Гёделя, А. Чёрча, А. Тарского. Любопытно, что в ряду этих результатов широкой публике менее известен результат, следующей из теоремы полноты К. Гёделя – теорема о существовании неизоморфных моделей. Ее можно рассматривать как математико-логический аналог тезиса об отсутствии однозначной связи теории и реальности.

Социогуманитарные науки в XX и XXI веках демонстрируют отказ от познавательных идеалов естествознания и ведут поиск подходов, учитывающих влияние самого исследователя на изучаемые предметы, обнаруживая плюрализм и политеоретичность социогуманитарного знания (то есть тоже характеризуются чертами неклассической рациональности).

Итак, главная черта неклассической науки – это усложнение представлений о мире, обществе, а также о познавательных возможностях. Неклассическая мысль исходит из допущения вероятностных, дискретных, парадоксальных явлений, неустранимого присутствия субъекта в изучаемых процессах, отсутствия прямой связи теории и реальности, возможности сосуществования альтернативных концепций.

Более того, к концу XX века стал заметен новый феномен в научном познании – становление нового типа рациональности, который можно назвать постнеклассическим. Это понятие было предложено в работах видного отечественного философа В.В. Стёпина. [3] Формирование этого типа рациональности во многом было связано с бурным развитием синергетики во второй половине XX столетия.

С нашей точки зрения, постнеклассическая рациональность характеризуется тем, что она признает ограниченность научного познания и сверхсложность окружающей реальности. Мы в некотором смысле располагаем лишь грубыми теоретическими моделями, недостаточно адекватно отражающими высокий уровень спонтанности и самоорганизации мировых процессов.

Кроме того, постнеклассическая рациональность требует учета ценностных параметров мира, так как даже малые вмешательства в сверхсложные системы могут вести к катастрофам и разрушению сложившихся состояний и систем. В этой связи возникает необходимость в тщательном планировании фундаментальных и прикладных проектов, включающих участие общественности и гуманитарные экспертизы.

Приход новых концептуальных ориентиров не отменяет действенности прежних. В определенных ситуациях могут продолжать доминировать классические установки, (Например, для описания механических свойств макрообъектов по-прежнему используется классическая механика). Но куда в целом движется сегодня научный рационализм, какие в нем преобладают процессы и тенденции, к какому типу рациональности он придет – все это остается открытым вопросом.

1. Кузнецов Б.Г. История философии для физиков и математиков. - М., 1974.
2. Гудмен Н. Способы создания миров. – М.: «Идея-пресс», «Праксис», 2001.
3. Стёпин В.С. Теоретическое знание. – М.: Прогресс-Традиция, 2000.

Ушаков Е.В.

Этические основания общественного здравоохранения: ценности науки и практики обеспечения здоровья общества

*Российская академия народного хозяйства и государственной службы при Президенте Российской Федерации (Северо-Западный институт управления РАНХиГС)
(Россия, Санкт-Петербург)*

doi: 10.18411/trnio-11-2021-221

Аннотация

В статье рассматривается проблема моральных основ общественного здоровья. Это поле исследований оказалось вызовом для биомедицинской этики. Этика общественного здравоохранения сталкивается со многими трудностями. Существующие концепции Public

Health недостаточно раскрывают смысл данного направления деятельности. В статье делается вывод о том, что для развития общественного здравоохранения необходимы участие граждан, их вовлечение в программы Public Health.

Ключевые слова: общественное здравоохранение, биомедицинская этика, биоэтика, охрана здоровья граждан, этические проблемы здравоохранения.

Abstract

The article deals with the problem of the moral foundations of public health. This discipline proved to be a challenge for biomedical ethics. Public health ethics faces many challenges. The existing concepts of Public Health do not sufficiently reveal the meaning of this area of activity. The article concludes that the development of public health requires the participation of citizens, their involvement in Public Health programs.

Keywords: Public Health, biomedical ethics, bioethics, protection of citizens' health, ethical problems of health.

Общественное здравоохранение (Public Health) как отдельное направление возникло в 19 веке. Первые задачи общественного здравоохранения были связаны с необходимостью решения ряда социальных проблем охраны труда, городского благоустройства, водоснабжения и т.п. Германия, Великобритания, а также Россия (институт земской медицины) были новаторами в этой области.

На современном этапе общественное здравоохранение – это широкая совокупность исследований и практик. Однако этические основания Public Health остаются слабо разработанными, что особенно проблемно в свете новой пандемии. Этика общественного здравоохранения как отдельная отрасль стала развиваться лишь к концу 1990-х годов. Одними из первых авторов, указавших на необходимость создания нового поля дискуссий и исследований, были Т. Бичамп и Дж. Чилдрес. Они отметили в своих работах, что общепризнанные принципы биомедицинской этики недостаточно подходят к решению проблем общественного здоровья.

Отличия общественного здравоохранения от клинической медицины состоят в следующем.

Практики общественного здравоохранения направлены прежде всего на предотвращение заболеваемости, травматизма, преждевременной смертности. Public health – это в первую очередь профилактика. В отличие от клинической медицины, которая нацелена на помощь нуждающемуся больному, общественное здоровье занимается в основном вмешательствами в образ жизни здоровых людей.

Общественное здравоохранение предполагает совокупность мер административного характера – например, издание законов в области безопасности движения, вакцинации, профилактики курения и т.п.

В отличие от медицинской помощи, которая может обеспечиваться в виде платных услуг, общественное здравоохранение тесно связано с государственной системой управления. Третий сектор, конечно, тоже играет важную роль в формировании инициатив общественного здоровья, однако основная нагрузка лежит на государственной системе. Это было хорошо показано в работах М. Фуко, хотя с негативной стороны.

Британский эпидемиолог Джеффри Роуз выдвинул тезис (парадокс), заключающийся в том, что деятельность общественного здравоохранения не влечет пользу для конкретных индивидов (1981). Профилактические мероприятия снижают уровень угроз для общества в целом, однако непосредственную пользу от этих мероприятий получают только группы повышенного риска, в то время как большинство населения не имеет никакой выгоды от профилактики [1].

Отметим также, что меры общественного здоровья иногда бывают обязательными, даже принудительными для граждан, что не очень согласуется с концепцией прав и свобод граждан. Соблюдение законов в области экологии, санитарной гигиены, безопасности

движения, вредных производств и т.п. уже в XIX в. носили принудительный характер – в первую очередь в отношении бедных слоев общества.

Начиная с 1990-х годов, возникшая эпидемия ВИЧ заставила общество задуматься о новых вызовах, создаваемых для общественного здоровья. Например, появились такие дискуссионные темы, как мониторинг уязвимых групп, выявление контактов ВИЧ-инфицированных, обязательное обследование на ВИЧ-носительство и т.п.

Одна из наиболее острых проблем общественного здравоохранения, возникающая в практическом русле, состоит в том, что при коллективных действиях могут существенно затрагиваться права и свободы человека. Иными словами, ценности общественной пользы могут входить в противоречие с правами и интересами отдельной личности.

Традиционная биомедицинская этика меньше занималась политическим и институциональным контекстом, влияющим на здоровье общества, а также детерминантами здоровья. Этика общественного здравоохранения придает этому первостепенное значение.

Биомедицинская этика как отдельное направление сформировалась в известном смысле в форме противостояния врачебному патернализму. Одной из главных задач биоэтики было развитие нового типа отношений врач – пациент, в котором была бы надежно защищена автономия больного, его право на свободный выбор и самоопределения. Общественное здравоохранение представляет собой некоторым образом возврат к патернализму.

Задача создания морального базиса общественного здоровья является сложной – особенно в свете той огромной роли, которую играют в индустриальных странах индивидуалистические ценности (свободный рынок, либерализм). Традиционная биомедицинская этика была ориентирована как раз на защиту этих ценностных оснований, поэтому проблема развития этики общественного здравоохранения оказалась серьезной проблемой – в некотором смысле, вызовом для уже сложившегося подхода.

Следует отметить, что общественное здравоохранение с самого начала своей деятельности было тесно сопряжено с концепцией утилитаризма. Так, известный британский общественный деятель XIX века Э. Чедвик (1800-1890), развивавший мероприятия государственного здравоохранения и социальной гигиены, был учеником И. Бентама – основоположника философии утилитаризма.

Утилитаризм, коммунитаризм, деонтологическая этика, этика добродетелей (восходящая к Аристотелю) – подходы в этике общественного здравоохранения, каждый из которых вносит свой вклад в формирование моральных оснований этого направления. Следует отметить, что мероприятия общественного здравоохранения могут быть действительно эффективными лишь тогда, когда граждане будут активно в них участвовать.

Отдельной задачей этики Public Health является развитие собственных исследований (прежде всего в области моральных проблем эпидемиологии). Это становится все более актуальным в связи с накоплением больших массивов информации о популяциях и индивидах.

Несмотря на то, что общепризнанных ориентиров для этики общественного здравоохранения все еще не выработано, имеется ряд теоретических моделей, которые часто цитируются в биоэтической литературе.

Приведем для примера следующие два подхода. Н. Касс в 2001 году предложила краткую схему морального анализа программ Public Health. Эта схема может также применяться для оценки исследовательских проектов в сфере общественного здравоохранения. Данная модель состоит из 6 вопросов [2].

1. В чем состоят цели данной программы в отношении здоровья общества?
2. Является ли данная программа эффективной в достижении этих целей?
3. Каковы издержки программы?
4. Существуют ли альтернативы у программы?
5. Насколько справедлива данная программа?
6. Могут ли быть сбалансированы издержки и выгоды программы?

Еще один комплекс моральных принципов общественного здравоохранения был предложен в 2002 г. Дж. Чилдресом и соавторами. К этим основоположениям относятся следующие.

1. Достижение благ
2. Избегание причинения вреда
3. Стремление к максимально возможному равновесию благ и издержек
4. Справедливое распределение благ и издержек (т.н. дистрибутивная справедливость) [3].

С нашей точки зрения, реализация программ общественного здравоохранения возможна только при сознательном участии граждан, при их вовлечении в программы и процессы данного вида деятельности. Примеры активного участия граждан имеются в Канаде, Франции, Германии. Социальная солидарность, социальная ответственность, делиберативная демократия – базисные ценности общественного здравоохранения. Тем более, что в свете новых пандемических угроз это становится все более насущной задачей.

Широкое участие общественности становится общепризнанным, основополагающим принципом этики общественного здравоохранения. Мероприятия по охране здоровья в решающей мере зависят от выбора самого общества, в том числе в связи с законодательными решениями (например, решениями по установлению допустимых пределов рисков).

Принятие таких решений должно проходить в условиях демократического процесса на базе соблюдения всех требований современной демократии (участие заинтересованных сторон, открытая дискуссия, равноправие, аргументированность, опора на надежные свидетельства и т.п.).

1. Rose G. Strategy of prevention: lessons from cardiovascular disease// Br Med J, 1981; 282: pp. 1847-51.
2. Kass N. An Ethics Framework for Public Health // American Journal of Public Health, 2001. № 91. P. 1776—1782.
3. Public health ethics: Mapping the terrain / J. F. Childress [et al.] // J. Law Med. Ethics. 2002. № 30. P. 170—178.