабжением, организации транспортной доступности, банковской системы и т.д. (все это ранее было связано со всей Украиной) или наплыва огромного числа беженцев, которых следует разместить и обустроить? И как это все с разных сторон отразится на проживающих в России гражданах? А ведь для этого у нас существуют специальные институты. Если бы это было сделано, можно было бы значительно смягчить наступившие последствия. Последнее присоединение Крыма к России полностью одобрил ставший наследником русского престола после смерти в 1992 г. главы Дома Романовых великого князя Владимира Кирилловича недавно скончавшийся в Италии праправнук российского императора Николая I князь Н.Р. Романов.

Или же кто-либо просчитал последствия и потери, связанные со значительным сокращением (или укрупнением) медицинских учреждений, особенно на селе? Многие решения, к сожалению, принимаются

спонтанно, без серьезного анализа и научного обоснования. Так, закрыли муниципальное здравоохранение, разрушили пока что не до самого основания сеть медицинских учреждений и только после этого соизволили создать достаточно убогий проект стратегии развития здравоохранения, который будут «втюхивать» правительству. А за несколько лет перед этим приняли ряд законов, которые и должны были бы обеспечить законодательную поддержку проекта стратегии. Вот и получилось, что не стратегия определяет перспективы и желания людей иметь в будущем определенную модель здравоохранения, а стратегия целиком и полностью зависит от принятых ранее документов, что вызывает серьезную озабоченность, особенно в связи с новыми внутренними и внешними вызовами. В данном случае речь идет не о политических решениях, а о всевозможных экономических их последствиях. Для развития страны нужны образованные люди, в том числе ученые и инженеры, а для сырьевой экономики они не столь важны, и для нее требуется больше рабочих рук. Может быть, поэтому и ставятся препоны на пути к хорошему и качественному школьному образованию в виде ЕГЭ, а в университетах — в виде платного, а значит, менее доступного высшего образования? Непонятно только, почему такая же политика ведется и в отношении здравоохранения. Ведь даже добывающие природные ресурсы рабочие должны быть здоровыми и как можно меньше болеть.

Складывается впечатление, что всю социальную сферу решили постепенно перевести на рыночные рельсы самокупаемости с тем, чтобы снять с бюджета все социальные обязательства и распорядиться им в полной мере без оглядки на население, за счет которого этот бюджет главным образом и формируется, и тратить средства на различные глобальные, слабопросчитанные проекты и на поддержку самой власти и чиновников. Отсюда видно, что весьма часто интересы государства могут не совпадать с интересами его граждан. Главное, чтобы эти противоречия не носили антагонистический характер. В этом вечном споре о человеке и государстве Л.Н. Толстой однозначно выбрал сторону человека, и за свои убеждения он до сих пор считается отлученным от церкви. Развитие и усиление инфраструктуры не должны осуществляться любой ценой (особенно в мирное время) и в ущерб населению. Между тем нередко это имеет место как в целом, так и в масштабах отдельных городов или отраслей. В городах могут строиться транспортные развязки, мосты и туннели, проводится озеленение, украшаться дворы и т.д., при том что горожан могут беспокоить совсем иные проблемы, более приближенные к ним и определяющие их уровень и условия жизни. И решением этих проблем, а не украшающих власть «бантиков» следовало бы заняться в первую очередь. Чиновники от медицины, как известно, напрямую заинтересованы в выделении значительных государственных средств. Куда их вкладывать?

Естественно, в дорогостоящие и наглядные для отчета проекты, видимо, с определенной маржой. Иначе откуда у нас возникают богатеющие чиновники, проблемы коррупции, нецелевого расходования средств, откатов и т.д., с которыми «успешно» борются сами же чиновники. А что у нас сейчас самое дорогое в здравоохранении? Это самая дорогая техника, глубоко тыловые разнообразные и дорогостоящие центры высоких медицинских технологий и перинатальные центры, которыми при правильной организации многоуровневой медицинской помощи должна пользоваться незначительная доля всех больных.

А каковы действительные интересы большей части населения и пациентов? Для того чтобы квалифицированная медицинская помощь общего типа, на уровне которой должны решаться до 85% всех проблем нездоровья, была к ним максимально приближенной, то есть рядом, поскольку 85% пациентов у нас, как и во всем мире, не нуждаются в дорогостоящей специализированной медицинской помощи при правильной организации территориального здравоохранения. Сюда же можно добавить осуществляющиеся разрушение первичного звена и муниципального здравоохранения, укрупнение и отдаление медицинских учреждений. Отсюда следует, что в настоящее время проблемы доступности медицинской помощи являются определяющими, оттесняя на второй план вопросы качества медицинской помощи и оказание специализированной медицинской помощи, а еще дальше — модернизацию медицинских учреждений и в самый конец — строительство центров ВМП. Иначе говоря, главной и определяющей сейчас в нашей стране является «линия фронта» здравоохранения, то есть ПМСП, от которой почти полностью зависят и результативность, и затратность всех последующих уровней здравоохранения. А это, к сожалению, административные органы не понимают в силу своего непрофессионализма. Если и дальше в структуре патологии будет нарастать число запущенных, пропущенных и тяжелых случаев заболеваний, то, образно говоря, все компьютерные томографы можно сдать в утиль, а все исключительно дорогие центры ВМП, потребность в которых будет при таком подходе непрерывно расти, попросту закрыть из-за крайне низких результатов их работы. И дело тут не только в разовых затратах на оснащение, но и в систематических тратах на расходники и на больных, которые вполне могли бы обойтись предыдущими уровнями медицинской помощи. Со всех сторон очевидно, что нельзя выдвигать на «линию фронта» ВМП, как это сделано в Москве, толку от этого будет мало при значительных затратах и нерациональной организации всей медицинской помощи. Из всего этого вытекает, что в данном случае интересы пациентов и чиновников, представляющих государство, явно расходятся, и это одна из значимых причин недовольства населения и медицинских работников. Многие думают, что протестные настроения в медицинской среде обусловлены

низкой зарплатой, и они глубоко ошибаются. На первое место в этих протестах выходит необходимость прекратить разрушение системы с привлечением широкой, не «карманной», медицинской общественности ко всем принимаемым решениям, а также отсутствие достаточных возможностей для профессионального роста, утрата рабочих мест и низкая оплата труда, что хорошо видно из результатов специального исследования причин бегства врачей из профессии. Медицинские чиновники, особенно если они не подготовлены к рациональной территориальной организации здравоохранения и к управлению им, руководствуются собственными искаженными представлениями о том, как будет лучше, не соизмеряя это с нуждами основных потребителей — пациентов (а таких у нас подавляющее большинство), и могут наломать столько дров (чем в своем большинстве они и занимаются, и это видно на примере Москвы), что потом восстановление после проведенных «реформ» и «модернизаций» может быть осуществлено с большими потерями.

* * *

Достаточно подробно объективная ситуация в провальной организации московского здравоохранения представлена в нескольких статьях Г. Улумбековой, в моих статьях, работах П. Воробьева, отзывах самих москвичей и врачей. Последовательность развала московского здравоохранения была следующей: вначале за огромные бюджетные средства были оснащены медицинские учреждения, и это весьма похвально. Затем были объединены поликлиники в целые комплексы, что вызвало поток жалоб от пациентов. Поликлиники украсили «бантиками» в виде птичек, рыбок и т.д. Экономия была мизерной (несколько административных ставок), зато урон немалый и возмущение пациентов. После этого поликлиники вместе с роддомами и женскими консультациями присоединили к больницам, создав некие монстры. А теперь эти монстры объединяют между собой в монополистические центры, сокращая почти половину московских больниц с медработниками вместе. Помимо выдачи им уведомительных квиточков, над ними еще и издеваются, предлагая квалифицированному персоналу, на обучение которого затрачены немалые средства, по закону три других должности (санитарки, уборщицы или лифтера). Врачи, за редким исключением, — это труженики с высоким чувством ответственности, и обзывать их по-всякому (например, недоумками) непозволительно ни Юпитеру, ни Быку, а уж тем более руководству московского здравоохранения, которое, кстати, оканчивало те же самые вузы. Только за это они должны в полном составе подать в отставку, но прежде прилюдно извиниться перед врачами. Тем более что все они коммерсанты от медицины и, как отмечалось, получали высшее образование

в тех же самых вузах. Освободившиеся помещения наверняка продадут, а центры передадут в концессию или продадут частникам. И это все делается в принудительном порядке, без учета мнения населения, пациентов, медицинских работников и общественности. Полный произвол. Основная мотивировка (весьма слабое прикрытие) — рекомендации групп иностранных экспертов, которые подошли к этому делу формально и которым трудно было понять наши особенности. По этому поводу группа экспертов Комитета гражданских инициатив подготовила соответствующие заявление и декларацию, а исполком Пироговского движения врачей — обращение, и все это широко представлено в Интернете. С аналогичным обращением выступили РМА, Лига защитников пациентов, ЦК профсоюза медработников и др. Нам часто говорят, что в стране существует какая-то (по номеру) колонна из оппозиционеров, но они хоть действуют открыто, протестуя против кажущейся им несправедливости. Это просто люди, имеющие свою точку зрения, не совпадающую с официально декларируемой. И это хорошо, должно идти на пользу развития, когда в процессе правильно организованных дискуссий вырисовываются перспективы. Пока же доминирует одна точка зрения, без возможных альтернатив. Тут тихой сапой идет подсекаание государственных основ и в определенной мере дискредитация президента РФ, и делают это некоторые чиновники от медицины. Да, президент РФ в своем предвыборном указе ставил задачу повышения зарплаты медицинским работникам, но не ценой же их ополовинивая или сокращения значительного числа медицинских учреждений, что делает медицинскую помощь малодоступной и ведет к росту накапливаемого недовольства. И никакими аргументами нельзя оправдать эту разрушительную и скороспелую политику. Такая же картина наблюдается и в московском школьном образовании. Получается, что именно в этом и состоит социальная политика в столице и стране. Когда я слышу, что родители потратили на лечение ребенка все свои сбережения, денег больше нет и нужны спонсоры, просто недоумеваю: неужели эти дети нужны только их родителям, а государству на них наплевать? Такого не должно быть в стране, по статусу считающейся социальным государством.

Примерно то же самое происходит и в других сферах деятельности в Москве: строятся современные дороги, транспортные развязки, ведется озеленение, благоустраиваются дворы, строятся дома на продажу (кому?) и т.д. Это все хорошо, но это ли нужно москвичам в первую очередь? Им бы, вероятно, хотелось лучших условий жизни, иметь благоустроенное жилье, чтобы в шаговой доступности находилось все то, что обеспечивает их нормальную и повседневную жизнедеятельность. Именно поэтому, если мы создаем цивилизованную рыночную экономику,

средства прежде всего следует вкладывать не в инфраструктуру, а в людей, не в предложение, а в спрос, который затем должен найти отклик в предложениях. Кризис всегда проявляется в виде спада производства, поскольку в таких случаях снижается потребительский спрос. Со снижением спроса, согласно канонам рыночной экономики, должны уменьшаться цены. Но у нас цены растут как на подъеме, так и на спаде экономики. А это значит, что рядом с рынком мы еще близко не стояли. Если же не работает фундамент рынка, то есть механизм спроса и предложения, то о рыночной экономике говорить преждевременно, тем более при засилии монополий. Нужно иметь очень мужественную власть, которая смогла бы всю систему развернуть лицом к людям, а медицинскую помощь — лицом к массовым пациентам. Многие из того, что сейчас происходит, напоминает худшие образцы из прошлого, когда, скажем, какой-либо объект сдавался к определенной весьма торжественной дате, а потом закрывался на длительный ремонт.

В какой-то степени ныне действующая Конституция РФ напоминает знаменитую Сталинскую Конституцию 1936 г., содержащую правильные истины, прямо противоположные реалиям жизни.

* * *

В НПО был создан учебный компьютерный класс с двумя серверами. Класс назвали именем профессора Е.Н. Шигана, поскольку аналогичный класс он организовал в свое время в ЦОЛИУВ, и сделали соответствующую табличку. Потом, когда я ушел из НПО и проезжал мимо, увидел эту табличку, валяющуюся в грязном мартовском снегу. Новое, ненаучное руководство НПО, видимо, даже не знало, кто это такой. Я ее подобрал, и сейчас она у меня на даче.

Параллельно шла работа над законами в начале 1990-х годов. Правительством Силаева под руководством его заместителя И. Гребешевой была создана группа, занимающаяся защитой населения от возможных негативных последствий перехода к рыночным отношениям в экономике. В состав группы входили А. Шохин и другие специалисты, туда же включили и меня. Мы разработали критерии и перечень социально уязвимых групп нашего населения, меры их поддержки и социальной защиты. С этим материалом мне поручали выступать в разных, в том числе международных, аудиториях, и везде наши предложения встречали понимание. Какова дальнейшая судьба этих материалов, мне неизвестно, но, думаю, что незавидная, хотя под их реализацию были выделены куда-то исчезнувшие и не дошедшие до группы средства. Но эта практика была привычной.

* * *

Одной из первых моделей, разработанной в НПО, была довольно примитивная модель лекарственного обеспечения. Дело в том, что тогда в стране наблюдался лекарственный голод и дефицит медикаментов ощущался почти во всех медицинских учреждениях. Сейчас этот голод в большей части является структурным и ценовым. В тот переходный период многие западные страны оказывали России так называемую гуманитарную помощь, поставляя продукты питания и другие предметы первой необходимости. Очень активный американский специалист Мюррей Фешбах, о котором еще пойдет речь, привез в РСФСР два самолета медикаментов в качестве гуманитарной помощи. Сунулся он было в Минздрав, но там сказали, что у нас все есть и в помощи мы не нуждаемся. Сложилась глупая ситуация: все знали о дефиците у нас лекарств, а тут стояли с грузом два самолета. Многие лекарства имеют ограниченный срок годности. Но не везти же их обратно. Тогда Фешбах обратился ко мне. Я обзвонил все территории, и только руководители некоторых из них (почти 40 территорий) подтвердили готовность принять эти лекарства. Остальные под дудку Минздрава гордо отказались, не осознавая, какой вред они наносят пациентам. По согласным территориям мы провели микроисследование. Со времен РИВЦ у нас функционировала компьютерная заявочная лекарственная система по всем территориям. Цену этим заявкам я знал по себе: заказываешь в три раза больше потребности, и только при этом есть шанс получить минимально достаточное количество медикаментов. Именно поэтому мы вначале весьма ориентировочно оценили потребность территорий (по заявкам), выявили наличие тех или иных медикаментов и их дефицит. Затем взяли данные по заболеваниям и экспертным путем примерно оценили, какие при этом нужны лекарства и в каком количестве (это было задолго до разработанных потом стандартов), а потом сопоставили. На модели просчитали два варианта: в какой территории есть весьма ориентировочная потребность в тех или иных медикаментах, а во втором за основу было взято каждое лекарственное средство с указанием, сколько его нужно и в какой из согласных территорий. Работа была проведена в предельно короткие сроки. Потом отзвонились в территории, и они присылали автомашины за выделенными им медикаментами. Могу согласиться с тем, что из-за дефицита времени работа была грубой, топорной, но нужной.

* * *

А пока суть да дело, работа группы по разработке законопроекта о медицинском страховании продолжалась, и получилось, что телега оказалась впереди лошади. Во избежание принципиальных разночтений я посещал

все заседания этой рабочей группы, не вмешиваясь в ее работу, но отслеживая тенденции. Должен сразу сказать, что в первоначальном виде проект закона об ОМС был относительно привлекательным, приемлемым и представлялся единственным спасителем на фоне рухнувшего бюджета. Потом же он перерос в бюджетно-страховой гибрид, но об этом разговор будет позже. Что касается моей группы, то мы вскоре продолжили работу. За это время я побывал на конференции в Париже, где обсуждались вопросы эвтаназии в присутствии Президента Республики Франции Жака Ширака, который поздоровался с каждым из участников за руку, а потом в каминном зале здания МИД Франции уполномоченные представители ряда стран подписали запрет на ее проведение в присутствии руководителей Совета Европы. Потом мы все вместе сфотографировались. Вернувшись домой, совместно с комитетом Верховного Совета РСФСР организовал парламентские слушания, и наши предложения по запрещению в России эвтаназии были горячо поддержаны в 1992 г. новым министром здравоохранения А.И. Воробьевым. Подготовленные Основы были приняты Верховным советом и утверждены Президентом РФ. Тогда было намного меньше бюрократии, а сейчас, думаю, такой демократический закон не прошел бы: его просто не пропустили бы. Крупноблочное строение закона было таким: права граждан на охрану здоровья, ответственность государства за реализацию этих прав, роль и место традиционного здравоохранения в этой ответственности государства, роль и место профессиональных медицинских организаций в решении проблем здравоохранения. Закон представлял собой именно основы, из каждой статьи которых должны были возникнуть законы прямого действия. Но этого не произошло, и сейчас, спустя 20 лет, в итоге в Минздраве РФ решили отменить разработанный нами закон и одним новым законом закрыть все имеющиеся правовые проблемы, что представляет собой глубокую ошибку, не соответствующую мировому законодательству, тем более в условиях отсутствия концепции или стратегии, определяющих перспективы развития. Речь идет о принятом ФЗ № 323 «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». Детально проанализирован этот закон в нескольких наших работах, поэтому подробно на нем останавливаться не стану. Скажу лишь, что его название не соответствует содержанию, которое посвящено оказанию медицинской помощи, что вместо ответственности везде появились полномочия, то есть ограниченное право использовать ресурсы организации и право фактически командовать людьми, что далеко не одно и то же, что понимания у авторов закона, что такое ПМСП, профилактика, диспансеризация, качество медицинской помощи, практически нет или оно полностью искаженное, что некоторые статьи направлены во вред людям (к примеру, статья 47). По закону (статья 53) оказалось, что сроки беременности теперь определяются не врачами или самими беременными,

а уполномоченным федеральным органом исполнительной власти, а граждане, оказывается, имеют право (!) на получение платных медицинских услуг (статья 84). Теперь же изъятие органов возможно не в случае согласия родственников, а изымать органы воспрещается при их письменном несогласии, о чем родственники даже не догадываются. В законе нет четкой формулировки прав граждан на здоровье и на получение необходимой медицинской помощи, нет ответственных за это (вместо этого прописаны невнятные полномочия) и нет обеспечивающих реализацию этих прав. В целом, как и многие другие законы, выпущенные Минздравом или при его согласовании, этот закон ущербен, бесперспективен и направлен на укрепление медицинских учреждений, а не на прямую пользу населению. Это все мною ранее опубликовано и размещено на моем сайте.

* * *

Затем по указу Б.Н. Ельцина начала готовиться первая в новой России Концепция развития здравоохранения. Поводом к этому послужило письмо И.И. Дедова к президенту РФ. Для ее подготовки было создано три группы: минздравовская — только из работников министерства, академическая — из академиков РАМН и профсоюзная, куда пригласили и меня. Докладывали группы свои наработки на Совете безопасности (руководитель — Скоков). Минздрав (докладчик — А. Москвичев) сделал акцент на бегстве врачей за рубеж и на низкой зарплате врачей, РАМН (докладчик — И. Дедов) — на развитии академической науки, профсоюзная группа (докладчик — я) обрисовала положение во всем здравоохранении в терминах дефектов и предложила варианты улучшения ситуации. Таким образом, наш доклад был не частным, а системным и общим. Рядом сидел только что назначенный новый министр Э. Нечаев, и он стал спрашивать обо мне у Москвичева. Скокову наш доклад понравился, и он предложил объединить три доклада в один. Но когда три группы собрались вместе, я оказался в меньшинстве, понял, что сквозь это сито ни одно из наших предложений не пройдет, и покинул это собрание. Но работу в этом направлении не прекратил, о чем пойдет речь далее. В результате Б. Ельцин издал Указ от 20 апреля 1993 г. № 468 «О неотложных мерах по обеспечению здоровья населения Российской Федерации», который так и не был выполнен и остался мертворожденным.

* * *

Сложностей было немало, не всегда работники Минздрава использовали наши научные рекомендации, были проблемы с министрами и смежными организациями. Но самым острым моментом в первые годы

существования НПО было дефицитное бюджетное финансирование, когда денег не хватало даже на зарплату. Средства на коммунальные платежи (электричество, отопление, водоснабжение и т.д.) не выделялись вообще, и тогда господствовала непонятная нынешним руководителям практика взаимозачетов. Например, мы должны были электросети за электричество и потому искали тех, кто должен электросети, и т.д., выстраивая цепочки, а потом все как бы погашали свои задолженности. Это был цирк, отвлекающий много времени и сил. Для нынешних руководителей — это доисторический материализм.

Не было также денег и на командировки, потому выезды в Тулу, Калугу, Тверь, Великий Новгород, Чебоксары, Саратов и т.д. осуществляли на собственном транспорте, а пребывание на местах было за счет принимающей стороны. Тем не менее очень быстро НПО становилось на ноги, с подавляющим большинством территорий были установлены рабочие контакты, мы им помогали в составлении региональных программ и решении региональных проблем здравоохранения. Все время наши сотрудники выезжали на места, откуда приезжали руководители здравоохранения на консультации. Особенно благоприятные творческие отношения сложились с Тверской, Тульской, Новгородской, Брянской, Калужской, Самарской, Курганской, Оренбургской, Омской, Томской, Тюменской, Кемеровской областями, Ставропольским, Красноярским и Хабаровским краями, Республиками Татарстан, Карелией, Чувашией, Удмуртией и другими территориями. С ними сложились не только деловые, но и личные контакты. Например, в Татарстане я был много раз и познакомился с Р.У. Хабриевым, когда он был еще старшим преподавателем на нашей кафедре и одновременно отвечал за организованный при кафедре замечательный музей С.В. Курашова. На ежегодных тогда Курашовских чтениях я выступал несколько раз. Через некоторое время Хабриев стал министром здравоохранения Татарстана и под руководством профессора Веселовского и моим защитил докторскую диссертацию по организации помощи больным с вертеброгенной патологией. Потом была работа в Минздраве РФ, Росздравнадзоре, а сейчас он — директор родного для меня ВНИИ им. Н.А. Семашко. У будущего академика АМН Н.Х. Амирова я был в свое время одним из оппонентов по его системной докторской диссертации. А когда назначенный министром К.Ш. Зиятдинов защищал в Казани свою диссертацию, то попросил, чтобы я приехал на совет в качестве его поддержки. Сейчас он ректор медицинской академии в Казани. Были мы дружны с заведующими кафедрами в Казани профессором А.Н. Галиуллиным, ученым-патриархом, воспитавшим огромное количество специалистов профессором И.Г. Низамовым и другими профессионалами. Они приезжали к нам, а мы к ним, и шел систематический обмен знаниями и опытом.

В последнее время моя научная жизнь переплелась с судьбой Г.Э. Улумбековой, которая успешно и настойчиво защитила докторскую диссертацию, владеет методами организационного и экономического анализа здравоохранения и, на мой взгляд, могла бы быть сегодня лучшим министром здравоохранения страны. Примерно так же складывались отношения практически со всеми территориями страны и некоторыми зарубежными государствами. Запомнилось мне оппонирование по прекрасной докторской диссертации министра здравоохранения Каракалпакии (у нее сын был министром экономики республики), защищенной в Ташкенте, присутствие и выступления на защитах диссертаций в Алматы и в других городах вне России.

* * *

В НПО были организованы два диссертационных совета по одной и той же специальности (кандидатский и докторский), а также документационный центр ВОЗ, центр обучения руководящих кадров, центр обучения медицинской и аналитической статистике, центр обеспечения качества медицинской помощи, что способствовало распространению научных знаний и их проникновению в практику здравоохранения. Например, в Чувашии по инициативе тогдашнего министра республики О. Шарাপовой мы провели пять циклов обучения и подготовили практически всех главных врачей республики и их заместителей. Для лицензионного обучения с выдачей сертификатов специалистов при НПО мы создали центр обучения руководящих кадров здравоохранения (руководитель — Г.И. Галанова). Этот центр, в отличие от многих кафедр, имел возможность оперативно приглашать для проведения занятий лучших специалистов по той или иной тематике с учетом запросов обучающейся стороны. Обучение проводилось в больших и малых городах, нередко по несколько раз, и велось по единой установленной программе с выдачей сертификата установленного образца. Кроме очно-заочных и выездных циклов, использовалось дистанционное обучение с помощью телемедицины из центра Натензона и института Л. Бокерия (Ступаков, Столяр). В таком обучении могли принять одновременное участие группы из нескольких городов, однако при этом преподаватели не ощущали аудиторию и потому не могли по ходу корректировать свои выступления. Подготовкой руководящих кадров я занимаюсь с 1971 г. Мне нравится этот процесс, внимательно слежу за реакцией аудитории, лекции читаю без бумажек, если аудитории интересно, могу уйти в сторону от темы, если нет, могу вернуться на главную линию, если слушатели устали, можно рассказать им какую-нибудь историю по проблеме, могу чуть-чуть повысить голос, тогда все уставшие вздрагивают. Обычно я никого не учу,

а просто вместе с аудиторией обсуждаю проблемы, иногда на примере абстрактной территории или страны. Мобильными телефонами (тогда для этого требовалось специальное разрешение) и персональными компьютерами стал пользоваться, как только они у нас появились, хотя глубоко в них не стал разбираться. Компьютерными играми и участием во многих сетевых общениях не занимаюсь, просто некогда и сейчас.

В НПО (или институте) развивались такие перспективные направления, которые были крайне необходимы отечественному здравоохранению, как, например, обеспечение качества медицинской помощи и управление им, доказательная медицина, ПМСП, здоровье детей и подростков, пожилых людей, повышение доступности, информационное обеспечение и т.д.

* * *

В то время страна готовилась получить кредиты от Всемирного банка (ВБ), и потому в Россию был направлен значительный десант внешних экспертов по разным направлениям. Группа по здравоохранению ВБ долго искала то место, где сосредоточена вся информация, и, наконец, осела у нас. Я прикрепил к этой группе наших специалистов, которые разъясняли, что означают те или иные показатели. Особенно у них «плыли мозги» от наших ФПов и ФАПов.

Поработали хорошо, составили отчет. По завершении руководитель группы доктор Говард Барнум из Всемирного банка (отдела населения и кадров) задал мне два вопроса: был ли я в США и как отблагодарить сотрудников за работу. На первый вопрос я ответил отрицательно, хотя и знал кое-что по доступной литературе, а по второму — предложил не благодарить по отдельности (что вызвало бы много вопросов), а купить НПО цветную типографию, которая вскоре к нам поступила. Мы смогли печатать свою продукцию, материалы к каждой конференции, совещаниям заведующих кафедрами и т.д. Издали в 1999 г. и мою книгу «Проблемы теории и практики здравоохранения в переходный период и пути их решения», представляющую собой сборник избранных публикаций за последнее десятилетие. Там содержались статьи, связанные с проблемами здоровья населения, носящие предостерегающий характер, подчеркивалась чрезвычайность ситуации в воспроизводстве здоровых поколений и предлагалась структура национальной программы улучшения здоровья с деревом целей, содержались перспективы развития ПМСП, вопросы обеспечения качества, финансирования, медицинской статистики, обеспечения кадрами и перспективы здравоохранения как в целом, так и на региональном уровне. Иначе говоря, этот сборник содержал определенные соображения по широкому спектру проблем, был распространен по всем отделам здравоохранения страны, нашим кафедрам и выдавался

приезжающим в НПО участникам конференций и семинаров. Из этого сборника также следует, что еще в самом начале 1990-х годов предлагалось четко разделить проблемы организации медицинской помощи, оставив их в ведении отраслевого министерства, и улучшения здоровья населения (как межведомственную государственную проблему), создав для этого специальный Госкомитет, а позднее — соответствующий совет при президенте РФ. Установились хорошие контакты со многими посольствами в Москве, с Агентством международного развития США (Джим Смит, Терренс Тиффани и др.), с Московским представительством Всемирного банка (Мария Ваннари, Татьяна Логинова и др.).

* * *

Через некоторое время я получил приглашение выступить в апреле 1992 г. на 20-м ежегодном конгрессе Североамериканского общества по семейной медицине (NAPCRG) в Ричмонде (штат Вирджиния), проходившем под девизом «Исследования для пациентов». Организаторы брали на себя пребывание там, а проезд оплачивал Всемирный банк. Он же мне и сотруднику НПО программисту В. Ольшанскому организовал после конгресса турне по США (Вашингтон—Ричмонд—Атланта—Чикаго—Нью-Йорк) и Канаде (Оттава—Торонто). В Ричмонде разместили нас в отеле Эмори на этаже, куда не было кнопки, и лифт туда ехал с помощью отдельно выдаваемого ключа. Конгресс прошел хорошо, мой доклад слушали с интересом. Потом президент местного университета организовал мне встречу со студентами, очень умными ребятами, в своем доме, который на это время он со своей женой деликатно покинул. Выход в сад начинался с высокой открытой площадки, на которой было много стульев и пару столиков. Поразили студенты, которые вели себя там как дома: открывали холодильники, брали из них напитки и т.д. Видимо, не только мне студенты понравились своей любознательностью и сообразительностью, но и я им, поскольку после этой встречи президент университета предложил мне контракт пока что на четыре месяца с очень приличным окладом. Но как я мог оставить НПО — свое детище? Я отказался.

Меня всегда поражало, и это я хочу подчеркнуть еще раз, выраженное несоответствие между достаточно примитивным массовым школьным образованием в США без домашних заданий и с представлением всех предметов в одной тетради и высоким уровнем университетского образования, когда студенты четко знали, кем они хотят быть, и соответственно этому заказывали себе определенное количество часов по каждому предмету. Именно поэтому им, в отличие от нас, система отбора не нужна. Обучение построено по принципу комплексного рассмотрения любой проблемы по определенной специальности с участием разных специалистов, а потом

студенты решают разнообразные клинические задачи. Мне такой подход импонирует, и я его пропагандирую. Дело в том, что мы морфологию (анатомию, гистологию) проходим на первых курсах, а когда доходим на старших курсах до органов и систем, это все забывается. Получается, что врачей в США готовят штучно и длительно, а мы — массово и выпускаем скороспелок. Удивительно было и то, что дети при первой же возможности старались там вылететь из родительского гнезда и жить самостоятельной жизнью, приезжая к родителям на праздники.

Потом мы были в центрах по контролю за болезнями — CDC (затем там я был еще несколько раз) в Атланте (штат Джорджия), там же, в университете Эмори. Тогда директором CDC был Дэвид Сатчер, впоследствии ставший генеральным хирургом США (высшая медицинская должность), его заместителем по международным связям — Роберт Болдвин, руководители центров, входящих в состав CDC: Фрэнк Виникор, Ричард Джексон, Майкл Эриксен, Джеймс Марк и другие, с кем мне довелось многократно встречаться. Из Атланты перелетели в Вашингтон, где посетили Центр статистики здоровья CDC, с которым затем было длительное и плодотворное сотрудничество, и их министерство, оттуда в Канаду — Оттаву и Торонто, встречи в министерстве, медицинской ассоциации, центре аккредитации и лицензирования. Торонто произвел на меня очень сильное впечатление: вроде город похож на современный американский, но без какого-либо криминала. После этого — Нью-Йорк (ЮНИСЕФ и Отдел демографической статистики ООН). Оттуда — домой. Но Слава Ольшанский пожелал остаться в США (двое его детей уже учились в США), а я торопился домой. Жена Ольшанского работала в Москве, в журнале «Химия и жизнь», откуда ее тотчас же уволили, и мне пришлось помочь ей с оформлением документов на выезд. После этого в США я был почти 40 раз по линии WB, АИНА, межправительственных соглашений в разных штатах (кроме западных) и городах, на длительной стажировке в Институте экономического развития Всемирного банка, на двухнедельном семинаре по законодательству в Бостонском университете, на конференциях, семинарах и т.д. Довольно часто меня опекали руководитель Третьего департамента Всемирного банка Роберт Либенталь, с которым как-то вместе довелось читать лекции в Московском университете, и Джеймс Харрисон.

* * *

Помню, в Нью-Йорке с 52-й улицы мне нужно было идти на какую-то встречу. А в этот день лет пять назад трое полицейских забили дубинками насмерть одного афроамериканца. Был суд, который по ряду причин оправдал действия полицейских. И это часто показывали по телевизору

в качестве напоминания. Потом такого рода события в США возникали несколько раз. И каждый год именно в этот день афроамериканцы стали устраивать погромы по всей стране. В Нью-Йорке они неслись по Манхеттену по 3, 5, 7 и 9-й авеню вниз, к башням, сметая все на своем пути, разбивая шикарные витрины и переворачивая автомобили. Как пересечь этот мощный поток, я не знал. Смотрю, расставив ноги, стоит полисмен. Я подошел к нему и спросил, как лучше пройти к назначенному месту. Он ответил: «Вы же видите, сэр, что творится на улицах» — и порекомендовал обходной путь. Я поблагодарил и не успел сделать несколько шагов, как он меня догнал со словами: «На улицах очень беспокойно, пойдемте, я вас провожу». Я, конечно, слегка обалдел и подумал, что если такое будет возможно в России, то мы будем процветать. На прощание он мне подарил полицейский свисток, с которым я забирался в такие места, где даже днем лучше не показываться. Почему бы не использовать опыт США по созданию муниципальной полиции по следующим причинам.

1. Полицейскому там есть что терять, поскольку работа на государство предоставляет особые бонусы и все социальные гарантии.

2. Начальная зарплата полицейского — 42 тыс. долларов в год (это вообще-то средняя зарплата по стране), но она за последующие пять лет возрастает минимально до 78 тыс. долларов. Отраслевые профсоюзы гарантируют по своей линии дополнительное повышение зарплаты на 3—4% в год и отпуск до пяти недель. Кроме того, профсоюзы гарантируют защиту в суде от начальства, предоставление адвоката, пособие при травмах, а в случае смерти — пожизненную поддержку семье.

3. Полицейский от государства получает полный пакет медицинских услуг на себя, нынешнюю семью, старую семью с его детьми, включая лечение в лучших клиниках и приобретение лучших лекарств.

4. Пенсия выплачивается после 20 лет работы в полиции, но, заслужив ее, полицейские не уходят со службы, так как государство гарантирует карьерный рост.

5. При отсутствии взысканий гарантируется постоянное повышение, но не столько в звании, как у нас, сколько в должности с повышением оклада.

6. Пенсия начисляется исходя из 50% зарплаты пяти лучших лет работы. Сверхурочные, работа в выходные и праздничные дни оплачиваются отдельно, и потому в лучшие годы зарплата может достигать до 130 тыс. долларов, что дает пожизненную годовую пенсию в 65 тыс. долларов.

7. Далее к этой сумме каждый год государство начисляет по 1,5% за каждый проработанный в полиции год. И к этому добавляется обычная гражданская пенсия, которая выплачивается государством независимо от того, кем человек работает.

Вот и спрашивается, захочет ли американский полицейский променять все это на взятку в 300 долларов? Все это здесь представлено, чтобы подчеркнуть значимость муниципального уровня и муниципальной полиции, обеспечивающей безопасность граждан и подчиняющейся местным органам власти, а не своим профильным вертикальным структурам.

Запомнилось также посещение одного ресторанчика в Нью-Йорке, который находился во дворе, а пройти туда нужно было через парадное дома. После этого пошел искать туалет, он оказался в подвале парадного. Спустился, мужской и женский оказались занятыми. Подошла какая-то пожилая американка и буквально за несколько минут скороговоркой вывалила на меня всю свою жизнь, рассказав про смерть мужа, все про свою дочь, зятя и т.д. Это меня шокировало, тем и запомнилось. На Бродвее, пересекающем широкие авеню, помимо театров, находился магазин техники, в котором по-русски говорили эмигранты из Грузии. Вообще Нью-Йорк космополитичен, примерно в 60% случаев можно услышать латиноамериканскую речь; отдельными кварталами и даже районами живут, внутри же общаются, не выходя за их пределы, выходцы из Китая, СССР, Сербии и т.д. Там у них все свое: магазины, кинотеатры, рынки и т.д., а американская Америка находится за пределами кварталов их проживания, и туда они могут даже не заходить.

В Нью-Йорке мне показали частную индивидуальную врачебную практику, шикарно оснащенную. Но врач ожидает, когда придет пациент, и прежде всего изучает страховку и говорит пациенту, что он делать не будет, поскольку это не включено в страховку. Параллельно посетил муниципальную бедную мини-поликлинику. Состояние ужасное: завернутый старый линолеум, потеки на стенах и трубах, обшарпанная мебель, но принципы работы — абсолютно верные. У каждой медсестры свой план работы на каждый день по обходу пациентов. Врач ведет прием, но по вызову медсестры может выехать на место к пациенту. Мне этот принцип работы (но не условия) импонировал.

Однажды, когда я был на очередной конференции в Вашингтоне, за мной прилетели из Чикаго, купили мне авиабилет и поменяли билет на Москву. Провел я в Чикаго (штат Иллинойс) всего несколько дней, включая выходные, в Joint Commission International Accreditation Standards for Hospitals, и со мной постоянно работали. Одновременно эта Объединенная комиссия по стандартизации выпускала журнал «Перспективы», в котором расшифровывались порядок и обзоры аккредитации, критерии и интегрирующие результирующие показатели. Американские города в своей массе построены по принципу «в даун-тауне», то есть в центре: множество небоскребов, от которых в разные стороны разлетаются хайвеи, по которым американцы добираются к себе в загородные дома. Построенная по такому принципу Атланта (штат Джорджия) содержит много

персиковых улиц и является местом расположения известных на весь мир центров по контролю за болезнями (CDC), где я бывал несколько раз. В Чикаго, крупном по численности населения городе США (2,8 млн человек, 45% белого населения), известном финансовом и промышленном центре, все небоскребы выстроились неровной по высоте стеной вдоль озера Мичиган, отражаясь в нем.

Работа была в Объединенной комиссии по аккредитации больниц, к которой мы еще вернемся. Меня в деталях ознакомили с международной системой аккредитации и соответствующими критериями. В выходные дни со мной работали Тина Донахью, Карен Тиммонс, Суси Макбет, Пол ванн Остенберг, Карол Гилмор, Мари Боув и др. Больницы аккредитуются в каждом штате, то есть происходит универсальная проверка условий работы, а лицензию получают врачи. При переезде в другой штат лицензию нужно получать заново. Аккредитация по форме является добровольной, но по сути носит принудительный характер, поскольку страховые организации не заключают договоры с неаккредитованным учреждением. Процесс проходит в три этапа: первый — это самоаккредитация по полученным заранее критериям, второй — внешняя экспертная аккредитация, а на третьем — проводятся опросы врачей и пациентов и в итоге выдается документ. В мое распоряжение предоставили большой лимузин. Потом на огромных лимузинах довелось мне ездить еще много раз в США и Великобритании. И вот мы мчимся в аэропорт, поскольку слегка опаздываем. И вдруг машина останавливается и замирает. Остановилось все движение в обе стороны. Оказалось, что большой гусиный выводок неспешно, вразвалочку, с достоинством пересекал дорогу. К самолету едва успел.

В Москве показал критерии для аккредитации в Минздраве, но, к сожалению, они никого не заинтересовали, и мне даже запретили перевести их на русский язык, что пришлось сделать подпольно. Помню март месяц в Бостоне, где был потом пару раз. Стояло яркое солнце, и, когда я увидел Атлантику, под ироничными взглядами американцев полез купаться в ледяную воду. Довелось мне также бывать там во многих семьях, несколько раз по приглашению Академии наук США, а всего — трудно поддающееся учету число раз.

* * *

Весьма поучительный пример оставила нам Великая американская депрессия (как тогда обозначить начало наших лихих 1990-х²), спровоцированная жадными олигархами и коррумпированными чиновниками и приведшая к массовой безработице, голоду, высокой смертности, разгулу организованной преступности и бандитизма. А началось все

с 24 октября 1929 г., с черного четверга, когда начался глобальный биржевой крах. К 1933 г. обанкротились половина банков страны, в результате — потерянные вкладчиками миллиарды долларов, массовая безработица, голодное время, 90% детей страдало от недоедания. Тогдашний президент США Франклин Д. Рузвельт (с высоким уровнем интеллекта), избравшийся рекордное число раз (четыре срока), отлично понимал, что страну из кризиса могут вывести не богатые люди (как это ошибочно думает власть у нас сейчас), а интеллектуалы (которые у нас сейчас далеко не в почете, я бы сказал, даже в загоне), и потому он создал творческую команду и провозгласил девизом: «Делайте что-нибудь полезное для страны». Его советником был британский эксперт, известнейший специалист по экономике и рыночным отношениям Дж.М. Кейнс, женатый на российской эмигрантке. Такие браки в моде до сих пор. Кейнс предложил лечить рынок в условиях кризиса в социалистическом направлении с помощью умелого государственного регулирования и планирования, системы государственных дотаций и амбициозных программ массового строительства объектов общенационального значения: электростанций, сети дорог, предприятий. Жизненным кредо Рузвельта было: «Счастье заключается не просто в обладании деньгами — оно в радости свершений» — и он выдвинул лозунг: «Что ты можешь сделать для своей страны?». Вначале его команда полностью прекратила утечку денег из страны, процентная ставка стала минимальной, инвестиционные деньги были сконцентрированы на реальном секторе экономики и создании рабочих мест, они были жестко отделены от спекулятивных, что не допустило их разбазаривания. Был принят закон Гласса—Стиголла — федеральный законодательный акт, подписанный президентом США 16 июня 1933 г. и вплоть до конца XX в. определивший облик американской банковской системы, запретив коммерческим банкам заниматься инвестиционной деятельностью, существенно ограничив право банков на операции с ценными бумагами и введя обязательное страхование банковских вкладов. По сути, этот закон отделил спекулятивные, или инвестиционные, банки от обычных коммерческих, кредитующих население и реальный сектор экономики и не имеющих права работать на фондовом и других спекулятивных рынках. Это очень важно понять для нас, поскольку бюджетная поддержка банков у нас не способствует росту инвестиций. Затем президентская команда там существенно увеличила до 50–60% налоги на доходы богатых людей, чем вызвало сильное недовольство олигархов и сопротивление с их стороны. Далее в США был установлен минимальный уровень зарплаток, ниже которого никто не должен был получать, а государство начало активно вмешиваться в вопросы экономики, регулируя и устанавливая правила игры на рыночном поле, и взяло на себя социальную ответственность за пожилых людей и детей.

Одновременно решался вопрос, чем занять 17 млн безработных и как поддержать членов их семей. Так началась обширная национальная программа общественных работ, финансируемая из бюджетных средств государства и продолжающаяся шесть лет вплоть до 1937 г. В процессе этих работ были созданы парки и высажены 20 млн деревьев, проведена широкая ирригация, построено 300 новых аэропортов, 70 тыс. малых и больших мостов, множество туннелей, школ, больниц, электростанций, заводов, проложены прекрасные автодорожные магистрали, ставшие лицом Америки. Тогда же были построены 60% нынешних муниципальных зданий, большое количество жилых домов, а созданная в то время индустриальная база позволила в годы войны выпустить 300 тыс. самолетов и 100 тыс. танков. Рузвельт вытащил страну из кризиса, но был ославлен своими политическими оппонентами как «розовый» (полукрасный) и почти коммунист. А он просто справедливо в критический момент использовал принципы мобилизационной экономики, которая как раз в годы кризиса и показала свою эффективность. Вот вам и американская либеральная экономика. Этот опыт практически бесценен, в том числе и для нашей страны в ее нынешнем положении, особенно когда мы вступаем в зону рисков и когда понадобятся нетривиальные решения для преодоления кризисных явлений, необходимости которых власть пока не ощущает. Я надеюсь, что, если задует попутный ветер требуемых перемен, тогда может понадобиться та работа по Стратегии охраны здоровья, которую подготовила группа экспертов-специалистов. Именно на период так называемой Великой депрессии при поддержке государства приходится в США расцвет кино, джаза, кантри-мюзик, книгоиздательства, а также создание музеев, бесплатных для посещения школьников и для всех остальных в выходные дни, упорядочение архивов, детальное изучение своей истории. Иначе говоря, из кризиса в США тогда извлекли и немалую пользу, рассматривая его как встряску и накопление позитивного опыта, с тем чтобы двигаться дальше. Именно в то время и были заложены основы будущего могущества США.

* * *

Новый толчок в развитии российско-американских отношений получился в результате организации Межправительственной комиссии Россия—США по научному и научно-техническому сотрудничеству, которую также называли Комиссией Гора—Черномырдина. В рамках этой комиссии выполнялся также совместный проект по здравоохранению. Кстати сказать, мы придумали для Evidence-Based Medicine перевод как доказательная медицина, а не в виде сложного и дословного предложения «Медицина, основанная на доказательствах». Дома организовали первую

конференцию по доказательной медицине, на которую наряду с другими зарубежными экспертами пригласили К. Гаусса, директора Агентства США по здравоохранению и качеству.

Потом его на этом посту сменил Дж. Айзенберг в ранге замминистра здравоохранения и социальных служб США, с которым мы плодотворно сотрудничали до самой его кончины. Написанный мною некролог (см. мой сайт: viperson.ru) зачитывали на его похоронах. Если на выбор Джона с американской стороны повлияло его увлечение русской литературой и культурой, то меня сделали соруководителем, поскольку проект, состоящий из двух направлений (доступность качественной помощи и проведение медико-статистических сравнений), требовал научных и аналитических разработок, а не чиновничьего участия. Джон был, на мой взгляд, типичным американцем: добрым и сострадательным в быту, активно-энергичным и напористым в работе. Наши отношения напоминали улицу с двусторонним движением, все строилось на взаимном доверии, мы могли долго обсуждать какую-то проблему, спорить, договариваться, но после того как договорились, нужно было буквально умереть, но сделать. И никакие отговорки (кто-то уволился или исчезли возможности) тут не помогали. Я знал примеры, когда в таких случаях они оповещали многих, что с этим человеком нельзя иметь дело, он может подвести. Именно при работе с американцами во мне устоялись такие черты, как системность мышления и жесткая обязательность. Многие американцы были вполне радушными и до крайности законопослушными людьми и, что удивительно, чувствовали себя свободными даже в условиях не меньшей бюрократичности, чем у нас. Если в своей массе американцы — люди дела, то россияне в большинстве случаев — люди слова и интеллекта. Вот почему в России может быть создано нечто уникальное и необычное, но в единственном экземпляре, а в США — в массовом порядке. Но это мое личное представление.

Кроме того, было несколько международных проектов, в которых мы участвовали: проект Всемирного банка, где совместно с партнерами из Нидерландов мы осуществляли мониторинг за промежуточными результатами проекта, проекты ТАСИС по индикаторам качества медицинской помощи и два проекта по ПМСП. Первый проект по поручению министра А. Царегородцева мне пришлось не просто экспертировать, но и отстаивать его на «Группе семи» под председательством первого вице-преьера А.Б. Чубайса (там рассматривались также проекты по сельскому хозяйству, реконструкции центральной части Санкт-Петербурга и др.), где министр экономики Е.Г. Ясин засыпал меня вопросами, но я на них ответил, и проект по здравоохранению был принят. На таких проектах рос международный и внутрироссийский авторитет института, а несколько сотрудников — кураторов проектов (Т. Ляшенко, А. Короткова и др.) — имели

возможность в них подрабатывать. Я был рад за них, сам же получал удовлетворение от работы. Тогда же, начитавшись литературы о лидерстве, пришел к убеждению о том, каким должен быть руководитель научной организации. Во-первых, он должен видеть перспективы развития организации с учетом перспективных направлений в избранной проблематике. Во-вторых, он должен уметь поставить задачи перед коллективом при полном взаимном доверии и уважении, владеть методологией научных исследований и системно мыслить, чтобы увязать разрозненные результаты в единую картину. В-третьих, он как лидер должен находиться на острие движения, уметь организовать и сплотить коллектив, придав ему постоянное движение (развитие), ибо в стоячем болоте мгновенно заводятся черти, служить для сотрудников крышей над головой, то есть защищать и отстаивать их интересы. Этим я руководствовался и в какой-то степени старался этому соответствовать. Атмосфера в коллективе была вполне демократичной, и каждый мог раскрыть свои способности. Мое же дело было в том, чтобы создавать для этого нужные условия и систематически организовывать поступательное движение.

* * *

В НПО прекрасно работали Михайлова, Жуков, Чернявский, Мартыненко, Козлов, Кудрина, Сошников, Потехина, Волков, Шарапова, Ермаков, Веселкова, Леонов, Землянова, Скворцова, Абросимова, Иванова, Киселев, Варавикова, Магнитский, Секриеру, Коротков, Кравченко, Купина, Калининская, Матвеев, чета Цыбульских, Кайгородова, Короткова, Галкин, Финогенов, Цешковский, Савиных, Девишев. Погорелова, Сулькина, Гаджиева, Сулаберидзе, Громова, Купина и многие-многие другие. Всего почти 300 сотрудников.

Как уже говорилось, в НПО было несколько диссертационных советов. С большим трудом удалось создать, а точнее, пробить два диссертационных совета, докторский и кандидатский, по одной и той же специальности. Сделал это я потому, что в НПО были очень опытные и квалифицированные кандидаты наук, которых нельзя было, по моему разумению, отключать от подготовки научных кадров. И, надо сказать, оба совета работали интенсивно, а у руководства была возможность их равномерно загружать. После меня новое руководство института прикрыло один совет, мотивируя тем, что докторский совет может принимать к защите и кандидатские диссертации. Вроде по форме все правильно, но по сути неразумно. Я старался, чтобы любое дело (конференция, семинар, совещание, защита диссертации и т.д.) превращалось в школу обучения как для участников, так и для приглашенных. Процесс приема диссертаций к защите происходил таким образом. Диссертант приезжал к ученому секретарю двух советов

Е.И. Сошникову, который приводил его ко мне с заявлением для принятия диссертации к рассмотрению на совете. И соискатель рассказывал основное содержание своей работы. Конечно, приветствовались работы, расширяющие диапазон наших исследований и знаний. В качестве примера можно привести докторские диссертации О. Шараповой, М. Кузьменко, А. Вялкова Р. Хальфина и др. Затем шла обычная процедура, в том числе предзащита, а перед защитой Е.И. Сошников контролировал автореферат, заслушивал соискателей, засекал время, объяснял им, как себя держать и вести, как отвечать на вопросы и т.д.

Дело в том, что диссертация вычищалась на предыдущих защите этапах, а защита тогда должна была выглядеть как праздник для всех и, как говорилось, быть научной школой. Именно поэтому советы работали не кулуарно, и на каждом заседании присутствовало немало сотрудников. Приезжали и члены экспертного совета ВАК. Этими же принципами руководствуюсь и сейчас, работая в другом институте и являясь членом другого диссертационного совета, жестко вычищая диссертации еще на этапе их апробации. Теперь положение иное: ВАК перестал доверять диссертационным советам (в ряде случаев обоснованно) и акцент перенесен не на предзащитный этап, как было ранее, а именно на защиту, которая теперь иначе организована, и при этом все должно записываться. С Е.И. Сошниковым, день рождения которого отмечается 2 января, и его семьей мы сдружились, тем более что их загородный дом в подмосковном поселке Шереметьевском находится не очень далеко от нашей дачи, и даже теперь, спустя годы после совместной работы, иногда общаемся.

Кроме того, на базе НПО было создано несколько сотрудничающих центров ВОЗ и велась широкая международная деятельность. К каждому заседанию исполкома ВОЗ и к каждой Генеральной ассамблее ВОЗ по каждому из обсуждаемых там вопросу наши сотрудники готовили позицию российской делегации с учетом предыдущих резолюций и устава ВОЗ. Обычно рассматривалось не менее 30 вопросов. Документационный центр ВОЗ на базе НПО способствовал распространению материалов ВОЗ в России, Центр по обеспечению качества медицинской помощи распространял соответствующие идеи ISO (стандарты качества) и доказательной медицины, Центр обучения статистики проводил обучение не только медицинских статистиков, но и руководителей здравоохранения. О Центре обучения руководящих кадров уже говорилось выше.

Специалист из Национального центра статистики здоровья США, входившего в состав мощных центров контроля за болезнями, Боб Израэль, руководил Американским центром по международной классификации болезней, травм и причин смерти. При этом он был настолько занят, что никак не мог принять мое приглашение приехать в Россию, а когда вышел на пенсию, то его стали приглашать во все страны. Пришлось его

ловить по дороге из Индии в Норвегию. Он без единой бумажки рассказывал нашим специалистам об особенностях классификации (МКБ-10) и о возможных ошибках, при этом настолько увлекательно и образно, что казалось, он на память читает патетическую поэму. Потом эти знания передавались дальше. Почему-то уверен, что нынешние руководители здравоохранения этим материалом не владеют, что не только отражается на качестве результатов деятельности, но и не способствует развитию этиологического и патогенетического мышления.

* * *

Мы принимали активное участие в европейских проектах по качеству медицинской помощи и по первичной медико-санитарной помощи. Вообще работа с зарубежными организациями и проектами велась следующим образом. Вначале по приглашению (ни разу за счет НПО или страны) я выезжал за рубеж, а потом определял нашего сотрудника, который затем курировал это направление и распространял полученные новые знания. И в советское время я выезжал за рубеж не за наш счет, но практически всю полученную валюту (например, от ВОЗ), за исключением весьма скромных командировочных, гостиничных и проездных (все по документам), вынужден был сдавать в Минздрав СССР. Экономить приходилось на питании (суточных), которое мы всегда брали с собой из Москвы. Каждый раз, когда я возвращался из-за рубежа, откуда иногда приходилось привозить некоторые дефицитные у нас качественные продукты, теща спрашивала, нельзя ли было там остаться. Первый раз это произошло после моего возвращения из Финляндии, где мне предложили поработать. Я думал, это шутка, и отшутился тем, что, мол, у нас с Финляндией есть соглашение о выдаче перебежчиков, полагая, что этот вопрос закрыт. Но каждый раз он возникал вновь и вновь. Именно поэтому, когда в первый раз вернулся из США, тогда, когда мне предлагали там работу за нереальные для нас 16 тыс. долларов в месяц, я об этом долго молчал. А потом, спустя год, как-то пришлось выпить, и я разговорился. Видели бы вы реакцию на мои слова, особенно учитывая мою тогдашнюю зарплату по самой верхней графе тарифной сетки, что было эквивалентно нескольким сотням долларов. Конечно, совсем немного еще набегало за лекции и публикации, но все равно это было во много раз меньше, чем предлагалось. Всего у меня около 600 публикаций, в том числе 32 книги, как монографии, так и в содружестве с В. Медиком, С. Ермаковым, И. Веселковой, Т. Сибуриной, Х. Альдерегия, С. Нотзоном, М. Виененом. Очень интересную и глубокую мысль как-то по отношению к жизни в другой стране высказала моя жена. И это она сказала мне в Вашингтоне, куда мы прибыли по приглашению Американской академии

наук. По ее мнению, человек, приехавший жить в Швецию, Германию, Францию и т.д., никогда полноценным жителем этой страны не станет, а в США — может стать, потому что они там одинаково чужие друг другу. Вся международная активность НПО была направлена на пользу России: рос авторитет страны и здравоохранения, повышалась квалификация наших кадров и расширялся их диапазон, а в науке и практике использовались подходящие для страны международные достижения.

* * *

Осознавая, какой хаос творился в нашем здравоохранении, мы приняли решение подготовить перспективную концепцию развития здравоохранения и медицинской науки в стране, основанную на результатах исследования, анализа и экспертных оценок, с тем чтобы хоть каким-то образом упорядочить хаотичные усилия и сконцентрироваться на выделенных приоритетах. Работа продолжалась несколько лет. Задача состояла в том, чтобы привлечь внимание к необходимости создания перспективной модели, ибо, как говорил Дж. Голсуорси, «если вы не думаете о будущем, его у вас не будет». Эта концепция была обсуждена на совместном заседании коллегии и бюро ученого медицинского совета Минздравмедпрома РФ в 1994 г. В основу концепции были положены главные проблемы здоровья населения в виде рассчитанных потерь общества (в человеко-годах) от смертности в разных возрастно-половых группах и от разных причин смерти, что позволило оценить потери обобщенного жизненного и трудового потенциала с помощью методов потенциальной демографии. Были рассчитаны средний возраст умерших от разных причин (кстати, интересные и не часто используемые показатели), годы недожития хотя бы до ОПЖ, оценены элиминационные резервы в виде вклада различных возрастно-половых групп и причин смерти в ОПЖ. Это позволило проранжировать проблемы по их значимости для общества, то есть научно обосновать приоритеты. Затем по каждой группе потерь была выделена преждевременная смертность, и, поскольку не все случаи смерти возможно предотвратить, экспертным путем с учетом европейского списка предотвратимых причин были установлены доли ее предотвратимости. Это был первый этап работы. На втором этапе были определены виды и службы охраны здоровья и оказания медицинской помощи, ответственные за эти потенциально предотвратимые потери, оценены степень и адекватность (этим потерям) их развития с выявлением дефектов и причин несоответствия, возможностей и перспектив их устранения с определением необходимых для этого организационно-управленческих решений и ресурсов (кадровых, материально-технических и финансовых). В результате были определены на перспективу варианты действий, значительно снижающие потери общества в здоровье.

Повторить такую работу в нынешних условиях практически невозможно, так как тогда для этого потребовались усилия всего НПО в течение нескольких лет и участие соответствующих разнопрофильных экспертов-специалистов. Тем не менее имеющийся опыт обоснованного выделения приоритетов пригодился в дальнейшем. На коллегии этот вопрос был первым и основным, и на него должна была приехать вице-премьер, но она запаздывала, и потому вначале рассмотрели менее значительный второй вопрос. Надо сказать, что министр здравоохранения РСФСР А.И. Потапов любил подлавливать выступающих на коллегии. Допустим, какой-то руководитель территориального здравоохранения отчитывался на коллегии по онкологии, а А. Потапов, неожиданно прерывая его, спрашивал о младенческой смертности, чем ставил в тупик докладчика и этому очень радовался. Кстати, его закрытая докторская диссертация защищалась по докладу и по двум несовместимым специальностям: кардиологии и онкологии. Кто-то у меня выпросил потом этот уникальный доклад. Но мне запомнилось упоминание на каждой странице по несколько раз Е. Лигачева и описание структур региональных кардиологического и онкологического центров с отделом кадров, канцелярией, спецотделом и т.д. А дело все в том, что еще в советское время состоялся коммунистический субботник, и вырученные деньги решили направить на здравоохранение. Чазов и Блохин их использовали на строительство своих центров, но еще много осталось.

И тогда они стали предлагать строить аналогичные центры в регионах. В Томске за это взялся энергичный главный врач областной психиатрической больницы А. Потапов, который затем переехал в Москву и после министерства был директором института им. Ф. Эрисмана в Перловке. Зная, что А. Потаповым готовится «избиение» нашей научной разработки и научного коллектива заодно, в зале не было свободных мест, репродуктор был вынесен в коридор, также полностью заставленный стульями. Но когда я доложил, все притихли: методология оказалась просто убийственной. Видимо, мало кто понял тогда эту работу и ее логику, так как ни вопросов, ни замечаний, ни суждений не было. Концепция была одобрена, но ничего по ней так и не было сделано. Несмотря на это, проделанную работу нельзя считать бесполезной, она разработчикам (и не только им, сейчас у многих является настольной книгой) дала очень многое. Потом я видел, как этими материалами пользовались в разных подразделениях министерства.

В это время в стране не было премьер-министра. Б. Ельцин хотел на этот пост представить Е. Гайдара, но противился Верховный Совет. Тогда стал на премьерство негласно котироваться С.Н. Федоров, председатель партии «Развитие предпринимательства». На самом деле он был крупным бизнесменом от медицины и широко пользовался тем, что вернул зрение то ли теще, то ли матери очень высокопоставленного лица. В результате,

как отмечалось, большая часть бюджета Минздрава РСФСР шла ему, в ущерб другим проблемам, в частности материнству и детству. С. Федоров построил свой офтальмологический центр, создал сеть филиалов по стране, разработал операционный конвейер по типу «ромашки», организовал операционные на корабле и в самолете, стал зарабатывать валюту, построил отель, создал коне- и товарно-животноводческую фермы, открыл магазин по продаже оттуда молока. В общем, он жил на широкую ногу и в его руках бизнес процветал. Видимо он прослышал о состоявшейся коллегии и ознакомился с нашей концепцией, поскольку от него у меня раздался звонок с приглашением приехать к нему в глазной центр. До этого в центре я был несколько раз и совместно с тогда еще здравствующим экономистом академиком С.С. Шаталиным и В.С. Либенсоном проводил занятия с работниками центра. Приехал, прошел через сито вроде бы помощников, а по сути охранников. Когда я зашел в кабинет, С. Федоров включил боковую стенку, до потолка состоящую из телевизоров, и два крупнейших экрана позади себя. В общем, «запускальщик». На экраны телевизоров были выведены все операционные. Что-то ему не понравилось, и с малого телевизора он вывел радужку на большой экран. Потом позвонил по телефону и поинтересовался, что происходит и кто оперирует в этой операционной. А я все сижу. Потом он мне и говорит, что его могут назначить премьер-министром и тут же неожиданно предложил мне в этом случае стать министром здравоохранения. Но все же я больше ученый, чем администратор, и потому отказался, но сказал, что у нас есть подходящая для этого кандидатура. И рассказал о А. Вялкове, на что С. Федоров захотел с ним встретиться на завтра. Договорились о послезавтра. Позвонил я в Хабаровск, и А. Вялков прилетел. У меня дома мы с ним все обсудили в деталях, и у них встреча состоялась. Но по каким-то причинам С. Федоров (видимо, его как сильную личность опасался президент) не был назначен, и исполняющим обязанности остался Е. Гайдар. А Вялков впоследствии был назначен начальником лечебно-профилактического управления Минздрава, затем стал заместителем министра, защитил очень интересную по замыслу, чисто организационную докторскую диссертацию, занимался многими проблемами, в том числе стандартизацией в здравоохранении. Сейчас он академик РАМН и директор института в составе Московской медицинской академии.

* * *

Спустя четыре года Минздрав при министре Т.Б. Дмитриевой решил самостоятельно разработать аналогичную концепцию на 1998–2005 гг. Эта концепция была утверждена Правительством РФ, хотя с самого начала было видно, что она мертворожденная по следующей причине:

ее составляли «генералы» от медицины, каждый из которых считал свое направление главным. В результате в концепции было все, практически все аспекты медицины и здравоохранения, не были выделены приоритеты, средств на все абсолютно направления не хватило. Ни одна страна в мире, даже самая богатая, не имела возможности развивать все одновременно. Именно поэтому неслучайно в программах США выделено 20 приоритетов, в программе Великобритании — всего 4 и т.д. Мне довелось присутствовать при анализе 10-летних программ в США. Первая программа на 1980—1990 гг. называлась Health promotion. Diseases prevention. Objectives for the Nation. Обратите внимание — цели нации, а не системы здравоохранения. Это была поистине системная программа с деревом из 226 целей, по каждой цели определялось, что по ней известно (задание для практики с деньгами, ответственными, ожидаемыми результатами и критериями их достижения) и что неизвестно (задания наиболее продвинутым научным учреждениям без всяких тендеров, так как было понимание, что это один из механизмов коррупции) с деньгами, ответственными, ожидаемыми результатами и порядком их передачи в практику. При подведении итогов определялось, что достигнуто из запланированного, что — нет и почему, с последующей корректировкой. Вторая программа на 1990—2000 гг. Называлась Healthy People. Она затем была дважды продлена — до 2010 и до 2020 г. В Великобритании программа называлась Healthy Nation с очень поучительным обоснованием приоритетов.

В итоге программа Т.Б. Дмитриевой тихо и незаметно скончалась, без анализа причин ее невыполнения. После этого была еще одна хилая попытка Минздрава (без учета и анализа полученных уроков) составить концепцию. Но она, повисев на сайте Минздрава некоторое время, так и не была принята и исчезла. Удивительно, но без обоснованной концепции, определяющей перспективы, в стране сейчас принимаются законы, которые должны действовать многие годы, но которые сразу же после их поспешного принятия нуждаются в серьезной корректировке. Хотелось бы обратить внимание на еще одну принципиально важную деталь: во всем мире создаются и реализуются программы (концепции, стратегии) улучшения здоровья, но только у нас в стране — программы развития здравоохранения, что весьма далеко не синонимы, требуют разных усилий, средств, действий и разной ответственности. Различия весьма ощутимы. К этому вопросу мы еще вернемся. Сейчас Минздрав, видимо, в пику нашей стратегии разработал и вывесил свою стратегию развития здравоохранения со множеством принципиальных недостатков и не содержащей ничего нового. Эта стратегия уже обсуждена на карманном общественном совете и может быть направлена в правительство на утверждение. Но это ее не спасет, и она будет мертворожденной.

* * *

Продолжал изредка читать лекции в РМАПО (бывшем ЦОЛИУВ). В то время там к кафедрам прикреплялись НИИ, что значительно усиливало обе стороны. Вот и мне предложили заведовать кафедрой, которой ранее руководил Е.Н. Шиган. Но при прохождении конкурса я заявил, что иду в РМАПО только для продолжения дела Е. Шигана, что не понравилось нескольким членам совета. В этом же году на тайном голосовании в Лиссабоне меня по представлению ряда стран (но не России) избрали членом Комитета экспертов Европейского регионального бюро ВОЗ, а затем и членом Комитета по исследованию служб здравоохранения в Европе. Как-то раздался звонок от М.Н. Савельева, начальника Управления внешних связей (УВС) Минздрава. Он сообщил, что в Россию приезжает региональный директор ЕРБ ВОЗ доктор Джо Асвалл (ныне, к сожалению, покойный), и для него УВС запланировало встречу с нашим институтом. А через день он же сообщил, что в связи с пожеланиями Асвалла ознакомиться с работой МЧС наша встреча отменяется. Я не согласился, и тогда мы стали рассматривать варианты. Прилетал он в субботу, и его сразу же из аэропорта везли на два дня по Золотому кольцу, а в воскресенье привозили в отель «Будапешт». Получалось, что единственно пока свободным был вечер в воскресенье, и я с моим заместителем В. Чернявским готовы были этот вечер занять. Хорошо и недорого посидели втроем в ресторане отеля, рассказали, чем и как занимаемся, после чего Асвалл заявил, что он ломает всю программу, но к нам обязательно приедет. Потом выяснилось, что у него во вторник будет двухчасовое окно с 12:00 для нас. Но во вторник меня подняли в пять утра — пожар в институте. Срочно приехал. Загорелась проводка в подвале (пожарные уже потушили), свет отключен, весь институт в дыму. Открыли везде окна для выветривания, а заместителю по общим вопросам А. Козлову я сказал, чтобы свет к 12:00 был, ведь у нас все наработки на компьютерах. Асвалл приехал вовремя, свет дали через полчаса, и начался оживленный разговор со всеми руководителями подразделений. Сопровождающие говорят ему, что уже два часа и пора ехать, в 15:00 встреча с министром Э. Нечаевым, но он только отмахивался и уехал от нас в 15:00. Когда он вернулся в Копенгаген, подготовил меморандум, чтобы все ВОЗовские структуры взаимодействовали с нашим НПО. С этого момента сотрудники НПО стали участниками многих ВОЗовских мероприятий, рабочих совещаний и конференций, на которых вырабатывались многие рекомендации. Меня включили в группу экспертов ЕРБ ВОЗ по качеству медицинской помощи, которую возглавляла региональный советник ВОЗ по качеству помощи и технологиям доктор Кирштейн Стар-Йохансен. Туда же вошли от ВОЗ Анна-Мария Ворнинг

и автор многих книг по качеству доктор Хану Вуори. Часто привлекали наших специалистов к работе доктор Арун Нанда, региональный советник по статистике, эпидемиологии и информатике, доктор Герберт Цольнер, руководитель подразделения по политике здравоохранения, и многие другие работники ЕРБ ВОЗ.

* * *

Подчинялся институт (и я) непосредственно министру, но и с другими сотрудниками министерства старались поддерживать ровные отношения. Правда, они не всегда из-за чиновничьих амбиций воспринимали правильно наши обоснованные предложения, и потому мы больше работали с территориями, часто выезжая туда и помогая им в составлении и реализации территориальных программ и местных законопроектов, проводя семинары и циклы обучения, стимулируя региональные исследования.

Получил я слезное письмо от одного из заведующих нашей кафедрой в регионе. Он жаловался, что нет учебников (все учебники относились к советскому периоду и к семашкинской модели, а она разрушалась), нет никакой информации для преподавания, данные они извлекают из газеты «Аргументы и факты». Именно поэтому ежегодно в декабре я стал собирать всех заведующих нашими кафедрами. В течение трех дней мы им преподносили те новшества, которые имели отношение к здоровью и здравоохранению по разным направлениям, готовили и передавали статистические и аналитические материалы, помогающие им в преподавательской деятельности. Кроме того, они имели возможность пообщаться друг с другом и обменяться опытом. В тот период были очень сильные и умелые руководители территориального здравоохранения (Галкин, Вялков, Адамян, Шадрин, Рыжаков, Сормолотов, Дзущев, Катанаев, Зыятдинов, Тармаев, Медик, Гуданова, Губин, Шулятьев, Рогожников, Резайкин, Шнайдер, Савельев, Маштаков, Шибков, Ильин, Колинко, Корюкин, Гриненко, Лябин, Самойлов, Широков, Шевченко, Стукалов, Хальфин, Хозяинов, Черниенко, Белявский, Злобин и др.), опытные и грамотные представители наших кафедр (Анохин, Миндлин, Ермаков, Кант, Пустовой, Случанко, Дерябина, Хромченко, Алексеев, Симонова, Грошева, Подлужная, Розенфельд, Долгинцев, Камаев, Кучеренко, Клименко, Красненков, Войцехович, Сабанов, Низамов, Галлулин, Гаджиев, Лебедева и многие другие), которых мы собирали на семинары и совещания на регулярной основе.

За те почти 11 лет, что я директорствовал в НПО, сменилось 10 министров, и все они были разными. Так, Э.А. Нечаев, генерал-полковник медицинской службы (на нем генеральская форма сидела как влитая), напрямую не принимал меня, только по записи через своих помощников.

Он был истым хирургом с соответствующей психологией и не понимал совершенно значимости нашей специальности. С ним было нелегко. Он настаивал, чтобы я присутствовал на каждой коллегии (но на неинтересных для меня я отсутствовал), и, как я не прятался в углах зала коллегии и за спинами, он всегда меня находил либо для того, чтобы, как он считал, я высказал свое особое мнение, либо давал какую-либо справку, хотя на коллегии, в отличие от меня, всегда присутствовали руководители отдела и бюро медицинской статистики Минздрава. Он же и рассорил меня с Т.Б. Дмитриевой, тогда директором Института судебной психиатрии им. Сербского. Насколько мне представлялось, в Минздраве тогда к ней относились не вполне позитивно, никуда не приглашая, по нескольким причинам. Первая — все знали, как она появилась из Иваново в институте при тогдашнем директоре Г. Морозове и как стала потом директором. Второе — она была больше связана с другими структурами, поскольку в ее центре проводились обследования диссидентов и инакомыслящих. И вот Нечаев поручает ей выступить на коллегии с докладом о перспективах развития психиатрической службы в стране. А она стала рассказывать о своем институте. Министр ее все время перебивал, пытаясь вернуть в рамки тематики доклада. А потом спросил, сколько у нас в стране психически больных и каких. Она не ответила. Тогда вместо заведующей отделом статистики своего же министерства Э. Погореловой (потом перешедшей на работу в НПО) он поднимает меня, и я вынужден был дать справку. Вот так он действовал. Или другой пример. Заинтересовался он диагностическими центрами (ДЦ). Именно мы стояли у истоков объединенной организации этих центров (ДИАМА), помогали в ее становлении и проводили обучение их руководителей, в том числе на теплоходе «Достоевский» из Москвы в Санкт-Петербург с заходом на Кижы и Валаам. Проехал министр по этим центрам (в Туле — Цкипури, в Ставрополе — Хайт, в Москве — Манукян и т.д.), поручил Г. Сквирской (начальник отдела Минздрава, единственно «писучий» человек в министерстве) готовить материалы на коллегию, где собирался устроить разнос. Во Франции централизация лабораторной службы началась в 1910-х годах, в США она получила мощное развитие в 1960-е годы, например, известный Портлендский центр (штат Миннесота), а это доказывало, что путь централизации высокочувствительных, специфичных и достаточно тонких и сложных инструментальных исследований является оправданным. При этом создаются дополнительные возможности для обучения кадров, обеспечения реактивами, ремонта техники и т.п. В нашей стране эти центры были созданы еще по приказу Е.И. Чазова, правда, без определения их роли и места в системе здравоохранения. Именно поэтому одни из них были самостоятельными, некоторые приватизированными (с шикарным оснащением за бюджетные деньги), другие — организованы в составе

областных больниц и т.д. Попытки некоторых ДЦ перейти на массовые обследования населения оказались неудачными, так как для массового использования они не предназначены. Не было понимания того, что их исследования должны носить эксклюзивный и уникальный характер. В поликлиниках и больницах нужно было оставить только рутинные повседневные исследования, а уникальные — проводить в ДЦ, то есть создать многоуровневую систему диагностики с учетом возможностей и назначения отдельных учреждений и их типов. Это не было сделано. Прослышав о предстоящем разгроме, я посоветовал Г. Сквирской пригласить на коллегию некоторых специалистов и руководителей, в том числе Е.И. Чазова. Однако министр позвонил ему и сказал, что никакой коллегии не будет, а состоится просто министерское совещание. Но была настоящая коллегия, и министр намеревался снять Сквирскую с работы, в лучшем случае объявить ей выговор из-за плохой подготовки материалов, один из вариантов которых перед этим затерялся в недрах Минздрава. К этому все и шло. И тут выступил я, проведя анализ деятельности ДЦ и их перспектив, тем самым косвенно защищая Г. Сквирскую. И это мне удалось, решение коллегии было беззубым.

Как-то мне звонит М. Савельев и говорит, что вместе с Нечаевым мне нужно лететь в Лондон, но об этом особый разговор. А до этого я там был много раз и все, что нужно, изучил. Даже был однажды по приглашению Ее Королевского Величества (я чуть со стула не свалился, получив это приглашение от Her Majesty) вместе с министром Грузии И.А. Мегарашвили. Тогда мы получили разнообразные воззрения на проводимые там реформы: со стороны парламента, правительства, министерства, региональных властей, ученых, весьма сильной и авторитетной Британской медицинской ассоциации и Общества пациентов, практикующих врачей, проехали пол-страны, ознакомились с работой общих врачебных практик, индивидуальных и групповых, с системой подготовки кадров для них, с системой управления и финансирования здравоохранения, с законодательством, побывали на мюзикле «Отверженные» по сюжету В. Гюго Miserable с баррикадными декорациями и запоминающимися чистейшими голосами. Поскольку нас опекало Министерство иностранных дел (Форин Офис), мы сидели в директорской ложе Лондонской оперы, а перед этим слегка закусили в кабинете директора. Нас возили на огромном лимузине Форин Офис, с баром, в котором, чтобы сесть, нужно было сделать три шага назад. Однажды, когда мы на скоростном поезде ехали на север, я за окном увидел дачки, которые мне показались очень маленькими, и они быстро промелькнули. Сопровождающая нас представитель МИДа Великобритании объяснила, что это были домики для свиноматок с поросятами. Проведенные исследования показали, что хотя свиньи и являются компанейскими животными и любят гулять

вместе, но ночевать они уходят в свои домики, и это способствует более быстрому росту поросят.

Тогда же мы были во многих городах Англии, в родовом замке Черчилля — герцога Мальборо, но особенно поразил огромный собор в Йорке, давший имя крупнейшему городу мира в США. Больше возможностей получить целостную картину преобразований в английском здравоохранении не предоставлялось, хотя после этого я был в Великобритании еще много раз, но уже по отдельным проблемам. В очередной раз я был в Великобритании по приглашению доктора Асвалла вместе с нашим министром и его заместителем. Очень не хотелось в этот раз ехать, поскольку там я был уже много раз, но М. Савельев мне заявил, что наш министр едет с женой, и потому все должно пройти спокойно. И, действительно, при жене он вел себя пристойно, утром, до завтрака в отеле, брал меня под руку и во время прогулки рассказывал о своем хирургическом прошлом. Нас принимали на самом высоком уровне, в том числе в Ланкастерском королевском дворце (символом Ланкастерской ветви королей была алая роза) при свечах. С нами все время была министр В. Ботомли. Театры, музеи, мадам Тюссо, а также медицинские организации. Именно там я понял, что ни наш министр, ни его заместитель В.К. Агапов не знали истинную цену деньгам и тратили фунты направо. С Вирджинией Ботомли Э. Нечаев встречался еще в Москве и сопровождал ее до Свердловска, откуда она полетела в Казахстан. Как следует из ее меморандума после этой встречи, она всю дорогу бесполезно пыталась объяснить нашему министру значение и преимущества ПМСП, а он в ответ рассказывал пугающие ее истории о войне в Афганистане. Нужно заметить, что на некоторых крупных мероприятиях, проводимых под эгидой ВОЗ, присутствовали две королевы: Нидерландов — невысокая Беатрикс Вильгельмина Армгард из династии Оранских-Нассау в оригинальной шляпке и Дании — стройная Маргрете II или Маргрете Александрина Торхильдур Ингрид, представительница старейшей в Европе королевской династии, предпочитающая в одежде сочетание красно-черных тонов.

Через некоторое время, после решения очередного Всероссийского Пироговского съезда врачей, выразившего полное недоверие министру, Э. Нечаев покинул свой пост и стал консулом в Барселоне, а его заместителя направили в Португалию. Однажды по прибытии в Барселону, где я был много раз, у меня в номере раздался из консульства звонок: «Почему не докладываете?» Другая крайность — министр В.И. Стародубов был как бы наиболее демократичным. К нему можно было попасть, заранее не договариваясь, но если он был на месте. И он, доверяя, подписывал нужные бумаги. Остальные министры (А. Потапов, В. Калинин, А. Воробьев, А. Царегородцев, Т. Дмитриева, О. Рутковский,

Ю. Шевченко и др.) занимали промежуточное положение между жесткостью и демократизмом. Некоторые из них узнавали о своей отставке из сообщений по радио по дороге на работу или по телевидению. Вот такой стиль руководства тогда преобладал.

* * *

За последние 40 лет отношение к самому министерству существенно изменилось. Если раньше в отраслевом штабе еще работали специалисты-созидатели, то в последнее десятилетие там стали преобладать непрофессионалы-разрушители, с которыми мало кто из научного мира по общественному здоровью и здравоохранению работает или ведет с ними занятия. Естественно и соответствующее мое отношение к почти всем нынешним сотрудникам Минздрава (кроме Е. Какориной), которые как специалисты в моей сфере деятельности не заслуживают признания и особого уважения. В результате не только я с профессиональных позиций, но и по данным ВЦИОМ многие люди, а также Счетная палата выражают недовольство процессами, происходящими в здравоохранении. Но об этом позже.

К каждому министру приходилось приспособляться, хотя в целом линия НПО была неизменной и направлена на улучшение здоровья населения, адекватное развитие здравоохранения с сохранением лучших черт, присущих отечественной модели, повышение удовлетворенности граждан и пациентов. Выбранный тогда курс оказался путеводной звездой на многие годы. Иначе говоря, последняя научно-аналитическая продукция, в том числе Основные положения стратегии охраны здоровья в РФ до 2030 г. и последующие годы, подготовленные в рамках Комитета гражданских инициатив А.Л. Кудрина, является результатом многолетних наработок всех экспертов-авторов при почти полном консенсусе мнений.

* * *

Ежегодно в рамках НПО организовывались две-три всероссийские или международные конференции и серии научных семинаров как самостоятельно, так и в содружестве с различными международными организациями (ВОЗ, ЮНИСЕФ, Национальный центр статистики здоровья США, Бостонский, Эмори, Джорджтаунский и др. университеты, национальный институт здоровья США, национальные институты здравоохранения Нидерландов, Университет Осло, Утрехтский и Роттердамский университеты, Центр по контролю за болезнями США, Всемирный банк, Американский международный союз здравоохранения — АИНА и др.). С Университетом Осло организовали серию крупных семинаров в шести территориях

страны по развитию регионального законодательства в здравоохранении, причем в Чебоксарах присутствовал президент Чувашии, бывший министр юстиции России Н.В. Федоров (до 22.04.2015 министр сельского хозяйства РФ). Совместно с АИНА организовали серию региональных семинаров (вплоть до Сахалина) по обеспечению качества медицинской помощи. Здесь нет возможности представить всю активность НПО за те годы, что я был директором, но в качестве примера можно привести мероприятия только за один, далеко не самый лучший и насыщенный 1995 г.:

- Международный семинар по управлению качеством медицинской помощи, НПО;
- Всероссийская конференция с ВОЗовским участием по ПМСП, НПО;
- первый выездной цикл обучения в Тверской области (потом там было еще четыре);
- конференция «Земский врач», Екатеринбург;
- Санкт-Петербургский международный форум общественного здравоохранения с международным участием, Павловский дворец;
- региональная конференция по семейной медицине, Саратов;
- выездной цикл обучения по реформе здравоохранения, Адлер (потом там было еще два);
- семинар ректоров медицинских вузов, НПО;
- Международная конференция Россия—США по проблемам здравоохранения, Санкт-Петербург;
- Международный семинар ВОЗ по проблемам здоровья пожилых (с изданием сборника), НПО;
- Всероссийский Пироговский съезд врачей, Москва;
- Международный семинар ВОЗ по реформе здравоохранения в России, НПО — Тетьково (Тверская область);
- рабочее совещание ЕРБ ВОЗ по приоритетам в здравоохранении, Киль;
- Всероссийская конференция по информатизации здравоохранения, Ижевск;
- совещание ВОЗовской сети КАРНЕТ для Среднеазиатского региона, Ташкент;
- открытие учебного компьютерного класса им. профессора Е. Шигана, НПО;
- совещание Союза городов России, Голицыно;
- совещание рабочей группы по концепции семейной практики, Санкт-Петербург;
- республиканское совещание по информатизации здравоохранения, НПО;
- актовый день, НПО;

- визит в НПО регионального директора ВОЗ доктора Дж. Асвалла;
- выездное совещание по ПМСП, Тверь;
- Международная конференция по качеству медицинской помощи, остров Лидо, Венеция;
- Всероссийское совещание заведующих кафедрами социальной гигиены и организации здравоохранения, НПО.

И это без учета заседаний ученого совета и диссертационных советов и т.д. при непрерывающейся исследовательско-аналитической работе. Примерно такой же напряженный график работы был каждый год, и если это движение остановить, сразу могло образоваться болото с рогатыми чертями. Но основная работа заключалась в выполнении плановых заданий и разовых поручений министра, подготовке отчетов, рекомендаций, докладов и выступлений. Конечно, при выезде в регионы были также возможности посетить местные достопримечательности. В Омске, где провели несколько семинаров и циклов обучения, — дом Колчака, в Петрозаводске, где при нашей поддержке был принят закон об Общей врачебной практике, выезд на Кижы, к водопаду Кивач, там же познакомились с национальными обычаями и хороводами, в Новгородской и Тверской областях, где побывали во многих районах, монастырях, Торжке, на могиле Анны Керн, в Туле и области — Ясная Поляна, Поленово и др., в Белгороде, помимо обучения и участия в проекте ТАСИС, посетили университет, картинную галерею, часовни, созданные в меловых горах, а также очень приятные районные центры области, в Казани — ознакомление с городом и окрестностями, прогулка на теплоходе, в Чебоксарах, одном из красивейших городов страны, — поездка ко дворцу Шереметева, в Калуге — музей Циолковского, в Горьком — Кремль и набережная, в Новочеркасске — музей казаков, во Владивостоке — залив Америка, бухты Посьета, Шамора, в Сыктывкаре и Кирове в период проведения сертификационных циклов обучения и вообще практически во всех регионах нашей страны, а кое-где и по несколько раз. В Санкт-Петербурге впечатляли соборы, дворцы, музеи, Петропавловская крепость, Пулковские высоты, Эрмитаж, в котором каждый раз открывал для себя что-то новое, памятники, реки и каналы, мосты, кафе «Север» на Невском и т.п., а также знаменитые пригороды. Внешне — типично имперский город, однако во дворы и парадные войти было нельзя: обшарпанный вид, неприятные запахи, замусорено. Зимой везде висели огромные сосульки, горы снега при очень узких протоптанных тропках. Впечатление было таким, что город вообще не убирают и не чистят. Но это было ранее, а теперь, говорят, город преобразается. Мне повезло, поскольку, когда я был в Ленинграде в первый раз, застал там еще коренных интеллигентных жителей — носителей культуры, гордящихся своим городом. В Якутске был четыре раза, один из которых — с академиком Е. Велиховым, а другой — на

обучении региональных лидеров, организуемом Комитетом гражданских инициатив. Там шикарный кардиологический центр, преобразованный город и музей алмазов.

Совместно с Джорджтаунским университетом (упомянутый Мюррей Фешбах) впервые подготовили и издали в цветном варианте уникальный медико-экологический атлас России, в создание которого наиболее весомый вклад внес С.П. Ермаков. М. Фешбах ранее написал книгу «Экоцид в Советском Союзе», а потом в трудные годы раннего переходного периода (самое начало 1990-х годов) приволок в Москву в качестве гуманитарной помощи два самолета с медикаментами. Минздрав от этой помощи отмахнулся, хотя на местах был выраженный дефицит лекарственных средств. Об этом мы уже говорили. И только сейчас, спустя многие годы, подготовлен проект административного регламента по гуманитарному ввозу лекарственных препаратов. Потом я его встречал в США и Женеве на совместной с США конференции по биологической опасности. Конечно, М. Фешбах, будучи демографом и экологом, неспроста в США считался специалистом по России, и мы это прекрасно понимали, но было бы грешно отказываться от предлагаемой помощи, тем более что взамен от нас ничего не требовалось. Тогда, думаю, вся Россия была наводнена такого рода специалистами. Именно их я встречал в закрытом для россиян Сарове, именно они рвались что-то изучать на непонятном маленьком полустанке под Курганом (только потом выяснилась причина их интересов). На мой взгляд, эта полная открытость граничила с мазохизмом и не была оправданной.

* * *

Утрехтский университет издал на английском языке книгу под редакцией профессора Шрайверса «Здоровье и здравоохранение в Нидерландах», которая меня очень заинтересовала, и я предложил Шрайверсу перевести ее на русский язык. Он согласился при условии, что я ее отредактирую и напишу к переводу предисловие, а он найдет дешевых переводчиков. Нашел он их в Киеве, и оттуда частями направляли книгу мне на редакцию. В большом предисловии я постарался не только показать вековое трудолюбие и жизнелюбие голландцев, но и подчеркнуть, почему опыт Нидерландов интересен для нашей страны, в том числе по развитию общих врачебных практик, а также объяснить, почему они поощряют роды на дому и как это делается, почему в кофешопах продают легкие наркотики, почему в подземных переходах установлены автоматы с презервативами, что представляет собой ПМСП в Нидерландах, как организована Health Technology Assessment, система медицинского страхования и многое другое. Если у нас на стационарную помощь уходило

свыше 75% всего финансирования, то там только 45%, и почти половина всех врачей страны была занята в ПМСП. Впоследствии материалы этой книги, в частности лекарственное страхование, были использованы нашим Минздравом. Взамен (вместо предложенной мне оплаты) я попросил Шрайверса взять к себе на курсы трех специалистов из России и с трудом тогда нашел знающих английский язык и желающих пройти стажировку в Нидерландах (одного из Новгорода, другого — из Краснодара, третьего — из Москвы). ВОЗовских мероприятий по нашей инициативе в регионах России было немало. Все это способствовало привлечению внимания властей к проблемам здоровья и здравоохранения и повышало уровень всей работы в регионах страны. Меня избрали членом бюро ученого совета Минздрава и руководителем его секции по социальной гигиене и организации здравоохранения, что позволило координировать исследования в этой области по всей стране, а также членом Совета по кадровой политике при министре (председатель — Г.Г. Онищенко), где мы обсуждали многие кадровые проблемы и готовили варианты номенклатуры медицинских специальностей.

* * *

В Лиссабоне, как ранее отмечалось, тайным голосованием я был избран членом Комитета экспертов ВОЗ по предложению представителей Нидерландов, Казахстана, Киргизии и ЕРБ ВОЗ, но, к сожалению, не нашей страны, ибо Минздрав делегировал бы туда своего чиновника. Но работа в Комитете была не административной, а экспертно-аналитической. Параллельно я был избран членом Комитета ВОЗ по исследованию служб здравоохранения в Европе (всего в нем было шесть экспертов), что говорит о признании моих исследовательских работ и международных сравнений. А постоянная бюрократическая работа в штаб-квартире ВОЗ и ее региональных отделений требовала чиновников высокого уровня, которые могли подготовить и провести в разных странах рабочие совещания или конференции по актуальным вопросам, то есть умеющих сочетать штабную и полевую работу. Для этого в зависимости от размера взноса и международного авторитета страны (благодаря Д.Д. Венедиктову авторитет СССР, а потом и России был очень высоким) каждой стране выделялись должности, соответствующие дипломатическому рангу (пи 3—6, ди 1—2). Минздрав ревностно относился к международному признанию наших научных достижений и относительной самостоятельности. Помню, появился у нас новый заместитель министра, который вскоре куда-то быстро исчез, но он захотел повстречаться со мной. И когда он увидел мою визитку, где на обороте были обозначены все мои регалии и общественные отечественные и международные обязанности, ему сразу же

захотелось на мое место. Но все, что было указано на визитке, было вызвано признанием за многолетнюю работу в науке, которое нельзя было получить по блату или прикупить за деньги, хотя «позвоночные» назначения практикуются до сих пор, что видно на примере московского здравоохранения.

В качестве члена Комитета экспертов ЕРБ ВОЗ участвовал в подготовке ВОЗовской книги о здравоохранении России в переходный период, проводил экспертизу как ВОЗовских, так и страноведческих программ, поступающих в ВОЗ на согласование. Так, экспертировал Национальную президентскую программу Таджикистана (под руководством министра А.А. Ахмедова) с подготовкой предложений по ее улучшению, помогал создавать Национальный институт здоровья в Узбекистане, по заданию ЕРБ ВОЗ совместно с председателем Совета по здравоохранению Норвегии Берит Олсен инспектировал ВОЗовскую программу по материнству и детству; вначале оценивали саму программу в Копенгагене, а потом ее реализацию на местах на примере Киргизии. По дороге остановились в Алматы ночью, и моя коллега была поражена отношением к нам со стороны руководства республиканского здравоохранения, когда министр В.Н. Девятко и его сотрудники приехали в аэропорт, чтобы встретиться. Такое же доброжелательное отношение было и в Киргизии на всех уровнях — от министра Н.К. Касиева до ФАПа. В Киргизии был много раз начиная с советских времен, встречался с министрами и их заместителями, акимами, ректором профессором И.К. Акылбековым и проректором О.Т. Касымовым Кыргызской государственной медицинской академии.

По завершении этой работы докладывали ее результаты в ЕРБ ВОЗ: она — анализ программной части, я — прикладной. У нее было выигршное положение, но она им не воспользовалась. Я же построил доклад на слайдах по типу «до программы и после» (совместное пребывание, кормление грудью, интервалы между беременностями, анемии у беременных, количество молочных кухонь и т.д.). Все четко и ясно. На этом же заседании решили сократить число экспертов Европейского бюро ВОЗ с 25 до 20, и по результатам тайного голосования я оказался 7-м, а Б. Олсен — 17-м. Как отмечалось, был также избран постоянным членом Европейского комитета советников по исследованиям здоровья и служб здравоохранения (ЕАСНР) во главе с профессором Йорма Рантаненом (нас было всего шесть экспертов), который был одновременно директором сотрудничающего центра ВОЗ по профессиональному здоровью и безопасности в Финляндии. На периодических заседаниях рассматривались проблемы здоровья в Европе, например бедность и здоровье, а на местах инициировались соответствующие исследования. Помню интересное выступление профессора Пекки Пушка о лонгитудинальном проекте

в Северной Карелии (Финляндия) по заметному снижению уровня гипертензии. Всегда на наших заседаниях присутствовало все руководство ЕРБ ВОЗ, а также руководители подразделений и представители ЕРБ ВОЗ в разных странах, поскольку этот комитет был как бы вперёдсмотрящим и выявлял те проблемы, которыми затем занималась ВОЗ, а также определял изменения в здоровье, произошедшие в результате реализации рекомендаций ВОЗ. Входил я также в состав экспертной группы ЕРБ ВОЗ по качеству в здравоохранении, первое заседание которой состоялось в 2000 г. в Лондоне, потом — в Копенгагене, Хелероде и других местах. В то время в ЕРБ ВОЗ я был своим человеком, а вторым лицом после руководителя ЕРБ ВОЗ доктора Асвалла там был представитель нашей страны С.К. Литвинов. После безвременной кончины Асвалла руководителем был избран Марк Данзон. Сейчас директором является Жужанна Якоб. Хорошие контакты были установлены и со штаб-квартирой ВОЗ в Женеве, где мне пришлось побывать несколько раз и от которой мы проводили разные семинары и рабочие совещания в стране, например, по кадровой политике и по образованию врачей. Кроме того, в Женеве по инициативе американской стороны было проведено заседание рабочей группы с моим участием по биологической безопасности. Тогда еще о массовых эпидемиях никто не слышал.

* * *

В 1993—1994 гг. прошел стажировку по экономическому и проектному анализу в социальной сфере — здравоохранении, образовании и социальном обеспечении — в Институте экономического развития (Economic Development Institute) Всемирного банка в Вашингтоне. Жил я в отеле Международного валютного фонда. В институте занятия вели лучшие мировые специалисты, привлеченные за деньги Всемирного банка. В результате Вашингтон знаю лучше, чем Москву, поскольку почти каждый вечер намечал там себе новый пешеходный маршрут, а в Москве пешком много не находишься. Тем более что Вашингтон был спланирован французом Лефаном так, чтобы любой дом можно было легко найти, даже приедем, то есть улицы обозначались по буквам и номерам. Весь Вашингтон по Капитолию разделен на четыре части: северо-восток и северо-запад, юго-восток и юго-запад. Параллельно Потомаку улицы шли по буквам с двумя особенностями: вместо первых двух букв (А и В) они назывались Независимостью и Конституцией, а буква J была пропущена. Перпендикулярно, начиная от Капитолия, шли улицы по номерам в обе стороны от Капитолия. Внутри кварталов дома шли также по номерам. Именно поэтому адрес состоял из двух букв, означающих одну из четырех частей города, например, NW — Nord-West, затем буква с номером

и потом номер дома. Заблудиться было невозможно, а главное, не нужно было запоминать фамилии и другие слова в названиях. На каждом перекрестке были соответствующие указатели с перечнем номеров домов в ту или иную сторону. Это очень большое удобство, которое неплохо бы применить и в наших городах. Кроме того, наискось эти улицы пересекались более широкими авеню, в названиях которых присутствовали все штаты США (все же столица!). Из центра города был выделен ромб, в котором сосредоточены правительственные здания, в виде округа Колумбия, и он подчинен не какому-либо штату, а верховной власти. Вечером этот район пустел, офисные здания закрывались, и было лучше и безопаснее там тогда не появляться. Некоторые части города относились к разным штатам (Мэриленд, Вирджиния). В городе запрещалось строить здания выше Капитолия, который должен быть виден отовсюду. В столичном городе, естественно, было много достопримечательностей (Белый дом, Арлингтонское кладбище, мост в честь основателя национального флага Key-bridge и т.д.), большое количество памятников, зданий и сооружений, образовательных учреждений и посольств, национальных музеев, возле которых по выходным всегда много автобусов с номерами из разных штатов — это привезли детей. Так они знакомятся с различными ландшафтами, флорой и фауной в музее природы (мне почему-то запомнилось строение натурального болота с выделением пузырьков метана), с историей авиационной и освоения космоса в музее космоса, где перед входом стоят две ракеты: маленькая — «Першинг-2» и просто огромная — наша СС-20, а внутри музея в натуральную величину висят и стоят различные самолеты всех стран, вертолеты Сикорского, есть кинозалы с показом фильмов и т.п., то есть вся история воздухоплавания и освоения космоса, приобщаются к искусству в двух зданиях картинной галереи и т.д. Раньше наше посольство размещалось недалеко от Белого дома (сейчас там резиденция нашего посла, куда меня завел врач посольства В. Тришин), но потом в отдалении была выделена большая территория, на которой выстроен целый городок с жилыми домами, школой, магазинами и т.д., на открытие которого приезжал президент РФ Б. Ельцин. Тогда за сутки до его приезда на территории спешно раскатывали газон и сажали деревья. В этом посольстве я бывал много раз. Послом тогда был Ю.В. Ушаков, на чаще всего мне приходилось общаться с советниками В. Чиквишвили и А. Островским. Внутри здания некоторое время стоял интересный памятник скульптора Эрнста Неизвестного, но потом его убрали. Напротив посольства американцы установили табличку с надписью: «Осторожно, шпионы». Выше посольства, по другую сторону дороги, находится огромный собор, из которого хоронили Дж. Кеннеди. Примерно так же я мог бы описать и другие американские города (Нью-Йорк, Чикаго, Балтимор, Бостон, Атланту и др.), где бывал по несколько раз. Удивило

то, что, например, в Де-Мойне (штат Айова) весь центр города можно было по кругу обойти переходами по второму этажу, не спускаясь вниз. В Де-Мойне удалось пройти по хрущевским местам, побывать на ферме Гарста, увидеть искусственно созданный городок на Среднем Западе с домом шерифа, почтой, баром, медпунктом и т.д., побывать в медицинских учреждениях и колледжах штата.

Как отмечалось, лучшие мировые специалисты помогли нам в Институте экономического развития Всемирного банка овладеть методологией разработки и реализации проектов с учетом различных их аспектов и жизненных циклов: целеполагания, финансирования и инфляции (стоимость денег во времени), этапов, коррекции, экологии, ресурсов, управления, в том числе в виде сетевых графиков. Мы ознакомились с американской системой образования (об этом я немного писал), социального обеспечения (Welfare) и здравоохранения (муниципального и частного), побывал я и в домах сестринского ухода. Кроме того, немало времени проводил в Национальной медицинской библиотеке США, где мне выделяли помощников для копирования статей. О существовании многих журналов, которые хранились в системах «Медларс» и «Медлайн», я до этого даже не догадывался. Потом им пришлось все скопированные материалы, а также подаренные мне книги отправить в Москву в виде пяти посылок. Все это расширило возможности библиотеки НПО. Практически ежедневно я имел контакт с НПО по телефону или факсу. По возвращении написал книгу «Здравоохранение США: уроки для России», где было показано, что и как можно использовать в отечественном здравоохранении. Впоследствии контактировал со множеством университетов США, Академией наук, Академией семейных врачей, Центром Фогарти, редакторами многих журналов, особенно с Journal of Public Health Policy (редактор — Милтон Террис), научными центрами, например Институтом анализа политики в здравоохранении (директор — Эдвард Бургер), Американской медицинской ассоциацией, бюро переписи населения и т.д.

* * *

Чуть позже Институт медицины США опубликовал шокирующие для страны результаты многолетних исследований частоты врачебных ошибок и их последствий. Все это приводило к огромным экономическим потерям. По этому поводу президенту США пришлось несколько раз отчитываться перед конгрессом. У меня есть стенограммы этих заседаний, первое из которых состоялось спустя неделю после публикации данных. А за год до этого при президенте США был создан Национальный совет по качеству медицинской помощи и потреблению. Президент дал поручение этому совету разобраться с проблемой. Уже спустя два месяца совет подготовил

в двух вариантах (полном и сокращенном) доклад президенту США под названием «Что нужно делать для безопасности пациентов». Оба варианта у меня есть, и поражало то, что они посчитали проблему врачебных ошибок не ведомственной, а общенациональной, и, для того чтобы за пять последующих лет снизить число ошибок на 50%, были представлены усилия многих министерств и ведомств с предложениями по соответствующим действиям. Президент спустя еще 10 дней доложил это конгрессу, и работа началась. Поставленная задача за пятилетний срок уполовинить число врачебных ошибок была выполнена, но периодически вопрос заслушивался на самом высоком уровне. Сменилась правящая команда, вместо Клинтона президентом стал Буш-младший, министр Д. Шалейла стала президентом университета во Флориде, новым министром здравоохранения и социальных служб был назначен Т. Томсон, губернатор штата Висконсин, но и им периодически приходилось отчитываться по этому поводу в конгрессе. Соответствующие протоколы у меня также есть. А теперь покажем все это в хронологическом порядке, чтобы читателю была видна оперативность и действенность принимаемых решений.

1. Доклад Института медицины США 30.11.1999 г. о результатах многолетних исследований.

В США ежегодно от врачебных ошибок погибает от 44 до 98 тыс. пациентов (8-я причина смерти). От СПИДа погибает в 4,5 раза, от рака груди — в 2,5 раза, в ДТП — в 2 раза меньше. Ежегодные экономические потери составили 38 млрд долларов (в то время это почти весь наш федеральный бюджет), в том числе вследствие предотвратимых врачебных ошибок — от 17 до 29 млрд долларов в год.

2. Выступление президента США в конгрессе по поводу врачебных ошибок 07.12.1999 г. в 11:45. Поручение созданной при президенте США в 1997 г. Комиссии по качеству медицинской помощи и потреблению.

3. Доклад комиссии президенту «Что нужно сделать для обеспечения безопасности пациентов» 17.02.2000 г. Цель — снизить число предотвратимых врачебных ошибок на 50% в течение пяти лет.

4. Утверждение доклада и плана действий президентом 19.02.2000 г.

5. Отчет секретаря Департамента здравоохранения Томми Томпсона в конгрессе о ходе работ по уменьшению врачебных ошибок. Устранение предотвратимых ошибок в больницах снижает стоимость стационарной помощи на 2 млрд долларов.

6. Отчет «Качество и безопасность в здравоохранении» на основе анализа 50 тыс. жалоб на ВОП показал, что в 23% они обусловлены врачебными ошибками, приведшими в 3% случаев к летальным исходам; апрель 2004 г.

7. По данным National Academy for State Health Policy, к концу 2004 г. в 22 штатах были созданы системы слежения за врачебными ошибками

с их анализом, во многих штатах созданы центры по безопасности пациентов, и намеченная цель снижения в 2 раза частоты предотвратимых врачебных ошибок была достигнута.

Наверное, именно так, по-государственному, нужно решать проблемы здравоохранения.

Комиссар ЕС по вопросам здравоохранения Андрулла Василиу сообщила в 2009 г. следующее.

1. Каждый год в арбитражные суды поступают 10 тыс. жалоб, в которых в 52% случаев определяются врачебные ошибки, на 25% связанные с хирургическими вмешательствами, на 10% — с послеоперационным лечением и диагностикой.

2. Только за год в больницах стран ЕС из-за медицинских ошибок страдают 15 млн человек.

3. Если в целом по ЕС каждый десятый случай лечения наносит ущерб пациентам, то в Германии доля врачебных ошибок ничтожно мала — всего 0,35% числа обращений к врачам.

В Канаде из-за врачебных ошибок (2004—2006) и их осложнений дополнительно требуется 1,1 млн койко-дней, а 24 тыс. пациентов ежегодно погибают из-за неэффективного лечения.

В Британии и Финляндии врачи назначали препараты со множеством противопоказаний.

В Италии ведется следствие против 4 тыс. врачей. Имеются и другие примеры.

В самой большой земле Германии — Северном Рейне — Вестфалии (9 млн жителей, 50 тыс. врачей) в 1975 г. в соответствии с земельным законом о врачебных профессиях была создана Комиссия по врачебным ошибкам для выяснения претензий, проведения объективной экспертизы, выявления причин и принятия решений. Председатель комиссии — судья на пенсии, 8 юристов и 79 врачей. Выделено бюро комиссии из юриста и четырех врачей, которые работают с документами и не встречаются с пациентами. В результате 90% всех проблем решаются на досудебном уровне, и только 10% дел поступают в суд. На досудебном уровне в Европе решается большинство возникающих проблем. Профессиональная ответственность врача страхуется либо учреждением, либо больничной кассой.

В США сложилась деликтная система с судом присяжных и определением виновности или невиновности врача. Врач сам страхует свою профессиональную ответственность и себя от возможных судебных исков.

Мы неоднократно предлагали создать при президенте РФ национальный совет по охране здоровья, но не были услышаны. Численность населения США систематически возрастала и сейчас достигла 320,2 млн человек, соответственно, возросло и число врачебных ошибок, что было

в том числе обусловлено снижением внимания к этой проблеме, поскольку администрация Обамы занималась поиском денег на медицинскую страховку ранее не застрахованным американцам. В результате, по опубликованным в 2013 г. данным, 16% всех летальных исходов (то есть 400 тыс. умерших) обусловлены ошибками врачей. Американское здравоохранение характеризуется развитием новых технологий и медицинской информации, на что расходуются значительные средства, а сама организация медицинской помощи оставляет желать лучшего и не может служить примером для подражания. Об этом свидетельствуют и низкие рейтинги по шкале Блумберга, хотя затраты — самые высокие в мире и составляют свыше 10 тыс. долларов на одного жителя в год, то есть почти 18% их ВВП. Врачебные ошибки изучаются и во многих странах Европы, чему у меня есть документальные свидетельства. Эта проблема изучается со времен Гиппократов. В нашей стране ей уделяли большое внимание Пирогов, Боткин, Спасокукоцкий, Вересаев, Давыдовский, Эльштейн и др.

Н.И. Пирогов подчеркивал значимость критического отношения врачей к своим ошибкам, с тем чтобы не повторять их, и это он рассматривал в качестве расплаты за высокую цену ошибок. Одним из принципов Л. Дж. Питера является следующий: «Чтобы избежать ошибок, нужно набираться опыта, а чтобы набраться опыта, нужно делать ошибки».

Однако пока еще в нашей стране по этой проблеме нет ни соответствующей статистики, ни полномасштабных исследований. Нет такого понятия, как врачебная ошибка, и в правовом поле. Это понятие не юридическое, а, скорее всего, профессиональное.

Уже потом был несколько раз в Бостоне (на двухнедельном семинаре по региональному законодательству и на конференции Хьюлет-Паккард); в Балтиморе с посещением уникального музея-аквариума, где, помимо морских обитателей, на самом вершине находился тропический лес с жарой и влажностью, цветущей флорой, ниспадающими водопадами и порхающими птичками колибри; в Майами и Орландо с Диснейлендом, детским киногородком и высоко поднятой окружной электричкой, въезжавшей в здания отелей сразу на втором этаже, и т.д.

На Западном побережье США побывать так и не удалось, не вели туда дороги. Американцы не разрешали мне летать отечественными авиакомпаниями и всегда брали билеты на Дельту. Практически в каждом самолете вместе со мной летели счастливые американцы, увозившие детей-отказников из России. Как-то рядом сидела пара, взявшая сразу двух братьев. Старшему, лет пяти, они подарили конструктор, и он им занимался, а младший залез на плечи главе семейства и стал раскручивать что-то в потолке самолета. А стюардессы только поглаживали детей

и дарили им мелкие сувениры. Думаю, что в каждом народе есть свои выбросы, в США берут на воспитание не менее 20 тыс. детей в год, в том числе с патологиями, и если в 10–20 случаях к ним плохо относились, то из-за этого не стоило поднимать такой громкий законодательный шум. Тем более что эти дети у нас были бы обречены и что у нас гибнет несравненно большее количество детей. А политика на внутреннее массовое усыновление при закрытии детских домов и домов ребенка пока себя мало оправдывает. В США я сам видел, как относятся к детям-инвалидам, в том числе из России, приобретая для них все необходимое, для того чтобы они чувствовали себя полноценными людьми.

* * *

Совместно с Центром статистики здоровья США (директора — вначале Маннинг Файнлиб, а затем Эдвард Дж. Сондик) за период 10-летнего сотрудничества мы выпустили несколько совместных сборников по сравнительному анализу состояния здоровья в РФ и США в разные избранные годы, а также в сфере материнства и детства, по анализу смертности (с Сэмом Нотзоном). Для этого необходимо было наши показатели привести к международно сопоставимому виду, поскольку почти все наши показатели здоровья, да и здравоохранения тоже напрямую сравнивать нельзя из-за применяемых не принятых в мире расчетных методов. В качестве простейшего примера приведу фертильность, то есть число рождений на 1 тыс. женщин фертильного (плодовитого) возраста. Фишка заключалась в том, что, по мировым данным, фертильный возраст — 15–44 года, а по нашим — 15–49 лет. В возрасте 44–49 лет женщин много, а рождаемость у них — в пятом знаке после запятой. Именно поэтому для сравнения нужно было все пересчитывать на 15–44 года. То же самое с показателями ОПЖ, которые в мире рассчитываются по методу Чанга, а у нас иначе, и различия достигали 2–3 лет, что для ОПЖ весьма значительно, и с другими данными, но там требовались более сложные преобразования. Наши письма об этом в Росстат остались без ответа. Предисловия к этим сборникам готовили мы совместно с американскими партнерами.

Когда в Москву приехали по нашему приглашению М. Файнлиб и его сотрудник К. Сэмпсон, я их сводил в Кремль, где они встретились с одним из советников Б.Н. Ельцина. Для американской психологии чиновничества это было важно. К одному из совместных сборников по статистике здоровья и здравоохранения предисловие в 1995 г. подписали оба министра — Э.А. Нечаев и Донна Э. Шалейла. Думаю, при других условиях Э. Нечаев это бы не подписал никогда. А тут помог случай.

Готовилось подписание договора о сотрудничестве между министерствами здравоохранения РФ и США, собрались корреспонденты и приглашенные. Договор к этому времени подготовить и согласовать не успели. Нужно было что-то совместно подписывать. И тут мудрый М.Н. Савельев подложил им на подпись совместное заявление по поводу подготовленного нами совместного статистического сборника. В этом заявлении содержалось поздравление организациям, подготовившим сборник, подчеркивалась значимость опубликованных материалов, вносящих вклад в сотрудничество, и поддерживалась идея продолжения совместной работы сотрудничающих институтов. Перевод сборников на русский язык и их издание было осуществлено при поддержке проекта «Здравреформ», курируемого в России Бостонским университетом. Договор о сотрудничестве был подписан позднее, в менее торжественной обстановке.

* * *

Потом, как уже говорилось, во взаимоотношениях с США наступил новый этап: между РФ и США был заключен прямой договор о научном и научно-техническом сотрудничестве, создана Межправительственная комиссия (Гор—Черномырдин), и в рамках этих межправительственных соглашений выполнялся проект по здравоохранению, в частности по доступности качественной медицинской помощи. Кураторами этого проекта были Дж. Айзенберг, директор Американского центра по обеспечению качества в ранге замминистра, и я. Для начала мы выпустили совместный, на русском и английском языках, глоссарий для одинакового понимания различных терминов и понятий, и этот глоссарий получил широкое признание в мире. Работа над ним заняла два года. Предисловий два — мое и Дж. Айзенберга. Этим глоссарием, как вполне ощутимым и визуальным результатом сотрудничества, потрясал вице-президент США А. Гор (ростом 2 м) на заседании Межправительственной комиссии.

В качестве российских баз для проекта были выбраны Тульская (гипертензия в общей врачебной практике) и Тверская (гестозы у беременных) области. Эти проблемы определили сами территории. К каждой территории были прикреплены ведущие американские медицинские центры, например крупнейший в мире Техасский медицинский центр. Интересно, что, когда первые американские врачи приехали в Тверь, они были чрезвычайно удивлены тем, что в результате нашего лечения беременные еще выживают. Действительно, при токсикозах у нас на всякий случай назначали от 9 до 12 препаратов, в том числе антибиотики. Но когда совместно посмотрели в Кохрановских центрах материалы доказательной

медицины, оказалось, что клинически доказанным и показанным является только один, самый действенный и дешевый препарат — серноокислая магнезия.

Здесь уместным будет сказать несколько слов о доказательной медицине, хотя к проблеме качества медицинской помощи мы еще вернемся. В 1980-е годы в США страховые организации решили ввести действия врачей в определенные финансовые рамки и разработали DRG — диагностически родственные группы (ДРГ), представляющие собой сочетание заболеваний с клиническими действиями и ресурсами. Каждая из 486 групп имела свой коэффициент затрат ресурсов и допустимые показатели отрицательных результатов. Обобщение работы в этом направлении позволило американцам выделить 50 наиболее распространенных DRGs и издать соответствующую книгу. Она есть в моей библиотеке. На основе анализа свыше 7000 публикаций из США с помощью наших талантливых математиков удалось восстановить нигде не публикуемый алгоритм создания этих групп. Попробовали его, как отмечалось, на материалах Горьковской областной больницы (главрач — Обухов), где в то время А.Д. Сахаров объявил голодовку и его принудительно кормили. И все группы «поползли», то есть не получились однородные совокупности, потому что в США сроки лечения и затраты ресурсов корреспондировали между собой, а у нас среднее время пребывания больного в стационаре было совершенно произвольным. В Оксфорде (Великобритания) создали базы данных из клинических публикаций (статей, книг и др.) и с помощью метаанализа извлекали из них необходимые данные о числе голосов (то есть о вероятностях) за тот или иной метод. Потом этот подход распространился в Канаде и в Мак-Мастерском университете получил название медицины, основанной на доказательствах (Evidence Based Medicine). С этим подходом я ознакомился в Оксфорде у Я. Чалмерса на примере перинатальных состояний и со всеми материалами, окрыленный, вернулся домой. Сразу же пошел к главному специалисту по акушерству и главному неонатологу, но они сказали, что в этих материалах не нуждаются, ибо и без них всё знают. Научной основой для доказательной медицины (именно так мы ее назвали вместо медицины, основанной на доказательствах, — ЕВМ на первой в стране конференции) является клиническая эпидемиология (с помощью АИНА ряд книг по этой проблематике переведен на русский язык), которая позволила статистически увязать результаты лечения с выбранными технологиями.

К сожалению, у нас в стране эта наука не получила должного развития, ибо клиницисты в большинстве случаев плохо владеют методами статистического анализа, а статистические аналитики не идут работать

в клиники. Смычки, как в других странах, не произошло. Исходя из изложенного доказательная медицина представляет собой новую технологию сбора и обработки информации, позволяющую принимать оптимальные клинические решения в интересах пациентов. Она — как религия, в нее нужно верить. Сейчас созданы «золотые стандарты» клинических рекомендаций. Это требует огромных усилий, специальных исследований, накопления значительного числа фактов и доказательств, а также определенных навыков. Именно поэтому, когда в Минздраве заявляют, что они сами разработают клинические рекомендации, я им не верю. Наиболее продвинутыми в этом отношении являются английский институт NICE (Национальный институт клинических предпочтений) и шотландская система SIGN, профессиональными разработками которых пользуются во всем мире. Насколько мне известно, в основу первых медицинских стандартов, разработанных в стране при участии П.А. Воробьева, легли клинические рекомендации SIGN, однако затем научная основа из «нашлепанных» Минздравом стандартов выпала вообще, и потому по ним лечить было нельзя. По скромному признанию министра В. Скворцовой, их можно было использовать только для экономических расчетов, в чем возникают очень серьезные сомнения. С учетом знаменитой триады А. Донабедиана можно сформулировать качество медицинской помощи как технологический процесс, основанный на современных достижениях медицинской науки и практики, обеспеченный необходимыми ресурсами и приводящий к наилучшим для пациентов результатам.

Поскольку технологии могут меняться, в том числе по обоснованному решению врача, качество медицинской помощи оценивается по результатам, для которых должны быть соответствующие стандарты. В случае несоответствия конкретных результатов установленным стандартам необходимо разбираться в технологическом процессе ведения пациента. Мною была специально подготовлена серия статей и лекционных презентаций на эту тему. Не выдерживают никакой критики и не являются доказанными мировой практикой гипербарическая оксигенация, иридодиагностика, применение пищевых добавок и т.д. А разрекламированное ранее применение лидокаина для уменьшения риска фибрилляции желудочков в первые двое суток острого инфаркта миокарда оказалось недоказанным и приводило к росту летальности. В результате в новом издании «Болезни сердца» авторы признали использование лидокаина ошибкой и даже вредным. Аналогичная история недавно произошла с арбидолом, который активно продвигался на рынок в качестве противовирусного средства, а оказалось, что это простой общеукрепляющий препарат, не доказанный, как это положено в доказательной медицине.

* * *

Очень серьезные разногласия возникли при разработке медицинских стандартов. Вначале рассмотрим позиции чиновников от медицины. По их мнению, стандарты необходимы для следующего:

- якобы для обеспечения прав пациентов на получение необходимой помощи при одинаковом уровне лечения;
- составления программы государственных гарантий и увеличения зарплаты врачам, которая закладывается в стандарт;
- оказания врачами медицинских услуг по строго определенным правилам и получения за это денег;
- их внедрение позволяет обоснованно вмешиваться в работу врача, приходить с проверками, организовывать мониторинг, составлять отчеты, считать и планировать деньги на одно заболевание и на лечебно-диагностический процесс в целом (учитывать оплаченные и неоплаченные затраты), создает удобства для информатизации;
- законодательной поддержкой единых федеральных стандартов являются ФЗ № 323 «Об основах охраны здоровья граждан РФ» и ФЗ № 326 «Об обязательном медицинском страховании в РФ»;
- они позволяют страховщикам, чиновникам и программистам проверять, учить врачей и решать, за что надо платить, а за что — нет, и т.д.

С позиции врачей осуществляется:

- примитивизация медицины, полный недоучет индивидуальных вариантов, безразличное отношение к результатам и исходам, специфика медицинской деятельности не учитывается;
- лечение болезни, а не больного с его особенностями;
- предельно упрощенные причинно-следственные связи между диагнозом и выбором тактики лечения;
- не учитывается разнообразие конкурирующих или дополняющих методов обследования и лечения, не учитывается взаимодействие с другими врачами и структурами;
- не учитываются условия высокой неопределенности (диагноз всегда относителен, прогноз всегда под вопросом: окажется ли обследование успешным, а лечение эффективным, неизвестно; не помешает ли сам пациент, что скажут консультанты и проверяющие);
- эксперты страховых медицинских организаций и проверяющие, как правило, не имеют лицензии и хуже знают медицинскую деятельность, чем те, кого они проверяют;
- зачем вообще нужны врачи, у которых отняли право принимать самостоятельные решения;

- позитив: применение стандартов снимает ответственность с врача, в том числе судебную, за исходы, перекладывая ее на разработчиков стандартов и утвердившее их министерство.

Независимые эксперты несколько иначе относятся к стандартам.

Со стороны идея стандартизации выглядит на первый взгляд привлекательной, как стандарт на гайки или стройматериалы. Описываем в стандарте, как надо лечить какое-то заболевание, учим этому студентов, контролируем врачей, даем деньги на их выполнение:

- они удобны для чиновников, подавляют инициативы врачей, делая из них роботов;
- но это примитивное понимание обеспечения качества не имеет ничего общего с медицинской наукой и реальной медицинской практикой;
- мало того, что врачей при их подготовке слабо учат клинически мыслить, так еще и выхолащиваются остатки клинического мышления;
- стандарты имеют вид формализованных табличек, в которых записано, сколько раз больному нужно пропальпировать живот и кому (каждому третьему или пятому) положено УЗ-исследование;
- в них нередко включены вмешательства, полезность которых не доказана, например, применение конского каштана, корней лопуха, лапчатки и кровохлебки, соплодия ольхи, семян тыквы и т.д. Возникает вопрос: на какие деньги министерство предоставит все это средневековое великолепие?
- дело не в том, сколько раз нужно поставить больному клизму и ставить ли ее вообще. Это должен решать сам врач на основе оценки состояния больного. В помощь таким решениям в развитых странах разработаны клинические руководства, имеющие характер рекомендаций, а не обязательность при их выполнении;
- стандарты лечения созданы без какого-либо учета особенностей каждого пациента. И это не только потому, как писал выдающийся отечественный патолог И.В. Давыдовский, что «к врачу приходит не болезнь, а больной человек; его индивидуальность представляет собой чрезвычайно причудливое, всегда особое преломление болезни: один случай совершенно не похож на другой, так же как нет одинаковых отпечатков пальцев». Еще М.Я. Мудров справедливо отметил, что «лечить надо не болезнь, а больного». Эту же мысль подчеркивал и В.П. Сербский: «Врач имеет дело не с болезнями, а с больными, из которых каждый болеет по-своему». Но чиновники далеки от понимания этого.

В рамках комиссии Гор—Черномырдин, как упоминалось, мы выпустили совместный глоссарий по качеству медицинской помощи на двух языках и несколько опубликованных отчетов. Глоссарий был подготовлен для однозначного понимания терминов, понятий и основных положений,

имеющих отношение к качеству медицинской помощи, которое являлось сложной и многофакторной проблемой и которой ранее на научной основе мы не занимались. В моем предисловии так и было сказано, что в данном документе содержится согласованный язык, о важности которого известно с древних времен, со строительства Вавилонской башни.

* * *

В 2005—2006 гг., уже после завершения работы в НПО, я был включен в состав группы международных экспертов, помогающих от Евросоюза (и за счет Евросоюза) Украине разработать национальные медицинские стандарты, основанные на научно обоснованных клинических рекомендациях. Работа проводилась в трех областях (Полтавской, Житомирской и Харьковской) и в Киеве. Руководила этим проектом ТАСИС фирма Роба МакКвистена из Белфаста, выигравшая тендер, а на месте — Грета из Великобритании. Работал я там в паре с итальянским экспертом Лукой Брузати, вместе с ним объехали и осмотрели все медицинские учреждения пилотных регионов. Мы помогали местным врачам, работающим в достаточно бедненьких условиях, овладеть новой мощной методологией ведения пациентов на примере ряда профильных больных в поликлинических и стационарных условиях, создали в Киеве (и обучили) центр по распространению (на другие группы пациентов, на другие территории и медицинские учреждения) этой методологии. Вообще жесткая стандартизация крайне необходима на производстве, а в медицине — при производстве медтехники, вакцин и сывороток, лекарственных препаратов, бактериальных и вирусных препаратов и изделий медицинского назначения.

В творческой врачебной деятельности стандарты должны не носить обязательный характер, а служить в качестве пособия, то есть быть рекомендательными. Медицина всегда, да и сегодня тоже, представляла собой триаду: наука, искусство и ремесло. Не вижу необходимости здесь обосновывать каждую составляющую и доказывать, чего из них больше при рассмотрении тех или иных больных. Врач должен иметь право выбрать подход, отличный от стандарта, но при этом обязательно объяснить причины этого. Правда, следование стандарту гарантировало врачу отсутствие судебных преследований даже при не совсем желательных результатах. Последовательность работы была такой: выбор медицинских проблем в амбулаторных и стационарных условиях, на примере которых обосновывались целесообразность и возможность внедрения доказательной медицины, определение всех аспектов проекта: выбор медицинских организаций, проведение разовых и повседневных обучающих материалов, связь с органами здравоохранения, психологические, экономические и этические аспекты, ознакомление с технологией разработки

клинических руководств (рекомендаций) в английском институте NICE, разработка на их основе медицинских стандартов, адаптированных к условиям здравоохранения Украины, и их внедрение на местах в виде локальных клинических протоколов. И все это осуществлялось при непосредственном сопровождении (и систематическом обучении) со стороны экспертов проекта. В результате местные врачи по другому уже не могли и не хотели работать, применяя для своих пациентов только обоснованные технологии. Для выбора альтернативных вариантов решений мы, то есть я и итальянский эксперт Лука Брузати, преподававший в университетах Милана и Горици (он, кстати, был у меня на даче), применяли четыре модели экономического анализа: cost-minimization (минимизация затрат), cost-utility (полезность затрат), cost-benefit (выгодность затрат), cost-effectiveness (результативность затрат). Необходимо было все время (тогда и сейчас) объяснять, что effectiveness — это результативность, а эффективность (то есть соотношение результатов и затрат) по-английски — efficiency, или efficacy, поскольку эти термины все время путали. Пришлось на Украине бывать по многу раз, почти каждый месяц. Затем провели семинар с главными специалистами Минздрава Украины, с профессорами, академиками и директорами клинических институтов. В начале им казалось, что тут нет ничего нового, но потом поняли, что по-старинке уже вести больных не следует из-за далеко не лучших результатов и существенных затрат.

В РФ, к сожалению, такой целенаправленной работы не было и нет. И до и после отъезда из Киева я, можно сказать, проехал всю Украину и, помимо отмеченных выше, был во всех районах Ивано-Франковской, Черниговской и Винницкой областей, во Львове и окрестностях, в Черновцах вплоть до пограничного пункта в Вижнице, в Днепропетровске, в небольших городах Киевской области и т.д. В Винницкой области был несколько раз в склепе Н.И. Пирогова и в доме-музее эпидемиолога Заболотного, в Сокольце на Южном Буге, которым когда-то владел граф Поттоцкий, с искусственными каналами и мельницами, в селе Тимановка, где расположены три музея, один из которых — уникальный музей А.В. Суворова, в горах, где течет минеральная вода «Регина», в санатории в Хмельнике, в Тульчине, где были Суворовские казармы и состоялось Южное общество декабристов, в ракетных воинских частях, на месте ставки Гитлера под Винницей с памятником погибшим военнопленным — строителям из разных стран, в питомниках, в Калиновской ЦРБ на 700 коек (главный врач — А.Т. Обухов), которая была базой ВОЗ, в Немирове и т.д. Винницкая область вся холмистая, с высокими журавлями над колодцами. Кстати, из Винницкой области проехал через Каменец-Подольский и по мосту через Днестр в Молдавию, где был несколько раз и тоже пересекал ее всю, вплоть до Гагаузии, забираясь в Криковские и другие

винные подвалы. В Молдавии я был гостем Л. Саранчука, заведомо статистики Минздрава Молдовы, и несколько раз по приглашению разных министров здравоохранения республики. Точно так же в свое время я проехал всю Эстонию (министр — Тоомас Вилосиус), был в Белоруссии, Латвии (министр — Викторс Яксонс), Грузии, Азербайджане, Средней Азии и в других местах большой страны. К сожалению, не удалось побывать только в Литве и Туркмении, как-то туда дороги не вели.

* * *

Изучил опыт развития ПМСП (можно сказать, пропахал) в целом ряде стран (Великобритания, Испания, Нидерланды, Швеция, Финляндия, Италия, Франция, Греция, США и др.), в отличие от чиновников — медицинских туристов, участвовал по этой тематике во многих международных конференциях (в Мадриде, Ричмонде, Барселоне, Андорре, Гааге, Киле и т.д.) и в ВОЗовских рабочих совещаниях, а затем был руководителем группы по внедрению ПМСП в стране, готовил обоснования, программу и материалы к рассмотрению на коллегии Минздрава по этому вопросу. В Нидерландах был в NIVEL — Институте первичной медико-санитарной помощи (Коос ван дер Велден, Дж. Зи, А. Бартелдс и др.) в Утрехте. Потом меня пригласили на международную конференцию по ПМСП в Гааге, там же меня приняли в действительные члены Всемирного общества по семейной медицине — WONCA (президент — Геран Сьюнелл). Предлагались разные варианты проживания: в городском отеле Гааги, на окраине города или в семьях врачей общей практики. Выбрал я, конечно, последний вариант, за что гостеприимным врачам разрешили участвовать в этой международной конференции. Для них это большой престиж и баллы для релицензирования, а сертификат участника они вывешивают на стены приемной. После этого спустя три дня, на которые не было смысла возвращаться в Москву, у меня был доклад на конференции в Маастрихте по качеству медицинской помощи. Находясь поочередно в семьях двух врачей общей практики, я по согласованию с пациентами присутствовал на приеме. В целом ничего особенного в ведении пациентов я не заметил, и на селе делал то же самое. Но было несколько отличий. Первое — врач при мне (внаглуу) разнес несколько заболеваний у одного и того же пациента на разные визиты (а визит — это деньги, но не от пациента непосредственно). Второе — врач все свои действия (опрос, осмотр, обследование, назначения, выдача лекарств и т.д.) занес в компьютер, который выдал распечатку со стоимостью, которую пациент должен подписать и которая направляется в национальную страховую организацию. Потом деньги приходят на счет врачу. Третье, самое главное, — этот врач несет ответственность за пациента, даже если пациент

находится в госпитале. Он не посылает больного с направлением и приложенными результатами обследования, чему врач стационара полностью не верит и начинает свое обследование, на период которого болезнь не останавливается, а сам отвозит пациента в больницу и вместе с лечащим врачом стационара намечает план обследования и лечения. Врач стационара самостоятельно не может вносить в него изменения. Более того, он не имеет права выписать больного без согласования с врачом общей практики (ВОП), который может не взять больного под свое наблюдение, заявив, что больного не долечили, что он направлял его в стационар для снятия таких-то симптомов, а этого не произошло. Отсюда ясно, что больница становится не лежбищем, как у нас, а местом для круглосуточного (в противном случае подойдет дневной стационар) наблюдения и лечения. Четвертое — ВОП — это синдромальный врач, который в своей работе руководствуется не Международной классификацией болезней (МКБ-10), а синдромальной классификацией WONCA. Во всем этом я воочию убедился. Кроме того, мы многие годы сотрудничали с Лейденскими ТНО — Нидерландскими институтами здоровья (профессор Ш. Банта и др.).

В Москве мы создали группу специалистов из разных городов страны по подготовке приказа министерства о развитии ПМСП и соответствующей коллегии. У работников Минздрава были свои представления о ВОП, они составили перечень заболеваний, с которыми должен иметь дело ВОП, не понимая того, что это синдромальный врач, и в результате все члены коллегии искали в списке известные им заболевания: «Почему не включили туберкулезный увеит?» Пришлось выступить и разъяснить ситуацию, но никто это не воспринял. Очень жаль, что работники Минздрава не ознакомлялись с литературой по этому вопросу, в частности с книгами Джона Нобла из Бостонского университета или Мёрдока из Австралии.

Должен прямо сказать, что и тогда и сейчас у нас в стране нет правильного понимания сути ПМСП, и всю ее деятельность сводят лишь к лечению, к врачам первичного звена, в том числе к врачам общей практики, ведущих первичный прием пациентов и обслуживающих вызовы на дом. И это прослеживается по всей стране, начиная от Москвы и Московской области во главе с министром Н.В. Суслоновой, уважаемой мною. Подсчеты показывают, что для правильной организации ПМСП количество ВОП нужно увеличить в 35 раз, для чего необходимо создание специальных факультетов в медицинских вузах. Не вдаваясь в детали этой проблемы, которая изложена в многочисленных наших публикациях (сайт: viperson.ru), скажем только, что дословный перевод Primary Health Care, то есть ПМСП, означает первичную заботу о здоровье, а это меняет сущность нашего неверного понимания этой важной

низовой части системы охраны здоровья и оказания медицинской помощи. Ну кто, кроме наиболее приближенного к населению врача, может поднимать проблемы перед местными органами власти о том, что проблемы нездоровья обусловлены теми или иными условиями и факторами, которые требуют соответствующего воздействия? Мое глубокое убеждение состоит в том, что вызовы на дом должна обслуживать подготовленная медсестра (в крайнем случае — парамедик), приглашая врача к пациенту при необходимости. В целом ПМСП, а это не только общая врачебная практика с ее социальной, профилактической и лечебной деятельностью, но и все службы общего типа, включая прием нормальных родов акушерками, наиболее распространенные медикаменты, простейшие анализы, линейные (общие) бригады СМП. Иначе говоря, вся лечебно-профилактическая работа общего типа должна быть максимально (!) приближенной к населению и находиться в ведении разрушенного ныне муниципального уровня здравоохранения. Командой академика И.Н. Денисова были созданы соответствующие профессиональные стандарты и разработан табель оснащения ВОП, по этому поводу имеются и наши работы. А специализированная помощь может находиться в некотором отдалении. Все эти идеи мы несли в массы.

* * *

Почему-то снижение смертности от дорожных происшествий наши власти связывают с развитием придорожной медицины, как бы перекладывая проблему с больной головы на здоровую. Вместе с тем в Швеции удалось добиться самых минимальных показателей летальных исходов в результате ДТП в мире не медицинскими, а организационными усилиями. В начале 2014 г. специалисты газеты *The Economist* провели анализ данных по Швеции и получили следующий результат: за период с 1970-х годов количество автомобилей на дорогах и общее пройденное ими расстояние увеличились вдвое, но при этом в прошлом году количество смертей сократилось до 264 человек, достигнув исторического минимума. Таким образом, смертность в результате ДТП в Швеции составляет 3 человека на 100 тыс. населения по сравнению с 5,5 человека в странах Евросоюза и 11,4 человека в США.

Каким образом Швеции удалось этого добиться? «В этом вопросе мы стремимся не к ужесточению правил, а, скорее, создаем технические условия для их соблюдения», — заявил недавно специалист Государственной службы безопасности дорожного движения Маттс-Эке Белин (*Matts-Åke Belin*), отвечая на вопрос представителя навигационно-аналитической службы *CityLab*. Швеция реконструировала дороги, уделив первостепенное внимание вопросам безопасности в ущерб скорости и другим

критериям. Сюда относится создание дорог типа «2+1» с двумя полосами движения в одном направлении и одной встречной, причем одна из полос — переменного направления в зависимости от напряженности потока. По данным The Economist, за первые 10 лет реализации программы Vision Zero такое расположение полос позволило предотвратить смерть примерно 145 человек.

Кроме того, в Швеции было создано 12,6 тыс. пешеходных переходов с повышенным уровнем безопасности, оборудованных мостиками, мигающими светофорами и искусственными неровностями для ограничения скорости движения транспорта. По оценкам специалистов, благодаря этим мерам смертность на дорогах среди пешеходов сократилась за пять лет в 2 раза. В стране были снижены значения допустимой скорости в районах городской застройки и в местах больших скоплений людей, а также были установлены ограждения для защиты велосипедистов от движущегося транспорта. Снижению смертности на дорогах способствовало и ужесточение наказания за вождение в состоянии алкогольного опьянения. Все это, по моему мнению, может быть достойным примером для подражания.

В качестве докладчика или председательствующего довелось побывать на многих международных форумах и конгрессах в Японии, Австралии, Таиланде, Европе и США.

* * *

С самого начала возрождения в стране Российской медицинской ассоциации — РМА (президент — А.Г. Саркисян) и загубленного в 1918 г. прогрессивного Пироговского движения врачей я принимал участие почти во всех начинаниях и заседаниях в качестве вице-президента РМА, а впоследствии — члена бюро исполкома объединенного Пироговского движения врачей. Все члены президиума и исполкома были выдающимися и творческими личностями, объединенными в единую команду. Мы практически еженедельно собирались, приглашая наших представителей с мест, обсуждая различные актуальные проблемы и вырабатывая варианты действий. Все Пироговские съезды врачей организовывала РМА. Мы исходили из посыла выдающегося ученого сэра И. Ньютона, который был управляющим Королевским монетным двором Великобритании и в свое время говорил, что видел дальше, потому что стоял на плечах гигантов. Так и мы подробно изучили дореволюционное Пироговское движение и все 16 проведенных тогда съездов, которые организовывались за государственный счет и продолжались от 7 до 14 дней, за которыми внимательно присматривала царская охранка и на которых рассматривались не только специфические

профессиональные вопросы, но и социально-политические. Впечатлил сделанный на одном из дореволюционных съездов доклад врача А. Шингарева (его потом большевики расстреляли) «Здравоохранение в будущей демократической России», с которым было бы полезным ознакомиться нынешнему руководству здравоохранения, если бы оно пожелало. Напрасно некоторые считают, что возрожденное Пироговское движение реализовывалось только в виде съездов врачей (раз в два года) и потому было неэффективным. Интенсивная работа шла между съездами, когда готовились уникальные и опередившие время такие материалы, как государственно-общественное управление здравоохранением, о создании врачебной палаты, медицинская хартия, представляющая собой договор между государством, обществом и врачами, прогностические и многие другие документы, выносимые на обсуждение съездов. Именно поэтому всегда на всех съездах рассматривались как актуальные и злободневные проблемы, так и перспективы. На съезды мы приглашали коллег из других стран. Все материалы съездов публиковались и являются доступными для врачей. Именно благодаря съездам медицинское руководство вынуждено было иногда принимать половинчатые решения, хотя в подавляющем числе случаев материалы съездов просто игнорировались Минздравом. В других странах такого даже быть не могло. Правда, мы вместе с одним из заместителей министра неоднократно выезжали в регионы (Санкт-Петербург, Красноярск, Ижевск, Владимир и др.), организовывали там послесъездовские пленумы РМА и собирали большие аудитории по разъяснению решений Пироговских съездов врачей, выдвигая задачи, стоящие перед каждой территорией и нашими филиалами.

Помню, в начале 1990-х годов у нас в ассоциации появился А.Л. Пиддэ, переехавший из Оренбурга, умнейший аналитик и профессионал, потом защитивший прекрасную докторскую диссертацию и работавший профессором в Академии госслужбы при Президенте РФ. Так вот, когда мы знакомились, он с большим удивлением посмотрел на меня и по наивности сказал, что не ожидал встретить меня живым, так как изучал мои работы еще в студенческие годы.

Я присутствовал на двух постоянных форумах Европейских медицинских ассоциаций и ВОЗ, на двух съездах Немецкой врачебной палаты (в Берлине и Кёльне) и на съезде Норвежской медицинской ассоциации (НМА). Кстати, РМА и НМА провели на базе МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского совместную интересную конференцию по законодательству в здравоохранении. Зная, как организовано самоуправление профессиональной врачебной деятельностью в мире, я старался помочь в организации Врачебной палаты в России, но в итоге получилась несколько иная и зависимая организация во главе с Л.М. Рошалем.

* * *

Хорошие отношения сложились тогда не только со многими внутренними организациями и отдельными отечественными специалистами и руководителями, но и с различными посольствами в Москве: Великобритании (на Софийской набережной), США (в Спасо-Хаусе), Норвегии и т.д., где довелось часто бывать на приемах, например, по случаю скользящего дня рождения Британской королевы. Началось все это значительно раньше, когда врач и региональный советник посольства Великобритании доктор Хью Карпентер организовал постоянно действующий семинар с участием англоговорящих врачей из Москвы. Там я и познакомился со своим будущим заместителем В.Е. Чернявским. Он к тому времени успел поработать в ЕРБ ВОЗ, а сейчас уже более 15 лет работает в разных международных организациях в Женеве.

Несколько раз был в Киле, в небольшом частном институте по здравоохранению, регулярно получавшем правительственные гранты. Руководил им Фриц Беске, в прошлом бывший морской офицер, командир подводной лодки. Мэр Вероны выступила с инициативой провести в течение трех лет три конференции по взаимодействию здравоохранения с медиа, бизнесом и населением. От Совета Европы (доктор Петр Мержевски) я был на всех трех, и однажды коллеги из Средней Азии попросили меня показать им Венецию, где до этого я был уже три раза, в том числе на острове Лидо на конференции по приглашению Итальянского общества по качеству. Показал и кое-что рассказал. Потом как эксперт ВОЗ председательствовал на многих ВОЗовских рабочих совещаниях на Балатоне, в Шотландии, Лидсе, где пробовал знаменитое йоркширское пиво, прямо на глазах у меня сваренное, и в других местах. В Мельбурне состоялась крупная международная конференция по качеству медицинской помощи, я был принят в члены Международной организации по качеству (ISQua) и европейской организации (EQuip), а также потом стал членом Всероссийского общества качества (ВОК). Много раз по этой проблеме участвовал в разных дискуссиях с участием Франко Перраро (Италия), Визеса Фернандиза (Испания), Ричарда Грола (Нидерланды), Ф. Руттена (США), Ли Треглоан (Австралия) и др. В Греции был с Янисом Скалкидисом, специалистом по качеству, в Швеции — с профессором Леннартом Леви из Каролинского университета.

* * *

В апреле 1997 г. Дж. Асвалл, как директор ЕРБ ВОЗ, собрал представителей здравоохранения всех 50 стран Европы в Хелероде (Дания), недалеко от Копенгагена, для обсуждения проекта Люблянской хартии. Люблянской потому, что позднее, летом, на большой конференции

в Любляне ее должны были принять. Напротив стола Асвалла полукругом расположились все участники в алфавитном порядке по странам. Асвалл предложил избрать председателем этого совещания меня, и я подсел к нему. Начали обсуждать проект, подготовленный сотрудниками ВОЗ. И тут три развитые страны Европы (Великобритания, Швеция и Бельгия) высказались против. Их можно было понять, ведь все страны региона разные. Если на постсоветском пространстве ведущими проблемами тогда были материнство, детство и доступность медицинской помощи, то в западных странах — проблемы пожилых, интегрированного ухода и здорового образа жизни. Дискуссия ничего не дала, все остались на прежних позициях. Тогда Асвалл не отпускает домой сотрудников ВОЗ, и они всю ночь пытаются так агрегировать материал, чтобы наступил консенсус. Несмотря на это, на следующий день все повторилось опять. Тогда я решил провести опрос по странам в алфавитном порядке. Почти все были за, и, увидев это, три страны сняли свои возражения.

В конце мая раздался у меня в кабинете звонок, звонил М. Виенонен из Копенгагена и спросил, как я отнесусь к предложению выступить на эпохальной (раз в восемь лет) общеевропейской конференции ВОЗ в Любляне (17–20 июня 1996 г.) по реформам здравоохранения в Европе. Я согласился, только заметил, что мне нужно знать тему и ответное время. Но ответа не получил. Прилетел я в Люблян у в субботу (конференция начиналась в понедельник), удивился, что меня разместили в шикарном отеле. А к вечеру ко мне пришли ВОЗовцы (М. Виенонен, К. Сакелларидес, С. Саваш) с вопросом о моей готовности выступить, с тем чтобы согласовать позиции. Я сказал, что не был оповещен, на что получил в ответ, что у меня в запасе еще есть целый день. И утром в воскресенье я помчался в Дом конгрессов, мне выделили трех помощников, мы пересматривали ВОЗовские материалы, я писал, и тут же текст набирали. А доклад у меня был одним из ключевых, на первом пленарном заседании вечером. Открытие было в первый день в 14:00, после этой церемонии следовали три ключевых пленарных доклада, определяющих проблемы и доклады на последующие три дня. Вначале профессор М. Пфафф от Европарламента должен был проанализировать политическую ситуацию в Европе, затем доктор К. Сакелларидес — представить обзор реформ здравоохранения в Европе, а затем шел мой доклад «Здравоохранение Европы: взгляд в будущее». И на этом первое пленарное вечернее заседание заканчивалось. Правда, не хило! А в зале сидели делегации всех европейских стран во главе с министрами. Правда, нашего министра, Э. Нечаева, не было, он предпочел поехать в Париж на совещание по СПИДу. Именно поэтому возглавлял делегацию России в составе пяти человек первый заместитель министра А.М. Москвичев. В докладе я опирался на уникальные принципы Люблянской хартии, на

возрастание равенства, доступности и качества помощи для всех слоев населения, на здоровье детей, молодежи с их привычками и пожилых (к ним должны быть дифференцированные подходы, основанные на том, что концепция факторов риска должна перерасти в систему охраны здоровья), на усиление роли и ответственности государства в политике охраны здоровья, на различные аспекты повышения эффективности служб здравоохранения, на возрастающую роль начальных (ПМСП) и конечных (интегрированный медицинский уход и паллиативная медицинская помощь) этапов здравоохранения, на повышение авторитета врача и роли медсестер в здравоохранении, а также ввернул Пироговский принцип упорядочения и этапности медицинской помощи, призвал страны с медицинским страхованием постепенно продвигаться к более результативной и менее затратной государственно-бюджетной модели. И все это было преподнесено в виде перспективной модели здравоохранения в цивилизованной Европе. Закончил я слайдом, взятым из архивов ВОЗ: на море шторм, нависшие свинцовые тучи, громадные волны, парусник мчится с полностью раздутыми парусами, накренась и зачерпывая бортом воду. Впереди засветлело, появились проблески надежды. Я произнес слова: «Не важно, откуда дует ветер. Более важно, как вы держите свои паруса» — и пожелал им всем держать паруса навстречу пациентам. Было много оваций, все потом ко мне подходило. Я хотел познакомить Москвичева с министрами, например, из Армении с Ара Бабяляном, из Казахстана с В.Н. Девятко, из Грузии с Амираном Гамкрелидзе, из Молдовы и др., но Москвичев скромно отмахивался. Тогда я взял инициативу на себя, всем министрам самостоятельных республик, ранее входившим в состав СССР, назначил вечером встречу в летнем открытом кафе (была жара, конец июня). Там, на удивление местной публики, сдвинули столы, армяне достали армянский коньяк, грузины — грузинский и т.д. Потом все говорили, что после распада СССР они так давно не собирались и не пели общие песни. И тут же все министры стали приглашать меня к себе, но особенно преуспели министры Молдовы (Магадей) и Казахстана (Девятко). Потом я у них краткосрочно побывал. Надо сказать, что со многими странами СНГ у нашего НПО были постоянные контакты и хорошие отношения.

Несколько раз приезжал ко мне на работу с охраной М. Зурабов, тогда директор частной страховой компании «Макс», потом — заместитель министра и министр здравоохранения, а сейчас непубличный посол РФ на Украине. До него послом там был В.С. Черномырдин, постоянно исторгающий перлы («раньше никогда этого не было, и опять произошло», «хуже водки лучше нету», «я лучше помолчу, а то опять чего-нибудь скажу» и т.д.). Зурабов тогда хотел получить через меня (ему как частной структуре напрямую дать не могли) на льготных условиях

заказ от правительства Москвы на автоматизацию медицинских учреждений юго-запада столицы, но я ему отказал. Потом, когда при министре Стародубове он появился в Минздраве в ранге вице-министра, он меня не узнал.

* * *

Истекал второй срок пребывания Дж. Асвалла на посту директора Европейского регионального бюро ВОЗ, и он побывал во всех странах региона. Особенно теплые воспоминания о нем остались в Алматы, где в медицинском университете (ректор — мой друг А.А. Аканов, завкафедрой — М.А. Камалиев) до сих пор существует посвященная Дж. Асваллу аудитория с его фотографиями. И напоследок он решил собрать человек 15 европейских экспертов и без протокола обсудить перспективные принципы развития здравоохранения в Европе. Это совещание проводилось за несколько дней до моего юбилея в маленькой шотландской деревушке. Авиабилеты были первого класса, вначале до Цюриха, а затем на пропеллерном самолете до Эдинбурга.

В Шотландии ранее я был только в Глазго (на реке Клайд) на симпозиуме по медицинской информатике и там тогда посетил Клайдский университет, музей камня и дом-музей Роберта Бёрнса, где подарил изданный в Сибири сборник его стихов. В битком набитый участниками симпозиума автобус нам из Глазго не дали экскурсовода (а ехать пришлось долго), и тогда я взял микрофон, рассказал биографию Р. Бёрнса, провел параллели с А. Пушкиным и для понимания мелодии стихов Р. Бёрнса прочитал пять-шесть из них (кантата «Веселые нищие», «Вечером во ржи», «У женщин нрав порой лукав» и т.д.) на русском языке в блестящем переводе С.Я. Маршака, который передал не только смысл, но и ритм с мелодией стихов. Невдалеке от родины Р. Бёрнса (на западном побережье Шотландии) находилось несколько островов, по поводу которых сами шотландцы шутили: если их не видно, значит, идет дождь, а если видно — дождь будет очень скоро. В тот раз удалось ознакомиться с полной технологией производства знаменитого шотландского виски.

На трехдневном совещании ВОЗ в загородном одноэтажном отдельном туристическом комплексе с удивительно красивой местностью в 30 км от Эдинбурга меня избрали ведущим, и состоялся интересный разговор о том, куда дальше двигаться во всей Европе, каждый высказывал свою точку зрения. Но пора собираться в обратный путь, поскольку на следующий день к 14:00 в НПО должны съехаться гости на мой день рождения, к приему которых было все готово заранее. Прибыл я рано утром в аэропорт Эдинбурга и узнал, что мой самолет еще

не прилетел. Именно поэтому я решил посидеть в баре первого класса. Но потом выяснилось, что этот самолетик запаздывает на четыре часа, и я понял, что на рейс Цюрих—Москва не успеваю. Прибыл в Цюрих, рейс на Москву улетел без меня. В службе информации мы просмотрели все варианты, через все аэропорты Европы, но в Москве я мог быть только завтра к вечеру. Сменилась в службе информации девушка, и я подумал, что она, может быть, удачливее предыдущей. И действительно, она нашла вариант, как мне завтра попасть в Москву до 12:00. Оказалось, что прямо сейчас мне надо лететь в Стамбул, откуда рано утром самолет полетит на Москву. Она мне выдала нужные билеты, бронь в аэропортовый отель Стамбула, и я улетел. Ночью там все было закрыто, из здания аэропорта меня не выпустили, и я всю ночь просидел на железном стуле. Зато на завтра был в Москве в 12:00 и успел к 14:00 в НПО, где собрались лучшие представители Минздрава РФ, территориальные руководители здравоохранения, многие главные врачи, руководители кафедр, министры здравоохранения СНГ, представители ряда международных организаций и посольств, зарубежные партнеры, представители ЦК профсоюза медработников и медицинских ассоциаций, сотрудники института, друзья и коллеги из Ижевска, Новокузнецка и других мест — фактически все те, с кем мы тесно сотрудничали. Весь зал был в цветах, дарили картины, которые пополнили мою коллекцию, расшитые золотыми и серебряными нитями ханские халаты (теперь у меня их столько, что не знаю, что с ними делать) и т.д. После короткого пребывания в актовом зале спустились в кафе института, где все было готово, и там продолжили. Было нескучно. Все прошло нормально, было приятно всех видеть. Весь период работы в НПО запечатлен в фотографиях шести альбомов.

* * *

Как внутри страны, так и вне ее авторитет института непрерывно рос, расширялась сфера научных интересов и практической реализации. В результате многим захотелось быть на моем месте, не понимая того, что и я, и институт представляли собой единое целое. И если в этой связке что-то изменить, то получится совсем иное соотношение, возможно, не до конца совместимое. Затем все так и оказалось. Началось это при Т.Б. Дмитриевой, которой кто-то (!) постоянно капал, потом продолжилось при Рутковском, которого я впервые увидел в стенах РМА. На встрече с американцами Т.Б. Дмитриева как-то высказала недоумение в связи с данными нашего НПО по утоплениям в России. Видимо, она подумала, что речь идет об абсолютном числе утоплений или об их доле в структуре смертности. Она не поняла (хотя это было

в документе описано), что представленные данные характеризовали потери общества в связи с утоплениями, когда рассчитывался средний возраст утопленников, учитывалось их количество и умножалось на число лет недожития хотя бы до средней продолжительности ожидаемой жизни. В результате было установлено, что по этой, как казалось, малозначащей и условно предотвратимой причине наша страна несет немалые потери.

Помню последние дни пребывания В.И. Стародубова на посту министра. Я к нему приехал решить пару вопросов, а потом он меня завел в смежную комнату. И тут я расслабился и спросил о перспективах его судьбы (не возвращаться же ему на неполноценную кафедру медицинского страхования в Российском медицинском госуниверситете). Он ответил, что придет новый министр (Ю. Шевченко) и все решит. И тут я еще больше расслабился и предложил ему объединить наше НПО с ГВЦ Минздрава, чего у меня не получалось, и стать во главе этого объединения. Объединение имело большой смысл: у нас — результаты исследований, в ГВЦ — медико-статистическая информация. Он сказал, что подумает. Видимо, этот вариант он и предложил новому министру, который с ним согласился. И вот в середине лета приезжает он к нам в НПО вместе с заместителем министра Г. Онищенко (тогда он был председателем Совета по кадровой политике при министре), который и представил нового директора объединения. Все те, кто со Стародубовым после меня тесно взаимодействовал, отмечают его складистость, хорошее отношение к подчиненным, которым он оказывал посильную помощь, доброжелательность и немелочность. Но из-за короткого периода совместной работы я всего этого не заметил, а увидел только знания практика, отсутствие опорного стержня и податливость (прогибаемость). Несмотря на множество предупреждений, почему-то с этой стороны я никаких подвохов не ожидал, видимо, в силу своей традиционной доброжелательности. Хотя В.И. Стародубов — академик РАМН, он, конечно же, не ученый, не владеет разнообразными методами научного исследования и познания, а, скорее всего, функционер или чиновник очень-очень высокого ранга от медицины. Это стало еще более понятно, когда по составленной мною программе мы в течение нескольких месяцев ходили по различным подразделениям института, где шло представление подразделений, рассказывалось о результатах исследований, показывалось взаимодействие с другими подразделениями института и вне его. А потом в Карелии состоялся очередной семинар с норвежцами (из Университета Осло и Норвежской медицинской ассоциации) по региональному законодательству. По поводу этих семинаров посол Норвегии в РФ устроил прием. Этот карельский семинар был малоинтересен В. Стародубову, и, посидев некоторое время, он стал

собираться в республиканскую больницу, что было ему намного ближе и интереснее. Представляет интерес и его докторская диссертация в виде научного доклада «Научное обоснование развития здравоохранения России в условиях социально-экономических реформ», в которой речь идет об усилении государственной политики в области здравоохранения для удовлетворения потребностей населения, а в реальной жизни, будучи министром, отдавал предпочтение другим процессам. Интересно, что 90% научных работ автора опубликованы в соавторстве. Где-то в конце октября при очередной встрече он сказал мне, что будет лучше, если я уйду из института. Я переспросил, кому будет лучше — ему или институту, на что получил откровенный ответ: «Мне». Конечно, жалко было бросать то дело, которому отдал 10 лет жизни. В самом конце октября состоялся очередной Пироговский съезд врачей, на котором, несмотря на уверения заместителя министра А.И. Вялкова, даже в кулуарах моя ситуация не обсуждалась.

* * *

В ноябре я должен был лететь в Вашингтон на представительную международную конференцию Американского международного союза здравоохранения (АИНА) (предыдущие такие конференции с разной тематикой были в Санкт-Петербурге, Атланте, Де-Мойне и Будапеште) по качеству медицинской помощи, где вместе с Дж. Айзенбергом мы должны были совместно председательствовать. Вечером в НПО раздался звонок из США. Звонил Дж. Айзенберг и сказал, что они все про меня и мою ситуацию знают (а в это время в институте находилась американская делегация), посоветовались с Донной Шалейлой, тогда министром здравоохранения и социальных служб США, и, не зная, как мне помочь, решили пригласить на это мероприятие в США нового министра Ю. Шевченко, с тем чтобы у меня была возможность с ним поговорить в спокойной и независимой обстановке. Спрашивали, как я на это смотрю, а смотрел я положительно. Через пару дней звонит мне А. Жаров, пресс-секретарь министра, и просит (хотя в Минздраве РФ были Управление внешних связей и протокольный отдел) составить программу пребывания министра в США. Единственное пожелание министра — он хотел бы в США кого-нибудь прооперировать. На это я сказал, что для этого должна быть специальная лицензия, и, чтобы наш министр попал там хотя бы на обход в палаты, нужно будет спрашивать разрешение у больных. Уже было известно, что Ю. Шевченко много и с удовольствием оперирует, после чего говорит: «А теперь пойду поминистерю». Потом я позвонил Дж. Айзенбергу, и программа пребывания в США Ю. Шевченко была составлена. Она включала его участие

в международной конференции АНА, встречу в американском министерстве, посещение крупнейшего и современного Национального института сердца, легких и сосудов в Бетэсде (в состав национальных институтов здоровья США тогда входили многие другие НИИ — старения, развития ребенка и т.д., Национальная медицинская библиотека США и целый ряд самостоятельных лабораторий), а также посещение президентского военно-морского госпиталя в Балтиморе (70 миль от столицы). За день до начала конференции в Вашингтоне уже в отеле за завтраком Ю. Шевченко спросил у меня, что происходит в НПО. Я объяснил, что фактически создал его с нуля, подобрал и расставил кадры, имеется много интересных и полезных наработок, установлены прочные связи с территориями, которым мы активно помогаем и которые мы обучаем, завоеван и международный авторитет. И вот когда все налажено, когда механизм слаженно заработал, появилось желание подмять это под себя. Таких примеров в нашей стране — прихватить что-то готовое — можно привести немало. Например, мой друг профессор О.С. Медведев создал в рамках МГУ медицинский факультет, который готовил студентов поштучно, обучая их английскому языку и работе на компьютерах с применением современных технологий, и выпускники которого оказались более востребованными в других странах, чем в медицинских учреждениях РФ. И когда вся эта система заработала, тут же нашлись желающие и прихватили этот факультет.

Выслушав все, Ю. Шевченко сказал, что решит этот вопрос. Через два дня в американском министерстве состоялось заседание нашего совместного мини-комитета по здравоохранению. На конференции АНА присутствовали руководители здравоохранения Курганской (Катанаев) и Тульской (Черниенко) областей, и я предложил Ю. Шевченко взять их с собой, но он в этом категорически отказал по непонятным для меня причинам. В малом министерском зале американцы расставили таблички участников с обеих сторон, мою — рядом с министром. Во время представления участников министр назвал меня советником министра и тихо добавил: «Считайте, что вы уже назначены». Но по возвращении домой никаких предложений не поступило, и я, завершив все начатые ранее работы, решил уходить. Потом НПО переименовали в Центральный НИИ организации и информатизации здравоохранения, появились там новые кадры, не всегда по профилю института, ведущую роль стала играть заместитель директора, а не директор, исчезли обучающие семинары, институт измельчал и, по-моему, остановился в развитии, чего я в свое время опасался, утратил авторитет в регионах, а среди отдельных сотрудников возобладали атмосфера стяжательства, особенно в связи с диссертационными работами. Но это уже не мое дело, и никакого желания там появляться я не испытываю.



Домашние опасались моих возможных реакций (например, инфаркта) на вынужденный уход из созданного с нуля и постепенно слепленного действующего института, но я сумел себя убедить в том, что данный этап завершен и жизнь, может, не столь интересная и напряженная, все же продолжается.

Несколько привлекательных предложений поступило из медицинского университета (создать новый деканат и новые кафедры), но О.Н. Сорокин, будучи тогда начальником Департамента здравоохранения МПС, настоял на моем переходе во ВНИИЖГ в качестве заместителя директора, пообещав выделить средства на техническое оснащение, и это обещание выполнил. Вообще О.Н. Сорокин — это такой человек, такая глыба, что о нем можно говорить и писать многое. Несмотря на то что он был выходцем из руководящей семьи, он сам себя сделал, начиная с медбрата в институте Склифосовского и кончая докторской степенью и руководящими должностями. Главное — это был по государственному мыслящий руководитель независимо от места работы: то ли в департаменте МПС, то ли завоблздравоотделом, то ли вице-губернатором Тверской области. Таких на все здравоохранение страны было совсем немного. Когда-то он рядовым хирургом вместе с выдающимся хирургом П. Ивановым (завотделением) работал в нашем госпитале в Эфиопии (тогда наших госпиталей было в других странах немало), единственной в Африке христианской стране. Когда спустя многие годы я там побывал по линии Красного Креста, в госпитале его вспоминали теплым словом. В Эфиопии (Абиссинии) я провел занятия с большим коллективом врачей, обошел весь госпиталь с его тяжелейшими сочетанными больными (СПИД, туберкулез и сифилис), посетил наше посольство, расположенное в прекрасном месте, выше Аддис-Абебы (2,5 млн жителей), в окружении необыкновенно красивых и цветущих деревьев и бугенвиллии, встречался с местным патриархом, побывал на серебряных копиях и на горячих источниках с нахальными и вездесущими обезьянами, приобрел шикарный эфиопский кофе. Кстати, О.Н. Сорокин успешно защитил в диссертационном совете НПО вначале кандидатскую диссертацию, а спустя три года — и докторскую, связанную с чрезвычайными ситуациями на железнодорожном транспорте. А как он рассказывал о различных происшествиях — заслушаешься.

С О.Н. Сорокиным я выезжал на Саратовскую железную дорогу, в США, Швейцарию и на очередной съезд Немецкой врачебной палаты (НВП) в Кёльне. В Швейцарии я был несколько раз, забирался на курорт в ледниковой долине Гриндевальд, поднимался в электрических вагончиках с зубчатыми передачами на высоту 3,5 км на Юнгфрауях по 9-километровой железной дороге, построенной в 1912 г., был в Лихтенштейне

с его столицей Вадуц, четыре раза в Женеве, а также в Цюрихе, Берне и других местах. Были мы вместе и в США, в Нью-Йорке и Майами, выходили в море на катере. Чувствовались невидимые, объединяющие нас нити и взаимное уважение. Когда он заведовал отделом здравоохранения Тверской области, а потом там же был одновременно вице-губернатором, я еженедельно на день выезжал туда, помогал в статистическом анализе ситуации с выявлением проблем, которые затем выносились на обсуждение коллегии. Конечно же, он очень много сделал для здравоохранения области и для работающих там медиков, которые, надеюсь, помнят его до сих пор. С его, Сорокина, чудесной женой и взрослыми детьми мы общаемся постоянно, даже после его преждевременной и мужественной кончины. К нему на Кузьминское кладбище езжу ежегодно, это дело святое. Также много раз я был и в Кёльне. Именно в приезд туда на съезд Немецкой врачебной палаты (НВП) с О.Н. Сорокиным и другими специалистами два профессора ночью под прикрытием замминистра здравоохранения РФ выкопали из клумбы две пелларгонии, которые потом прижились в России. Из Кёльна мы проехали в Дюссельдорф (там штаб-квартира НВП), где я был три раза, а потом в Люксембург, где увидели очень скромную резиденцию местного герцога. На двухдневном заседании НВП я был уже второй раз (первый раз — в Берлине с посещением ресторана под куполом Рейхстага). Съезды были интересно организованы, накануне — выступление струнного оркестра и приветствие министра, в расположенном уступом президиуме находились руководители всех 16 врачебных палат (по числу земель), а вел заседание председатель НВП и одновременно председатель палаты самой большой земли в Германии Северный Рейн — Вестфалия доктор Гоппе. Рассматривалось предложение правительства по сокращению доходов врачей. Дело в том, что система ОМС в ее родоначальнице — Германии с каждым годом становилась дороже и требовала значительных доплат из бюджетов. В связи с ростом ОПЖ возросло и количество пожилых, которые потребляют большее число медицинских услуг, а объемы страховых взносов не изменились. Вначале хотели увеличить размеры страховых взносов с работодателей и работников, но они при поддержке профсоюзов против этого восстали. Тогда решили минимизировать стандарты для пожилых, но оказалось, что это нарушает права человека. И после этого задумали уменьшить доходы врачей, но НВП на своем съезде в этом отказала. И тогда, зная, как у нас прислушиваются к общественному мнению, я спросил у доктора Гоппе, примут ли власти во внимание мнения врачей, на что он ответил, пусть только попробуют его не учесть. И я заткнулся. Правда, позднее размеры страховых взносов (пополам от работника и работодателя) несколько возросли, но все равно это свидетельствует о финансовой бесперспективности системы обязательного

медицинского страхования в дополнение ко всем ее существенным недостаткам. К этому вопросу мы еще вернемся.

Таким образом, по линии Всемирной организации здравоохранения (конференции, семинары, рабочие совещания) побывал в Женеве, Копенгагене, Лидсе, Габрово, Хелероде, Стокгольме, Любляне, Киле, Эдинбурге, Берлине, по научным и другим контактам — в Вашингтоне, Будапеште, Де-Мойне, Глазго, Барселоне, Вене, Берне, Варшаве, Берлине, Праге, Хельсинки, Амстердаме, Роттердаме, Лейдене, Роттердаме, Утрехте и т.д., по проблемам ПМСП в качестве участника и докладчика — в Андорре, Мадриде, Гааге, Портленде, Копенгагене и т.д., по проблемам качества медицинской помощи выступал с докладами в Венеции, Триесте, Париже, Павии, Утрехте, Маастрихте, Мельбурне, Брюсселе, Лондоне, Лидсе, Копенгагене и т.д. В Бельгию и Нидерланды из Германии можно попасть через город Аахен — столицу древнего Франкского государства и место коронации императоров Священной Римской империи. Участвовал в конференциях по медицинской этике, организуемых Евросоюзом (П. Мержевски), в четырех веронских инициативах по приглашению мэра Вероны, председательствовал на 17-м Всемирном конгрессе по эпидемиологии в Нагое (Япония) и на конференции SOHRED в Балатонцелле (Венгрия), а на такой же конференции в Таиланде просто по приглашению принял участие. В Маастрихте познакомился с мировым классиком по качеству медицинской помощи Аведисом Донабедианом (к сожалению, его через пять лет не стало), у которого вышло семитомное руководство по обеспечению качества. Оттуда заехали на территорию Бельгии в небольшой ресторанчик. И повсюду были оживленные и полезные дискуссии, формировавшие мировоззрение всех участников, а также проводилось знакомство с работой отдельных медицинских и научных учреждений и системой здравоохранения в целом. Обсерватория ВОЗ выпускает периодически обновляемые обзоры по всем 50 странам европейского региона, которые поступают мне по электронной почте, судя по рассылке, единственному в нашей стране. Видимо, это больше никому не нужно. Кроме того, я все время слежу за новациями в здравоохранении на сайтах правительств, министерств здравоохранения и медицинских ассоциаций и по отдельным публикациям в разных зарубежных изданиях.

В разных аэропортах случались разные истории. Улетал я из Лондонского аэропорта Хитроу в Москву, положил сумку на транспортер для контроля, и вдруг раздалась завывающая сирена. Это у меня обнаружили маленький перочинный ножичек. Собрались несколько экспертов, стали замерять лезвие. А потом эту фитюльку уложили в огромный конверт с надписью красным крупным шрифтом DANGEROUS и вручили мне его уже в Москве. В свое время А. Роменский после Минздрава СССР стал

работать статистиком в ЕРБ ВОЗ в Копенгагене. У него там проснулась коммерческая жилка, и он знал, где, в каком месте, на что и в какой стране дешевые цены. В ЕРБ должен был лететь сын М.А. Ключева — начальника Главного аптечного управления, так Роменский попросил его привезти хороший кусок мяса, которое в Дании было дорогим. Точно так же поступали наши специалисты в Женеве, когда за продуктами ездили во Францию, где они стоили гораздо дешевле, чем в Швейцарии. Сын на Центральном рынке Москвы набил мясом полностью фибровый чемодан с уголочками (такие тогда еще были) и сдал его в багаж. А в аэропорту Копенгагена из-за каких-то проволочек мясо оттаяло, и на выходе за ним тянулся кровавый след. Его, конечно, задержали, спросили, кому и зачем везет. Он объяснил, что якобы у Роменского есть собака, которая потребляет только наше мясо. Чемодан задержали и сказали, чтобы за ним приехал сам хозяин собаки. Когда он на следующий день туда прибыл, ему сказали, что провели серию исследований и вынесли вердикт, что такое мясо собакам есть нельзя. Помню, при прохождении контроля в аэропорту Вашингтона, где обычно долго и нудно выясняли цель визита, наличие и адрес отеля и т.д., меня спросили, кто я, и услышав, что врач, пропустили без лишних разговоров. Вообще на Западе совсем иное отношение к врачам, очень и очень уважительное, даже к медсестрам как дипломированным специалистам, и они не ходят по территории больниц, а носят себя, распираясь от гордости и внимания к ним. В период до установки рентгеновских аппаратов очень интересно был организован контроль в аэропорту Вены. Везде было по-разному и почти везде с какими-то особенностями.

* * *

Для того чтобы не сложилось превратного понимания, поясню:

- все зарубежные выезды были в основном краткосрочными (как правило, 2—6 дней);
- на выезде даже копейки не было потрачено за счет НПО или нашей страны, абсолютно все за счет приглашающей меня как эксперта стороны;
- отказать в каком-либо приглашении было нельзя из-за членства в международных организациях;
- **практически** каждый выезд служил началом сотрудничества, за которое потом отвечал один из сотрудников НПО;
- при всех выездах представлялись интересы нашей страны и отечественного здравоохранения.

Ну и, наконец, последнее. Только при выезде можно было пощупать происходящие изменения в здравоохранении разных стран, сопоставить

их с публикациями, верифицировать их результаты путем общения с разными специалистами, выявить новации, изучить возможность их применения в наших условиях, оценить на расстоянии достоинства и недостатки российского здравоохранения. Как хорошо известно, все познается в сравнении. Отсюда вытекала необходимость преобразований в отечественном здравоохранении. Впоследствии это все использовалось в отчетах, публикациях и рекомендациях.

* * *

Детальный анализ сложившейся в стране модели здравоохранения, в значительной степени искажившей основополагающие семашкинские принципы, содержится в фундаментальном труде группы специалистов «Основные положения стратегии охраны здоровья в РФ до 2030 г. и последующие годы» (далее — Стратегия), подготовленном, как отмечалось, в рамках Комитета гражданских инициатив А.Л. Кудрина. В числе авторов этой работы профессор В.В. Власов, умнейший и творческий специалист, широко мыслящий, эрудированный и глубоко владеющий знаниями по качеству медицинской помощи и по международному здравоохранению. Мыслит системно. Затем — профессор П.А. Воробьев, обладающий острым аналитическим и критическим умом; умеет быстро выявить проблемы и недостаточность аргументирования оппонентов, всегда защищает свои взгляды и убеждения, обладает быстрой реакцией, глубоко владеет методами клинического и фармако-экономического анализа, во всем остальном руководствуется логикой, направленной на пользу пациентам и врачам. Мыслит системно. Профессор Е.Ш. Гонтмахер — очень грамотный и эрудированный экономист, организатор и политолог, долгие годы занимающийся социальными проблемами в стране, прекрасно ориентируется в любой ситуации, болеет за дело здравоохранения, в своих выступлениях и публикациях проявляет определенную деликатность. Позиция последовательна, с годами не очень меняется, только усиливается. Мыслит системно. Профессор А.Л. Линденбратен — один из самых лучших, передовых и грамотных специалистов в области общественного здоровья и здравоохранения, деликатен и приветлив, имеет большое число научных учеников и последователей. Мыслит системно. Профессор Н.А. Кравченко — крупнейший специалист по медицинскому страхованию и экономике здравоохранения, обладает логическим складом ума и глубокими познаниями. Мыслит системно. Доцент А.В. Рагозин — очень толковый специалист, прекрасно знающий изнутри систему медицинского страхования, постоянно ее анализирует. Труженик. Мыслит системно. А.В. Саверский — юрист, президент Лиги пациентов, ярый их защитник не только в правовом отношении, обладает выраженными

бойцовскими качествами, готов отстаивать свои убеждения на любом уровне. Хорошо понимает проблемы здравоохранения. Мыслит системно. Г.Э. Улумбекова — доктор медицинских наук, имеет хорошую подготовку, принципиальна, прекрасно ориентируется в проблемах общественного здоровья и здравоохранения, в вопросах его финансирования, глубоко занимается проблемами качества и непрерывного медицинского образования. Мыслит системно.

Не мое, конечно, дело, даже будучи руководителем этого небольшого творческого, системного и равнодушного коллектива, давать краткие характеристики устоявшимся специалистам, но, как представляется, без этого будет трудно оценить значимость содержания Стратегии. Ведь другой такой компетентной команды просто нет и вряд ли скоро появится. Кроме того, среди ближайших союзников можно выделить профессора С. Калашникова, умнейшего и рассудительного специалиста, который, не будучи врачом, успешно руководит Комитетом ГД по охране здоровья, проводя политику в интересах пациентов, С. Колесникова, академика РАМН, о котором я уже писал, И. Шанина, ответственного секретаря ФНПР, профессора И. Тимофеева, судью из Санкт-Петербурга, профессора Г. Ушакову из Кемерово и многих других практически по всей России. Многие разделяют наши позиции, но не всегда их высказывают, опасаясь репрессий.

Это было небольшое отвлечение, а в дальнейшем рассмотрим семейную модель здравоохранения более подробно. Членом Комитета гражданских инициатив А.Л. Кудрина я состою с самого начала его создания (2012), принимал участие во многих мероприятиях, в том числе в проведении Гражданского форума (был и на первом Гражданском форуме в ноябре 2001 г.), в выборе и награждении инициативных творческих коллективов, в подготовке и обучении перспективных региональных лидеров, а в последнее время вошел в состав попечительского совета Фонда А.Л. Кудрина и т.д. Можно сказать, что в упомянутой Стратегии предусмотрено несколько принципиальных отличий от того, что происходит ныне в отечественном здравоохранении.

1. В фокусе внимания Стратегии находятся интересы населения (пациентов) и медицинских работников (врачей), а в нынешнем здравоохранении — интересы чиновников от медицины и медицинских учреждений.

2. В Стратегии преобладают созидательные мотивы по достижению перспективной модели охраны здоровья, а в нынешнем здравоохранении — разрушительные начала без какой-либо перспективы с учетом экономической выгоды.

3. Стратегия ориентирована на значительное улучшение здоровья населения, а чиновники от медицины настроены на развитие здравоохранения.

4. В Стратегии предусмотрено системно-этапное продвижение к перспективной модели, а в нынешнем здравоохранении преобладают хаотичное движение и принятие необоснованных решений.

5. В Стратегии обозначены перспективы, которые предполагают последовательность действий и принимаемых законов, а в нынешнем здравоохранении законы принимаются при отсутствии перспективной модели.

6. В Стратегии предлагается отделить систему охраны здоровья (цель — улучшение здоровья) от традиционного здравоохранения (цель — восстановление, полное или частичное, утраченного здоровья), а чиновники возложили эти две разные функции на отрасль.

7. В Стратегии значительный акцент сделан на массовой ПМСП и восстановлении муниципального здравоохранения, а в существующих отраслевых программах — на развитии «тыловой» медицины и выгодной дорогостоящей ВМП, куда при нормальной организации должны попадать 0,1–0,5% больных.

8. В Стратегии на первом этапе не требуется дополнительного финансирования, и эффективность (результаты и затраты) будет достигаться за счет внутренней реорганизации и перераспределения средств с «тыловой» медицины на «линию фронта», а нынешнее здравоохранение постоянно требует дополнительных бюджетных средств на ОМС и дорогостоящую ВМП.

9. В Стратегии обозначено, что медицинская помощь общего типа должна быть максимально приближенной к населению, а в нынешнем здравоохранении стараются ее отдалить путем укрупнения медицинских учреждений или даже частичной их ликвидации, что резко снижает доступность.

10. В Стратегии предлагается отказаться от коммерциализации здравоохранения и платных услуг в государственных и муниципальных медицинских учреждениях, а чиновники от медицины настойчиво проводят политику создания концессий, аутсорсингов и приватизации оснащенных за счет бюджета медицинских учреждений.

11. В Стратегии предлагается отказаться от архаичной, затратной и совсем не подходящей для нашей страны системы ОМС, а чиновники от медицины бесполезно пытаются ее развивать.

12. В Стратегии показано, какие ресурсы (финансовые, кадровые — как их готовить, как оплачивать и т.п.) нужны для ее реализации, при этом на первом этапе преобразований дополнительные средства не понадобятся совсем, а в нынешнем здравоохранении перспективная потребность в ресурсах напрочь отсутствует.

13. В Стратегии показано, что здравоохранение является системой социального выравнивания, особенно в наших условиях, поскольку перед

лицом болезни или смерти все равны точно так же, как в Японии считается, что все японцы, независимо от положения и происхождения, равны перед лицом стихии.

Более подробно можно будет остановиться на некоторых разделах Стратегии в дальнейшем.

* * *

Вот уже много лет работаю во ВНИИ железнодорожной гигиены, какое-то время был заместителем директора ВНИИЖГ по научной работе, затем руководителем центра и отдела. Когда приступал к этой работе, все железнодорожники носили военизированную форму железнодорожных войск. Моя должность соответствовала званию генерал-лейтенанта с двумя большими звездочками на погонах. Я задумал пошить такую форму, но О.Н. Сорокин отсоветовал, поскольку железнодорожные войска уже распускались. Потом мне стало понятным, что я этой должности не соответствую, так как институт был в основном гигиеническим с небольшим клиническим подразделением, а в этом деле я разбирался слабо. И потому перешел вначале в центр, а затем и в отдел организации и информатизации здравоохранения в качестве руководителя. В тот момент железнодорожное здравоохранение представляло собой целостную стройную пятиуровневую и частично замкнутую систему амбулаторной и стационарной помощи: здравпункты, линейные больницы и поликлиники, узловые, дорожные и центральные (их было пять) больницы, часть из которых являлись клиническими и служили базами для обучения. В отраслевом здравоохранении было занято 27 тыс. врачей. Основным был линейный принцип оказания медицинской помощи, то есть по линиям железнодорожных путей с обслуживанием железнодорожников всех специальностей, настоящих и бывших, членов их семей, включая детей, а также всех жителей железнодорожных поселений, если там не было общей сети медицинских учреждений. Для долечивания и оздоровления существовали профилактории (иногда прямо в депо) и санаторная сеть. Система здравоохранения МПС была уникальной и прекрасно оснащенной. Затем, в связи с коммерциализацией, она стала рушиться, существенно сократилась, значительно уменьшилась численность обслуживаемых контингентов, и пребывает сейчас совсем не в простом состоянии. ВНИИЖГ имеет глубокую и славную историю, в нем трудились многие уникальные специалисты, и мне повезло работать рядом с такими профессорами, как М.Ф. Вильк, В.А. Капцов, А.Г. Базазьян, В.А. Полякова, В.Б. Панкова, доктором Э.С. Кузнецовым, не успевшим защитить докторскую диссертацию, и др. За время работы в институте участвовал в выполнении ряда тем, подготовке научных кадров, в работе ученого и диссертационного

советов, в подготовке материалов для перспективных преобразований в здравоохранении. В состав диссертационного совета входят также такие выдающиеся специалисты, как Е. Дубынина, А. Большаков, Е. Нестеренко, Т. Алферова, В. Катаева, Т. Лукичева, Т. Трегуб, Л. Федорова, А. Калининская, В. Ядчук, Л. Молчанова, Н. Трифонова и др.

Недавно во сне мне привиделась достаточно стройная и необычная концепция образования в стране. Дошкольное образование (домашнее и детсадовское) должно готовить ребенка к школе, прививая ему соответствующие навыки. Школьное 12-летнее образование должно быть разделено на три части: начальная школа — до 4-го класса включительно, максимально приближенная к детям школьного возраста, среднее общее образование — до 9-го класса и среднее профильное образование, когда у ученика есть выбор, формируемый при советах родителей и классного руководителя, в виде преимущественно технической или преимущественно гуманитарной направленности в старших классах или в системе профессионально-технического образования. В школе нужно увеличить количество часов на историю, в том числе военную (Отечественная война 1812 г., Первая мировая война и подробно Великая Отечественная война), литературу и иностранный разговорный язык, а также ввести такие предметы, как логика и системный анализ, компьютеризация и информатика, психология, астрономия. Некоторые предметы могут частично носить факультативный характер (физкультура, дополнительные занятия, домоводство, краеведение и музыкальные занятия), и быть полностью факультативными занятиями в секциях (спортивных по разным видам спорта и т.д.) и кружках (хоровой, танцевальный, рукодельный, литературный, художественный, театральный, технический и др.) при школе. Основная методология школьного образования должна быть направлена на развитие гражданского самосознания, формирование порядочных и образованных людей, воспитание патриотических чувств. Должны быть предусмотрены возможности после 9-го или 12-го класса для получения разных рабочих специальностей — специальные годовые или полугодовые курсы, куда будет направляться до 60% учеников с учетом их пожеланий и способностей. Для 30% окончивших девятилетку и выпускников школ должны быть предоставлены возможности для получения среднего специального образования в колледжах (бывшие техникумы, училища и ПТУ), технических, гуманитарных, учительских и медицинских с четырехлетним обучением. А в вузы могут быть направлены с отличными знаниями выпускники, прошедшие рекомендательную систему тестирования для выявления нужных для каждой группы специальностей индивидуальных качеств. Вероятно, экзамены по общим предметам можно сдать в школе или колледже, а при поступлении в вуз — по профильным дисциплинам. Вузовскую систему образования необходимо существенно

улучшить и ввести в нее такие предметы, как обеспечение качества, управление системами, системный анализ и информатика, психология взаимоотношения людей, деловые игры и т.д. Особое внимание следует уделить совершенствованию разрешительной системы на самостоятельную деятельность и последипломному образованию, имея в виду организацию непрерывного обучения, пополнение знаний и совершенствование технологий и практических навыков. Все указанные образовательные процессы должны носить не стихийный, а упорядоченный характер с учетом перспективной потребности в разных специалистах. Вот этим необходимо заниматься профильным институтам и академиям. По такому же принципу со множеством нюансов должно быть выстроено и медицинское образование в стране, что в кратком виде изложено в упоминавшейся ранее Стратегии.

Глава шестая

ОСНОВНЫЕ ПРИНЦИПЫ СЕМАШКИНСКОЙ МОДЕЛИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Необходимо подчеркнуть, что корни идеи о создании этой модели и ее основных принципов уходят в предыдущие годы и столетия. В Древнем Риме медицина, главным образом военная, выделилась в самостоятельную отрасль. Тогда же появились муниципальные врачи и больницы. Развивалась и частная практика. В Средние века врачебная деятельность стала кое-где регламентироваться, появились требования к подготовке врачей, их обучению, стажировке и даже будущему лицензированию. Широкое распространение получило создание при университетах медицинских факультетов. Университетское медицинское образование является гораздо более фундаментальным, чем в чисто медицинских вузах. В эпоху Возрождения проявились социальные основы медицины, когда по законам определялась необходимая медицинская помощь, финансируемая за счет налогов на алкоголь, в том числе для бедных слоев населения. В конце XVIII — начале XIX в. в Германии возникло государственное регулирование всех проблем, связанных со здоровьем граждан и оказанием им медицинской помощи. В 1848 г. в Великобритании по закону о здравоохранении была впервые создана система, опирающаяся на муниципальный уровень. Как работали врачи в Англии, прекрасно описано в классической работе А. Кронина «Цитадель». Особенно бурное развитие получило здравоохранение к концу XIX в. Если до этого периода медицина была преимущественно частной и больной непосредственно оплачивал получаемую медицинскую помощь, то с развитием новых медицинских технологий индивидуальных средств оказывалось недостаточно и требовалось появление новых форм и способов оказания и оплаты медицинской помощи. В России после отмены крепостного права в 1861 г. в структуре местного самоуправления появилась прогрессивная и уникальная земская медицина. Многие из жизни и работы врачей можно почерпнуть в работах российских классиков. В 1872 г. была организована Американская ассоциация здравоохранения. В Германии, благодаря основополагающим работам Р. Вирхова, которого считают родоначальником социальной гигиены, появилось в 1883 г. при Отто Эдуарде Леопольде Бисмарке фон Шёнхаузене законодательство об обязательном страховании на случай

болезни или травмы для промышленных рабочих. В 1905 г. в Берлине А. Гротьян впервые организовал научное общество по социальной гигиене и медицинской статистике, а затем и соответствующую кафедру в Берлинском университете. Его примеру последовали А. Фишер, Ф. Принцинг, С. Нейман и др. Аналогичные германскому впоследствии были приняты законы и постановления в Великобритании (1911) и России (1912). При этом становилось все очевиднее, что ответственность за здоровье и организацию медицинской помощи должны взять на себя правительства. Именно тогда здоровье было признано общественной ценностью и социальным правом человека, а государство и общество стали ответственными за обеспечение этого права.

В России предпосылки для возникновения социальной гигиены и развития общественного здравоохранения были заложены еще Н.И. Пироговым, и эти идеи проходили красной нитью через все 16 дореволюционных Пироговских съездов врачей. Этому способствовали работы Петрова, Осипова, Куркина, Шингарева, Корчак-Чепурковского, Игумнова, Тарасевича и др. Истоки социальной гигиены (именно так и называлась эта дисциплина в Германии и СССР) в советское время относятся к 1918 г., когда после закрытия земской медицины и прекращения деятельности Пироговского общества врачей был создан соответствующий музей (руководитель — А. Мольков), преобразованный в 1920 г. в Институт социальной гигиены. Уже через два года при Первом Московском университете была создана кафедра социальной гигиены, разработаны учебные программы, появились учебники и учебные пособия, в том числе переводные (у меня в библиотеке есть работа Ф. Принцинга), стал издаваться соответствующий журнал. Это все делалось по инициативе Семашко, Соловьева, Молькова, Каминского и др. По всей стране стали создаваться исследовательские институты по социальной гигиене, организационные бюро и т.д. Социальная гигиена — это наука об основных закономерностях в формировании здоровья населения и влияющих на него факторах. В этом смысле она в определенной степени подобна зарубежному пониманию эпидемиологии не только как науки о распространности острых инфекционных, но также хронических и дегенеративных заболеваний. В основном предметом социальной гигиены была социальная обусловленность здоровья и болезней. Мало того, что против этой новой и важной науки выступила консервативная клиническая профессура, которая признавала только лечебную медицину (это происходит и до сегодняшних времен), так и органы власти стояли на том, что все социальные пережитки остались в прошлом и в советское время не может быть никакой социальной обусловленности болезней. В результате многие институты и центры ликвидированы. Это все совпало с периодом агрессивного гонения на науку в целом: на экспериментальную биологию

и генетику в лице Н. Кольцова, Н. Вавилова, Н. Дубинина и др., научную организацию труда (она, как потом и кибернетика, считалась буржуазной наукой), когда и без этой науки А. Стаханов многократно перевыполнял установленные нормы выработки угля и т.д. Тогда же в стране поощрялось развитие стахановского движения. Многие специалисты по социальной гигиене, медицинской статистике и демографии, которые, как считали власти, не сумели вовремя правильно подсчитать численность населения, оказались за решеткой. Весьма значимыми оказались репрессии, голодомор и геноцид крестьянства, и спрятать это все в статистике народонаселения не удалось.

Тем не менее еще в 1937 г. известнейший американский историк медицины Г. Сигерист писал, что эпоха тысячелетнего преобладания лечебной медицины завершается и наступает эра профилактической медицины, основы которой появились в СССР. И уже перед самым началом Великой Отечественной войны приказом наркома здравоохранения СССР Г. Митерева сохранившиеся кафедры социальной гигиены были переименованы в кафедры организации здравоохранения. Фактически от широкой научной базы осталась только ее прикладная часть, что делало эту науку уязвимой для критики. Так, Б.Д. Петров, работавший в 1950-е годы в секторе здравоохранения ЦК КПСС, ставил вопрос о правомочности существования организации здравоохранения, ведь нет такой науки, как организация мясо-молочной промышленности. Но прикладную организацию здравоохранения ее научная составляющая, и потому было принято решение назвать эту дисциплину «социальная гигиена и организация здравоохранения», и с 1966 г. это название закрепилось в головном институте и в наименованиях кафедр. В самый разгар Второй мировой войны, 21 марта 1942 г., когда Англия еще находилась в блокаде, У. Черчилль выступил со своим видением послевоенного устройства страны, он предвидел создание национальной и бесплатной для всех национальной службы здоровья, социального страхования от рождения до смерти (*Cradle to grave* — с пеленок до могилы), широкую для всех доступность к образованию, укрепление государственной собственности и развитие свободного предпринимательства. И это он говорил в почти полностью разрушенном Лондоне из-за непрерывных его бомбардировок, когда были разрушены или повреждены более 1 млн домов, но большую часть жителей (кроме 20 тыс.) удалось спасти благодаря метро, подготовленным бомбоубежищам и вырытым погребам. В тот же период (в 1942 г.) лорд (1 барон) Уильям Генри Беверидж (1879–1963), директор Лондонской школы экономики (1919–1937), президент университетского колледжа в Оксфорде (1937–1945), выпустил книгу «Государство всеобщего благосостояния» — «Доклад Бевериджа», где изложил основы национальной системы охраны здоровья, реализованной в Англии начиная с 1948 г. При этом в докладе был учтен и опыт

советского здравоохранения, основа которого в определенной степени корреспондировала с идеями Бевеиджа. Кстати, и термин «здравоохранение» как собирательный от охраны здоровья получил распространение с советских времен, хотя Health может означать и здоровье, и здравоохранение (точнее, Health Care) в отличие от медицинской помощи — Medical Care. Здесь не стоит приводить весь полезный опыт организации отечественного здравоохранения (да это и невозможно сделать в пределах одной работы), который, к сожалению, мало используется в настоящее время из-за пространенного непрофессионализма.

Между тем еще князь Ярослав Мудрый в знаменитом письме к детям отмечал, что «льщецы бдят и первую вину болезни пытаются», тем самым подчеркивая, что врачи должны заниматься первопричинами болезней и уметь на них воздействовать, а не, как сейчас, иметь дело в основном со следствиями, к тому же нередко далеко зашедшими. Но в этом виноваты не врачи, а созданная система, ориентированная на последствия и на развитие третичного здравоохранения. Еще Н.И. Пирогов писал, что главное предназначение врача — в научении людей быть здоровыми и в лечении тех, кого не удалось научить этому. Клод Бернар считал, что врач должен знать три вещи: условия здоровья, чтобы их сохранять, условия болезни, чтобы их предотвращать, условия выздоровления, чтобы их использовать. Это говорит о том, что знания и функции у врача, прежде всего в амбулаторно-поликлинических условиях, должны быть достаточно широкими и не только связанными с клиническим ведением больных. Уместно будет также вспомнить об организации этапности сортировки и оказания медицинской помощи больным, раненым и пораженным (то есть о маршрутах движения пациентов), предложенной Н.И. Пироговым в период Крымской кампании (1854—1855) и положенной в основу советской военно-медицинской доктрины в годы Великой Отечественной войны, позволившей добиться самого высокого восстановления в строй, а также о работах расстрелянного большевиками врача, депутата Государственной думы и активного участника Пироговского движения А.И. Шингарева «Вымирающая деревня» (1901) и упомянутой ранее выпущенной в царское время (1907) уникальной работы «Общественная медицина в будущем демократическом строе России», доложенной на X Пироговском съезде врачей. Ну как тут не вспомнить пророческие слова Г. Сигериста, когда в послевоенный период произошла вторая медицинская революция в связи с появлением концепции факторов риска и произошедшим эпидемиологическим переходом от острых заболеваний к хроническим и дегенеративным, профилактика которых оказалась значимой. А началось все это в 1950-е годы со знаменитого лонгитудинального и сплошного исследования в небольшом американском городке Фремингхеме, откуда пошло понимание ишемической болезни сердца (ИБС) как болезни века.

Затем это же подтвердили и другие длительные исследования, обобщение результатов которых позволило мне сделать вывод о снижении влияния традиционного здравоохранения на здоровье населения, что нашло свое отражение в двухтомном руководстве по нашей специальности. Мне тогда удалось обобщить свыше 15 крупномасштабных и продолженных исследований, выполненных в разных странах мира. И в результате оказалось, что на здоровье людей оказывают влияние образ жизни (55–58%), окружающая среда (18–20%), генетические особенности (12–13%) и только в 10–15% случаев на здоровье влияет здравоохранение. Но, повторяю, это данные зарубежных исследований, и к России они прямого отношения не имели, у нас совсем иные соотношения. Этими данными я поделился с Ю.П. Лисицыным, когда вместе с ним и его женой Лидией Ивановной ехали в 1987 г. поездом во Львов на конференцию по философским проблемам здравоохранения. В то время Ю.П. Лисицын работал над двухтомным руководством по социальной гигиене и организации здравоохранения и включил туда эти данные, преподнеся их как показатели ВОЗ, которая к этому никакого отношения не имела, а в своих лекциях относил их к результатам исследований своей кафедры, чего быть в принципе не могло. Тогда О.В. Гринина занималась изучением здоровья семьи, а Н.Я. Копыт — алкоголизмом, и других работ, имеющих какое-то отношение к проблемам здоровья, тогда на кафедре не велось. Вот так получились эти цифры, на которые любят иногда ссылаться. А известный демограф Б.Ц. Урланис оценивал влияние здравоохранения на здоровье в 1970-е годы всего в 14%. Тогда же проводили свои эпидемиологические исследования сэр Р. Долл, Д. Пито, Б. Хилл и др. Фактически утрата здоровья людей формируется вне традиционного здравоохранения, которое затем занимается «ремонтными работами», пытаясь восстановить утраченное здоровье. В Канаде, например, здравоохранение выходит за рамки только медицинских аспектов и отражает ключевые социальные ценности общества, то есть соответствует представлениям о системе охраны здоровья.

Что же касается российского здравоохранения, под которым в узком смысле понимаются все аспекты медицинской помощи, дополненные пропагандой здорового стиля (образа) жизни (Healthy Lifestyle), то его целью являются предупреждение болезней медицинскими средствами, полное или частичное восстановление (при возможности) здоровья в случае его утраты и трудоспособности по медицинским показаниям у работающих. Сведение традиционного здравоохранения только к более широкой системе охраны здоровья, как это имеет место во многих документах, мероприятиях и действиях, не просто ошибочно, не просто вредно и безнравственно, но и наносит существенный урон экономике страны и здоровью людей. Фактически тем самым неправомерно перекладывается ответственность за здоровье народа с государства на отрасль, при этом

крайними оказываются врачи. Вместе с тем хорошо известно, что сама медицина (или традиционное здравоохранение) у нас в стране оказывает незначительное влияние на здоровье людей: на возникновение заболеваний — в 10% случаев, на излечения заболеваний — в 45%, на общую смертность — в 15%, на хронизацию патологии (пропущенные, запущенные, недообследованные и недолеченные случаи) — в 50%, на преждевременную и потенциально предотвратимую смертность — в 40%, на инвалидность — в 15%, на ОПЖ — в 5%, на среднюю продолжительность активной и здоровой жизни — в 25%, на младенческую смертность — в 35%, на материнскую смертность — в 75% случаев. Это же было подтверждено в результате различных исследований, выполненных в том числе в Свердловской области.

Все остальное целиком и полностью зависит от здравоохранительной политики в стране, от степени развития системы охраны здоровья, от ее приближенности к населению и результативности. Иначе говоря, нездоровье главным образом формируется вне пределов здравоохранения, но, несмотря на понимание этого, данный факт не учитывается, и все перекладывается на медицинскую отрасль. Более того, в связи с совершенно нерациональной организацией традиционного здравоохранения и, как следствие, с ростом числа недообследованных, недолеченных, запущенных, пропущенных и тяжелых случаев заболеваний все в больших объемах требуется дорогостоящая высокотехнологичная специализированная медицинская помощь, и при этом речь уже идет не о восстановлении здоровья, а о спасенных жизнях. Именно поэтому здравоохранение лишь частично влияет на снижение смертности. За такое здравоохранение несет ответственность отраслевое министерство. Во всем мире стараются средствами профилактики, в том числе социальной, и возможно раннего обнаружения заболеваний (лучше на стадии предболезни путем донозологической диагностики) осуществлять эффективное лечение, как бы не допуская пациентов до чрезвычайно дорогостоящих специализированных и высоких технологий. На уровне ПМСП должно решаться до 85% всех проблем нездоровья. Отсюда следует, что развивать и совершенствовать медицинскую помощь необходимо, имея в виду в первую очередь ее доступность, качество и результативность, а также удовлетворенность пациентов, то есть ее организацию, но не рассчитывая при этом на параллельное улучшение здоровья населения, которое в гораздо большей степени зависит от отношения государства к системе охраны здоровья. Однако отраслевой министр определяет задачи самого здравоохранения в виде снижения заболеваемости и смертности, на что здравоохранение оказывает минимальное влияние, вместо таких показателей, как сохраненный жизненный потенциал, число вылеченных больных и вообще исходы лечения и результаты оказания медицинской помощи населению.

В нынешних условиях, по экспертным данным, в связи со значительным снижением доступности медицинской помощи влияние традиционно здравоохранения на здоровье населения (посредством восстановления здоровья у части заболевших) снизилось до 10%, а влияние условий жизни, то есть системы охраны здоровья, возросло до 75% при относительно неизменной доле (15%) поведенческой части образа жизни, зависимой непосредственно от самих людей. В качестве примера можно привести суточное потребление у нас соли, превышающее рекомендации ВОЗ более чем в два раза. При этом свыше 75% соли нам добавляют извне, поскольку она находится практически во всех продуктах питания, начиная с хлеба. Отсюда еще раз следует, что для существенного улучшения здоровья граждан в России необходимо акцент делать на системе охраны здоровья. И это важно понять властям. Охрана здоровья — это система социального выравнивания в любом обществе, которая восстанавливает утраченную социальную справедливость, ибо перед лицом болезни или смерти все равны независимо от должности, положения и доходов. В докладе ВОЗ о состоянии здравоохранения в Европе (2012) содержится выработка перспективного курса до 2020 г. на благополучие исходя из целевых ориентиров, обоснования благополучия и его прямой связи с основами политики «Здоровье-2020». В этом документе речь идет не о развитии учреждений и служб здравоохранения, а об улучшении здоровья через повышение благополучия и улучшение условий жизни, а мониторинг и анализ результатов по этому докладу будет осуществлять Отдел информации, научного анализа и инноваций ЕРБ ВОЗ.

С 1948 г. начала функционировать ВОЗ, но СССР, будучи одним из учредителей ВОЗ, в течение 10 лет не принимал участие в ее работе. Однако уже с 1957 г. на площадках ВОЗ начались оживленные дискуссии о путях развития здравоохранения. Основные проблемы состояли в изолированности отдельных служб во многих странах и смешении организации медицинской помощи с национальной системой охраны здоровья, которые не являются тождественными, требуют разных усилий и разных средств при разном уровне и степени ответственности. В конечном итоге, благодаря последовательной позиции советской делегации и лично Д.Д. Венедиктову, принципы, предложенные Н.А. Семашко, были положены в основу работы ВОЗ. Против них не смогла возразить ни одна страна. Тем не менее к настоящему времени в мире сложилось несколько систем здравоохранения: государственно-бюджетная, медицинское страхование и частная с различными модификациями. Эти системы мы в кратком варианте разберем чуть позже, а пока представим основные принципы семашкинской модели.

Впервые она прозвучала на I Всероссийском съезде медико-санитарных отделов в 1918 г. в докладе будущего (через месяц) народного

комиссара здравоохранения РСФСР Н.А. Семашко и явилась синтезом идей Соловьева, Первухина, Барсукова, Винокурова, Русакова, Вечеслова, Багоцкого, Головинского, Линдова, Сысина Бонч-Бруевича, Кувшинникова, Тезякова, Горфина и др. На этом съезде были обсуждены такие принципы, как единство, бесплатность, доступность и квалифицированность. Основные идеи этой модели обсуждались и оттачивались на последующих трех съездах начиная с 1920 г., на V съезде (1924) речь уже шла о сельском здравоохранении, профилактической направленности и диспансерном методе, на VI (1927) — о планировании, ранней диагностике, организации охраны здоровья материнства и детства, на VII съезде новый народный комиссар здравоохранения М.В. Владимирский выступил за единение теории с практикой и предложил вариант пятилетнего плана по развитию здравоохранения.

Сразу отметим, что в предыдущих частях в какой-то степени отражены те или иные принципы, но для понимания происходящего ныне и что делать дальше — этого крайне мало. Один из принципиальнейших вопросов в клинической медицине — что лечить или кого лечить. Классическая семашкинская модель опиралась на лечение больного, для чего требовался думающий врач с развитым клиническим мышлением, и этот подход имеет достаточно глубокие исторические корни, уходящие в том числе к классикам отечественной медицины. Ведь медицина — это не только ремесло с преобладанием формальных установок, но также наука, искусство и нередко профессиональная интуиция. Правда, еще со времен Гиппократом было известно, что болезни лечатся не красноречием, а лекарствами, но противопоставлять их друг другу не стоит, особенно учитывая психологию больного. Сейчас во многих западных странах лечат не больного, а болезнь, для чего на отдельные заболевания или группы болезней разрабатываются специальные обоснованные и доказанные стандарты. Врачам остается лишь слепо им следовать, что притупляет у них мышление, формирует ремесленнический подход.

У нас в стране сторонником лечения болезни, а не больного является П.А. Воробьев. Он приводит данные о том, что исходя из индивидуального подхода врач одновременно способен лечить до 20 больных, а за рубежом при стандартном подходе — одновременно до 100 больных. И Воробьев задает логичные и справедливые вопросы: зачем наш врач каждый день при обходе измеряет у нетяжелого больного пульс, артериальное давление, смотрит на температурный лист и т.д. Конечно, это может делать и медсестра, но не стоит забывать о психологической составляющей во взаимоотношении врач—больной, которая играет далеко не последнюю роль. При этом некоторые даже пошли дальше и стали считать, что врач совсем не нужен, ведь он ремесленник. Достаточно провести правильное обследование, поставить диагноз, а компьютер выберет нужный стандарт

лечения заболевания. Эти дискуссии носят острый характер и будут еще долго продолжаться, хотя они непродуктивны. Ремесленнический подход — следствие развития частной и платной медицины, коммерциализации здравоохранения, когда деньги фетишизируются, а больной рассматривается как средство для их появления. К этому вопросу мы еще вернемся. Такой подход также способствовал разрушению семашкинской модели изнутри. И потом условно считается, что у каждого лечащего врача есть свое кладбище. Так вот, вопрос: у какого врача оно будет больше? По нашему мнению, необходимо лечить, естественно, болезнь у больного, когда медицинские стандарты носят рекомендательный (но не обязательный) характер, чтобы врач что-то не упустил, но при этом нужно обязательно учитывать особенности больного (наличие у него других болезней, индивидуальную переносимость, состояние иммунной системы и функциональное состояние, психологические особенности и т.п.). Ведь на все имеющееся многообразие стандартов не напасешься. Не случайно за рубежом выпущено много книг по психологии больных, этому обучают в колледжах и этому посвящены многочисленные симпозиумы. Правда, применительно к гериатрической практике П. Воробьев считает необходимым не просто механистическое применение стандартов, а разработку комплексных планов с учетом особенностей каждого пожилого пациента. Можно также приветствовать его, к сожалению, нереализованные намерения создать стандарты на наиболее часто встречаемые симптомы и синдромы в общей врачебной практике.

К основным принципам семашкинской модели, которые обобщили весь накопленный позитивный опыт отечественного и зарубежного здравоохранения и которые были в окончательном виде сформулированы племянником Г.В. Плеханова Н.А. Семашко (1874—1949) в 1947 г., относятся:

- государственный характер здравоохранения;
- профилактическая направленность охраны здоровья;
- бесплатность и общедоступность квалифицированной медицинской помощи;
- единство медицинской науки и практики, профилактики и лечения;
- преемственность в оказании медицинской помощи;
- участие широких масс трудящихся и общественных организаций в строительстве здравоохранения и в решении его проблем.

Указанные принципы, как отмечалось, были в свое время рекомендованы ВОЗ для распространения и взяты на вооружение в ряде стран. Разберем эти принципы подробнее.

1. Государственный характер здравоохранения. Состоит в государственной ответственности за соблюдение конституционных прав граждан на охрану здоровья и получение необходимой квалифицированной

медицинской помощи. При этом имеется в виду не только система медицинских мероприятий, за организацию и стратегическое планирование которых ответственность должна нести отрасль, но в первую очередь охрана здоровья в ее широком понимании: деятельность по охране труда, по улучшению условий жизни и питания, охране окружающей среды, массовому физическому воспитанию, повышению культурного уровня народа, благоустройству населенных мест, социальному обеспечению, созданию условий для ведения здорового образа жизни и т.д. К мероприятиям медицинского характера относятся широкие оздоровительные меры и меры медицинской профилактики, обеспечение в быту и на производстве санитарно-гигиенических условий, рациональная с позиции пациентов и с учетом возможностей государства организация сети медицинских учреждений (амбулаторно-поликлинических и стационарных, учреждений по охране здоровья матери и ребенка, курортов и санаториев, учреждений отдыха и др.) и этапности оказания медицинской помощи, физическое и гигиеническое воспитание начиная с детского возраста, формирование мотивации к ведению здорового образа жизни, развитие научных исследований и подготовка квалифицированных кадров, а также определение перспектив развития по указанным направлениям. Государственный характер означал также, что ответственность за распределение средств по территориям и видам деятельности несет государство, и это осуществляется не стихийно, а путем планомерного развития на основе научно обоснованных нормативов и норм. Альтернативной частной медицины как таковой тогда не было, а существовали в небольшом числе хозрасчетные поликлиники, принимавшие пациентов за наличные деньги. В то время в качестве стимулирующего фактора были подарки медицинским работникам (цветы, духи, конфеты, коньяк и др.). Отказать в этом пациенту — значит его обидеть, ведь он это делал не по принуждению. Я это хорошо помню по своей практике. В то время интересы государства и врачей еще как-то совпадали. К сожалению, все проблемы здоровья населения и охраны здоровья государство в последние десятилетия возложило на отрасль, которая с этим явно не справляется и не должна справляться, хотя именно государство (и, по примеру других стран, его первые лица) должно нести ответственность за состояние здоровья населения, за охрану его здоровья и создание условий для ведения гражданами здорового образа жизни и для успешного функционирования медицинских служб. И этот процесс перекладывания ответственности продолжается до сих пор.

Также, к сожалению, нечетко определены (и разделены) границы системы охраны здоровья и традиционного здравоохранения. Дело дошло даже до того, что ответственным лицом за здоровье нации стала заместитель министра здравоохранения. Между тем в разных странах государственный характер имеет разительные особенности. В СССР была создана

жестко централизованная, авторитарная и управляемая сверху (вертикаль власти) мобилизационная система здравоохранения с едиными для страны нормативами (не учитывающими местные специфические условия) и едиными критериями результативности и успешности функционирования системы в виде ресурсных показателей (обеспеченность населения койками и койко-днями, кадрами, уровень госпитализации, мощности поликлиник и больниц, выполнение сметы расходов, число посещений на одного жителя в год и т.д.) без учета результатов функционирования системы. Иначе говоря, критерии деятельности и характер здравоохранения сформировались в предвоенный период (Семашко, Соловьев, Лебедев, Томилин, Каминский и др.), когда преобладал экстенсивный путь развития, и сохранились во многих случаях до сих пор, тормозя процессы интенсификации. Эти же показатели не среагировали на второй эпидемиологический переход, когда в структуре патологии и особенно смертности стали преобладать дегенеративные неспецифические болезни. Да и сейчас нет понимания того, что не показатели качества медицинской помощи, а результирующие данные в виде показателей здоровья (и его восстановления) населения и удовлетворенности населения должны быть преобладающими.

В СССР здравоохранение являлось далеко не ведущей отраслью, не было понимания роли здоровья граждан в развитии страны, и финансирование отрасли осуществлялось по остаточному принципу. Вопреки этому получаемые результирующие показатели соответствовали ресурсному обеспечению, чего мы не наблюдаем сегодня, когда, несмотря на недавние значительные усилия государства, ситуация в здравоохранении параллельно не улучшается. По образному выражению Н.А. Кравченко, «система здравоохранения в СССР была по сути неплохой, но недокормленной». Как подчеркивалось ранее, дело было не только в этом. Но не только в СССР сложилась государственная модель здравоохранения, финансирующая из налоговых поступлений. В Европе — в Великобритании, Дании, Испании, Швеции, Финляндии, Норвегии, Португалии, Греции, Италии, Ирландии, а вне Европы — в Канаде, Австралии, Новой Зеландии и др. Некоторые из них заблаговременно и весьма дальновидно перешли от бисмарковской модели медицинского страхования к государственно-бюджетной, и только Израиль двигался в противоположном направлении. Указанные страны также между собой отличаются по налогам, роли муниципалитетов и областных (провинция, лены, графства и т.д.) уровней, по включению отдельных рыночных механизмов. Например, в Великобритании, где раньше были значительные очереди на стационарное лечение при высокой степени удовлетворенности пациентов, и в Испании между органами и учреждениями здравоохранения существуют с недавних пор договорные отношения, включающие гарантированные

объемы, уровень, качество и результаты помощи, и таким образом осуществляется финансирование медицинских учреждений. При этом за государственным сектором сохраняются ответственность за здоровье граждан и оказание преимущественно бесплатной для них (за счет собираемых налогов) медицинской помощи, права владения и управлением объектами здравоохранения при использовании некоторых рыночных стимулов (Р. Солтман, Дж. Фигейрас «Реформы системы здравоохранения в Европе»). Как указывают отмеченные выше специалисты, «мифические возможности, иногда приписываемые рыночным стратегиям, являются привлекательными, но потенциально обманчивыми». Это нужно бы усвоить нынешнему руководству здравоохранения, с самого верха и донизу. Но во всех указанных странах доминируют парламентаризм, независимый надзор, акцент на местном самоуправлении и приоритет первичной медико-санитарной помощи. Как раз по этим аспектам у нас достаточно много проблем и недоработок. Государственно-бюджетные системы в этих странах при меньших затратах по сравнению со странами с медицинским страхованием имеют гораздо лучшие управляемые результирующие показатели и не отвлекают бюджетные средства на ведение страховых дел. По моему глубокому убеждению, системы государственного и частного медицинского страхования не имеют радужного будущего в силу своей излишней сложности, затратности и рыночности. В системах с ОМС все участники процесса экономически заинтересованы в росте числа больных и в увеличении объемов оказываемых медицинских услуг. Получается в некотором смысле бизнес на болезнях, а в условиях частного медицинского страхования и частной медицины нет экономической мотивации на выздоровление пациентов. Но об этом — далее. Переход к государственно-бюджетной системе был бы сейчас менее сложным и менее болезненным, чем тогда, когда было наоборот. В соответствии с Руководством по социальной ответственности (международный стандарт ISO 26 000:2010), устойчивое развитие основано на поддержке здоровых экосистем, социальной справедливости, на хорошем организационном управлении, прозрачном и этичном поведении и включает здоровье, качество жизни, благосостояние общества в сочетании с социальной справедливостью как способа выражения широких ожиданий общества. В этом стандарте, который может быть положен в основу развития нашей страны в целом, разделы 6.7.4, 6.8, 6.8.8 имеют непосредственное отношение к охране здоровья. И уже в развитие этого стандарта в феврале 2013 г. в Женеве состоялось совещание представителей 27 стран под эгидой ВОЗ и Всемирного банка, на котором рассматривались практические вопросы универсального покрытия расходов на здравоохранение (Universal Health Coverage) из общественных фондов и перевода этой проблемы из отраслевого ведения на политический уровень.

Необходимо четко осознавать, что охрана здоровья, за которую несет ответственность государство в соответствии со статьей 7 Конституции РФ, отделена от традиционного понимания здравоохранения, оказывающего медицинскую помощь (медицинская профилактика, диагностика, лечение, медицинская реабилитация, медицинский уход и паллиативная медицинская помощь), за которую в соответствии с утвержденным положением несет ответственность отраслевое министерство.

2. Профилактическая направленность здравоохранения. Еще с древних времен было известно, что болезни проще, лучше и дешевле предупредить, чем потом лечить их в запущенном состоянии. Правда, это утверждение характерно не для всех патологических состояний, а для подавляющего их большинства. К сожалению, в советское время вокруг профилактики было много демагогических мнений, для чего достаточно взглянуть на политическую трескотню в существовавших тогда учебниках и руководствах. Между тем понятия о трехуровневой профилактике не было, да и сейчас не всегда и не везде оно присутствует. Первичная или социальная профилактика болезней имеет целью сохранение и развитие условий, способствующих улучшению здоровья людей, и предупреждение негативного влияния внешних факторов на здоровье. Как видно, эта профилактика относится к системе охраны здоровья и является прерогативой государства, а не отрасли. Сюда же относится создание комплекса необходимых условий для ведения гражданами здорового образа жизни.

Вторичная профилактика является медицинской, находящейся на «линии фронта» здравоохранения, и имеет целью предупреждение заболеваний медицинскими средствами и раннее их обнаружение для эффективного лечения на начальных, незапущенных стадиях. К инструментам вторичной профилактики следует отнести действенные и безопасные профилактические прививки (вакцинация, иммунизация), пропаганду здорового образа жизни и мотивацию людей к этому, применение некоторых препаратов с профилактической целью, проведение всех видов осмотров (профилактических периодических и целевых, входных и др.) и скринингов, выявление факторов риска и взятие лиц с этими рисками под диспансерное наблюдение, донологическую диагностику и т.д.

Третичная профилактика носит выраженный клинический характер и направлена на предупреждение перехода острого состояния в хроническое, легкого заболевания в более тяжелое или более тяжелую стадию, предупреждение обострений в течение болезней. Как видно, важнейший элемент третичной профилактики — эффективное лечение. Об этом замалчивается в рыночной модели, когда скорейшее выздоровление пациента экономически невыгодно врачам. Другой элемент третичной профилактики — диспансерное наблюдение за выявленными больными по определенному списку заболеваний для организации

противорецидивного лечения и оздоровления. И наконец, третьей группой для диспансерного наблюдения в советское время были относительно здоровые работающие в определенных ведущих или опасных отраслях народного хозяйства, а также дети дошкольного и школьного возраста, допризывники и студенты. Я этим тоже занимался, когда работал в сельской местности. Диспансерную группу следовало осматривать не реже двух раз в год. Сейчас, к сожалению, понимания, что представляет собой диспансеризация, среди руководства нынешнего здравоохранения нет, все сводится только к погоне за завышенным (с приписками) количеством периодических профосмотров, поскольку там нет специалистов в сфере социальной гигиены и организации здравоохранения. А на одном здоровом смысле далеко не уедешь. Под диспансеризацией они (и в этом Минздрав убедил властные структуры) понимают проводимые периодические профилактические осмотры, на которые государство выделило специальные средства. Ранее для проведения периодических и ныне забытых целевых осмотров и явки диспансерных контингентов на очередной профилактический осмотр выделялись специальные дни, а что касается работающих, то с их предприятиями заключалось соглашение, обеспечивающее явку на осмотры. Осмотры всегда массовые и разовые, даже при трехлетней периодичности, а диспансеризация всегда индивидуальна. За лицами, взятыми на диспансерный учет по определенной учетной форме, осуществляется систематическое (!) диспансерное наблюдение (ранее — по рейтинг-картам) и при необходимости оздоровление вплоть до снятия с учета по соответствующим показаниям. Именно поэтому в зависимости от контингента диспансеризация могла иметь разную длительность наблюдения. Снятие с диспансерного учета проводилось коллегиально. К сожалению, сейчас не проводятся предварительные перед приемом врача профилактические осмотры и оказались ненужными целевые осмотры (скрининги) на раннее выявление отдельных значимых заболеваний — новообразований, диабета и др. Все остальные виды вторичной профилактики также раньше были лучше организованы, работала санитарно-профилактическая сеть, много было наглядной информации, проводились лекции и беседы с населением. Этим занимался и я. Что касается третичной профилактики, то теперь при ее гораздо худшей организации появились новые возможности, связанные с техническим прогрессом. Все это говорит о том, что в советское время этот вопрос был более тщательно проработан, имел хорошую научно-методическую базу, был лучше организован и реализован и давал результаты, полностью соответствующие затратам, чего не скажешь о нынешнем здравоохранении. И это потому, что ранее этим занимались профессионалы при поддержке науки, а теперь — любители на административных должностях.

3. Бесплатность и общедоступность квалифицированной медицинской помощи. Такая помощь гарантировалась государством всем гражданам в случае болезни, травмы и несчастных случаев. Лекарства в стационарных условиях были бесплатными, в амбулаторных условиях они определенным группам больных отпускались бесплатно или на льготных условиях, а большинству пациентов — за плату, но по весьма приемлемым в то время ценам. В аптеках, помимо официальных средств, готовились препараты по рецепту врачей, о чем теперь аптекари могут даже и не знать. Нынешние врачи, полагаю, не имеют понятия о составных лекарствах и на них рецепты выписать не сумеют. Если тогда бесплатность медицинской помощи соответствовала Конституции и практически повсеместно соблюдалась, за исключением незначительного числа хозрасчетных поликлиник, то сейчас бесплатность в основном остается на бумаге и в головах медицинских руководителей и других чиновников. Это чисто страусиная политика, нежелание видеть реалии жизни, а находиться в иллюзорных представлениях. Частных медицинских учреждений в то время не было. Бесплатность медицинской помощи означала, что восстановление здоровья людей является бесценным богатством страны.

Другое дело — общедоступность. С этим было непросто, так как именно за получением квалифицированной помощи возникали очереди, что в определенной степени снижало ее доступность. С другой стороны, объемы квалифицированной помощи не вполне соответствовали возрастающим потребностям населения в ней. По уровню ее оказания в массовом порядке эта помощь отставала от современных мировых технологий. Правда, некоторые исследования велись на достаточно приличном научном уровне, и отдельные клиники соответствовали в то время мировому уровню. В США, Японии, Великобритании в тот период значительные средства тратились на совершенствование медицинских технологий (каждая новая технология была всегда дороже предыдущей), на медицинскую литературу и обучение. Затраты на эти направления преобладали у них в структуре расходов, а у нас преобладали затраты на зарплаты и отчисления, а также на коммунальные платежи. Иначе говоря, даже при недофинансировании здравоохранения мы основные деньги тратили не на развитие, а на хоть какое-то поддержание инфраструктуры, все больше отставая в технологическом и научно-информационном аспектах.

4. Единство медицинской науки и практики, профилактики и лечения. Благодаря совместным усилиям ученых и практических врачей ушли в прошлое многие опасные для жизни инфекционные болезни, появились новые возможности в лечении неинфекционных болезней, в трансплантации органов и тканей и т.д. Успехи в различных отраслях теоретической и прикладной медицинской науки способствовали совершенствованию диагностики, лечения и реабилитации. Важным отличием отечественного

здравоохранения от зарубежного стало создание института главных специалистов, состоящих из ученых с мировым именем, поскольку чиновники в полной мере не смогли обеспечить такое единение. Правда, не всегда фундаментальные исследования перерастали в прикладные, которые также не сразу внедрялись в практику. Медицинская наука управлялась из разных органов (Минздрав, Академия медицинских наук, учебные институты), не было единой базы данных о научно-медицинском потенциале страны, что несколько затрудняло взаимодействие научных организаций. Единство профилактики и лечения проявлялось в том числе в виде диспансеризации, о которой шла речь выше.

5. Преемственность в оказании медицинской помощи. С помощью преемственности осуществлялся как бы единый для конкретного пациента лечебно-диагностический процесс. В какой-то степени существовала преемственность между амбулаторно-поликлинической помощью и стационарной, между стационарной и реабилитационной, между ними и санаторно-курортной помощью. После стационарного лечения пациент либо возвращался под наблюдение в амбулаторных условиях, либо проходил курс восстановительного лечения, либо его направляли в санаторий или профилакторий. Преемственность существовала также в разного рода диагностических исследованиях, в разных методах лечения и т.д. Организационным усилением преемственности стало двукратное объединение поликлиник с больницами и трехкратное объединение скорой и неотложной помощи. В первом случае такое объединение было целесообразным по многим позициям: создавалась единая диагностическая служба, исключавшая необходимость дублирования обследований, появлялись новые возможности для стажировки медработников и их взаимодополняемости и взаимозаменяемости, снимались некоторые барьеры для пациентов, создавалась единая информационная база на больных и т.д. А вот второе объединение себя не оправдало, поскольку хотели неотложную помощь поднять до уровня скорой, а на деле скорую опустили до неотложной. И потом, неотложная помощь оказывалась поликлиникой и в ограниченные часы, а скорая — отдельной станцией (или подстанцией) круглосуточно при разных задачах и возможностях. Однако указанная преемственность достаточно часто не соблюдалась, что требовало новых решений, которых у нас в то время не было. В развитых же странах эта преемственность обеспечивалась врачом общей практики, о чем еще пойдет речь. Самая слабая преемственность наблюдалась между участковой и цеховой службами, которые могли быть связанными между собой только при выдаче и продлении листка нетрудоспособности.

6. Участие широких масс трудящихся и общественных организаций в строительстве здравоохранения и решении его проблем. Этот принцип сводился к работе отраслевого профсоюза медицинских работников,

обществ Красного Креста, к подготовке санитарных дружин и санитарных инспекторов, к санитарно-просветительной работе среди населения. Если остальные принципы в какой-то части все же были реализованы в отечественном здравоохранении, то последний не мог быть полностью реализован в силу причин, указанных выше. Для начала по этому принципу необходимо создать попечительские и наблюдательные советы при каждом медицинском учреждении, а также иметь мощные и профессионально подготовленные медицинские общественные объединения и пациентские ассоциации. А это уже элементы гражданского общества, которое в условиях авторитарности не могло появиться как демократический институт.

Еще одним территориальным принципом можно считать участковость, когда к участковому терапевту или участковому педиатру прикреплялось исходя из существовавших тогда нормативов население, проживающее на участке. Участки появились вначале не для оказания медицинской помощи и напоминали восстановленные царские околотки. Но свою позитивную поначалу роль они сыграли и в здравоохранении. Однако нередко пациенты попадали к врачам-специалистам, минуя своего участкового терапевта, который был одним из врачей, не выполняя роль «привратника» — gatekeeper. Правда, всякий уважающий себя врач старался с участка пройти специализацию и перейти на работу в стационар либо в поликлинику в качестве специалиста, поскольку тогда понятия о значимости и важности медицины общего назначения не было. В результате в участковой службе, за редким исключением, оставались врачи, которые не повышали свои знания, не следили за литературой (по результатам исследований, они знали не более 30 прописей), с соответствующим отношением к пациентам. Это было поистине слабое звено в системе здравоохранения, и попытки его укрепить путем повышения зарплаты, что делалось несколько раз, не давали желаемых результатов. Нужно было многое менять в подготовке кадров, в содержании и организации работы первичного звена и в организации всей медицинской помощи. К сожалению, и тогда, и сейчас нет понимания того, что от того, как сработает это звено, зависит эффективность (имеются в виду и результаты, и затраты) всех последующих этапов здравоохранения и показатели восстановления утраченного здоровья.

Существует справедливое мнение о том, что наше здравоохранение в целом было прогрессивным и эффективным, так как при относительно небольших затратах давало на определенных временных отрезках неплохие и адекватные результаты. И это в определенной степени именно так. В то же время никто и никогда не признавал, что советское здравоохранение было лучшим в мире. Практически с первых дней советской власти человеческая жизнь обесценилась, а в период сталинских репрессий

цена ее приблизилась к нулю. Прессинг системы ощущал почти каждый человек, хотя на словах все было якобы подчинено заботе о человеке. Все это не могло не отразиться на гуманизме системы здравоохранения, которая была неотъемлемой частью государственной структуры. Земская медицина с ее богатыми патриотическими традициями и первоочередным вниманием к пациентам была, по сути, уничтожена в физическом и юридическом смысле так, что даже частичное восстановление ее стало бы невозможным. Новые лозунги о профилактической направленности советского здравоохранения, преимущественном медицинском обслуживании промышленных рабочих, заботе о здоровье детей и пожилых, равенстве в здоровье и возможностях получения медицинской помощи нередко так и оставались лозунгами. В этих условиях сформировались соответствующее отношение к здоровью людей, отсутствие дифференцированного подхода к преемственности в ведении пациентов, принятие удобных для власти и отличных от принятых в мировой практике критериев, связанных со смертностью младенцев и матерей, с профессиональной заболеваемостью, временной и стойкой утратой трудоспособности, искажение медико-социальной статистики в целях создания видимого благополучия нашего общества и статистической поддержки веры людей в светлое будущее.

Человек не стал основным действующим лицом в здравоохранении, что не способствовало гуманизации медицины в целом, хотя во многих случаях врачи и другие медицинские работники демонстрировали лучшие человеческие и профессиональные качества при крайне низком уровне оплаты своего труда. Пациент не стал объектом внимания и главным фактором, оценивающим результативность оказанной медицинской помощи. Так было, и так есть сейчас. Неслучайно и тогда, и теперь важными считались не показатели результатов, относящихся к пациентам, а обеспечивающие показатели (функция врачебной должности, укомплектованность кадрами, выполнение сметы расходов, посещаемость, работа коек, обеспеченность ресурсами, выполнение плана или стандарта и т.д.). Не было создано и модели такого врача, который бы по всем аспектам нес ответственность за здоровье своего пациента, изучал бы его медико-социальные потребности и стремился их удовлетворить.

Министерство здравоохранения состояло тогда из уважаемых и авторитетных специалистов и пользовалось полной поддержкой в стране, но занималось в основном ресурсами без стратегического планирования. И сейчас этого нет при крайне низком авторитете самого министерства. За демагогическими декларациями о бесценности жизни каждого человека не допускалось и мысли о возможности экономического анализа потерь в здоровье и реальной стоимости человеческой жизни, а именно это поставило здравоохранение в ряде развитых стран в разряд наиболее

прибыльных отраслей, когда вложения в улучшение здоровья приносят значительную выгоду. Именно поэтому исключительно позитивно следует оценивать только принципы отечественного здравоохранения, а к самой системе это прямого отношения не имеет. Невесть откуда взятое представление отдельных политизированных людей (по типу «советское — значит отличное») и отдельных врачей, которые в действительности хорошие врачи, но весьма далеки от проблем общественного здравоохранения, о том, что наше здравоохранение признавалось лучшим в мире, является ошибочным. В материалах эпохальной Алма-Атинской конференции 1978 г. об этом нигде не упоминается, хотя именно на них имеют привычку ссылаться по данному вопросу, где будто бы мировое сообщество признало, что советская система здравоохранения — самая эффективная в мире. Да, там отмечалось, что в первую очередь среднеазиатские республики благодаря невероятным усилиям всей страны за короткий исторический период времени прошли путь от байско-феодальной системы до тогдашнего уровня экономики, здравоохранения и особенно образования, что как бы служило примером возможностей социализма для третьего мира. Неслучайно в резолюции № 3230 этот опыт предложен к распространению в развивающихся странах, а это вовсе не означает, что у нас было самое лучшее здравоохранение в мире. Конечно же, было большое число положительных аспектов, но и немало отрицательных, о чем говорят результаты проводимых в то время исследований. Именно поэтому задача в переходный период состояла в том, чтобы не растерять, а приумножить позитивные черты отечественного здравоохранения и постепенно ликвидировать негативные. Но, к большому сожалению, этого не произошло и антисоветским ураганом заодно были сметены и основополагающие принципы, и сама семашкинская модель здравоохранения. Объективности ради нужно сказать, что кое-что позитивное из прошлого сейчас пытаются восстановить, но только частично и нередко в искаженном виде.

Глава седьмая

ЭТАПЫ РАЗРУШЕНИЯ СЕМАШКИНСКОЙ МОДЕЛИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Конечно, это были не целые этапы, а отдельные небольшие или значительные и разрушительные подрывы изнутри системы и извне ее. Началось все это еще до разрушения СССР, и взрывные устройства закладывались внутри системы отдельными ее же специалистами. Советское здравоохранение в своей конструкции имело научную основу в виде такой науки, как социальная гигиена и организация здравоохранения, о чем говорилось ранее. Ее чисто научная часть — социальная гигиена — являлась дисциплиной, интегрирующей все гигиенические науки (гигиена питания, общая и коммунальная гигиена, гигиена окружающей среды, радиационная гигиена, гигиена населенных мест и т.д.), которые изучали влияние разнообразных внешнесредовых факторов на здоровье людей. Социальная гигиена зародилась еще в XVIII—XIX вв. благодаря работам Бернардино Рамазини, Йохана Франка, издавшего шесть томов по социальной гигиене, и авторитетнейшего Рудольфа Вирхова, обобщившего накопленные знания и издававшего газету «Медицинские реформы», которая была посвящена проповеди социально-гигиенических воззрений и мероприятий. После этого социальная гигиена прочно утверждается в Европе и во многих странах (Германии, Австрии и др.) создаются кафедры социальной гигиены. В то время появилось и достойное определение этой отрасли науки, выходящей за пределы узко медицинских вопросов (в основном лечебных) и расширяющей кругозор врача, — социальная гигиена — учение о влиянии социальных факторов на здоровье всего населения и отдельных его групп для разработки мероприятий по восстановлению и улучшению здоровья населения. Наиболее серьезные и глубокие исследования заболеваемости населения проводились в Германии (медицинская статистика) и России (санитарная статистика). От регистрации и анализа фактографического материала в обеих странах была выраженная направленность в сторону социальной обусловленности здоровья. Н.А. Семашко полагал, что обучение социальной гигиене равносильно своего рода политической грамоте на медицинском факультете. По его мнению, специалист в области социальной гигиены должен быть не только врачом, гигиенистом (в широком смысле), медицинским

и аналитическим статистиком, социологом, но и обладать достаточно широким общественным кругозором.

К сожалению, сейчас в руководящих органах здравоохранения таких специалистов нет, а имеет место засилие клиницистов или медицинских экспериментаторов, не обладающих нужными знаниями и качествами для понимания здравоохранения как системы и ее территориальной организации. Отсюда и проистекают все беды нынешнего здравоохранения, связанные с отсутствием компетентности и профессионализма. Первоначально, на заре возникновения новой модели здравоохранения, в центре внимания был здоровый человек. Схематично вокруг него по кругу располагались диспансеры, следящие за его здоровьем, и в случае нарушения здоровья его направляли по профилю в соответствующее медицинское учреждение. Но против этой идеи выступил тогда всесильный руководитель московского здравоохранения В.А. Обух, и в результате компромиссов появилась семашкинская модель.

Насколько важна была тогда эта дисциплина, говорит создание упоминавшегося музея социальной гигиены Наркомздрава (А.В. Мольков), многочисленных институтов и бюро, соответствующих кафедр по всей стране, а также подготовка в 1922 г. учебника по социальной гигиене (кстати, он есть в моей библиотеке). В начале 1930-х гг., когда в России система статистики стала регистрировать ресурсы здравоохранения и их использование, учреждения здравоохранения и их деятельность (Струмилин, Шевелев), к социальной гигиене добавилась организация здравоохранения, которая как самостоятельная (даже прикладная) часть существовать не могла и должна была базироваться на широких данных о здоровье населения и его утратах. Предполагалось, что в этой связке социальная гигиена будет как бы передсмотрящей, локомотивом, подтягивать за собой прикладную часть и подпитывать ее. В свою очередь, организация здравоохранения включала такие дисциплины, которые могли иметь самостоятельное значение, как управление здравоохранением, экономика здравоохранения, статистика здравоохранения, планирование здравоохранения, теория и история развития здравоохранения, организация труда, подготовка кадров и т.д. И поскольку все эти дисциплины должны основываться на данных об исследованиях здоровья населения и его потребностях в медицинской помощи, на социальную гигиену налагались дополнительные обязательства. Вот и получается, что социальная гигиена и организация здравоохранения относились не только к медицинским наукам, но были также и политической наукой, поскольку определяли политику развития как охраны здоровья, так и организации всей медицинской помощи в стране, используя для этого достижения других отраслей науки.

Бурно развиваясь, кроме известных периодов в жизни страны, социальная гигиена на стыке с другими дисциплинами порождала новые

отрасли медицинской науки: с демографией — медицинскую демографию, с географией — медицинскую географию, с историей — историю медицины, с экономикой — экономику здоровья, с философией — философские проблемы медицины, с биологией — популяционную биологию, с экологией — медицинскую экологию, с генетикой — популяционную генетику, с гериатрией — социальную гериатрию, с социологией — медицинскую социологию, с психологией — психогигиену, с антропологией — медицинскую антропологию, с этикой — деонтологию и медицинскую этику, с метеорологией — медицинскую климатологию, с кибернетикой — медицинскую кибернетику (информатику), со статистикой — санитарную статистику (статистику здоровья), с правоведением — медицинское право, с клиническими дисциплинами — клиническую эпидемиологию и т.д. Эти отрасли могли носить и вполне самостоятельный характер, но при этом шло взаимное проникновение методических приемов, что расширяло и обогащало как общественные науки, так и медицинскую в частности. Без понимания всего этого сплошь и рядом наблюдаются сегодня чрезмерно поверхностный взгляд на проблемы, оперирование данными статистики без их глубокого понимания и осмысливания, анализа, представления, что за ними стоит, без правильного и обоснованного сравнения, без учета факторов и условий, без сравнения гипотез, что, как правило, приводит к ложным выводам, заблуждениям и необоснованным предложениям и в конечном итоге обедняет и порой дискредитирует нашу дисциплину. Это хорошо видно на примере здравоохранения Москвы и имеющих место шахаханий в здравоохранении всей страны. Об отсутствии системного мышления говорит также и то, что до сих пор нет представления, какое общество в целом мы строим, к чему нужно стремиться в перспективе (откуда мы вышли, это известно) и как. То же самое относится и к системе охраны здоровья, поскольку ни перспективной ее модели, ни стратегических направлений развития не было создано. Просто пока наша лодка несется как бы по течению, без руля и ветрил, только непонятно куда. А впереди пороги.

Предварительный анализ показывает, что свыше 80% руководства здравоохранения весьма поверхностно оценивают ситуацию в здоровье и здравоохранении, а это говорит об их непонимании сущности здравоохранения как системы, 95% не представляют себе, какими должны быть перспективная модель здравоохранения в целом и отдельных служб, около 75% не представляют себе, что нужно делать в ближайшее время и особенно как это делать. Правда, многие из них мыслят ресурсными категориями или знают, как лечить больных. Но здесь имеют место совсем иные проблемы, требующие совсем других подходов и других знаний. Вот откуда и возникают множественные проблемы здоровья и здравоохранения и, соответственно, неверное информирование о них руководства

страны. Некоторые связывают их с недофинансированием современного здравоохранения. Да, это имеет место, но это не самое главное, тем более что в предшествующие годы государство выделяло немалые средства, которыми не сумели рационально и на научной основе распорядиться.

Из изложенного виден общественный и интегрирующий характер социальной гигиены, которая имела свою методологию и свою прикладную часть в виде организации здравоохранения. Эта наука наиболее полно и точно отражала то, чем она занималась. Но нашлись «революционеры», которые стали предлагать ее заменить социальной медициной, валеологией или санологией, выхолостив ее социальный или общественный аспект. Появились исключительно вредные воззрения о социальной однородности нашего населения (эта точка зрения рухнула в бездну уже в переходный период), что значительно понижало градус социальности в нашей дисциплине. Даже на коллегии Минздрава РФ от 13.04.1999 г. звучало, что социальная медицина — это наиболее подходящее название. И тут же 65% кафедр стали переименовываться. Но эти замены особенно не прижились. Тогда появилось предложение назвать ее по предмету изучения — «общественное здоровье и здравоохранение». Так она неверно называется до сих пор. На английском языке это звучит как Public Health, а это набор специальных знаний, которыми должны владеть не профессионалы-медики, а различного рода сторонние специалисты, в той или иной степени имеющие непосредственное или опосредованное отношение к здравоохранению. Таких специалистов и готовят в школах общественного здравоохранения (Schools of Public Health), среди которых наибольшую известность получили школы в Бирмингеме (США), Гетеборге и Алматы. Мало того, что из прежней науки выхолощено многое, в том числе ее социальная и гигиеническая части, так еще понадобилось много утраченного впустую времени на все переименования (в ВАК, на кафедрах, в НИИ и т.д.).

Сейчас уже можно констатировать, что в последние 30 лет Министерство здравоохранения стремительно вытесняло науку антинаукой. Это проявилось не только в разрушении базы многих НИИ и факультетов, не только в их реорганизациях с заменой руководителей-профессионалов на послушно-угодных людей, не только в подмене научных данных непроверенными и недоказанными приборами, препаратами, БАДами, но и в систематическом оболванивании населения, в процветании знахарей и поддержанных властью кустарей-самоучек с их советами, повериями, магнитными полями и панацеями от всех болезней, а также в резком снижении уровня образования и санитарной культуры в стране. Все это подкреплено различными свидетельствами и документами, люди им почему-то верят. В результате мы имеем немалое число запущенных болезней и даже летальных исходов. Большую лепту во все это мракобесие вносят

средства массовой информации (ТВ, радио «Эхо Москвы» и др.), пропагандирующие и рекламирующие различные и нередко вредные средства для похудения, лекарства от рака, шарлатанские приборы от сотен болезней, способы очистки воды и т.д. Осуществляется реклама таких средств из-за денег, которые отбросили на самый зад моральные устои и принципы, среди которых главный — *Noli nocere*, то есть «не навреди». Все это в полной мере относится к социальной гигиене и организации здравоохранения, где наука иногда проявляется в виде небольшого числа отдельных и разрозненных актуальных диссертационных исследований. Осознанно или несознательно, но первая бомбочка под семашкинскую модель была заложена. Фактически произошел подрыв научной основы семашкинской модели. И уверения в том, что дело не в названии, поскольку по существу в этой науке вроде немного изменилось (как будто та же методология, рост числа диссертаций и т.д.), не являются состоятельными. Резко снизились не только уровень, качество, но объемы и масштабы исследований, которые ранее подпитывали организацию, управление и планирование здравоохранения. Так, в стране более 30 лет не проводились полноценные исследования состояния здоровья граждан (заболеваемости и смертности, не говоря уже о физическом развитии), ранее приуроченных к переписям населения, что полностью лишило научного обоснования принятые законы, программу государственных гарантий, программу ОМС и т.д. А те работы, которые сейчас выполняются, поставлены как бы на поток, не являются фундаментальными, масштабными и основополагающими, решают некоторые частные задачи, по образному выражению Е. Шигана, «а у нас во дворе». Думаю, что, в отличие от основоположников социальной гигиены, след в истории от таких новаторов не останется.

Второй вехой послужило полное разрушение стройной системы научно-медицинской информации, что привело к информационному голоду всех медицинских работников (врачей, медсестер, руководителей и др.). Теперь с ними, потерявшими ориентиры, можно было делать все что угодно, навязывать им любые организационные решения. Подписные цены на газеты и журналы взлетели настолько высоко, что литература из ранее массовой теперь стала недоступной для большинства пользователей. Наступил период массовой деквалификации врачей, который был также обусловлен снижением уровня подготовленности преподавателей, высокими ценами на проведение последиplomного обучения. Соответственно снизился и уровень подготовки кадров здравоохранения. Правда, появились некоторые возможности в виде Интернета, которые не всегда используются в профессиональных целях, хотя с подготовленной нами перспективной Стратегией охраны здоровья в Интернете ознакомились свыше 160 тыс. человек.

Третьей, уже настоящей миной под семашкинскую модель послужили отход от ее основных принципов и формирование совсем иной, не при-сущей отечественному здравоохранению рыночной модели обязательного медицинского страхования (ОМС). Это было обусловлено несколькими моментами. Во-первых, при разрушении СССР был просто обвал бюджетного финансирования, и система ОМС с ее деньгами от работодателей на первый взгляд выглядела как спасение здравоохранения. Нужно сказать, что все рассчитывали на дополнительное финансирование, но не получилось, так как бюджет еще более срезали. Во-вторых, первая волна демократов хотела полностью откеститься от всего советского прошлого и похоронить его. Вместе с тем, как отмечалось, по уму следовало бы все немалое позитивное, что было в прошлом, сохранить и развить, а негативное — устранить, для чего как раз и были возможности в переходный период. Но новая поросль руководителей, ослепленная ненавистью ко всему советскому, прошла мимо этой возможности. И наконец, в-третьих, чисто внешне, без глубокого понимания мотивов и механизмов модель ОМС выглядела на первый и очень поверхностный взгляд вроде бы привлекательно: она позволяла ликвидировать административно-финансовую централизацию, разделив плательщиков медицинских услуг, их поставщиков и потребителей. При этом страховые организации должны были выполнять функции страховщиков для пациентов, защищать их интересы, оплачивать им необходимую помощь и контролировать качество медицинской помощи, которая оказывалась медицинскими учреждениями. Здравоохранение вроде бы оставалось в государственном ведении при значительном сокращении бюджета и перекладывании финансирования на плечи работающих в виде недоплаченной зарплаты, средства на которое отчисляли работодатели из общего фонда оплаты труда. Казалось бы, на первый взгляд все логично и обоснованно. Дискуссии велись тогда в основном вокруг размера страхового взноса. Первый закон «О медицинском страховании граждан в РСФСР» был принят 28 июня 1991 г., а спустя полгода Постановлением Правительства от 23 января 1992 г. № 41 «О мерах по выполнению закона о медицинском страховании граждан в РСФСР» были утверждены положения, инструкции, порядки, а также базовая программа ОМС. Чрезмерная поспешность в принятии этих документов привела к тому, что в период между выходом закона и принятием базовой программы государственно-бюджетная система интенсивно разрушалась, а бюджетно-страховая была еще не задействована. Еще в 1994 г. в разработанной под моим руководством упомянутой ранее Концепции было на странице 16 записано: «В дальнейшем, через 10–15 лет, как представляется, у нас будет осуществлен переход либо к национальной системе медицинского страхования, либо к государственно-бюджетной системе здравоохранения, как прежде, но

в децентрализованном виде и финансируемой из прогрессивного налогообложения (английский вариант)». Прошло более 20 лет с момента внедрения медицинского страхования, и это позволяет с некоторыми поправками признать справедливость приведенных в Концепции соображений. Президент РФ 21 января 2014 г. потребовал продолжать реформу здравоохранения, которая позволила бы «главное — повысить качество медицинского обслуживания». В этой фразе содержится немало противоречий. Во-первых, продолжать реформу, которую ни пациенты, ни врачи не поддерживают и которая выгодна и удобна лишь чиновникам от медицины, нецелесообразно и даже вредно. Необходимо менять вектор и приоритеты развития, а также представления о том, какой должна быть пространственная модель здравоохранения. Во-вторых, мы уже писали о том, что на первый план среди всех проблем здравоохранения выступает доступность помощи, оттесняя качество на второй план. Если помощь будет качественной, но недоступной, она никому не нужна. В-третьих, слово «обслуживание» отбрасывает здравоохранение к банно-прачечным комбинатам и парикмахерским, хотя восстановление здоровья связано с правильной организацией адекватной медицинской помощи. В своей статье «Что оказывают медицинские учреждения: медицинскую помощь или медицинские услуги?» я этот вопрос подробно разбирал.

Я уже писал выше, как приняли закон об ОМС и какой бюджетно-страховой гибрид получился. Когда в начале 1990-х годах создавалась система ОМС как временная мера и фактически вводился целевой налог, это считалось единственным способом финансового спасения здравоохранения в условиях разразившегося бюджетного кризиса. Тогда в качестве примеров приводились модели Германии, Франции, Австрии, Нидерландов, Израиля и США. Государственных больниц в этих странах практически нет совсем, все они частные (коммерческие в малом числе и в основном некоммерческие). Видимо, это и служит примером для разрушения у нас сети государственных и муниципальных медицинских учреждений с передачей их в частные руки. В функции ОМС не входят долгосрочное планирование, охрана здоровья, профилактика и раннее выявление заболеваний, установление национальных приоритетов и финансирование по приоритетам. Все главным образом сведено к ретроспективной оплате за уже оказанную медицинскую помощь, что в нынешних условиях крайне недостаточно. Медицина, стремящаяся зарабатывать на больных людях (медицинский бизнес), — это далеко не та медицина, которая была заложена Гиппократом и развивалась в течение веков. Правда, в условиях частной медицины, например в США, основным принципом, по которому работает врач, является «эффективность затрат», и потому он думает: сделать ли анализ сейчас или когда у пациента начнутся проблемы. По сути, медицина там представляет собой бизнес

по спасению жизней и потому напрямую заинтересована в росте числа больных, которых нужно спасать. Если не очень давно врачи в нашей стране опасались, что больной может умереть, то теперь многие из них беспокоятся, заплатит ли он (или за него), и потому благодаря проводимой в стране политике некоторые медицинские работники все больше и все чаще превращаются в бизнесменов от медицины. Не следует забывать, что медицинский бизнес — это не что иное, как предпринимательская деятельность (как строительный бизнес, топливно-энергетический, торговый и т.д.), куда приходят люди, готовые рисковать и вкладывать свои деньги и усилия ради главной цели любого бизнеса — получения прибыли независимо от того, какими высокими словами и благородными намерениями это ни камуфлируется. Здесь никто не будет работать просто так. Но в то же время для привлечения больных частный медицинский бизнес непрерывно совершенствуется и улучшается, хотя и заменить собой массовое государственное здравоохранение не может и не должен.

Между тем было как-то с самого начала упущено, что ОМС зародилась и развивается в условиях частной медицины — частнопрактикующих врачей, частных, коммерческих (в США) и некоммерческих (в других странах) страховых организаций, частных коммерческих или некоммерческих клиник, а у нас в стране частная медицина в соответствии с Конституцией РФ только-только давала первые самостоятельные ростки и все здравоохранение было государственным и муниципальным. Именно поэтому созданный в России бюджетно-страховой гибрид существенно повлиял не только на финансирование здравоохранения, но и практически на все взаимоотношения внутри системы, которые стали носить товарно-денежный характер (товаром была объявлена медицинская услуга) с рыночным оттенком. Как известно, основными атрибутами рыночной экономики являются соотношение между спросом и предложением, конкуренция, торг, цена, выбор с главной целью — получить прибыль. И совсем необязательно, чтобы постулаты рыночной экономики внедрялись в социальную сферу. Совершенно справедливо в выпущенной под эгидой ВОЗ книге «Реформы системы здравоохранения в Европе» подчеркнуто, что мифические возможности, иногда приписываемые рыночным стратегиям, являются привлекательными, но потенциально обманчивыми. Это уже поняли на Западе в отношении здравоохранения, когда же до наших «жиряфов» это дойдет? Механический перенос рыночной терминологии из экономики в социальную сферу, включая здравоохранение, при одновременном рассмотрении здравоохранения не как социальной, а как чисто экономической системы привел к тому, что деньги из средства и необходимого условия функционирования превратились в цель, а экономическая эффективность стала довлеть над доступностью медицинской помощи. В результате за последнее десятилетие практически

полностью ликвидировано муниципальное здравоохранение, крайне нужное гражданам, но будто бы экономически невыгодное, и полномочия органов местного самоуправления в сфере здравоохранения с 1 января 2012 г. переданы на региональный уровень как бы в интересах граждан, которых об этом, естественно, не спросили. С 1990-х годов правительство последовательно осуществляет политику на ускоренное развитие рыночных отношений в здравоохранении, вводя в терминологию такое понятие, как услуга, неудачно создавая так называемую конкурентную среду, активно развивая платность медицинской помощи для граждан РФ, придавая медицинским учреждениям хозяйственную самостоятельность, обучая руководителей ЛПУ основам менеджмента и управления финансовыми потоками, перекладывая социальную ответственность государства за развитие и финансирование здравоохранения на плечи самих граждан, включая работодателей, которые за все это исправно платят налоги.

Сам термин «медицинская услуга» автоматически превращает пациента в клиента со всеми вытекающими последствиями, появляются продавец медицинских услуг, их производитель, покупатель и потребитель, медицинская услуга становится товаром, которым можно торговать, а здоровье граждан здесь совершенно не при чем. Все это вместе взятое ведет к полной деградации здравоохранения как системы и превращает его в набор отдельных учреждений, каждое из которых будет выживать самостоятельно, разрушает основные системные принципы здравоохранения, что крайне негативно скажется на здоровье населения. Подспудные мотивы этих действий состоят в том, что государство не намерено не только компенсировать естественный рост стоимости медицинской помощи, в том числе в связи с обновлением технологий, но и вообще намерено сократить расходы на социальную сферу, хотя, по свидетельству ВОЗ, наша страна даже при нынешнем состоянии экономики может тратить гораздо больше средств на здравоохранение. Ошибочно полагать, что все эти действия как-то повлияют на теневой медицинский рынок (а куда он денется, так как является порождением этих действий), на ослабление страхового лоббирования, на продолжающийся отток кадров из отрасли. Все это вместе с развивающимися концессиями — этап на пути приватизации здравоохранения, а граждане вынуждены будут за одни и те же услуги платить по несколько раз. Как считают отдельные журналисты, нормального здравоохранения у нас не может быть не только из-за недопонимания его роли, но и потому, что им никогда не пользовались те, от кого зависят принимаемые в стране решения. Ни в одной развитой стране нет закрытой медицины — только для избранных, для высших чиновников и отдельных ведомств, а у нас есть, и медицина там совсем иная, полностью бесплатная и качественная. Вот если хотя бы члены правительства, работники администрации президента или депутаты

пришли со своим полисом ОМС в поликлинику по месту жительства как обычные граждане, то тогда, наверное, что-то могло измениться в системе. Но у них не только отдельная медицина, а почти все за высоким забором, и потому повседневные заботы людей им малопонятны и могут в промежутках между выборами не очень волновать. Во всех самых последних действиях и намерениях (отмена обязательной сертификации продуктов питания, перевод государственных и муниципальных медицинских учреждений в другие правовые формы и передача их в частные руки, «модернизация» здравоохранения и реорганизация скорой помощи, новая система ОМС, манипуляции с лицензированием и аккредитацией, ликвидация целого ряда медицинских учреждений, укрупнение их и др.) власти напрочь забыли о человеке и пациенте. А это главный критерий всех действий, но об этом редко вспоминают, и скорее в речах, чем в делах. До сих пор в повседневной жизни неясно, кто у нас для кого: народ для власти или власть для народа (статья 3 Конституции РФ), жилец для коммунального хозяйства или оно для жильцов, пассажир для транспорта или транспорт для пассажиров, пациент для здравоохранения или наоборот и т.д. Все это пора коренным образом менять. Исторические примеры показывают: если государство действует не в интересах своих граждан, то его устойчивость зависит только от их долготерпения. Об отсутствии социальной справедливости в здравоохранении свидетельствует тот факт, что в общественные источники бедные платят относительно своих доходов очень много, а богатые — очень мало, и из этих общественных источников медицинскую помощь оказывают разным группам людей разных объемов и разного качества. Подводя итоги по данному разделу, следует подчеркнуть, что в системе ОМС, будучи в свое время (в прошлом веке) достаточно прогрессивной (и в какой-то степени могла в мировом масштабе конкурировать с государственно-бюджетной моделью), сейчас проявились все ее недостатки и полная бесперспективность. Самым главным недостатком системы медицинского страхования в России является заинтересованность всех участников этой системы в росте числа оказанных медицинских услуг (это ведет к росту объемов денежных средств) и в увеличении числа болезней и больных: чем больше больных (в том числе тяжелых), тем больше средств получит медицинское учреждение, тем больше лекарств они потребуют, тем больше средств останется на нужды частных страховых компаний и фондов ОМС. Это вступает в противоречие с государством, которое логично должно быть заинтересовано в росте числа здоровых, а не больных. Иначе говоря, по этому принципу долгосрочные интересы государства по росту числа здоровых и сиюминутные меркантильные интересы лечебно-профилактических служб и всей системы ОМС диаметрально противоположны. Кроме того, медицинские учреждения материально заинтересованы в увеличении объема

медицинских услуг (и при необходимости они всегда смогут это обосновать) и в том, чтобы больной подольше и побольше болел, что приводит к систематическому росту стоимости медицинской помощи. Примерно такая же картина вырисовывается и в других странах с системой ОМС.

Современная медицина, организованная на страховых принципах (особенно в США), уже не столько занимается лечением больных, сколько зарабатыванием денег. Хорошая работа и качественная медицинская помощь приносят больницам меньше денег, и это очевидно почти всем специалистам у нас в стране, кроме лиц, принимающих решения. По этому поводу сами американцы шутят, что главной задачей их медицины является перевод острой боли в хроническую. Вот такова изнанка системы медицинского страхования, не говоря уже о многочисленных ее изъянах. Сложное положение и в Германии, где собираемых страховых взносов (даже после недавнего их повышения) не хватает на оказание медицинской помощи, и потому система требует постоянно растущих дотаций из бюджета. Об этом в деталях мы неоднократно писали. В России произошло поспешное внедрение системы ОМС, без глубокого анализа плюсов и минусов, без оценки последствий принимаемых решений из-за сильного влияния экономистов, слабо разбирающихся в проблемах здоровья и здравоохранения, когда экономическая мотивация стала довлеющей над социальной и гуманной, что в здравоохранении недопустимо. Интересно, что согласно ФЗ № 326 частные страховые коммерческие организации экономически заинтересованы в некачественной работе медицинских учреждений. Но это наши заморочки, ничего общего с системами медицинского страхования в других странах не имеющие. Навязывание страхового (рыночного) механизма финансирования происходило и происходит в условиях, когда вроде бы, кроме ряда крупных городов, в стране нет возможностей для конкуренции медицинских учреждений и выбора пациентами врача или ЛПУ, а без этого использование страховых посредников полностью теряет свой смысл. Даже в крупных городах (например, в Москве) эту конкуренцию организовать невозможно, так как вместо разукрупнения медицинских учреждений их всегда объединяли в виде монстров-монополистов, что снизило доступность медицинской помощи. Для развития конкуренции медицинских учреждений, помимо полностью частной медицины и превышения предложения над спросом (превышение спроса над предложением порождает очереди), необходимы высокий уровень освоения территории (высокая плотность, равномерность расселения, развитая транспортная сеть при хорошем круглогодичном состоянии дорог, высокая доля эффективных городов с развитой медицинской инфраструктурой), достаточно высокий уровень производства, высокая доля налогов, остающихся в распоряжении субъектов федерации и муниципалитетов, жесткое антимонопольное государственное

регулирование рынка медицинских услуг, благоприятные условия для ведения бизнеса и долгосрочных инвестиций, зрелость «общества потребления» и высокая культура потребления социальных услуг. Всего этого не только в сочетании, но даже по отдельности в такой большой стране, как Россия, нет, а в странах с медицинским страхованием все это имеет место (Швейцария, Бельгия, Кипр, Греция, Израиль, Япония, Нидерланды, Германия, Франция, Южная Корея, Австрия): высокая плотность населения и достаточно равномерно заселенная территория с хорошими дорогами, со средним расстоянием между городами 7–15 км, а главное, там достаточно высокий уровень ВВП на душу населения, высокий уровень инвестиционной привлекательности, активное государственное антимонопольное регулирование, значительная доля налогов, остающихся в распоряжении региональных властей и муниципалитетов. Известно, что чем больше денег задействовано в экономике, тем выше платежеспособность системы ОМС и привлечение рыночных инвестиций в здравоохранение. А в России всего этого нет и, видимо, не очень скоро появится. Даже в европейской части страны расстояние между городами составляет 40–50 км, а на востоке — 150–300 км и более при нашей транспортной доступности и состоянии дорог, городов с населением 100 тыс. человек и более — всего 164, и число их сокращается. Только в 1 из 16 земель (штатов) Германии, упомянутой Северный Рейн — Вестфалия, насчитывается 398 крупных городов, и получается как бы сплошная городская агломерация. Вся Германия буквально опутана паутиной сетью разнообразных качественных автомобильных и железных дорог с очень хорошим транспортным сообщением, и всю Германию можно проехать максимально за 4–6 часов. То же самое можно сказать и о Нидерландах, Бельгии и других странах с их уникальными дорогами и небольшими расстояниями, позволяющими жить в одном городе, а работать в другом. Все это позволяет там организовать конкуренцию некоммерческих больниц. На этом фоне совершенно бледно выглядит карта европейской части России, не говоря уже о других, менее заселенных регионах страны. Именно поэтому у нас организовать необходимую и обязательную при системе ОМС конкуренцию медицинских учреждений не представляется возможным, особенно там, где эти учреждения ликвидированы. А для реализации права выбора врача необходимо, чтобы он был, как в других странах, самостоятельно хозяйствующим субъектом, то есть имел лицензию. Это еще раз доказывает, что модель ОМС не подходит для нашей страны абсолютно по всем необходимым параметрам. Если бы в Москве, где есть отдельные условия из числа перечисленных выше, действовало реальное антимонопольное регулирование, то вместо масштабного слияния сотен медицинских учреждений (по сути, означающее монополизацию гигантского рынка) наблюдался бы обратный процесс — децентрализация,

приближение (а не удаление) медицинской помощи к населению, расширение автономии медицинских учреждений, экономических прав и ответственности, а это могло бы способствовать конкуренции и выбору. А это означает, что учреждения должны проходить аккредитацию (то есть проверку условий), а лицензию (то есть разрешение на деятельность) должны получать врачи, переходя из статуса объекта права в субъект права. И осуществлять эту трансформацию следует постепенно и просчитанно, начиная с врачей общей практики. Примерно близкая картина по расстояниям и в США, но там тратится на медицину во много раз больше средств (свыше 10 тыс. долларов на душу населения в год), правда, по рейтингу Bloomberg, страна находится лишь на 33-м месте по уровню оказания медицинской помощи, на 41-м — по младенческой смертности и на 43-м — по ОПЖ. Сравнительный анализ стран с системой медицинского страхования и бюджетным здравоохранением, проведенный Н.А. Кравченко и А.В. Рагозиным (2012), показал, что в группе стран с бюджетным финансированием отмечаются значительно меньшие расходы на здравоохранение при существенно лучших управляемых результатах деятельности. Сравнивались 18 стран, разделенных на группы методом «копия—пара», исходя из общности культуры, сходства демографического развития (сопоставимость возрастно-половой структуры и среднего возраста, уровня урбанизации, близкие показатели рождаемости и смертности), сопоставимых управляемых показателей здоровья населения, дополнительных признаков, например ВВП на душу населения. В результате оказалось, что по соотношению затрат и управляемых показателей здоровья Италия более эффективна, чем Франция (по рейтингу Bloomberg и на основании данных ВОЗ, ООН и ВБ соответственно на 2-м и 13-м месте); Швеция более эффективна, чем Австрия и Германия (меньшие затраты и лучшие результаты); Дания при гораздо меньших затратах имеет ненамного хуже результаты, чем Швейцария; государственно-бюджетная модель Великобритании, Канады и Австралии гораздо эффективнее страховой модели США; Куба при затратах в 2,5–3 раза меньше имеет почти одинаковые результаты с Чили и Коста-Рикой; довоенная Сирия, тратя на здравоохранение в расчете на душу населения в шесть раз меньше Турции, опережала ее в рейтинге Bloomberg; Беларусь, тратя меньше России средств на душу населения на здравоохранение, имеет с ней близкие показатели здоровья. Из изложенного следует, что национальные системы здравоохранения в странах, использующих бюджетную модель, демонстрируют более высокую эффективность, то есть меньшие затраты и гораздо лучшие результаты в виде управляемых показателей здоровья по сравнению со странами со страховой моделью. Данная закономерность не зависит от географического положения, культуры, численности населения и развития экономики страны.

Государственная бюджетная модель, но не мобилизационная, распределительная, авторитарная и жестко централизованная, а с разумным сочетанием централизации и децентрализации имеет множество преимуществ перед другими. Контракты или договоры между органами управления и медицинскими учреждениями (вместо системы простого распределения средств по установленным тарифам) предусматривают оплату за оговоренные объемы, качество и результаты работы, возможность штрафов и другие условия, то есть фактически должны содержать в себе государственное задание. Опыт Великобритании и Испании в этом направлении принес первые положительные результаты: повысилась эффективность деятельности медицинских учреждений, снизилась очередность на плановые госпитализации. При этом государство как бы выполняет функцию всеобщего страховщика. Некоторые эксперты считают, что государственно-бюджетная модель — это тупик и возврат к советской системе здравоохранения, но это далеко не так, и многие не возражали бы против такого тупика в здравоохранении, как в Канаде, Австралии, Новой Зеландии, Дании, Великобритании, Испании, Швеции, Финляндии, Норвегии и других странах, где нуждающимся оказывается весь спектр необходимой медицинской помощи. В связи с тем что даже в незавершенном виде голландская модель медицинского страхования считается образцовой, на ней следует кратко остановиться хотя бы в общем виде.

Там до рубежного 1987 г. уже функционировали частнопрактикующие врачи общей практики, а из 156 больниц со средней мощностью 360 коек только 8 университетских учебных клиник были в ведении государства, остальные 111 больниц общего назначения и 37 специализированных больниц представляли собой частные некоммерческие организации. Иначе говоря, система здравоохранения уже была готова к переменам. С 1987 г. в Нидерландах стала развиваться рыночная схема здравоохранения, когда коммерческая модель стала вытеснять государственную. В основу была положена идея комитета Деккера, поддержанная правительством, о регулируемой конкуренции. Основу системы составляют частные некоммерческие страховые организации, которые заключают договоры с конкурирующими клиниками по принципу цена—качество. Затем страховые организации, конкурируя между собой, предлагают пациентам различные медицинские услуги по такому же принципу. Таким образом, осуществляется конкуренция среди частных некоммерческих страховщиков (их выбирают пациенты) и среди медицинских учреждений (их выбирают страховщики, которые покупают у них услуги). Именно поэтому главным и ключевым звеном в системе медицинского страхования становится страховая медицинская организация. Первоначально планировалось провести все необходимые изменения за 3—4 года, но оказалось так много сложностей (в том числе в создании регулируемого, а не

стихийного рынка, стандартизованного пакета медицинских услуг, в организации всех взаимодействий, оплате за результат и т.д.), что работа эта продолжается уже более 25 лет, и для ее завершения потребуется еще лет 10. Если в такой небольшой стране для нормальной организации ОМС нужно 35 лет, то у нас это займет в 3—4 раза больше времени. К тому же никакого смысла в этой системе для нашей страны нет. Правительство Нидерландов препятствует созданию картелей и укрупнению (!) больниц, так как при этом конкуренция исчезает, а в Москве это поощряется.

В 2006 г. в Нидерландах был введен новый закон о медицинском страховании, который узаконил основные принципы страхования и регулируемой конкуренции. При этом намечен выраженный отход от монополии государства с одновременным привлечением частных страховых компаний и частного капитала. Теперь государство не несет никакой финансовой ответственности за обязательства частных больниц. В целом в Нидерландах есть все условия для организации регулируемой конкуренции: население — 16,8 млн человек со средней плотностью 511 жителей на км². Это четвертое место в Европе после Монако, Ватикана и Мальты. В стране прекрасно развита информационная и транспортная инфраструктура, имеются урбанизированные зоны, что позволяет создать конкуренцию среди медицинских организаций.

Теоретически вполне возможно усовершенствовать нынешнюю систему ОМС в нашей стране (но практически — малореально), для чего необходимо следующее.

1. Изменить форму собственности всех учреждений здравоохранения с государственной и муниципальной на частную некоммерческую, и с ними тогда могут вполне конкурировать частные коммерческие клиники.

2. Придать врачам статус субъекта права с выдачей им разрешения на деятельность (лицензии) и с повышением оплаты их труда минимум в четыре раза для индивидуального страхования своей профессиональной ответственности и самостоятельного обучения за свой счет на соответствующих сертификационных курсах, как это и положено самостоятельно хозяйствующим субъектам.

3. Ввести прямой страховой взнос на работающих граждан, для чего необходимо поднять им зарплату на 20—25%, осуществить баланс между поступлениями средств и расходами.

4. Переселить граждан в крупные города и создать множественные городские агломерации, что позволит организовать действенные конкуренцию и выбор.

5. Построить дороги и коммуникации между городскими агломерациями.

6. Разукрупнить медицинские учреждения, особенно в больших городах, и восстановить некоторые из ликвидированных.

7. Изменить форму собственности страховых медицинских организаций с частной коммерческой на частную некоммерческую, с тем чтобы

у них преобладали проблемы качества, а не интересы получения прибыли, и поставить их в зависимость от выбора и ожиданий потребителя.

8. Изменить основную мотивацию в системе ОМС и ввести оценку по результатам, а не по объемам оказанной помощи.

9. Изменить и существенно расширить информационное обеспечение о деятельности всех участников ОМС, сделать прозрачными финансовые потоки и устранить коррупцию.

10. Подготовиться к банкротству почти 90% медицинских учреждений, которые по принципу цена—качество не будут соответствовать требованиям страховщиков, представляющих интересы потребителей и зависящих от них.

11. Задействовать все механизмы рыночных отношений, активно развивать частное (добровольное) медицинское страхование.

12. Забыть о том, что здоровье — это общественная ценность, поскольку и здоровье, и выздоровление становятся чисто индивидуальной заботой.

И если в Нидерландах этот процесс займет в общей сложности не менее 35 лет, то есть нужно, по оценкам их специалистов, еще 15 лет напряженной работы, то у нас — 100 лет, а с учетом законопослушности голландцев — даже 150 лет. Есть еще и третий, наихудший сценарий развития — перевод всего здравоохранения на коммерческие рельсы с оказанием только платной для пациентов медицинской помощи, с аутсорсингом, передачей медицинских учреждений в частные руки, в том числе в виде длительной аренды или концессии, с последующей приватизацией. Этот вариант, как полностью антиконституционный, мы даже рассматривать не будем, хотя находящиеся кое-где у руля здравоохранения коммерсанты от медицины вполне могут ему следовать.

Очередная мина под семашкинскую модель была заложена Минздравом. Именно по инициативе Минздрава РФ в регионах страны прошла так называемая оптимизация сети медицинских учреждений и коечного фонда. Так, число районных и ЦРБ сократилось на 40%, амбулаторно-поликлинических учреждений (АПУ) — на 20%. За последние годы, по данным Росстата, почти в два раза сократилось число стационаров (а на селе — в четыре раза), закрыты 32 ЦРБ, 103 районные больницы (осталось 91), свыше 8 тыс. ФАПов (согласно действующим нормативам, один ФАП должен в среднем приходиться на 700 жителей), 5339 амбулаторно-поликлинических учреждений (на селе их число уменьшилось в 3,2 раза), 232 станции (отделения) скорой медицинской помощи (в результате частота вызовов скорой медицинской помощи на 1 тыс. жителей на селе в 2,7 раза ниже, чем в городах), 600 диспансеров (осталось 1048), а на селе их стало в два раза меньше, 1 тыс. санаторно-курортных учреждений (осталось всего 1945), 25 домов ребенка, сокращены

511 тыс. больничных коек, в дневных стационарах насчитывается всего 83,1 тыс. коек дневного пребывания и т.д. Только с 2000 по 2013 г., по данным Минздрава РФ, число больничных организаций в стране сократилось в 2,45 раза, с 10 704 до 4398. О какой стационарной помощи при этом можно говорить? Именно больничные койки позволяли многим пациентам соблюдать предписанный им режим, который трудно было соблюдать в амбулаторных условиях, я уже не говорю о сельской местности и о значительных расстояниях. Именно поэтому госпитализация в сложившихся условиях нередко является наиболее рациональным решением. В этом и состоит наша специфика, которая западным специалистам и нашим коммерсантам от медицины непонятна. По данным Счетной палаты, только в 2013 г. сокращено 76 поликлиник и 302 больницы, в государственных больницах сокращено 35 тыс. коек, в том числе 14 тыс. — в сельской местности, объем платной медицинской помощи увеличился на 14 млрд рублей, а число больных, лечившихся в стационарах за плату, возросло на 12%, значительно (на 7,2 тыс.) сократилось число врачей в государственных и муниципальных медицинских учреждениях, на 5,1 тыс. — врачей клинических специальностей, на 3,6 тыс. — средних медицинских работников. В довоенный период в России было больше больничных коек, чем сегодня, при меньшей численности населения. В наибольшей степени пострадало село, где проживает 26% жителей страны, то есть 37 млн человек, и где за постсоветский период число школ сократилось в 1,84 раза, то есть на 22 200, с карты страны исчезли 30 тыс. деревень и сел, были ликвидированы 987 аэропортов, в 3,2 раза меньше стали строить дорог с твердым покрытием, в 1,6 раза уменьшилось число больничных коек, то есть на 736 тыс. Ожидаются отмена электричек, переселение селян в крупные города, отмена льгот для сельских учителей и сельских врачей. Отсутствие дорог, мостов, значительные расстояния, низкая плотность расселения и выдвигают новые требования к восстановлению муниципального уровня и к организации медицинской помощи.

Особенно большие в последние годы манипуляции проводятся с заработной платой врачей и медсестер, поскольку Минздрав докладывает о ее неуклонном росте, а Счетная палата предоставила данные о ее снижении. Попытки Минздрава оправдаться по всем выявленным Счетной палатой негативным фактам оказались неуклюжими. И это при низком уровне медицинской активности, значительно большем на селе радиусе обслуживания, особенно с учетом состояния сельских дорог и транспортных сообщений, преобладания маломощных учреждений, значительно удаленных друг от друга, отсутствия у граждан возможностей выбора медицинского учреждения и врача, низкой доступности специализированной медицинской помощи, которая все больше смещается в областные

и республиканские учреждения, а значит, становится менее доступной. Сельские жители только в 40% случаев обращаются за медицинской помощью при болезни, в два раза реже городских посещают амбулаторные учреждения, а госпитализируются лишь в крайне тяжелых случаях. Поскольку у нас заболеваемость регистрируется по обращаемости, а доступность медицинской помощи на селе резко снижена, то наши селяне по бумажкам и реляциям Минздрава могут стать, как отмечалось, самыми здоровыми людьми в мире. Все это, скорее всего, было обусловлено экономическими причинами, желанием сократить расходы, но сиюминутные выгоды впоследствии обернутся значительными потерями. Это же относится к процессу укрупнения медицинских учреждений в городах и к другим мероприятиям, при подготовке и реализации которых не учитывались потребности и интересы пациентов.

Из 4,5 тыс. сельских участковых больниц осталось только 400 на всю страну, а это означает, что даже до фельдшера теперь нужно добираться за 40–60 км при наших дорогах, по которым мы занимаем 136-е место из 144 стран мира, и существующих транспортных сообщениях, что резко снижает доступность медицинской помощи. Так, в деревне Медное, в вымирающей Тверской области, закрывают круглосуточный стационар в участковой больнице, обслуживающей 56 поселений, и пациентов переводят на лечение в Тверь. Жители пишут письма президенту РФ в расчете на то, что письма доходят до адресата. Аналогичная ситуация имеет место не только в Тверской области, похожие истории происходят повсеместно (например, в Недманской участковой больнице на 20 лечебных коек и коек по сестринскому уходу на 60 поселений), но и практически по всей стране. Многие врачи на местах, как это обычно бывает, уверены в том, что о чинимых безобразиях верхняя власть просто не знает, поскольку медицинские чиновники докладывают наверх сведения об «успешном укрупнении продвинутых медицинских центров за счет ликвидации остальных». Активизировались многие чиновники, которые выезжают на места с проверками, решениями о закрытии и со штрафными санкциями. Нельзя переводить все больницы на принцип самокупаемости. Правда, нашлись отдельные грамотные территориальные руководители здравоохранения (их единицы), которые, несмотря на значительное давление сверху, не стали закрывать сельские больницы и сохранили, таким образом, доступность медицинской помощи.

В царской России были образованы сельские врачебные участки, число которых только с 1906 по 1910 г. возросло на 16,5%, причем на каждом участке находились бесплатные для селян (они составляли более 80% населения страны) сельские больницы с врачом или приемный покой. Наилучшим образом была организована земская медицина, финансируемая из средств земства, где радиус участкового обслуживания не

превышал 15—20 верст с численностью населения на врачебном участке до 30 тыс. человек. Хуже было организовано здравоохранение в тех местностях, где не было введено земское самоуправление. Власть в то время почему-то понимала необходимость приближения медицинской помощи к населению. Понятно, что сейчас 80% коечного фонда на селе выполняет медико-социальные функции, но из этого не следует, что все койки на селе следует немедленно закрыть.

Очередная бомба была заложена тогда, когда здравоохранение из социальной сферы совершенно необоснованно, без просчета последствий перевели, как отмечалось, в экономическую сферу.

Тут же многие больницы, родильные дома и другие медицинские учреждения закрыли из-за низкой их экономической эффективности, однако не она должна быть доминирующей в здравоохранении и все нужно делать по уму и с учетом интересов пациентов. Во многих наших статьях уже писалось о крайне негативных последствиях для беременных при закрытии родильных коек и о низкой эффективности строящихся перинатальных центров, и потому повторяться здесь не будем. Это путь не на пользу массовым пациентам.

Более того, вопреки Конституции РФ в стране всячески поощряется развитие платных для населения услуг в государственных и муниципальных медицинских учреждениях. Отсутствие какой-либо внятной стратегии охраны здоровья и развития здравоохранения ведет к тому, что рынок платных медицинских услуг ежегодно возрастает на 15—17% при снижении качества и низкой доступности бесплатной медицины. Пациентов во многих случаях просто вынуждают платить за медицинскую помощь. При этом в подавляющем большинстве случаев пациенты не жалуются в вышестоящие инстанции и не обращаются в суд в соответствии со статьями 124, 125, 293 и др. УК РФ из-за значительных потерь времени и бюрократической волокиты. Только вопиющие случаи доходят до суда при настойчивости заявителей. Именно поэтому по мере увеличения государственного финансирования здравоохранения и более эффективного использования ресурсов необходимо в соответствии с Конституцией РФ полностью отменить платную медицинскую помощь в государственных и муниципальных учреждениях. В этих условиях вместо ПГГ по оказанию бесплатной медицинской помощи может появиться ПГГ бесплатных сервисных услуг при оказании бесплатной для пациентов медицинской помощи. Платные медицинские услуги в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения не должны иметь место в силу следующих причин:

- страх перед болезнью, ее последствиями — незнание, как в таком случае нужно действовать, делает пациента полностью зависимым от врача, его квалификации, порядочности, добросовестности. Отсюда

следует, что пациенту можно навязать дорогостоящие обследования, дополнительные лекарства, и это становится повседневной практикой не только в частных клиниках. Недобросовестные медицинские работники понимают, чтобы помочь ближнему, люди готовы отдать все, даже остаться без жилья, а государство этому только способствует;

- бесплатную медицинскую помощь довольно несложно заменить платной, делая назначения, не входящие в программу госгарантий, или заявляя о наличии очередей, отсутствии талонов и т.п. Это явление достаточно широко распространено и захватило даже медицинские учреждения федерального подчинения. Программа госгарантий в основном работает на бумаге, а на практике положение иное и более сложное, и иногда пациентам со скандалом (вплоть до суда) приходится добиваться того, что им положено. Если совместить бесплатную медицинскую помощь с платной в рамках одного учреждения, то у врачей появляются соблазны получать деньги с пациентов;
- в государственных и муниципальных медицинских учреждениях платная помощь оказывается с использованием медицинской техники и реактивов, приобретенных за бюджетные средства;
- около 70% наших граждан являются неплатежеспособными и балансируют между средним (по нашим меркам) классом и гранью выживания и из-за отсутствия необходимых средств могут быть лишены даже гарантированной бесплатной помощи;
- платная помощь не является синонимом качественной, поскольку ее оказывают врачи с одним и тем же уровнем подготовки (только 30% россиян считают, что наши врачи обладают должным уровнем квалификации, а 46% — уверены в обратном);
- платность медицинской помощи означает ее недоступность, и потому многие больные предпочитают лечиться самостоятельно и обращаются за медицинской помощью в запущенном состоянии. Это все создает недовольство пациентов, известное напряжение в обществе и приводит затем к весьма значительным затратам;
- отдельные категории граждан (например, работающие) вынуждены несколько раз платить иногда за одну и ту же помощь (из страховых взносов за счет недоплаченной зарплаты, из косвенных налогов, которые в конечном итоге включаются в цены, из своих прямых налогов и из своего кармана);
- внедрение платных услуг в государственных и муниципальных медицинских учреждениях полностью противоречит Конституции РФ, международному опыту и рекомендациям ВОЗ.

Европейское бюро ВОЗ (2012) рекомендует странам Европы постепенно сокращать до полного исчезновения непосредственные платежи

пациентов. Вводя платные услуги, власть, манкируя своими обязанностями, постепенно урезает бюджетное финансирование здравоохранения, отнимает деньги у работающих и у непосредственных пациентов. Тенденция на развитие платной медицины и постепенное замещение ею бесплатного здравоохранения с последующей приватизацией (или с передачей в долгосрочную концессию в частные руки предварительно хорошо оснащенных государственных и муниципальных медицинских учреждений) губительна для нашей страны.

С другой стороны, тот, кто может и хочет платить за медицинскую помощь, может обратиться в частные клиники. При платных услугах (формальным или неформальным путем) врачи в погоне за количеством пациентов могут упустить вопросы качества, которые, естественно, страдают. Это происходит независимо от того, где врач работает, — в государственной или частной клинике, поскольку примерно один и тот же уровень качества работы обусловлен не столько условиями труда и формой собственности, сколько подготовкой врачей, то есть их образованием в широком смысле этого слова. И многие из врачей расценивают эти платежи от пациентов в качестве нормы поведения и жизни в современных условиях и закономерной платы за их усилия, особенно в условиях снижающейся в обществе ценности врачебного труда.

Разрушению семашкинской модели способствовала также ликвидация муниципального здравоохранения с передачей соответствующих полномочий на уровень субъектов федерации и переподчинением учреждений здравоохранения, что было сделано во вред пациентам и привело к увеличению расходов. При этом происходили ликвидация ряда медицинских учреждений или их укрупнение, увеличение расстояний при наших дорогах, акцентирование внимания на более дорогой специализированной медицинской помощи. Доступность медицинской помощи значительно снизилась, и возросла ее стоимость. Например, передача СМП на субъектный уровень привела к существенному увеличению радиуса обслуживания, снижению объемов вызовов и росту стоимости в 3,6 раза. Это все пошло на пользу только медицинским чиновникам, вместо того чтобы финансово укрепить муниципальный уровень и рационально организовать многоуровневую систему организации медицинской помощи, когда (по примеру развитых стран) существует целая система эффективного «просеивания» пациентов перед получением ими дорогостоящей специализированной помощи, включая ВМП. Выше уже писалось о том, что именно на муниципальном уровне создаются почти все важнейшие условия жизни людей, и потому они должны быть четко распределены по иерархическим уровням государства (образование, здравоохранение, торговая сеть, культура, транспорт, полиция, суды и т.д.). Всех сфер деятельности касаться здесь не

будем, а остановимся лишь в дальнейшем на целесообразной с позиции организации и для удобства пациентов иерархической структуре здравоохранения.

Помимо этого, разрушительной силой является ползучая приватизация государственных и муниципальных медицинских учреждений, которая проводится под маркой государственно-частного партнерства (ГЧП). Все прекрасно понимают, что ГЧП означает передачу государственных медицинских учреждений в частные руки, что снизит нагрузку на бюджет, а в частном бизнесе главное — это прибыль. Надо сказать, что в тех странах, где ГЧП существовало, наметился явный спад этих проектов, а мы, напротив, стараемся его создать и узаконить, взяв за образец далеко не лучший вариант, который создает нетипичные для РФ правовые условия соглашения между общественными и частными средствами. И потом, там развивалось не ГЧП, а общественно-частное партнерство (Public — Private Partnership), поскольку в развитых странах с государственно-бюджетной моделью нигде не практикуется ГЧП, и частные медицинские учреждения существуют абсолютно независимо от государственных. Правда, для прохождения аккредитации частные клиники должны использовать единые стандарты лечения и доказанные технологии, проверка которых относится к компетенции либо государственных, либо частных некоммерческих центров (Health Technology Assessment). Если в некоторых странах частный бизнес может привлекаться только для инфраструктурных проектов, то у нас ГЧП сможет участвовать в оказании медицинской помощи, а это принципиально разные аспекты. Это же совсем недавно подчеркнул в своем интервью один из заместителей министра здравоохранения, заявив, что ГЧП может стать действенным инструментом развития здравоохранения, в том числе в плане оказания медицинских услуг. Это говорит только о том, что в Минздраве нет понимания сущности здравоохранения как системы и ее значимости для общества, и эту важнейшую социальную систему отраслевой штаб приравнивает к теплотсетям. Кроме того, Минздрав РФ озабочен тем, чтобы медицинский бизнес способствовал удовлетворению потребностей государства, а о пациентах, как всегда, забыли: насколько им от этого будет лучше или хуже. Особенно это относится к пациентам весьма пожилого возраста, когда формально они могут попасть на врачебный прием и даже могут быть госпитализированы, но лечить их, в отличие от ситуации в других странах, врачи нередко отказываются [МК, № 19 (135), 2014]. Одним из способов на пути к приватизации (пока она скрытая) является концессия, в которую передаются не только некоторые автодороги, теплотсети, но теперь и медицинские учреждения. Только перед передачей в частные руки их делают более мощными за счет укрупнения (во вред пациентам) и лучше оснащенными за государственный счет по

программам «модернизации». Не только мы, но и многие другие авторы в своих статьях предостерегали от любой коммерциализации в здравоохранении, но, как говорится, «а Васька слушает да ест». Впереди всей страны (да и многих других стран), вопреки рекомендациям ВОЗ, к полной коммерциализации уверенно движется московское здравоохранение, как бы призывая остальные регионы следовать за ним. Помимо концессии, предполагается значительное сокращение числа врачей, закрытие многих отделений в многопрофильных больницах и оставление только тех отделений, которые приносят прибыль за счет платного лечения. Каким представляется сценарий разрушения московского здравоохранения?

Картина 1. Значительное (даже чрезмерное) оснащение московских медицинских организаций за очень большие бюджетные деньги. Наверное, это хорошо, тем более что как будто все средства использованы по назначению и не ушли на сторону.

Картина 2. Объединение поликлиник, находящихся порой в разных районах Москвы, с созданием центральных поликлиник. Цель пока непонятна, так как при этом экономия небольшая на административном персонале. Для пациентов — большие неудобства, так как требуется курсировать между поликлиниками. Вначале нужно в своей поликлинике попасть к участковому терапевту, получить от него направление к специалисту и потом ехать в другую поликлинику. Тем самым дискредитируется само понятие «поликлиника», медицинская помощь становится значительно менее доступной. Идея чисто западная, и была бы, наверное, правильной при созданной развитой системе, приближенной к пациентам общей врачебной практики. Не спасают электронная и интернетная запись на прием, поскольку те же самые очереди перекочевали из поликлиник в виртуальное пространство. Московские власти здравоохранения не понимают сути ПМСП.

Картина 3. Объединение уже объединенных поликлиник с больницами. Идея как будто бы неплохая по сути, но ее нужно было бы реализовать иначе.

Картина 4. Присоединение женских консультаций, родильных домов к уже объединенным поликлиникам с больницами независимо от расстояния между ними. Возникают медицинские монстры. При этом становится понятной цель — сокращение значительного числа медработников, закрытие 28 медицинских учреждений с использованием высвобождающихся зданий и земельных участков. Идея скопирована с западной медицины, где нет отдельных родильных домов и женских консультаций. В результате медицинская помощь становится еще менее доступной. Пациенты жалуются, но это их проблемы. Руководство московского здравоохранения перепутало, кто у нас существует для кого: пациенты для здравоохранения или здравоохранение для пациентов.

Картина 5. Объединительный зуд не закончился. Теперь эти монстры стали объединяться в монополистов. Врачи и другие медработники стали получать квиточки на сокращение. Для руководства было бы выгоднее, если бы они ушли по собственному желанию. В противном случае им нужно предлагать варианты трудоустройства. И предлагают — уборщицами, лифтерами, санитарками и т.д., и это дипломированным специалистам, на подготовку которых затрачено много времени и сил.

Картина 6 (перспективная). Все это делается, видимо, для того, чтобы этих монополистов, оснащенных за бюджетные деньги, перевести на коммерческие рельсы, передать в частные руки в виде концессий, аутсорсинга, долгосрочной аренды и т.д., а высвобождающиеся помещения и здания продать или сломать и на их месте возвести прибыльные центры, поскольку земля в центре Москвы исключительно дорогая и даже дороже некоторых сооружений на ней. При этом, как всегда, не подумали о пациентах, не выяснили их мнение (а мнение о нынешнем московском здравоохранении у них ужасное, и это даже не диагноз, а приговор), мнение граждан, общественности и нарождающегося гражданского общества. Решили сломать все враз и через колено. Таким же проторенным путем движется и Минздрав, объединяя федеральные учреждения. Так, НИИ онкологии им. Герцена объединили с Обнинским радиологическим центром и Институтом урологии. Было бы понятно, если бы онкоурология перешла в состав НИИ онкологии, но зачем онкологам брать на себя всю урологическую патологию (нефриты, пиелиты, циститы и т.д.). Л. Стебенкова, председатель комиссии Мосгордумы по здравоохранению, ратует за передачу государственных поликлиник и больниц в частные руки. К этому в Москве все и шло. Мол, пусть государство платит только за оказанные медицинские услуги, а за все остальное — частник, невразумительно приводя в качестве такого примера Францию с далеко не лучшей в Средиземноморье организацией здравоохранения и относительно низкой эффективностью (очень высокие затраты при не соответствующих им управляемых показателях здоровья). Сравнение с Францией абсолютно некорректно, поскольку там на здравоохранение тратят 12,5% ВВП, и в расчете на одного жителя — более 3 тыс. евро в год, врачи получают 4 тыс. евро в месяц. Кроме того, в отличие от нас, там основной объем медицинской помощи оказывают врачи общей практики, а среди частных больниц наибольшая доля приходится на некоммерческие организации. Частные страховые организации там, в отличие от нашей страны, являются некоммерческими. Иначе говоря, там совсем другая система здравоохранения, и единственное сходство — система ОМС, которая там организована правильно, хотя каких-то перспектив у нее нет. При этом Л. Стебенкова намеренно прошла мимо недавнего опыта Испании, демонстрирующей лучшие показатели эффективности по

шкале Блюмберга, чем Франция. В Испании поначалу хотели передать государственные больницы в управление частным компаниям, но затем под давлением врачей отказались что-то менять в одной из лучших с точки зрения организации систем здравоохранения. А премьер-министр Мариано Рахой заявил, что намерен сохранить в стране возможность всеобщего и бесплатного здравоохранения. Во всей Испании (и в Каталонии, в частности), как и в большинстве стран мира, сложилась эффективная государственно-бюджетная модель, дополненная договорными отношениями между органами здравоохранения и медицинскими организациями, в которых прописаны объемы, уровень, качество и ожидаемые результаты медицинской помощи.

Каковы же мотивы всех этих разрушительных действий в Москве (и в стране в целом)?

Пока выдвигаются четыре причины.

1. В Москве избыток больничных коек на 10 тыс. населения (по сравнению с Лондоном, Израилем и т.д.), и потому их надо сокращать. Но это взгляд не специалистов, а дилетантов, поскольку потребность в стационарной помощи у москвичей значительно выше, у них все параметры (заболеваемость, смертность, продолжительность здоровой жизни) значительно хуже, и доказательства тому имеются. Например, стандартизованный показатель смертности от болезней системы кровообращения у нас в три раза выше, чем в развитых странах, и это доказывает, что потребность в медицинской помощи у нас выше. И хватит сравнивать себя с другими странами, тем более что эти сравнения часто недостоверны и поверхностны, как было ранее показано. Там тоже хватает проблем. Именно поэтому задача состоит в том, чтобы взять оттуда лучший и приемлемый для наших условий опыт и продуманно его использовать. Может быть, ради этих мутных дел Минздрав уже на протяжении 25 лет не заказывает исследования состояния здоровья населения с выходом на определение потребностей граждан в различных видах медицинской помощи.

2. Необходимо, как во всем мире, акцент перенести со стационарной медицинской помощи на амбулаторную и перестать в больницах лечить хроников. И действительно, в целом по стране почти треть коек используется не по назначению, но будет бесчеловечно выбросить всех хронически больных и пожилых людей из переполненных больниц, в том числе лежащих в коридорах. Для этого нужно создать соответствующие условия в амбулаторном звене (сеть общих врачебных практик, дневные стационары, доступные амбулатории и поликлиники, медицинский уход на дому и т.д.), о чем пока в московском здравоохранении и не задумывались.

3. Очень мало квалифицированных врачей, способных работать с современной медицинской техникой. И потому половину врачей и медсестер

надо сократить, а оставшихся обучить на лучших мировых клинических базах. Но почему это надо решать административно-командным путем? Ведь у нас сейчас существуют аттестационные и сертификационные комиссии, в задачу которых входит определение квалификации врача. Если они не устраивают и плохо работают, измените порядок и содержание их работы. А так, без этого, — судьи кто? Коммерсанты от медицины, которые интересуются не больными, а прибылью от них? Кроме того, уже на пороге стоит вопрос о лицензировании врачей, то есть о переводе их из объекта права в субъект. И этот процесс, видимо, будет начинаться с врачей общей практики, которых в стране почти нет и численность которых нужно увеличить в 35 раз. Сокращение числа врачей резко снижает доступность как общей, так и специализированной помощи. У властей нет понимания того, что сейчас проблемы доступности помощи важнее ее качества. Конечно, хорошо бы это сочетать.

4. Значительное сокращение численности медперсонала в Москве прикрывается необходимостью выполнения предвыборного указа президента РФ о повышении зарплаты медработникам. Начнем с того, что речь идет о зарплате, а не обо всех источниках доходов (совместительство, дежурства, работа в выходные дни и т.д.), о чем все время рапортуют чиновники. Но самое главное — это то, что президент РФ, ставя задачу повышения зарплаты медработникам, не говорил о том, что это нужно делать путем их ополовинивания и сокращения числа медицинских учреждений.

К чему это все ведет?

1. К протестным акциям со стороны врачей и медсестер.
2. К нарастающим волнениям среди пациентов.
3. К снижению рейтинга властных структур.
4. К полной коммерциализации здравоохранения, что не соответствует Конституции РФ.
5. К ликвидации (закрытию, укрупнению) огромного числа медицинских учреждений по стране.

Никаких сомнений нет в том, что в здравоохранении многое нужно менять, но совсем не так, как это делают во всей стране и в Москве. Для иллюстрации приведем отобранные по Москве результаты Всероссийского исследования мнений пациентов о здравоохранении: «Врачи-то поставить диагноз могут, а вот дальше начинаются проблемы, обеспечить результат не могут», «Если врач правильно установит диагноз, это совсем не значит, что тебя потом вылечат», «Когда приходишь в поликлинику, такое впечатление, что попадаешь в стан врага», «У нас сейчас Call-Centre работает. А вот толку что? Если нет кадров, то тут хоть 25 Call-Centre поставь, все равно очередь сформируется на месяц», «Приходишь, говоришь, что болит. Смотрят очень однобоко, на другие органы даже и не

смотрят. Нет комплексного подхода», «Бесплатной медицины нет, чтобы получить адекватное лечение, за все надо платить», «Куда ни кинь, все диагностические анализы — платные», «Платно можно сделать любой анализ (и томографию, и рентген — все что угодно) быстро. А вот если бесплатно — это бесконечные очереди», «Хорошо хоть частные клиники сделали, есть куда бежать», «Попасть в государственную поликлинику невозможно. Приходится обращаться в частные, потому что это быстрее, но приходится за это платить деньги», «Чтобы оперативно бесплатно пройти УЗИ, нужно как минимум лечь в больницу. Иначе месяцами ждать. С холтером то же самое. Говорят, нет свободных, идешь ставить платно в тот же кабинет и видишь: целая корзина лежит, ставь — не хочу», «Врачам запретили выдавать направления на биохимический анализ крови в случае необходимости. Только два анализа в день на три десятка посещений. И это в Москве», «Чиновники и их родственники в поликлиники не ходят, и вообще они предпочитают в России не лечиться», «У нашей медицины, несмотря на затраченные средства, на выходе ноль без палочки», «15 лет не была в поликлинике, и после визита желание еще лет 20 не ходить», «Надо менять нашу медицинскую систему, хороших врачей остается все меньше и меньше», «Необязательно ходить в районную, зайдите в академическую поликлинику РАН и окажетесь в Уганде. Все за деньги, очереди, талонов ждешь по 2–3 недели, врачи — мама не горюй», «У нас очередь на анализы две недели», «Лично в поликлинике последний раз был в 1984 г., наверное, уже похоронили», «Я решила не ждать два месяца и сделала УЗИ платно. С детьми так же делаю. Пока дождешься талончик к специалисту, проще за наличный расчет провести обследование». «А мы думали, что только в нашей 179-й поликлинике Москвы такой бардак. Попасть к участковому терапевту очень сложно, направление к нужному специалисту можно получить через месяц, и то если каждый день ходить в поликлинику. Запись нужно ловить с 7 утра. Власть делает все возможное, чтобы превратить жизнь народа в кошмар», «Жуть такая в поликлиниках, что даже культурные люди матерятся», «Троицк присоединили к Москве, талоны на анализ крови по записи, и то если прорвешься к главной медсестре, к некоторым врачам вообще не записаться», «Моя мама является инвалидом с онкологическим диагнозом, и, вставая на учет в онкодиспансере Западного округа Москвы, обнаружила, что из положенных 12 специалистов работают только 3 на весь округ. К сентябрю этого года онкологов не стало вовсе, и потому записи к ним не было. Мама написала письмо в Департамент здравоохранения накануне мэских выборов, надеясь, что в это время ее могут услышать. Но Департамент накостылял главному врачу, переслав ему это письмо. И замученный главврач звонил нам домой, извиняясь, что у него нет врачей. По новым правилам, онкобольной вначале должен

записаться на прием к своему участковому терапевту в районной поликлинике, отсидеть там и получить талончик к онкологу, которого нет. Это просто издевательство над людьми», «Конечно, женщинам в Голландии хорошо рожать дома, когда к ним приходит акушерка, а рядом дежурит оснащенная скорая помощь», «Отношение к роженицам в роддоме, где я лежала на сохранении, было просто отвратительное», «У одной женщины из-за недосмотра врачей случился выкидыш прямо в палате. Вместо сочувствия медсестры отругали ее за то, что она испачкала простыни. А в другой палате беременным заявили: “Если хотите жить в чистоте, убирайтесь сами”», «Рожала я по договоренности, за плату. Роды были тяжелые, у ребенка родовая травма шейного отдела позвоночника. Но об этом врачи промолчали. Узнали мы об этом позже, в институте педиатрии. Выписали меня из роддома на третий день. При этом не сказали, что у ребенка также водянка и желтуха. А мы заплатили большие деньги», «Когда у моей подруги начались роды, никто к ней не соизволил подойти. Она сама пошла в родильный зал, придерживая рукой головку между ног. Через две недели ребенок умер от стафилококковой инфекции. И это в Москве», «Медицина давно озабочена лишь тем, чтобы число ее клиентов не уменьшалось. Именно поэтому мы постоянно боеем то гриппом, то еще какой-то гадостью, выведенной специально для того, чтобы мы непрерывно покупали лекарства», «Уровень дикости любой страны определяется в первую очередь системой здравоохранения», «Современная медицина мало занимается лечением людей. Медики сейчас зарабатывают деньги. И, как во всяком бизнесе, они заинтересованы в том, чтобы их клиентов становилось все больше и больше». По НТВ прозвучало, что израильский врач из небольшого кибуца была в Москве, и ее знакомому стало плохо. Вызвали скорую и отвезли в одну из дорогих платных клиник, где палаты с телевизорами и холодильниками. Врач в приемном покое оказался полным профаном, не знающим даже того, что в Израиле знает любой стажер-интерн. Это по словам израильского врача, которая заявила, что в Москве даже за большие деньги невозможно получить квалифицированную помощь. «Мне приходилось регулярно посещать районного онколога, к которому были большие очереди. По нашим людоедским законам обезболивающее человеку, умирающему от рака, выписывают на короткое время. Вот в очереди и стояли родственники, а как обходились одиночки? И это Россия, XXI в. Ни жить, ни умереть. Уж лучше бы разрешили эвтаназию».

Здесь приведены не в полном виде мнения пациентов, показывающие, что дело не в единичном случае, с которым можно было бы конкретно разобраться, а в нынешней системе, чудовищная организация которой практически полностью не устраивает пациентов, хотя она должна быть предназначена именно для них.

Нельзя забывать, что здравоохранение — живая система, определяющая жизнь и здоровье пациентов, судьбы медицинских работников, и потому варварские хирургические интервенции в нее противопоказаны, тем более непродуманные, непросчитанные и непрофессиональные, во вред всем, без оценки последствий этих насильственных вмешательств, без согласования с гражданским обществом, фактически, как говорится, наобум Лазаря. В последнее время в Москве стали убирать лаборатории из поликлиник, ввели обязательность прикрепления всех граждан к своей поликлинике (ранее потребность считалась на численность населения, а теперь будет на зарегистрированных больных), что сокращает финансирование, но лишает помощи не обратившихся в течение года в поликлинику. И при этом в Москве как субъекте федерации денег много, везде строятся торжественно открываемые транспортные развязки, некоторые из них проблему автомобильных пробок не решают, вместо асфальта на тротуарах повторно укладывается плитка, строятся коммерческое жилье и офисные здания, создаются торговые и развлекательные центры, ведется озеленение одних и тех же территорий, по несколько раз перекапываются одни и те же улицы и т.д. Все это очень напоминает показуху и в некотором смысле халтуру позднего советского периода по сдаче в эксплуатацию объектов к какой-либо торжественной дате, а потом — с его длительным ремонтированием. Создается такое впечатление, что все остальные социально-бытовые проблемы москвичей уже решены. И за этой внешней мишурой скрывается своеобразное отношение к повседневным нуждам людей. К счастью для детей и их родителей идея всеместного создания частных и платных детских дошкольных учреждений провалилась из-за отсутствия устойчивого спроса на такие учреждения и отсутствия закона, по которому могут осуществляться государственные платежи частнику за обслуживание садика. То, что происходит в стране с бездомными детьми, вызывает особую тревогу и соответствующее отношение к властям: многие детские дома закрывают или укрупняют, детей, как котят, перебрасывают в непривычные для них условия, а переданные дети (за деньги) в частные семьи там не приживаются. В целом в стране нужно коренным образом менять отношение к непроизводительной части населения: детям и пожилым, хотя и работающие (кроме чиновников) находятся далеко не в лучшем положении. В центр внимания должен быть поставлен человек с его проблемами и потребностями.

Из всего изложенного становится понятным рейтинг нашей страны, определяемый различными международными организациями. Так, Social Progress Imperative (SPI) в 2014 г. опубликовала рейтинги из 132 стран по уровню социального развития. В целом Россия заняла 80-е место, но по уровню безопасности — 110-е, по соблюдению прав личности — 122-е, а по здравоохранению — 130-е. На первых позициях были Новая

Зеландия, Швейцария, Исландия, Нидерланды и Норвегия. Имеются и другие рейтинговые исследования, в том числе ВОЗ, согласно которым по здравоохранению России достаются места ближе к концу списка стран. Неслучайно россияне по результатам опроса ВЦИОМ как в 2013 г., так и в 2014 г. оценили деятельность министра здравоохранения РФ хуже чем удовлетворительно исходя из пятибалльной системы. Правда, есть подозрение, что министр здесь не при чем. Вот и получается, что в отношении здравоохранения у властных структур находятся шоры на глазах, а в ушах — беруши.

В этом разделе я намеренно не перечислял все недостатки и проблемы нынешнего здравоохранения, все просчеты, проколы и новации Минздрава и местных органов, поскольку это заняло бы весь объем книги, тем более что многие из них уже ранее опубликованы.

Глава восьмая

ЕСТЬ ЛИ ВЫХОД ИЗ СОЗДАВШЕГОСЯ ПОЛОЖЕНИЯ?

Сразу скажу, полностью безвыходных положений практически не бывает, выход всегда есть, особенно если его настойчиво и профессионально искать, включив свет в темной комнате. Что же нужно делать, чтобы вернуть утраченное доверие людей к здравоохранению и власти?

1. Первоочередное внимание системе охраны здоровья. Понятно, что в этом разделе обозначены только проблемы без их широкого анализа и предложений по улучшению здоровья граждан.

В докладе ВОЗ о состоянии здравоохранения в Европе (2012) содержится выработка перспективного курса до 2020 г. на благополучие исходя из целевых ориентиров, обоснования благополучия и его прямой связи с основами политики «Здоровье-2020». В этом документе речь идет не о развитии учреждений и служб здравоохранения, а об улучшении здоровья через повышение благополучия и улучшение условий жизни. И это правильно, поскольку отражает современные представления о том, как улучшить здоровье населения, и выводит данную проблему на политический уровень. Охрана здоровья, за которую несет ответственность государство в соответствии со статьей 7 Конституции РФ, отделена от традиционного понимания здравоохранения, оказывающего медицинскую помощь (медицинскую профилактику, диагностику, лечение, медицинскую реабилитацию, медицинский уход и паллиативную помощь), за которую в соответствии с утвержденным положением несет ответственность отраслевое министерство. Охрана здоровья представляет собой совокупность мер политического, экономического, правового, социального, культурного, научного, медицинского, санитарно-гигиенического и противоэпидемического характера, направленных на сохранение и укрепление физического и психического здоровья каждого человека, поддержание его долголетней активной жизни, предоставление ему медицинской помощи в случае утраты здоровья. Несмотря на кажущуюся сложность этой дефиниции, она наиболее полно отражает существо системы охраны здоровья, ее комплексность, межведомственность (межсекторальность) и государственность. Эта система выходит далеко за пределы рамок собственно здравоохранения как одной из важнейших отраслей, то есть является

более широкой и более приближенной к населению. Цель системы охраны здоровья — создание необходимых условий для сохранения и улучшения здоровья населения и для ведения им здорового образа жизни. Фактически это все то, что создает систему жизнеобеспечения населения в каждом конкретном месте проживания людей по критерию здоровья. Именно поэтому неспроста в пункте 1 статьи 41 Конституции РФ медицинская помощь и охрана здоровья обозначены раздельно, что конституционно подтверждает их полную неидентичность. Фактически утрата здоровья людей формируется вне традиционного здравоохранения, занимающегося затем «ремонтными работами», в попытках восстановить утраченное здоровье.

Что же касается российского здравоохранения, под которым в узком смысле понимаются все аспекты медицинской помощи, дополненные пропагандой здорового стиля (образа) жизни (Healthy Lifestyle), то его цель — предупреждение болезней медицинскими средствами, полное или частичное восстановление (при возможности) здоровья в случае его утраты и трудоспособности по медицинским показаниям у работающих. Сведение традиционного здравоохранения к более широкой системе охраны здоровья, как это имеет место во многих документах, мероприятиях и действиях, не просто ошибочно, не просто вредно и безнравственно, но и наносит существенный урон экономике и здоровью людей. Фактически тем самым неправомерно перекладывается ответственность за здоровье народа с государства на отрасль, при этом крайними оказываются врачи.

К системе охраны здоровья относятся следующие проблемы.

Бедность и здоровье. Бедность является одной из причин заболеваний людей. К сожалению крупных и полномасштабных исследований по этой проблеме в России не было, потому придется опираться на зарубежные данные, хотя бедность в России и на Западе — трудносоставимые понятия. Известно, что у относящихся к бедным группам населения заболеваемость и особенно смертность выше, это же относится и к детям из бедных семей. Между доходами и смертностью существует сильная корреляционная связь, например, с отравлениями алкоголем — 0,9, с убийствами — 0,87, с суицидами — 0,75. Так, по данным, опубликованным Росстатом, видно, что среди всех больных инфарктом миокарда 25% имели низкий доход, а среди умерших — 47%.

Окружающая среда и здоровье. От качества питьевой воды напрямую зависит здоровье населения. Это одна из важнейших проблем системы охраны здоровья в стране, за которую ответственность несет государство. Необходимо повысить качество питьевой воды и атмосферного воздуха, особенно в городской среде, насыщенной промышленными предприятиями и автотранспортом.

Жилищные условия и здоровье. Что говорить обо всей стране, если в Подмоскovie люди (с детьми и пожилыми) проживают в бараках,

полностью непригодных для жилья. Конечно, это все отражается на их здоровье и удовлетворенности жизнью. Неудовлетворенность своими жилищными условиями выражается в необходимости капитального и особенно текущего ремонта, переселении из бараков, недостатке тепла, сырости, плохом качестве воды, стесненности проживания (особенно это относится к семьям с детьми), плохой освещенности подъездов и подходов к дому и т.д. Все это негативно влияет на здоровье, психологическое состояние, порождает агрессию.

Необходимо расширить возможности для получения и приобретения муниципального жилья в зависимости от доходов и числа членов семьи, с тем чтобы резко уменьшить количество живущих в бараках, непригодных и разрушающихся зданиях. Нужны повсеместные газификация, электрофикация и обеспечение коммунальными сетями (холодное и горячее водоснабжение, отопление, канализация).

Питание и здоровье. В связи с уменьшением доходов люди перешли на дешевое и не всегда качественное питание, что, безусловно, наносит ущерб их здоровью. По мнению ряда экспертов, помимо недоедания, что характерно для примерно 12% населения, на большую часть населения (около 70%) распространяется так называемый структурный голод, поскольку, например, рыбы и рыбопродуктов на душу населения в год потребляется на 61,5% рекомендуемых медицинских норм. Аналогичная ситуация складывается и с другими продуктами питания: мясом, яйцами, овощами, фруктами и др., кроме мучных изделий. Существует выраженная диспропорция в потреблении продуктов питания у разных групп населения по доходам, данные о которой являются далеко не полными. Так, наиболее богатая (по официальной регистрации) децильная группа по сравнению с 10% бедных потребляет фруктов и ягод в 2,8 раза больше, мясных и рыбопродуктов в 2 раза больше, молока — в 1,9 раза больше. Таким образом, многие люди не доедают даже до крайне низкой потребительской корзины и возмещают это недоедание дешевыми крупами и мучными изделиями, что влияет на процесс вырождения большей части граждан страны. Потребление многих жизненно важных продуктов питания для большей части населения еще не достигло уровня последних советских лет, хотя и в СССР было немало недоедающих при определенном дефиците с полупустыми прилавками, нормированием продаж в одни руки и очередями. Вместо жестко регламентированных ГОСТов были введены послабляющие технические условия (ТУ) и технические регламенты (ТР), контролировать соблюдение которых обязали самого производителя. Правительство РФ вообще отменило обязательную сертификацию не только косметических товаров, но и продуктов питания, что фактически означает бесконтрольность их производства. Одновременно была резко снижена возможность санитарно-гигиенического контроли-

рования (кроме детского питания) качества производимых и продаваемых продуктов.

Необходимо в срочном порядке восстановить систему сертификации продуктов питания и более жестко контролировать их производство, качество и набор ингредиентов. Вместо послабляющих технических условий и технических регламентов следует ввести обязательные и жесткие стандарты на импортируемую продукцию и на производство продуктов питания внутри страны, усилить санитарно-противоэпидемический контроль, закрывать по примеру других стран фирмы и магазины, поставляющие вредную (в том числе просроченную) для здоровья пищевую продукцию. Необходимо не пищевому бизнесу содействовать, а заботиться о здоровье людей. Помимо чрезвычайно жестких стандартов на продукты питания, следует такие же стандарты установить для любой продукции, влияющей на жизнь и здоровье людей (лекарственные средства, бактериальные и вирусные препараты, вакцины и сыворотки и т.д.). Отдельно следует выделить проблему питания детей, поскольку, помимо микроэлементной недостаточности и низкой калорийности питания, у них в 30% случаев отмечается дефицит массы тела и задержка развития. В целом, согласно рейтингу стран *Good Enough to Eat* (2013), Россия по качеству питания заняла промежуточное, 44-е место из 125 возможных между развитыми и развивающимися странами. Из изложенного следует, что в здоровом образе жизни здоровое питание занимает важное место и его качество не зависит от каждого человека, а зависит от государственной политики в стране. Либо государство должно поощрять и стимулировать частный пищевой бизнес, не ориентированный на улучшение здоровья людей и желающий лишь получать значительную прибыль, либо государство должно ввести соответствующие жесткие стандарты по критерию здоровья, выполнение которых потребует от бизнеса дополнительных усилий. Это имеет прямое отношение к ранее поставленным вопросам, кто у нас для кого.

Занятия и здоровье. Здесь можно выделить два аспекта: производственную занятость и занятость по интересам. Для решения проблем производственной занятости требуются создание новых рабочих мест (особенно в моногородах) и придание населению большей мобильности (привязка не к месту жительства, а к месту работы). Занятость по интересам относится в первую очередь к детям и подросткам, способствуя их отвлечению от пагубных привычек и антисоциального поведения, а также развитию патриотизма. Для этого необходимо повсеместно (при домах молодежи, ДЭЗах, школах и т.д.) создавать бесплатные (или за минимальную плату) разнообразные кружки и секции (музыкально-танцевальные, спортивные, модельные, книголюбов, любителей животных и др.). Эти вложения являются потенциально окупаемыми в государственном масштабе. Однако

нередко вместо этого муниципальные власти закрывают сохранившиеся, успешно и бесплатно работающие детские секции, изгоняя оттуда детей и передавая помещения коммерческим структурам.

Условия труда и здоровье. Необходимо стремиться к созданию безопасных и комфортабельных условий труда, обратив особое внимание на его охрану и технику безопасности, развивая профессиональную гигиену и производственную медицину.

Отдых и здоровье. Необходимо восстановить сеть домов отдыха, санаториев, профилакториев со льготными путевками, использовать их не только для отдыха, но и для восстановления здоровья и трудоспособности. Особое внимание должно быть уделено оздоровительному отдыху детей.

Образование и здоровье. Многочисленные исследования показывают, что чем выше уровень образования, тем лучше здоровье и меньше потребность в медицинской помощи.

Культура и здоровье. Здесь связь является опосредованной, поскольку культурные мероприятия способствуют переключению, снижению уровня стресса, более культурному поведению и отношению к своему здоровью.

Вредные привычки и здоровье. Известно, что все вредные привычки (табак, алкоголь, наркотики) в сочетании со стрессом наносят непоправимый вред здоровью, и потому борьба с ними должна вестись всеми адекватными мерами (запретительными, ограничительными, заместительными, поощрительными, разъясняющими, воспитательными и т.п.).

Здравоохранение и здоровье. Здесь связь прямая, но не тесная и не полная, поскольку традиционная система здравоохранения не столько сохраняет и укрепляет здоровье, сколько ориентирована на возможное восстановление здоровья в случае его утраты в связи с болезнями, травмами и несчастными случаями.

В развитых странах отмечается четко выраженная тенденция заботиться не о болезнях, а о здоровье (*from sick care to health care*), что полностью соответствует стратегии, ориентированной на приоритет охраны здоровья, *Care* вместо *Cure*, то есть забота вместо лечения. Все это имеет отношение к государственной политике в сфере охраны здоровья, созданию условий для ведения мотивированными гражданами здорового образа жизни начиная с детства, эти проблемы должны широко исследоваться, и результаты этих исследований должны иметь непосредственный выход в практику. Именно поэтому, как уже подчеркивалось, в развитых странах создаются программы улучшения здоровья и только у нас — программы развития здравоохранения, что далеко не одно и то же ни по целям, ни по направленности, ни по обеспечению, ни по ресурсам, ни по ответственности, ни по результатам. Особо следует выделить проблему «Генетика и здоровье». Это все может войти в одну национальную системную программу улучшения здоровья граждан России либо быть рассредоточенным

по отдельным профильным программам, выполняемым в определенной последовательности. Но совершенно очевидно, что делать это необходимо, и чем быстрее, тем лучше.

Вопросы межсекторального сотрудничества при охране здоровья, проведении политики в этой сфере, определении социальных детерминантов здоровья, инвестиций в охрану здоровья, ПМСП и реализации Оттавской хартии об укреплении здоровья рассмотрены на глобальной конференции по укреплению здоровья в Хельсинки (10–14 июня 2013 г.). Таким образом, из изложенного следует, что системе охраны здоровья в стране уделяется явно недостаточно внимания, и это в значительной мере отражается на различных показателях здоровья. Только повышенным вниманием и усилением ресурсной основы традиционного здравоохранения, как это сейчас имеет место, проблему улучшения здоровья в стране не решить, и это все должны однозначно понимать. Да и проблемы удовлетворенности граждан (и пациентов) также не закрыть. Отсюда, конечно, не вытекает, что традиционное здравоохранение не следует развивать, как это некогда считала М. Тэтчер, поскольку всегда понадобится восстанавливать утраченное здоровье — по условной и достаточно грубой аналогии с производством и выпуском автомобилей и необходимостью одновременного создания автосервисов и ремонтной базы.

2. Все, что далее будет изложено, имеет прямое отношение к организации медицинской помощи. Но для начала хотелось бы представить лучшие с точки зрения организации медицинской помощи модели здравоохранения (все Скандинавские страны, Испания, Великобритания и др.) на примере одной из лучших мировых систем здравоохранения — государственного здравоохранения Испании, которое регулярно занимает в мире 4–5-е место по данным ВОЗ и различным рейтингам. Очень бы хотелось на данную систему ориентироваться, поскольку в организационном плане она почти безупречна. Представим в кратком виде эту так называемую южную модель с ее характеристиками:

- децентрализация управления и финансирования при одновременной интеграции всех общественных ресурсов в единую общенациональную систему здравоохранения;
- подавляющее финансирование — государственное за счет сбора налогов и взносов, связанных с занятостью (9,8% ВВП, 3250 долларов на одного жителя в год);
- впечатляющие результаты: ОПЖ у мужчин — 79 лет, у женщин — 85 лет;
- медицинская помощь в основном оказывается государственными учреждениями (больницами), число которых является достаточным, в них сосредоточено 70% всех больничных коек страны, они

- прекрасно оснащены и в них проводится лечение свыше 80% заболеваний, требующих госпитализации; частные клиники имеют меньший размер, хотя в Мадриде и Барселоне работают частные медицинские центры, услугами которых пользуется 14,8% населения страны, и правительство поощряет развитие таких центров посредством снижения налогов на работодателей, предоставляющих своим работникам частную медицинскую страховку;
- большинство врачей (43%) (имеются в виду ВОП) работают в амбулаторных центрах, а врачи-специалисты — в специальных поликлиниках (самостоятельных или при больницах); все ВОП являются частнопрактикующими врачами (субъекты права), и лекарства по рецепту врача стоят в аптеке гораздо дешевле, чем без рецепта;
 - после выписки из стационара пациенты оплачивают 40% стоимости назначенных им лекарств, однако пенсионеры и безработные получают их бесплатно;
 - в имеющиеся и распространенные центры здоровья, образованные группами ВОП для организации первичной медико-санитарной помощи, обращаются работающие и члены их семей по карточкам социального страхования;
 - финансирование ПМСП осуществляется за счет обязательного социального страхования или частного добровольного медицинского страхования по индивидуальным, семейным и другим страховкам;
 - национальная система здравоохранения охватывает практически все население и основана на принципах всеобщей и равной доступности; уровень качества медицинской помощи в Испании, особенно в крупных городах, достаточно высокий;
 - медицинская помощь практически полностью бесплатна для граждан, ею пользуется 93,9% населения, которое эту помощь может получить в любой точке страны, а во всех государственных медицинских учреждениях помощь полностью бесплатна.

В связи с дефицитом средств на здравоохранение в последние годы правительство Испании:

- ввело 10% оплату стоимости лекарств для пенсионеров после их выписки из стационара;
- увеличило налоги на алкоголь (на 10%) и табак (на 5,3%);
- планирует увеличить налоги на бензин и потребление электроэнергии;
- намеревалось передать в управление частным компаниям ряд крупных больниц и медицинских центров, сэкономя на этом сотни миллионов евро в год, но по протесту врачей суд постановил, что

передача в частные руки государственных учреждений невозможна, так как нанесет ущерб большому числу врачей-профессионалов. Кстати, чиновники, ответственные за эту инициативу приватизации, вынуждены были уйти в отставку.

А для ориентирования государственного здравоохранения на конечный результат в Испании (как и в Великобритании) введены договорные отношения между региональными и муниципальными властями и медицинскими учреждениями, в которых прописаны объемы, уровень, качество медицинской помощи и ожидаемые управляемые показатели. Никакой конкуренции между медицинскими учреждениями там нет, а у пациентов есть право свободного выбора ВОП.

3. О том, какой хотелось бы видеть в стране ПМСП, неоднократно упоминалось в данной книге. К большому сожалению, за последние годы Минздрав РФ допустил множество просчетов в отношении ПМСП. Во-первых, это касается сущности ПМСП, поскольку весьма часто перепутаны ПМСП и специализированная помощь. И эта ошибка носит перманентный характер — от ФЗ № 323 до последних медицинских стандартов, ошибочно относящихся к ПМСП, например об обследовании на рак гортани и глотки IV стадии (приказ № 27755), рак прямой кишки IV стадии (приказ № 27756), рак печени и желчных протоков IV стадии (приказ № 27758), рак поджелудочной железы (приказ № 27788), рак гортани и глотки IV стадии (приказ № 27712) и др. Во-первых, ПМСП создается для предупреждения и более раннего обнаружения заболеваний, хотя целевые профилактические осмотры, в том числе на выявление новообразований, отраслевым руководством отменены; во-вторых, все эти приказы имеют отношение к медицинской помощи не общего типа, а к специализированной; в-третьих, на последних стадиях рака любое обследование бесперспективно, нужно делать это все значительно раньше. О недопонимании роли и места ПМСП говорят также и другие разработанные стандарты именно для первичной медико-санитарной помощи, например помощь при некротизирующих васкулопатиях (приказ № 27747), гипопаратиреозе (приказ № 27734), индукции иммунной толерантности (приказ № 27786), невротических расстройств в условиях психоневрологического диспансера (приказ № 27787) и т.д. Во многих подготовленных Минздравом документах в ПМСП почему-то включена и специализированная помощь, хотя во всем мире медицинская помощь и ранее, и теперь подразделяется на амбулаторную и стационарную, амбулаторная — на общего типа (ПМСП), специализированную и скорую помощь, а стационарная — по степени интенсивности лечебного процесса. Между тем уже почти 100 лет известно, что основная фигура в ПМСП — врач общей практики как субъект права — синдромальный врач общего профиля, а все указанные стандарты являются уделом

узких специалистов, работающих в амбулаторно-поликлинических подразделениях. Для того чтобы не повторяться, подчеркнем лишь главные функции этой ключевой и ведущей службы здравоохранения: развитие первичной (социальной) профилактики как низового уровня системы охраны здоровья; развитие вторичной (социально-медицинской) профилактики, начиная с мотивации людей вести здоровый образ жизни, вакцинации и кончая профилактическими осмотрами и диспансеризацией; лечебно-консультативная, начиная с оказания помощи на дому и кончая организацией для пациентов помощи врачами-специалистами; организация работы линейных бригад СМП и нормального родовспоможения; организация простейших диагностических исследований и повседневного лекарственного обеспечения. И все это (медицинская помощь общего типа) должно быть создано на муниципальном уровне. В докладе «Здравреформ» группы специалистов Бостонского университета прямо сказано: «Проблемы со здоровьем требуют комплексных решений, а не просто медицинского лечения — в чем, собственно, и состоит основная задача первичной медико-санитарной помощи — ПМСП. Жилье, питание, работа, социальная поддержка — все эти факторы играют важную роль в улучшении здоровья людей. Врачей, к сожалению, не обучают навыкам координирования работы всех этих служб, да они обычно и не хотят этим заниматься». Вот почему все больший акцент делается на принципе групповой практики (работа в команде). Медсестры и социальные работники будут расширять возможности ПМСП, что позволит заняться решением проблем, лежащих вне границ традиционного здравоохранения.

В пункте 3 главы 8 эпохальной Алма-Атинской декларации 1978 г. представлен широкий спектр медико-санитарных проблем, подлежащих решению именно на этом уровне системы охраны здоровья — от рационального питания и доброкачественного водоснабжения до лечения, восстановления здоровья и трудоспособности. Такая широкая деятельность как раз и характеризует систему охраны здоровья и служит отличием от традиционного здравоохранения, которое фактически занимается в основном медицинской деятельностью. Ответственность за систему охраны здоровья на каждом уровне несут органы государственной и муниципальной власти в связи с рекомендациями, исходящими от ПМСП.

И хотя создание условий для этого является прерогативой государства, но только врачи ПМСП, наиболее приближенные к гражданам, могут заявить о нарушениях в здоровье, вызванных отдельными условиями жизни (качеством воды, загрязнением воздуха, качеством питания, условиями труда, бедностью и т.д.), и ставить соответствующие вопросы перед органами власти. До сих пор в нашем здравоохранении этого не было, что противоречило Алма-Атинской декларации, как и не было правильно организованной ПМСП. Эта же мысль подчеркнута в последней

статье известного специалиста в области ПМСП Барбары Старфилд, которая опубликована в *Journal of Epidemiology and Community health* (2011, № 65) уже после ее трагической гибели. Она пишет, что именно ПМСП способствует ликвидации социального неравенства в здоровье. В статье развивается идея, высказанная S.L. Kark в 1974 г. в журнале *JAMA* о том, что лечебная медицина в обществе трансформируется в общественную медицину. Исходя из того что система здравоохранения ни в коей мере не изолирована от других социальных систем, наибольшее их слияние автор видит именно на уровне ПМСП. До 60% рабочего времени в ПМСП должно быть уделено профилактике, главным образом вторичной (по первичной профилактике у ПМСП совместно с санитарно-противоэпидемической службой функции сигнальная, информационная и контрольная путем определения соответствия внешних условий требованиям по критерию здоровья), раннему выявлению заболеваний и лишь менее половины рабочего времени — работе с больными.

Посещения на дому по вызовам пациентов должны осуществлять медицинские сестры, которые в особых случаях приглашают врача.

Именно на уровне ПМСП должен быть реализован постулат Н.И. Пирогова: «Главное назначение врача состоит в научении пациента быть здоровым и лечить тех, кого не удалось научить этому».

От того, как работает первичное звено здравоохранения, полностью зависят результативность и эффективность (отношение результатов к затратам) всех последующих уровней оказания медицинской помощи.

ПМСП настолько многогранна, что требует разработки специального закона. В большинстве развитых стран общие врачебные практики должны пройти аккредитацию, а врачи, работающие в них, иметь лицензию. И хотя во всех развитых странах Европы пациенты в подавляющем большинстве удовлетворены работой ПМСП, самая высокая удовлетворенность не случайно отмечается в Финляндии, где надзорные функции успешно выполняет Агентство по медико-правовым вопросам. Недавние исследования показали, что порядок организации приема у врача общей практики устраивает 94% пациентов в Германии, 78% — в Голландии, 62% — в Англии, сроки ожидания приема врача устраивают 70% пациентов в Германии, 61% — в Голландии и 50% — в Англии, доступность неотложной помощи устраивает 95% пациентов в Германии, 85% — в Голландии и 71% — в Англии. Кроме того, благодаря развитию в том числе ПМСП в этих странах удалось достичь достаточно приличных показателей здоровья своих граждан. Исходя из отмеченных выше задач в ОВП до 60–70% объемов работ и затрат времени должно отводиться на всю профилактическую и координирующую деятельность, для чего ОВП должна поддерживать постоянные контакты с местными органами власти, социальной службой, санэпидслужбой, аптечной сетью, КДЦ,

центрами медицинской профилактики и другими лечебно-профилактическими учреждениями.

Что касается непосредственно лечебной работы в ОВП, то она имеет существенные отличия от таковой в участковой службе. Если участковый терапевт должен вначале поставить диагноз (на диагностические исследования уходит не менее трех дней, а болезнь на этот период не останавливается), а затем назначить адекватное лечение, то врач общей практики (ВОП) при первом же контакте с пациентом старается облегчить его состояние, воздействуя на симптомы и синдромы. В разработанную специально для врачей первого звена здравоохранения классификацию WONCA входят разнообразные симптомы и синдромы, многим из которых (например, боль в спине) посвящены многочисленные конференции и симпозиумы. Этим самым данная классификация принципиально отличается от МКБ-10. В классических учебниках по ОВП приводится перечень наиболее часто встречаемых проблем у пациентов: боль в животе, диспепсия, беспокойство, тревожность, боль в спине, боль в груди, кашель, одышка, дерматиты, головная боль, боль в ушах, инфекции мочевыводящих путей, ожирение, гипертензия и др. Этой же классификацией должны пользоваться и линейные бригады скорой медицинской помощи. В общей врачебной практике, помимо ВОП, могут работать также фельдшер, акушерка, зубной врач, психолог, медсестры (на приеме, патронажная, физиотерапевтическая, лабораторная, обученная медико-санитарной работе, в дневном стационаре, по интегральной уходу или совмещающие эти функции), санитарки и др. Наилучшей правовой основой работы ВОП является его контракт (трехсторонний договор) с местными органами власти (все, что связано с первичной профилактикой) и оплатой труда по контракту исходя из возрастно-полового состава прикрепленного населения с соответствующими поправочными коэффициентами, объемом и качеством работы, а также с вышестоящим медицинским учреждением (вторичная профилактика, первичная амбулаторная помощь, обеспечение качества медицинской помощи) в консультативно-методическом виде и с возможностью проведения соответствующих проверок. В этом контракте в основной части должны быть обозначены численность и структура обслуживаемого населения (в Англии каждая возрастная группа имеет свой коэффициент потребления, влияющий на оплату труда ВОП: 0–1 год — 3,7; 2–4 года — 2,7; 5–18 лет — 2,2; 19–44 года — 1,0; 45–49 лет — 2,2; 60 и старше — 3,2), перечень видов и объемов работы, а в дополнительной части — прием пациентов на дому во внерабочее время, участие в массовых компаниях и т.д. Отдельно должна быть предусмотрена доплата за качество работы. Согласно хорошо известному Левенхорстскому определению в 1974 г. (Leewenhorst group) ВОП — это выпускник медицинского колледжа (вуза), имеющий

лицензию, который оказывает индивидуальную, первичную и непрерывную помощь отдельным людям, семьям и обслуживаемому населению независимо от пола, возраста и вида заболевания. В этом определении фактически подчеркнуто, что ВОП имеет дело со всеми прикрепленными пациентами (дети, подростки, взрослые и пожилые) и практически со всеми проблемами пациентов. Однако это возможно лишь при условии соответствующей до- и последипломной подготовки по широкому спектру дисциплин и наличия соответствующего разрешения на самостоятельную деятельность в виде лицензии. Более точным, хотя и не совсем полным является определение F. Olesen, опубликованное в 2000 г. в Британском медицинском журнале (BMJ). Из этого определения следует, что ВОП — это подготовленный специалист для работы на «линии фронта» системы охраны здоровья и принятия первоначальных шагов по обеспечению помощи по тем проблемам здоровья, которые имеются у населения. И далее: «ВОП осуществляет профилактику, диагностику, лечение, уход и облегчение, используя и интегрируя биомедицинские науки, медицинскую психологию и медицинскую социологию». ЕРБ ВОЗ неоднократно подчеркивало, что ОВП занимается проблемами здоровья (и факторами, на него влияющими) всего обслуживаемого населения и одновременно нацелена на конкретного человека, а не на болезнь. Это еще раз подчеркивает, что ВОП — это не только, и не столько клиницист.

Полагаю, что если такой врач будет хорошо подготовлен по педиатрии (что позволит ему рассматривать проблемы здоровья семьи в целом), а педиатр будет выступать в качестве консультанта для такого врача, то все скептические мнения относительно развития ОВП просто исчезнут. Тем более что в тех странах, где именно в таком виде существует ПМСП, уровень здоровья людей намного выше. Там, напротив, стараются не допускать выявления заболеваний в запущенных стадиях, хронизации патологии, перехода заболевания в более тяжелую стадию или более тяжелое заболевание, что требует очень дорогостоящего лечения в высокотехнологических центрах. Примерный табель оснащения ОВП включает 112 наименований, а также примерный перечень оснащения укладки ВОП из 76 наименований. В том числе трехканальные портативные электрокардиографы, настольные биохимические анализаторы, анализаторы «Уринализ», инструментальные столики, портативные аппараты для искусственной вентиляции легких, бестеневые лампы, бактерицидные облучатели, малые хирургические и акушерские наборы, укладки ВОП, включающие глюкометр, отоскоп, риноскоп, офтальмоскоп и т.д., портативные электронные спирометры, индикаторы внутриглазного давления, портативные гемоглобинометры, бинокулярные микроскопы с осветителем, наборы оптических линз, счетчики формулы крови, центрифуги, пикфлоуметры, иммобилизационные транспортные

шины с пневматическим устройством и другое оснащение, кроме медицинского инструментария. А также автомобиль, на селе — повышенной проходимости. Ну и, конечно же, такой врач должен быть вооружен компьютером и Интернетом, а также специальной справочной литературой.

Обеспечивая во многих странах преимущественно ПМСП большинству граждан (там до 90% населения нуждаются в ней) и сосредоточивая там основные ресурсы, государство тем самым гарантирует право на сохранение здоровья, поскольку высокотехнологичная и финансово емкая помощь обеспечивает права меньшинства. Именно поэтому самое время представить специализированную медицинскую помощь, которая, как известно, оказывается врачами-специалистами гражданам при заболеваниях, требующих специальных методов диагностики, лечения и использования сложных медицинских технологий. Специализированная помощь может оказываться как в амбулаторных, так и в стационарных условиях. Специализированная амбулаторно-поликлиническая помощь должна быть сосредоточена в консультативно-диагностических центрах (КДЦ), преобразованных из поликлиник и амбулаторий, в сочетании с центрами здоровья. Пациенты должны поступать в эти центры по направлениям ВОП (к этому нужно хорошо подготовиться и учесть множество нюансов). Врачи-специалисты (включая педиатров и интернистов) при этом ведут не только лечебно-диагностическую работу, но и выступают в роли консультантов для ВОП и помогают им в проведении различных медицинских профилактических мероприятий, включая профилактические осмотры и диспансеризацию. Как отмечалось, врачи-специалисты в КДЦ должны вести прием пациентов по направлению ВОП. Для этого КДЦ должны быть хоть и отдаленными, но доступными и находиться на путях транспортных сообщений. Кроме того, в их задачи должно входить также оказание консультативной медицинской помощи ВОП при плановых выездах на места (а ВОП готовит для этого пациентов) индивидуально или в виде выездных бригад, а также путем дистанционного консультирования с использованием современных средств связи и телекоммуникаций. В КДЦ должны находиться сертифицированные подразделения общей и специальной диагностики, аппаратных методов амбулаторного лечения и т.д. Исследования показывают, что треть всех посещений к врачам-специалистам необоснованны, а еще 40% посещений к ним мог бы взять на себя правильно подготовленный ВОП (в Эстонии — от 30 до 70%), и это ведет к сокращению объема стационарной помощи на 20—45%. Именно поэтому по мере увеличения численности ВОП число врачей-специалистов в КДЦ, но не сразу, одновременно, а со временем, постепенно, может быть значительно уменьшено и при сохранении того же фонда оплаты труда плата врачам может быть существенно повышена. При общих врачебных практиках и КДЦ должны быть организованы дневные

стационары, а в КДЦ дополнительно еще и дневная хирургия. Специализированная стационарная медицинская помощь подразделяется по степени интенсивности стационарного лечения, начиная от межрайонных больниц и заканчивая высокотехнологичными медицинскими центрами. А специализированные диспансеры могут оказывать как амбулаторную, так и стационарную медицинскую помощь. Многопрофильная и специализированная стационарная медицинская помощь, а также центры ВМП могут быть сосредоточены в областных центрах и крупных городах с консультативно-лечебными выездами, а на межрайонном уровне в транспортной доступности должны находиться больницы общего назначения (до 5–6 отделений: терапия, общая хирургия, педиатрия, акушерство, гинекология, возможно, инфекции или неврология). Для каждого типа больничных учреждений должны быть разработаны показания к госпитализации, табель оснащения, медицинские стандарты и результирующие показатели. При этом нужно учитывать степень интенсивности лечебно-диагностических процессов как между отдельными стационарами, так и внутри самих больниц. Кроме того, отдельные маломощные сельские и городские больницы могут быть преобразованы в реабилитационные центры с подготовленными медицинскими сестрами. В связи со старением населения со временем будет возрастать потребность в койках интегрированного ухода и домах сестринского ухода, а также в койках для паллиативной помощи при постепенном сокращении числа лечебных коек. К каждой больнице должны быть прикреплены несколько амбулаторий или КДЦ при единой аккредитованной лабораторно-инструментальной и диагностической базе, где должны производиться повседневные текущие обследования. Более тонкие и эксклюзивные (уникальные) обследования и диагностические процедуры должны осуществляться в диагностических центрах там, где есть для этого возможности. В целом объемы стационарной помощи могут быть значительно сокращены при условии достаточного развития ПМСП за счет сокращения пустующих коек, уменьшения числа необоснованных госпитализаций, сокращения сроков пребывания на койке вследствие более интенсивного лечения. При этом необходимо определиться с теми больными, которые ранее без клинических показаний находились в стационарах.

Медицинская помощь по экстренным медицинским показаниям (острый аппендицит, прободная язва, ущемленная грыжа, внематочная беременность, острый холецистит, почечная колика, острый панкреатит, острое нарушение мозгового кровообращения и т.д.) должна оказываться немедленно, ибо от сроков доставки больного в нужный стационар и начала заболевания (до 6 часов, 6–12 часов, 12–24 часа, позже 24 часов) зависит его жизнь. При расстояниях (до 100 км) и хороших дорогах это может осуществить скорая медицинская, в том числе

специализированная, помощь, в остальных случаях — санитарная авиация. Если сейчас распределение врачей выглядит следующим образом: в ПМСП — 10%, в специализированной амбулаторной — 15%, в общей стационарной — 40%, в специализированной стационарной — 30%, то на перспективу это соотношение должно составить 45, 10, 30, 15% соответственно, то есть должно произойти значительное смещение врачей в сторону ПМСП. Примерно такая же картина и с финансированием, что требует значительного усиления первичного звена. Что касается медицинской помощи, то, во-первых, поскольку большая часть ресурсов содержится в тыловом здравоохранении, необходимо развернуть всю медицинскую помощь лицом к массовому пациенту и сосредоточить в ПМСП не менее 50% всех кадровых и не менее 40% всех финансовых ресурсов. Во-вторых, структурно медицинская помощь должна быть на перспективу организована так, чтобы через ПМСП проходили все 100% пациентов, отсюда на специализированную амбулаторную помощь направлялись 20%, 15–16% пациентов поступали в стационары общего типа и 5% — в специализированные стационары, 0,01–0,05% — на высокие технологии и 10% проходили бы интегрированный медицинский уход, в основном после стационарного лечения. Для 5% больных требуется организация паллиативной помощи. Для этого необходимо разработать показания к направлению пациентов на тот или иной уровень (проще говоря, рациональные маршруты движения пациентов).

Примерно такой, по моему представлению, без многочисленных деталей и подробностей, должна быть типовая рациональная схема национальной организации медицинской помощи, наиболее результативная и наименее затратная, удовлетворяющая потребности пациентов.

4. Как организовать специализированную медицинскую помощь. Как известно, специализированная медицинская помощь оказывается врачами-специалистами гражданам при заболеваниях, требующих специальных методов диагностики, лечения и использования сложных медицинских технологий. Специализированная помощь может оказываться как в амбулаторных, так и в стационарных условиях. Специализированная амбулаторно-поликлиническая помощь должна быть сосредоточена в консультативно-диагностических центрах (КДЦ), преобразованных из поликлиник и амбулаторий, в сочетании с центрами здоровья. Пациенты должны поступать в эти центры по направлениям ВОП. Врачи-специалисты (включая педиатров и интернистов) при этом ведут не только лечебно-диагностическую работу, но и выступают в роли консультантов для ВОП и помогают им в проведении различных медицинских профилактических мероприятий, включая профилактические осмотры и диспансеризацию. В развитых странах широкое развитие получает превентивная медицина,

которая включает не только (как у нас) прививки против целого ряда инфекционных заболеваний, но и вакцинацию против весьма распространенного рака шейки матки, генетический анализ, позволяющий выявить предрасположенность к отдельным заболеваниям, профилактические хирургические вмешательства. У нас же в стране создано 700 центров здоровья, выделено на них, на их рекламу, создание сайтов немалые деньги, а посещаемость их оставляет желать лучшего, тем более что дальнейшая судьба обследованных пациентов неизвестна. Неудивительно, что даже главный специалист Минздрава РФ по профилактической медицине смешивает понятия осмотра и диспансеризации и сообщает, что выполнение плана по осмотрам не влечет за собой оздоровление выявленных пациентов с отклонениями от нормы.

Покажем весь цикл оказания медицинской помощи на примере одного заболевания — рака молочной железы. Как известно, Россия входит в тройку европейских стран (после Венгрии и Украины) с самой высокой смертностью от рака, которая среди всех причин смерти в стране вышла на 2-е место (14%), оттеснив на третью позицию смертность от внешних причин (12%). Средний возраст умерших от рака составляет у мужчин — 64,1 года, у женщин — 66,7 года, то есть не достигает уровня средней продолжительности жизни, что ведет к самым разнообразным потерям, в том числе трудового потенциала страны. В настоящее время на учете состоит почти 3 млн больных раком, которые нуждаются в лечении. В целом заболеваемость практически всеми видами рака в России ниже, чем в развитых странах, что, скорее всего, обусловлено особенностями выявляемости, то есть неполным выявлением, а смертность намного выше, что говорит о запущенности всех процессов. Так, на ранних стадиях выявляется меньше половины всех случаев рака, на I стадии — всего 25%, остальные — на III и IV стадиях, трудно поддающихся лечению. Правда, когда речь идет о труднодиагностируемом раке внутренних органов, рассчитывать на излечение затруднительно. Больше половины пациентов обращаются в медицинские учреждения спустя полгода и более от начала заболевания, что говорит о запущенности в стране в течение 25 лет профилактической работы. За последние 10 лет число онкологических больных в стране возросло на 25,5%, каждый год 200 тыс. таких больных становятся инвалидами, из них 40% в трудоспособном возрасте. В результате общий экономический ущерб от рака составил в 2013 г. почти 100 млрд рублей. В США, по данным Национального института рака, сумма ущерба приблизилась к 200 млрд долларов, из них 35% составляют прямые расходы на борьбу с раком, 55% — потери в трудоспособности, 10% — в связи с инвалидностью. В течение года от момента выявления рака у нас погибают 61% больных с раком пищевода, 54% — с раком легких и трахеи, 53% — с раком желудка,

30,5% — с раком прямой кишки, 22,6% — с раком молочной железы и 20% — с раком матки. Например, рак желудка в 42% случаев выявляется на самой поздней, IV стадии, когда лечение неэффективно и умирающие нуждаются в паллиативной помощи, домах сестринского ухода и хосписах, то есть в достойных условиях для смерти. Из 500 тыс. ежегодно выявленных и учтенных больных с раком 30,5% умирают в тот же год, и только 30% имеют неплохие шансы на будущее. Характерно, что среди заболевших раком мужчины чаще умирают, чем женщины, что обусловлено более высоким изначальным риском и более поздним выявлением заболевания. Каждый год в РФ умирают от рака 300 тыс. больных из числа выявленных в текущем году (152,5 тыс.) и в предыдущие годы, но больше 50% из них могли бы остаться в живых при раннем их выявлении и адекватном лечении инновационными препаратами, не для всех доступными. Все формы рака можно условно разделить на две группы: злокачественные новообразования внутренних органов, трудно поддающиеся своевременному выявлению (рак пищевода, кишечника, желудка, легких, поджелудочной железы и др.), и так называемые визуальные формы рака (рак кожи, простаты, корня языка, молочной железы, прямой кишки и др.), которые следует выявлять на ранних стадиях. По отдельным индикаторам этих форм рака (одногодичная летальность, пятилетняя общая выживаемость, пятилетняя безрецидивная выживаемость, десятилетняя выживаемость и т.д.) можно с учетом целого ряда других показателей судить об уровне оказания медицинской помощи, о ее доступности и качестве. Если у мужчин в структуре смертности от рака первые пять мест занимают рак легких, желудка, кишечника, поджелудочной железы и пищевода, то у женщин — рак молочной железы (РМЖ), кишечника, желудка, легких и бронхов, поджелудочной железы, и на них приходится 55,7% в структуре смертности у женщин. Иначе говоря, здесь перечислены формы рака, которые трудно (но можно) выявить на ранних стадиях, за исключением визуального РМЖ. Именно поэтому остановимся на нем подробно, тем более что РМЖ становится все более значимой проблемой, и смертность от него постоянно растет. По данным Американского онкологического общества, ежегодно в мире диагностируется 1,3 млн новых случаев РМЖ, и почти 500 тыс. женщин умирают от него. Если по показателям заболеваемости РМЖ наша страна догоняет страны Запада, то по смертности мы их значительно опережаем. Именно поэтому главный критерий результативности при этом — снижение летальности от РМЖ, однако, к сожалению, это не происходит ни в одном из регионов России.

Как и при любом другом виде рака, тут можно выявить несколько этапов рассмотрения проблемы, таких как распространенность, смертность и летальность; профилактика, факторы и группы риска; выявление

заболевания; адекватное лечение и медицинская реабилитация; медицинский уход и паллиативная медицинская помощь. За последние 10 лет заболеваемость РМЖ выросла в два раза. В 2014 г. число заболевших РМЖ составило почти 63 тыс. женщин, и в том же году умерли 23,5 тыс., правда, в число умерших попали и те, у которых РМЖ был выявлен в предыдущие годы. По данным М.Н. Бочкаревой (2014), только в Самарской области за три года показатели заболеваемости РМЖ возросли на 30,7%, а смертность увеличилась в 1,8 раза.

Самые неблагоприятные показатели выживаемости отмечены у женщин моложе 30 лет, а наиболее высокие — характерны для женщин в возрастных группах 40—49 лет (66,7%) и старше 70 лет (70,3%). В целом показатель пятилетней выживаемости при РМЖ в России составляет 60%, в странах Восточной Европы — 78%, в Западной Европе — 90%, в США — 98%. Эти значительные различия обусловлены разными сроками выявления заболеваний и адекватными методами комбинированного лечения. Сразу скажем, что мастерство отечественных хирургов достаточно высокое, однако недостаток нужных препаратов не позволяет значительно улучшить результаты. Теперь впору рассмотреть факторы и группы риска. РМЖ возникает в результате сочетанного действия многих факторов (в той или иной степени) на дисгормональные изменения. Пока что неизвестно, какое сочетание гормональных сдвигов (в регуляции деятельности молочных желез участвуют 15 гормонов) служит пусковым механизмом развития РМЖ. Среди групп факторов можно выделить характеризующие наследственность, социально-экономические и возрастные особенности, конституцию, особенности питания, вредные привычки, окружающую среду и т.д.

В группу риска попадают женщины в возрасте преимущественно 60—69 и 40—49 лет с неблагоприятной наследственностью, длительно пребывающие на солнце (особенно топлес), не рожавшие и не кормившие грудью младенцев (или кормившие, но менее 5 месяцев), с нерегулярными, рано начавшимися или обильными месячными, имеющие большую грудь, употребляющие алкоголь, в том числе пиво, кофе и сахар, курящие, потребляющие преимущественно жирную пищу, имеющие избыточную массу тела и контакт с вредными веществами, ведущие малоподвижный образ жизни, рожавшие первенца после 30 лет, сделавшие более семи аборт, находящиеся в постоянном стрессе с поздним, начавшимся после 53 лет климаксом. Что касается питания, то фактором риска являются избыток жирной пищи и, как следствие, избыточная масса тела, а отложения жировой ткани способствует росту уровня гормонов, провоцирующих РМЖ. Другой фактор — позднее вступление в брак, поскольку современная женщина вначале хочет получить образование и быть экономически независимой от мужчины. Первые роды

после 30 лет увеличивают вероятность появления РМЖ в три раза по сравнению с впервые родившими в 18 лет. Если раньше менструальный период длился 16 лет и на него приходилось 5—10 родов, то сейчас этот период увеличился с 11 до 55 лет, соответственно, возрос и период воздействия половых гормонов, а предопределенная природой функция деторождения и лактации не выполняется, что также увеличивает риск РМЖ. Искусственное вскармливание, отказ от кормления грудью или короткий период такого кормления — также факторы риска. Отсутствие родов и лактации после родов — это нарушение нормального функционирования молочной железы. Удар по гормональной системе наносят и аборт, так как ткани молочной железы начинают готовиться к грудному вскармливанию, а резкий сбой сопровождается сильным стрессом. Что касается наследственности, то известно, что в каждом следующем поколении РМЖ развивается в более раннем возрасте. Вредны для груди тесные и травмирующие бюстгалтеры, модели без бретелей, способствующие усилению давления на расположенные по бокам лимфатические узлы. К сопутствующим заболеваниям, способствующим развитию факторов риска, относятся узелковая или диффузная мастопатия, воспалительные заболевания яичников и матки, дисменорея, артериальная гипертензия, заболевания печени, травмы молочных желез, предшествующая фиброзно-кистозная мастопатия (фиброаденоматоз), РМЖ у кровных родственников. Ко всем таким женщинам должна быть особая онконастороженность. Они чаще должны профилактически обследоваться, чаще посещать маммолога и т.д. А профилактика здесь заключается прежде всего в предупреждении негативного действия упомянутых факторов. К сожалению, даже визуальные формы рака, в том числе РМЖ, почти в 50% случаев выявляются на III—IV стадии, когда результативность лечения резко снижается. По гистологическому строению РМЖ относится к аденокарциномам со множеством переходных форм. Различают РМЖ дольковый и протоковый, инфильтрирующий и неинфильтрирующий. С одинаковой частотой поражается левая и правая грудь, а наиболее частая локализация — верхне-наружный квадрант, ближе к подмышечной впадине. Для большинства женщин с РМЖ достаточно высока вероятность (до 20%) появления второго очага, даже если на маммографии он не обнаруживается.

Можно выделить несколько стадий развития РМЖ. Начальная стадия представляет собой неинвазивный рак, когда опухоль не выходит за пределы своего появления. На I стадии инвазивная опухоль распространяется на соседние ткани, но без поражения лимфатических узлов. На II стадии разросшаяся инвазивная опухоль размером 2—5 см поражает лимфатические узлы, которые еще не спаяны друг с другом. Имеются классификации, в которых II стадия разделяется на две: без метастазов

и с метастазами в ближайшие подмышечные лимфатические узлы. Стадия III разрастающейся опухоли свыше 5 см в диаметре также может подразделяться на две части: со значительным увеличением лимфатических узлов, спаянных между собой, и с прорастанием в грудную стенку, окружающую жировую клетчатку. Сюда же относится и воспалительный рак, который можно иногда перепутать с маститом. Стадия IV характеризуется поражением всей молочной железы, изъязвлениями и отдаленными метастазами. Метастазы распространяются по молочным ходам, сосудам и капиллярам в печень, легкие, головной мозг, в тазовые и бедренные кости. Исходя из изложенного, к ранним формам РМЖ относятся начальная, I и II стадии. Если РМЖ выявляется на начальной стадии, выживаемость может достигать 94%, на II стадии, то она снижается до 70%, на III — до 40%, а на IV — до 15%. Однако, к сожалению, женщины не идут на профилактические осмотры, хотя в Москве, например, задействован скрининг на 86 компьютерных маммографах, на которых можно пройти бесплатное обследование, и почти все женщины, которым при РМЖ положены противоопухолевые препараты, их получают. Стоимость такого лечения составляет 1,2 млн рублей в год, и оно, как считает главный онколог Москвы А. Махсон, увеличивает пятилетнюю выживаемость на 20%. Кроме того, в Москве онкологическая служба организуется по такому принципу: в каждом округе — хорошо оснащенный онкодиспансер, который затем становится поликлиническим отделением стационара. В России онкоскрининг регулярно проходят не более 20% женщин, а в Швеции — 80%. Между тем в Великобритании, где национальная программа скрининга на РМЖ действует 25 лет, рассматривается вопрос о гипердиагностике при маммографии, и даже стоял вопрос об отмене скрининга. В июньском (2013) номере *Journal of the Royal Society of Medicine* показано, что регулярные исследования снижают смертность от РМЖ на 20%, но участие женщин в этой программе должно быть добровольным, а не обязательным. Таким образом, ранняя диагностика помогает предотвратить риск дальнейшего развития РМЖ, а своевременное выявление и лечение эндокринных заболеваний снижает риск возникновения этого вида рака на 50%. Именно так считают специалисты — участники конференции «Актуальные вопросы патологии репродукции» (Барнаул, сентябрь 2011 г.).

Начало болезни практически всегда проходит бессимптомно, потому во всем мире такое большое внимание уделяют выявлению РМЖ на возможно ранних стадиях. И здесь свою роль должны сыграть массовые профилактические осмотры, но не периодические, примитивно организованные, со множеством приписок, что обусловлено экономическими мотивами, а целевые скрининги, ориентированные на РМЖ, со специальными тестами. Факты таковы, что на 100 тыс. обследований приходится

всего 100 выявленных случаев рака. Именно поэтому для повышения эффективности (по соотношению затрат и результатов) в процессе целевого скрининга нужно вначале, исходя из факторов риска, определить предрасположенных к РМЖ, и лиц с высокой вероятностью развития этого заболевания направлять на скрининг. Такая методика была разработана еще в моей докторской диссертации (1988). К сожалению, Минздрав РФ, видимо, исключил скрининги из разряда профилактических обследований, поскольку ни в одном официальном документе о них нет даже упоминания. Помимо всего прочего, в состав обследований при скринингах должны входить УЗИ ежегодно, а после 50 лет — раз в полгода, маммография в двух проекциях, дуктография для обследования молочных протоков, пневмокистография, аспирационная биопсия, гистология, цитология, иммуноморфология, консультация маммолога. Кроме того, целесообразно женщин с упомянутыми факторами риска взять под диспансерное наблюдение и регулярно осуществлять комплекс профилактических, диагностических и оздоровительных мероприятий. Однако самым эффективным (при минимуме затрат и максимуме результатов) и самым важным компонентом (методом) раннего выявления РМЖ является самообследование.

Здесь уже неоднократно говорилось о том, что самообследование и самопомощь в простейших случаях — важное звено в этапной организации медицинской помощи. В зарубежных книжных магазинах полки ломятся от подобной литературы, и люди там информированы, что нужно делать для профилактики и при малейших отклонениях от нормы. У нас, к сожалению, этому не уделяется должного внимания. Между тем у всех женщин самообследование груди должно войти в привычку, и его нужно проводить ежемесячно через 7–10 дней после окончания менструации, когда молочная железа расслаблена, а при менопаузе — в любое фиксированное время с соответствующей пометкой в календаре. Начинать самообследование нужно с осмотра белья и поиска выделений из сосков, затем проводится осмотр сосков, далее перед зеркалом с поднятыми руками необходимо осмотреть молочные железы на втяжения и выпуклости, цвет, асимметрию формы. После этого в положении лежа нужно ощупать груди до подмышек, прощупать лимфатические узлы и зафиксировать результат в дневнике. Все это займет не более 15–20 минут. Если при самообследовании выявлены какие-то изменения, особенно нарастающие в динамике, нужно немедленно обратиться к маммологу. Исследования показывают, что до 80% (!) всех заболеваний женщины могут обнаружить самостоятельно. Среди выявленных несоответствий могут быть и доброкачественные новообразования, но в любом случае посещение маммолога — обязательно. Коварство РМЖ состоит в том, что он стремительно захватывает организм, а женщина до появления боли может ничего не подозревать. Необходимо помнить, что начальные

симптомы РМЖ могут быть настолько незначительными и безболезненными, что женщина может даже не обратить на них внимания. А напрасно! Ведь это заболевание характеризуется очень высокой склонностью к раннему распространению (метастазированию). Лечение РМЖ на ранних стадиях дает хорошие результаты, вплоть до полного выздоровления, особенно в случаях комбинированного и комплексного лечения.

Для лечения РМЖ применяют следующие методы: хирургические — лампэктомию (удаление только опухоли), мастэктомию и радикальную секторальную резекцию, лучевую терапию с помощью внешнего источника или внутритканевым способом, химиотерапию, блокирующую распространение метастазов, гормонотерапию (снижение уровня эстрогенов), иммунотерапию, целенаправленную терапию (ингибиторы киназы, тирозинкиназы, ароматазы, агонисты андрогенов, дофамина и серотонина и др.), хемоиммунотерапию, термохимиотерапию и другие методы. Сравнительный анализ эффективности разных методов лечения провел И.В. Сухотерин (2012). Мы на них останавливаться не будем, это прерогатива клиницистов и лечащих врачей. Скажем только, что в настоящее время вся онкологическая помощь в стране переживает далеко не лучшие времена. Дополнительное оборудование, поступившее в процессе так называемой модернизации, не решило проблем службы. В конце 2014 г. завершилась пятилетняя федеральная программа по совершенствованию онкологической помощи населению, что означает значительный дефицит финансирования онкослужбы в последние годы. Передача онкологической помощи в систему ОМС, которой недовольны 74% медицинских работников, ведет к значительному сокращению объемов медицинской помощи онкобольным, поскольку тарифы по ОМС в несколько раз ниже необходимых затрат. У нас только четверть нуждающихся больных с РМЖ получают необходимую таргетную терапию, а остальные или лечатся по старинке, или не лечатся вообще. Мы тратим на онкологическую помощь в пересчете на душу населения во много раз меньше средств, чем в остальной Европе (*Борисов Д.А.*, 2013; *Бочкарева М.Н.*, 2014), что в итоге приводит к большим потерям и повышенной смертности. Расчеты показывают, что минимально на лечение рака бюджет нужно увеличить в четыре раза. Проблема состоит и в том, что инновационные препараты обычно не назначают на ранних стадиях рака, а лишь тогда, когда появились метастазы, то есть когда они теряют свой эффект. Минздрав определяет квоты на высокотехнологичную медицинскую помощь на каждый год, и теперь онкобольным в федеральных центрах отказывают в помощи и отправляют их по месту жительства для проведения дорогостоящей химиотерапии, а в 2015 г. планируется передать затраты на лечение таких пациентов в систему ОМС, в которой, несмотря на заверения министра, средств на такое лечение нет. Так, по данным Счетной палаты, годовой дефицит средств ОМС составляет 55 млрд рублей.

Много вопросов возникает и по врачебным кадрам. С одной стороны, онкологов катастрофически не хватает (в стране их дефицит — 3,5 тыс. специалистов), даже в Москве и отдельных ее округах. С другой стороны, они не всегда соответствуют предъявляемым им современным требованиям и нуждаются в повышении квалификации. Далеко не соответствует мировому уровню и соотношение (1:5) врачей-онкологов и медсестер, что еще больше нагружает врачей в условиях их дефицита. Поскольку специфика лечения РМЖ вызывает у многих больных женщин социальные и психологические проблемы, роль реабилитационных мероприятий возрастает. Это обусловлено тем, что у более чем половины женщин развивается стресс как реакция на постановку диагноза, у половины возникают различные депрессии, а у 40% заболевших РМЖ могут возникнуть невротические реакции. К реабилитационным мероприятиям относятся также реконструктивно-пластические операции по восстановлению внешнего вида молочной железы.

Особое отношение со стороны государства складывается по отношению к уходящим из жизни больным с последней стадией РМЖ. Во-первых, в стране колоссально не хватает возможностей для медицинского ухода за такими больными. Во-вторых, паллиативная медицинская помощь развита слабо, катастрофически не хватает мест в хосписах, где можно было бы организовать достойный уход из жизни. Об этом неоднократно писалось. Практически все отмеченные выше онкологические больные (97%) нуждались в паллиативной медицинской помощи либо в стационарных условиях (хосписы, дома сестринского ухода и т.д.), либо в уходе на дому, но только 10% из них могут ее получить. Исходя из расчетов ВОЗ, в России число коек в хосписах в 7–8 раз меньше имеющейся потребности в них. Более того, в соответствии с приказами министерства от 1991 г. № 19 и от 2009 г. № 944 расчетное число ставок медсестер (при крайне низкой зарплате) составляет 32,2 на 10 хосписных коек, что в 3–4 раза меньше по сравнению со стандартами созданной в 1988 г. Европейской ассоциации паллиативной помощи. Не повлиял на ускорение развития паллиативной помощи и приказ Минздрава РФ от 21.12.2012 г. № 1334н, утвердивший порядок оказания паллиативной помощи взрослому населению. А как быть с умирающими детьми, ведь для них должны быть созданы специальные детские хосписы. Остальные пациенты находились либо дома, что создавало дополнительные трудности как для специалистов амбулаторно-поликлинической службы, так и для родственников пациента, особенно работающих, либо в стационарах общетерапевтического профиля, а в экстренных ситуациях к ним выезжала бригада скорой медицинской помощи. Однако проблему РМЖ нужно рассматривать только в комплексе (профилактика, раннее выявление, лечение, доказанное мировой практикой, реабилитация,

интегрированный уход на дому, в домах сестринского ухода, хосписах). В Москве имеется всего 8 хосписов на 240 коек при ежегодном числе умирающих от рака 18 тыс. больных. И, наконец, последнее: для борьбы с непрекращающейся острой и мучительной болью у таких больных государство ставит множество искусственных бюрократических преград в снабжении их обезболивающими препаратами. В Германии на 100 тыс. населения положено 19 тыс. ампул с обезболивающими препаратами, во Франции — 9 тысяч, в Греции — 4 тыс., а в России — всего 107, то есть почти в 200 раз меньше, чем в Германии. Отсутствие или перебои в получении обезболивающих лекарств существенно увеличивают риск суицида и ведут к просьбам нуждающихся больных узаконить эвтаназию. Но это в наших условиях разрешать никак нельзя.

Вследствие бюрократических препон возникают огромные сложности в получении больными болеутоляющих препаратов. Врачи просто боятся выписывать рецепты на обезболивающие из-за сложной системы оформления и контроля со стороны проверяющих на наркотики органов. Родственники умирающих больных, пытаясь (часто бесполезно) получить нужный препарат, оказываются под подозрением, а на врачей смотрят, как на наркодилеров. Кроме того, врач не может просто выписать нужное лекарство, он должен это делать на специальном бланке, получаемом под расписку, а выписанный рецепт утвердить на комиссии и у главного врача. И это не говоря уже о значительной отчетности и необходимости сдавать ампулы от использованных препаратов.

Коммерческим аптекам невыгодно их отпускать из-за относительной дешевизны и необходимости огромных вложений в оборудование специальной комнаты для хранения наркотиков в соответствии с установленными требованиями — стальные решетки (16 мм) на окнах, сейфовая дверь, железобетонные стены, сигнализация и три тревожные кнопки, видеоконтроль, охрана, сейфы из спецстали и т.д. (в западных странах для этого достаточно сейфа). В 1960-е годы, когда я работал главным врачом в сельской местности, такого рода препараты (омнопон, пантопон, морфин, промедол и др.) делились на группы А и Б, хранились в сейфах и выдавались по записи в журнале. Однако расход обезболивающих препаратов настолько ничтожен, что практически не представляет каких-либо интересов для нелегального оборота наркотиков. В результате только 18% онкобольных получают морфин в последние месяцы жизни, а остальные умирают в муках, стогах и слезах. Вместе с ними «умирает» и их семья.

В данной статье намеренно не затронуты многие важные вопросы социальной и медицинской профилактики, донозологической диагностики, качества оказания медицинской помощи, врачебных ошибок, подготовки врачей, интегрированного ухода, роли ПМСП и т.д., поскольку они могут быть рассмотрены в отдельных работах.

Как отмечалось, врачи-специалисты в КДЦ должны вести прием пациентов по направлению ВОП. Для этого КДЦ должны быть хоть и отдаленными, но доступными и находиться на путях транспортных сообщений. Кроме того, в их задачи должно входить также оказание консультативной медицинской помощи ВОП при плановых выездах на места (ВОП готовит для этого пациентов) индивидуально или в виде выездных бригад, а также путем дистанционного консультирования с использованием современных средств связи и телекоммуникаций. В КДЦ должны находиться сертифицированные подразделения общей и специальной диагностики, аппаратных методов амбулаторного лечения или в дневном стационаре и т.д. Исследования показывают, что треть всех посещений к врачам-специалистам являются необоснованными, а еще 40% посещений к ним мог бы взять на себя правильно подготовленный ВОП (в Эстонии — от 30 до 70%), и это ведет к сокращению объема стационарной помощи на 20–45%. Именно поэтому по мере увеличения численности ВОП число врачей-специалистов в КДЦ со временем может быть значительно уменьшено, и при сохранении того же фонда оплаты труда плата врачам может быть существенно повышена. При общих врачебных практиках и КДЦ должны быть организованы дневные стационары, а в КДЦ дополнительно еще и дневная хирургия. Специализированная стационарная медицинская помощь подразделяется по степени интенсивности стационарного лечения, начиная от межрайонных больниц и завершая высокотехнологичными медицинскими центрами. А специализированные диспансеры могут оказывать как амбулаторную, так и стационарную медицинскую помощь. Многопрофильная и специализированная стационарная медицинская помощь, а также центры ВМП могут быть сосредоточены в областных центрах и крупных городах с консультативно-лечебными выездами, а на межрайонном уровне в транспортной доступности должны находиться больницы общего назначения (до 5–6 отделений — терапия, общая хирургия, педиатрия, акушерство, гинекология, возможно, инфекции). Для каждого типа больничных учреждений должны быть разработаны показания к госпитализации, табель оснащения, медицинские стандарты и результативные показатели. При этом нужно учитывать степень интенсивности лечебно-диагностических процессов как между отдельными стационарами, так и внутри самих больниц. Кроме того, отдельные маломощные сельские и городские больницы могут быть преобразованы в реабилитационные центры с подготовленными медицинскими сестрами. В связи со старением населения со временем будет возрастать потребность в койках интегрированного ухода и домах сестринского ухода, а также в койках для паллиативной помощи при постепенном сокращении числа лечебных коек. К каждой больнице должны быть прикреплены несколько амбулаторий или КДЦ

при единой аккредитованной лабораторно-инструментальной и диагностической базе, где должны производиться повседневные текущие обследования.

Правда, Минздрав отменяет нормы по времени приезда скорой медицинской помощи, полагая, что они должны носить региональный характер. Но это принципиально неверно, и временные нормативы должны быть установлены не в зависимости от регионов или состояния дорог, а должны включать сроки спасения больных, и под них в регионах будут учитываться радиус обслуживания скорой помощи, состояние дорог, наличие аэродромов и вертолетных площадок с санитарной авиацией и т.д. Так, в марте 2013 г. в Ганновере прошел медицинский курс по вертолетной транспортировке больных в критических ситуациях. Это говорит о том, что в Европе даже при наличии прекрасных дорог и регулярных транспортных сообщениях думают о том, как бы побыстрее доставить тяжелого больного в место для оказания ему адекватной медицинской помощи. Такой должна быть типовая рациональная схема организации медицинской помощи. Подготовлен проект Федеральной целевой программы по телемедицине, который значительно расширит возможности дистанционного консультирования пациентов врачами-специалистами. Но при этом не следует забывать, что такие консультации пациентов не заменят прием лечащего врача, который должен быть доступным и приближенным к пациентам, они как раз и предназначены для лечащих врачей, которые и будут выполнять консультативные предписания и назначения.

Уже сейчас можно по Интернету записаться на прием к врачу. Существует и электронная система записи на прием, однако талончики при этом выдаются на неделю и более вперед, что далеко не всегда устраивает пациентов и может не соответствовать их состоянию. Вроде бы это сделано для удобства пациентов, однако они считают, что электронная запись введена для сокрытия очередей в поликлиниках, то есть очереди на прием к врачам не исчезли и из поликлиник просто перешли в виртуальное пространство. Кстати, получение талончика вовсе не означает, что все мытарства пациентов остались в прошлом. Напротив, как показывают выложенные в Интернете истории и судьбы больных людей, многие их проблемы общения с медициной только начинаются. «Электронное здравоохранение» (eHealth) постепенно внедряется в Европе и России, а для международного медицинского консультирования (Cross-border Health Care), как посчитали на 15-м Европейском форуме по здравоохранению (октябрь 2012 г.), необходима многолетняя подготовительная работа, к которой следует вернуться после завершения кризиса. В США идет постепенный процесс, начавшийся 30 лет тому назад, внедрения электронных медицинских карт в больницах (уже

в 40% больниц они внедрены) и в медицинских сетях страны, что позволяет улучшить качество медицинской помощи и повысить безопасность пациентов.

5. Теперь следует осветить проблемы медицинских кадров. Во-первых, в российском здравоохранении существует дефицит врачей, о чем поднимался вопрос еще 30–35 лет тому назад, но только недавно Минздрав РФ осознал, что кажущееся перепроизводство врачей в РФ является мнимым. Этот дефицит непрерывно нарастает в связи с закрытием многих медицинских учреждений и увольнением врачей. Понимающие отечественные специалисты были категорически не согласны с теми зарубежными экспертами, которые утверждали, что у нас слишком много врачей и что срочно нужно сокращать приемы в медицинские вузы. И действительно, по показателям обеспеченности населения врачами наша страна была как бы впереди планеты всей — 44 врача на 10 тыс. населения, то есть 1 врач на 227 человек. Но к врачам статистика относит таких специалистов, которые в других странах не относятся даже медицинскими профессиями, в том числе физиотерапевтов, специалистов по лечебной физкультуре, работников санитарно-эпидемиологической службы, главных врачей и др., а стоматологи регистрируются отдельно и не входят в понятие «врач». Грубо говоря, у нас количество врачей считают по выпуску, а за рубежом — по занятым в медицинской практике. К тому же далеко не все лица, получившие высшее медицинское образование, затем работают в здравоохранении, а это почти 30% выпускников, которые в силу многих причин покидают отрасль. Бегство из врачебной профессии в последнее время возросло, что во многом обусловлено отношением власти к врачам, бюрократизацией врачебной деятельности, очень низкой престижностью врачебной профессии, недостаточными возможностями для профессионального роста, большой физической и психологической нагрузкой, низким уровнем безопасности работы и крайне недостаточной оплатой ответственного врачебного труда. Проведенный в Интернете опрос врачей показал, что только 4% согласны от безысходности продолжать работать при такой низкой зарплате; 62,5% считают, что нужно бастовать; 22,7% — необходимо увольняться; 5,7% — повеситься.

В результате, по данным Минздрава РФ, недавно не хватало 148,2 тыс. врачей при ежегодном их выпуске 52 тыс. человек (2012), а это значит, что с учетом движения врачебных кадров (ежегодное выбытие составляет 22 тыс.) для ликвидации указанного дефицита потребуются не менее пяти лет целенаправленной работы. При этом нужно учитывать, что 40% врачей находятся в предпенсионном и пенсионном возрасте. В результате нагрузка врачей на амбулаторном приеме (40–60 пациентов)

существенно возрастает и страдает качество. Это же подтверждено результатами исследований в университете Джона Хопкинса (2013), где было научно доказано, что чрезмерные нагрузки на врачей не способствуют безопасности пациентов, приводят к некачественному лечению, а это только увеличивает расходы на здравоохранение. Несмотря на то что данные о дефиците врачей поступают от региональных властей, министр здравоохранения РФ с ними не соглашается, считая, что не хватает всего 40 тыс. работников сферы здравоохранения и что проблему кадрового дефицита можно решить за 3–4 года. Вполне возможно, что сокращение дефицита врачей и средних медработников связано со значительным сокращением штатных должностей, поскольку другой причины этому феномену (если он имеет место) просто нет. Во-вторых, оказалось нарушенным соотношение между врачами и средним медицинским персоналом (1:2,1), что вынуждает врачей во многих случаях выполнять медсестринские функции. Как хорошо известно, во многих странах, в первую очередь в Швеции, Англии и Нидерландах, медицинские сестры составляют основу здравоохранения, особенно его первичного звена, восстановительного лечения, реабилитации и интегрированного медицинского ухода, то есть в тех службах, с которых начинается и заканчивается оказание всего цикла медицинской помощи. Например, в Финляндии 80% амбулаторных пациентов предварительно поступают к медсестрам, а затем, в случае необходимости, к врачам, и только 20% пациентов поступают непосредственно к врачам. В шведских медицинских центрах пациента вначале осматривает медсестра, которая затем может направить пациента к врачу общей практики или в больницу. В повсеместно распространенных в городах и селах Скандинавских стран центрах здоровья также ведущая роль принадлежит медицинским сестрам. В Нидерландах решение об оказании помощи пациентам врачами во внерабочие часы принимает медсестра на основе установленных критериев. В США медицинские сестры нередко выполняют административные функции, являясь заведующими отделениями в больницах или состоя в администрации больниц, а врач при этом оперирует пациентов либо их консультирует. Если врач в РФ в стационаре ведет 20 больных на ставку, то в США — 100, поскольку больных там ведут медицинские сестры, выполняющие многочисленные назначения, а врач координирует деятельность довольно большого коллектива. В США в расчете на одну больничную койку медицинского персонала в шесть раз больше, чем у нас, что позволяет там организовать в больницах непрерывный лечебно-диагностический процесс. В условиях амбулаторной помощи, особенно в муниципальных мини-поликлиниках США, медицинские сестры работают самостоятельно, выполняя патронажные функции, обслуживая вызовы на дом. В Великобритании, к примеру, закон о медицинских сестрах как о самостоятельном институте действует

с 1902 г. В Англии все чаще медсестры занимаются самостоятельной практикой, и им разрешено выписывать фармацевтические препараты из определенного перечня лекарственных средств (ЛС). Несмотря на возрастающую потребность, численность среднего медперсонала (медсестра, фельдшеры, акушерки, зубные врачи) непрерывно сокращается. Не только в США, но и во многих других странах не врачи, как у нас, а медицинские сестры обслуживают вызовы на дом и они же приглашают врача посетить пациента на дому при необходимости. К сожалению, у нас в стране организовать работу подобным образом пока не представляется возможным из-за деструктивных процессов в муниципальном здравоохранении, дефицита всех категорий медицинских работников в первичном звене здравоохранения, недостаточного количества среднего медперсонала (по официальным данным, не хватает более 800 тыс. медсестер) и крайне низкого соотношения врачей и медсестер, при том что оно должно быть, по крайней мере, 1:4 (в Великобритании, Люксембурге, Ирландии, Нидерландах и Канаде — 1:5). На селе, где на 26% населения страны (в 1897 г. — 86,6%) приходится всего 7% всех врачей из 628,7 тыс., медицинские сестры, фельдшера и акушерки должны играть более значимую и самостоятельную роль, чем в городах, а местами их могут частично заменить или дополнить подготовленные парамедики. По данным В.И. Скворцовой, ежегодно из здравоохранения уходят почти 90 тыс. человек среднего медперсонала (при их дефиците в 280 тыс., а по данным Т.А. Голиковой в 2011 г. — более 800 тыс.), из которых только 15 тыс. выходят на пенсию, а ежегодный их выпуск составляет только 59 тыс.

Третья проблема врачебных кадров — их структурная диспропорция. Так, за последние годы число врачей терапевтического профиля уменьшилось на 20,4%, педиатрического — на 5,3%, врачей скорой помощи — на 8,8% при значительном росте врачей-специалистов. В стационарах число штатных должностей врачей выросло на 15,9%, а в первичном звене сократилось на 3,2%. Иначе говоря, ожидаемого укрепления врачами первичного звена здравоохранения так и не произошло, следовательно, основная надежда в этом отношении возлагается на средний медицинский персонал. В стране не хватает целого ряда специалистов при существенном переизбытке стоматологов (на 25%), урологов и некоторых других специалистов. Кроме того, отмечается территориальная диспропорция, проявляющаяся в значительном дефиците врачей на селе, в отдаленных районах, малых городах и поселках, в неравномерном распределении врачей по стране (от 10 до 60 врачей на 10 тыс. населения в разных регионах), диспропорция по уровням медицинской помощи (в стационарах отмечается существенный переизбыток врачей, а в первичном звене их катастрофически не хватает).

Четвертая проблема — миграция врачей и медсестер, как внешняя (в другие страны), так и внутренняя, включая бегство из профессии. Как показывают результаты крупного исследования, ради достойного будущего и благополучия семьи в пределах страны сельские врачи хотели бы уехать чаще, чем городские, хотя последних притягивают более крупные города и работа в частных клиниках. Но на первое место в причинах миграции врачи ставят возможности профессионального и карьерного роста, для чего не всегда создаются необходимые условия. Не менее важным фактором является низкая оплата труда, и это имеет отношение к 80% врачей; далее они определили желаемые социальные гарантии, условия труда, давление чиновников и т.п. Зарплата у врачей существенно ниже, чем у специалистов во многих других отраслях (кроме культуры), получивших высшее профессиональное образование, и составляет 60% средней зарплаты в экономике, в то время как в США этот уровень в два раза выше. Если у нас в стране по уровню зарплат лидирует финансовый сектор, то в США в первой десятке мест по оплате и престижности труда занимают врачи, а на первом месте находятся ключевые врачи общей практики. Правда, врачи в США больше работают — до 10–12 часов в сутки. В Великобритании базовая оплата труда врачей общей практики зависит от численности и структуры прикрепленного населения, и каждая возрастная группа имеет свой поправочный коэффициент. Все это вместе взятое свидетельствует об отсутствии на протяжении последних 30 лет какой-либо реальной кадровой политики в системе здравоохранения России. В срочном порядке следует восстановить Совет по кадровой политике при министре здравоохранения. Получается, что теперь необходимо снимать слои накопленных многолетних проблем кадровой бездеятельности.

Сейчас многие говорят о рынке труда, в том числе и в здравоохранении, но, в отличие от развитых капиталистических стран, в России люди больше привязаны к месту жительства со всеми последствиями, чем к месту работы. Именно поэтому свободные рабочие места более охотно занимают гастарбайтеры, нежели приезжие россияне. Сейчас во многих медицинских учреждениях страны в целом и Москвы в частности отдельные работники плохо говорят по-русски. Вроде бы получается, что вакансии занимают, но как они будут лечить? Всего медицинской деятельностью у нас занимаются менее 10 тыс. врачей общей практики, что составляет всего 1,5% всех врачей, а должно быть их в 35 раз больше. В Великобритании, где 95% больниц принадлежат государству, большинство врачей и иных медработников — государственные служащие. Аналогично государственными служащими являются и сотрудники подчиненных непосредственно Департаменту здравоохранения и социальных служб США научных центров (таких как национальные институты

здоровья, агентства по исследованию здравоохранения и качества, центры по контролю за болезнями и др.). Вероятно, этот опыт в какой-то степени можно использовать и в РФ, что повысит статус врачебных и научных медицинских кадров.

Недостаточная квалификация врачебных кадров проявляется в неудовлетворительных показателях качества медицинской помощи по сравнению с развитыми странами. Например, одногодичная летальность и пятилетнее недожитие у онкологических больных, коэффициент больницы летальности, доля пациентов, получивших инфекционные осложнения в стационарах, в РФ в 1,5–2 раза выше, чем в среднем в странах Организации экономического сотрудничества (ОЭСР). Между тем квалификация в определенной мере влияет на качество медицинской помощи и ее результативность. Положение усугубляется тем, что нередко у врача на селе или в маленьком городке имеется мало возможностей для профессионального роста, для качественной медицинской помощи из-за отсутствия нужных лекарств и материалов. И это — главная причина бегства из профессии, несмотря на предусмотренное материальное поощрение. Вопрос о квалификации врачей и их отношении к пациентам особенно остро встал в последние годы. Самое главное — необходимо восстановить дух гуманизма в медицине, вернуть медицину из коммерческого ремесла в статус науки и искусства врачевания, ввести отбор в врачебной специальности и кардинально изменить характер додипломного и последипломного образования, постепенно переводить врачей из объектов права в субъекты права с увеличением их ответственности за пациентов и ростом оплаты их труда.

Пятидесятилетний опыт врачебной и научно-педагогической деятельности подсказывает, что не каждый человек в силу личностных особенностей может быть врачом. Как отмечалось, почти 30% выпускников медицинских вузов не идут работать в медицину вообще. А это означает, что изначально они серьезно ошиблись в выборе профессии или просто нуждались в получении высшего образования. В ряде случаев их отпугивают ответственность профессии и высокий ее риск, особенно в специальностях хирургического профиля. Еще треть выпускников, хотя затем и работают в медицинских учреждениях, являются буквально случайными людьми, не украшающими медицину, без соответствующего призвания. И только из трети при определенных условиях могут получиться хорошие врачи, а плохие и посредственные нам не нужны. Если человек в детстве издевался над сверстниками или животными, ему нельзя идти в медицину, в лучшем случае из него может получиться патологоанатом. А сданные даже на отлично вступительные экзамены не гарантия того, что из абитуриента может получиться хороший врач. Медицина — это наука о здоровье и болезнях человека, искусство — искусство врачевания

и взаимодействия с пациентом, и ремесло, когда некоторые подходы могут быть не индивидуальными, а стандартными. Правда, во всем мире стандарты устанавливаются не на медицинские технологии (для этого есть клинические рекомендации), а на результаты медицинских вмешательств. Врач должен обладать не только необходимыми знаниями, умениями и навыками, но и иметь определенный набор чисто человеческих качеств, которые проявляются с детства и формируются всю жизнь (внимание, благородство, культура, милосердие, доброе отношение к людям, умение выслушать другого человека и т.п.). Исходя из этого целесообразно создать специальную систему предварительного тестирования абитуриентов в виде советующей системы на наличие у них качеств, необходимых будущему врачу, в результате чего могут даваться соответствующие рекомендации. Это будет как бы рекомендательная система отбора к врачебной профессии.

В США и других западных медицинских школах тестируются личностные качества абитуриентов, такие как сообразительность, способность убеждать и самостоятельно принимать решения, коммуникационные навыки, межличностное общение и сотрудничество, спектр профессиональных интересов, склонность к системному мышлению, гуманное, а не потребительское отношение к людям, следование этическим принципам, способность выслушать, понять, сочувствовать и сопереживать, отсутствие жестокости и т.д. Это в определенной мере позволит очистить ряды врачей от случайных, черствых, жестоких и коммерчески настроенных людей. Об этом ставится вопрос не одно десятилетие, но пока что понимания важности этой простой системы нет. При поступлении целесообразно учитывать династические аспекты, что позволит в семейном кругу обсуждать профессиональные и этические вопросы, пользоваться накопленной за многие годы литературой и т.д. Сбрасывать со счетов воспитательную роль семьи никак нельзя. Исходя из изложенного, один из аспектов повышения квалификации врачебных кадров — внедрение рекомендательной системы отбора к профессии врача с помощью специального анкетирования и проверки личностных качеств будущего врача. Для этого нужно вначале разработать профессиональный портрет врача, определить, какими качествами врач должен обладать, сформулировать их в виде вопросов для анкеты, определить соответствующие критерии и уж затем проводить тестирование. Конечно, в РФ каждый вправе на конкурсной основе получить любое высшее образование, однако предлагаемая система позволит в какой-то степени удерживать абитуриента от случайного выбора будущей профессии.

Переход в медицинском образовании на Болонскую систему имеет больше негативных, чем позитивных последствий, и потому в ближайшие годы от этого следует воздержаться. Медицинские образовательные

учреждения и кафедры должны проходить аккредитацию, а профессорско-преподавательский состав должен получать лицензию раз в три года.

Вузы должны иметь обоснованное госзадание, сколько и каких врачей нужно готовить, обладать своим рейтингом по индексу цитируемости работ и публикаций, из них исходящих, по уровню преподавания, квалификации преподавателей, соотношению между педагогами и студентами, квалификации и востребованности выпускников, защищенным диссертациям и т.п. На одного преподавателя должно приходиться не более четырех студентов, которые начиная с 4–5-го курса должны привлекаться заинтересованными медицинскими учреждениями и выполнять необходимую практическую или исследовательскую работу. Видимо, назрела пора создать в медицинских вузах факультеты по общей врачебной практике и обучать студентов по несколько иным программам, рекомендованным Всемирной организацией по семейной медицине (WONCA) на специально созданных факультетах ПМСП и с учетом требований, предъявляемых к такого рода специалистам. Врач общей практики должен быть хорошо подготовленным по основным специальностям (таким как терапия, педиатрия, гериатрия, акушерство, гинекология, мелкая хирургия, социальная и медицинская профилактика, общественное здоровье и здравоохранение, деонтология), а также по общим вопросам в узких специальностях (неврологии, психиатрии, офтальмологии, оториноларингологии, травматологии и др.). К сожалению, подготовка врачей общей практики в стране оставляет желать лучшего и требует кардинальных преобразований. Зарубежные специалисты согласны с тем, что, помимо предоставления студентам-медикам необходимых знаний в соответствии с принятыми международными образовательными стандартами, у них необходимо развивать клиническое мышление, что позволит более объективно и системно оценивать состояние организма в норме или при той или иной патологии. Системное мышление — это не только правильная оценка взаимодействия органов или систем человека во взаимосвязи с окружающей средой в норме и патологии, но также системный подход к профилактике (первичной, вторичной и третичной), диагностике, лечению, реабилитации и интегрированному медицинскому уходу. Важно, по фон Берталанфи, «за деревьями не пропустить лес». Крайне необходимо в процесс обучения включить клиническую эпидемиологию, развивающую системное мышление, аналитическую статистику, доказательную медицину, международные стандарты ISO, этику и взаимодействие врача и пациента и т.д.

Кроме того, необходимо от попредметного обучения перейти к проблемно-предметному, что не требует каких-либо организационно-структурных преобразований в медицинских вузах, а просто нужно перестроить технологический образовательный процесс, с тем чтобы

знания не распылялись во времени и были бы целенаправленными. Именно на проблемном (а не предметном) подходе основано обучение в медицинских школах при университетах Запада, и учебный план там состоит из блоков, обучение многопрофильное, с большой долей самостоятельного обучения. При этом четко определено, что университеты выпускают врачей, не готовых работать самостоятельно (то есть стажеров), но которые способны проходить дальнейшую профессиональную подготовку. Там ежегодно группы преподавателей выезжают в разные города и на месте знакомятся с вероятными кандидатами в студенты. Квалификация российских специалистов (набор компетенций) должна быть приближена к 2025 г., к квалификации специалистов в странах ЕС. Одна из проблем, возникших после распада СССР, — невозможность сохранения существовавшей ранее системы распределения выпускников. В результате оказалась полная неразбериха в расстановке врачебных кадров: значительный их дефицит в первичном звене здравоохранения и на селе при переизбытке в стационарной медицинской помощи. Между тем решение проблемы достаточно простое: необходимо абитуриенту выдавать кредит на обучение, который при выпуске он должен вернуть либо отработать там, где это требуется обществу. Для того чтобы такая система не противоречила бы Конституции РФ (статья 43, пункт 3), при целевом наборе в случае отказа выпускника работать по направлению в договоре можно предусмотреть возврат пособий и стипендий, выплачиваемых потенциальным работодателем.

Кроме того, выпускникам, направляемым к месту работы, необходимо не деньги давать, а предоставлять соответствующий социальный пакет. В этот пакет, как было ранее, должны входить подъемные в достаточном размере с оплатой провоза багажа, бесплатное жилье с возможной передачей его врачу в собственность, коммунальные и многие другие услуги, надбавки, льготные кредиты, стимулирующие выплаты, местные надбавки к зарплате и пенсии, льготы для членов семьи, в том числе предоставление возможности детям следовать по стопам родителей, и т.д. Все это должно найти отражение в договоре. ВОЗ считает, что на селе обязательно должен быть врач, для чего ему нужно создать все условия для профессионального роста, участия в профессиональных сетях, непрерывном медицинском образовании, обеспечить соответствующими оснащением и литературой, законодательной поддержкой и оказывать необходимую материальную поддержку. ВОЗ также рекомендует применять целевой набор в вузы из сельской местности с прохождением практики на селе, с включением в программы обучения вопросов потребности и особенностей сельского здравоохранения, акцентируя внимание на самостоятельности в принятии решений и ответственности за них. Необходимо

отработать разнообразные механизмы, способствующие возвращению выпускников на село, в малые города и отдаленные районы.

Последипломная подготовка включает специализацию (профессиональные требования, базы подготовки и т.д.), повышение квалификации и усовершенствование, причем последние два — элементы непрерывного медицинского образования. В стране, согласно имеющейся кадровой номенклатуре, насчитывается 96 врачебных специальностей, что является полным нонсенсом, ибо у нас перепутали понятия «врачебная специальность» и «врачебная специализация». Например, в США, согласно Директории врачебных специальностей, их насчитывается всего 24, причем для каждой из них имеется набор требований по образованию, знаниям, навыкам и умениям и разработаны специальные стандарты и профессиональные программы. У нас же специальности формируются исходя из необъективных критериев и нередко под отдельные личности. Например, мануальная терапия или иглорефлексотерапия — это разве специальности, хотя и были введены приказами отраслевого министерства? Во-первых, это специализация, а во-вторых, эти методы не имеют достаточных клинических доказательств исходя из доказательной медицины. Перечень и характеристики специальностей — устойчивы, нечасто сменяются, в отличие от специализации, которые формируются в зависимости от появившихся и клинически обоснованных новых методов или медицинских технологий и возможных баз для прохождения специализации.

Особый акцент необходимо сделать на развитии непрерывного медицинского образования, в том числе путем внедрения симуляционных и дистанционных образовательных технологий, системы зачетных единиц (кредитов), привлечения к этому образованию профессиональных врачебных ассоциаций, обучения на рабочем месте и на специальных курсах, а также внедрения системы наставничества. Необходимо обеспечить медицинских работников современными информационно-образовательными материалами на рабочих местах, включая литературу по профилю работы, доступом к современным образовательным ресурсам через Интернет, трансляционной медициной для дистанционного обучения и консультаций. Крайне необходимо сделать так, чтобы накопленный ранее позитивный отечественный опыт непрерывного медицинского образования был сохранен и усовершенствован. Существующие в настоящее время пятилетние циклы сертификационного обучения не отвечают требованиям времени, поскольку медицинская информация обновляется гораздо чаще. Кстати, с этим также связана и система лицензирования.

К непрерывному медицинскому образованию, помимо специальных курсов переподготовки и усовершенствования, семинаров и других учебных циклов, входят врачебные и патолого-анатомические (по И.В. Давыдовскому) конференции, периодическая стажировка на рабочем месте

в вышестоящем учреждении, двух- и трехзвеневая системы, когда врачи поликлиник периодически по графику стажировались в стационарах, системы наставничества для молодых врачей и т.д. А главное, врачи должны непрерывно повышать свою квалификацию, постоянно набирать баллы для сертификата или лицензии (в перспективе), участвуя в конференциях, семинарах, публикуя свои работы и т.п. Все это вместе взятое (обучение, стажировки, баллы) и составляет основу непрерывного медицинского образования. Для улучшения качества и безопасности медицинской помощи необходимо со временем превратить врача из объекта права в субъект права, что даст ему возможность самостоятельного принятия решений, создать систему лицензирования врачей (в первую очередь врачей ПМСП), обязательной аккредитации медицинских организаций (на базе международной системы аккредитации медицинских организаций), внедрить систему оценки качества медицинской помощи с учетом международного опыта и систему управления качеством. Если выдача разрешения на деятельность (лицензия) — прерогатива уполномоченных органов государственной власти, то подтверждение лицензии (по балльной системе) — ответственность профессионального врачебного сообщества. Выдавать лицензию должен государственный орган, а продлевать ее и подтверждать — профессиональная медицинская организация. В Германии и США, например, лицензия обновляется каждые три года, и врач должен набрать 150 баллов за участие в конференциях, за статьи, обучение и т.д. (45 минут обучения дает 1 балл). В некоторых странах (например, в Норвегии) государство выделяет специальные средства профессиональной медицинской ассоциации на повышение квалификации врачей и их последипломное образование. При этом сама ассоциация решает, когда, куда и какого врача направить на усовершенствование.

Таким образом, только сочетание всех перечисленных подходов, включая отбор к врачебной профессии, изменения в технологии обучения, замену системы распределения выпускников, предоставление социального пакета наряду с повышением средней зарплаты врачей, восстановление в улучшенном виде системы непрерывного последиplomного образования, изменения в системе лицензирования и аккредитации, будут содействовать решению задач, стоящих перед современным здравоохранением. Необходимо способствовать достижению высоких этических принципов во взаимоотношении врачей с пациентами и контролировать их соблюдение.

6. В пункте 21 статьи 2 ФЗ № 323 «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» качество медицинской помощи определяется как «соответствие характеристик, отражающих своевременность оказания

медицинской помощи, правильность (?) выбора методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации при оказании медицинской помощи, степень достижения запланированного результата». Это определение неверно изначально и не дает представление о том, что же такое качество медицинской помощи. Мы здесь намеренно не будем приводить более точные определения, в том числе из глоссария по качеству медицинской помощи, подготовленному в рамках действующего ранее двустороннего научного и научно-технического сотрудничества между РФ и США. Видимо, специалисты Минздрава РФ незнакомы с работами мирового классика в этой сфере деятельности А. Донабедиана, который вывел знаменитую триаду: ресурсы (или структура), процесс (или технология), результат. Исходя из этого качество медицинской помощи представляет собой такую медицинскую технологию (процесс), которая при надлежащем ее обеспечении приводит к наилучшим для пациентов результатам. При этом медицинские технологии должны выбираться не волюнтаристски, а быть доказанными с точки зрения оптимальных на данный момент времени (с учетом развития медицинской науки и практики) результатов оказания медицинской помощи. Все это и называется доказательной медициной, научной базой которой является клиническая эпидемиология, позволившая статистически связать (с определенной вероятностью и расчетом статистических погрешностей) результаты клинических вмешательств с самими клиническими вмешательствами.

Впервые доказательная медицина зародилась в Оксфорде, где на основе помещенных в базу данных результатов большого числа клинических исследований рассчитывались вероятности применения той или иной оптимальной для пациентов технологической схемы. Сам термин появился в МакМастерском университете Канады, а затем доказательная медицина получила широкое распространение в США и во всем мире. Судя по недавнему заявлению Минздрава РФ о том, что они вскоре своими силами разработают клинические рекомендации (руководства), то есть медицинские технологии, там нет понимания, о чем идет речь. Разработка клинических рекомендаций — это очень непростой исследовательский процесс, которым наиболее профессионально владеют NICE (Национальный институт клинических предпочтений) и SIGN (Шотландская исследовательская группа), а все страны берут их разработки и адаптируют в виде медицинских стандартов и локальных клинических протоколов. При этом используются следующие уровни доказательств (по мере убывания их значимости): систематизированный обзор совокупности рандомизированных клинических исследований по какой-то проблеме, отдельные рандомизированные клинические

исследования, контролируемое нерандомизированное исследование, когортное исследование, исследование по типу случай—контроль (case—control study), описательное исследование и несистематизированный обзор, экспертные оценки. Что касается систематизированного обзора, то этапы его создания таковы: определение основной цели обзора, определение способов оценки (измерения) клинических результатов, систематический информационный поиск, обобщение доказательств, интерпретация результатов. По определению Института медицины США, клинические рекомендации — это утверждения, разработанные с помощью определенной методологии и призванные помочь врачу и больному принять решение о рациональной помощи в различных клинических ситуациях. В международном плане клинические рекомендации — рекомендательный документ, служащий информационной поддержкой для врача и пациента относительно наилучшей медицинской практики, результативность которой научно доказана. Клинические рекомендации необходимы:

- для значительного и обоснованного улучшения результатов оказания медицинской помощи;
- оценки и контроля применяемых медицинских технологий с учетом уровня развития медицинской науки и практики;
- определения набора бесплатных (дотируемых) видов медицинской помощи;
- разработки адаптированных медицинских стандартов;
- составления адаптированных локальных клинических протоколов;
- составления формуляров, списка жизненно важных лекарственных средств;
- определения потребностей в обеспечивающих ресурсах.

Критерии выбора клинических рекомендаций из огромного их множества следующие.

1. Научная обоснованность.

1.1. Научная доказанность.

- Количество исследований.
- Количество пациентов.
- Длительность наблюдения/время.
- Независимость/объективность.
- Территория, учреждения.
- Градация доказательств.
- Метаанализ.

1.2. Предварительная проверка опытом.

- Частота (количество) проверок, где, когда.
- На каком контингенте.
- Каковы результаты проверок.

2. Применимость.
 - 2.1. Предварительный экономический анализ.
 - Наличие необходимых ресурсов.
 - Наличие подготовленного персонала.
 - Сравнение результатов с затратами.
 - Сравнение с имеющейся (традиционной) практикой.
 - Уровни применимости.
 - 2.2. Простота, не перегруженность, доступность.
 - 2.3. Стабильность и устойчивость технологий и результатов.
 - 2.4. Возможность преодоления барьеров.
 - 2.5. Объективность.
 - 2.6. Безопасность для пациентов и медработника.
 - Приемлемость для пациентов.
 - Частота осложнений.
 - Оценка риска.
 - Профессиональная безопасность.
 - Охрана труда.
3. Конечные результаты.
 - 3.1. Промежуточные.
 - Динамика клинических проявлений, симптомов, синдромов.
 - Соблюдение технологий.
 - 3.2. Близлежащие.
 - Исход заболевания/состояния.
 - Сроки лечения.
 - Удовлетворенность пациента.
 - Индивидуальный прогноз.
 - 3.3. Отдаленные.
 - Частота осложнений лечения, обострений.
 - Показатели здоровья.
 - Качество жизни.

Клинические рекомендации внедряются:

- для улучшения качества медицинской помощи и ее результатов;
- более рационального планирования ресурсов и особенно их использования;
- обучения медицинского персонала, в том числе принципам работы в команде;
- защиты медицинских работников от возможных ошибок и судебных исков;
- оценки и контроля за качеством медицинской помощи;
- составления функциональных обязанностей медицинских работников;

- улучшения организации всей работы, внутреннего и внешнего взаимодействия;
- нивелирования влияния различных клинических школ и направлений;
- улучшения информационного обеспечения клиничко-организационных процессов;
- составления перечня лекарственных препаратов и изделий медицинской техники первоочередной необходимости и т.д.

Все это здесь показано, чтобы подчеркнуть значимость клинических рекомендаций (руководств) и их разработки. Поскольку руководства носят рекомендательный характер и их выбор и характер использования зависят от многих обстоятельств, в том числе и от врача, который должен уметь объяснить причины отклонения от руководства, оценка качества медицинской помощи и правильности выбранной технологии ведется через результаты, для которых должны быть разработаны специальные стандарты. Что же касается в целом проблемы организации медицинской помощи, то ее главными характеристиками являются:

- адекватность (*appropriateness*);
- доступность (*availability*);
- преемственность и непрерывность (*continuity*);
- действенность (*efficacy*);
- результативность (*effectiveness*);
- безопасность (*safety*);
- своевременность (*timeliness*);
- удовлетворенность потребности и ожидания (*satisfaction*);
- стабильность процесса и результата (*stability*);
- постоянное совершенствование и улучшение (*improvement*).

Каждая из приведенных характеристик для своей оценки должна иметь соответствующие индикаторы со стандартами. В качестве примера приведем некоторые индикаторы доступности медицинской помощи в Великобритании.

- Продолжительность ожидания плановой операции.
- Соотношение пациентов, ожидающих операцию и госпитализированных.
- Ожидание плановой операции свыше шести месяцев.
- Частота отмены операции.
- Задержка выписки.
- Ожидание приема амбулаторными пациентами.
- Ожидание скорой помощи и бригады интенсивной терапии.
- Ожидание пациентами с ИБС коронарографии, реваскуляризации.
- Ожидание онкологическими больными начала лечения от момента постановки диагноза и т.д.

И на каждый такой индикатор должен быть разработан стандарт, включающий границы допустимых разбросов.

Пока что непонятно, как можно проверять безопасность, не имея для этого соответствующих индикаторов. Объемы и качество медицинской помощи должны проверяться в плановом порядке, а также в связи с жалобами пациентов и допускаемыми ошибками. К сожалению, учет медицинских ошибок в нашей стране, в отличие от других стран, не ведется. К проблеме обеспечения качества имеют непосредственное отношение вопросы лицензирования и аккредитации, которые со временем в нашей стране обретут правильное содержание.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Подводя итоги, можно утверждать, что универсальные и принятые ВОЗ основные семашкинские принципы здравоохранения должны быть базовыми и для перспективной стратегии охраны здоровья. Вместе с тем эти принципы не следует отождествлять с существовавшей прежде советской моделью здравоохранения, о чем говорилось в предыдущих разделах, и возврата к которой не должно быть. Тем не менее существовавший ранее у нас в стране и за рубежом позитивный опыт в развитии здравоохранения целесообразно использовать в нынешних условиях. Дальнейшее развитие на перспективу должно включать акцент на системе охраны здоровья, создание соответствующего Национального совета при Президенте РФ, организацию этапной медицинской помощи применительно к местным условиям и значительное повышение ее доступности, первоочередное внимание к профилактике и правильному развитию ПМСП, постепенную замену ОМС на государственно-бюджетную модель, кардинальные изменения в подготовке кадров, повсеместное внедрение системы обеспечения качества медицинской помощи. Как это сделать и что для этого нужно — изложено в упомянутой выше Стратегии охраны здоровья.