



МЕДИЦИНА

№4
2015

Оглавление

Скворцова В. И. Современный этап развития биомедицины	1
Данишевский К. Д. Этическая база доказательной медицины	8
Саверский А. В. Отношения врача и пациента: неписаное право, конфликты и парадоксы	17
ОНФ подвел итоги мониторинга лекарственного обеспечения за 2015 год	26
Комаров Ю. М. Как нам дальше развивать здравоохранение? Часть 1. О конвергенции разных систем здравоохранения	30
Комаров Ю. М. Образ жизни и здоровье	41

**БЕСПЛАТНОЕ РЕЦЕНЗИРУЕМОЕ НАУЧНОЕ
ИНТЕРНЕТ-ИЗДАНИЕ С ОТКРЫТЫМ ДОСТУПОМ,
ПУБЛИКУЮЩЕЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ОРИГИНАЛЬНЫХ НАУЧНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ
ВО ВСЕХ ОБЛАСТЯХ МЕДИЦИНЫ**

Журнал «Медицина»

бесплатное рецензируемое научное интернет-издание
с открытым доступом

№ 4, 2015

Главный редактор

Данишевский К. Д., д. м. н., профессор

Председатель Редакционного совета

Стародубов В. И., академик РАМН

Редколлегия

Андрусенко А. А., к. м. н.

Барях Е. А., к. м. н.

Власов В. В., д. м. н., профессор

Немцов А. В., д. м. н., профессор

Плавинский С. Л., д. м. н., профессор

Савчук С. А., д. х. н.

Тетенова Е. Ю., к. м. н.

Шабашов А. Е., к. м. н.

Редакционный совет

Боярский С. Г., к. м. н.

Гаспаришвили А. Т., к. ф. н.

Новиков Г. А., д. м. н., проф.

Фролов М. Ю., к. м. н.

Ответственный секретарь редакции

Колгашкин А. Ю.

Адрес издания в сети Интернет: fsmj.ru

Свидетельство о регистрации средства массовой информации Эл № ФС77-52280
от 25 декабря 2012 года выдано Федеральной службой по надзору в сфере связи,
информационных технологий и массовых коммуникаций

© Журнал «Медицина», 2015

Современный этап развития биомедицины

Выступление на научной сессии общего собрания членов РАН на тему «Научные основы эффективности и безопасности лекарственных средств»

Скворцова В.И.

Министр здравоохранения Российской Федерации, член-корреспондент РАН

Выступление посвящено проблеме развития биомедицины, необходимости быстрого доведения результатов научных исследований до медицинского продукта, важности использования достижений биомедицины в фармакологии. Подчеркивается важность развития биомедицины как фактора биологической и инфекционной безопасности страны.

Ключевые слова: биомедицина, фармакология, фармацевтическое производство, лекарственное обеспечение, стратегия развития медицинской науки, качество лекарственных средств, безопасность лекарственных средств

Развитие биомедицины на современном историческом этапе отражает и определяет социально-экономическое развитие любой страны, возможности обеспечения национальной независимости и национальной безопасности.

Реализация основных задач, которые ставит перед собой государство в области улучшения демографической ситуации, укрепления человеческого потенциала, повышения продолжительности и качества жизни, базируется на достижениях биомедицины. Лишь с помощью внедрения современных биомедицинских технологий возможно осуществить переход от стандартизованного лечения отдельных заболеваний к принципам персонифицированной медицины – к медицинскому сопровождению жизни каждого человека с применением персонифицированных методов раннего прогнозирования и профилактики, диагностики с выявлением патологических состояний на самых ранних стадиях, а при необходимости – персонифицированных фармакотерапевтических и высокотехнологичных малоинвазивных методов лечения.

Роль Российской академии наук в развитии биомедицины всегда была лидирующей, а с учетом особенностей исторического периода становится еще более значимой. Не случайно, что именно сегодня проходит сессия, посвященная проблемам современной медицинской науки, лекарственного обеспечения населения.

Хотелось бы отметить, что только к началу XXI века фундаментальные биомедицинские науки достигли такого уровня развития, который определил возможность их выхода на передовые рубежи всей современной науки. Это касается не только нашей страны, но и всего мира. В настоящее время именно вокруг биомедицины концентрируются точные, инженерные, естественные и другие дисциплины, целевым ориентиром для которых становятся науки о жизни и человеке. Фактически, биомедицина сегодня объединяет в себе области большого числа смежных наук.

Отдельно следует сказать о развитии информационных технологий, которые практически позволили внедрить новые направления системной и количественной биологии, решающие задачи построения математических моделей биологических процессов, их симуляции на внутриклеточном, межклеточном и эпидемиологическом уровне. Созданы основы для прогнозирования реакции организма на различные стимулы, в том числе стимулы лекарственные. Решаемые в данном случае задачи включают виртуальное моделирование процессов, моделирование экспериментов *in silico*, молекулярный докинг, биомолекулярный скрининг новых лекарственных средств, компьютерное моделирование пространственной структуры молекул и их взаимодействий, анализ сигнальных, регуляторных, метаболических сетей, межклеточных взаимодействий, а также сложный анализ ассоциаций геномных, транскриптомных и протеомных данных.

Министерством здравоохранения Российской Федерации, по поручению Президента Российской Федерации В.В. Путина, была разработана Стратегия развития медицинской науки до 2025 года. Она была утверждена распоряжением Правительства Российской Федерации в декабре 2012 года.

Главной задачей стратегии развития медицинской науки является создание системы инновационных потоков, то есть быстрого доведения результатов научных исследований до медицинского продукта – конкретного лекарственного средства, прибора или тест-системы. Необходимо укоротить всю эту «инновационную цепочку» – от идеи и молекулы до создания конечного продукта – минимум в два раза – с 10–12 лет, как это происходит у нас сейчас, до 5–6 лет, как это происходит в странах с наиболее развитыми системами организации биомедицинской науки. Для этого, прежде всего, необходимо создание единой системы приоритетов и научного планирования. Только такой подход позволит устранить существующее многократное дублирование научных тематик, в том числе малозначимых, концентрировать имеющиеся финансовые и другие ресурсы в самых «критических» перспективных зонах, не разрывать «инновационную цепочку» и координировать все ее этапы от научных исследований до внедрения.

Для того чтобы можно было преодолеть имеющиеся сегодня административные межведомственные барьеры, Минздравом совместно с Российской академией наук был создан межведомственный научный совет, в который вошли представители всех заинтересованных ведомств и структур, участвующих в организации биомедицинской науки: Министерство образования и науки, Федеральное Агентство научных организаций, Министерство промышленности и торговли, комитеты Государственной Думы и Совета Федерации, а также научные фонды, институты развития и др.

Для управления реализацией Стратегии развития медицинской науки было выделено 14 научных платформ, или направлений (утверждены Приказом Минздрава России). Это позволило за первые полтора года провести анализ имеющихся в стране компетенций по каждому направлению, сравнив их с имеющимися компетенциями в мире, таким образом

определив зоны, которые требуют ускоренного развития для предотвращения критического отставания от соответствующих ведущих медицинских школ мира.

Одной из ведущих научно-технологических платформ биомедицины является фармакология. К приоритетам ее развития межведомственной группой экспертов отнесены:

- создание экспериментальных моделей, имитирующих патологические состояния человека (трансляционные модели);
- анализ изменений рецепторных структур и систем формирования клеточного ответа применительно к конкретной патологии, выявление мишеней фармакологической регуляции;
- определение молекулярных мишеней опухолевых клеток с целью создания эффективных противоопухолевых препаратов направленного действия;
- определение молекулярных мишеней микроорганизмов для создания мишень-направленных антибактериальных средств;
- разработка лекарственных форм новых фармакологически активных соединений и биотехнологических препаратов;
- разработка новых лекарственных форм уже существующих препаратов, в том числе с применением новых, включая нано-, технологий, с целью оптимизации их практического использования;
- создание комбинированных лекарственных форм;
- разработка промышленных штаммов-суперпродуцентов инновационных антибиотиков.
- создание новых способов адресной доставки лекарственных препаратов.

Все эти направления зафиксированы как приоритетные направления развития отечественной фармакологии.

Для поиска новых фармакологических мишеней необходимо моделирование патологии в экспериментах *in vivo* и *in vitro* и синтез мишень-направленных фармакологически активных соединений. Поэтому планом реализации стратегии медицинской науки предусмотрено создание сети сертифицированных вивариев, банков биологического материала и чистых клеточных линий, в соответствии с международными требованиями GLP и другими правилами «надлежащих» практик.

Следует отметить, что уже в 2016 году должны быть созданы новые центры трансляционной медицины, которые включают в себя все необходимые компоненты для обеспечения эффективной работы. Часть из создаваемых центров размещается на территории ведущих российских медицинских ВУЗов, часть – на базе ведущих научных исследовательских центров в области биомедицины. Основаны они будут на кластерном принципе организации для консолидации всех научных, образовательных и других возможностей.

Среди приоритетов активно развивающихся областей фармакологии необходимо отметить:

- нейрофармакологию, базирующуюся на изучении механизмов действия различных нейротрансмиттеров, создании новых препаратов и методов их доставки, в частности, методов доставки через гематоэнцефалический барьер;
- нанобиотехнологии – применение наночастиц для направленной доставки лекарственных препаратов в пораженные клетки, а также мини-антител, предназначенных для использования в терапевтических и профилактических (вакцины) целях;
- биофармацевтические технологии, благодаря которым разработаны биотерапевтические препараты, обладающие наиболее высокой на сегодняшний день избирательностью («таргетностью») действия;
- моделирование биологических процессов, включая компьютерный дизайн лекарств;
- иммунобиологические технологии, базирующиеся на стыке иммунологии и молекулярной биологии, а также генной инженерии.

На этом последнем направлении хотелось бы отдельно остановиться, поскольку особый вектор развития биомедицины в Российской Федерации задан на развитие биологической безопасности страны. Данное направление основывается на разработке вакцин против инфекционных и неинфекционных заболеваний, а также создании высокочувствительных сенсоров и методов диагностики.

На ближайшие 2 года создан план мероприятий по разработке и производству современных иммунобиологических лекарственных препаратов. Часть из них выйдут в производство уже в 2016 году.

Важнейшая задача – обеспечить в течение 3–5 лет производство отечественных сенсорных приборов и биодетекторов, работающих в автономном режиме без участия человеческого фактора.

Особой проблемой, имеющей приоритетное значение для нашей страны, является область инфекционной безопасности, основанная на преодолении антибиотикорезистентности. В нашей стране, как и в других странах мира, принимаются меры, направленные на поиск новых кандидатных противобактериальных соединений, в частности, природных соединений и молекул, используемых иммунной системой для противоинфекционной защиты. Это направление должно быть существенно усилено, поддержано технологически и финансово.

Хотелось бы отметить, что планом реализации Стратегии развития медицинской науки предусмотрено создание Национального банка сывороток, в том числе, с целью оценки популяционного иммунитета и антибиотикорезистентности населения Российской Федерации с учетом этнической принадлежности людей и мест их проживания.

Накоплен потенциал для внедрения в клиническую практику биомедицинских клеточных продуктов – как чистых клеточных линий, так и комбинированных клеточных продуктов, в том числе выращенных из клеток аутологичных тканей и органов – кожи, костной и хрящевой ткани, уретры, роговицы. Это направление является новым для нашего здравоохранения, однако, хотелось бы отметить, что в настоящее время Государственной Думой рассмотрен и принят в первом чтении проект федерального закона «О биомедицинских клеточных продуктах». Мы очень надеемся на скорое его принятие, поскольку это позволит открыть «шлюз» для разработки и применения большого количества клеточных продуктов, которые должны повысить качество и возможности оказания медицинской помощи населению. В стране есть серьезные наработки для обеспечения нашего устойчивого лидерства в этом направлении.

В соответствии со стратегией национальной безопасности Российской Федерации, одним из главных направлений в среднесрочной перспективе является обеспечение населения высококачественными, доступными и безопасными лекарственными препаратами.

Сегодня, в период санкций, направленных на ограничение возможностей нашей страны, в том числе в направлении нашей фармакологической независимости, особенно важно развивать отечественную фармакологию и фармацевтическое производство и обеспечить необходимыми препаратами население.

Развитие российской иммунобиологии позволяет уже сейчас формировать наш экспортный потенциал в части вакцин против сезонного гриппа, тропических и особо опасных инфекций, востребованных во многих регионах мира. В 2015 году начато строительство совместного производства вакцин в Никарагуа. Вакцины сертифицированы за рубежом, и есть возможность насыщать ими потребности центрально- и латиноамериканского региона. Это десятки миллионов доз.

Для обеспечения безопасности в области фармакологии за последние годы сделано очень много. В 2015 г. впервые после долгого перерыва была разработана и утверждена

Национальная фармакопея Российской Федерации 13-го издания. В ее создании в течение 1,5 лет принимали участие ведущие российские эксперты в области фармакологии. По своему уровню и объему данное издание может быть сопоставлено лишь с последним советским изданием, но на современном технологическом уровне. Национальная фармакопея является платформой для обеспечения качества лекарственных средств, а, следовательно, и медицинской помощи, и высоко оценена за рубежом.

Наряду с этим, существенно усовершенствованы и принципы государственной регистрации лекарственных препаратов, и системы контроля и надзора за их качеством и качеством лекарственных субстанций, учета и анализа всех нежелательных эффектов и побочных действий применяемых лекарственных препаратов.

В Российской Федерации создано 12 крупных стационарных лабораторных комплексов проверки качества и безопасности лекарственных препаратов, минимум по одному в каждом Федеральном округе. Внедрены мобильные лабораторные комплексы, оснащенные новыми методами неразрушающего анализа качества лекарственных препаратов на основе спектроскопии. Это позволило существенно расширить охват проверками аптечных организаций, складов, производственных площадок. В результате, количество некачественной лекарственной продукции на рынке Российской Федерации снизилось до 0,5–0,6%, а фальсификата – ниже 0,01%, что отражает существенное повышение качества и безопасности лекарственных препаратов, по сравнению с тем, что мы имели еще несколько лет назад.

С 2016 года мы начинаем внедрять новую систему маркировки лекарственных препаратов для возможности непрерывного отслеживания всей цепочки их обращения – от производственной площадки до поступления в аптечную сеть и рук потребителя. Каждый человек при покупке лекарств сможет с помощью мобильных устройств, например, смартфона, подтвердить их подлинность, в том числе номер серии и другие параметры.

Таким образом, государство вместе с Российской академией наук формирует среду, в которой не только не страшно, но и привлекательно заниматься фармакологическими исследованиями и фармацевтическим бизнесом, и исключена возможность манипулировать лекарственными препаратами.

В 2015 году выдано 612 разрешений на проведение клинических исследований лекарственных препаратов, из них 43,3% (265) – на российские клинические исследования. 60% всех зарегистрированных в 2015 году препаратов – российские. Увеличивается число зарегистрированных отечественных препаратов, которые производятся по полному циклу или с процесса обработки лекарственной субстанции.

Дорогие коллеги, спасибо большое за возможность принять участие в работе этой важной сессии РАН. Хотелось бы еще раз вас поприветствовать и поблагодарить за огромный

труд. Министерство здравоохранения Российской Федерации не просто открыто для сотрудничества, а мы не представляем нашей работы без сотрудничества с Российской академией наук. Хочу пожелать Вам огромных успехов! От того, как мы с вами сработаем, зависит благополучие страны.

The current stage of development of biomedicine

Speech at the scientific session of the General Meeting of the members of the Russian Academy of Sciences on the topic "Scientific basis of efficacy and safety of medical drugs"

Skvortsova V.I.

Minister of Health of the Russian Federation, Corresponding Member of Russian Academy of Sciences

Presentation dwells on the progress of biomedicine, the need for rapid application of scientific research results in medical products, the importance of using biomedical achievements in pharmacology. The paramount importance of advances in biomedicine as a factor for infectious and biological security of the country is stressed.

Key words: biomedicine, pharmacology, pharmaceutical manufacturing, drug provision, the strategy of development of medical science, the quality of drugs, drug safety

Этическая база доказательной медицины

Данишевский К. Д.

д.м.н., профессор Высшей школы экономики. Москва.

В статье рассматриваются особенности этики коммунитаризма, либерализма и утилитаризма применительно к медицине. Делается вывод о неприменимости исключительно рыночного подхода к организации здравоохранения, показывается, что в основе доказательной медицины лежит этика утилитаризма.

Ключевые слова: доказательная медицина, коммунитаризм, либерализм, утилитаризм, свободный рынок, асимметрия информации, этика

Существуют научные свидетельства того, что введение ограничений или полный запрет на проведение аборт без медицинских показаний не влияет сколько-нибудь значительно на уровень рождаемости. Эти запреты, однако, могут приводить к росту количества криминальных абортов и материнской смертности. В частности, даже в такой тоталитарной стране, которой был СССР во времена «отца всех народов», запрет абортов привел лишь к кратковременному семипроцентному росту рождаемости¹. И это произошло до изобретения медикаментозных абортов, в ситуации, когда никакого официального частного сектора не существовало ни в медицине, ни в любой иной отрасли. Таким образом, запрет абортов в 1936, в отличие от нынешнего времени, действительно означал почти полный запрет.

Здесь необходимо отметить, что показатель рождаемости вообще является крайне непоказательным, синтетическим индикатором. С точки зрения долгосрочных демографических прогнозов он не слишком полезен. Ограничениям данного показателя можно было бы посвятить целое исследование. В частности, в Таджикистане после развала СССР во многих районах не более половины детей регистрируются и получают метрику до поступления в школу. То есть показатель рождаемости в отдельных районах выше почти в два раза по сравнению с официальной статистикой. Это, кстати, приводит к тому, что официальный показатель младенческой смертности оказывается занижен фактически на порядок: официально он составляет около 17 на 1000², а по данным исследований домохозяйств приближается к 100-120 на 1000 живорожденных³.

Остановимся вскользь лишь на двух важнейших характеристиках делающих показатель рождаемости довольно непоказательным, неудачным способом померить реально происходящие демографические процессы, так как это вообще наглядный пример в отношении проблемы измерения биомедицинских процессов. Во-первых, показатель рождаемости измеряется в количестве детей рожденных на тысячу, при этом он абсолютно ничего не говорит про то, кто такие эта «тысяча». Мы не знаем не то что про

¹ С.В. Захаров, Рождаемость в России: первый и второй демографический переход, Демоскоп.
http://www.demoscope.ru/weekly/znagi/konfer/konfer_08.html

² База данных «Здоровье для всех», ВОЗ

³ Multiple Indicator Cluster Survey, Таджикистан, 2003 год

уровень образования и грамотности населения входящего в эту «тысячу» – индикаторы, которые обычно обратно пропорциональны вероятности рождения большого количества детей (как и высокие доходы, за исключением религиозных людей). Что более важно, мы ничего не знаем про половозрастное распределение этой «тысячи» условных граждан. В тоже время, данная «тысяча» может полностью состоять из мужчин пенсионного возраста или же на 90% из женщин фертильного возраста. Думаю, не стоит объяснять читателю, что рождаемость на «тысячу» будет сильно отличаться в подобных двух случаях. Рост рождаемости в России начавшийся в 1999 году, который вероятно завершился еще до 2010 года, в значительной мере объяснялся изменением в знаменатели этой дроби. Просто тысяча людей в 2000 году отличается по возрасту от тысячи средних российских граждан на 1995 год, за счет того, что когорта людей рожденных во время антиалкогольной кампании достигла детородного возраста. А если женщин фертильного возраста на каждую тысячу Россиян приходится очень много, то и показатель рождаемости будет относительно высоким.

Наконец, второй важный момент, ограничивающий применение и требующий осторожности при интерпретации показателя рождаемости, это кратковременность данного замера и низкая актуальность этого показателя для долгосрочных демографических прогнозов. В погоне за ростом рождаемости, правительства многих стран, в том числе и России, слишком большой упор порой делают на достижение кратковременных всплесков рождаемости к памятной дате или очередным выборам, предоставляя финансовые стимулы, мало заботясь при этом о том, какие последствия это будет иметь, и какие социальные слои населения будут реагировать. Апофеоза подобная политика погони за индикаторами достигла, когда, например, в Ульяновской области было объявлено от том, что все родившие детей в «день России» получают призы. А главный приз *автомобиль* (читать с интонацией бессменного ведущего программы «Поле чудес» - Леонида Якубовича). Подобные объявления «о конкурсе» кстати, часто делаются за несколько месяцев до памятной даты, то есть, когда повлиять на желание женщины зачать ребенка, нет уже никакой возможности. Эта ситуация в Ульяновске привела к тому, что женщины из наиболее бедных слоев населения искусственно стимулировали роды или уговаривали врачей сделать им кесарево сечение 12 июня. В результате в этот день количество рождений действительно сильно превысило базовый уровень. Правда через 1-2 дня и за 1-2 дня до событий рождаемость была значительно ниже или такой же, как в этот день. А в непосредственно в памятный день и в течении нескольких часов до, и после, врачи разрывались между рожаящими женщинами⁴. Стоит ли говорить о том, что хотя кратковременного «повышения рождаемости» достичь удалось, реальной пользы с точки зрения демографии, а тем более, здоровья населения подобная популистская мера не принесла. Похожая ситуация часто отмечается и с показателями рождаемости за год, которые куда менее важны, чем показатель фертильности – то есть количества родов одной женщиной за всю жизнь.

⁴ Я. Левин, Стимуляция, Российская газета, 21 июля 2008

Коль скоро запрет абортaв фактически не влияет на уровень фертильности, а может вызвать, в лучшем случае, кратковременный подъем рождаемости, выражаемый в чуть большем количестве детей рожденных в текущем году, данная мера не слишком эффективна с точки зрения изменения демографической ситуации. Собственно для большинства мер, направленных на увеличение рождаемости хороших доказательств эффективности как правило немного, в отличие от способов снижения рождаемости, которые изучены и доказано работают в большинстве стран. Однако вернемся к нашему вопросу: стоит ли запрещать абортaв? Почему во многих странах вопрос о запрете абортaв поднимается снова и снова? Почему в США prolife movement, то есть движение за жизнь год за годом убивает врачей, делающих абортaв и взрывает клиники производящие прерывание беременности? Почему продолжается их долгое противостояние с движением pro choice – за выбор? (Только в период с 1993 по 1998 год было убито 7 медиков связанных с проведением абортaв.) Ответ крайне прост. Наши рассуждения о пользе или вреде абортaв с точки зрения влияния на демографическую ситуацию и здоровье являются далеко не единственными аргументом за или против запрета абортaв.

Ответ на вопрос касательно запрета абортaв, как и на большинство других медицинских вопросов, особенно в области организации и экономики здравоохранения, лежит в плоскости ценностей. Люди из года в год выступающие против абортaв, лишь изредка спекулируют демографическими аргументами, так как для них, на самом деле, важны совсем другие доводы – религиозные или этические. Любопытно, что то же самое касается и большинства из тех, кто отстаивает право женщины сделать аборт.

Три этические теории

Существует три основных этических течения: коммуитаризм, либерализм и утилитаризм. Как и в случае с любыми теоретическими представлениями, объединение всех устремлений, доводов и философий в три простые группы, представляет собой некоторое упрощение. Как в случае, если бы вы попытались нарисовать пейзаж за окном, получившаяся картина была бы лишь некоторой уловной схемой реальности, а не самим пейзажем, точно так же любая теория, является сильным упрощением действительности. Однако, как в случае с демократией – которая, со слов Черчилля, «является худшей системой государственного устройства, если не считать все остальные»⁵, данная классификация, по мнению авторов, удобна в пользовании и понятна. И дает четкую базу для понимания того, откуда происходит доказательная медицина и почему, если она такая совершенная, существует какая-то иная, «недоказательная».

⁵ Речь в Парламенте, 11 ноября 1947 года.

Коммунитаризм

Коммунитаризм происходит от латинского корня, который является основой английского слова community – община, общество. Это этическое направление, базируется на представлении о том, что каждое общество должно стимулировать развитие у своих членов неких черт, которые бы делали членов данного общества идеальными представителями рода человеческого. Выделяют универсальный и локальный коммунитаризм. В то время как для первого характерно представление о том, что все люди в мире должны соответствовать представлениям о «правильном члене общества», характерным для данной общины, то в случае с локальным коммунитаризмом, признаваемые правила считаются верными лишь для ограниченного числа людей, принадлежащих к конкретному обществу, определяемому в тех или иных границах. Так, в ранние советские годы в планы коммунистической партии СССР входило построение коммунизма во всем мире, это был яркий пример универсального коммунитаризма. После того, как была провозглашена попытка построить коммунизм в отдельно взятой стране, на смену ему пришел коммунитаризм локальный. Представления же о добре и зле продолжали базироваться на марксистско-ленинской философии, а характеристики правильного члена общества были описаны, например, в моральном кодексе строителя коммунизма⁶. Фундаментальные религии, насаждаемые огнем и мечем или толпами миссионеров, являются универсальными коммунитарными представлениями, в отличие от многих «закрытых» религий, таких как иудаизм, индуизм, или ряда тайных сект.

Для коммунитарных обществ характерны определенные особенности медицины и здравоохранения. Люди в таких обществах часто имеют изначально различную ценность, в зависимости от того, насколько полно они соответствуют представлениям о том, кто такой правильный член данного общества. Часто, применяемые подходы будут нуждаться в идеологическом, а не научном обосновании. Поскольку более правильные члены общества, являются более ценными, то в их отношении могут применять очень дорогие и неэффективные медицинские походы, просто потому, что надо же что-то делать. Для коммунитарных обществ характерно посторенние множества параллельных систем, отличающихся по уровню качества и размерам инвестиций. В СССР по некоторым данным было до 127 параллельных систем, в том числе и, не скупясь на средства, обслуживавших руководство страны, в то время как в половине совсем базовых учреждений не было водопровода⁷. Ситуация, кстати, не сильно отличается и по сей день, во многом благодаря тому, что многие российские граждане исповедуют коммунитаризм и считают, что эта система более-менее справедлива.

В отношении неправильных членов общества могут применять заведомо вредные вмешательства. Проводя исследования в одной из областей в центральной России, автор

⁶ Моральный кодекс строителя коммунизма, 22-й съезд КПСС, 1961 год.

⁷ Здравоохранение в эпоху перемен. Россия. Обсерватория ВОЗ. Трагакес и Лессоф. 2003 год.

участвовал в разговоре с акушерами, которые жаловались на бездомную женщину, которая ежегодно рожала у них в роддоме. После родов, ее обыкновенно лишали родительских прав и забирали ребенка, после чего она снова рожала. Врачи всерьез обсуждали необходимость перевязки ей маточных труб при следующих родах. Мысль спросить ее согласия не высказывалась и, когда была предложена, была воспринята как абсурдная. С коммунитарной точки зрения, являясь неправильным членом общества, данная женщина не имеет права рожать.

Дискриминация любых «маргиналов» или людей отличающихся по тем или иным признакам, также характерна для обществ с коммунитарным наследием. Часто решения, принимаемые в коммунитарных обществах, принимаются вопреки научным данным. Стоит вспомнить, что в России до сих пор государственно не одобряются ни один из методов работы с наркоманами, которые не предусматривали бы полного отказа от использования любых психотропных веществ. Другими яркими примерами могут быть высказываемые порой предложения сослать всех наркозависимых и ВИЧ-инфицированных в изоляцию.

Либерализм

Либерализм – от слова liberty – свобода, это концепция, базирующаяся на представлении о том, что главной базовой ценностью является свобода, право выбора. Либералы считают, что никто не может решить за человека, что для него хорошо, и что плохо, и что для того чтобы человек был счастлив, ему надо дать право самому решать, как стать счастливей. Вытекающей из идей либерализма является концепция свободного рынка, которая гласит, что покупатели и производители услуг сами могут «договориться» и попытки вмешательства лишь ухудшают ситуацию.

Итальянский экономист Парето описавший в конце XIX века то, что сейчас принято называть «улучшение Парето», обосновывал свободный рынок аргументами о том, что рынок делает людей счастливей. Когда человек покупает буханку хлеба за 10 рублей, то и человек купивший хлеб и человек продавший хлеб, становятся немного счастливей. В результате этой свободной транзакции, проходящей без всякого вмешательства государства или общественных регулирующих институтов, два человека – покупатель и продавец, стали чуть-чуть счастливее. Для продавца 10 рублей были ценнее батона хлеба. Для покупателя батон был ценнее, чем 10 рублей. Миллиарды транзакций ежедневно делают каждая двух людей - участников рынка, чуть счастливей! Таким образом, свободный рынок чрез «улучшение Парето» приводит к оптимальному распределению ограниченных ресурсов в мире с учетом индивидуальных предпочтений, и, в итоге, к максимизации всеобщего счастья. Больше того, человек приобретший хлеб, возможно, был готов заплатить и 12 рублей за него, а продавец, вероятно, был готов продать за 8 рублей, но равновесная рыночная цена находилась на уровне 10 рублей. Таким образом,

образовался «излишек продавца» и «излишек покупателя», каждый составляющей 2 рубля.

Выделяют два направления либерализма: либертаризм и эгалитаризм. Либертариисты признают негативное право человека быть оставленным в покое. Принцип либертаризма – «если хочешь есть – заработай себе на еду». Если человек не хочет работать, значит для него «излишек покупателя» еды не превышает «излишек продавца» своего времени (а любая работа может рассматриваться, как продажа своего свободного времени). Для либертарииста, человек, который не хочет работать и умирает от голода, просто сделал свой разумный выбор. И если человек не заработал на медицинскую помощь, и не может ее себе позволить в тот момент, когда она ему нужна, ну что ж, – ему не повезло, надо было раньше думать... Однако, все было бы действительно хорошо если бы рынок «работал», то есть приводил к «улучшению Парето», всегда. К сожалению это не так, в силу ошибок и несправедливостей рынка.

Ошибки рынка

Либертарная модель и свободный рынок работали бы, если бы не было двух важных ограничений – ошибок рынка и несправедливости рынка. Ошибками рынка принято называть ситуации, когда произошедшая транзакция не привела к улучшению Парето. Для того, чтобы улучшение Парето могло произойти необходимо соблюдение ряда условий:

1) Обе стороны, участвующие в транзакции, должны быть одинаково хорошо информированы. Не должно быть асимметрии информации, к которой приводит разный уровень познаний продавца и покупателя в отношении предмета сделки. Однако, в здравоохранении и в ряде других отраслей потребитель с точки зрения продавца – дурак. Продавец услуг, например, врач обучавшийся медицине в течение 10 лет, знает намного больше, чем пациент и может убедить его принять любое решение, в частности, о приобретении совершенно не нужных ему товаров или услуг медицинского характера.

Способствовать асимметрии информации может и гетерогенность товара: когда два товара с идентичным названием, выглядящие одинаково, могут сильно отличаться друг от друга. Например, две бутылки кока-колы совершенно идентичны, то есть гомогенны, в то время как две аппендэктомии, или два внешне схожих антибиотика могут быть совершенно отличными. В целом, услуги характеризуются гораздо большей гетерогенностью, по сравнению с товарами. Хотя рынок медицинских товаров также характеризуется высокой гетерогенностью. Так, баеровский аспирин и отечественная ацетилсалициловая кислота это схожие товары, фактически одно и то же. Однако, они значительно отличаются по цене. Для рядового потребителя совершенно не ясно, является ли десятикратная разница в цене обоснованной десятикратным же превосходством в эффективности, или же все дело в чем-то еще. В ситуации, когда цена

является чуть ли не единственной характеристикой товара или услуги по которой ориентируется потребитель, не о каком эффективном рынке, дающим улучшение Парето, речи идти уже не может. Когда потребитель хочет купить бутылку кока-колы и видит, что в двух палатках цена отличается в два раза, он покупает там, где дешевле. Когда потребитель видит два лекарства с разной ценой, или выбирает, где сделать операцию на сердце гетерогенность товара или услуги, а также недостаток знаний, препятствуют принятию подобного простого разумного выбора.

Асимметрия информации, связанная с разницей в познаниях продавца и покупателя и с гетерогенностью товара, ставит продавца в выгодное положение и приводит к «спросу, рожденному предложениями», или, проще выражаясь, к навязанным услугам. Продавец продает то, что ему выгодно продавать, а не то, что нужно покупателю. «Излишек продавца» при этом будет недостаточен, чтобы компенсировать «убыток покупателя» – так называемое «ограничение Калдора». При том, что асимметрия информации существует практически на любом рынке, наиболее вопиющая ситуация возникает на рынке здравоохранения. Если покупатель помидоров или мобильного телефона, по крайней мере, считает, что ему нужна еда или средство связи, то пациент, приходя к врачу, не знает нужно ли ему что-то вообще, или же нет необходимости ни в каких приобретениях или действиях. Врач же оказывается в крайне выгодном положении, когда он фактически может навязывать все, что угодно такому неразумному покупателю.

2) Другим важным ограничением свободного рынка является то, что он «работает», лишь если большое количество покупателей и продавцов (потенциальных или активных) могут быстро и беспрепятственно проникать на рынок и покидать его. Важные ошибки рынка возникают, когда не обеспечена конкуренция, как потребителей, так и продавцов благ. Люди, болеющие редкими заболеваниями, не только не обладают достаточной суммарной покупательной способностью, чтобы представлять значительный экономический интерес для фармацевтического бизнеса. Люди, страдающие редкими заболеваниями могут еще и не быть достаточно большой группой, чтобы в условиях рынка, обеспечить формирование приемлемой равновесной цены на те или иные товары или услуги. То же самое касается и работников системы здравоохранения с очень узкой специализацией. Наличие лишь одного хирурга, способного делать какую-либо операцию, наличие всего одного препарата способного лечить то или иное состояние, по сути, создают ситуацию монополии, что дает продавцу возможность единолично диктовать цену, вместо того, чтобы «договариваться» и таким образом препятствует достижению улучшения Парето. При этом «излишек покупателя» может образовываться, но он будет намного меньше «излишка продавца». Далеко не все, кто приобрел бы товар при рыночной цене, смогут позволить его себе при условии отсутствия конкуренции поставщиков. Для функционирования свободного рынка идеальной является ситуация, когда продавцы и покупатели могут быстро и беспрепятственно проникать на рынок и покидать его. Ни для врачей, которые подлежат различному контролю от экзаменов до аккредитации и лицензирования, ни для пациентов, количество которых в идеальной

ситуации стоило бы стремиться ограничивать профилактическими мерами, данное положение не работает.

3) Рынок функционирует, если все решения принимаемые продавцами или покупателями влияют только на них самих, а эффекты для третьих лиц отсутствуют. Ситуации, когда решения принимаемые продавцом, или покупателем влияют на третьих лиц, называются экстерналитетами. Например, с экономической точки зрения, продавцу химической продукции не выгодно ставить очистные сооружения, так как это приведет к потере доходов, снижению конкурентоспособности. Однако, выгодное для бизнеса решение будет иметь негативный эффект для других лиц, живущих вблизи от производства. Для курящего человека удовольствие от курения может компенсировать утрату здоровья, однако если за его лечение и нетрудоспособность будут платить некурящие, возникают эффекты для третьих лиц. Выбор человека прививаться от инфекционных заболеваний или нет, лечить ли активный туберкулез, может быть ограничен опасностью, которую данный человек может представлять для окружающих.

Наконец, отдельно выделяют такой, по сути, групповой эффект для третьих лиц, как общественное благо. Здоровье населения определяет общий уровень экономического благополучия, обороноспособности и других характеристик страны, которые могут быть важны для всего населения в целом. Экстерналитеты являются важнейшим ограничением либертарной теории, наряду с несправедливостью рынка.

Помимо ошибок рынка, которые означают, что при транзакции не происходит «улучшения Парето» (то есть, в большинстве случаев, что излишки продавца есть, а вот покупатель чаще всего ничего не выигрывает или проигрывает), есть и ситуация несправедливости рынка. Те, кто нуждаются в пище, наименее способны платить за нее. Те же, для кого расходы на пищу не являются сколько-нибудь значимой проблемой, часто наоборот нуждаются в строгой диете. Наиболее больные люди наименее способны платить за медицинскую помощь. Вдобавок, чем беднее человек, тем больше он болеет и тем чаще возникает у него необходимость в больших расходах на медицинскую помощь.

Эгалитаризм, в отличие от либертариизма, признает позитивные права человека. Человек имеет право не только на самоопределение, свободу слова и самовыражения, но и на минимальную социальную защиту: тарелку супа и крышу над головой. И на минимальный, «базовый пакет» услуг системы здравоохранения.

Утилитаризм

Третьей этической теорией является утилитаризм. Это слово происходит от корня utility – польза или полезность, а смысл идеологии утилитаристов в том, что главной целью общества и государства является способствование предоставления максимального

«блага» для максимального количества людей. При этом, как правило, признаются равные права всех членов общества. Выделяют субъективный утилитаризм при котором граждан спрашивают о том, что для них является «благом», и объективный утилитаризм, когда «благо» определяют эксперты.

Утилитаризм является идеологическим базисом доказательной медицины, экономики здравоохранения и многих других социальных наук. Люди, которые пытаются оценить пользу от того или иного вмешательства, или то, сколько пользы можно принести на каждый вложенный рубль, или же, сколько пользы можно принести в рамках всего имеющегося бюджета, распределяя ограниченные ресурсы, по сути, руководствуются утилитарной этикой.

Выводы

Как мы показали, утилитаризм является не единственной этической теорией. Для коммунитариста важность религиозных исламских ценностей или представление о великой судьбе России могут быть намного важнее мимолетного счастья людей. Автор является убежденным утилитаристом с эгалитарным уклоном, как и любой человек, занимающийся доказательной медициной. При этом необходимо отметить, что доказать правильность той или иной этической системы мы не можем.

Сравнить эффективность биомедицинских вмешательств возможно, лишь в силу того, что мы вполне можем разработать набор критериев – исходов, которые затем можно измерить. В случае с этическими системами речь идет об извечных рассуждениях о смысле жизни. Спор об этике это фактически, спор о том какие исходы стоит измерять. Не имея общих исходов для сравнения, мы не в состоянии сказать, что одна теория лучше другой. Даже аргументы в пользу более высокого экономического роста в эгалитарных странах (с хорошим уровнем социальной защиты) не работают, так как для ряда людей с коммунитарными убеждениями экономический рост не представляет никакой ценности.

The ethical basis of evidence-based medicine

Danishevskiy K. D.

Doctor of Medicine, Professor, Higher School of Economics, Moscow

The article discusses the features of communitarianism, liberalism and utilitarianism in relation to medicine. It is concluded that exclusively market-based approach to health care organization is unacceptable, and the basis of evidence-based medicine is utilitarianism ethics.

Key words: evidence-based medicine, communitarianism, liberalism, utilitarianism, free market, information asymmetry, ethics

Отношения врача и пациента: неписаное право, конфликты и парадоксы

Саверский А.В.

Президент «Лиги пациентов», член Экспертного совета при Правительстве РФ

В статье описываются общие проблемы, возникающие при защите прав граждан на охрану здоровья, формулируются противоречия, характеризующие отношения врача и пациента, рассматриваются вопросы коммуникации между субъектом и объектом лечебного процесса.

Ключевые слова: медицинская услуга, врачебная этика, платная медицина, асимметрия информации, профессионализм

Природа отношений между пациентом и врачом объективно сложна.

Прежде всего, у врача есть право вмешиваться (иногда распоряжаться) в здоровье и жизнь (как биологический феномен) человека. Такого уникального права нет ни у одной другой профессии на Земле, поэтому сентенции врачей о том, что неправы они сами, некорректны. Можно спорить о природе этого права – от Бога оно или дано самим пациентом, – но оно порождает у пациента ощущение зависимости и страха, а провоцирует врача на патернализм (доминирующее положение в отношениях).

Это связано еще и с тем, что воля больного человека подавлена, он не может полноценно оценивать ситуацию, принимать необходимые решения, отдавать отчет в своих поступках. Кто-то должен это делать за него. И, как правило, этот кто-то врач. Поэтому нет ничего удивительного в том, что пациент зависим от врача, и, хочет он того или нет, а доверяет ему.

В то же время медицина сама по себе вредоносна. Даже таблетки нередко горьки (вред), хотя они и лечат. Что уж говорить о полостных операциях, когда для того, чтобы удалить опухоль или камень, вскрывается, например, брюшная полость со всеми рисками инфицирования, пересечения крупного сосуда, потери крови и т.п.? Тогда можно говорить лишь о соотношении имеющегося вреда и того, который причиняется для избавления (обоснованный вред). Наличие даже обоснованного вреда подчеркивает всю важность того, как врач распорядится своим правом: от этого зависит здоровье и даже жизнь человека.

Следует говорить о том, что право распоряжаться жизнью и здоровьем пациента должно работать только в интересах пациента.

Именно поэтому право врача должно быть компенсировано повышенной ответственностью, что и сделано в Уголовном Кодексе РФ. В то же время это право очень плохо сказывается на соотношении экономики и этики: жизнь и здоровье бесценны, то есть, другими словами, стоят любых денег, и поэтому действующая модель

здравоохранения позволяет делать капитал из медицинской помощи. Возникает конфликт рыночной экономики и этики. Впрочем, будучи бесценной, медицинская услуга, конечно, имеет стоимость. И тут возникает серьезная уже экономическая проблема, поскольку рыночные механизмы оказываются неспособными отрегулировать этот сегмент, указывая на невозможность распространения на него рыночных отношений в целом.

На это же указывает и то, что лечить выгоднее богатых и здоровых – у них нет осложнений и есть деньги!

Сейчас во всем мире начинают говорить о нарастающей агрессии медицины. Агрессия выражается в простом исполнении законов экономики в рыночной среде, включая наращивание капитала в условиях конкуренции. Если медицинский центр, следующий законам этики, не сделал пациенту некую пластическую операцию, поскольку посчитал, что такая операция не нужна, то всегда найдется врач или центр, который ее сделает и объявит целесообразной или необходимой. Стопроцентна вероятность того, что в условиях рынка победит тот медицинский центр, который берется делать все, за что платят, а не тот, который руководствуется этическими соображениями (интересами пациента) – ведь пациент не обладает специальными познаниями в медицине (асимметрия информации). Собственно, речь уже не идет о вероятности – именно так сегодня и происходит.

Агрессия медицины проявляется в необходимости продать товаров и услуг больше, чем может конкурент. Этим объясняется и навязывание врачами услуг в платной медицине.

В то же время государство и общество до сих пор не выработали адекватных защитных механизмов от медицинской агрессии, а они порой жизненно необходимы. Возможно, частный капитал вовсе не должен заниматься медициной, а если и может быть допущен к этой деятельности, то только через посредника, для которого задача извлечения прибыли не должна быть стимулом деятельности. Но тогда теряется смысл частных вложений, и они уйдут с рынка. Пока я не вижу решений этого конфликта, кроме запретов. Это не означает, что решения нет – их поиск затруднен в ситуации, когда мы имеем дело с растущей агрессией частного капитала.

Примером агрессии фармбизнеса служит информация и доводы экспертов, изложенные в следующем отрывке из статьи, написанной ведущими специалистами в области стандартизации и фармакоэкономического анализа П.А. Воробьевым и М.В. Авксентьевой:

«Рынок препаратов в Российской Федерации развивается с невиданной скоростью: в 90-е годы в стране зарегистрировано более 10 тысяч новых лекарственных средств, а с учетом лекарственных форм и различных производителей – более 50 тысяч. Одновременно появились легальные и нелегальные пищевые добавки, гомеопатические средства, растет

число подделок (фальсификатов). Разобраться в этом хаосе ни врачу, ни тем более пациенту не представляется возможным без применения специальных технологий.

Международные эксперты считают, что только 5-7% лекарственных средств обладают реальной (доказанной) эффективностью, и лишь 1% – уникальным действием. На российском рынке присутствует огромное количество генериков – копий оригинальных препаратов, обладающих отличной (чаще всего в худшую сторону) эффективностью по отношению к исходному препарату. Эти препараты стоят дешевле, поэтому многие больные предпочитают именно их, хотя соотношение «затраты/эффективность» может быть лучше у оригинальных дорогостоящих лекарств»[1].

«По данным Генерального секретаря ВОЗ в России д-ра М. Виенонена, представленным им на форуме «Фармацевтическая деятельность в России» состоявшемся в Москве в ноябре 2000 г., из 50% наиболее часто используемых в России препаратов 40% либо неэффективны, либо недостаточно безопасны»[2].

Дело доходит до того, что некоторые регионы, понимая эти тенденции, сами принимают меры к защите населения от этой агрессии. Например, «Минздрав Карелии рекомендовал лечебным учреждениям республики отказаться от выписки льготникам лекарств с "недоказанной эффективностью", несмотря на то, что они включены в федеральный реестр медицинских препаратов, которые бесплатно выдаются льготным категориям граждан по федеральному законодательству»[3].

Здесь видно, что принципы бизнеса (экономики) уже победили этические принципы, первый из которых – «Не навреди!».

Это требует от государства принять меры по защите пациентов.

При этом следует иметь в виду, что в медицине каждый делает капитал на своем месте. Чего, например, стоит вопрос провизора в аптеке: «А не хотите ли еще...?» Возникает вопрос: это аптека или продовольственный магазин? Не стоит, наверно, объяснять, что прием лекарства не должен быть вызван желанием – это может быть только необходимость, согласованная с лечащим врачом после соответствующего осмотра.

В то же время в аптеках часто звучит просьба вопрос пациента: «Посоветуйте что-нибудь от (например) головной боли!» Будто бы провизор может знать, что происходит с пациентом: менингит у него, гипертония, травма или мигрень? Могут существовать и другие причины и диагнозы. Или еще пример – выступление молодой мамы: «Ребенку полгода, ему поставили ОРВИ, третий день температура, дайте антибиотик!» Самое ужасное, что дают – дают вопреки всем этическим принципам и правилам безопасности.

Впору предложить продажу лекарств в аптеках только по рецептам, разрешив при этом открытую рекламу всех препаратов, чтобы пациенты могли принимать участие в их выборе.

Рассуждения о конфликте рыночной экономики и врачебной этики привели нас к тому, что в действительности перед нами также и конфликт рыночной экономики и принципа безопасности здоровья граждан, и нужны государственные и общественные механизмы его урегулирования.

Конфликта рыночной экономики и этики была лишена модель здравоохранения, которая имела место в СССР, занимавшем в 1978 году 22-е место в мире по эффективности. Ее элементы широко используются в мире, хотя и непопулярны в современной России. Если задаться вопросом, за что должен получать деньги врач, выяснится, что именно указанная модель здравоохранения является верной.

Например, должен ли врач получать зарплату за процесс лечения? Нет. Потому что система здравоохранения тут же будет делать все, чтобы лечить, но не вылечивать. К слову в такой вот нынешней модели приписки составляют около 30% всей оказанной в России помощи.

А должен ли он получать за результат? Ну, мало того, что результат в медицине не всегда достигим, но и тут мы получим приписки уже другого рода: установление несуществующего диагноза, а потом гениальное его излечение.

Вот и получается, что врач должен получать деньги за время своей работы, за труд.

Еще одним камнем преткновения в отношениях между пациентом и врачом становится необходимость объяснять порой очень сложные научные понятия научные знания на доступном пациенту языке (парадокс специфичности и общедоступности понятий). Уровень сложности для врача здесь сравним, например, с гипотетической попыткой академика С.П. Королева объяснить человеку без специального образования, как летает космический спутник. Разница лишь в том, что если пациент не усвоит полученную информацию, это может стоить ему жизни.

Это можно так же сформулировать как проблему асимметрии информации, когда пациент, мало понимающий в медицине, должен выбрать вид медицинского вмешательства после объяснений врача, который владеет специальными познаниями.

В реальности информированность пациента в необходимом объеме достигается весьма редко. Это – обоюдная проблема пациентов и врачей. Пациент, не обладающий специальными познаниями, редко может понять объяснения врача. Врачу сложно «перевести» латынь и иные медицинские понятия на «простой» язык, хотя бы потому, что такая трансляция (перевод) занимает слишком много времени и требует особых навыков.

Этим и объясняется частая раздражительность врачей, когда пациент начинает задавать вопросы. Но учиться отвечать на эти вопросы и находить на это время необходимо (либо следует организовать специальную службу, разработать протоколы информирования и распределения рисков медицинского вмешательства). Если пациент в процессе лечения останется «биологическим модулем» (проще говоря, объектом для исследований), то он не сможет стать союзником врача в борьбе с болезнью, и эффективность лечения будет снижена до минимума и даже обернется прямым вредом – только лишь потому, что пациент чего-то недопонял и сделал неверно.

Еще одна проблема – корпоративность. Частое обвинение врачей в предвзятом проявлении профессиональной солидарности совершенно нелепо и даже вредно. Посмотрите на общие черты, присущие любым корпорациям:

- специфичность услуги (товара) – в нашем случае это охрана здоровья или медицинские услуги (работа, товар);
- создание правил пользования услугами (работой, товаром) и их защита;
- общий интерес участников корпорации, включая защиту своих прав и имущества;
- общее информационное и научное пространство (печатные и электронные СМИ, конференции, система обучения и т.п.);
- собственный язык, термины и понятия;
- стремление влиять на политику на всех уровнях;
- максимально возможная закрытость (информационная, включая статистику, и физическая, включая решетки на окнах).

Разве мы не считаем естественным, что нефтяники, юристы, журналисты – вы сами – защищают свои интересы? Почему же врачи не должны этого делать? Такое поведение – норма. Более того, я все чаще говорю о том, что врачи в России недостаточно корпоративны. Они не создали объединений, которые действительно вырабатывали и защищали бы правила, единые для всех представителей профессии. За рубежом такими корпорациями являются вполне уважаемые ассоциации врачей, которые не только создают правила, включая и стандарты медпомощи, для членов корпорации, но и могут лишить права (лицензии) заниматься врачебной деятельностью, если врач нарушает установленные правила. Я не утверждаю, что этот путь приемлем для России, но усиление позитивной составляющей корпоративности необходимо.

Общественное обвинение в корпоративности на самом деле – это обвинение врачебного сообщества в негативной составляющей корпоративности, когда врачи «прикрывают»

своих коллег даже в случаях нарушения правил. Этого, конечно, не должно быть. Пока это так, я не могу верить корпорации, прикрывающей дефекты своей работы (в частности, и дефекты медицинской помощи) и часто делающей вид, что их просто не существует. Не анализируя ошибок, отрасль не может правильно развиваться!

Еще одна проблема: психологический стресс, в котором врачу приходится работать. Нормальный человек иногда падает в обморок от одного вида крови, а хирург каждый день работает в крови, нарушая естественное человеческое табу – физиологический протест против нарушения телесной целостности, запрет на проникновение внутрь другого человека. Очевидно, что это делается во благо пациента, и цена, которую платит врач, высока: преступая табу, он в чем-то нарушает и юридические законы общества (причиняет вред, хотя и во избежание большего вреда), и психологические нормы восприятия обычных людей. Если первое приводит порой к ощущению безнаказанности не только в разрешенной, но и в неразрешенной части права (что делает подобные действия преступлениями), то второе приводит к выработке адреналина и стимулированию иных защитных реакций. Достаточно представить себе акушерку, которая целыми днями слышит крики рожениц, – нормальный человек либо убежал бы, либо сошел с ума, либо адаптировался бы, то есть реагировал бы на крики не так, как обычные люди. Здесь и возникает целый ряд проблем, связанных с тем, что врачи и пациенты по-разному оценивают те или иные обстоятельства: болевые пороги, значение крика, возникновение тех или иных симптомов и т.п. В нашей практике имеется не один случай, когда женщине с разрывом матки, которая, конечно, кричит, выговаривали: «Что ж ты кричишь? Всем больно! Терпи!»

Однако все вышесказанное не оправдывает врачей, а лишь подчеркивает необходимость учитывать этот фактор, в частности, создавая школы психологической адаптации для медицинских работников.

Кроме описанных парадоксов и сложностей следует отметить, что в здравоохранении имеется ряд устойчивых мифов, которые мешают врачам и системе быть более эффективными. Один из этих мифов состоит в том, что «медицина – это искусство».

В словаре Даля даны следующие определения:

«Искусство – творческое отражение, воспроизведение действительности в художественных образах или мастерство, умение...»

Технология – совокупность производственных методов и процессов в определённой отрасли производства, а также научное описание способов производства».

Представляется, что со времен Парацельса и Гиппократов, которые создавали медицину из ничего и вправе были относиться к ней, как к искусству, прошло довольно много времени. И сегодня, после миллиардов экспериментов, основанных на боли и крови животных и

людей, медицина стала технологией, а именно: известной, научно и статистически обоснованной последовательностью действий, методов и процессов, приводящих, как правило, к одинаковым результатам.

Бурно развивающийся сегодня процесс стандартизации в медицине полноценно подтверждает эту мысль. Кроме того, действия врача должны быть обоснованы научно, врач должен руководствоваться следующими требованиями (ст. 309 ГК РФ – критерии гражданской невинности медицинской организации и врача):

- требованиями норм законодательства и иных правовых актов; обычаев делового оборота;
- обычно предъявляемыми требованиями;
- условиями обязательства (договора).

Отклонение врача от этих условий с точки зрения права уже представляется противоправным. И напротив, если действия врача соответствовали перечисленному, то это снимает с него всю ответственность за последствия.

Сегодня мы говорим врачам: «Законность – основа врачебной этики». Ведь если не исполняется закон, говорить о какой-либо этике невозможно!

В то же время, по нашим данным, 90% конфликтов между пациентами и врачами возникает из-за нежелания или неумения врача разговаривать с пациентом, объяснять ему что-либо.

Пациент, который чего-то не понял, отнимет позже у врача в несколько раз больше времени и нервов. Я и мои коллеги считаем, что новая этика – это партнерство, идущее на смену патернализму и включающее в себя не только диалог между пациентом и врачом, но и новые качества врача, которые предъявляет время. Это не только специалист определенного профиля, но и:

- врач-юрист;
- врач-организатор;
- врач-экономист;
- врач-партнер.

Профессионализм – необходимое качество любого специалиста. Но врач должен быть знаком хотя бы с необходимым минимумом законодательных и иных правовых норм,

которые касаются его работы и прав пациентов. Он должен иметь представление о соотношении «цена-качество» в отношении своих и смежных услуг (экономика), быть способным рекомендовать пациенту, где лучше проводить то или иное вмешательство (организатор), какое лекарство даст необходимый эффект при минимальных затратах. Кроме того, в отношениях с пациентом для профилактики конфликтов и увеличения эффективности лечебного процесса врач должен стать для пациента партнером.

Тогда вероятность того, что он окажется в суде, будет близка к нулю, и уж точно в его отношении не будет признана уголовная вина.

И последнее: в России в два раза больше койко-мест, чем в среднем по Европе, и лежат на них пациенты в два раза дольше. 60% (в Европе – 40%) всех средств здравоохранения тратится на стационарную помощь: получается, что пациента доводят до состояния, когда его нужно уже спасать, он попадает в стационар, после чего нередко становится инвалидом, и государство начинает его содержать. Все это безумно дорого. Не проще ли было своевременно сделать профилактический укол в поликлинике? Здесь речь о том, что профилактическое и амбулаторно-поликлиническое звено должно быть усилено, а стационарное выполнять свои функции, когда человек не может передвигаться и ему нужна операция. Наше население и врачи нередко относятся к пребыванию в больнице как к отдыху в пансионате, но это серьезная ошибка во многих отношениях. Впрочем, у стационарного лобби серьезный экономический интерес к сохранению этой системы: не один министр сломал об это лобби зубы, – попробуй ликвидируй учреждения, где лечат руководство страны или судей, или прокуроров... или их родных...

Этот обзор был необходим для формирования общих представлений о проблемах, в атмосфере которых приходится защищать права граждан на охрану здоровья, врачам работать, а пациентам лечиться.

Список литературы

1. П.А. Воробьев, М.В. Авксентьева. «Экономическое бремя осложнений лекарственной терапии». [МОО «Общество фармакоэкономических исследований»] // «Проблемы стандартизации». http://www.rspor.ru/mods/kea/Burden_of_adverse_effects.doc
2. А. К. Хаджидис, главный специалист Комитета по здравоохранению Правительства Санкт-Петербурга по клинической фармакологии, Председатель правления ассоциации клинических фармакологов Санкт-Петербурга Санкт-Петербургская государственная педиатрическая медицинская академия. «Актуальные проблемы безопасности лекарственной терапии», http://terramedica.spb.ru/4_2008/xadgis.htm
3. РИА Новости по Северо-Западному федеральному округу, 11.04.2007., <http://nw.rian.ru/society/20070411/81539381.html>

Doctor and patient relationship: an unwritten law, conflicts and paradoxes

A.V. Saversky

President, "League of patients", Member of the Expert Council under the Government of the Russian Federation

The article considers common problems that arise in the course of protection of citizens' rights to health care, formulates the contradictions characterizing the doctor-patient relationship, the issues of communication between the subject and the object of the treatment process.

Key words: medical service, medical ethics, pay medicine, asymmetry of information, professionalism

References

1. Vorobyov P.A, Avksentjeva M.V. "Economic burden of drug therapy complications." Problemy Standartizatsii http://www.rspor.ru/mods/kea/Burden_of_adverse_effects.doc
2. Hajidis A.C. "Problems of drug therapy safety." http://terramedica.spb.ru/4_2008/xadgis.htm
3. Novosty News Agency, North-West Regional Service, 11.04.2007., <http://nw.rian.ru/society/20070411/81539381.html>

ОНФ подвел итоги мониторинга лекарственного обеспечения за 2015 год

Общественный народный фронт представляет итоги исследования общественного мнения о текущем состоянии фармацевтического рынка России.

Ключевые слова: отечественные лекарственные препараты, импортные лекарственные препараты, качество лекарств, цена лекарств, доступные лекарства

Треть россиян в целях экономии пытаются заменять дорогие импортные препараты более доступными по цене отечественными аналогами. Таковы результаты исследования общественного мнения, проведенного экспертами Центра ОНФ по мониторингу технологической модернизации совместно с исследовательским холдингом «Ромир». Одновременно анализ состояния фармацевтического рынка России демонстрирует также постепенное сокращение доли лекарств нижнего ценового сегмента.

В декабре текущего года в ходе исследования, проводимого Центром мониторинга НТР совместно с исследовательским холдингом «Ромир», россиянам был задан ряд вопросов, касающихся покупки лекарств. В опросе приняли участие 1000 человек в возрасте от 18 до 60 лет, проживающие в разных типах городов во всех федеральных округах. Выборка репрезентирует взрослое экономически активное население России. Выяснилось, что в вопросе изменения объемов покупки мнения разделились почти на три равные части. 32% респондентов ответили, что в 2015 г. старались покупать меньше лекарств, отказываясь от некоторых препаратов. 39% россиян заявили, что в целях экономии они в течение года пытались заменять дорогие импортные препараты более доступными по цене отечественными аналогами. И еще треть (34%) опрошенных признались, что в текущем году покупали те же препараты и в тех же объемах, что и раньше.

Следующий вопрос касался результатов поиска заменителей импортным препаратам среди отечественных лекарств. Оказалось, что усилия восьми из десяти респондентов (81%) в этом вопросе в той или иной степени увенчались успехом. 43% россиян заявили, что смогли найти замену большинству импортных препаратов. 28% участников опроса ответили, что смогли заменить только некоторые лекарства. Среди них преобладают россияне старше 45 лет. И 10% респондентов отметили, что отыскивали аналог лишь незначительному числу препаратов (Диаграмма 1).

Респондентам, которые начали пользоваться в текущем году российскими аналогами привычных им лекарственных препаратов, был задан вопрос о качестве отечественных лекарств в сравнении с импортными. И 70% новых пользователей российской фарминдустрии отметили их сопоставимое качество с зарубежными аналогами. Каждый десятый (9%) отметил даже более высокое качество отечественных препаратов по сравнению с импортными. Однако каждый пятый респондент (21%) считает, что качество импортных лекарств все-таки превосходит качество российских (Диаграмма 2).

Диаграмма 1



Диаграмма 2



Что касается реальных покупок, то исследователи фиксируют отток покупателей от дорогостоящих марок лекарств. В частности, эта тенденция прослеживается в категории обезболивающих препаратов, где рост цен оказался слишком чувствительным для покупателя. Западные производители, повышая цену на свои препараты, уже не могут сохранять прежний охват аудитории, как в прошлом году, за счет ухода в первую очередь представителей низкодоходной группы.

Западные производители еще пытаются удержать покупателя через стратегию «плати меньше – получай больше». То есть цену они оставляют прежнюю, но при этом

увеличивают размер упаковки. Такой подход дает положительные результаты в некоторых случаях. Однако куда больше выигрывают отечественные марки, которые реально снижают цену своих препаратов, привлекая в ряды потребителей как раз тех, кто ищет замену импорту. За счет удержания цены на прежнем уровне и даже некоторого ее снижения некоторые российские препараты увеличили долю покупателей за период январь-ноябрь 2015 г. среди городского населения России на 17% по сравнению с прошлым годом.

В то же время эксперты Центра мониторинга НТР отмечают, что хотя по итогам октября 2015 г. 56% лекарственных препаратов, реализованных на рынке, являлись отечественными, однако ввиду своей невысокой цены относительно импортных лекарств в стоимостном выражении они занимали лишь 27%. При этом зафиксировано продолжение сокращения доли лекарств с ценовым диапазоном 50-150 руб. за упаковку. Доля таких препаратов по сравнению с октябрём прошлого года сократилась на 3%. Одновременно с этим Минздрав России сообщает о росте цен на 12% на лекарства, стоимость которых составляет менее 50 руб. за упаковку.

«Проблема вымывания лекарств нижнего ценового сегмента по-прежнему стоит крайне остро, несмотря на то, что президент России Владимир Путин еще год назад поставил задачу приступить к реализации мер по обеспечению населения страны доступными по цене лекарствами отечественного производства. Народный фронт отдельно обсуждал этот вопрос на форуме по здравоохранению, а сейчас отслеживает его в рамках проекта «Гражданский календарь импортозамещения», – заявляет директор Центра мониторинга НТР Анна Заборенко.

Заборенко напомнила, что недавно Центр совместно с исследовательским холдингом «Ромир» провел социологическое исследование, которое показало, что конечная стоимость препарата является самым важным фактором при выборе лекарств. Почти две трети опрошенных (63%) отметили, что при покупке медикаментов в первую очередь ориентируются на цену. «Любой, даже самый незначительный с точки зрения официальной статистики рост цен ощутимо бьет по кошельку каждого из нас. Опросы показывают, что даже рекомендации врача отступают на задний план перед финансовым вопросом. Фактор цены является определяющим для любого гражданина страны, но особую острую социальную значимость приобретает при покупке лекарств нижнего ценового диапазона», – комментирует Заборенко.

В Центре мониторинга НТР отмечают, что проблема насыщения рынка доступными лекарствами отечественного производства носит комплексный характер. Здесь необходимо учитывать затраты на рекламу, высокие логистические издержки, рост цен на расходные материалы. Кроме того, производство доступных лекарств в России сдерживается в том числе рядом технологических ограничений, среди которых высокая зависимость от импорта субстанций, устаревшая промышленная база, существенный дефицит финансирования научно-исследовательских разработок. Преодолеть указанные

препятствия можно за счет создания российских высококачественных аналогов существующих лекарств и внедрения в медицинскую практику собственных перспективных разработок, в первую очередь биомедицинских.

«Поддержка государства должна быть направлена на обеспечение роста доли отечественных медикаментов и наполнение рынка результатами собственных разработок при более низких ценах на выходе. В идеале хотелось бы, чтобы фармацевтическая отрасль не зависела от иностранного сырья, технологий и оборудования вообще», – отмечает Заборенко.

Однако определенные успехи в данном направлении имеются. Так, например, Минпромторгом России уже созданы меры поддержки, стимулирующие производство фармацевтических субстанций. Министерство также готовит набор преференций для отечественных производителей полного цикла с тем, чтобы обеспечить и контролировать производство в России. Параллельно правительство приняло постановление, ограничивающее государственные закупки иностранных лекарств по принципу так называемого третьего лишнего. Считается, что этими действиями государство поддержит развитие отечественных производителей, а зарубежных заставит инвестировать в организацию собственных производств на территории России.

«Отраслевые эксперты полагают, что указанные меры позволят укрепить лекарственную безопасность страны, внедрить новые технологии и насытить рынок отечественными высококачественными лекарствами. При этом главное, чтобы в погоне за импортозамещением не забывались нужды простых граждан. Пациенты не должны столкнуться с перебоями в поставках лекарств и дальнейшим ростом цен», – заключила Заборенко.

Results of 2015 medical drugs supply monitoring. All-Russia People's Front survey

All-Russia People's Front presents results of public opinion survey on present conditions of pharmaceutical market in Russia

Key words: domestic drugs, imported drugs, quality of drugs, drug price, affordable drugs

Как нам дальше развивать здравоохранение?

Часть 1. О конвергенции разных систем здравоохранения

Комаров Ю.М.

д.м.н., профессор, заслуженный деятель науки РФ, член Бюро исполкома Пироговского движения врачей

В первой части статьи автор рассматривает системы здравоохранения, применяемые в настоящее время в таких странах, как Франция, Германия, Великобритания, Нидерланды, Швеция и США. Делается вывод о процессе конвергенции государственно-бюджетной и частной моделей организации медицинской помощи, увеличивающих социальную ориентацию здравоохранения. Отмечается низкая эффективность высокотехнологичной медицинской помощи, в сравнении с терапией заболеваний, выявленных на ранней стадии.

Ключевые слова: государственное здравоохранение, коммерческое здравоохранение, медицинское страхование, высокотехнологичная медицинская помощь, расходы на здравоохранение

В современном мире в разных странах по-разному происходит формирование и развитие систем здравоохранения. Впервые о процессах конвергенции, т.е. о сближении и о проникновении элементов одних систем здравоохранения в другие и формировании на этой основе различных модификаций заговорили на Советско-американской конференции по моделированию в здравоохранении (Москва, 1992 г.) Именно с таким докладом выступил известный американский политолог Марк Г. Филд, директор Русского центра Гарвардского университета. В своем докладе он отметил, что рыночное здравоохранение и, прежде всего, коммерческая, т.е. рискованная модель медицинского страхования будет все больше социализироваться и попадать под государственное регулирование, а в государственно-бюджетные модели будут проникать договорные отношения, более присущие рынку. Прошло много лет. И сейчас мы видим, как сбываются эти прогнозы и как некоторые страны упорно продолжают развивать выбранные ими некогда модели здравоохранения.

Во многих развитых странах темпы роста расходов на здравоохранение опережают темпы роста ВВП. Это обусловлено как объективными, так и субъективными причинами. К объективным можно отнести факты внедрения новых медицинских технологий (а каждая последующая технология всегда дороже предыдущей), а также новых информационных технологий, обновление медицинского оборудования, изделий медицинского назначения, реактивов, лекарственных средств и т.д. К субъективным – повышение доходов врачей, особенно медицинских администраторов, нерациональное использование выделяемых средств без учета приоритетов и потребностей населения, различные коррупционные схемы и т.д. Возьмем, к примеру, Германию, страну, где зародилась система медицинского страхования и которую там и дальше хотят сохранить. Сейчас даже депутаты бундестага отмечают самоуправляемость, затратность и неэффективность этой модели, требующей постоянных дотаций из бюджета (в 2005 г. – 14%, сейчас – значительно больше). Об этом мы неоднократно писали.

В Германии выросла средняя продолжительность ожидаемой жизни, увеличилось число пожилых, которые потребляют значительное число медицинских услуг, а собираемые страховые взносы это обеспечить уже не могли. Эти финансовые и организационные проблемы существуют уже не одно десятилетие. Вначале хотели повысить размер страховых взносов, которые платят пополам работодатели и работники, но против этого восстали все работающие и профсоюзы. Затем решили уменьшить доходы врачей, но на двух съездах Немецкой врачебной палаты в Берлине и Кёльне, на которых мне довелось присутствовать, врачи отказали в этом власти. Тогда решили ввести минимальные стандарты для пожилых, но пожилые расценили это как нарушение прав человека. Наконец, с 1 января 2011 г. в результате жарких споров с профсоюзами правящей коалицией было решено увеличить размер страхового взноса (и от работодателей и от работников) до 15,5% с 14,9%.

Но это лишь приглушает проблему и не спасает систему, не имеющую удовлетворительных перспектив. Оппозиционные партии, работодатели и больничные кассы подвергли это решение резкой критике, расценивая его как «грабительский налет на кошельки малоимущих и людей со средним заработком». Но в Германии народ дисциплинированный и поэтому массовых протестов не было. За последние 25 лет система здравоохранения Германии реформировалась более 15 раз вследствие стремительного роста расходов в достаточно затратной системе медицинского страхования при быстро стареющем населении.

С января 2012 г. в Германии вступил в действие закон о привлечении молодых врачей к работе в ПМСП и в сельской местности, где нарастает доля пожилых и хронически больных людей. В первую очередь, это относится к Восточной Германии и к северо-западным районам страны. По новому закону врачи могут не обязательно жить в зоне своей практики, а оплата их труда зависит от численности пациентов. В процессе всех реформ неизменными оставались лишь финансовые органы – больничные кассы (промышленные, территориальные, для ремесленников, для сельскохозяйственных рабочих, для служащих и т.д.), которые являлись самоуправляемыми и независимыми от государства. Поэтому общественно-правовые, публичные и специальные больничные кассы ни в коей мере нельзя относить к государственному здравоохранению. Несмотря на то, что система оказания медицинской помощи в Германии считается одной из лучших в мире, по уровню медицинского сервиса Германия занимает только 6 место в Европе (после Дании, Швеции, Австрии, Люксембурга и Нидерландов), а по данным организации Health Consumer Powerhouse в Германии уровень прав пациентов недостаточен, хотя доля врачебных ошибок там минимальна.

Таким образом, даже в Германии, первой ставшей на путь медицинского страхования в условиях частной медицины (модель Отто Эдуарда Леопольда Бисмарка фон Шёнхаузена), сложилась сложная структура оказания медицинской помощи, основанная на многоступенчатой иерархии федеральных, земельных и корпоративных уровней, усложненная саморазвивающаяся система финансирования, что приводит к сложному

набору ведомственных механизмов на разных уровнях. Они препятствуют проведению централизованной политики в стране, в том числе кадровой, и в установлении общенациональных приоритетов в сфере здравоохранения.

Аналогичные проблемы имеют отношение и к Франции, где создана одна из самых дорогих систем здравоохранения в мире (12% ВВП) после США, Канады и Нидерландов и пытаются сохранить бесперспективную модель медицинского страхования. Там государственная программа страхования по болезни финансирует 75% расходов на здравоохранение. Источниками финансирования являются налоги от табачных, алкогольных и фармацевтических компаний и 19% от страховых взносов, в том числе от работодателя 75%, от работника – 25%. Попросту говоря, французскую систему нельзя считать в полном виде страховой. Страховка покрывает 100% расходов только при несчастных случаях, заболеваниях в третьем триместре беременности, при инвалидности, а также болезнями астмой, диабетом, эпилепсией и новообразованиями. В результате 93% французов дополнительно приобретают частные страховки (ДМС) при средней цене такой страховки в 25 тыс. рублей в год. Половине застрахованных по добровольному медицинскому страхованию (ДМС), работающих в крупных корпорациях, страховку оплачивают работодатели. В стационарах в первый месяц пребывания возмещается пациенту по государственной страховке до 80% затрат, также в неполном объеме возмещаются затраты на посещения врачей, приобретение лекарств по рецепту врача (75%), лабораторные обследования.

Политика правительства по сохранению медицинского страхования в стране направлена на постепенное увеличение затрат граждан. В результате многие французы перестали ходить к врачам, т.к. для этого нужна с их стороны сооплата, и предпочитают получить бесплатную консультацию в аптеках у специально подготовленных фармацевтов. В России пациенты во многих случаях обходятся без медицинских и фармацевтических рекомендаций и по совету знакомых занимаются самолечением из непонятной для западного обывателя «домашней» аптечки. В ней содержатся средства от простуды, жаропонижающие, обезболивающие, сердечные и для нормализации артериального давления, антибиотики, противоаллергические, средства при нарушении органов пищеварения и т.д.

В Нидерландах во второй половине XX века была проведена реформа по созданию довольно сложной Национальной системы медицинского страхования, которая обсуждалась на протяжении 14 лет, хотя все предпосылки для нее в стране уже имелись: частнопрактикующие врачи общей практики, частные коммерческие и некоммерческие клиники. Из 156 больниц со средней мощностью в 360 коек только 8 университетских клиник были в ведении государства, остальные 112 больниц общего назначения и 36 специализированных больниц представляли собой частные некоммерческие организации.

Для оплаты пребывания в стационарах использовалось распределение больных по специальным клинико-статистическим группам (DRGs), а для амбулаторных пациентов применялся метод «гонорар за услугу», при котором всегда можно было найти возможности для завышения счетов и не только за счет предоставления излишних услуг, но и путем увеличения числа посещений на один случай заболевания, назначения множества визитов при сочетанных заболеваниях и т.д. В результате возникает явление, известное в литературе как «спровоцированный врачами спрос».

Медицинское страхование состояло из 2-х частей: для оказания обычной медицинской помощи в соответствии с законом о социальном страховании здоровья и для оказания дорогостоящего лечения или длительного ухода, расходы на который не могли покрыть сами граждане или система социального страхования. При этом работодатель платил 5.35%, от дохода, а работник – 1.65%, а в целом структура расходов на здравоохранение на 80% состояла из средств медицинского страхования (65% из ОМС и 15% за счет ДМС) и по 10% из средств бюджета и личных средств граждан, в том числе в виде дополнительных взносов.

Под вторую часть медицинского страхования попадали все, независимо от того получает человек зарплату или нет, а размер взноса составлял 7% при сумме облагаемого налогами дохода до 30 тыс. евро в год. При доходе свыше 30 тысяч евро в год человек не подлежал национальному медицинскому страхованию и должен был покупать частную страховку (ДМС). Примерно такое же положение было и в Германии, там пороговое значение – 35 тыс. евро в год. Такой подход, в отличие от практикуемого в нашей стране, является социально справедливым. Высокодоходные граждане должны сами оплачивать медицинскую помощь, а делают это они цивилизованным способом – через ДМС. Функции страховщиков выполняли больничные фонды (в Германии – больничные кассы), а промежуточных страховых компаний в системе ОМС не было.

Но созданная система социального страхования здоровья в Нидерландах оказалась весьма затратной и постоянно требовала дотаций из бюджета. И вот в течение последних 30 лет, начиная с рубежного 1987 г. (и по свидетельству местных специалистов для завершения модели нужно еще столько же), согласно реформы комитета Деккера в стране развивается рыночная (как в США и Швейцарии) модель медицинского страхования при регулируемой конкуренции, для чего в 2006 г. был принят соответствующий закон, в котором изложены основные принципы медицинского страхования и регулируемой конкуренции в условиях частной медицины.

Для организации регулируемой конкуренции в Нидерландах имеются необходимые условия: при численности населения почти в 17 млн. человек плотность расселения составляет 511 жителей на кв. км, т.е. по этому показателю страна занимает 4 место в Европе после Монако, Ватикана и Мальты; в стране имеются высоко урбанизированные зоны, прекрасно развита информационная и транспортная инфраструктура, идеальное состояние автомобильных дорог, которые даже во время ливня остаются сухими,

небольшие расстояния, позволяющие жить в одном городе, а работать в другом и т.д. Согласно упомянутому закону потребитель (застрахованный) свободно выбирает страховщика с заполнением соответствующих форм, там же обозначены возможные риски покупателей и продавцов медицинских услуг, процедуры банкротств больниц и страховщиков, расписан порядок ведения переговоров о цене и качестве и т.д.

Фактически это означает в рамках медицинского страхования полный отказ от социальной модели страхования и переход к рисковому со всеми атрибутами рынка: состязательность, конкуренция, переговоры о качестве и цене, наличие рисков, банкротство, закрытие медицинских учреждений или отделений, контракты, прибыль и т.д. При этом потребитель выбирает не врача или медицинское учреждение, а частную страховую организацию, которая уже предварительно заключила договора с разными негосударственными клиниками или отделениями в них. Вполне естественно, это ведет к «бизнесу на болезнях», к полной заинтересованности в росте числа больных и прибыли, к оказанию только избирательной лечебной помощи, к полному отсутствию национальных программ и приоритетов. Здоровье при этом становится чисто личным делом и личной ответственностью, а не общественным достоянием.

При этом правительство всячески препятствует укрупнению больниц и созданию картелей, т.к. это ведет к исчезновению конкуренции. Государство сбрасывает с себя ответственность за работу частных клиник и становится невозможным создание государственной программы улучшения здоровья, как это было сделано в Великобритании. В общем, получается худший вариант американской системы коммерческого медицинского страхования, от которой в США постепенно отходят. Между тем, многие международные эксперты (R.Saltman, J.Figueros, M.Vienonen и другие, 2002) считали внедрение рыночных отношений в здравоохранение делом аморальным. И они правы, поскольку здравоохранение является системой социального выравнивания, особенно в условиях выраженного неравенства в доходах и возможностях, и наряду с армией, правоохранительными органами, пограничной службой и т.д. должна относиться к сфере государственной ответственности. И действительно, ведь перед лицом болезни или смерти все одинаково равны.

В принципе система ОМС предназначена для бедных и представителей среднего класса (по типу кассы взаимопомощи, куда богатые не обращаются), она крайне актуальна и может функционировать только в условиях частной медицины (коммерческой или некоммерческой). Для развития конкуренции, помимо полностью частной медицины, 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 в сочетании и даже по отдельности в такой большой стране как Россия нет. Если в Германии только в одной земле насчитывается 498 городов, то на всю страну у нас – в 3 раза меньше при гораздо более значительных расстояниях (по переписи 2010 г. всего 163 города с населением в 100 тыс. жителей и более, и число их постепенно уменьшается). А с учетом многих ликвидированных медицинских учреждений, в некоторых случаях их укрупнения (создания медицинских монстров), огромных территориях без медицинских работников говорить о какой-либо конкуренции даже в крупных городах с укрупненными медицинскими объединениями-монополистами не приходится. Она просто невозможна, несмотря на заверения председателя правительства РФ о конкурентоспособности в здравоохранении. Возможно, он имел в виду другую страну.

Также есть страны, в намерения которых входит дальнейшее развитие государственно-бюджетной модели. Например, в Швеции принят закон, согласно которому с 2016 г. медицинская помощь будет еще более доступной. Он направлен на снижение неравенства в доступности медицинской помощи для разных социальных групп населения. При этом бесплатная стоматологическая помощь будет оказываться детям и молодежи до 23 лет, женщинам до 20 лет будут бесплатно выдаваться противозачаточные средства, маммография станет доступной и бесплатной, а детям до 18 лет, даже беженцам и нелегалам, лекарства будут выдаваться бесплатно. Это все относится к сфере государственной политики.

Представляется, что в связи с наплывом беженцев для здравоохранения европейских стран скоро наступят далеко не лучшие времена. Ведь многие из них, даже в случае устройства на работу, не смогут содержать свои многочисленные семьи на уровне местных стандартов, что повысит нагрузку на правоохранительные, социальные и медицинские службы, финансируемые за счет европейских налогоплательщиков. Предшествующий опыт показывает, что большинство мигрантов слабо ассимилируются, живут изолятами в определенных городских районах по своим внутренним правилам. С медико-профилактических позиций нужно было бы выявить мигрантов, прибывших из мест с краевой патологией, больных, особенно, с инфекционными и паразитарными болезнями, прибывших с патологическим генетическим грузом, вступающих в интимные отношения с местными жителями и т.д., т.е., не нарушая прав человека и принципов толерантности, организовать медицинский карантин, способствующий медицинской безопасности европейцев. Однако, пока это не сделано.

Теперь есть смысл вернуться к тем странам, в которых здравоохранение постепенно «дрейфует» к другим моделям. Возьмем, к примеру, самую рыночную модель в США, где основным двигателем в коммерческом секторе является получение прибыли, а сами американцы считают, что главной задачей их здравоохранения является перевод «острой

болезни в хроническую» с тем, чтобы подольше можно было бы получать доходы от пациентов. Там страхование здоровья является частным делом. Государство страхует лишь самые незащищенные слои населения (малоимущих и пожилых), да и то не в полном объеме. Государственное страхование лиц с низким доходом (федерально-штатная страховка) в виде системы Medicaid также распространяется на детей и беременных женщин, не имеющих другой какой-либо страховки. В связи с низким финансовым покрытием указанной системы многие врачи, особенно частнопрактикующие врачи общей практики, весьма неохотно принимают таких пациентов.

Другое дело – финансирование из федерального бюджета медицинского страхования пожилых (Medicare), за которых конкурируют все врачи. Эта страховка охватывает всех лиц пенсионного возраста (65 лет и старше), а также больных с рядом определенных заболеваний. Она полностью покрывает краткосрочную госпитализацию и на 80% стоимость визита к врачам. Кроме того, есть военная медицинская страховка, распространяющаяся на ветеранов, военнослужащих и членов их семей, система страхования детей до 18 лет из семей с низким доходом семей, а также частные страховки на все остальные случаи.

Теперь, по новому закону от 2014 года о защите пациентов и доступности медицинской помощи, медицинское страхование должно охватить дополнительно 30 млн. человек в течение 10 лет при наличии одной из страховок, будет расширена помощь для пожилых, будут увеличены объемы медицинской помощи по страховкам. Страховки в любом виде становятся обязательными, а при их отсутствии налагается штраф. Кстати, определенная часть средств на выполнение этого закона получена в результате дополнительного налогообложения состоятельных людей, что вызвало в их среде неудовольствие, равно как и в объединяющей их Республиканской партии. Отсюда видно, что система медицинского страхования в США становится более социализированной.

Кроме того, в конце XX столетия произошли некоторые подвижки в системе помощи пожилым. Тогда в США было 48 млн. пожилых, т.е. 17% населения, и на оказание им обычной помощи требовалось 2.6 тыс. долларов в год на каждого. Ею пользовались 96% пожилых, и на нее уходило 68% всех средств по программе. Один сложный случай обходился уже в 36.5 тыс. долларов, такой помощью пользовались только 4% всех пожилых, но на нее уходило 32% всех средств. Поэтому была поставлена задача предупредить эти сложные и дорогостоящие случаи, что демонстрирует обоснованность выбора приоритетов в реформировании медицинской помощи пожилым. Иначе говоря, типично оптимизационная задача состояла в том, чтобы уменьшить затраты на дорогостоящую специализированную медицинскую помощь при улучшении медицинской помощи пожилым, и этот опыт чрезвычайно интересен и полезен для многих других стран, но, особенно, для нашей страны. Так, например, в Швеции всего 10% больных потребляют 79% объемов стационарной помощи, и это там является серьезной проблемой.

В результате за пятилетие в США были закрыты 52% специализированных коек для пожилых и персонал сократили на 11%. Но вследствие интенсификации стационарного лечения число пролеченных больных возросло на 22%. Сэкономленные средства никуда не исчезли, а были перераспределены и на 36% выросло финансирование амбулаторной помощи, т.е. ПМСП (причем было создано более 300 новых общих врачебных практик в местах компактного проживания пожилых), значительно увеличилось (на 35%) число операций в дневной хирургии (у нас более 20% операций в стационарных условиях вполне можно делать в условиях дневной хирургии), возрос объем помощи на дому. Значительные из высвободившихся средств были вложены в массовую иммунизацию, скрининги, диспансеризацию. В результате раннее выявление рака простаты возросло с 1% до 73%, диспансеризация пожилых с гипертензией при давлении свыше 140/90 возросла с 25% до 55%, улучшился скрининг на алкоголизм и т.д.

В итоге всей реформы за 5 лет улучшилась доступность медицинской помощи пожилым, увеличилось число пролеченных больных, снизились затраты за счет более раннего выявления заболеваний и их более результативного лечения, увеличилась продолжительность здоровой жизни, выросла удовлетворенность пожилых людей за счет фокусирования средств на особых группах пожилых и особых их потребностях. Приведенный пример показывает высокую эффективность государственного регулирования даже в частных рыночных моделях медицинского страхования. Это также говорит о наметившемся тренде движения рыночной модели медицинского страхования в США в сторону более социализированной системы с элементами государственного вмешательства.

Почему этот пример исключительно важен для нашей страны? Он еще раз подтвердил низкую эффективность дорогостоящей высокотехнологичной медицинской помощи (ВМП), куда попадают пациенты с запущенными, пропущенными и тяжелыми заболеваниями, и высокую эффективность (отношение результатов к затратам) предупреждения и раннего выявления заболеваний, а также острую необходимость правильного развития первичной медико-санитарной помощи. В перечень ВМП в РФ входит 1500 технологий (из них 459 за счет субвенций ФФОМС) по 35 заболеваниям и состояниям. Каждый случай обходится в 150-200 тыс. руб., в 31% случаев ВМП оказывается в учреждениях федерального уровня, в 69% – регионального (там тариф существенно ниже). С 2015 г. оплата высокотехнологичной помощи производится за счет ОМС при сокращенном на нее квотировании.

В 2014 г. произведено 715 тыс. операций в центрах ВМП, чем все почему-то очень гордятся. Вначале просмотрели и запустили болезни, вовремя их не выявили и не лечили, а потом оперируют, когда могут быть далеко не лучшие последствия и результаты, которые никто не оценивает. По государственной программе построено новых центров по: травматологии, ортопедии и эндопротезированию – 5, сердечно-сосудистой хирургии – 7, нейрохирургии – 2, перинатальных – 21. Число нуждающихся пациентов и получивших ВМП систематически растет. Что это за больные? С запущенными, пропущенными и

тяжелыми случаями заболевания. Чем их будет больше, тем больше потребность в ВМП и тем будут выше затраты.

Иначе говоря, весь цивилизованный мир, кроме нашей страны, старается «не допустить» пациентов до дорогостоящих высоких технологий, существенно повышающих расходы на здравоохранение. С сугубо клиническим мышлением и подходом, без многолетней подготовки в сфере общественного здоровья и организации медицинской помощи и общесистемного подхода даже выдающиеся врачи – хирурги, педиатры, кардиологи, психиатры, неврологи и другие такие задачи не в состоянии решить или хотя бы их как-то обозначить.

Мировая история здравоохранения оставила нам примеры грамотного решения задач с помощью моделирования. Так, в одной из малых стран в 1950-ые годы произошла вспышка коревой краснухи. Правительство не имело достаточно средств для ее купирования, а специалисты разводили руками. Тогда из США была приглашена группа математиков-системщиков во главе с известным специалистом по планированию и моделированию больших систем Расселом Линкольном Акоффом (1919-2009), которая совместно с местными эпидемиологами смоделировала ситуацию и на модели «проиграла» разные варианты. В итоге была выдана следующая рекомендация: «За выделенные правительственные средства самых лучших результатов можно достичь, если привакцинировать девочек в возрасте 14-15 лет». Это было 60 лет тому назад, но с тех пор что-то подобное в нашем здравоохранении не проводилось, хотя задачи на оптимизацию возникают постоянно. В итоге огромные средства, выделенные совсем недавно на здравоохранение, практически не повлияли на улучшение здоровья граждан.

Что касается внедрения некоторых рыночных элементов в государственно-бюджетную модель здравоохранения, то тут в качестве примера можно привести Великобританию. Там с 1948 г. создана национальная бюджетная модель здравоохранения, финансируемая из налогов. Основа этой модели была заложена еще в 1942 г., когда страна была в блокаде, и состояла в принципе *Cradle to grave* (бесплатная медицинская помощь с пеленок до могилы). При этом все клиники принадлежали юридически местной общине, что позволяло учитывать местные особенности и приоритеты. Между уровнем общины и министерством здравоохранения находились 28 региональных стратегических управлений, интегрирующих общенациональные приоритетные программы. К их ведению относились 155 местных подразделений – трастов, которые и организовывали всю медицинскую помощь. ПМСП потребляла до 80% всего бюджета и в ней были заняты 30 тысяч врачей общей практики и 18 тысяч государственных стоматологов. Трасты, помимо ПМСП, организуют первичную и вторичную профилактику, вакцинацию, контролируют местную эпидемиологическую ситуацию, организуют неотложную помощь, а также управляют работой большинства больниц (кроме университетских клиник) и отвечают за организацию специализированной медицинской помощи. И в таком организационном виде здравоохранение Великобритании сохранилось до сих пор.

С 1948 г. существовало только бюджетное финансирование из налогов постоянной (учреждения, кадры и т.д.) и переменной (оказание медицинской помощи) частей сметы расходов. Но постепенно при достаточном уровне качества помощи и высокой степени удовлетворенности пациентов возникли нарастающий дефицит средств и очереди на стационарное лечение. Всем стало ясно – нужны преобразования в системе финансирования здравоохранения. Реформа разрабатывалась 3 года (1988-91), потом еще год обсуждалась, в том числе с авторитетной Британской медицинской ассоциацией, и, наконец, был принят закон.

Предложения перейти на страховые принципы в любом виде были полностью и категорически отвергнуты в силу малой привлекательности страховой модели и низкой ее эффективности и даже не рассматривались. Если ранее все расходы по смете финансировались из бюджета, то теперь, согласно реформе, бюджет составляет только 85% всех расходов на здравоохранение и покрывает полностью постоянную часть сметы расходов и частично переменную, Переменная часть финансируется также из частного добровольного страхования (ДМС) на 11% и соплатежей граждан – 4% (за выписку и оплату части стоимости лекарств). Государство является собственником всех лечебно-профилактических учреждений, но передало их в управление трастам на местный уровень, которые для оказания медицинской помощи получают бюджетные кредиты. Медицинская помощь является бесплатной для граждан, хотя трасты и подчиненные им больницы могут быть автономными, т.е. обладающими большей свободой в управлении своими ресурсами при меньшем контроле со стороны государства и медицинских чиновников. Отдельные рыночные элементы зафиксированы в концепции внутреннего рынка, по которому районные (местные) органы здравоохранения могут вступать в договорные отношения с врачами общей практики, государственными стоматологами и больницами.

Иначе говоря, теперь часть средств, в том числе бюджетных, при оказании медицинской помощи выделяется не по смете, а по договорам, в которых обозначены объемы и виды помощи, ее уровень и качество и даже ожидаемые результаты. Основные сложности при этом возникли с прогнозированием результатов, но постепенно они сглаживались. В результате медицинская помощь осталась бесплатной, дефицит бюджетных средств исчез, исчезли и очереди в больницы. Таким же путем конвергенции, т.е. сближения элементов разных моделей здравоохранения идет и Испания. Из изложенного видно, что в развитых странах отмечается сближение разных моделей здравоохранения со взаимным проникновением ряда элементов. В целом направленность этих преобразований такова, чтобы за редким исключением (к исключению можно отнести и нашу страну) формировать новые модели с большей социальной ориентацией.

How Should We Develop Our Healthcare?

Part 1. On Convergence of Different Healthcare Systems

Комаров J. М.

*Doctor of Medicine, Professor, Honored Worker of Russian Science, Member of the Executive Committee
Bureau for Pirogov Social Movement for Health Professionals*

In the first part of the article the author considers health systems, currently in use in such countries as France, Germany, Great Britain, the Netherlands, Sweden and USA. The conclusion is made on the process of convergence of public and private-budget healthcare models, enhancing social orientation of health care organizations. Low efficiency of high-tech medical care, compared with an early stage therapy of diseases is stressed.

Key words: public healthcare, commercial healthcare, medical insurance, high-tech medical care, healthcare costs

Образ жизни и здоровье

Комаров Ю.М.

д.м.н., профессор, заслуженный деятель науки РФ, член Бюро исполкома Пироговского движения врачей

В статье рассматривается влияние на здоровье жителей России таких факторов риска как употребление алкоголя, табака, наркотиков. Делается вывод о недостаточной эффективности государственной политики в области снижения влияния неблагоприятных факторов на здоровье населения. Делается вывод о необходимости культивирования в стране здорового образа жизни.

Ключевые слова: здоровый образ жизни, государственная политика, потребление алкоголя, курение, наркомания, неблагоприятные факторы, профилактика

Как известно, к факторам, определяющим образ жизни людей и каждого человека, относятся питание, жилье, доход, окружающая среда, климат, место проживания, семья, культурно-образовательный уровень, мотивация и т.д., а также такие поведенческие факторы, как двигательная активность, вредные привычки и т.п. Кстати, классификаций факторов образа жизни имеется предостаточно, и мы не ставили задачу сделать еще одну. Впервые комплексно о факторах риска заговорили в середине XX столетия – период второй эпидемиологической революции, когда наметился переход от преобладания инфекционных болезней к хроническим дегенеративным. И первое крупномасштабное и лонгитудинальное исследование по этой проблеме было выполнено в маленьком городке США – Фремингхеме, откуда пошло выражение, что ишемическая болезнь сердца – болезнь века.

Сразу скажем, что население России ведет, в основном, крайне нездоровый образ жизни. Так, распространенность табакокурения среди взрослого населения РФ составляла в 2011 г. 40%, что практически в 2 раза выше, чем в странах ОЭСР (21,2%). Потребление алкоголя на душу населения в пересчете на чистый спирт в РФ в 1,7 раза выше, чем в этих странах (16 и 9,5 л соответственно).

В результате проведенной антиалкогольной компании в 1980-е годы с уничтожением запасов спиртного, выкорчевыванием виноградников, запрещением продажи алкогольных напитков и их употребления в ресторанах, на свадьбах и т.д. за три года было спасено 900 тыс. человеческих жизней, значительно возросла рождаемость, снизилось число прогулов, выросли сбережения людей, снизились убытки от травм и отравлений. Кстати, после полной отмены антиалкогольной компании потребление алкоголя в стране быстро выросло в несколько раз и существенно превысило уровень, предшествующий компании, что привело в 1992-94 гг. к катастрофическому росту смертности. Правда, на этом росте сказался и переход к новым условиям жизни, к которым не все люди сумели одинаково приспособиться.

По данным А. Немцова, доля больных алкоголизмом среди употребляющих коньяк составляет 1,4%, употребляющих пиво – 6%, а водку – 66%. С алкоголем связаны 24%

смертности у мужчин и 15% смертности у женщин. Сейчас безалкогольный образ жизни пропагандируется и наблюдается только в Чеченской Республике. И хотя полностью побороть проблему пьянства и алкоголизма в целом в стране не получится, начинать эту работу нужно с будущих матерей, детей и молодежи. Кроме того, необходимо стремиться изменить структуру потребления алкоголя с крепкого на более легкий, поскольку в России 91,5% приходится на крепкие напитки (и только 4,9% на вино), во Франции – 80,6% на вино (и только 12% на крепкий алкоголь), в Германии и Финляндии – на качественное пиво, соответственно, 46,9% и 52,7% (на крепкие напитки 26,1% и 35,1%). Вместе с тем, повышение акцизов на алкоголь (сейчас 80 руб. за 0.5 л бутылку, а планируют увеличить до 100 руб.) привело почти к 40% сокращению производства водки, что никак не повлияло на объемы ее потребления за счет нелегальной и самодельной продукции. Доля потребителей легальной водки только за год уменьшилась. А это означает, что необходима корректировка акцизной политики в стране. Правда, за счет повышения акцизов государство оказалось не в накладе, страдают лишь только потребитель и его здоровье.

Число больных наркоманией по разным оценкам достигло около 1,5 млн. чел. (1% населения), а по неполным данным действующей системы мониторинга наркотики в стране потребляют 8.5 млн. чел. и это на фоне программ ФСКН по снижению числа наркоманов. Судя по всему это заниженное число, несмотря на созданную сеть специализированных реабилитационных центров (религиозных, например, «Православное братство Святого Духа», частных, криминальных и др., которые разнопланово действуют), в дальнейшем будет возрастать, поскольку в мире ежегодно синтезируется до 50 новых наркотиков, обладающих гораздо более токсичным эффектом по сравнению с героином. Однако в стране есть территории, где наркологической службы нет вообще. Опасно то, что наркомания охватывает все более молодые контингенты, она стала моложе на 10 лет и уже стоит на пороге начальной школы. Управление ООН по наркотикам и преступности отмечает, что Россия является крупнейшим рынком сбыта героина и потребляет 20% мирового его производства. Однако основная борьба с наркотиками ведется не на путях их распространения или в местах потребления, а с медицинскими учреждениями, которые используют их в качестве обезболивающих средств в особых случаях. Особенно постыдный случай произошел в Красноярске, где врач выписала рецепт на платный трамадол умирающему в муках онкобольному. Следствие по этому «особо важному» делу, к которому были привлечены следователи высокого ранга, велось долго, с многочасовыми допросами, но создать уголовное дело было не из чего, а хотелось. Тогда была придумана история с подделкой рецепта и в создании «группы лиц по предварительному сговору, сбывающей наркотики», имея в виду врача, больного и его мать. Одновременно следственная группа безуспешно пыталась доказать, что больной не нуждался в обезболивании. В приговоре суда было сказано, что «группа лиц вступила в преступный сговор, направленный на приобретение, сбыт сильнодействующих веществ в особо крупном размере», и прокурор требовал до 8 лет лишения свободы, но суд с учетом преклонного возраста врача ограничился штрафом. Какой врач после этого случая (а таких немало) рискнет выписать умирающему

обезболивающее лекарство? Ведь его могут привлечь к ответственности как наркодилера. Просто удивительно, но не службы здравоохранения разработали программу реабилитации наркоманов, а наркополицейские, которые на деле должны пресекать ввоз наркотиков в страну, бороться с их распространением и преступлениями на почве наркотиков. Но почему-то их тянет в медицину, что гораздо проще, безопасней и выгодней, поскольку на реабилитацию наркоманов ФСКН запросила 180 млрд. руб. бюджетных денег. Судя по всему, речь идет не о борьбе с наркотиками, а о дележе крупных сумм, которые полезнее было бы направить на улучшение здоровья или развитие медицинской помощи.

По разным данным совокупный социально-экономический ущерб от высокой распространенности алкоголизма и табакокурения среди населения РФ составляет значительную долю ВВП. При этом реализуемых ранее государством мер по борьбе с этими вредными для здоровья привычками было недостаточно. Законопроект Минздрава РФ «Об охране здоровья населения от воздействия окружающего табачного дыма и последствий потребления табака» был подготовлен в августе 2012 г. и был принят Государственной Думой. Государственная позиция по этому вопросу представляется сильной и нуждается в поддержке со стороны общественных организаций, хотя только одними запретами проблему не решить и, к тому же, не все последствия принятия этого законопроекта учтены и просчитаны. В этот закон уже внесены поправки, смягчающие штрафы за курение в не отведенных для этого местах и торговлю табаком для малолетних, повышены штрафы за рекламу табака. По данным ВЦИОМ сегодня, после принятия закона, курят 35% взрослых россиян, а 22% – более пачки в сутки. Если цену на сигареты довести до европейского уровня (150-238 руб.), как это предлагает министр здравоохранения РФ, то тогда почти треть откажутся от курения, а почти четверть курящих заявили, что любое повышение цен никак не отразится на их привычках. С одной стороны, министр не учитывает возможные последствия повышения цен на табачную продукцию – возникновение огромного черного рынка (как это было в Болгарии), контрабанду, несоответствие цен в рамках Таможенного союза с Казахстаном и Белоруссией и др. С другой стороны, это является принудительным актом, нарушающим права человека и его выбора. Можно в определенном смысле расценивать как нарушение прав человека и принятый недавно закон, позволяющий прокуратуре без каких-либо ограничений использовать персональные данные граждан, включая конфиденциальные сведения, составляющие «врачебную тайну».

Такая же история, как с табаком, возможна и с алкоголем, когда в квартирах начнут гнать самогон, вырастут нелегальные поставки, а в палатках появится контрафактная продукция. Это говорит о том, что только запретительными мерами проблемы не решить. И даже придуманные штрафы не помогут, поскольку они налагаются не на юридические лица, как это принято в мире, а на самих потребителей, в частности, на курильщиков.

Вместе с тем, реальный уровень заболеваемости в России гораздо выше, чем можно было бы предположить, исходя из распространенности факторов риска. Например, курящих в

Греции значительно больше, а смертность там ниже. Алкоголь во многом определяет смертность от травм и отравлений, но если элиминировать (условно устранить) эту причину смерти, то разрыв в смертности по сравнению с Западной Европой сократится только на четверть. Питание в России не очень качественное и несбалансированное, но уровень нездорового ожирения в США выше. В Китае смертность ниже, хотя уровень загрязнения окружающей среды намного выше. Получается, что факторы нездорового образа жизни и загрязнений окружающей среды по отдельности не полностью определяют высокий уровень смертности в России, а ведущими факторами, несмотря на то, что люди стали жить несколько лучше, со стороны населения являются депрессивное состояние и пессимизм вследствие колоссального материального и психологического неравенства, неудовлетворенности своей жизнью и своей незащищенности. Эти выводы сделаны американским ученым, экономистом и демографом Н. Эберстадом, который на протяжении 35 лет анализировал смертность в России. И исследования ОЭСР показали, что частично в основе многих факторов риска находится неудовлетворенность личной жизнью. По данным ВОЗ, к 2030 г. главной медицинской проблемой станет депрессия и потому предлагается обратить особое внимание на наиболее уязвимый «школьный возраст». Как считается, в основе причин депрессии психологического порядка лежит неправильная постановка цели, т.е. когда человек ставит перед собой абстрактные размытые желания, и если они не сбываются, то наступает угнетенное состояние, иногда приводящее к суицидам.

Вместе с тем, по данным «Левада-центра» уровень нравственности у граждан России не может считаться достаточным, ибо 61% допускают ложь, 58% допускают возможность добрых связей, 34% считают нормой иметь любовника или любовницу. Многие поддерживают не только однополые браки, но и их возможность брать на воспитание детей. Можно себе представить, что вынесут дети из такого воспитания. А, возможно, в основе этого феномена, который известен с древних времен, но получил особое распространение в последние десятилетия, лежит принцип самосохранения и популяционно-биологической защиты населения, когда воспроизводство по некоторым линиям будет прекращено? То есть речь идет о выбраковке. Ведь по данным А. Кинсли (США) до 35% населения являются не сторонниками традиционной ориентации, что ведет к вырождению, несмотря на равные демократические права.

Парадоксальные результаты получены учеными из медицинского колледжа имени Альберта Эйнштейна (Нью-Йорк, 2013) в результате длительных исследований на представительной выборке о том, что не столько здоровый образ жизни влияет на продолжительность жизни, сколько наследственность. Было установлено, что набор ДНК может противостоять ущербу от нездоровых привычек и негативного влияния окружающей среды. Однако, влияние условий жизни было подтверждено, что делает проблему здорового образа жизни без стресса весьма актуальной и требующей своего решения. Поэтому из изложенного вовсе не следует, что системе охраны здоровья и созданию условий для здорового образа жизни можно не уделять столько внимания. Напротив, именно сочетание всех указанных факторов, а не классическая медицина,

является определяющим моментом в улучшении здоровья населения, а традиционное здравоохранение в нашей стране предназначено не для сохранения и укрепления (это ответственность государства), а для восстановления здоровья (полного, частичного или без перемен) в случае его утраты и трудоспособности по медицинским причинам у работающих – это отраслевая ответственность.

Для пропаганды здорового образа жизни нужно гораздо шире использовать средства масс-медиа (прессу, телевидение, листки и бюллетени санитарного просвещения, фильмы), включить этот вопрос в образовательные программы, в том числе при подготовке врачей и медсестер, организовывать при амбулаторной службе (ОВП, амбулатории, поликлиники, консультативно-диагностические центры, центры здоровья и др.) специальные группы по здоровому образу жизни, проводить при поддержке муниципалитетов массовые оздоровительно-пропагандистские компании. Нужно создавать моду на здоровый образ жизни, используя для этого пример первых лиц государства. Нередко в кинофильмах и телесериалах герои, попадающие в сложные жизненные ситуации, хватаются за сигарету или бутылку водки, как будто это поможет им в выборе правильного решения. С этим мириться нельзя.

Если задача служб здравоохранения – вести разъяснительно-пропагандистскую и воспитательную работу среди населения, начиная с детских садов и школ, о полезности ведения здорового образа жизни, то создание для этого необходимых условий – это задача и ответственность государства.

Между тем, государственная политика, направленная на снижение влияния неблагоприятных факторов на здоровье населения, недостаточно эффективна. Такая политика подразумевает на перспективу меры по контролю за производством и распространением только качественных продуктов питания; по созданию экологически благоприятных условий проживания, труда и отдыха населения; по мотивации населения к ведению здорового образа жизни; по обеспечению качественного водоснабжения; по борьбе с бедностью и безработицей; по созданию возможностей для физического, умственного и духовного развития граждан, для физкультурно-оздоровительного поведения и др. Так, например, со времен антиалкогольной компании (1985–1987 гг.) до 2009 г. Правительством РФ не проводилось адекватных мер в этом направлении. Только в 2009 г. была принята «Концепция реализации государственной политики по снижению масштабов злоупотребления алкогольной продукцией и профилактике алкоголизма среди населения РФ на период до 2020 года», а меры по снижению табакокурения предложены лишь с 2011 г. Видимо, следует рассмотреть вопрос о воссоздании системы вытрезвителей в рамках МВД, которые были полностью ликвидированы в 2011 г. хотя в определенной мере сдерживали процветающее пьянство и связанное с ним хулиганство.

Значительная часть населения целого ряда городов страны с сохранившейся промышленностью проживает в неблагоприятных экологических условиях. По имеющимся данным, около 77% предприятий в России относится к опасным и

неблагоприятным для здоровья работающих. Все это вкупе с низкой выявляемостью профессиональных заболеваний и свертыванием программ охраны здоровья работников на производствах, ведет к ухудшению здоровья работающих граждан.

Следует отметить, что в РФ недостаточно условий для занятий по интересам, активного отдыха и занятий спортом: мало кружков, спортивных площадок, стадионов, секций для занятий спортом для детей и молодежи, а имеющиеся спортивно-оздоровительные клубы недоступны для большинства населения из-за высокой стоимости посещения. В данной статье мы намеренно не приводили результаты позитивного отечественного и зарубежного опыта, поскольку они касались либо части факторов, либо носили локальный характер.

Таким образом, культивирование в стране здорового образа (стиля) жизни является важнейшей государственной и отраслевой задачей, которую можно решить, используя для этого все возможные средства.

On Lifestyle and Health

Komarov J. M.

MD, Professor, Honored Worker of Russian Science, Member of the Executive Committee Bureau for Pirogov Social Movement for Health Professionals

The article examines the impact on the health of Russian population such risk factors as alcohol, tobacco and drugs. It is concluded that the state policy in the field of reducing the impact of adverse factors on the health of the population lacks efficiency. The conclusion is drawn on the necessity of nationwide healthy lifestyles promotion.

Key words: healthy lifestyle, state policy, alcohol consumption, smoking, drug addiction, adverse factors, prevention