

*Р. ТЕР МЮЛЕН*

## **Здравоохранение в Нидерландах: гуманитарная солидарность**

**Е**сли говорить о биоэтике как термине, то я бы хотел сказать, что в настоящее время он используется

в очень широкой коннотации. Именно поэтому я бы не стал в моем выступлении заменять это слово другим.

Я согласен, что, если мы используем слово «медицина», то лучше говорить только о «куративной медицине», но я полагаю, что также не стоит забывать и о реабилитации и социальном долгосрочном уходе за лицами преклонного возраста. Это очень важная часть систем здравоохранения. Поэтому я бы рекомендовал вам принимать также независимых экспертов на должности в систему домашнего ухода за пожилыми людьми, поскольку это будет очень важно в будущем, безусловно, когда общество станет более индивидуализированным, а семья будет не в состоянии обеспечить полагающегося ухода.

У меня есть два опасения: среди них я бы выделил социальный уход, а также вопрос дискриминации. Если вы думаете о здоровье как о социальной ценности, побуждая к индивидуальному ответственному отношению, то надо понимать, что не каждый в состоянии заботиться о своем здоровье. Мы могли бы решить проблему дискриминации людей, которые не в состоянии держать себя в руках и могут попасть в алкогольную или табачную зависимость, но это происходит потому, что им очень сложно контролировать свою жизнь. Я считаю, что должна быть поддержка людей, а не только их дискриминация из-за образа жизни.

Второй вопрос заключается в том, что я не понимаю роли и функции этических комитетов во второй секции в обеспечении возможности равного доступа к медицинской помощи и защиты прав пациентов. Я думаю, что комитеты по этике никогда не играли такой роли. Самые ужасные примеры происходят в США, где при-

нимаются дискриминирующие законы. Я не доволен комитетами по этике, которые должны обеспечивать

свободный доступ к медицинской помощи. Мне кажется, что это ответственность государства — гарантировать доступ и ответственность медучреждений, докторов — а не комитетов.

Я бы хотел кратко рассказать о голландской системе здравоохранения. Я — голландский профессор и с недавнего времени преподаю в Университете Бристоля. Но я могу сказать пару слов об этических принципах здравоохранения в Нидерландах. (Например, принципы солидарности и равноправия.) В то же время я хочу затронуть и проблемы, возникающие в нашей системе. Я говорю «нашей», т.к. до сих пор считаю себя гражданином Голландии.

Что поразило меня сегодня утром, это то, о чем заявил Президент В.В. Путин. Он сказал, что только 10% населения России получают полноценное медицинское обслуживание. Поэтому понятно, что в России существует разрыв между состоятельными гражданами и теми, кто не столь хорошо обеспечен. Я хотел бы подчеркнуть, что ситуация, когда люди получают более качественные услуги только потому, что у них больше денег, также непременно станет проблемой систем здравоохранения на Западе. Там существуют медицинские соглашения о системе здравоохранения и также много проблем как с доступом к медицинским услугам, так и с их качеством. (О чем и было сказано сегодня утром.) Примером может послужить Великобритания.

Наиболее острая и важная проблема — которую В. Путин не затронул — это проблема долгосрочного ухода, т. е. предоставления услуг людям с умственными и физическими недостатками. Я заметил, что большинство дискуссий сегодня ведется вокруг куративной меди-

цины, которая, конечно, очень важна, но я полагаю, что долгосрочный уход — это очень сложная проблема, т. к. происходит старение населения.

В своем докладе я кратко коснусь принципов и проблем нашей, голландской системы здравоохранения.

Первый принцип — это Конституция Голландии и ее первая статья, которая гласит, что «все, кто находятся в Нидерландах, получают одинаковый объем медицинской помощи при одних и тех же обстоятельствах». Это принцип равноправия. Каждый должен иметь одинаковое для всех право на доступ к медицинским услугам.

Статья 22: «Правительство будет принимать меры для поддержания здравоохранения». Но это право ограничено наличием ресурсов. Мы не можем предоставить все виды услуг каждому, поэтому мы вынуждены определять, что будет входить в основной пакет услуг, что мы будем предоставлять каждому и к чему каждый будет иметь доступ.

Принцип солидарности означает, что отдельный индивидуум вносит какой-то вклад в финансирование системы здравоохранения для того, чтобы гарантировать равную возможность доступа для каждого голландского гражданина. Солидарность подразумевает, что вы отдаете часть вашего дохода для того, чтобы помочь другим людям, а те, кто имеет больше финансовых средств, платят за тех, у кого их меньше.

Другой принцип, который я бы хотел упомянуть, это то, что я называю «гуманитарной солидарностью». Она означает ответственность и опеку над теми, кто уязвим и не способен позаботиться о себе самостоятельно (слабоумные, умственно неполноценные, пациенты психиатрических клиник).

Так как продолжительность жизни становится все больше и больше в западных странах — я заметил, что в России все совсем наоборот — у нас все больше людей 65-летнего и 80-летнего возраста и шансы того, что количество слабоумных среди престарелых будет расти, очень велики. Согласно прогнозу, в Голландии число пациентов, страдающих слабоумием, будет быстро увеличиваться в ближайшие десятилетия,

поэтому нам необходимо строить около шести приютов в год, чтобы о них заботиться. Я думаю, что старческое слабоумие — очень большая проблема для западных стран, особенно для таких, как Голландия и Великобритания. Там существует недостаток услуг медицинской помощи для незащищенных слоев населения. А принцип гуманитарной солидарности подразумевает, что общество должно заботиться о них в связи с их неспособностью делать это самим. Нам необходимо как можно больше вовлекать гражданское общество в обеспечение ухода внутри семьи.

У нас существует медицинское страхование: государственное и частное.

Смысл первого заключается в том, что люди отдают часть своих доходов в больничный фонд и на покрытие расходов на особые медицинские услуги, которые им предоставляются при продолжительном лечении. Уход на дому, услуги, предоставляемые пациентам психиатрических клиник, сумасшедшим, финансируются из фонда общего страхования, в который каждый обязан вносить свой вклад.

Частное страхование подразумевает, что если у вас достаточно большие доходы, то у вас есть возможность застраховаться частным образом и не платить в больничный фонд. А кто-то получает дополнительный частный пакет услуг, но платит и в больничный фонд.

Но ситуация изменится в январе 2006 г. Через пару недель у нас будет введено обязательное медицинское страхование для каждого гражданина Голландии. Т.е. каждый будет обязательно застрахован государством и будет платить взнос.

У нас существуют частные дополнительные пакеты услуг, которые не входят в основной или лучше по качеству.

Все же у нас есть страхование на случай неожиданных медицинских издержек старого типа, которое предусмотрено для каждого гражданина и предполагает долгосрочное лечение в доме престарелых, психиатрической клинике или учреждении для умственно неполноценных.

Интересно проследить, как в область здравоохранения включаются рыночные силы. Су-

ществуют большие проблемы в обеспечении медицинскими услугами. Им я и уделю свое внимание. Мы очень сильно погружены в систему здравоохранения. Мы очень много планируем и работаем как формальные центры в государствах восточной Европы. Роль государства здесь также чрезмерна, а планирования слишком много. Государство должно несколько отойти в сторону и дать возможность развиваться частному сектору здравоохранения. Государство контролирует качество, доступ к медицинским услугам, деятельность страховых компаний, госпитали. Учреждения, предоставляющие медицинские услуги, должны конкурировать между собой на рынке и удовлетворять потребности пациентов. Т.е. государство уходит из этого сектора, но продолжает контролировать качество и доступность. Американский экономист Энфовен назвал это «управляемой конкуренцией».

Эта идея должна решить следующие проблемы системы здравоохранения:

- старение населения (больше 65- и 80-летних);

- дороговизна медицинских технологий, в частности, диагностики и лечения;

- пациент становится все требовательнее и может сказать: «Это лечение доступно и я хочу его получить, в противном случае я подам на вас в суд». Я слышал, что подобная ситуация развивается сейчас в Волгограде, где пациенты начали судебную тяжбу с лечащими врачами. Таким образом, по всему миру люди все чаще предъявляют права на предоставление необходимых им услуг.

- с другой стороны, возникает все больше потребности в дорогостоящем лечении, поэтому государство последние десятилетия устанавливает определенные лимиты. Т.е. это проблема недостатка ресурсов.

Отсюда возникают следующие последствия:

- наличие очереди на получение длительного лечения;

- нормирование помощи: более четкие указания на специфические услуги;

- временные ресурсы при длительном лечении — это очень экономично при определенных обстоятельствах, т.к. тогда каждый пациент получает несколько препаратов.

В 1991 году у нас была образована Согласительная комиссия по здравоохранению, которая разработала модель расстановки приоритетов в медицине. Проблема нехватки ресурсов может быть решена путем введения нормирования услуг. Т.е. можно сказать, что эта особая услуга и оплачивается за счет собственных ресурсов. Около 14 лет назад был хороший доклад о том, как правительство Голландии не приняло программу приоритетов, чего так и не произошло. На самом деле, основной пакет услуг был сокращен. Раньше было предусмотрено больше дополнительных услуг для тех, кто мог себе их позволить. Следовательно, было больше частных финансовых совместных платежей и снижение уровня солидарности. Это означает, что обеспеченные люди могли покупать услуги более высокого качества, которые не входят в перечень основных.

Что нас ждет в ближайшее время:

- разница между объемом затраченных средств и ожидаемыми результатами (качество/доступ к лечению). Люди просто больше не верят в то, что государство организует эффективную систему здравоохранения и что они смогут получить услуги, за которые они платят страховые взносы;

- решение проблемы нехватки ресурсов частным образом;

- сокращение поддержки равнодоступного лечения;

- уменьшение уровня солидарности с теми, кто ведет нездоровый образ жизни (курение, алкоголизм и т. д.). Существует мнение, что они должны платить больше, чем те, кто поддерживает свое здоровье.

Мы видим, что ситуация такова, что ресурсов все меньше, а люди интересуются тем, что получают и сколько они за это платят. Они финансируют систему здравоохранения, платят из собственного кармана, но не отказываются от этого — если они боятся какой-то услуги, то они ее не покупают.

Даже министр здравоохранения сказал: «Пациенту необходимо ужесточить индивидуальную ответственность за свое здоровье, т.к. свыше четверти всех проблем со здоровьем начинаются из-за неправильного образа жизни».

Эта цифра спорна, но я процитировал это высказывание, т. к. оно подтверждает, что отношение к потребительству в здравоохранении становится все более критичным. Если у вас потребительское здравоохранение, то вы должны быть уверены в том, как вы используете этот механизм, в частности, там, где люди не согласны с лечением. Люди должны вести не только здоровый образ жизни, но и проявлять заботу о лечении и приходить к докторам, когда им это необходимо.

Критикуют как идею о значимости образа жизни, так и принцип солидарности. Перед нами встает вопрос. У нас долгое время была одноуровневая система, когда каждый мог получить одинаковый пакет услуг и платил налоги в зависимости от своего дохода и риска развития заболеваний. Т.е. каждый вносил свой вклад в один фонд. Например, в Канаде уже давно существует одноуровневая, а не двухуровневая система. Это значит, что вы не можете купить дополнительные услуги за свой счет или за счет страхования.

Но сейчас очевидно, что обеспеченные ведут свою политику в системе. Предположим, что 10% россиян — состоятельные люди, которые покупают медицинские услуги. В Голландии также определенный процент населения могут позволить себе более качественное лечение. В западных странах, в частности в США, существует большая разница между людьми, у кого есть страховка и доступ к здравоохранению и теми, кто не может себе ее позволить. Заметим, что 35 миллионов американцев из 250 миллионов не имеют медицинской страховки. Разрыв между доходами самых обеспеченных и самых бедных слоев населения США — очень либерально-индивидуализированной страны, где нет солидарности — еще более широк. Сейчас мы наблюдаем, что такая же ситуация начинает развиваться и в странах Западной Европы. Те, у кого достаточно денег, говорят, что они не доверяют государству и хотят иметь право самим распоряжаться средствами в системе здравоохранения, приобретая услуги за свой счет. Так что в этом плохого? Дело в том, что неправильно иметь двухуровневую систему — обычное лечение для каждого

и более качественное для тех, кто себе это может позволить.

Одноуровневая система также рассчитана на то, что услуги выбирает пациент. При ней также велик риск черного рынка и коррупции. При одноуровневой системе — например, в Восточной Европе — существовал черный рынок услуг, а где-то он до сих пор есть. Например, в Греции нелегальный рынок услуг развивается, и я думаю, что это неверное направление.

Т.е. двухуровневая система лучше, но опасение вызывает то, что при ней гарантировано получение только определенного пакета услуг. Вот цитата заявления 20-летней давности: «При условии, что общество получает адекватный пакет медицинских услуг, равнодоступный для всех людей, те, кто покупают услуги, которые не предусмотрены перечнем этого пакета, не нарушают каких-либо этических принципов». (Президентская комиссия США, 1983 г.) Если у вас есть возможность получить определенный набор услуг, который этически адекватен, и каждый имеет к нему доступ, то не нужно переживать, если кто-то покупает услуги. И это большая проблема грядущих десятилетий — большая разница между двумя уровнями.

Основной вопрос, конечно, «что должен включать в себя основной пакет услуг и что должен получать каждый член общества?»

Моя позиция такова: отправной точкой принципа гуманитарной солидарности является желание защищать тех, чье существование находится под угрозой обстоятельств, которые им не подконтрольны, и кто не может заботиться о себе. Люди с психическими расстройствами, умственно неполноценные, пациенты психиатрических клиник нуждаются в нашей защите. Забота о них должна быть прерогативой гражданского общества и правительств наших стран. Опека над малоимущими и незащищенными слоями населения лежит в основе всего принципа солидарности в гуманитарном его понимании. И затем мы уже делаем новые шаги в расстановке приоритетов на основе клинического и социального критерия. Например, в американском штате Орегон существует практика вовлечения людей в установление приоритетов в здравоохранении.

А пакет основных услуг должен быть равнодоступным для каждого без каких-либо финансовых барьеров.

Таким образом, то, о чем я вам говорил, свидетельствует о том, что западной части Европы — не только Нидерландам, но и таким странам как Германия, Англия, Бельгия — грозят множество проблем с качеством и доступом к здравоохранению, которое финансируется населением (налоги в Великобритании,

страхование в Нидерландах). Но проблемы в системах здравоохранения там есть и поэтому их нельзя назвать лучшими в мире.

Перед нами стоит проблема того, что более богатые имеют возможность получать более качественные услуги. И ситуация будет только ухудшаться в ближайшие десятилетия, т. к. все больше населения стареет и нуждается в услугах. Я надеюсь, что вы сохраните принцип солидарности в вашей системе.