***

1. The WHOQOL Group. The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. // Social science and medicine. – 1995. – v. 41. – Pp. 1403 - 1409.
2. Новик А.А., Ионова Т.И., Кайнд П. Концепция исследования качества жизни в медицине. - СПб, ЭЛБИ, 1999.
3. Warren M.A. On the Moral and Legal Status of Abortion // Biomedical Ethics, 5th edition, ed. T A. Mappes, D. Degrazia. New York: McGraw-Hill, 2001 - pp. 457–458.

Ушаков Е.В.**Проблема справедливости в здравоохранении: поиск идей, моделей, решений**

*Российская академия народного хозяйства и государственной службы при Президенте РФ
(Северо-западный институт управления)
(Россия, Санкт-Петербург)*

doi: 10.18411/trnio-09-2021-106

Аннотация

В статье рассматриваются текущие модели медицинской помощи с точки зрения достижения справедливости. К сожалению, эти системы организации здравоохранения далеки от совершенства. В статье делается вывод о том, что идеальная система здравоохранения в принципе невозможна по ряду причин, однако реализация более справедливого состояния медицинской помощи может быть достигнута путем создания комбинированных моделей.

Ключевые слова: организация здравоохранения, справедливость медицинской помощи, биомедицинская этика, этика организации здравоохранения, моральные проблемы современного здравоохранения.

Abstract

The article examines current models of care from an equity perspective. Unfortunately, these healthcare organization systems are far from perfect. The article concludes that an ideal health care system is, in principle, impossible for a number of reasons, and the implementation of a more equitable state of health care can be achieved by creating combined models.

Keywords: healthcare organization, equity of healthcare, biomedical ethics, healthcare organization ethics, moral problems of modern healthcare.

Одна из обязательных задач государства – обеспечение граждан медицинской помощью. Для этого государство создает ту или иную систему организации здравоохранения. При этом вопросы справедливости, равенства, доступности, а также качества медицинской помощи имеют первостепенное значение. Среди основных системных механизмов предоставления медицинской помощи можно назвать такие, как частная медицина, рынок частного медицинского страхования, обязательное медицинское страхование и государственную медицину.

Каждая из этих систем имеет свои достоинства и недостатки с социетальной точки зрения. И при этом ни одна из них не решает приемлемым образом задачу справедливого обеспечения охраны здоровья и предоставления медицинской помощи. В этой связи во всех странах мира идет поиск моделей организации здравоохранения, который во многом имеет политизированный и идеологизированный характер.

Так, либертарианцы считают свободный рынок наилучшим способом регуляции медицинской деятельности, предполагая, что этот механизм даёт максимальную свободу и самостоятельность принятия решений как системе здравоохранения, так и населению. Идею свободного рынка в медицине в высшей степени реализует система частной медицины. Государство в таких условиях лишь осуществляет общий контроль за медицинской деятельностью.

Однако свободный рынок в отношении медицинской помощи имеет массу ограничений. Здоровье и медицинская помощь резко отличаются от других видов «товаров». Пациент как участник рынка не является совершенно свободным, самостоятельным и рациональным субъектом. Это связано с множеством причин. Зачастую он просто не имеет возможности спокойно и взвешенно принимать решения (в силу особенностей своего заболевания, экстренности ситуации, психологической уязвимости и др.). Кроме того, он не может компетентно судить о качестве медицинской помощи и выбирать наилучшие варианты: здесь имеет место так называемый феномен «рынка с асимметрией информации».

И, конечно, одной из наиболее фундаментальных проблем частной медицины является ее неспособность обеспечить *всех* граждан необходимой помощью, так как доступ к ней, а также объем и качество определяются финансовыми возможностями пациента, что создает проблемы для многих уязвимых групп населения.

Одним из возможных способов несколько сбалансировать рынок медицинских услуг является механизм частного страхования. Здесь в игру вступает страховщик (страховая организация) как посредник между пациентом и медицинской системой. Достоинством этой системы является то, что здесь гражданин заранее защищен от непредвиденных медицинских расходов, а медицинское учреждение во время оказания услуг контактирует со страховщиком как надежным партнером-плательщиком (что повышает устойчивость работы медицинской системы).

К недостаткам можно отнести следующее. Приобретение медицинской страховки доступно, опять же, далеко не всем, а только материально обеспеченным людям – поэтому система частного страхования обладает общим недостатком с системой частной медицины и не может охватить всех граждан. (Эта проблема ярко выражена, например, в США).

Страховщик как участник рынка имеет собственные экономические интересы, его цели (прибыль) и цели пациента (здоровье) не совпадают. Страховщик стремится, прежде всего, к получению прибыли и будет изыскивать для этого самые разнообразные пути.

Так, страховщик не заинтересован в страховании заведомо больных людей (или лиц с высоким риском заболевания). Следствием оказывается дискриминация граждан: страховщики могут отказывать в страховании тем или иным категориям граждан (пожилым, женщинам, хронически больным, людям с избыточным весом и др.).

Со своей стороны, более здоровые граждане (или те, кто считают себя здоровыми) могут избегать приобретения страховки, так как их страховые взносы фактически идут на медицинскую помощь другим, и они могут считать это несправедливым для себя.

Напротив, люди, знающие о своих рисках, будут стремиться приобрести страховку, скрывая от страховщика свое состояние здоровья. Это может привести к такому известному в страховом бизнесе феномену, как «неблагоприятный отбор». Он состоит в том, что участниками страхового рынка становятся в первую очередь «нежелательные» для страховщика клиенты, в то время как «желательные» (материально состоятельные и с низкой вероятностью наступления страхового случая) будут избегать страхования. Это придает неустойчивость всей системе частного страхования и может привести ее к финансовому краху.

Если участие всего населения в системе медицинского страхования гарантировано государством, то это механизм *обязательного* страхования. Этим обеспечивается равный доступ людей к страхованию, но здесь же возникает ряд собственных проблем.

Прежде всего, обязательное страхование предполагает более глубокое вмешательство государства в медицинскую деятельность и в работу страховых организаций и уменьшение влияния рыночных факторов. Следствием становится ослабление стимулов для снижения расходов, повышения качества, конкурентной борьбы за потребителя медицинских услуг.

В итоге государство вынуждено вводить стандарты на цены, на объемы оказания медицинской помощи, на лекарства – следствием являются неизбежные ограничения на уровень качества медицинского обслуживания.

При обязательном страховании создается единый страховой фонд, из которого идет оплата расходов на медицинскую помощь. Здесь действует так называемый принцип «социальной солидарности»: «богатый платит за бедного, здоровый – за больного». Однако не все люди могут счесть это справедливым для себя. Фактически здесь возникает система перераспределения доходов, в которой одни категории граждан выигрывают, а другие – наоборот.

Кроме того, в зависимости от конкретных условий и правил работы страховых компаний, страховщики при обязательном страховании (как и при частном) тоже могут изыскивать всевозможные пути для реализации собственных интересов – т.е. для «экономии» на пациентах и перераспределения страховых денежных средств в свою пользу, что тоже не способствует справедливому обеспечению пациентов медицинской помощью.

Казалось бы, система здравоохранения, обеспечивающая всех бесплатной помощью и полностью контролируемая государством, должна быть самой справедливой системой. В ней отсутствует рыночный механизм с его побочными эффектами, имеется всеобщий и равный доступ населения к медицинским благам, гарантированы права граждан на охрану здоровья и медицинскую помощь. Однако и здесь возникают свои недостатки, среди которых можно назвать следующие.

Прежде всего, надо понимать, что бесплатная медицина хоть и выглядит как некое несомненное социальное благо, на самом деле означает лишь особый механизм финансирования медицинской помощи. Бесплатного ничего не бывает – просто в данном случае платит не сам больной, а государственно-бюрократические структуры (фонды, бюджеты) на взимаемые с населения налоги.

Полностью государственное обеспечение означает установление единого для всех уровня обслуживания, а с учетом необходимости контролировать издержки это ведет к повсеместным ограничениям на объемы, цены, качество медицинской помощи. Это может быть выгодно для малоимущих пациентов. Но если государственная система не предоставляет никаких дополнительных вариантов в виде частных услуг, это ущемляет интересы состоятельных граждан, которые способны и хотят оплачивать более высокое качество и более дорогие виды помощи. Возникает «уравниловка», которую не могут признать справедливой все слои общества.

Для бесплатных медицинских учреждений характерны длинные очереди больных и другие издержки массового обслуживания. В итоге многие пациенты будут стремиться улучшить медицинское обслуживание лично для себя, обращаясь к врачу «по знакомству», платя медработникам деньги или даря подарки. Этим они стремятся сократить время ожидания, улучшить отношение к себе медицинских работников, получить более качественную помощь, добиться более комфортных условий и т.п. Тем самым создаются предпосылки для коррупции медработников и развития теневого бизнеса в государственной системе.

Наличие общедоступной бесплатной медицинской помощи приводит к тому, что у многих групп населения провоцируется менее ответственное отношение к своему здоровью. Там, где «за все платит государство», многие люди будут склонны вести нездоровый образ жизни, легкомысленно относиться к своему здоровью.

Еще стоит отметить, что полное обеспечение медицинской помощью за счет государства порождает новые формы социального неравенства: больший доступ к более качественной помощи получают чиновники и политики, в зависимости от своего места в государственно-бюрократической иерархии. Они же имеют и возможности узаконить это положение дел. Это порождает целую систему специфических привилегий и льгот. Появляются всевозможные спецбольницы, закрытые медучреждения для элиты и т.п.

Иными словами, аналогом более дорогих услуг для богатых людей в частной медицине становятся более привилегированные виды медицинской помощи «для избранных» в государственной медицине.

Проблемами справедливости в здравоохранении сегодня занимается масса теоретиков и практиков: в их числе Н. Дэниелс, М. Нуссбаум, Дж. Ролз, А. Сен и многие другие.

Так, Норман Дэниелс, автор известной работы «Справедливое здравоохранение», пришел к выводу, что принципы справедливости требуют прежде всего исправлять социальные неравенства общества, которые являются главной причиной нездоровья [1]. Кстати, один из докладов ВОЗ (2009) тоже посвящен влиянию социальных факторов на здоровье людей и проблеме социальной несправедливости, которая, как утверждается в нем, «убивает людей в массовых масштабах» [2]. Таким образом, у Н. Дэниелса здоровье людей стало не условием для достижения большей социальной справедливости, а, наоборот, следствием социальных условий.

По нашему мнению, совершенная система здравоохранения и не может быть создана, так как этому препятствует плюрализм ценностей, образов и уровней жизни, идеологические разногласия и т. п. Приход глобального неолиберализма в медицинскую сферу роковым образом сказался на общественном здоровье.

В любом случае, создание более справедливой системы здравоохранения, с нашей точки зрения, возможно только на пути создания смешанных моделей, рационально комбинирующих элементы рынка и государственного обеспечения медицинской помощью. «Чистые» формы организации здравоохранения показали свою несправедливость и нерезультативность. Однако проектирование новых, смешанных моделей, способных эффективно функционировать — видимо, дело новых длительных экспериментов и социальных инноваций.

***

1. Daniels N. Just Health. Cambridge University Press, 2007.
2. Ликвидировать разрыв в течение жизни одного поколения. Соблюдение принципа справедливости в здравоохранении путем воздействия на социальные детерминанты здоровья. – ВОЗ / М., 2009.

Ушаков Е.В.

Этика нанотехнологий: новое проблемное поле исследований и обсуждений

*Российская академия народного хозяйства и государственной службы при Президенте РФ
(Северо-западный институт управления)
(Россия, Санкт-Петербург)*

doi: 10.18411/trnio-09-2021-107

Аннотация

В статье рассматривается ряд моральных проблем, связанных с продвижением нанотехнологической отрасли. Обсуждаются такие проблемы, как техническая безопасность и контроль риска нанотехнологий, экологическая безопасность, справедливость и доступ к благам, информационная безопасность. Делается вывод о необходимости участия как специалистов, так и широкой общественности для обсуждения этих проблем и введения надлежащих регуляторных мер.

Ключевые слова: этика, нанотехнологии, технологические риски, моральные проблемы технологического развития, инженерно-техническая этика.

Abstract

The article discusses a number of moral issues associated with the advancement of the nanotechnology industry. Problems such as technical safety and risk control of nanotechnologies, environmental safety, fairness and access to benefits, information security are considered. It is concluded that the participation of specialists and the public is necessary to discuss these problems and introduce appropriate regulatory measures.

Keywords: ethics, nanotechnology, technological risks, moral problems of technological development, engineering ethics.