



ОТ ЭТОГО ЗАВИСИТ ВАША ЖИЗНЬ

Как правильно общаться
с врачами и принимать верные
решения о здоровье

Талия Мирон-Шац

- 1

- 2

- 3



Талия Мирон-Шац
От этого зависит ваша жизнь.
Как правильно общаться
с врачами и принимать
верные решения о здоровье
Серия «МИФ Здоровый образ жизни»
Серия «Секреты здоровья (МИФ)»

Текст предоставлен правообладателем

http://www.litres.ru/pages/biblio_book/?art=67852887

*Талия Мирон-Шац. От этого зависит ваша жизнь. Как правильно общаться с врачами и принимать верные решения о здоровье: Манн, Иванов и Фербер; Москва; 2022
ISBN 9785001952749*

Аннотация

Эта книга вбирает в себя лучшие методы, которые помогут сделать правильный выбор относительно своего здоровья.

В последние годы мы получили беспрецедентный контроль над собственным здоровьем. Пациент теперь не пассивный участник событий, он может сам делать выбор, как и чем лечиться и лечиться ли вообще. Однако это бывает очень трудно из-за

множества психологических ловушек и искажений: в свободном доступе много информации, и мы часто не знаем, кому верить, или доверяем не тем источникам. В результате мы проходим ненужные процедуры, чрезмерно увлекаемся лекарствами или поддаемся на псевдонаучные методы лечения.

В этой книге Талия Мирон-Шац исследует, чем мы руководствуемся, когда делаем выбор в разных сферах – от питания до лекарств, от беременности до решения лечь на операцию. Она показывает, как медицинская система может настроить нас на успех или неудачу и как оптимизировать модель взаимодействия «врач – пациент».

Для кого эта книга

Для любителей популярной медицины.

Для поклонников книг о критическом мышлении.

Для всех, кто хочет самостоятельно принимать решения в отношении своего здоровья.

На русском языке публикуется впервые.

Содержание

Введение. Почему мне не все равно?	7
Часть 1. Как мы пришли к тому, что имеем сейчас?	22
Глава 1. Сколько же возможностей выбора у вас теперь есть	22
Конец ознакомительного фрагмента.	60

Талия Мирон-Шац

От этого зависит ваша жизнь. Как правильно общаться с врачами и принимать верные решения о здоровье

Научно-популярное издание

Все права защищены.

Никакая часть данной книги не может быть воспроизведена в какой бы то ни было форме без письменного разрешения владельцев авторских прав.

В тексте неоднократно упоминаются названия социальных сетей, принадлежащих Meta Platforms Inc., признанной экстремистской организацией на территории РФ.

© 2021 by Talya Miron-Shatz

© Перевод на русский язык, издание на русском языке, оформление. ООО «Манн, Иванов и Фербер», 2022

* * *

Любовь к врачебному искусству – это и есть любовь к человечеству.

Гиппократ

Функция образования заключается в том, чтобы научить интенсивно и критически мыслить.

Мартин Лютер Кинг – младший

Эта книга заставит вас задуматься о решениях, которые вы принимаете в отношении своего здоровья, и критически осмыслить их.

Взять на себя ответственность за принятие этих решений. Сделать самый правильный выбор. Поверьте: это очень трудно. Ах да, и от этого зависит ваша жизнь.

Введение. Почему мне не все равно?

Ежедневно все мы принимаем решения, так или иначе влияющие на наше здоровье. Прием витаминных добавок; выход на пробежку, несмотря на боль в сухожилии; отказ от приема противозачаточных таблеток или проведение химиотерапии после операции по удалению злокачественной опухоли... Чем важнее решение, которое нужно принять, чем больше рисков оно может за собой повлечь, тем сложнее нам сделать выбор. Именно поэтому необходимо развивать навыки, которые помогут справиться с этой непростой задачей.

Нам нужно научиться задавать правильные вопросы, отличать достоверную информацию от недостоверной, принимать правильные решения, касающиеся нашего здоровья и здоровья близких. И все это вне зависимости от того, где мы находимся: дома, в кабинете врача или в больнице. Более того, эти навыки необходимы и самим врачам, и даже руководителям служб в сфере здравоохранения.

Я расскажу вам, как всему этому научиться.

Я доктор психологических наук, специализируюсь на теории принятия решений. Обучалась в Принстонском университете, преподавала в Уортонской школе бизнеса, являюсь приглашенным исследователем Кембриджского университе-

та. Основная область моих исследований – медицинские решения. Я изучаю, как врачи и обычные люди, непрофессионалы в области медицины, принимают такие решения в больницах, дома или онлайн.

Я знаю многие нюансы принятия решений, касающихся здоровья и медицины, так как консультирую рекламодателей в области здоровья, а также компании, занимающиеся медицинским оборудованием, лекарственными препаратами и технологиями цифрового здравоохранения. Мало кто обладает тем массивом знаний о медицинских решениях, которым я сейчас поделюсь с вами.

Когда я впервые столкнулась с выбором, касающимся моего здоровья, я не была экспертом. Я была всего лишь шестиклассницей. Меня осмотрела школьная медсестра и проборотала что-то непонятное. В последующие месяцы по утрам мы с отцом часто ездили в медицинский центр ортопедии для детей и подростков, расположенный на окраине города, – по пустынной улице, оставляя позади знакомые мне места. Оказавшись на месте, я отправлялась на рентген позвоночника. Врач просматривала рентгеновские снимки и измеряла угол искривления позвоночника, отслеживая изменения.

Она сказала, что у меня сколиоз. Еще она сказала, что мне годами придется носить на поясице пластиковый корсет.

Никто не предлагал мне выбрать вариант лечения. Врач так и не сказал, будет ли эффект от ношения корсета, сколько времени его носить, станет ли после этого моя спина иде-

ально прямой и помешает ли мне сколиоз в будущем завести детей. Все эти вопросы крутились в моей голове, когда мне было всего тринадцать, но я никогда не произносила их вслух.

Ни один медицинский работник никогда не делал рентген моего внутреннего состояния и не измерял его линейкой. Я никогда никому об этом не рассказывала, но моя спина казалась мне хребтом гигантской ящерицы, и я не могла заставить себя посмотреть на нее в зеркало. Под корсетом я носила длинную майку, которая защищала мою кожу от холода, но не спасала от трения жесткого материала корсета о тазовые кости. На моем теле оставались синяки, которые продолжали напоминать о себе на протяжении долгого времени после того, как я перестала носить ортопедическую конструкцию.

Мой отец, который безумно меня любил, не имел высшего образования и работал кассиром в банке. У него не было ни малейших сомнений в авторитете врача, он относился к людям этой профессии с бескрайним уважением. В сложившейся ситуации отец не мог встать на мою сторону или высказать вслух опасения. А мать была слишком огорчена, видя, как я страдаю, поэтому полностью доверила вопрос лечения отцу.

Интернета еще не было. Чтобы найти медицинскую информацию, требовалось записаться в университетскую библиотеку – место, о котором я узнала гораздо позже. Там сле-

довало найти книгу или статью об «альтернативах корсетам для спины при идиопатическом сколиозе у подростков», если бы на тот момент я знала эти термины.

После нескольких посещений медицинского центра, где мне делали рентген и измеряли уровень искривления позвоночника, я решила спросить врача, не стоит ли мне заняться плаванием. Я слышала, что плавание полезно для спины. Она утверждала, что корсет – это все, что мне необходимо для лечения. Тем не менее мне самой хотелось делать что-то для своего здоровья и улучшить отношения со своим телом. Мои родители всегда были готовы помочь мне и оплатили абонемент в бассейн. После месяцев регулярных занятий плаванием я рискнула взглянуть на свою спину в зеркало в раздевалке. Спина выглядела не так уж плохо.

Моя история имела счастливый конец. К тому моменту, когда мне исполнилось шестнадцать, я уже не носила корсет. Я регулярно занималась плаванием и больше не ходила к ортопеду. Я оставила этот эпизод своей жизни позади – по крайней мере, я так думала.

Двадцать лет спустя я все еще занималась плаванием. Я все еще смотрела на спины людей и восхищалась тем, какие они ровные и симметричные. К тому моменту я уже вышла замуж, родила троих детей и устроилась на работу организационным психологом. Не так давно я потеряла своего любящего, заботливого отца. Его жизнь унесли рак простаты, болезнь Паркинсона и пневмония. Стремясь к переме-

нам, я вернулась в университет, чтобы получить докторскую степень в области социальной психологии. В то время мои исследования были посвящены так называемой предвзятости подтверждения – склонности человека придерживаться уже имеющегося у него мнения даже в случае предоставления информации, подтверждающей противоположную точку зрения. Я изучала этот феномен с точки зрения специалистов в области медицины и с точки зрения людей, не связанных с этой профессиональной областью. Интересную информацию по данной теме можно найти в книге Джерома Группмана «Как думают врачи» (How Doctors Think)¹.

Затем в мою жизнь внезапно ворвалась тема принятия медицинских решений: заведующий кафедрой сообщил мне, что руководитель программы генетического консультирования находится в поисках человека, который мог бы преподавать студентам курс по психологическим аспектам принятия медицинских решений. По его мнению, я была подходящей кандидатурой. Такая работа была для меня честью, но передо мной стояла очень непростая задача. Я прочитала по этой теме все, что могла, но все равно чувствовала себя неуверенно – так, словно брала уроки плавания онлайн. Мне нужно было проверить знания на практике. Я попросила разрешить мне поприсутствовать на нескольких сеансах генетического консультирования.

¹ Jerome Groopman, How Doctors Think (Boston: Houghton Mifflin Harcourt, 2008).

Первая семейная пара, на сеансе которой мне довелось побывать, пришла в кабинет генетика-консультанта всего на несколько минут раньше меня. Мужчина и беременная женщина вошли к консультанту, тяжело дыша, так как мчались по коридорам больницы в поисках нужного кабинета. Они оба были глухими. Пара пришла на сеанс, чтобы спросить, может ли глухота передаваться ребенку по наследству. В случае положительного ответа им нужно было знать, от кого из родителей будет унаследовано заболевание. Мужчину и женщину в целом не волновал второй вопрос, ответ на него хотели знать родственники со стороны мужа. На приеме у консультанта также присутствовал их слышащий двухлетний сын и переводчик с жестового языка.

У консультанта были схемы родословной отца и матери, на которых можно было увидеть различные условные обозначения. Врач объяснял паре, каковы наследственные причины их глухоты, подкрепляя свои слова научными фактами из области генетики. Я погрузилась в воспоминания: на уроках биологии в девятом классе нам рассказывали, что человеческий геном состоит из двадцати трех пар хромосом и огромного количества генов. По всей видимости, переводчица тоже вспоминала необходимую информацию, чтобы перевести слова генетика на жестовый язык. Ребенку становилось все труднее усидеть на месте, и теперь, когда к нам присоединились хромосомы и гены, в кабинете стало теснее.

Обеспокоенные родители посмотрели на переводчика, за-

тем перевели взгляд на консультанта и снова повернулись к переводчику.

– Так от кого из родителей ребенок унаследует заболевание? – спросил переводчик.

Собрав воедино свои знания биологии и информацию, полученную из семейного анамнеза, генетик пришел к следующему выводу: глухота может передаться ребенку по линии отца. Возможно, семья мужчины не ожидала такого исхода, но по крайней мере они получили ответ на свой вопрос.

За время этого часового сеанса пара получила от консультанта больше информации, чем я за все время общения с врачами. Тем не менее, несмотря на обширные знания генетического консультанта и терпение, с которым она поясняла все необходимое, пара вышла из кабинета, оставив ряд вопросов. Мне было интересно, что из всего сказанного они поняли, какая информация не была потеряна в результате перевода. Число хромосом в геноме человека? Разница между доминантными и рецессивными генами? Вероятность того, что их ребенок сможет слышать? Даже если бы у мужчины и женщины был прекрасный слух и отсутствовала необходимость в переводчике, смогли бы они точно повторить все, что так подробно объяснял консультант?

Многие пациенты – возможно, даже большинство – выходят из кабинета врача в замешательстве. Система здравоохранения призвана помочь нам, но из-за высокой загруженности врачи не всегда могут предоставить необходимую ин-

формацию, а уж тем более убедиться, что мы понимаем ее и используем в процессе принятия решений.

Студенты, у которых я преподавала, сказали, что на других курсах таких знаний им не давали. Благодаря другим дисциплинам они научились скрупулезно рассчитывать генетический риск, но никто не обращал их внимание на то, как пациенты воспринимают информацию.

С тех пор я начала применять свои знания во многих сферах и учила этому других. Я постоянно слышала, что именно этой информации им не хватало. Нужно понимать, как человек принимает решения, касающиеся его здоровья, чтобы дать такие рекомендации по приему лекарств, которых он будет придерживаться, или чтобы узнать реальные показатели фитнес-браслета или глюкометра и понять, что делать дальше.

Через год после того, как я посетила первый сеанс генетического консультирования и прочитала студентам курс по психологическим аспектам принятия медицинских решений, я начала свое постдокторское исследование, посвященное изучению счастья, в Принстонском университете. Я работала с Даниэлем Канеманом, лауреатом Нобелевской премии, который являлся одним из основоположников поведенческой экономики, а также выделил два вида мышления человека – быстрое и медленное². В процессе исследования я

² Daniel Kahneman, *Thinking, Fast and Slow* (New York: Farrar, Straus and Giroux, 2011). (Переведена на русский язык: Канеман Д. Думай медленно... решай быст-

обнаружила, что неудачные периоды жизни влияют на наше состояние больше, чем успехи, а мысли о хорошем финансовом положении так же важны, как и величина дохода³. Однако меня все еще сильно тянуло к изучению принятия медицинских решений как во время проведения постдокторского исследования, так и позже, когда я преподавала дисциплину «Поведение потребителей» в Уортонской школе бизнеса при Университете Пенсильвании.

Я вспоминала, насколько бессильной я была в этой сфере когда-то давно, в прошлом. Теперь у меня был голос, и я поклялась использовать его, чтобы помогать людям в те моменты, когда они теряли собственный. Я поклялась изучить решения, касающиеся нашего здоровья, те решения, которые влияют на нас, иногда имея необратимые последствия. Я человек оптимистичный, но постепенно начала осознавать, насколько ошибочно полагать, что все люди высказывают свое мнение и принимают медицинские решения самостоятельно. Даже сейчас, когда в основном информация находится в открытом доступе, а индустрия цифрового здравоохранения процветает, все еще бывает трудно сделать правильный выбор.

по. М.: АСТ, 2014.)

³ Talya Miron-Shatz, "Evaluating Multiepisodic Events: Boundary Conditions for the Peak-End Rule," *Emotion* 9, no. 2 (2009): 206–213, doi:[10.1037/a0015295](https://doi.org/10.1037/a0015295); Talya Miron-Shatz, "Am I Going to Be Happy and Financially Stable? How American Women Feel When They Think About Financial Security," January 18, 2009, SSRN Electronic Journal, doi:[10.2139/ssrn.1329806](https://doi.org/10.2139/ssrn.1329806).

Сегодня в процессе принятия медицинских решений мы сталкиваемся со множеством проблем. Мы имеем дело с несовершенной системой здравоохранения, испытываем страх, подвергаемся чрезмерной психической нагрузке, получаем слишком большие объемы неполной информации из огромного числа ненадежных источников... И после всего этого нам нужно понять, что делать, и принять окончательное решение. Я поделюсь с вами всеми известными мне психологическими уловками и другой полезной информацией, чтобы сделать процесс принятия решения максимально простым для вас.

После завершения исследования в Принстонском университете и преподавательской деятельности в Уортоне я стала профессором в бизнес-школе в Израиле, а затем приглашенным исследователем в Кембриджском университете. Теперь я консультирую различные компании, от стартапов до крупных корпораций, по вопросам поведенческой экономики и психологических аспектов поведения пациента и врача. Данные вопросы я освещала на мероприятиях международного уровня, выступая перед предпринимателями, врачами и руководителями организаций управления здравоохранением. Когда моя мама присутствовала на медицинской конференции, где я выступала с речью, посвященной соблюдению предписанного режима лечения, она пожаловалась, что я говорю слишком быстро. Ну конечно! Теперь у меня есть голос и мне есть что сказать.

И вот на вершине моей карьеры у меня вновь нестерпимо заболела спина. Нехотя я обратилась к ортопеду. Он сказал, что разрыва фиброзного кольца и грыжи межпозвонкового диска у меня нет, и отправил меня домой отдохнуть и «выпить чашечку чая». Как и тогда, в тринадцать лет, я ничего не сказала врачу. Мне было слишком больно, чтобы говорить. Я промучилась несколько дней, прежде чем снова позвонила ему и попросила о помощи.

Теперь вместо чая врач рекомендовал мне морфиновый пластырь. Он заверил, что никаких побочных эффектов от его применения не возникает. Сейчас я понимаю, что эти слова были абсолютной чепухой. Я сама изучала принятие медицинских решений. Я знала, где находится университетская библиотека, и мне даже можно было не ходить туда, а получить все необходимые сведения онлайн. Однако мне было слишком больно, чтобы искать какую-либо информацию о том, сработает ли пластырь, каковы риски его применения и есть ли альтернативы. Мне было слишком плохо, чтобы задуматься, насколько странным было решение врача выписать мне сильнодействующий опиоид, ведь изначально он не собирался назначать мне никаких обезболивающих средств. Я слишком отчаялась, чтобы прочитать брошюру (напечатанную микроскопическими буквами), которую мне дали вместе с пластырем. Как и в детстве, никто ничего мне не объяснил и не спросил, какое лечение я бы предпочла. Ко мне относились не как к личности, а как к спине, которую

нужно вылечить. В нормальном состоянии я могла бы обдумать назначенное лечение и высказать свои опасения. Но в данный момент, при минимальном участии врача в планировании лечения, это было невыполнимой задачей.

Муж приклеил пластырь мне на плечо и поцеловал. Я должна была носить этот пластырь в течение недели, но не продержалась и двадцати четырех часов.

На следующее утро я сидела на диване. Я собиралась встать и поехать на работу – в тот день объявили о моем повышении и в университете должно было состояться предновогоднее мероприятие. Прошло всего мгновение, я все еще была на диване, но вот часы показывали, что прошло уже три часа. Я еще никогда не чувствовала такой сонливости. Никакого мне университетского праздника. Позвонила мама и, услышав вялость в моем голосе, сообщила об этом мужу. Пока он добирался до дома, я на мгновение пришла в себя. Я поняла, что все это дело рук морфина, и попросила своего доброжелательного соседа снять пластырь с моего плеча. Туман в голове рассеялся, но боль вернулась.

Я, столько времени посвятившая изучению способов подачи медицинской информации и абсолютно уверенная, что могу сделать осознанный выбор в отношении своего здоровья, не сумела объективно оценить происходящее, задать правильные вопросы и даже не прочла брошюру! Такой исход событий стал для меня болезненным разочарованием.

В теории времена, когда лечение мог назначать толь-

ко врач, уже давно прошли. Сегодня мы можем самостоятельно поставить себе диагноз (хотя возможно, он окажется ошибочным), воспользовавшись поисковиком; можем купить разрекламированное в интернете лекарство от всех болезней одним взмахом кредитной карты, и, наконец, если нас что-то не устраивает, мы всегда можем высказать свои возражения в кабинете врача. В реальности же мы по-прежнему сильно зависим от врачей и системы здравоохранения. Именно поэтому необходимо показать врачам важность вовлечения пациентов в процесс лечения и научить специалистов, как это делать. Эта книга поможет достичь обеих целей.

Принятие правильного медицинского или иного решения, касающегося нашего здоровья, – это непростая задача, где невозможно полагаться лишь на интуицию. При принятии решения мы сталкиваемся с рядом трудностей: возможностью возникновения опасности для жизни, непонятным медицинским жаргоном, противоречащими друг другу вариантами развития событий... Кроме того, выбор осложняется такими факторами, как культурное происхождение, когнитивные барьеры, отсутствие профессиональной подготовки в вопросах передачи медицинской информации, нехватка времени и недостатки системы здравоохранения. Не стоит ожидать, что мы справимся со всем этим безупречно, – такого просто не может быть.

Хорошая новость: все же вы можете сделать многое, если поймете, с чем имеете дело. Прочитав эту книгу, вы по-

лучите необходимые знания. В последующих главах я опишу некоторые психологические приемы и дам советы, которые позволят компенсировать некоторые недостатки системы здравоохранения. В этой книге я ссылаюсь на исследования в области поведенческой экономики, медицины, психологии, социологии и других наук, чтобы разработать модель, которая поможет вам в принятии наиболее правильных решений в отношении вашего здоровья.

В первой части книги вы получите информацию об общественных, правовых и коммерческих институтах, которые требуют от нас более активного участия в вопросах здравоохранения. Вы поймете, что происходит, когда принимается неправильное решение в отношении здоровья, и узнаете, какие психологические процессы – например, желание поддаться голосу страха или надежды, стремление сократить умственную нагрузку – мешают разобраться в ситуации самостоятельно.

Во второй части книги вы получите глубокое представление об уникальных барьерах, препятствующих принятию правильного решения в отношении здоровья. Я предложу несколько обоснованных с точки зрения науки практических советов, которые помогут вам и вашему врачу в преодолении этих барьеров. Я расскажу о совместном принятии решения, а также о сложных с эмоциональной точки зрения решениях, связанных с уходом за пожилыми и неизлечимо больными людьми.

В третьей, заключительной части я расскажу о перспективах цифровых медицинских решений, оздоровительных программ и инновационных способов оказания медицинской помощи, особенно если эти нововведения подкрепляются знаниями психологии. Я также обращусь к тому факту, что и сама система здравоохранения сталкивается с рядом проблем, в основном финансовых. Здесь я выскажусь о том, как организации системы здравоохранения могут по-настоящему помочь пациентам принять наиболее правильное решение, касающееся их здоровья.

Эта книга будет полезна руководителям медицинских организаций, врачам, людям, которые когда-либо ухаживали за пациентами, самим пациентам и всем, кто хочет самостоятельно принимать решения в отношении своего здоровья. Эта книга для всех нас. Читайте дальше, ведь медицинские решения – это то, от чего зависит ваша жизнь.

Часть 1. Как мы пришли к тому, что имеем сейчас?

Глава 1. Сколько же возможностей выбора у вас теперь есть

В одной из сцен фильма «Когда Гарри встретил Салли» главные герои обедают в закусочной. Гарри заказывает «мeню номер три», а Салли – салат от шеф-повара с заправкой в качестве основного блюда и яблочный пирог а-ля мод. Девушка практически на одном дыхании говорит, что хочет подогреть пирог, а мороженое, которое подается вместе с пирогом, должно быть на тарелке сбоку. Она добавляет, что хочет клубничное мороженое или натуральные взбитые сливки, если такого мороженого нет. Девушка даже уточняет, что делать в том случае, если в закусочной нет ни мороженого, ни взбитых сливок. Официантка с выраженным недовольством записывает заказ Салли, бросает на девушку осуждающий взгляд, засовывает карандаш за ухо и уходит. Затем Гарри молча смотрит на Салли в течение пяти секунд (которые на экране тянутся словно вечность), пока та не задает вопрос: «Что?!»

Многим зрителям, и мне в том числе, этот момент пока-

зался смешным. Но теперь я вижу в Салли трагикомическую фигуру, пытающуюся самоутвердиться в окружении людей, не настроенных ее поддерживать. Гарри безмолвно умоляет Салли помолчать и без лишних слов принять предложенные в меню варианты. Стоящая над Салли официантка хочет от девушки того же: чтобы та знала свое место и не предъявляла слишком много требований.

Не так давно считалось, что пациенты должны вести себя примерно так же: говорить мало и знать свое место, принимать любой вариант терапии, который им предлагают, никак не пытаясь повлиять на происходящее. В медицине такая модель поведения получила название патерналистской. Патернализм – это такая система отношений, при которой должностные лица предоставляют гражданам, сотрудникам или пациентам все самое необходимое, по их мнению, не оставляя людям другого выбора. В медицинском контексте под патернализмом понимается доминирующая роль врачей в процессе принятия решений в отношении проведения обследований, постановки диагноза и определения курса лечения. Данная модель предполагает, что пациент полностью полагается на квалификацию своего лечащего врача. Существование этой древней модели обусловлено исторической связью медицины и религии, ведь раньше считалось, что болезни – божье наказание за грехи⁴. Согласно греческой

⁴ Cambridge Dictionary, s.v. “paternalism,” 2020, <https://dictionary.cambridge.org/dictionary/english/paternalism>; Rolf E. Sartorius, *Paternalism* (Minneapolis:

мифологии, первым врачом был сын Аполлона Асклепий, бог медицины и врачевания. А кто может перечить богу? В Средние века болезнь продолжали считать божьим наказанием, а исцелить болезнь могла молитва о прощении грехов. В то время врачеванием обычно занимались священники или другие религиозные деятели, чье влияние было обусловлено знаниями, доступными далеко не каждому, и поддержкой со стороны религиозных институтов⁵. Тогда «расширение прав и возможностей пациента» не имело никакого смысла, так как поиск исцеления заключался в признании власти Бога. Целители, медсестры, акушерки, которые не находились в такой тесной связи с церковью, исцеляли болезни магическими обрядами и травяными отварами, а не молитвами. Этих людей считали угрозой абсолютной власти церкви, потому их нарекали «колдунами» и «ведьмами» и постоянно преследовали⁶.

К девятнадцатому веку мысли о связи религии и медицины практически сошли на нет, но изменилось не многое. Этический кодекс Американской медицинской ассоциации 1847 года гласил: «Повиновение пациента предписаниям ле-

University of Minnesota Press, 1983); Mark Cartwright, "Greek Medicine," Ancient History Encyclopedia Limited, accessed January 17, 2020, www.ancient.eu/Greek_Medicine/.

⁵ ABPI Interactive Resources for Schools, "History of Medicine," accessed January 17, 2020.

⁶ Barbara Ehrenreich and Deirdre English, *Witches, Midwives, and Nurses: A History of Women Healers* (New York: Feminist Press at CUNY, 2010).

чащего врача должно быть немедленным и беспрекословным. Пациент не должен допускать, чтобы его собственное грубое мнение об их уместности влияло на их соблюдение»⁷.

Однако роль пациента в системе здравоохранения стремительно меняется. От него теперь ожидают активного участия в процессе лечения. Теперь он с гораздо большей вероятностью выскажет свое мнение, даже если его не спрашивают. У него больше возможностей и прав самостоятельно принимать медицинские решения. Кажется очевидным, что такое расширение прав пациента – именно то, чего всем так хотелось. Такое мнение объясняется двумя причинами. Во-первых, в обществе принято считать, что право выбора – нечто сверхположительное. Во-вторых, разные диагнозы, обстоятельства, индивидуальные особенности пациента требуют индивидуального подхода: невозможно вылечить каждого с помощью стандартного «меню номер три». Но умеют ли люди правильно распоряжаться своим правом выбора, учитывая тот факт, что на кону стоят их органы – молочные железы, простата, сердце – или даже жизнь? Для некоторых людей возможность самостоятельно принять решение – это настоящий подарок, ведь они чувствуют, что их здоровье находится в их руках. Для некоторых же, особенно в критической ситуации, право выбора оказывается тяжким грузом.

⁷ American Medical Association, Code of Ethics, originally adopted at the Adjourned Meeting of the National Medical Convention in Philadelphia (Chicago, 1847).

В любом случае грустная правда заключается в том, что исход решения, которое принимает пациент в отношении своего здоровья, может оказаться неудачным. В этой книге я расскажу о когнитивных механизмах, препятствующих принятию правильного решения, и о факторах окружающей среды, затрудняющих выбор. Занимаясь исследованиями в данной сфере на протяжении десятилетий, я пришла к выводу, что люди просто не могут принять правильное медицинское решение теми способами, которые им предлагаются на сегодняшний день.

И все же мы должны делать этот выбор.

Эта книга повествует о разрыве между теорией и практикой – и речь не только о вопросах выбора и о порядке предоставления информированного добровольного согласия. Эта книга о разрыве между теми правами в области здравоохранения, которыми мы, пациенты, теоретически обладаем, и нашими ограниченными способностями пользования этими правами на практике. Я покажу, как проявляется этот разрыв, и подскажу, как его можно сократить (однако признаюсь, что нам попросту не хватит сил, чтобы полностью его устранить).

Чтобы понять, почему ныне существующая модель лечения пациентов, основанная на предоставлении им права выбора, пока не отвечает психологическим потребностям людей, необходимо рассмотреть, как и почему эта модель появилась. Как и любой сдвиг парадигмы, такое радикаль-

ное изменение положения пациента в системе не произошло мгновенно и беспричинно. Несколько событий, хоть и не связанных напрямую с принятием медицинских решений, позволили сделать участие пациентов в этом процессе возможным и социально приемлемым. К таким событиям можно отнести развитие культуры потребления, требования более активного участия пациентов в медицинском процессе на законодательном уровне, появление интернета вещей и страховых выплат.

Но сначала давайте поговорим о кофе.

РОЛЬ ПАЦИЕНТА... И STARBUCKS

Сказав, что первые шаги к переменам были сделаны благодаря сети кофеен, мы бы преувеличили. Изменение роли пациента в системе здравоохранения было отчасти связано с развитием культуры потребления, предоставившей людям право выбора. Однако на примере сети кофеен мы можем рассмотреть, как изменилось представление о потребителе и его роль, а также проследить увеличение количества вариантов выбора абсолютно любых товаров – от ползунков для новорожденных до шкатулок.

В 1982 году у компании Starbucks было всего четыре кофейни в Сиэтле. К дате выхода фильма «Когда Гарри встретил Салли» в 1989 году сеть насчитывала 55 точек по всему миру. В 1994 году, когда компания Amazon начала про-

давать книги, было открыто 425 кофеен. А к 2012 году, когда появился Tinder – приложение, предлагающее бесконечное множество потенциальных партнеров для романтических знакомств, – у компании Starbucks было уже более 18 тысяч филиалов. На момент написания этой книги работает более 30 тысяч кофеен.

Компания Starbucks стала первооткрывателем приготовления кофе, отвечающего индивидуальным предпочтениям покупателей, переосмыслив стандартное потребление кофе «Ява». Такая персонализированная модель буквально вынуждает покупателя иметь собственные предпочтения в отношении продукта. Так, ему нужно самому решить, каким будет размер, вкус и температура кофе, на каком молоке он будет приготовлен – на цельном, обезжиренном или миндальном – и какой размер порции кофе будет содержаться в напитке. Когда покупатель приходит в Starbucks, он не просто покупает кофе. В каком-то смысле он готовит свой напиток вместе с бариста.

И вот в чем суть. В Starbucks не просто терпят, когда вы начинаете говорить. Как раз наоборот, там вы должны подробно рассказать, чего хотите. При заказе в кофейне неслучайно спрашивают ваше имя. Ведь потом они могут объявить: «Зеленый чай латте объема толл для Тейлы». Точно такая же система используется в компании Nike – сервис Nike By You позволяет покупателю создать кроссовки на свой вкус. Бренд MAC Cosmetics предлагает вам сфор-

мировать собственную палитру для макияжа. Большинство людей считают, что такой уровень свободы им нравится, однако он с легкостью может стать причиной переизбытка вариантов выбора, неоптимальному использованию представленных возможностей и даже к абсолютной неспособности сделать выбор⁸. Многие приходят в Starbucks и каждый раз берут один и тот же напиток вместо того, чтобы пробовать все, что есть в меню.

Большинство из нас предпочтут купить уже представленные в ассортименте магазинов кроссовки и палетки теней, чтобы избежать мучительного выбора.

Но, несмотря на переизбыток возможностей выбора в нашей жизни, мы привыкли, что они у нас есть. И речь здесь не только о кофе, но и практически обо всех остальных товарах и услугах. Медицинское обслуживание также не является исключением. Мы хотим иметь право выбора, хотя у нас не так много опыта в вопросах, касающихся здоровья, а на кону здесь стоит очень многое. В течение жизни мы пьем бессчетное количество чашек латте, а операцию на колене делаем максимум один или два раза. Чтобы принять правильное решение, нам нужно знать, какие варианты выбора есть и что они подразумевают. Нам нужно знать о преимуществах, возможных рисках и исходах того или иного решения. Нам нуж-

⁸ Sachin Waikar, "When Are Consumers Most Likely to Feel Overwhelmed by Their Opinions?" KelloggInsight, October 3, 2017, <https://insight.kellogg.northwestern.edu/article/what-predicts-consumer-choice-overload>.

на информация, и в теории эта информация нам доступна.

РОЛЬ ПАЦИЕНТА... И ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ

Вторым источником изменений, напрямую связанным с медициной, стало появление правовой концепции информированного согласия. Эта концепция заключается в том, что пациент может начать посещать какие-либо процедуры или получать лечение, в том числе в ходе клинического исследования, только после того, как ему сообщили о целях исследования или лечения, о его ожидаемых преимуществах и потенциальных рисках, а также о нежелательных исходах, которые оно может за собой повлечь. Пациент в свою очередь должен дать свое явное согласие на проведение лечения в соответствии с оговоренными условиями.

Важность информированного согласия в вопросах медицины невозможно переоценить: без нашего личного согласия ничто не отличает нас от подопытных животных в лабораториях. Слово «информированное» подразумевает, что пациент владеет информацией. Без информации любые попытки выбирать и контролировать что-либо не имеют никакого смысла. Представьте, что в Starbucks вам не сообщают ничего о напитке, который вы заказали, или вообще без предупреждения готовят что-то, о чем вы не просили. В таком случае вам остается только надеяться, что вы получите же-

лаемое. Ваш кофе может оказаться газированным напитком с долькой лимона. Или же ваши пожелания полностью игнорируют и готовят вам японский сезонный напиток из лепестков вишни, сгущенного молока и пасты из белой фасоли. Представим похожую ситуацию в контексте медицины: вы просыпаетесь после операции на органах желудочно-кишечного тракта и узнаете, что в вашем коленном суставе теперь стоит винт.

Так было на протяжении большей части истории – пациентам не давали никакой информации. Требование о запросе добровольного информированного согласия пациента стало следствием возмущения общественности: в конце XIX и на протяжении XX века было проведено несколько ужасающих клинических исследований. В одном исследовании профессор из Университета Бреслау, доктор Альберт Нейссер ввел экспериментальную вакцинацию от сифилиса ничего не подозревающим пациентам, в результате чего у некоторых из них развилось это заболевание. Впоследствии, в 1900 году, министр по делам религии, образования и здравоохранения Пруссии издал указ, обязавший все больницы и клиники получать от пациента недвусмысленное информированное согласие⁹.

Международный консенсус о необходимости информиро-

⁹ Jochen Vollmann and Rolf Winau, “Informed Consent in Human Experimentation Before the Nuremberg Code,” *BMJ* 313, no. 7070 (1996): 1445–1447, doi:[10.1136/bmj.313.7070.1445](https://doi.org/10.1136/bmj.313.7070.1445).

ванного согласия также связан с жестокими, мучительными экспериментами, которые проводили нацистские врачи над беспомощными заключенными во время Второй мировой войны. Протест против военных преступлений и проведения принудительных экспериментов под видом клинических исследований привел к принятию Нюрнбергского кодекса в 1947 году. Этот документ регулировал принципы проведения медицинских экспериментов над людьми.

В 1964 году на собрании Всемирной медицинской ассоциации в Финляндии была разработана Хельсинкская декларация – международное соглашение об этических принципах проведения медицинских исследований с участием человека в качестве субъекта исследования. В настоящее время термин «субъект» заменен на термин «участник», так как было отмечено, что первое слово характеризует пассивную роль пациента в проведении исследования и оскорбляет его достоинство¹⁰.

В Хельсинкской декларации цитируется Международный кодекс медицинской этики, принятый Всемирной медицинской ассоциацией в 1949 году: «Врач должен действовать в интересах пациента при оказании медицинской помощи». Кроме того, в кодексе подробно описано, как проводить исследования, а также указана необходимость информирован-

¹⁰ Iain Chalmers, "People Are 'Participants' in Research," BMJ 318, no. 7191 (1999): 1141, doi:[10.1136/bmj.318.7191.1141a](https://doi.org/10.1136/bmj.318.7191.1141a).

ного согласия¹¹.

Позднее эти изложенные в декларации фундаментальные принципы получили более широкое применение. Информированное согласие стало использоваться при проведении любых медицинских процедур, а не только в ходе исследований. В 1982 году в период президентства Рональда Рейгана в США Президентская комиссия по изучению этических проблем в медицине, биомедицинских и поведенческих исследованиях заявила: «Хотя доктрина информированного согласия имеет прочную законодательную основу, по сути она является этическим императивом». В одном коротком предложении комиссия объединила две совершенно разные основы информированного согласия: закон и этику.

Рут Фейден, основавшая Институт биоэтики Джона Хопкинса Бермана, и Том Бошамп, профессор философии Джорджтаунского университета, разграничили философию и закон в своей работе «История и теория информированного согласия» (A History and Theory of Informed Consent), широко известной среди врачей и биоэтиков¹².

¹¹ WMA World Medical Association, “WMA International Code of Medical Ethics,” July 9, 2018, www.wma.net/policies-post/wma-international-code-of-medical-ethics/; WMA World Medical Association, “WMA Declaration of Helsinki – Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects,” July 9, 2018, www.wma.net/policiespost/wma-declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research-involving-human-subjects/.

¹² Ruth Faden and Tom L Beauchamp, A History and Theory of Informed Consent (New York: Oxford University Press, 1986).

Закон рассматривает информированное согласие с прагматической точки зрения. Так, основное внимание уделяется обязанностям врачей и выплате компенсаций пациентам. Врачи обязаны получить согласие пациента и несут ответственность за невыполнение этого обязательства, а компенсация выплачивается в том случае, если в процессе лечения или выполнения каких-либо медицинских процедур, на которые пациент не давал согласия, что-то идет не так. Философский подход к информированному согласию сосредоточен на самом пациенте или участнике исследования. Приоритетом является уважение автономии пациента и его права самостоятельно принимать решение. Суть различия этих двух подходов заключается в следующем. На практике пациентам предоставят формы информированного добровольного согласия, и они их подпишут – в этом нет ничего сложного. Пациентов даже могут обязать заполнить эту форму. Но суть информированного согласия не в этом. Этот документ не имеет особого смысла, если пациенту не дали времени обдумать свое решение или если он вовсе не понимает, что подписывает.

Двадцатичетырехлетняя девушка по имени Стефани может рассказать, что представляет собой информированное согласие в реальной жизни.

Стефани ничего не ела перед проведением плановой гинекологической операции. В течение некоторого времени, находясь в беспокойном ожидании, она лежала на больничной

койке в халате, накрытая шерстяным одеялом. Было почти шесть вечера, когда кто-то зашел в палату и отвлек девушку, сунув ей на подпись лист бумаги.

От нее требовалось просто подписать форму, не читая ее и не вдаваясь в обсуждения. Вот вам и возможность все обдумать. Когда девушка отважилась спросить: «А кто вы?» — человек, который дал ей эту бумагу, ответил: «Я анестезиолог». Врач сказал это вялым голосом, словно подразумевая, что он на ногах с пяти утра. Стефани хотела высказать свои опасения, но, уставшая, голодная и напуганная, не решилась спорить о своем праве на информацию с мужчиной, который будет делать ей анестезию. Мать Стефани, сопровождавшая девушку в больницу, тоже боялась потревожить анестезиолога. Возможно, она боялась, что из-за лишних вопросов ее дочери не смогут провести операцию в срок.

Стефани подписала форму и дала якобы информированное согласие на процедуру. Казалось бы, закон, обязывающий врачей запрашивать информированное согласие пациента, соблюден, однако истинная задача этого закона не была выполнена. В данном случае мы можем наблюдать настоящую пропасть между правовым и философским или этическим взглядом на информированное согласие, и Стефани эту пропасть преодолеть не смогла.

РОЛЬ ПАЦИЕНТА... И ДЕНЬГИ

Мир вращается вокруг денег, и именно они являются третьим фактором, способствующим увеличению роли пациента в системе здравоохранения. Планы медицинского страхования с высокой франшизой¹³ связаны с наиболее важными решениями и самыми большими расходами. Эти планы сделали из нас, простых пациентов, потребителей медицинских услуг. Планы с высокой франшизой превращают медицинское обслуживание в сферу, в которой мы платим за оказываемые услуги. Таким образом, каждое наше решение в отношении здоровья имеет определенный денежный эквивалент, независимо от того, уведомлены мы об этом или нет. Выбирая такой план медицинского страхования, вы делаете ставку на то, что вам не придется слишком часто обращаться за медицинской помощью. В таком случае вы на постоянной основе платите относительно небольшой ежемесячный взнос и даете согласие на оплату внушительных расходов на лечение в случае необходимости. Привлекательность таких планов для пациента заключается в сравнительно низких суммах ежемесячных взносов. Однако до того момен-

¹³ План медицинского страхования с высокой франшизой (HDHP) – это план медицинского страхования с высокой минимальной франшизой на медицинские расходы. Франшиза – это часть страхового возмещения, которую застрахованный оплачивает из своего кармана.

та, как страховое покрытие начнет действовать, вы должны оплачивать медицинские расходы из своего кармана (это и есть франшиза).

Таким образом, информированность пациента приобретает денежную ценность. Как показывает практика, приходя в казино, игроки обычно проигрывают. В вопросах медицинского страхования мы ставим на кон не только свои деньги, но и здоровье. Тем не менее планы с высокой франшизой позволяют пациентам одержать победу, а страховые компании не хотят терпеть поражение. Фондом Содружества были сделаны следующие подсчеты: в период с 2003 по 2013 год средний размер франшизы на человека увеличился более чем вдвое, и работодатели всё чаще предлагают сотрудникам только планы с высокой франшизой¹⁴.

По словам историка Нью-Йоркского университета Беатрикс Хоффман, планы с высокой франшизой не привели ни к снижению расходов на медицину, ни к уменьшению затрат американских потребителей, которым приходилось отдавать большие суммы денег в случае возникновения каких-либо проблем со здоровьем. Кроме того, стоимость медицинских услуг, предоставляемых внесетевыми поставщиками, не учитывается при расчете лимита, по достижении

¹⁴ Karen Appold, "High-Deductible Health Plans: A Brief History," Managed Healthcare Executive, September 22, 2015, www.managedhealthcareexecutive.com/mhe-articles/high-deductible-health-plans-brief-history.

которого страховая компания берет часть расходов на себя¹⁵. Следовательно, потребитель вновь платит из своего кармана.

Исследования в области поведенческой экономики могут помочь нам понять, как такой исход влияет на пациента. Теория перспектив, разработанная лауреатом Нобелевской премии Дэниелом Канеманом в соавторстве с Амосом Тверски, является одной из основных в поведенческой экономике¹⁶. Согласно данной теории, люди не могут рационально оценивать величины «выигрышей», «потерь» и уже имеющихся у них денежных средств – в ходе оценки они не полагаются на знания математики. Один из постулатов теории перспектив гласит, что «потери» влияют на состояние человека сильнее выигрышей. Уменьшение суммы имеющихся у нас денежных средств причиняет нам эмоциональную боль. Эта боль сильнее, чем радость, которую мы испытываем, когда выигрываем. Таким образом, каждый платеж причиняет нам боль.

Пациенты вынуждены испытывать и другие сложности, связанные со страховыми выплатами. Страховые взносы по

¹⁵ Beatrix Hoffman, “Restraining the Health Care Consumer: The History of Deductibles and Co-Payments in U.S. Health Insurance,” *Social Science History* 30, no. 4 (2006): 501–528, doi:[10.1215/01455532-2006-007](https://doi.org/10.1215/01455532-2006-007); Healthcare.Gov Glossary, s.v. “High Deductible Health Plan (HDHP),” HealthCare.Gov, 2020, www.healthcare.gov/glossary/high-deductible-health-plan/.

¹⁶ Daniel Kahneman and Amos Tversky, “Prospect Theory: An Analysis of Decision Under Risk,” in *Handbook of the Fundamentals of Financial Decision Making: Part I*, ed. Leonard C. MacLean and William T. Ziemba (Singapore: World Scientific, 2013), 99–127.

планам с высокой франшизой относительно невысоки, так как предполагается, что многие расходы покрываются средствами с медицинского сберегательного счета. Потребители медицинских услуг могут вносить на такой счет отсроченные от налогов взносы для оплаты квалифицированных медицинских расходов – от доплат за страхование до покупки контактных линз, безрецептурных препаратов, компрессионных чулок и презервативов. Так, потребители должны заранее оценивать свои расходы на здоровье, планировать свой бюджет в соответствии с этими предполагаемыми расходами, а не выстраивать его вокруг каких-то других своих желаний. Но медицинский сберегательный счет покрывает не все расходы на медицину, что еще больше усложняет пациенту жизнь¹⁷.

Такая особенность человеческого восприятия, как «неприятие потерь», – еще один фактор, из-за которого все плюсы вышеописанных страховых планов меркнут в сравнении с минусами. Из названия «медицинский сберегательный счет» следует, что все непотраченные деньги откладываются на будущие медицинские расходы. Таким образом, человек не тратит свои деньги на что-то действительно необходимое ему в настоящий момент. Вместо этого он откладывает их на решение потенциальных проблем со здоровьем,

¹⁷ Theodore McDowell, “Mandatory Health Savings Accounts and the Need for Consumer-Driven Health Care,” *Georgetown Journal of Law and Public Policy* 16, no. 1 (2018): 315.

которых может и не возникнуть вовсе. Основной принцип теории перспектив заключается в том, что мы склонны противостоять смещению статус-кво. Мы стремимся предотвращать изменения, так как они всегда влекут за собой риск потерь. Расходы на медицинские услуги – это и есть потери, так как они уменьшают количество денег на нашем сберегательном счете. А мы очень плохо относимся к потерям. При наличии медицинского сберегательного счета мы сталкиваемся с необходимостью выбирать: сохранить сбережения на случай, если в будущем нам понадобится крупная сумма на решение проблем со здоровьем, либо, скрепя сердце, купить пачку ибупрофена.

По данным Центров по контролю и профилактике заболеваний США, в 2017 году всего 19 % среди лиц, работающих по найму, сделали выбор в пользу планов медицинского страхования с высокой франшизой и медицинским сберегательным счетом¹⁸. Вероятно, такие цифры обусловлены страхом потери. Большинство американцев, имеющих право на участие в программах страхования, предпочли не загадывать, сколько денег в год они будут тратить на свое здоровье. Они оплачивали физиотерапию, покупку контактных линз и контрацептивов денежными средствами, которые оставались после налогового вычета. Это очень невыгодно, и ни

¹⁸ Robin Cohen and Emily Zammiti, “High-Deductible Health Plan Enrollment Among Adults Aged 18–64 with Employment-Based Insurance Coverage,” CDC, National Center for Health Statistics, NCHS data brief no. 317, August 2018, www.cdc.gov/nchs/products/databriefs/db317.htm.

один бухгалтер не одобрил бы такого решения. Не знаю, выиграли ли что-то при таком раскладе страховые компании, но потребители точно проиграли.

Несмотря на все ранее сказанное, люди, имеющие возможность принимать решения относительно своего медицинского страхования, – настоящие счастливики. В 2018 году 27,5 миллиона американцев не были застрахованы вовсе¹⁹. Незастрахованные пациенты оплачивают все медицинские расходы из своего кармана. А те люди, в кармане у которых недостаточно денег, могут позволить себе только недорогие медицинские услуги либо прибегают к медицинской помощи только в случае крайней необходимости.

РОЛЬ ПАЦИЕНТА... И ИНТЕРНЕТ

Четвертым фактором, влияющим на увеличение роли пациента в сфере здравоохранения, является интернет. Для того чтобы пациент мог участвовать в процессе принятия медицинских решений и вести диалог с врачом, он должен обладать определенной информацией. Такое возможно только тогда, когда пациенты могут информировать себя самостоятельно, а не полагаются на врачей, считая их единственным источником знаний. А какое же средство поиска ин-

¹⁹ Edward Berchick, Jessica Barnett, and Rachel Upton, “Health Insurance Coverage in the United States: 2018,” report no. P60–267, United States Census Bureau, November 8, 2019.

формации может быть более удобным, чем интернет? Интернет нельзя назвать безукоризненным источником знаний (подробнее об этом мы поговорим в следующей главе), но его популярность – неоспоримый факт. В 1999 году в развитых странах, например в США, доля людей, имеющих доступ к интернету, составляла 24 человека из ста, в 2017 году – 80 человек из ста. По оценкам Исследовательского центра Пью, в 2019 году интернетом пользуются 90 % американцев, и все они, по крайней мере в теории, имеют доступ к передовой и достоверной медицинской информации, которой они могут руководствоваться при принятии решений в отношении своего здоровья и в ходе разговора с врачом²⁰.

С увеличением числа устройств, способных измерять всевозможные показатели состояния организма, пациенты стали получать еще больше информации. В январе 2020 года у каждого пятого американца были смарт-часы или фитнес-трекер с возможностью отслеживания мозговой активности, частоты сердечных сокращений, степени потоотделения и других показателей, которые раньше было невозможно измерить самостоятельно. В 1980-х годах появились глюкометры для домашнего использования, позволяющие лю-

²⁰ “Internet Users per 100 Inhabitants 1997 to 2007,” ITU: International Telecommunications Union, ICT Data and Statistics (IDS), updated July 15, 2008, www.itu.int/ITU-D/ict/statistics/ict/; Monica Anderson, et al., “10 % of Americans Don’t Use the Internet: Who Are They?” FactTank, Pew Research Center, April 22, 2019, www.pewresearch.org/fact-tank/2019/04/22/some-americans-dont-use-the-internet-who-are-they/.

дям с сахарным диабетом контролировать уровень сахара в крови без похода в лабораторию. В теории такие устройства – уникальная сокровищница, хранящая информацию исключительно о вашем здоровье, однако вопрос практической пользы этих устройств до сих пор является достаточно спорным²¹.

Несмотря на то что все описанные факторы отличаются друг от друга, каждый из них способствовал увеличению роли пациента в системе здравоохранения. Культура потребления поставила на первое место наше право выбора. Информированное согласие на уровне закона закрепило наше право на получение необходимых сведений и принятие решения (и санкции на случай, если наши права отказываются соблюдать). Планы с высокой франшизой, медицинские сберегательные счета и другие виды вложений денег в наше здоровье стали нашей финансовой мотивацией для участия в процессе принятия медицинских решений. Информационное поле стало источником знаний, которыми мы можем руководствоваться при выборе лечения.

²¹ Emily A. Vogels, “About One-in-Five Americans Use a Smart Watch or Fitness Tracker,” Pew Research Center, January 9, 2020, www.pewresearch.org/fact-tank/2020/01/09/about-one-in-five-americans-use-a-smart-watch-or-fitness-tracker/; Irl Hirsch et al., “Role of Continuous Glucose Monitoring in Diabetes Treatment,” American Diabetes Association, 2018, <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30958664/>; Ara Jo, Bryan D. Coronel, Courtney E. Coakes, and Arch G. Mainous III, “Is There a Benefit to Patients Using Wearable Devices Such as Fitbit or Health Apps on Mobiles? A Systematic Review.” American Journal of Medicine 132, no. 12 (2019): 1394–1400.

Сейчас у нас так много возможностей для участия в принятии медицинских решений, как никогда раньше, а нам свойственно принимать неправильные решения...

ОХ, СКОЛЬКО ЖЕ ВЫ НАТВОРИТЕ... (ПРИНИМАЯ МЕДИЦИНСКИЕ РЕШЕНИЯ)

Принимая решения в отношении здоровья, вы действуете по своему усмотрению: ориентируетесь на свои предпочтения, знания, культурные и индивидуальные ценности. Однако вы не всегда можете знать, какое решение будет для вас наиболее выгодным. Кроме того, делая выбор, вы можете навредить другим. Повсеместная агитация за вакцинацию от COVID-19 (или от других заболеваний) связана с тем, что прививка защищает не только самого вакцинированного: она также помогает разорвать бесконечную цепочку передачи вируса, защищая тех, кто не может вакцинироваться по медицинским показаниям²².

Иногда выбор, который необходимо сделать, – это нечто значимое. Таковым можно назвать, например, решение о записи на кардиологическую реабилитацию после перенесенного инфаркта миокарда. Но если обратиться к совокупности незначительных на первый взгляд решений в отноше-

²² Matt Peterson, “A Vaccine Will Only Succeed if Americans Have Trust,” Barrons, July 31, 2020, www.barrons.com/articles/how-americans-became-hesitant-about-covid-19-vaccines-a-q-a-with-walter-orenstein-51596219473.

нии здоровья и медицины, мы поймем, что они также могут оказывать большое влияние на нашу жизнь. Когда вы закуриваете сигарету, вы подвергаетесь всевозможным рискам курения табака. Если не верите, спросите у 16 миллионов американцев, живущих с заболеваниями, вызванными этой пагубной привычкой. Когда вы постоянно лежите на диване или сидите за компьютером, не делая никаких физических упражнений, вы, как и еще 80 % взрослых и детей в США, подвергаете себя риску развития ожирения, заболеваний сердца, инсульта, диабета 2-го типа и различных онкологических заболеваний²³. И конечно же, все мы знаем, к каким последствиям может привести незащищенный половой акт.

Сами мы вряд ли бы сделали выбор в сторону возникновения осложнений неконтролируемого сахарного диабета, погружения в бездну депрессии или зависимости от опиоидов.

²³ “Current Cigarette Smoking Among Adults in the United States,” Centers for Disease Control and Prevention, page last reviewed December 10, 2020, medlineplus.gov/healthrisksofaninactivelifestyle.html.

Таковыми могут быть исходы обыденных, «мелких» решений в отношении здоровья – и, к сожалению, это лишь несколько примеров. Именно поэтому так важно усовершенствовать существующие методы принятия медицинских решений.

Липопротеины низкой плотности (ЛПНП), или «плохой» холестерин, – комплекс, в составе которого содержатся липиды. ЛПНП циркулируют в крови и переносят в организме такие органические вещества, как триглицериды. Целых 39 % взрослых людей по всему миру страдают от высокого холестерина. Приведем в пример ситуацию одного мужчины по имени Фредерик. Фредерик принимает гиполипидемические препараты, статины, в частности аторвастатин (липитор). Повышенное содержание холестерина в крови может стать причиной серьезных заболеваний. Однако до развития осложнений высокий холестерин может никак себя не проявлять²⁴. По этой причине Фредерик сомневается, задаваясь следующими вопросами: «А болен ли я?», «Помогают ли мне лекарства, которые я принимаю?», «Зачем мне продолжать прием статинов?» Если мыслить интуитивно, можно заключить, что мужчина абсолютно прав. Ничего плохого не происходит – значит, все в порядке. На самом деле это настоящее чудо, что Фредерик вообще начал принимать статины. Четверть пациентов не используют рецепты на стати-

²⁴ “High Cholesterol – Symptoms and Causes,” Mayo Clinic, 2020, www.mayoclinic.org/diseases-conditions/high-blood-cholesterol/symptoms-causes/syc-20350800.

ны, которые им выписывают²⁵.

Тем не менее с медицинской точки зрения Фредерик абсолютно неправ²⁶. За все время работы врачи Лиза Розенбаум и Уильям Шранк (Lisa Rosenbaum, William Shrank) встречали огромное количество пациентов с такой же ситуацией, как у Фредерика, и даже написали об этом в «Медицинском журнале Новой Англии» (The New England Journal of Medicine). Такие лекарства, как статины, не предназначены для лечения пациентов. Целью их применения является снижение рисков развития заболеваний у пациента – в данном случае развития инфаркта миокарда или инсульта²⁷. И все же по результатам исследования, в котором приняли участие более 18 тысяч человек из 39 стран мира, было выявлено, что в течение года 14 % пациентов, которым были назначены статины, прекратили их принимать, а через семь лет прием гиполипидемических препаратов продолжили менее половины участников исследования²⁸.

²⁵ McVin Hua Heng Cheen et al., “Prevalence of and Factors Associated with Primary Medication Non-Adherence in Chronic Disease: A Systematic Review and Meta-Analysis,” International Journal of Clinical Practice 73, no. 6 (2019): e13350, doi:[10.1111/ijcp.13350](https://doi.org/10.1111/ijcp.13350).

²⁶ Lisa Rosenbaum and William H. Shrank, “Taking Our Medicine – Improving Adherence in the Accountability Era,” New England Journal of Medicine 369, no. 8 (2013): 694–695, doi:[10.1056/nejmp1307084](https://doi.org/10.1056/nejmp1307084).

²⁷ “High Cholesterol – Symptoms and Causes.”

²⁸ Ann Marie Navar et al., “Medication Discontinuation in the IMPROVE-IT Trial,” Circulation: Cardiovascular Quality and Outcomes 12, no. 1 (2019), doi:[10.1161/circoutcomes.118.005041](https://doi.org/10.1161/circoutcomes.118.005041).

От сахарного диабета страдают 463 миллиона человек во всем мире. За последние двадцать лет число взрослых американцев с диагнозом «сахарный диабет» увеличилось более чем вдвое²⁹. А те решения, которые принимают пациенты с диабетом в отношении своего здоровья, не слишком воодушевляют.

Десятая часть людей с диагностированным сахарным диабетом 2-го типа не используют выписанные им рецепты на препараты³⁰. Пациенты приходят к врачу, платят за консультацию, обсуждают со специалистом, какой эффект может оказать препарат, который им выписывают, получают рецепт, а затем отправляются домой, не заходя в аптеку.

Возможно, приему лекарственных средств они предпочитают физические упражнения и правильное питание, чтобы контролировать заболевание. Тем не менее им стоило бы обратиться к опытному специалисту, чтобы узнать, приемлемо ли отказываться от лекарств при текущем уровне сахара в крови, как отслеживать уровень сахара в условиях измененного образа жизни, а также когда стоит пересмотреть

²⁹ Pouya Saeedi et al., “Global and Regional Diabetes Prevalence Estimates for 2019 and Projections for 2030 and 2045: Results from the International Diabetes Federation Diabetes Atlas, 9th Edition,” *Diabetes Research and Clinical Practice* 157 (2019): 107843, doi:[10.1016/j.diabres.2019.107843](https://doi.org/10.1016/j.diabres.2019.107843); “Division of Diabetes Translation at a Glance,” CDC, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, last reviewed August 21, 2020, www.cdc.gov/chronicdisease/resources/publications/aag/diabetes.htm.

³⁰ Cheen et al., “Prevalence of and Factors Associated with Primary Medication Non-Adherence in Chronic Disease.”

свой режим дня и рацион, чтобы избежать осложнений – глаукомы, болезни почек или потери чувствительности конечностей, – которые могут возникнуть при неконтролируемом диабете³¹.

Более половины пациентов, которым прописаны лекарства от диабета, уже через год бросают их принимать. Жена Фредерика, Долорес, – одна из таких пациентов. Именно поэтому она всегда чувствует себя голодной и уставшей и у нее медленно заживают порезы и раны. В долгосрочной перспективе у таких пациентов, как Долорес, болезнь прогрессирует с большей скоростью, и им приходится тратить внушительные суммы на лечение. Кроме того, среди таких пациентов наблюдается более высокий уровень смертности³².

Обратимся к другому примеру. От депрессии страдают 264 миллиона человек во всем мире. Это расстройство считается самым инвалидизирующим в мире. Депрессия характеризуется унынием и снижением трудоспособности – она мешает нормально работать, учиться и выполнять домашние дела. У Эйлин долгое время была депрессия. Наконец им с

³¹ “Type 2 Diabetes,” CDC, Diabetes, page last reviewed May 30, 2019, www.cdc.gov/diabetes/basics/type2.html; “Complications,” American Diabetes Association, 2020, www.diabetes.org/diabetes/complications.

³² Dario Giugliano et al., “Clinical Inertia, Reverse Clinical Inertia, and Medication Non-Adherence in Type 2 Diabetes,” *Journal of Endocrinological Investigation* 42, no. 5 (2018): 495–503, doi:[10.1007/s40618-018-0951-8](https://doi.org/10.1007/s40618-018-0951-8); Kam Capoccia, Peggy S. Odegard, and Nancy Letassy, “Medication Adherence with Diabetes Medication,” *Diabetes Educator* 42, no. 1 (2015): 34–71, doi:[10.1177/0145721715619038](https://doi.org/10.1177/0145721715619038).

врачом удалось подобрать подходящее лекарство и дозировку. Антидепрессанты начали действовать! Спустя время Эйлин решила, что ей больше не нужны лекарства, поскольку она больше не чувствует себя подавленной. Но это решение было ошибочным, ведь улучшение состояния девушки означало, что лекарство работает и что она должна продолжать его принимать. Эйлин не знала, что, поскольку ее организм уже привык к лекарствам, отказ от них приведет к синдрому отмены – развитию симптомов, схожих с симптомами гриппа, или же (что еще хуже) к появлению бессонницы, тревоги и суицидальных мыслей – всего того, из-за чего Эйлин и принимала антидепрессанты. Девушка узнала об этом на собственном опыте, и она такая не одна. К сожалению, половина всех пациентов, которым назначают антидепрессанты, решают преждевременно прекратить их прием³³.

Фредерик, Долорес и Эйлин – персонажи, которых я создала, основываясь на опыте многих пациентов. В разных группах населения пять из десяти человек, страдающих от того или иного заболевания, не принимают назначенные им лекарства³⁴. Да, так поступает половина людей. Конечно, па-

³³ Kimberly Holland and Valencia Higuera, “The Dangers of Abruptly Stopping Antidepressants,” Healthline, updated May 11, 2020; Randy Sansone and Lori Sansone, “Antidepressant Adherence: Are Patients Taking Their Medications?” *Innovations in Clinical Neuroscience* 9 (2012): 41–46.

³⁴ Robby Nieuwlaat et al., “Interventions for Enhancing Medication Adherence,” *Cochrane Database of Systematic Reviews*, November 20, 2014, doi:[10.1002/14651858.cd000011.pub4](https://doi.org/10.1002/14651858.cd000011.pub4).

циенты иногда попросту забывают о лекарствах. Однажды я ездила в Финляндию по работе; я сидела в парке и, любуясь березами, писала о несоблюдении предписанного режима терапии, как вдруг поняла, что забыла принять таблетку, которую принимаю каждое утро. Я оставила ее в своей дорожной косметичке. Забывчивость – обычное явление. Хотя она и становится причиной ряда проблем, она никак не связана с целенаправленным процессом принятия решений.

Полный отказ от лекарств или пропуск приема дозы препарата – это решения, которые нужно принимать ответственно. Каждый год 125 тысяч американцев умирают из-за того, что не принимают предписанные им лекарства³⁵. Нежелательные реакции на прием лекарственных препаратов – например, сильное снижение уровня сахара в крови до такой степени, что у человека появляется головокружение и тревога, учащается сердцебиение и зрение становится нечетким, – являются причиной 770 тысяч травм и смертей среди американцев и обходятся гражданам США в 5,6 миллиарда долларов в год³⁶. Нам необходимо уметь делать выбор в отно-

³⁵ Meera Viswanathan et al., “Interventions to Improve Adherence to Self-Administered Medications for Chronic Diseases in the United States,” *Annals of Internal Medicine* 157, no. 11 (2012): 785, doi:[10.7326/0003-4819-157-11-201212040-00538](https://doi.org/10.7326/0003-4819-157-11-201212040-00538).

³⁶ Jan Horsky and Harley Ramelson, “Cognitive Errors in Reconciling Complex Medication Lists,” *AMIA Annual Symposium Proceedings*, 2016, 638. Наименьшая годовая сумма, которую они называют ежегодной тратой на побочные эффекты лекарств в США, составляет 1,56 миллиарда долларов.

шении того, какие лекарства принимать и как долго должна длиться терапия, и придерживаться сделанного выбора.

ПРО ОПИОИДЫ И ЛЕДЕНЦЫ

Опиоиды – это особый вид лекарственных средств, которые помогают справиться с сильной болью. Вы, вероятно, знаете об огромных рисках их применения.

В 2017 году на каждые 100 американцев приходилось 17 человек, получавших опиоиды по рецепту. Более того, в среднем пациенты получали более трех рецептов, срок действия каждого из которых составлял 18 дней. И это плохие новости. При длительном применении опиоидов увеличивается вероятность возникновения зависимости, а также возрастает риск смерти. За 2017 год в США было насчитано 2 миллиона случаев злоупотребления рецептурными опиоидами, которые были выписаны пациентам впервые. У столь же большой группы, 2,1 миллиона человек, наблюдалось расстройство, связанное с употреблением опиоидов. Это расстройство влечет за собой ухудшение физического и психического состояния организма. В том же году ежедневно от передозировки рецептурных опиоидов умирало около 46 человек. В связи с так называемой «опиоидной эпидемией» Министерство здравоохранения и социальных служб США

объявило режим чрезвычайной ситуации³⁷.

Чтобы способствовать решению проблемы опиоидной зависимости, журналом The Lancet была создана специальная комиссия по изучению вопросов применения опиоидов. Расчеты комиссии показали, что жители США получают в тридцать раз больше опиоидных анальгетиков, чем им требуется³⁸. Количество потребляемых людьми опиоидов вселяет ужас, и последствия такого потребления не менее ужасающие. В 2019 году Оклахома стала первым штатом, который подал в суд на производителя лекарственных средств – компанию Johnson & Johnson – за соучастие в стимулировании опиоидного кризиса, унесшего жизни около шести тысяч жителей штата³⁹. В результате штат получил компенса-

³⁷ Brooke Hoots et al., “2018 Annual Surveillance Report of Drug-Related Risks and Outcomes – United States,” CDC National Center for Injury Prevention and Control, August 31, 2018, www.cdc.gov/drugoverdose/pdf/pubs/2018-cdc-drug-surveillance-report.pdf; “Statistics on Addiction in America,” Addiction Center, 2021, www.addictioncenter.com/addiction/addiction-statistics/; Lawrence Scholl et al., “Drug and Opioid-Involved Overdose Deaths – United States, 2013–2017,” CDC, Morbidity and Mortality Weekly Reports, January 4, 2019, www.cdc.gov/mmwr/volumes/67/wr/mm675152e1.htm; “What Is the U.S. Opioid Epidemic?” HHS.Gov/Opioids, last reviewed September 4, 2019, www.hhs.gov/opioids/about-the-epidemic/index.html.

³⁸ Tulip Mazumdar, “Are We Missing the Real Opioid Drug Crisis?” BBC News, February 1, 2018.

³⁹ Heide Brandes and Nate Raymond, “J&J Liable for \$572 Million in Oklahoma Opioid Epidemic Trial; Shares Rise,” Reuters, August 26, 2019, www.reuters.com/article/us-usa-opioids-litigation-oklahoma/jj-liable-for-572-million-in-oklahoma-opioid-epidemic-trial-shares-rise-idUSKCN1VG0V2.

цию в размере 572,1 миллиона долларов на финансирование лечения и профилактики опиоидной зависимости.

Однажды я наткнулась на гневное письмо анестезиолога-реаниматолога, профессора из Канзас-Сити, Бриджид К. Флинн (Brigid C. Flynn), в «Журнале Американской ассоциации фармацевтов» (Journal of the American Pharmacists Association). В письме доктор Флинн привела в пример один разговор, подслушанный ею в оживленном аэропорту. Разговор этот состоялся между женщиной, рывшейся в переполненной сумке, и мужчиной, который спросил, что у нее там лежит. В ответ на вопрос женщина с победным видом вытащила бутылек с рецептурным препаратом и выдала: «Никогда не знаешь, когда тебе понадобится викодин!» – как будто это была простая коробочка с леденцами⁴⁰. Мужчина сказал: «Викодин! А тебе его даже не выписывали!» – на что попутчики разразились смехом. Но доктору Флинн было совсем не смешно.

Опиоиды очень опасны, и люди должны быть осторожны, принимая решения о том, когда и как их принимать. Более того, им стоит рассказывать о своих опасениях тем, кто безрассудно назначает такие препараты. Принимать разумные решения в отношении приема опиоидов чрезвычайно важно, поскольку даже небольшие дозы этих лекарств могут приве-

⁴⁰ Brigid C. Flynn, “You Never Know When You’ll Need a Vicodin: An Era of Opioid Abuse,” Journal of the American Pharmacists Association 57, no. 3 (2017): 299, doi:[10.1016/j.japh.2017.02.024](https://doi.org/10.1016/j.japh.2017.02.024).

сти к зависимости. Проблема в том, что многие пациенты просто об этом не знают.

КТО-ТО ОБО МНЕ ПОЗАБОТИТСЯ

В нашей голове закрепились мнение, что медицинские работники обязательно позаботятся о благосостоянии пациентов. Мы часто не осознаём, что у врачей, сотрудников больниц и страховых компаний есть и другие интересы, помимо интересов пациентов. Так, в Америке большой вопрос – опиоиды. Их можно приобрести (законно) только по рецепту врача. В теории, когда речь идет об опиоидах, врачи принимают рациональные и безопасные для пациентов решения, а если это не так, об этом предупреждают фармацевты. Нам нужна их помощь, потому что большинство из нас не разбираются в лекарствах и дозировках и, кроме того, мы страдаем от сильной боли.

Однако, как было показано в документальном сериале от Netflix «Фармацевт», аптеки – это бизнес, а предприниматели будут продолжать продавать лекарства, даже если знают, что они ставят под угрозу здоровье людей. Это объясняет, почему представителей одной аптечной сети не смутило, что филиал в городе с населением 2831 человек заказывал 3271 флакон оксикодона в месяц. Ведь главное, что

поступали деньги⁴¹. Справедливости ради следует отметить, что, как и врачи, большинство фармацевтов стремятся помочь своим клиентам. Сотрудники аптек не всегда в полной мере выполняют свои должностные обязанности не из жадности или злого умысла. Это происходит из-за стресса или нереальных, по мнению фармацевтов, ожиданий в отношении сроков поставки лекарств. Такие ситуации приводят к тому, что сотрудники аптек допускают ошибки при заполнении рецептов или пренебрегают некоторыми требованиями безопасности. Безо всякого злого умысла они способствуют развитию опиоидной эпидемии. В свою очередь аптечные сети и владельцы частных аптек не препятствуют происходящему, бросая пациентов на произвол судьбы.

Чтобы стать терапевтом в США, требуется одиннадцать лет обучения после окончания школы, а чтобы стать хирургом – еще 5–8 лет⁴². И все это для того, чтобы работать не покладая рук: лечить пациентов и спасать их жизни. Фраза о том, что врачи «работают не покладая рук», не преувеличение: в среднем они проводят на работе 59,6 часа в неделю.

⁴¹ Jan Hoffman, Katie Thomas, and Danny Hakim, “3,271 Pill Bottles, a Town of 2,831: Court Filings Say Corporations Fed Opioid Epidemic,” New York Times, July 19, 2019, www.nytimes.com/2019/07/19/health/opioids-trial-addiction-drugstores.html.

⁴² “The Process of Becoming a Doctor – How Many Years Does It Take?” The Apprentice Doctor, April 17, 2017, www.theapprenticedoctor.com/the-process-of-becoming-a-doctor/; “How to Become a Surgeon,” The Apprentice Doctor, January 1, 2017, www.theapprenticedoctor.com/how-to-become-a-surgeon/.

Врач посвящает работе 36 лет своей жизни от ординатуры до выхода на пенсию. Большинство американцев работают почти в 1,5 раза меньше⁴³.

И все же мы не всегда можем рассчитывать на то, что врачи примут за нас правильное решение. Приведем шокирующий пример. Один врач, работавший в сети клиник Mount Carmel Health System в Огайо, выписывал пациентам смертельные дозы фентанила. Фентанил в 50–100 раз сильнее морфина. Он считается одним из самых сильнодействующих опиоидов⁴⁴. В июле 2019 года врачу предъявили обвинение в убийстве после того, как двадцать пять его пациентов умерли от дозы фентанила в 500 микрограммов и выше⁴⁵. Адвокат, представлявший интересы семнадцати пострадавших семей, сообщил, что одна из жертв, Мелисса Пенникс, восьмидесятидвухлетняя женщина с пневмонией, получила 2000 микрограммов – этой дозы достаточно, чтобы убить слона. Адвокат не смог раскрыть мотив действий врача. В свою очередь адвокат подсудимого заявил, что в качестве мотива выступало сострадание: врач хотел облегчить страдания паци-

⁴³ “The Deceptive Salary of Doctors,” Best Medical Degrees, accessed April 12, 2020, www.bestmedicaldegrees.com/salary-of-doctors/.

⁴⁴ “Fentanyl DrugFacts,” NIH National Institute on Drug Abuse, February 28, 2019, www.drugabuse.gov/publications/drugfacts/fentanyl.

⁴⁵ Mariel Padilla, “After Dozens of Fentanyl Killings, Hospital C.E.O. and 23 Employees Are Forced Out,” New York Times, July 12, 2019, www.nytimes.com/2019/07/12/us/hospital-fentanyl-murder.html?searchResultPosition=5.

ентов перед смертью⁴⁶. Некоторые из его пациентов, в том числе и Пенникс, умерли в течение нескольких минут после введения лекарства.

Но дело даже не в ужасном преступлении этого врача. Дело в том, что система здравоохранения не смогла предотвратить неправильное назначение опасных для жизни лекарств и в результате погибли люди. Фармацевт, который отказался выполнять заказ на 2000 микрограммов фентанила, был попросту проигнорирован, и врач смог (не в первый раз) достать такую дозу препарата обходным путем. Когда фармацевт высказал свои опасения начальству, он не получил никакого ответа⁴⁷. Через месяц после того, как врачу было предъявлено обвинение в двадцати пяти убийствах за четыре года, генеральный директор Mount Carmel Health System в Огайо ушел в отставку, а двадцать три сотрудника были уволены.

Начиная свою профессиональную деятельность, врачи действительно готовы посвящать себя работе, действовать в интересах пациентов, основываясь на клинических данных. Они готовы работать не ради денег, принимать решения не из страха предстать перед судом. К сожалению, на практике

⁴⁶ Erik Ortiz, “Nurses Defend Ohio Doctor Accused of Murdering 25 Patients in Lawsuit Against Hospital,” NBC News, December 19, 2019, www.nbcnews.com/news/crime-courts/nurses-defend-ohio-doctor-accused-murdering-25-patients-lawsuit-against-n1102796.

⁴⁷ Jim Woods, “Working with Dr. Husel at Mount Carmel Brought Trouble to Colleagues,” Columbus Dispatch, May 17, 2020.

так происходит не всегда. В 2010 году Институтом медицины (ИОМ) было выдвинуто предположение, что наибольшая доля избыточных годовых расходов (210 из 750 миллиардов долларов) системы здравоохранения приходится на предоставление «излишних медицинских услуг»⁴⁸

⁴⁸ Mark D. Smith, *Best Care at Lower Cost* (Washington, DC: National Academies Press, 2012).

Конец ознакомительного фрагмента.

Текст предоставлен ООО «ЛитРес».

Прочитайте эту книгу целиком, [купив полную легальную версию](#) на ЛитРес.

Безопасно оплатить книгу можно банковской картой Visa, MasterCard, Maestro, со счета мобильного телефона, с платежного терминала, в салоне МТС или Связной, через PayPal, WebMoney, Яндекс.Деньги, QIWI Кошелек, бонусными картами или другим удобным Вам способом.