

О все более полном удовлетворении растущих потребностей российского населения в оценке технологий здравоохранения.

Здравоохранение vs лечебное дело. Две ментальности, две стратегии. Часть II

Н.А. Зорин, кандидат медицинских наук, член правления московского отделения Общества специалистов доказательной медицины

Москва, Россия
E-mail: nzorin@inbox.ru

1 ВРАЧЕВАНИЕ VS ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Врачевание и организация здравоохранения – принципиально разные вещи, основанные на разной ментальности и выполняющие дополняющие друг друга, но разные функции.

Здесь уместно поговорить о двух глобальных стратегиях развития, которые прослеживаются как в природе, так и в общественных институтах, включая медицину. Понимание этих стратегий позволяет понять выбор правильной тактики *организации медицинской помощи*.

В природе и в обществе существуют две взаимодействующие стратегии развития: стратегия сохранения **вида** и стратегия сохранения **индивида**. Их гармоничное сочетание призвано обеспечивать хрупкое равновесие интересов большинства и отдельной особи.

«У природы нет плохой погоды», равно нет у нее и понятия болезни. В природе есть бесконечное приспособление к постоянно меняющимся условиям внешней среды¹. Ее «задача», в частности, путем естественного отбора сохранить любой вид, в том числе человека как **вид** *Homo sapiens*, что обеспечивает не только выживание, но и совершенствование видового приспособления. При этом отдельные особи и даже значительные по величине

¹Этот факт заставляет отказаться от примитивного понимания прогресса (лат. progressus – движение вперед, успех) как восходящего движения (знания, технологий и пр.) и дает понять, что прогрессивным (во втором значении), в данном случае обеспечивающим выживание, может быть и возврат к прошлому, и отказ от новшеств и т.п.

Зорин Н.А. *О все более полном удовлетворении растущих потребностей российского населения в оценке технологий здравоохранения. Здравоохранение vs лечебное дело. Две ментальности, две стратегии. Часть II // Пластическая хирургия и косметология. 2014(2)*

Рассматриваются две фундаментальные стратегии природы и общества (сохранение вида и сохранение индивида), которые диктуют две разные тактики здравоохранения и лечебной практики.

Ключевые слова:

технологии, медицинские технологии, фундаментальная стратегия природы, фундаментальная стратегия общества, медицинский апартеид

Zorin N.A. *On the more complete satisfaction of growing needs of the Russian population for the health care technology assessment. Health care vs general medicine. Two mentalities, two strategies. Part II // Plastic Surgery and Cosmetology. 2014(2)*

The work considers two fundamental strategies of nature and society (species conservation and man's survival) which define two different tactics of health care and treatment practice.

Keywords:

technologies; medical technologies; fundamental strategy of nature; fundamental strategy of society; medical apartheid

группы становятся жертвами этой более важной стратегии. Они погибают или заболевают, в ряде случаев *сохраняя жизнь за счет ущербной адаптации* (например, серповидно-клеточная анемия). При этом они становятся «клиентами» уже общественного института – здравоохранения.

У здравоохранения та же задача, что у природы – *сохранить население в целом* также путем постоянного приспособления к меняющимся условиям, в том числе и социальной среды. Оно *обязано* мыслить интересами большинства («вида»), тогда как у практической медицины иная роль – она занята интересами (здоровьем) отдельного человека. Чаюния последнего прекрасно выразил один больной, слова которого процитировал на съезде французских врачей приглашенный туда Андре Моруа: «Мне наплевать, что кто-то выздоровеет вместо меня, чтобы выполнить норму!».

Универсальность таких стратегий можно проследить и в других сферах социальной жизни, где интересы большинства пересекаются с интересами индивидуума. Например, в юриспруденции. Общие принципы (законы) порой чрезмерно жестко наказывают тех, кому «не хватило» милосердия (как, например, не хватает лекарств и пр. в медицине). Она руководствуется принципом: «*Dura lex, sed lex*» – «Суров закон, но его надо соблюдать!» И если в медицине эту нехватку пытаются компенсировать своим мастерством врачи, сообщества пациентов с ред-

кими болезнями, грантодатели, общества милосердия и т.п., то в правовом пространстве этим заняты правозащитники, адвокаты и др. Иначе говоря, институты, занятые решением проблем отдельного человека. В юриспруденции они руководствуются уже другой латинской поговоркой: «*Summum us, summa injuria*» – «Слишком суровый закон – большое беззаконие». Этим достигается равновесие, относительная гармония (**см. таблицу**).

Это две взаимодополняющие разнонаправленные стратегии. В обществе совокупность этих стратегий образует диалектику социальной справедливости. Эта, вроде бы простая мысль, плохо понимается и плохо принимается обывателями и врачами-лечебниками (и обычно трактуется как «безнравственная...»)³.

Здесь очевиден конфликт интересов, решать который всегда приходится с нравственными издержками. Эти стратегии находятся в психологическом пространстве «двойной связи», когда выбор *всегда* сопряжен с ущемлением чьих-то интересов. Выбор, между интересами отдельного человека, которому ценой огромных затрат будет подарено несколько *дополнительных* месяцев жизни и интересами *целых социальных групп*, которым *такие же затраты сохраняют жизнь вообще*, при всей очевидности решения требует определенной доли профессионального цинизма, если так можно выразиться, без

Таблица. Две взаимодополняющие стратегии развития природы и общества²

Стратегия	Природа	Общество	
		Медицина («клиенты» – особи, «выбракываемые» природой)	Юриспруденция («клиенты» – особи, «выбракываемые» обществом)
Сохранение вида (забота о выживании и обеспечение дальнейшего развития большинства)	Естественный отбор; альтруизм и пр. Следствия – смерть, болезни, ущербная адаптация (e.g. серповидно-клеточная анемия)	Появление понятия «болезнь» и института «здравоохранения». <i>Инструменты и технологии:</i> клиническая эпидемиология; (РКИ, обобщение «реальной практики» – изучение регистров). <i>Социальные структуры:</i> агентства ОТЗ; ОСДМ, кафедры и центры ДМ и т.п.	Появление понятия «закон». Законотворчество « <i>Dura lex, sed les</i> ». «Побочный продукт» – диссиденты, криминал
Сохранение индивида (забота о единичной особи)	Индивидуальные механизмы адаптации	<i>Социальные структуры:</i> ЛПУ, сообщества больных редкими болезнями, грантодатели, институт добровольных пожертвований и т.д. и т.п. <i>Инструменты и технологии:</i> ДМ, классическая клиническая медицина, «гиппократовское врачевание», мнения авторитетов, парамедицина, взятка, шантаж и т.п.	<i>Социальные структуры:</i> Институт правозащитников, адвокатов. « <i>Summum us summa injuria</i> ». <i>Инструменты и технологии:</i> залог, апелляция, взятка, шантаж и т.п.

² Здесь мы рассматриваем упрощенную схему, имея сугубо утилитарную цель: а) показать универсальность таких стратегий, б) объяснить отличия медицинской практики и организации здравоохранения. Разъяснение терминов – в тексте.

³ У такого непонимания множество причин и некоторые выходят за пределы слабости интеллекта и субъективной психологии в «пространство социальных отношений». В его основе могут лежать, например, интересы социальных институтов (например, фарминдустрии), групп и/или отдельных особей. Куда проще добиваться финансирования «понятных» тебе областей медицины или заботиться о своей семье или «своей» больнице, «своем кафедральном направлении» и т.п., чем думать о судьбе общества в целом. А для нравственных оправданий найдется масса поводов.

которого, к сожалению, здравоохранение завтра нам уже больше не понадобится.... Такая альтернатива не всегда столь очевидна, как в приведенном примере – в жизни все еще сложнее – и поэтому тот или иной выбор регулярно рождает упреки со стороны «общественности», то в адрес конкретных врачей, то в адрес руководителей здравоохранения. Последние, если не обладают мышлением государственного масштаба (например, как это всегда было еще в СССР, рекрутируются из врачей-лечебников⁴) *становятся на сторону отдельного больного*⁵ (создаются, например, всякие дорогостоящие и сиюминутные «Программы профилактики» или «Центры диагностики» и т.п., затыкающие дыры сегодняшнего дефицита здравоохранения или создающие иллюзию прогресса, которые, пожирая бюджетные деньги, загоняют проблему еще глубже. В конечном итоге, руководители здравоохранения вызывают недовольство *тех же граждан*, но уже как «не справившиеся» с государственной задачей....). Особенно труден этот процесс в патерналистском обществе, где слаб институт принятия решений самими гражданами, где все ждут «решений сверху», где Закон путают со «Справедливостью» и часто недовольны *любым решением*...

Разделение функций между специалистами вполне отвечает принципам технологической медицины. В европейских странах (в моем примере – Франция) это видно уже на уровне больницы, которой руководит не главный врач, занимающийся в России «койками», «уборщицами» и числом простыней, а директор, по образованию управленец, менеджер с вверенным ему штатом сотрудников такого же профиля. А медицинские вопросы решает Совет заведующих отделениями (чей статус во французской больнице можно сравнить с директором российского НИИ). Этот совет выбирает себе председателя и вместе они решают уже сугубо медицинские вопросы, в которые директор клиники вмешиваться не должен⁶.

Забота о большинстве – как основная цель работы института *здравоохранения* не означает, что государство должно оставить на произвол судьбы малые группы больных. Однако по отношению к ним все равно должен действовать принцип взвешивания затрат (в широком смысле слова) и результатов. Можно

видеть, например, на основе *принципов отнесения* заболевания к группе орфанных болезней, что забота государства (здравоохранения) об индивиде тем больше, чем оно (государство) богаче. Орфанными считают болезни с частотой распространенности: в США 1/1500, Европе – 1/2000, России – 1/10 000. И дело не только в стоимости редких лекарств, а в самом факте их наличия. «Неплатежеспособные люди и страны с их особыми болезнями неинтересны для бизнеса, и для них лекарств не разрабатывается». Поэтому, например, в США существуют специальные программы развития орфанных препаратов через предоставление налоговых льгот производителям таких лекарств, освобождением их на 7 лет от конкуренции и т.п. [1, 2]⁷. То есть существуют механизмы, через которые «гарант обеспечения сохранения вида», воздействует уже на «структуры сохранения индивида» в пользу отдельного больного.

Там, где таких механизмов нет или они слабы, господствует «последовательно утилитаристский подход <...>, который придает мало значения страданиям малых групп людей», там обделенные социальной справедливостью люди прибегают к любым методам получения требуемого лечения (и их можно понять⁸), поэтому в числе инструментов в графе «сохранение индивида» (*см. таблицу*) стоят шантаж и взятка. Организаторы здравоохранения нередко подвергаются шантажу, например, со стороны «пациентских организаций», как правило, ангажированных фармпроизводителями, а последние нередко подкрепляют ими же организованный «управляемый шантаж» материально. Данный пример приводится не для рассуждений этического плана, а чтобы показать, что организаторы здравоохранения в *России склонны подчиниться шантажу* и не только из простой боязни *прослыть* безнравственными, а потому, что *сами считают*, что обязаны помочь *этим* людям, как их учили в мединституте, не понимая, что такая нравственность может обернуться уже преступной безнравственностью в отношении большинства.

Впрочем, рассуждать о подобных «высоких материях» в России – дело неблагодарное. У нас работают *иные* механизмы распределения благ. В России еще

⁴ Два недавних исключения потерпели неудачу в силу иных причин.

⁵ Такой выбор понятнее и проще: судьба конкретного человека, как и **ответственность за принятие решений** всегда «здесь и сейчас», тогда как «судьбы народов» всегда вынесены в неопределенное будущее... Как говорил по такому поводу Ходжа Насреддин: «за двадцать лет кто-нибудь из нас уж обязательно умрет – или я, или эмир, или этот ишак».

⁶ Рассказанное не значит, что все врачи этим довольны. Так было не всегда и врачи, которые это помнят, порой ностальгируют по тем временам, когда главный врач (как и в дореволюционной России) жил в своем особняке на территории больницы. Это вопрос утраты власти...

⁷ Все, что касается орфанных заболеваний, заимствовано мною из доклада В.В. Власова в Ереване с разрешения автора.

⁸ Автор этой статьи точно так же не желает, чтобы «кто-нибудь другой выздоровел вместо него, чтобы выполнить норму»...

по советской традиции весьма высокий приоритет страданий малых групп, только не малообеспеченных, а ровно наоборот... **У нас существует и укрепляется то, что я называю «медицинский апартеид»,** когда «лица, принимающие решения» обслуживаются совсем в другом месте, нежели большая часть населения. Пока он не будет ликвидирован, к «социально не важным» группам населения будет относиться 9/10 населения страны. Цинизм положения заключается в том, что *именно эти люди могут сами платить за свое лечение! И именно им из бюджета выделяются деньги на самые дорогие формы медицинской помощи в обход всяких списков.* То есть в России имеет место обратный закон: чем более высокопоставленное лицо (сегодня это фактически синоним богатства) обслуживается, тем лучшее и *бесплатное* государственное лечение (за счет обычных граждан) оно получит.

Как можно видеть, все эти вопросы – политические (так же, как и проблема гражданского общества для медицины). Российский «медицинский апартеид» представляет собой извращение принципов справедливости. Он блокирует не только справедливое распределение средств, но, что более важно, *любые побуждения к тому, чтобы что-то менять. Этот факт делает совершенно безнадежными любые попытки реформ российского здравоохранения.*

2 ПОЛИТИЧЕСКАЯ И «НАУЧНАЯ» СОСТАВЛЯЮЩИЕ «УДОВЛЕТВОРЕНИЯ РАСТУЩИХ ПОТРЕБНОСТЕЙ ТРУДЯЩИХСЯ» В РОССИЙСКОМ ЗДРАВООХРАНЕНИИ

В деятельности органов здравоохранения можно выделить политическую и научную составляющие.

Политическая составляющая

Политической составляющей я буду называть комплекс мер, предназначенных как для потребителей,

так и для исполнителей различных звеньев здравоохранения и направленный на формирование ментальной среды, ожиданий и ценностей граждан «по обе стороны медицинского прилавка». В России это традиционно «подавление претензий» граждан, сохранение психологического равновесия и социального спокойствия. Нужно подчеркнуть, что у нас по большей части этот процесс не имеет никакого отношения к качеству медицинской помощи. Это работа в мифологическом пространстве. В какой-то мере, как это ни смешно, такой труд в части работы с потребителями напоминает современные международные тенденции вовлечения больного в принятие решений⁹. Только принципиальное отличие от здравоохранения развитых стран состоит в том, что при этом организаторы здравоохранения не озабочены просвещением «народных масс» по части того, что им полезно, бесполезно и даже опасно, как это сделано в западных странах¹⁰. Напротив, «медицинские власти» с удовольствием *идут на поводу примитивных, ошибочных и даже опасных представлений масс* в отношении собственного здоровья. Политика здесь ориентирована на то, чтобы потрафить представлениям масс «о должном». В кризисные моменты это еще и стремление «погасить пожар». Что еще хуже – они в той или иной степени сознательно лишают таких же знаний врачей, превращая их в точно такую же массу с обывательским мышлением, коей является непросвещенное большинство. **Только так можно объяснить программное игнорирование технологий клинической эпидемиологии и доказательной медицины, которые, несмотря на уже 30-ти летнюю историю существования, изменившую коренным образом здравоохранение западных стран, не преподаются в обязательном порядке в медицинских учебных заведениях России и пробивают себе дорогу исключительно за счет инициативы отдельных лиц¹¹.**

Вместо этого нам обильно предлагаются «народные и/или экзотические методы»: гирудотерапия, гомеопатия, иглоукалывание, мануальная терапия

⁹ Сицилийской декларацией по вопросам научно-обоснованной практики [<http://www.mediasphera.ru/journals/practik/detail/170/2408/>] (2005) провозглашается: «Клиническое решение должно приниматься пациентом, исходя из информации, предоставляемой ему врачом, на основании эксплицитных и не явно выраженных (имплицитных) знаний, которыми он владеет, с учетом имеющихся ресурсов. К этому вопросу мы еще вернемся в следующей части работы.

¹⁰ В тех западных странах, где медицина уже давно стала только доказательной, на всех крупных интернет-порталах, снабжающих заинтересованных лиц качественными сведениями о пользе, безопасности/опасности, эффективности и т.д., есть разделы, ориентированные на потребителя медицинских услуг. Таковы, например, подразделение связей с потребителями (Division of Communication and Consumer Affairs) в Агентстве по контролю за качеством лекарств и пищевых продуктов США (FDA), Потребительская сеть кокрановского сотрудничества (CCNet) и т.д и т.п. В России – первые шаги в этом направлении сделаны на сайтах Общества специалистов доказательной медицины (ОСДМ). Как пример для ОС: «Памятка для пациента, который не хочет быть одураченным» [3] <http://www.humanism.su/ru/magazine.phtml?issue=2009.50-06>

¹¹ Невежество отечественных исследователей в вопросах правил клинических испытаний отнюдь не безобидно и нередко обобщается «национальным позором» [4]

и др. и пр. – почти все ЛПУ первичного звена укомплектованы подобными кабинетами и специалистами. А ВУЗы – кафедрами «народной и/или альтернативной, комплементарной и т.п. медицины»¹², а также заменой серьезных дисциплин изучением теологии [5]. И что совсем плохо – под предлогом «обеспечить гражданам доступ ко всем имеющимся формам медицинской помощи» делаются попытки внедрить перечисленное за счет обязательного медицинского страхования (ОМС)¹³. Все это – вольное или невольное логическое продолжение укрепления «медицинского аппарата»¹⁴.

В этом же ряду стоят:

- насаждение под видом доктрины «ответственного самолечения» безудержной рекламы средств медицинского применения [6];
- сохранение на рынке бесполезных, сомнительных, потенциально опасных, а также запрещенных во многих странах лекарств, нередко «по просьбам трудящихся», когда обывательская востребованность смешивается с понятием социальной значимости (корвалол [7], анальгин и пр.);
- отсутствие запрета на рекламу и широкую продажу различных псевдомедицинских приборов с недоказанной эффективностью;
- широкое использование СМИ, включая центральные каналы ТВ, для распространения псевдомедицинских и шарлатанских техник вмешательств в здоровье граждан¹⁵;
- и, наконец, откровенные и неслыханные по дерзости и цинизму попытки узаконить применение оккультных практик в медицине с неприкрытым стремлением определенных групп людей еще и нажиться на этом¹⁶.

Такая политика следования «нуждам народа» – продуктивна сиюминутно не только потому, что желания большинства в основном отвратительны, но еще и потому, что она развращает массы, культивируя рентные установки. Чего хочет большинство людей

в большинстве стран? Оно хочет получить некую услугу предпочтительно бесплатно, не напрягаясь, то есть, не прилагая никаких усилий для ее получения и ни за что не отвечая. Это прекрасно знают шарлатаны всех мастей и рекламные менеджеры. Вам тотчас будут предложены «изучение иностранного языка или похуждения во сне» или во время просмотра телевизора и т.п. Но все эти «методики» *продаются!* И поэтому не удовлетворяют самого главного желания – бесплатности. В поле медицины всем трем желаниям удовлетворяет только один метод «народной медицины» – уринотерапия. Лекарство всегда с собой, оно ничего не стоит и не требует усилий ни для получения (напротив!), ни для потребления. Первоначальное отвращение блокируется «научными объяснениями о пользе». Поэтому странно, что до сих пор МЗ еще не внес мочу в список ЖВНЛС, в котором состоит изрядное количество лекарственных средств с недоказанной эффективностью и даже с доказанной неэффективностью.

Трудно сказать, является ли такая политика органов здравоохранения следствием невежества, циничного планирования, коммерческих интересов¹⁷ или причудливой смесью того и другого, но не заметить «системности» в приведенном выше списке невозможно.

«Научная» составляющая

Слово заключено мною в кавычки согласно концепции, в которой медицина представлена как производство, снабжаемое технологиями фундаментальных и прикладных наук (*см. «Пластическая хирургия и косметология» 2014;1:58–63*). Каковы же эти технологии в российском здравоохранении? Есть ли они вообще?

Нам известно, что внедрение высокотехнологичных форм помощи – одно из направлений декларируемых, как приоритетные. В их основе обычно лежат достижения фундаментальных наук и созданные на этой основе технические средства. Иноземные

¹² Сказанное не означает, что все методы народной медицины бесполезны. Дело в определении приоритетов.

¹³ Это объяснение было озвучено чиновником МЗ в прямом эфире передачи канала «Подмосковье». То есть вместо рыночного лозунга: «Любой каприз за Ваши деньги», мы будем иметь «чей-то любой каприз за наши деньги».

¹⁴ Между тем в медицинских учреждениях для «элиты» существуют отделы доказательной медицины.

¹⁵ «Доброго здоровьица» [8]

¹⁶ Законопроект Госдумы. Статья 50.1. Оккультно-мистические услуги в сфере здравоохранения. Инициатор законопроекта – депутат И. В. Пономарев, председатель попечительского совета Института *инновационного развития* (курсив мой Н.З.).

Статья 50.1. Оккультно-мистические услуги в сфере здравоохранения.

1. Оккультно-мистическими услугами в сфере здравоохранения являются действия немедицинского характера, осуществляемые лицами, не обладающими соответствующими специальными медицинскими знаниями и навыками, направленные на излечение пациентов с помощью сверхъестественных способностей организма.

2. Право на предоставление оккультно-мистических услуг в сфере здравоохранения гражданам имеет гражданин, получивший разрешение, выданное органом исполнительной власти субъекта Российской Федерации[9].

¹⁷ Проталкивания на рынок заведомо неэффективных изделий

аппараты и технологии «завтрашнего дня» (а именно с их помощью осуществляется отечественные «прорывы») всегда поражали воображение обывателей и чиновников-технократов. Беда лишь в том, что **без проверки результатов медицинского вмешательства любой степени технического совершенства в условиях грамотно спланированного клинического испытания, их внедрение в рутинную медицинскую практику противозаконно, опасно и безнравственно.** На сегодня в мире существует только одна группа технологий такой проверки вмешательств – технологии клинической эпидемиологии (КЭ) (и в значительной мере пересекающейся с ней доказательной медицины, ДМ)¹⁸. То есть как раз тех дисциплин, которые, как уже говорилось, демонстративно игнорируются людьми, «принимающими решения». Вместо них пустующую нишу, как и в позапрошлом веке, занимает плохо обобщаемая *прецедентная клиническая практика*. Ни чиновники здравоохранения, ни их российские клинические консультанты, еще недавно назначаемые Четвертым Главным управлением и все еще хранящие память об этих замечательных временах, не желают переходить на угрожающие их социальному гомеостазу технологии КЭ и ДМ¹⁹. Медицина авторитетов и культ личности «знаменитых врачей» все еще остаются в России базисными ценностями²⁰. Попытки имитировать западный образ медицинского мышления отражается в карикатурных попытках создания так называемых «стандартов», которые в самом лучшем случае напрямую заимствуются в иностранных источниках (guidelines), а в худшем никуда не годятся [10]. Все это – прямое следствие дружного саботажа (а в последнее время и агрессивной критики) ДМ и КЭ в медицинском пространстве России.

Вернемся к тому, с чего начиналась статья. Две описанные фундаментальные стратегии (сохранения **вида** и сохранение **индивида**) должны быть «упакованы» соответствующими технологиями, обеспечивающими осуществление поставленных целей. На эти роли более всего подходят КЭ и ДМ как технология сохранения **вида** и технология лечебного дела (сохранения **индивида**).

Внедрению этих технологий мешает не только описанное социальное устройство, но и терминологические противоречия, путаница, которая препятствует

пониманию теоретических основ этих дисциплин. Этому и будет посвящена следующая часть моей работы.

ЛИТЕРАТУРА

1. Власов В.В. *Этические и методологические основания для основных лекарственных программ* http://www.biometrica.tomsk.ru/erevan_2.pdf
2. *Сицилийская декларация по вопросам научно-обоснованной практики. Международный журнал медицинской практики 2005;6* <http://www.mediasphera.ru/journals/practik/detail/170/2408/>.
3. *Памятка для пациента, который не хочет быть одуряченным.* <http://www.humanism.su/ru/magazine.phtml?issue=2009.50-06>.
4. Власов В.В. *Какая беда.* <http://osdm.org/blog/2014/02/23/kakaya-beda/>
5. *Новости российского образования. 19 ноября 2013* <http://echo.msk.ru/blog/avmalgin/1201166-echo/>.
6. Зорин Н.А. *О вреде рекламы лекарств и «ответственном самолечении».* <http://osdm.org/blog/2013/06/29/n-a-zorin-novaya-statya/>.
7. Власов В.В. *Порядок формирования перечня лекарств – проект.* <http://osdm.org/blog/2013/10/23/1905/>.
8. *Доброго здоровьяца.* <http://www.1tv.ru/sprojects/si=5885>.
9. [http://asozd2c.duma.gov.ru/addwork/scans.nsf/ID/17189CA3EF9A6E2643257C130058D17A/\\$FILE/372966-6.PDF](http://asozd2c.duma.gov.ru/addwork/scans.nsf/ID/17189CA3EF9A6E2643257C130058D17A/$FILE/372966-6.PDF).
10. <http://www.aboutru.com/2013/10/gosduma-4/>] <http://osdm.org/blog/2012/03/09/psixiatry-protiv-standartov-mzsr-po-narkologii/>.

Благодарность.

Благодарю профессора В.В. Власова за предоставленную возможность привести в статье данные об орфанных заболеваниях из его доклада в Ереване (<http://osdm.org/blog/2013/10/23/1905/>)

¹⁸ То, что обычно употребляемые как синонимы термины «клиническая эпидемиология» и «доказательная медицина» не являются таковыми (что разделяется не всеми), будет разбираться в следующем номере журнала.

¹⁹ В КЭ и ДМ «мнение эксперта», не основанное на стандартах этих дисциплин, ставится на последнее место в иерархии доказательности.

²⁰ Здесь снова нужно вспомнить «медицинский апартеид» – для привилегированного класса всегда найдется иностранный консультант или даже иностранная клиника.