

СОВРЕМЕННАЯ МЕДИЦИНА ПАКИСТАНА: ПРОБЛЕМЫ И ПЕРСПЕКТИВЫ

© 2014 М.В. Баканова

Ключевые слова: медицинская антропология, медицина Пакистана, здоровье, болезнь, организация медицинского образования, организация медицинской помощи, пакистанские законы в сфере здравоохранения

Аннотация: В статье рассматриваются проблемы зарождения, возникновения, развития и перспектив официальной медицины в Исламской Республике Пакистан, – проблемы, с которыми ей приходится сталкиваться в своем существовании; разбираются как позитивные моменты, так и недостатки. Показана значимость официальной медицины для самих пакистанцев, соотношение частной и государственной практики, уровни образования медицинского персонала. Затронуты вопросы причин сохранения и активного развития альтернативных методов лечения.

Пакистанская медицина, развившаяся на субстрате Харрапской цивилизации, впитавшая в себя традиции и знания индо-ариев, персов и британцев, уникальна. Она до сих пор сочетает в себе иногда крайне противоречивые методики прошлого и опыт современности.

Официальная медицина продолжает увеличивать свою активность на территории Пакистана, но альтернативные виды лечения до сих пор остаются важной частью для всех слоев общества. Довольно сложно оценить критерии обращаемости к традиционным и альтернативным способам лечения, поскольку это зависит от целого ряда психосоциальных факторов. В ряде регионов Пакистана именно альтернативные виды лечения являются преобладающими.

Всего в стране можно выделить три вида медицинской помощи: официальная научная медицина (которую здесь называют «инглиз» – английская), «гомеопатия» (которая включает в себя фитотерапию / травничество) и духовно-религиозная практика (чтение заклинаний, молитв, отправление

ритуалов). Несколько особняком стоит медицинская помощь женщинам с гинекологической патологией, ведение беременности и родов, осуществляемые наследными повитухами – *даями*.

Одна из причин того, что современная доказательная медицина не вытеснила древнейшие способы лечения, кроется в том, что она является для Пакистана привнесенной, пришедшей сюда вместе с британскими колонистами и армией, а не развившейся из местного субстрата.

Современная медицина пришла в Пакистан сравнительно недавно, около 150 лет назад, когда его территории были официально включены в состав Британской Индии. Да и распространялась она очень неравномерно – только в крупных городах, таких как Лахор и Карачи, были английские больницы и врачи. Как правило, это были военные врачи, обслуживавшие армейский контингент и крайне ограниченно некоторых представителей местных привилегированных сословий. Отдельно стоит отметить созданную на территории Пакистана базу для отдыха армейских солдат и офицеров, где они, кроме отдыха, проходили и нечто подобное реабилитации и диспансеризации, – Мари (Murree). В настоящее время это излюбленное место отдыха всех пакистанцев: оно находится на одном из высоких отрогов Гималаев, по климату приближенное к южной Европе, недалеко от Исламабада.

Уже в 1860 году британцами организуется Медицинских колледж в Лахоре – четвертый медицинский университет в Южной Азии (после аналогичных в Калькутте, Мадрасе и Бомбее), который был серьезно реорганизован в 1911 году дочерью и зятем последнего махараджи Панджаба, приехавшими для визита из Великобритании; он получил имя короля Эдуарда. В 2005 году этому учебному заведению было присвоено звание университета. Основной больницей стал Майо (Миа) Хоспитал (Mayo Hospital), открытый в 1870 году. При нем же была открыта больница для женщин и центр родовспоможения – Леди Айтчисон Хоспитал. В Карачи первой медицинской школой и больницей стал частный Лиакат Университет Наук о здоровье и медицине (открылся в 1881 году как медицинская школа), чуть позже (в 1898 г.) была основана больница для женщин – Леди Дафферин Хоспитал.

Конечно же, открытые в те времена больницы и медицинские колледжи не решали проблемы обеспечения страны врачами и достойная и достаточная медицинская помощь оказывалась только отдельным богатым и

европеизированным группам населения. Несколько активизировалась система здравоохранения в 20-30 годы, когда было открыто еще несколько крупных больниц, в основном на деньги британских или британо-индийских меценатов.

Разделение Британской Индии на две части – Индию и Пакистан – только усугубило ситуацию с медицинской помощью. Часть врачей перемещалась через новосозданные границы, причем не всегда благополучно. Другим повезло переехать в Англию и остаться там. Фактически с 1947 года всю систему организации здравоохранения и образования в медицинской сфере пришлось переделывать заново. Первые годы существования Пакистана медицинская помощь в нем обеспечивалась минимальным количеством врачей, что естественным образом делало ее практически недоступной даже в крупных городах. Да и доверия, как такового, в те времена к «английской» медицине не было.

Активный толчок к развитию официальной медицины дало правление Зульфикара Али Бхутто, который, стремясь построить исламский социализм, занимался развитием всей социальной сферы. Именно студенты-медики 70-х годов позволили современному Пакистану открыть множество частных больниц и частных медицинских университетов высокого качества в 1990-е и нулевые годы. Женская медицина активизировалась только в середине 1990-х, когда большое количество девушек получило возможность обучаться в медицинских университетах (до того это были единицы, а во времена правления Зия-уль-Хака их не было вовсе).

Современная пакистанская медицина базируется на созданной британцами системе здравоохранения. Она разделена на государственную и частную, причем с явным преобладанием последней. Именно огромные частные больничные комплексы обеспечивают страну высокотехнологичной медицинской помощью – ЭКО, стентирование сердца, операции на клапанах, ортопедия высокого качества, нейрохирургия... Однако, таких комплексов не очень много и расположены они, как правило, в крупных городах. Гораздо больше небольших больниц и частных кабинетов.

Медицинское образование в Пакистане длится 5 лет, после чего обязательен еще один год практики в больнице: по три месяца в терапии, педиатрии, хирургии и акушерстве-гинекологии – House Job. После этого образование считается завершенным и врачу присваивается звание «врач общей

практики»; далее он может работать самостоятельно в этом направлении как в государственной больнице, так и в частной, может открывать и свой личный кабинет.

Многие врачи совмещают все три вида занятости довольно легко, поскольку работа в государственной больнице длится только 6 часов ежедневно (но при этом может быть в разное время суток, не обязательно утром или днем). Для получения специализации необходимо получать дополнительное образование либо в медицинских университетах, либо в специальных постдипломных колледжах, причем поступить туда довольно сложно и вступительные экзамены сдать могут далеко не все. Это обучение занимает от 1 до 4 лет, после чего врач получает лицензию специалиста и может работать уже по отдельной специальности в любом типе медицинского учреждения.

Самые высококлассные специалисты, занимающиеся высокотехнологичными операциями и манипуляциями, как правило, получают дополнительное образование за границей, – в самом Пакистане такого уровня образовательных учреждений на настоящий момент нет. Собственно говоря, и системы получения ученых званий тоже нет, поскольку как таковые научные исследования не проводятся. Отсутствует система защиты магистерских, аспирантских или докторских работ (есть частично очень слабое подобие в Университете им. Короля Эдуарда в Лахоре, это появилось в последние годы), хотя звание профессора довольно легко получить – достаточно проработать врачом-специалистом в государственной больнице 25 лет.

Государственных больниц в Пакистане не хватает, причем государственными могут быть как огромные комплексы в городах, так и небольшие кабинеты в деревнях, где часто врача нет вообще, а на приеме сидит фельдшер. И если к последнему на прием попасть достаточно просто, то в большую больницу практически нереально. Огромные очереди в приемных, оформление бумаг (а здесь это может очень сильно затянуться, поскольку далеко не все пакистанцы имеют даже удостоверение личности), абсолютно равнодушный персонал. Даже в срочных и экстренных ситуациях помощь может запаздывать на 4–12 часов. Немного проще больным, прибывшим на скорой или имеющим знакомых, которые рекомендовали тебя конкретному врачу. Проведение плановых операций может запаздывать от нескольких месяцев

до года. В приеме рожениц может отказать любая государственная больница, если женщина не наблюдалась в ней (хотя бы единожды) во время беременности и не имеет карты данной больницы о наблюдении. Очень многие лекарственные препараты (вплоть до шовного материала) в больницах отсутствуют, поэтому больным приходится их покупать. Анализы в принципе считаются бесплатными, но результаты часто задерживаются на несколько дней, а часть больниц продает наборы для забора анализов (упаковки пластиковых контейнеров, пробирок, шприцов и прочего), зарабатывая на этом немалые деньги.

И несмотря на все это – государственные больницы переполнены. Сюда стекаются все те, кто не имеет никакой возможности пойти в частную клинику, и пациенты с государственным социальным страхованием. Палаты, как правило, огромные: размещаются до 25–30 человек в одном помещении; здесь же находятся родственники (в большинстве государственных больниц допускается один родственник для ухода за больным); здесь же сидят и проводят первичный прием больных студенты-практиканты и обучающиеся на специалитете, тут же они и спят в ночные дежурства. Еще более страшно устроены акушерские отделения: в одной огромной палате, чуть разделенной небольшими ширмочками, находятся женщины на сохранении, роженицы и послеоперационные с детьми и рожаящие в период схваток (в конце этого периода их стараются перевести в родовой зал, но далеко не всегда успевают). Очень часто из-за избытка пациентов больные размещаются по двое или трое на одной кровати, где спят валетом или по очереди. Стоит отметить, что в Пакистане принято приезжать в больницу с большим количеством родственников, в том числе с грудными детьми, все они размещаются в больничных коридорах прямо на полу или в прибольничных парках.

Конечно, частная медицинская система Пакистана очень сильно разгрузила государственную. Буквально 20–25 лет назад больницы были забиты совсем «под завязку», когда больные размещались вповалку во всех возможных помещениях, даже в коридорах не оставалось места для ходьбы.

Кроме того что государственный сектор больниц обеспечивает пусть не очень качественный, но приемлемый уровень медицинских услуг для беднейших слоев общества, он еще является прекрасным поставщиком больных в частные клиники. Все врачи государственных больниц

одновременно работают и в частных, отбирая тех клиентов, которые могут заплатить за аналогичное или лучшее лечение и обслуживание в частных клиниках. Предложение обычно простое – сроки лечения, которое в государственной больнице может растянуться на месяцы, в частной проводится в течении нескольких дней, или лучший сервис.

Частная медицина Пакистана в крупных городах абсолютно аналогична европейской или американской, соответственно тому, где обучались или практиковали местные врачи. Условия лечения и сервиса различаются в зависимости от того, сколько конкретный больной может заплатить за лечение. Поэтому в частных больницах присутствует как VIP сервис, так и более дешёвые аналоги, при которых те же самые операции, проводимые тем же самым врачом, будут осуществляться в менее подготовленных и оборудованных операционных, пациенты будут наблюдаться реже и медперсоналом более низкого качества, а палаты пребывания будут меньших размеров или на нескольких больных. И тем не менее – качество частной медицины при любом раскладе окажется выше государственной.

В небольших частных больницах уровень лечения, конечно же, ниже, но, во-первых, там и уровень образованности пациентов, а значит и уровень их потребностей тоже намного ниже, во-вторых, сервис в любом случае остается лучше государственного. Однако, именно через эти больницы проходит наибольший поток пациентов.

И конечно, наибольшая проблема пакистанской официальной медицины – это катастрофическая нехватка кадров. В настоящее время на одного доктора приходится порядка 1500 больных (для сравнения – в России примерно 1:240). Однако это только в среднем по стране. Реально же число докторов в крупных городах и центральном Панджабе намного выше, чем на остальной территории страны. Минимально обеспеченными оказываются регионы Белуджистана, Северных пограничных и горных территорий. Именно это вызывает рост неврачебных больничных учреждений – на окраинах больших городов, в небольших городах и деревнях работает множество больниц, которые открываются средним медицинским персоналом: фельдшерами и медсестрами. Они выполняют все врачебные функции, вплоть до операций, но за очень небольшие деньги. Соответственно, качество лечения очень низкое. В более удаленных деревнях нет и такого: лечение осуществляют люди абсолютно без медицинского образования, которые проработали в

каком-то медучреждении некоторое время – как правило, медсестрами или медбратьями. В исключительных случаях свои больницы открывают и помощники аптекарей, и даже младший.

Стоит отметить, что средний медицинский персонал условно можно поделить на две неравные группы: имеющий медицинское образование (их минимум) и не имеющие. В крупных частных больницах и во всех государственных работают медсестры и медбратья только с соответствующим дипломом. Большинство колледжей для среднего медицинского персонала частные, хозяевами и преподавателями их являются, как правило, врачи с лицензией на преподавание. Другая часть среднего персонала получает практическое образование в больницах, куда они устраиваются помощниками медсестер и работают бесплатно до тех пор, пока не научатся минимальным навыкам. Стоит отметить, что для юношей из семей со средним доходом работать медбратом довольно престижно (поскольку это дает шанс в дальнейшем открыть свою практику). А вот к девушкам-медсестрам отношение неоднозначное. Очень часто они ассоциируются с девушками легкого поведения и большинство из них после замужества работу оставляют.

Ситуация с лекарствами в Пакистане вполне нормальная. Кроме того, что множество международных компаний открывают филиалы в этой стране, там существует и огромное количество местных фармацевтических фирм – от производящих качественные препараты до фактических плацебо с очень низкими долями лекарственного вещества. Конечно, с последними правительство пытается бороться и закрывать их, но они с новым названием легко воскресают, иногда вообще переводят производство в Пешавар, где ничего проверить толком невозможно. Как правило, у качественных препаратов цена достаточно высокая, поэтому многие пациенты предпочитают покупать дешевые аналоги (лекарства отпускаются в аптеках, и если у больного денег недостаточно для покупки лекарства, назначенного врачом, то фармацевт сам может подобрать аналог по химическому составу, но по более низкой цене); это негативно сказывается на лечении, а зачастую может и просто навредить больному. Это тоже один из факторов, почему пакистанцы не доверяют официальной медицине, хотя по большому счету здесь они виноваты сами.

Также стоит отметить, что несмотря на то, что пакистанские врачи в государственных больницах получают очень приличные зарплаты (ставка без учета дополнительных оплат в виде работы в выходные, возмещения расходов на проезд или аренду квартиры у начинающего врача общей практики составляет около 700 долларов, для сравнения – у учителя в школе около 400) и большинство работает дополнительно в частном секторе, множество пакистанских врачей уезжает из страны, особенно хороших специалистов. Основные направления – Саудовская Аравия и страны Залива, Англия, США, Канада, Австралия. В одной только США легально работают более 17 000 врачей из Пакистана.

На отдельном положении находятся военные медики. Кроме того, что армия обеспечена лучшими больницами с максимальным количеством новейшего оборудования (там лечатся не только военные, но и члены их семей), лучших выпускников гражданских медицинских вузов тоже старательно переманивают в военные госпитали. И, если честно, переманивать есть чем – военные врачи получают зарплаты на порядок выше, обеспечиваются жильем и транспортом, могут претендовать на максимальные пенсии, устройство детей в элитные школы и прочие привилегии.

Несмотря на то, что врач в Пакистане – это представитель высшего слоя населения с высокими и крайне высокими доходами, все доктора объединены в несколько профсоюзов и профессиональных организаций, которые постоянно борются за свои права. Медики довольно часто устраивают митинги и забастовки, которые могут приводить к закрытию всех больниц небольшого города или района; правительство предпочитает удовлетворить требования врачей, нежели чем ждать уже полноценного народного волнения больных и их родственников.

В Пакистане есть система скорой медицинской помощи: работают как частные организации, так и бесплатные. Главная проблема заключается в том, что «скорая» в Пакистане практически не может оказать помощь на месте и фактически выполняет транспортные услуги, доставляя больных в больницы. Есть и еще нюанс: «скорая» в Пакистане далеко не всегда может приехать быстро – пробки в крупных городах и бездорожье в деревнях делают свое дело. Да и правила уличного движения не предусматривают беспрепятственного пропуска машин с красным полумесяцем. Некоторые функции «скорой» выполняют отделения Resque, которые аналогичны

российским МЧС; они организованы сравнительно недавно и укомплектованы специалистами, которых готовят в отдельных центрах. Впрочем, большинство больных до сих пор добирается до больниц самостоятельно на любых транспортных средствах, вплоть до гужевого транспорта. Многих лежачих больных привозят на микроавтобусах вместе с кроватями. Это обусловлено тем, что еще недавно вызвать врача на дом было вообще невозможно. В последние годы ситуация начала меняться, и некоторые врачи выезжают к своим постоянным клиентам, но за очень высокую оплату.

Современная медицина приживается в Пакистане достаточно сложно, слишком короткий путь она успела пройти в этой стране. Конечно, сейчас принимаются меры по ее оптимизации и активации, но они не эффективны. Так, около 3 лет назад была принята государственная программа по регистрации больниц (как государственных, так и частных), которая регламентировала количество и качество персонала и оборудования в зависимости от класса больницы. Пройти эту регистрацию до сих пор не могут даже обеспеченные государственные больницы, поскольку стандарты взяты вслепую «по американской системе», а ситуация в самой стране не была учтена. В связи с этим программа, по сути и не очень плохая, просто «зависла». Аналогичные стандарты в феврале этого года были приняты и для аптек, что вылилось в несколько митингов фармацевтов в крупных городах, закончившихся взрывами и гибелью людей. Исполнение данной программы до сих пор «под вопросом».

Я считаю, что оптимизировать официальную медицину Пакистана не только можно, но и нужно. Однако, для этого первоначально следует провести хотя бы некоторые научные исследования этой области и выявить реальные экономические возможности страны. Очевидно, что обычное копирование западных стандартов в настоящий момент в пакистанской медицине невозможно.

Библиография:

Баканова, М.В. *Мир под названием Пакистан* Канада, из-во Альтаспера, 2015. 405 с.

Bodeker G., Kronenberg F., Burfor G. Policy and public health perspectives in traditional, complementary and alternative medicine: An overview. In: Bodeker G.,

Burford G., editors. Traditional, complementary and alternative medicine. Policy and public health perspectives. London: Imperial College Press; 2007. pp. 9–40.

“Health Care Systems in Transition III Pakistan” Journal of Public Health Medicine. Retrieved 2009-12-12.

“Medicine access in Pakistan: Priority Concerns” Zaidi S, Bigdeli M, Aleem N, Rashidian A, PLoS ONE May 2013

Official web site of King Edwards Medical University www.kemu.edu.pk

Official web site of Liaquat University of Medical and Health Sciences www.lumhs.edu.pk

Official web site of Pakistani Medical and Dental Council www.pmdc.org.pk

Official web site of Ministry of National Health Services, Regulation and Coordination Government of Pakistan www.nhsr.gov.pk

Official web site of Health Department of Punjab www.punjab.gov.pk

Official web site National Institute of Population Studies www.nips.org.pk

“Why Pakistan lags behind in research” SciDev.Net. Retrieved 2005-06-20 Jafarey N.A.