

ЛЮДИ «ПАНОРАМЫ»

Интервью с сэром Майклом Мармотом, директором Института изучения социальной справедливости в отношении здоровья (UCL IHE), председателем Комиссии ВОЗ по социальным детерминантам здоровья (CSDH)



Сэр Майкл Мармот – профессор эпидемиологии в Университетском колледже Лондона, автор книг "The Health Gap: the challenge of an unequal world" [«Разрыв в показателях здоровья: проблема неравенств в обществе»] и "Status Syndrome: how your place on the social gradient directly affects your health" [«Синдром статуса: как социальное положение прямо отражается на нашем здоровье и продолжительности жизни»]. С 2014 по 2017 гг. – профессор по программе им. Лоуна в Гарвардском университете. В 2015 г. удостоен награды им. принца Махидола за достижения в общественном здравоохранении. Обладатель почетных докторских степеней 18 университетов. На протяжении свыше 40 лет возглавлял группы исследователей по теме неравенств в отношении здоровья. Возглавляет Комиссию по вопросам справедливости и неравенств в отношении здоровья в Северной и Южной Америке, учрежденную в 2015 г. Панамериканской организацией здравоохранения ВОЗ (ПАХО), а также являлся председателем Комиссии по социальным детерминантам здоровья, которая была учреждена ВОЗ в 2005 г. и в августе 2008 г. опубликовала доклад под названием «Ликвидировать разрыв в течение жизни одного поколения». На протяжении шести лет входил в состав Королевской комиссии по проблеме загрязнения окружающей среды, а в 2000 г. был возведен Ее Величеством королевой в рыцарское достоинство за достижения в эпидемиологии и вклад в изучение неравенств в отношении здоровья.

В своей работе вы неизменно подчеркиваете, что для устранения неравенств в отношении здоровья необходимы высококачественные информация здравоохранения и фактические данные. К сожалению, необходимость использования надежных фактических данных все чаще приходится отстаивать: роль доказательного подхода все меньше признается в современном мире, где царят «альтернативные факты» и отмечаются пугающе низкие показатели вакцинации против кори даже в развитых странах с высоким уровнем образования. Какие в этих условиях возможно принять меры политики и стратегии в области информации здравоохранения, чтобы оптимально использовать

информацию здравоохранения для устранения несправедливых различий в показателях здоровья?

Позвольте мне дать ответ на двух уровнях. Во-первых, будь вы врач, разговаривающий с пациентом, или независимый консультант по вопросам политики, как я, или сотрудник государственного ведомства или ВОЗ... Если вы не знаете ответа на вопрос, разве у вас повернется язык дать какую бы то ни было рекомендацию? В своем вопросе вы в качестве примера упомянули снижение показателей вакцинации против кори. Будете ли вы рекомендовать делать прививки всем детям? Если вы подумали: «Я читал в новостях, что это может приводить к аутизму, так

что нет, я не буду это рекомендовать», – значит, так и будем действовать? Нет, ни в коем случае. Мы оба понимаем, что это безответственно. Нужно знать, насколько убедительно доказана, во-первых, эффективность вакцинации против кори, а во-вторых, ее связь с аутизмом. Ответ очевиден: польза вакцинации против кори как для отдельного человека, так и для населения в целом убедительно доказана, а информация о вреде не подтверждается практически никакими фактическими данными. Статья о связи вакцинации с аутизмом была отозвана из журнала «Ланцет» – она изначально имела серьезные методологические недостатки, но затем и вовсе была изъята в связи с подлогом. Таким образом, преимущества вакцинации убедительно доказаны, поэтому мы уверенно даем настоятельные рекомендации. Мы как частные лица, врачи, советники по вопросам политики и так далее не смогли бы смотреть людям в глаза, если бы давали рекомендации, не подкрепленные фактическими данными.

Ответ на втором уровне будет звучать так: важно, чтобы мы отстаивали значимость фактических данных. Недавно я провел мероприятие, посвященное своей книге *The Health Gap* [Разрыв в показателях здоровья], в ходе которого мне сначала задавал вопросы философ, а затем публика. В конце философ сказал: «Надеюсь, вы заметили, что профессор Мармот иногда говорил „я не знаю“ или „у меня нет данных“. Это значит, будьте уверены, что, отвечая на наши вопросы, он полагается на свою интерпретацию фактических данных».

Мы должны в своей работе опираться на фактические данные, и нужно, чтобы люди знали об этом. Они должны знать, когда мы даем наилучшие возможные рекомендации с учетом доступной информации и когда мы не знаем ответа. Это должно быть очевидно, но, как отмечалось в вашем вопросе, сейчас наступило засилье политиканства и альтернативных фактов, поэтому нам в некотором смысле придется объяснять все заново. Я уже обозначил свое недовольство «постправдой» на страницах «Ланцета»: если политик говорит, что в США отмечается рекордное за всю историю количество убийств, и на основе этой лжи он будет пытаться формировать политику, должны ли мы его слушать? Какой смысл для тех из нас, кто посвятил свою жизнь информации здравоохранения, пытаться донести свою позицию в тот момент, когда со всех экранов вещает высокопоставленный политик? Но чем же еще мы можем руководствоваться, если не фактами? Если политик говорит, что количество убийств находится на рекордно высоком уровне, и это неправда, то мы обязаны, опираясь на фактические данные, опровергнуть это. В эпоху альтернативных фактов информация здравоохранения играет еще

более важную роль, чем раньше. Вы можете сказать, что этого недостаточно. Но лично я не знаю, как пробраться за кулисы, в кулуары, туда, где заключаются политические сделки. Я этим не занимаюсь. И большинство тех, кто работает в сфере общественного здравоохранения, тоже этим не занимаются. Я занимаюсь тем, что продвигаю основанную на фактических данных политику, представленную в духе социальной справедливости. Нам нужна фактологическая база, на основе которой мы сможем приводить убедительные социальные и моральные аргументы в пользу такой политики.

Наши голоса должны быть услышаны. Вы скажете: да, но голоса политиков, которые презирают факты, звучат громче! Что ж, может быть. Но по всем важным вопросам, будь то неравенство, тенденции в области здравоохранения или изменение климата, фактические данные абсолютно необходимы. Возьмем изменение климата. Наше беспокойство связано с тем, что у нас имеются определенные фактические данные. А те, кто не прав в этом споре, проиграют, потому что факты на нашей стороне. В Великобритании в последнее время можно видеть, как некоторые замшелые политики отрицают изменение климата, а школьники на улице говорят «это наше будущее». У этих детей есть факты, и они хотят социальной справедливости: действий по борьбе с изменением климата прямо сейчас.

Часто бывает так, что образованные, знающие люди прибегают к аргументам, не обоснованным фактическими данными, или же сами верят подобным аргументам. Что еще мы можем противопоставить этой тенденции, кроме как просто предоставлять людям информацию в соответствии с традиционным подходом ВОЗ?

Вся моя работа по теме социальных детерминантов здоровья – в Комиссии ВОЗ по социальным детерминантам здоровья, в группе по подготовке Обзора социальных детерминант и разрывов по показателям здоровья в Европейском регионе ВОЗ, а теперь и в нашей Комиссии ПАОЗ по вопросам социальной справедливости и неравенства в отношении здоровья в Северной и Южной Америке – основана на понимании того, что информирование людей важно, но само по себе недостаточно. Нужно информировать еще и правительство – на разных уровнях, – а также разработчиков политики и гражданское общество. Моя дочь еще в школе участвовала в обсуждениях, посвященных изменению климата и будущему планеты. Ее спросили: «Примут ли люди меры, необходимые для того, чтобы предотвратить катастрофическое глобальное потепление

к 2050 г.?» Она ответила: «Общество должно принять социальные меры, чтобы людям было легче делать правильный выбор». Это могут быть различные экономические инструменты, налоги, отражение внешних факторов в цене – то, что пошлет правильный сигнал и поможет людям делать правильный выбор. Ответственность за правильный выбор не может лежать только на отдельных лицах. Конкретный пример: на транспорт приходится около трети всех выбросов углерода, хотя в разных странах эта доля отличается. Мы можем уменьшить эти выбросы. Мы можем сделать более безопасным пешеходное и велосипедное движение, организовать удобный общественный транспорт, ввести плату за пользование перегруженными дорогами, «зеленые налоги» на топливо и тому подобное – и таким образом побудить людей делать правильный выбор. Я бы сказал, если вы живете в демократической стране и ваше правительство выступает против Парижского соглашения, то от этого правительства нужно избавиться уже на ближайших выборах.

Несколько лет назад вы описали важнейшую взаимосвязь между информацией здравоохранения и здоровьем следующим образом: «Нашим первым шагом к решению проблемы неравенства в отношении здоровья в Европе должно стать решение проблемы неравенства в сфере информации здравоохранения... Мы сталкиваемся с неполнотой или отсутствием информации здравоохранения именно в тех областях, где она нужна нам больше всего. Информация здравоохранения имеет решающее значение для всех стран, как богатых, так и бедных». С тех пор ситуация с информацией здравоохранения улучшилась? Каковы основные проблемы сегодня?

Я хочу дать вам ответ, основанный на фактических данных, и в этой ситуации такой ответ будет предполагать немало нюансов, поэтому просто сказать «да или нет» не получится. Одна из самых больших проблем – наладить регулярный сбор данных о неравенствах в отношении здоровья среди взрослых. В Европе, как правило, дело обстоит так: чем дальше идешь на восток, тем серьезнее эта проблема. В большинстве стран имеется достаточный объем данных по вопросам здравоохранения, но данные о неравенствах в отношении здоровья отсутствуют. Это по-прежнему крайне серьезная и неотложная проблема во всем мире. Например, данные о неравенствах в отношении здоровья среди взрослых очень трудно получить во всех странах Латинской Америки и Карибского бассейна.

Данные о неравенствах в отношении здоровья, которые у нас есть по большинству стран, как правило, относятся

к здоровью младенцев, детей и, возможно, матерей и почерпнуты из обследований по показателям демографии и здоровья. Но в большинстве стран не налажен регулярный сбор данных о неравенствах в отношении здоровья среди взрослых, и это существенный недостаток. С другой стороны, есть примеры, когда такие данные имеются: в Англии работает информационная система общественного здравоохранения, в которой можно посмотреть данные не только о неравенствах в отношении здоровья, но и о ключевых детерминантах здоровья в любом районе Англии. И эту информацию можно получить в режиме реального времени. Чем больше будет таких примеров, тем лучше.

Информационные системы здравоохранения превращаются в «информационные системы в поддержку здоровья». В них все чаще используются данные из других секторов и они взаимодействуют со все большим числом цифровых и мобильных приложений, включая электронные истории болезни. Какие инновации в сфере цифрового и мобильного здравоохранения способны сыграть значимую роль в сокращении несправедливых различий в показателях здоровья и каковы требования к мониторингу ситуации в этой сфере?

Я входил в комиссию журнала «Ланцет» по глобальному стратегическому руководству в интересах здоровья, которую возглавлял Университет Осло. Изначально наша тема была обозначена как «глобальное стратегическое руководство в сфере здравоохранения», но мы очень быстро изменили название на «глобальное стратегическое руководство в интересах здоровья». С тем, о чем вы говорите, похожая ситуация. Нам нужно глобальное стратегическое руководство как инструмент для улучшения результатов в отношении здоровья, а не просто стратегическое руководство в секторе здравоохранения. Для того чтобы добиться этой цели, необходимы более совершенные информационные системы, содержащие данные о ключевых детерминантах здоровья и, конечно, как я только что говорил, о неравенствах в этой сфере. Нам необходимы дезагрегированные показатели здоровья. Если мы хотим работать с социальными детерминантами здоровья, нам потребуется дезагрегированная информация о них, которая позволит проанализировать имеющиеся неравенства.

В настоящее время я заканчиваю работу в Комиссии ПАОЗ по вопросам социальной справедливости и неравенства в отношении здоровья в Северной и Южной Америке должен сказать, что поражен дефицитом информации, особенно дезагрегированной, по многим из ключевых детерминантов. Надеюсь, что ситуация будет меняться по мере того, как страны начнут больше внимания

уделять реализации Целей в области устойчивого развития (ЦУР), потому что несколько ЦУР вполне можно описать как социальные детерминанты здоровья. Если страны займутся измерением показателей реализации ЦУР со всей серьезностью, им потребуются данные по социальным детерминантам здоровья. Нужна рамочная система для измерения этих параметров. Я понимаю, что это в лучшем случае косвенный ответ на ваш опрос. Но прежде всего нам нужны надлежащие рамки для измерения. Затем уже будет полезно иметь цифровую систему, особенно если с ней можно работать удаленно. Вероятно, было бы неплохо также иметь и соответствующее приложение, но сначала нужно развить системы мониторинга данных.

Позвольте еще кое-что сказать, возвращаясь к вашему первому вопросу. Ангус Дитон (лауреат Нобелевской премии по экономике) отметил, что пресса, конечно, проявляла к нему интерес, когда он получил Нобелевскую премию, но когда он и Энн Кейс опубликовали в *Proceedings of the National Academy of Sciences* работу, посвященную «смертям от отчаяния» в США, интерес журналистов был выше примерно в 10 раз. В той работе говорилось о том, что в Соединенных Штатах среди белых мужчин и женщин в возрасте от 45 до 54 лет растет показатель «смертей от отчаяния» – отравлений (как правило, опиоидами), самоубийств и смертей, связанных с употреблением алкоголя. Как раз эти данные, эта фактологическая база, которую удалось собрать исследователям, взволновали прессу по-настоящему. Точно так же журналисты забеспокоились, когда Центры по контролю за заболеваниями США в ноябре 2018 г. выпустили доклад, в котором говорилось, что ожидаемая продолжительность жизни в США снижается уже третий год подряд. Другими словами, здоровье населения и неравенства в отношении здоровья имеют жизненно важное значение и представляют огромный интерес для лиц, разрабатывающих политику, и для населения в целом.

Нужно ли нам приложение, дающее быстрый доступ к цифровым информационным системам? Наверное. Но я думаю, что это не самое главное.

Общественность внимательно следит за такими новшествами, как «искусственный интеллект», «машинное обучение» и «дополненная реальность». Такие области науки, как общественное здравоохранение и медицинские исследования, становятся одновременно движущей силой и сферой применения этих новых

технологий. Считаете ли вы, что эти технологии оказывают значительное влияние на справедливость в отношении здоровья?

Пока что эти технологические достижения едва ли могут оказывать сколь бы то ни было серьезное влияние на справедливость в отношении здоровья. Большинство инноваций на ранних стадиях лишь увеличивают несправедливость распределения благ, потому что поначалу они доступны только богатым. Вспомним мобильные телефоны. Как-то мне сказали, что мобильный телефон есть примерно у 80% жителей Индии, а сейчас эта цифра может быть еще выше. Если бы мы с вами беседовали в тот момент, когда мобильные телефоны еще только появились, и вы спросили бы, влияют ли они на справедливость в отношении здоровья, я бы ответил: «возможно, влияют негативно». Теперь же я могу предположить, что они оказывают положительное влияние, поскольку благодаря им люди получают доступ к услугам и информации там, где раньше этого доступа не имели.

В современном мире связь должна рассматриваться как базовая человеческая потребность, наряду с жильем, питанием и здравоохранением. Доступ к связи должен быть всеобщим. Это не совсем то, о чем вы меня спрашивали, но ситуация здесь в чем-то похожа: мы должны принять меры к тому, чтобы искусственный интеллект и машинное обучение стали общедоступным благом, а не привилегией элиты.

Еще одна вещь, о которой, впрочем, говорили многие, – машины преуспеют в выполнении рутинных задач; более того, они уже преуспевают в этом, а в дальнейшем будут становиться лишь лучше. Но весьма вероятно, что значительная потребность в том, чтобы решения принимал человек, все же сохранится. Может быть, машины смогут выносить моральные суждения, на которые мы, несовершенные существа, неспособны. Но мне кажется, что нам по-прежнему будут нужны решения, принимаемые человеком.

На данный момент это действительно открытый вопрос: как далеко можно зайти в области машинного обучения? Мы пока еще находимся на очень раннем этапе.

Сейчас мы думаем о преимуществах и о том, как их можно распределить, но могут возникнуть и проблемы – когда разумные машины начнут создавать другие разумные машины и выйдут из-под контроля. Так, в случае ядерных

технологий мы знаем, что должны действовать на упреждение, следя за тем, чтобы инновации не принесли больше ущерба, нежели пользы.

Хотели бы вы добавить что-нибудь еще?

Я уже довольно много рассказал о том, о чем вы и не спрашивали, но позвольте еще раз озвучить мое мнение в отношении первого вопроса. Мне часто говорят: «Смотрите, публика и политики принимают решения, не глядя на фактические данные». Что ж, пускай. Но нам вовсе не обязательно делать то же самое. Фактические данные чрезвычайно важны. Наша цель – улучшить здоровье населения, и для этого нужно уменьшить неравенства в отношении здоровья, которых можно избежать. Нам нужно,

чтобы в нашем распоряжении были самые надежные фактические данные, потому что мы не хотим тратить время на действия, которые окажутся неэффективными или вредными. Когда мы видим, что политики принимают решения, которые могут быть неэффективными или вредными, то считаем необходимым высказаться по этому поводу – и именно тут нам на помощь придут хорошие информационные системы.

Ограничение ответственности: гость рубрики несет самостоятельную ответственность за мнения, выраженные в данной публикации, которые необязательно представляют решения или политику Всемирной организации здравоохранения. ■