К.Э. Яновский
к.э.н., Шомронский центр изучения экономической политики (Израиль)

ИЗЛЕЧЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ: ИСТОРИЧЕСКИЙ ОПЫТ СТАРЫХ ДЕМОКРАТИЙ И УРОКИ ДЛЯ РОССИИ[1]

Аннотация. Вопреки распространённым заблуждениям, государственное здравоохранение не является первым массовым в истории. Оно не связано с основными прорывами в снижении смертности и в увеличении продолжительности жизни. Гарантии прав собственности и собственника, приведшие к современному экономическому росту и научно-техническому прогрессу сыграли куда более важную роль в здравоохранении. Растущие быстрее, чем экономика в целом, государственные расходы и их невысокая эффективность ставят под вопрос даже сам знак влияния этих расходов на состояние здоровья граждан. Попытки государства защитить потребителя лекарств приводят к росту издержек, вероятно, перевешивающему прирост общественной пользы. Кроме того, наибольшую обеспокоенность общества и экспертов должна вызывать даже не низкая эффективность государственного здравоохранения, а связанные с государственным контролем этические проблемы и слабеющие ограничения власти политиков и неизбираемых чиновников над жизнью граждан в ситуации, когда чиновники облечены полномочиями решать за и вместо пациента.

Ключевые слова: *богатство и здоровье, человеческий капитал, потери от регулирования, частное здравоохранение, государственное здравоохранение.*

JEL: D72, D73, D78, I13, I15, I18

УДК: 338.465

DOI: 10.52342/2587-7666VTE_2023_4_22_40

© К.Э. Яновский, 2023
© ФГБУН Институт экономики РАН «Вопросы теоретической экономики», 2023

ДЛЯ ЦИТИРОВАНИЯ: *Яновский К.Э.* Излечение здравоохранения: исторический опыт старых демократий и уроки для России // Вопросы теоретической экономики. 2023. № 4. С. 22–40. DOI: 10.52342/2587-7666VTE_2023_4_22_40.

FOR CITATION: *Yanovskiy K.* The Health Cure: Historical Experience of Old Democracy and Lessons for Russia // Voprosy teoreticheskoy ekonomiki. 2023. No. 4. Pp. 22–40. DOI: 10.52342/2587-7666VTE_2023_4_22_40.

[1] Мнение части членов редколлегии может не совпадать с мнениями авторов работ, публикуемых журналом «Вопросы теоретической экономики».

Первая в мире система общедоступной медицинской помощи была создана в охваченной эпидемиями, воюющей и голодной России силами чрезвычайных санитарных комиссий права, которых мало чем отличались от ЧК[2].
Е.Гонтмахер, А.Уралец, Н.Прохоренко

Введение — зачем повторять то, что уже известно?

Разумеется, первые в мире системы общедоступной медицинской помощи пристойного качества были созданы задолго до чрезвычайных комиссий в тифозной России. Столь сильное утверждение уважаемых коллег, специализирующихся в вопросах экономики здравоохранения и смежных с ними образования и социального обеспечения, только подчёркивает актуальность уроков истории.

Значение этих уроков далеко не исчерпывается необходимостью сбалансировать апологетику «самовластья и прелести кнута», как писал Пушкин в своей эпиграмме на «Историю» Карамзина. Опыт систем здравоохранения развитых стран настоящего и прошлого полезен и для предупреждения от ошибок, ставших стандартными, и для изучения действительно бесспорно эффективного опыта.

Современный кризис системы здравоохранения и попытки его устранить в условиях ужесточающихся бюджетных ограничений простым сокращением числа действующих медицинских объектов является и вызовом, и возможностью сделать правильный выбор. Есть соблазн постараться принудить «доброго царя» вновь нарастить расходы и вернуться к идеализируемой многими системе, которая всегда была плохой. Да, многие из нас помнят врачей советского периода — блестящих специалистов, спасавших пациентов в операционной. К сожалению, значительная часть этих пациентов рутинно умирала потом — после операции, от никуда не годного ухода и антисанитарии.

Восприятие социального государства как венца творения и его развития (чего-то вроде гегелевского «всемирного духа») или просто как единственного варианта для организации общедоступного здравоохранения не соответствует историческим фактам. Главное же, это восприятие, превратившись в стереотип, препятствует содержательной дискуссии о том, как наилучшим образом обеспечить доступность услуг здравоохранения большинству граждан. Задача этой статьи — напомнить о хорошо апробированных рецептах решения проблемы в прошлом, равно как и о причинах отказа от них в середине XX в.

Как люди стали реже болеть и дольше жить

В статье о провалах государства и государственного здравоохранения во время кризиса последней пандемии (COVID-19) подробно разбирался механизм успехов здравоохранения последних полутора столетий [*Яновский*, 2022]. Нет разумных сомнений в том, что здоровье укреплялось, а продолжительность жизни росла после промышленного переворота в результате беспрецедентного экономического роста, роста доходов домохозяйств и общества в целом [*Pritchett, Summers*, 1996; *Acemoglu, Johnson, Robinson*, 2003; *Costa*, 2015].

Ограничение власти государства, резкое сокращение вплоть до исчезновения возможностей у элиты силой выкачивать ресурсы у наиболее успешных производителей

[2] VTimes (выполняет функции иностранного агента). https://web.archive.org/web/20201115003529/https://www.vtimes.io/2020/11/11/pochemu-aziya-spravilas-s-kovidom-a-evropa-ssha-i-rossiya-net-a1408 (дата обращения: 18.09.2023).

создало стимулы к инвестициям в самих себя и в своих детей. Создало стимулы добиваться успехов и ощущение, что «твоя жизнь зависит от твоих усилий». Простое желание жить превратилось в желание жить лучше и дольше, чтобы добиться ещё большего. Появились новые возможности заботиться о здоровье и образовании детей. На этой основе появился и начал расти массовый спрос на качественные медицинские услуги и, соответственно, на медицинские исследования.

Уважение прав собственника и собственности создали оптимальные условия роста также и для гражданской инициативы. Применительно к медицине это выразилось в росте числа благотворительных медицинских учреждений и программ, а также массового некоммерческого медицинского страхования, конкурировавшего с коммерческим. Разбогатевшее общество стало решать проблемы общественной гигиены, особенно острые в растущих городах. Со второй половины XIX в. быстро строились сети водоснабжения и канализации [*Acemoglu, Johnson, Robinson*, 2003]. Наконец, научный анализ иммунитета и обоснование вакцинации способствовали тому, что такие меры стали массовыми и резко снизили распространение болезней, ранее выкашивавших десятки миллионов. Прогресс в химии, биологии (в странах англо-саксонской традиции он был никак не связан с государством) в сочетании со свободой экономики и конкуренции способствовал выходу на рынок лекарств, резко снизивших смертность среди тех, кто всё же заболевал и/или получал ранения и увечья.

До тех пор, пока основные решения в экономике принимаются частными лицами в своих интересах и при этом принимающих основные риски на себя, а не на других, равно как и пожинающих плоды своих успехов, не уступая львиную долю другим под влиянием государственных угроз применения силы, до тех пор продолжится и современный экономический рост на здоровой основе и, соответственно, прогресс в здравоохранении, росте продолжительности жизни и сокращении смертности от определённых болезней. Причём без всякой заботы правительства.

Большинство достижений, ассоциирующихся ныне с государственной деятельностью — военной медицины, санитарии и вакцинации — достигались без помощи государства, а иногда и при его сопротивлении. Так, частное лицо — Флоренс Найтингел (Florence Nightingale) заставила британских военных отказаться от содержания полевых госпиталей под одной крышей с конюшнями и обеспечить в полевых госпиталях максимально достижимый на момент Крымской войны уровень санитарии, что резко снизило смертность среди раненых [*Sheingold, Hahn*, 2014]. Военные медики-добровольцы, работавшие во Франции с 1914 г., стали одной из основ американской медицинской службы после вступления США в войну [*Gregory*, 2018]. Разработка современных вакцин связана с именами Пастера, Мечникова и Хавкина — основателя и сотрудников частного института Пастера в Париже[3].

Впрочем, на Севере Европы падение смертности происходило в ту эпоху также быстро при высокой степени огосударствления медицины (госпиталей, прежде всего). Это дополнительно подчёркивает значение роста благосостояния как главного фактора прогресса здравоохранения.

До середины XX в. во многих развитых странах основные услуги здравоохранения предоставлялись частными врачами и госпиталями и оплачивались коммерческими или некоммерческими страховыми организациями, нередко — благотворительными фондами либо напрямую пациентами. До огосударствления частное медицинское страхование во многих передовых странах охватывало большинство населения в то время, как благотворительные структуры обеспечивали «страховку» наиболее нуждающимся.

---

[3] Institute Pasteur. https://www.pasteur.fr/en/institut-pasteur/history (access date: 18.09.2023).

Заметим, что развёртывание сети коммерческих страховых организаций даже с учётом длительного времени на строительство репутаций намного проще, чем развёртывание массового некоммерческого страхования, которое на первых же этапах требует значительного запаса взаимного доверия и достаточного уровня гражданской квалификации [*Green*, 1993].

В тех странах, где последние века доминировали государственные источники оплаты медицинских услуг (как в Скандинавских странах), исторически такое положение было обусловлено встроенностью государственной церкви в систему исполнительной власти[4] (см., например: [*Wetterberg*, 2012]). Определённой границы между государственными церквями и частной благотворительностью во время становления системы здравоохранения в той же Швеции не существовало. Как, впрочем, не было её до конца XVIII — начала XIX вв. и в Англии, и в Северной Америке. Но в Англии и в особенности в США частная некоммерческая инициатива развивалась быстрее. В Англии она отделилась от государственной церкви, а в США при острой конкуренции конфессий религиозная благотворительность и иные некоммерческие инициативы имели мало шансов и, соответственно, испытывали куда меньший соблазн припасть к кошельку налогоплательщика (см. обзор по истории благотворительности: [*Яновский*, 2019]). Иными словами, доминирование государства в здравоохранении в шведской модели отражает недостатки в развитии гражданского общества. Поэтому такая модель лучше может послужить как образец избегания повторения, а не как образец для подражания.

Итак, главной причиной переворота в здравоохранении стал экономический рост, основанный на росте личного благосостояния практически всего населения. Он, в свою очередь, был обусловлен тем, что в ряде стран утвердились гарантии личных прав и свобод, соответственно и частной собственности. Люди стали лучше зарабатывать, жить в тепле и сытости, питание стало более сбалансированным и здоровым, кардинально улучшились условия личной гигиены. Наконец, растущее большинство семей смогло позволить себе более или менее регулярно оплачивать услуги врача.

Здоровье населения — дело государственное…

Кому и зачем понадобилось государственное решение?

Система некоммерческого страхования на случай болезни, действовавшая в Англии наряду с благотворительной (лучше всего сохранившейся в США) и обычной коммерческой медициной, описана, в частности, в книге английского историка Д. Грина «Возвращение в гражданское общество» [*Green*, 1993]. Следует заметить, что проводивший в 1911 г. социальную реформу министр внутренних дел Великобритании (Home Secretary) У. Черчилль не был должным образом знаком с этой системой. Он не пользовался её услугами. Был уверен, что небогатые люди пребывают в небрежении и власти «должны срочно что-то сделать», например, перенять «прогрессивный» германский опыт. Важную роль сыграли и лоббистские усилия сообщества врачей, недовольных «диктатом» организованных потребителей из некоммерческих страховых организаций рабочих [*Green*, 1993. P. 81] и отчасти коммерческих страховщиков [*Gilbert*, 1965].

Показатели снижения смертности в выборке развитых стран мало зависят от «изначального» доминирования государственной медицины или, напротив, частной, от смены частной на государственную (рис. 1–7 и дополнительная статистика по большей выборке[5]).

---

[4] К примеру, Церковь Швеции. Svenska kyrkan. https://www.svenskakyrkan.se/church-and-state (access date: 18.09.2023)

[5] *Yanovskiy M.K.* (2023). Governmental Control in Healthcare and Dynamics of Mortality in selected countries. ResearchGate. https://www.researchgate.net/publication/372336161_Governmental_Control_in_Healthcare_and_Dynamics_of_Mortality_in_selected_countries?channel=doi&linkId=64b01285c41fb852dd6ef173&showFulltext=true (access date: 18.08.2023).

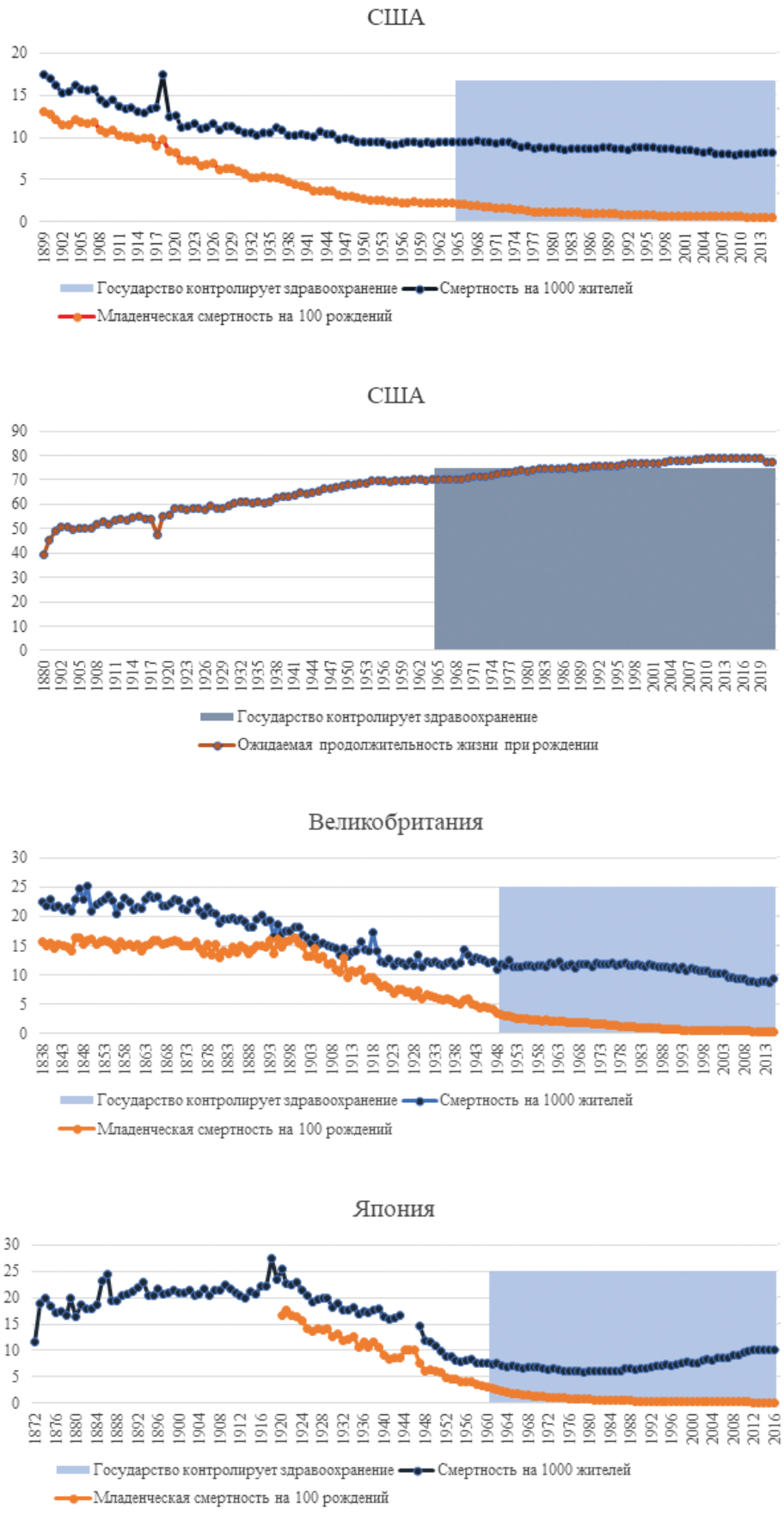


Рис. 1–4

Источники: [*Mitchell*, 2007a, *Mitchell* 2007b, *Mitchell*, 2007c], World Band World Development Indicators. https://databank.worldbank.org/source/world-development-indicators; https://ourworldindata.org/life-expectancy (access date: 18.08.2023).

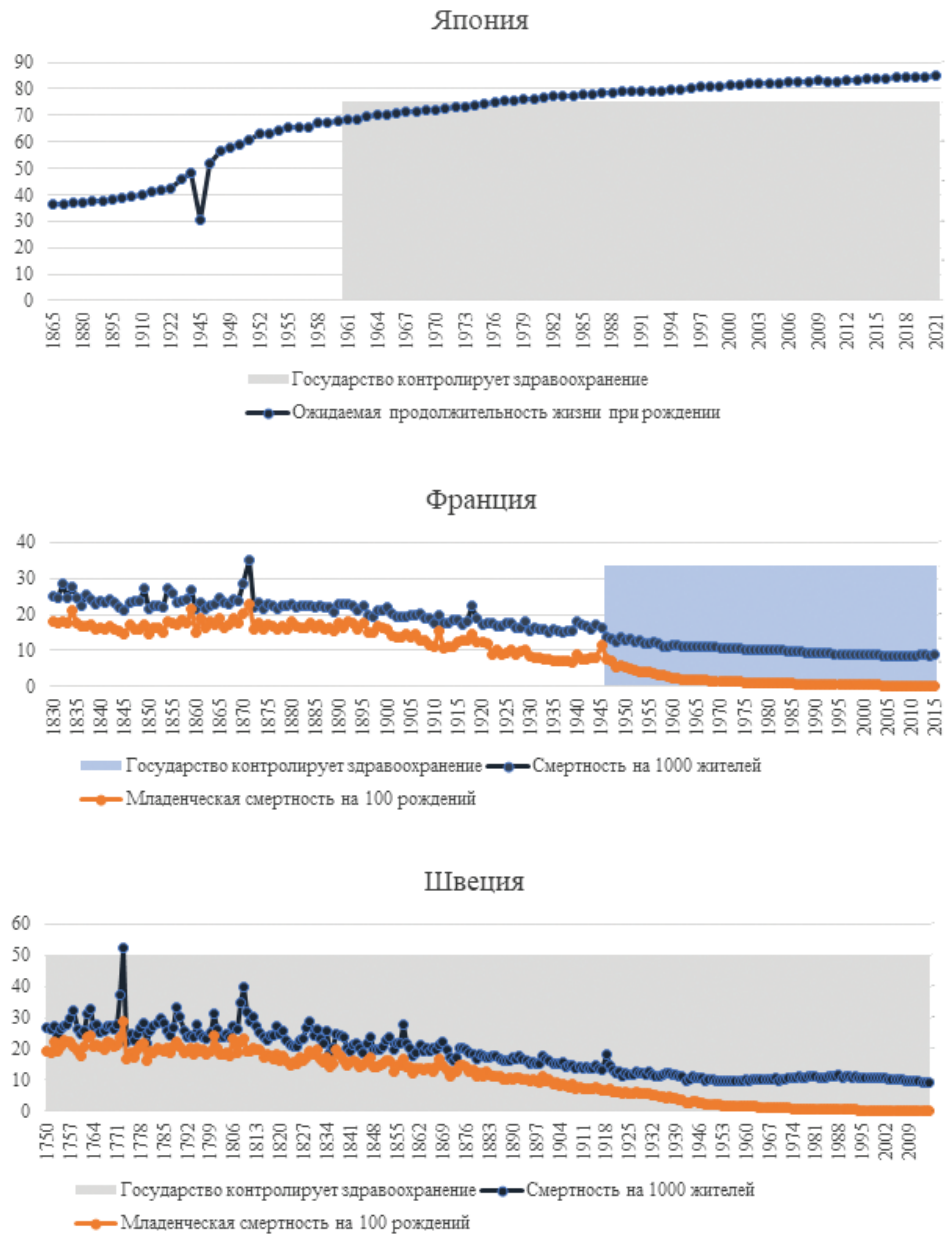


Рис. 5–7. Источники: [*Mitchell*, 2007a, *Mitchell* 2007b, *Mitchell*, 2007c], World Band World Development Indicators. https://databank.worldbank.org/source/world-development-indicators; https://ourworldindata.org/life-expectancy (access date: 18.08.2023).

Ни в одной из стран, где в разное время — в основном в середине XX в. — государство установило ту или иную форму контроля над здравоохранением (США, Великобритания, Франция, Бельгия, Австралия, Израиль), вмешательство государства не было обусловлено кризисом частной системы. Нигде оно, как показывают рис. 1–7, не привело к статистически заметному улучшению положения.

Несомненно то, что везде после установления государственного контроля наблюдался опережающий рост расходов на медицину и расширение полномочий неизбираемых структур государственной (исполнительной) власти по сравнению с темпами экономического роста. Уровень расходов на здравоохранение в старых демократиях достигает 9–17% ВВП [*Ehrlich, Yin*, 2013], причём только государственные расходы обычно составляют от 7 до 11% ВВП.

Среди проблем, затрудняющих контроль над ростом расходов, выделим интерес части политиков, опирающихся на голоса зависимых от бюджета граждан [*Yanovskiy, Zhavoronkov*,

2018], а также последствия растущей автономии (если уже не независимости) чиновников от избираемых политиков на Западе [*Sanders*, 2004. Pp. 337–338]. Заинтересованность чиновников от медицины в экспансии полномочий [*Jasay* 1985] и расходов [*Tullock*, 1965; *Niskanen* 1971, *Mises*, 1944] приводит к пугающим (в буквальном смысле) последствиям. Речь идет о страхе пожилых людей попасть в последние месяцы жизни во власть государственной системы здравоохранения [*Ameriks, Caplin, Laufer, Vannieuwerburgh*, 2011].

Невозможность безграничного наращивания расходов приводит раньше или позднее к необходимости селекции пациентов не только в чрезвычайных ситуациях (triage), но и в ходе рутинных процедур. Кому-то — Четвёртое главное управление Минздрава СССР или VIP обслуживание NHS[6] (Великобритания). Кому-то — выписка домой с пожеланием успехов.

В ведущих державах мира установление государственного контроля над здравоохранением происходило не как реакция на проблему, а именно после того, как драматически падала смертность взрослых и детей до уровней, уже сопоставимых с современными. В дальнейшем колоссальные дополнительные ресурсы, отнятые у домохозяйств и общества, дают заметную, но достаточно скромную дополнительную отдачу. Экономист не имеет права забывать про свою обязанность сравнивать эту отдачу для состояния здоровья людей с отдачей от изъятого благосостояния у домохозяйств, а также инвестиционных ресурсов у фирм.

Защита потребителя от недоброкачественных лекарств

Выдача разрешений на продажу новых лекарств кажется сегодня многим наиболее очевидным и естественным приложением сил государственных экспертов. Мировой лидер этих усилий в крупнейшем центре производства новых лекарств и на крупнейшем рынке их потребления — Управление по надзору за качеством пищевых продуктов и медикаментов США (Food and Drug Administration (FDA)). Полезно, напомнить, что до 1938 г. эта администрация не занималась ничем, кроме выборочных проверок соответствия информации, предоставляемой потребителю по реальному составу лекарственных средств. Лишь с 1962 г. FDA получила полномочия не выпускать лекарства на рынок без проверки.

Вполне ожидаемо, что в результате резко отодвинулись сроки выхода новых лекарств на рынок. Выдерживать 8-10-12 лет до получения разрешений [*Philipson, Sun*, 2008] смогли только очень крупные фирмы, остальные вынуждены были сократить или вовсе оставить самостоятельные разработки новых лекарств. В результате из отрасли ушла большая часть малых и средних фирм, которым тяжело выжить в течение столь длительного периода неопределённости и с омертвлёнными в ожидании решения FDA финансовыми средствами. Выход на рынок новых лекарств заметно сократился [*Peltzman*, 1973], а конкуренция ослабла.

В результате появился заметный ущерб, замеряемый в потерянных жизнях от отложенного выхода лекарств на рынок. Доказанного позитивного эффекта от предотвращения выхода недоброкачественных лекарств, по всей видимости, недостаточно для компенсации этих потерь [*Gieringer*, 1985; *Peltzman*, 1987][7].

У фармацевтических фирм появился стимул инвестировать в лекарства, ненадолго продляющие жизнь терминально больным, вместо излечивающих и ставящих на ноги надолго лекарств. Цикл проверки первых получается намного короче и почти не возникают проблемы с регистрацией побочных эффектов [*Moore, Zhang, Anderson, Alexander,* 2018]. Израильский

---

[6] EXPRESS. https://web.archive.org/web/20150901075948/https://www.express.co.uk/news/uk/601891/Politicians-MP-NHS-London-St-Thomas-Hospital-VIP-Patients-Association-Katherine-Murphy (access date: 18.08.2023).

[7] «Доказанный позитивный эффект» — странное утверждение автора. FDA получило право на запрет для новых лекарств после трагедии с применением талидомида, вследствие которой в богатых странах в течение 1958–1962 гг. по разным подсчётам родилось от 8 000 до 12 000 детей с врождёнными уродствами (Википедия. https://ru.wikipedia.org/wiki/Талидомид). Отсутствие повторения таких трагедий можно считать вполне «доказанным позитивным эффектом». *Прим. ред.*

юрист Амир Купер[8] обратил внимание на указанный вывод, к которому Мур с коллегами так и не приходят (или обходят его), но который кажется действительно очевидным.

В США и многих других развитых странах рынок лекарств искажён регулированием настолько, что возникла (затрагивающая, к счастью, пока меньшинство пациентов) проблема дефицита лекарств [Там же]. Роберт и Корин Соеры [*Sauer, Sauer*, 2007] напоминают, что процесс проверки в FDA «съедает» до половины времени, в течение которого действует патентная защита. То есть на то, чтобы окупить лекарство, фирме-инноватору остаётся лет десять из обычных двадцати. Следует добавить, что само по себе разрешение FDA на продажу нового лекарства вовсе не гарантирует фирму от судебных исков [*Gibbs, Mackler*, 1987]. Хуже того, выявленные в ходе многолетних испытаний проблемы и побочные эффекты, равно как и оговорки экспертов, предусмотрительно снимающих с себя ответственность, нередко используются в судах для получения многомиллионных компенсаций от фармацевтических фирм.

Во время последней пандемии 2020–2022 гг. выяснилось, что при наличии политической воли, чиновники FDA могут выдавать разрешение на использование экспериментальной вакцины без наличия информации о побочных эффектах менее, чем за год, оговаривая этот факт мельком, во избежание ответственности в будущем[9]. Причём по известной при социализме практике разрешённое использование быстро превращается в обязательное [*Yanovskiy, Socol*, 2021. Section IV.5]. Отметим, что этот прецедент при всех рисках для репутации FDA резко расширил фактические полномочия ведомства.

Стоит отметить, что распространённые подозрения крупных фармацевтических компаний, выигравших от продажи вакцин, в подкупе чиновников или ином варианте захвата контроля над ними, кажутся совершенно необоснованными в свете бессилия тех же компаний десятилетиями решить приведённые выше тяжелейшие проблемы[10].

Также полезно напомнить о сочетании колоссальных ресурсов федеральных ведомств США (таких как National Institutes of Health), распределяющих гранты на медицинские исследования каждый год на суммы много большие, чем рекордная прибыль Pfizer в 2021 г.[11], с огромной властью, от которой зависит само существование Pfizer, равно как их конкурентов. Возможности лоббирования или финансирования политиков в отрасли также ограничены. Будучи крупным заказчиком услуг лоббистов в Конгрессе США, фармацевтические корпорации оплачивают не более 15% таких заказов (30 из 200 млн долл.). Вес вложений фармацевтов в общие расходы на лоббирование (чуть более 40 млн[12] из более

---

[8] TheMarker. https://www.themarker.com/blogs/amir-cooper/BLOG-1.7949111 (access date: 18.08.2023).

[9] Information is not yet available about potential long-term health outcomes. FDA. https://www.fda.gov/news-events/press-announcements/fda-approves-first-covid-19-vaccine. Из пресс-релиза FDA от 23 августа 2021 г. (access date 18.08.2023).

[10] При отсутствии в статье анализа перечня реальных прецедентов, в которых «большая фарма» не смогла бы добиться позитивных решений, утверждение о «проблемах» выглядит голословным риторическим приёмом. В свою очередь, скандал вокруг председателя ЕК У. фон дер Ляйен по поводу закупок вакцины Pfizer/BioNTech и попыток скрыть её переписку с генеральным директором А. Бурлой уже привёл к нарушению прав некоторых медиа, из-за чего часть газет обратилась в суд. (New York Times подала в суд из-за фон дер Ляйен и вакцин от COVID. РБК. https://www.rbc.ru/politics/14/02/2023/63eb5ccd9a794786030c2401).

[11] NIH— National Institutes of Health. Office of Budjet. https://officeofbudget.od.nih.gov/approp_hist.html (access date: 18.08.2023).

[12] Цифры затрат на лоббирование и оценки влияния «большой фармы» и больниц на конгресс в разных источниках сильно расходятся. Например: «группа Pain Care Forum за десять лет потратила около 740 млн долл., лоббируя на федеральном уровне и в отдельных штатах законодательство против ограничений на назначение опиоидов (*Perrone and Wieder*, 2016)…». «Фармацевтическая промышленность, производители, оптовики, дистрибьюторы и сетевые аптеки оказывают беспрецедентное давление на конгресс», — отметил Джозеф Т. Ранназиси, работавший в Управлении по борьбе с наркотиками до 2015 г., в интервью газете The Wall Street Journal, — «Степень их влияния демонстрирует то, что они смогли заставить конгресс принять закон о защите их интересов в разгар эпидемии опиоидов» (*Higham and Bernstein*, 2017)». — *Филиппон Т.* Великий поворорт: как Америка отказалась от свободных рынков. — М.: Изд-во Института Гайдара, 2022. С. 346.

чем 4 млрд) составляют и вовсе 1%[13]. Это немало, но сопоставимые суммы тратят десятки фирм и ассоциаций предпринимателей, причём две крупнейшие платят лоббистам свыше 80 млн долл. в год каждая.

Фармацевтические фирмы распределяли свыше 40 млн долл. пожертвований на все выборы за избирательный цикл 2020–2022 гг., при том что только совокупный бюджет выборов в Палату представителей Конгресса составил тогда свыше 1 700 млн долл. Совокупный бюджет кампании в одном «качающемся» (с сопоставимыми шансами кандидатов) округе может составлять до 10 млн долл., причём преимущество в финансировании вовсе не гарантирует победы [*Yanovskiy, Socol*, 2023]. Не говоря уже о том, что почти все репутационные проблемы от поспешного ввода вакцин, от отсутствия внятного и однозначного предупреждения об их экспериментальном статусе станут проблемой фармацевтических фирм, а не предусмотрительных чиновников. И это при том, что именно чиновники препятствовали всеми силами использованию для лечения больных коронавирусом дешёвых и безопасных лекарств [*Yanovskiy, Socol,* 2021. Section III.6]. (Подробнее о достижениях и провалах FDA — в обзоре литературы [*Яновский, Жаворонков, Черный*, 2017], а также [*March*, 2021].)

Асимметричная информация — проблема или решение?

Студентов-экономистов десятилетиями учат на курсах микроэкономики тому, что информационная асимметрия суть классический пример провала рынка. Между тем без массированного государственного вмешательства проблема находит множество практических решений. Конкуренция между поставщиками услуг здравоохранения стимулирует открытость. Интересы частных страхователей — как коммерческих, так и некоммерческих [*Green,* 1993] побуждают их проверять информацию как от пациента, так и от врача [*Sullivan,* 2006]. Существуют коммерческие и некоммерческие организации, предлагающие помощь пациенту, нуждающемуся в проверке выводов и рекомендаций врача[14]. Наконец, при господстве частных институтов — коммерческих и некоммерческих — новые технические возможности искусственного интеллекта облегчают доступ к альтернативным мнениям о диагнозе и о способах лечения, в дополнение к некоммерческим частным организациям с участием старых опытных врачей, давно практикующих предоставление таких услуг. Семья, оплачивающая такие услуги из своего кармана, равно как и специализированная благотворительная организация имеют сильные стимулы обращаться за такими услугами, смягчая асимметрию информации. Наиболее сильные стимулы и исторический опыт проведения собственных расследований при подозрении о необоснованности требований клиник существуют и у частных страховых компаний[15].

В случае же тоталитарного режима, когда врач становится представителем власти с огромными полномочиями, сама проблема асимметрии снимается. Точнее, она не рассматривается как проблема вообще. Гражданину, вернее подданному, не положено сомневаться в указаниях властей, включая медицинские. Вероятно, схожая мотивация сторонников неограниченной власти правительства в Китае приводила их к убеждению в том, что простым людям не положено знать тексты законов, дабы им не пришло в голову оспаривать

---

[13] OPEN SECRETS. https://www.opensecrets.org/federal-lobbying/summary — общие расходы. Крупнейшие заказчики лоббистских услуг в 2022 г.: OPEN SECRETS. https://www.opensecrets.org/federal-lobbying/top-spenders?cycle=2022 (access date: 18.08.2023).

[14] American Board of Independent Medical Examiners. https://www.abime.org — объединение коммерческих организаций, обеспечивающих такие проверки. Physicians for Patient Protection. PhysiciansForPatientProtection.org — пример некоммерческой организации; Ezra Lemarpe. https://www.ezra-lemarpe.org/en — пример благотворительной организации.

[15] National Insurance Crime Bureau. https://www.nicb.org/about-nicb — информация о некоммерческой организации, которая объединяет частных расследователей проблемных страховых требований в США со 110-летней историей

указания начальства со ссылкой на их положения [*Bodde*, 1963]. Многие врачи, в частности в нацистской Германии, не смогли устоять перед соблазном получить такую власть над «неразумным» пациентом [*Kater*, 1983; *Kater*, 1987]. Тайное знание элиты и асимметрия информации при таких подходах есть несомненное благо.

Моральные вызовы в государственном и в частном здравоохранении

Одна из тяжелейших проблем современной медицины сводима к выбору — продолжение борьбы с болезнью или спокойное умирание. Когда в частной медицине (включая благотворительную, некоммерческую страховую) эти вопросы полностью в руках пациента и его семьи, такой выбор всё равно остаётся болезненным и крайне тяжёлым. Передача полномочий принятия решений от пациента, от его семьи в руки правительственных «экспертов», т.е. на самом деле — чиновников, не просто опасна из-за возникновения политического напряжения, и не просто угрожает социально-политическим взрывом. Такой взрыв может быть далеко не худшим вариантом развития, свидетельствуя об определённом уровне морали и ответственности общества. Возможно, куда большей опасностью является принятие норм, которое равносильно постепенному полному размыванию морали, влекущее деградацию института семьи. А затем деградирует и гражданское общество, основой которого является семья.

Рассмотрим относительно недавний пример дела Чарли Гэрда в Великобритании (формально — Great Ormond Street Hospital vs. Yates and Gard 2017 [*Hammond-Browning*, 2017; *Wilkinson, Savulescu*, 2018]). Родители тяжело больного полугодовалого ребёнка пытались использовать экспериментальную технологию лечения с выездом в США. Они получили судебный запрет вывозить сына со ссылкой на «специалистов» (государственной Национальной службы здравоохранения — National Health Service). Принятое по рекомендации опасающейся конкуренции и, возможно, неприятных сравнений Национальной службы здравоохранения с другой системой решение судей «в лучших интересах ребёнка» о том, что ему предпочтительнее «умереть с достоинством» вопреки протестам семьи и общества напоминает логику и решения властей тоталитарных режимов. Дело Гэрда уже не единственный прецедент — суд также помог NHS не допустить вывоза в Израиль двухлетней девочки — Альты Фикслер, которая получила «право на смерть с достоинством»[16].

Антипод опыта семей Гэрдов и Фикслеров, которым отказали в праве решать судьбу собственного ребенка, — пример Ави Ярона (Израиль). Это молодой инженер с диагностированной опухолью мозга, который сам уточнил свой диагноз, сам собрал деньги на лечение в США, а для повторной операции разработал миниатюрное видеооборудование, помогающее спасать многих людей и спасшее его самого. Если бы А. Ярон получил аналогичное решение суда с запретом выезда на лечение за границу, гарантирующее ему «право на смерть с достоинством», потери для общества были бы ощутимыми, не говоря уже о потерях для самого Ярона [*Яновский, Жаворонков, Черный*, 2017])

Отечественный опыт принудительного психиатрического решения — также типичное следствие огосударствления [*Bonnie*, 2002; *Башинова и др.*, 2004. С. 76–79]. Так же как и принудительная эвтаназия инвалидов в нацистской Германии или коммерческая продажа органов казнённых в КНР [*Hillman, Nathanson*, 2001].

В России и иных сопоставимых культурно странах приведённые выше проблемы дополняются обычной коррупцией и воровством. Причём если воровство у больных является несомненным злом, то коррупция, позволяющая обходить вредные и аморальные нормы и приказы властей, может быть злом меньшим и вполне терпимым. Представим

[16] UK Supreme Court. 2021. Manchester University NHS Foundation Trust vs. Alta Fixsler & Mr. & Mrs. Fixsler. Approved Judgement. May 28, 2021. https://www.bailii.org/ew/cases/EWHC/Fam/2021/1426.html (access date: 18.08.2023).

себе, что родителям Чарли Гэрда удалось бы вывезти ребенка из страны, дав умеренного размера взятку чиновнику в аэропорту.

Новым вызовом морали являются законы ряда стран, допускающие одобренное государственным здравоохранением решение о самоубийстве с помощью медиков. Само определение государством условий применимости этой меры, включая наличие психического заболевания, наводит на размышления[17]. В свете дела Гэрда, с его новым «правом» человека на «смерть с достоинством» по решению медиков и суда, в свете первых скандалов в Канаде[18] сама такая возможность должна вызывать растущие опасения общества.

При этом автор полностью поддерживает право терминально больного пациента и его семьи отказаться от изнурительной борьбы за продление жизни в пользу спокойного ее завершения при максимально возможном смягчении страданий (паллиативная помощь). Эти процедуры применяются давно и неплохо изучены. Они, естественно, не продлевают жизнь, но заметно повышают качество последних её месяцев и снижают издержки на лечение (обзорные работы по таким исследованиям [*Haun, Estel et al*, 2017; *Dalal, Bruera*, 2017]). Разумеется, соображения экономии в такой ситуации могут противоречить выбору оптимального решения о лечении частными лицами. Но пока само решение остаётся в руках пациента (в случае утраты им сознания — семьи), уровень угроз обществу, равно как и тяжесть морального выбора, несопоставимо меньше, нежели в ситуации вмешательства наделённого властью чиновника.

В статье о политике развитых стран в период пандемии COVID-19 [*Яновский*, 2022] подчёркивался очевидный, признаваемый даже упомянутой выше оговоркой FDA факт экспериментального характера новых вакцин, чьё действие не было основано на использовании ослабленного вируса. Даже сокрытие информации об этом с точки зрения выводов Нюрнбергского трибунала о преступных экспериментах[19] нуждается в специальном расследовании. С точки зрения морали и ответственности человек, предупреждённый о побочных эффектах вакцины, равно как и о том, что большая часть их, вероятно, ещё не выявлена, но пожелавший несмотря на эту информацию быть привитым в случае сколь угодно тяжёлых последствий, сам отвечает за случившееся. Ситуация возникновения тяжёлых побочных эффектов является типичным несчастным случаем. Точно такой же человек, которому не сообщили о том, что он ставит на себе эксперимент, а зачастую пригрозили увольнением с работы, ограничениями в возможности вести нормальный образ жизни при отказе от прививки, при тех же негативных последствиях прививки является жертвой. Причём вероятность наступления тяжёлых последствий для моральной оценки не столь уж принципиальна. А случаев побочных эффектов от новых вакцин уже немало, и они, вероятно, не исчерпываются уже признанными всеми миокардитами [*Oster et al*, 2022].

Некоторые иные побочные эффекты государственного врачевания

Как отмечалось выше, цикл разработки и испытания наиболее эффективных лекарств во много раз дольше, чем лекарств, незначительно продляющих жизнь. При этом полностью излеченный пациент — мина замедленного действия. Никто не знает, когда адвокат убедит его подать иск против врачей и фармацевтов в связи с изжогой или пробле-

---

[17] В результате дискуссии в Канаде решение о расширении оснований применимости Medically assistance in dying — MAID — пока отложено до 2024 г. Government of Canada. https://www.canada.ca/en/health-canada/services/health-services-benefits/medical-assistance-dying.html. Government of Canada. https://www.justice.gc.ca/eng/cj-jp/ad-am/bk-di.html (access date: 18.08.2023).

[18] Служащий ведомства помощи ветеранам — Veterans Affairs Canada VAC предложил ветерану вместо помощи — пройти процедуру MAID. FOX NEWS. https://www.foxnews.com/world/canadian-soldier-suffering-ptsd-offered-euthanasia-veterans-affairs (access date: 18.08.2023).

[19] BRITISH MEDICAL JOURNAL. https://www.cirp.org/library/ethics/nuremberg/ (access date: 18.08.2023). Подробнее в: [*Annas, Gordin*, 2018].

мами со сном. Умерший на три месяца позднее обычного срока старик или терминально больной судиться с госпиталем или фармацевтической фирмой не сможет.

Практикующий главный хирург Джефри Сингер [*Singer*, 2013] описывает историю негативного влияния государственно финансируемых программ на качество лечения. В 1980-е гг. Medicare, стремясь удержать под контролем рост издержек и будучи важным клиентом всех клиник, ввело требование подробной отчётности (кодирования отдельных действий и услуг) и контроля над ценами для своих клиентов. Это сразу превратило пожилых людей в нежеланную категорию. После того, как эта практика сложилась, с конца 1980-х гг. её начали копировать и частные страховые компании. Это заставило клиники искать способы манипуляций и описывать свои действия, подбирая кодированные процедуры с тем, чтобы максимизировать оплату (не говоря уже о том, что пришлось нанимать дополнительный персонал для такого кодирования). Побочным эффектом стало искажение статистики заболеваний — под наборы симптомов оказалось выгодно подгонять наиболее дорого оплачиваемые (соответствующие им) заболевания. Дальнейшие попытки расширения государственного вмешательства сопровождались новыми усилиями по ужесточению контроля за издержками, начиная с частнопрактикующего врача.

Одной из главных проблем бюрократизации стало вынужденное сокращение времени у врача на помощь пациентам.

Усложнение регулирования привлекло внимание юристов — обострилась проблема сутяжничества. Страх врачей, госпиталей и фармацевтов заплатить огромную компенсацию привёл к новому циклу удорожания услуг. Большинство юристов (в США) — жертвователи левого крыла Демократической партии — партии социальной заботы и Большого правительства. И «почему-то» эффективно решить проблему сутяжничества не удаётся уже многие десятилетия. С тех пор, как ещё в 1970-х гг. в некоторых штатах с рынка исчезли страховки ответственности для врачей — их стало нельзя купить ни за какие деньги [*Яновский, Жаворонков. Черный*, 2017]).

Притом, что судебная система в США имеет пока хорошую репутацию, а закон там предписывает определённую и непростую процедуру доказательства вины врача, американский опыт следует использовать с большой осторожностью, озаботившись усилением презумпции невиновности. Государство, требующее от врача под страхом потери права работы по специальности тратить большую часть времени на отчётность, вряд ли имеет право спрашивать с врача за ошибку в диагнозе, поставленном за пять минут или за небрежность в лечении. Даже при минимальном регулировании или в его отсутствие высокий риск тяжёлого наказания за ошибку приведёт к отсеву потенциально весьма эффективных медиков с сильными предпочтениями избегания рисков. А склонность избегать риски свойственна большинству людей [*Holt, Laury*, 2002]. Соответственно, среди действующих врачей парадоксальным образом останутся люди, склонные к высокому риску, что не всегда полезно при принятии взвешенных решений.

Наконец, но далеко не в последнюю очередь, бремя малоэффективных государственных медицинских расходов снижает реальные доходы и потребление, особенно низкодоходных слоёв (через вытеснение благотворительности и сужения спектра возможностей найти достойную работу и возможности роста)[20]. Это эквивалентно потерям нескольких лет качественной жизни — хуже качество питания, отдыха, сложнее найти деньги на лекар-

[20] Проблема сравнительного анализа соотношения цена / качество в государственных и частных клиниках относится к числу наиболее сложных. Так называемая «система Семашко» в СССР показывала хорошие результаты при очень низких затратах в расчёте на пациента («оборот койки»), но речь при этом шла о ликвидации сравнительно простых массовых заболеваний. В России в частных и государственных клиниках работают одни и те же врачи (при этом приём в частной клинике рассматривается просто как дополнительный приработок). — *Прим. ред.*

ства и на своевременное посещение врача и т.д. У бедных ниже и защищённость от аварий при использовании устаревшей техники (автомобилей, бытовой техники).

Обоснование рекомендаций

Не оглядываясь на политические ограничения

Из обширной литературы с предложениями как вернуть свободу выбора гражданам, сошлюсь на доклад Института Катона (Cato Institute) 1993 г. [*Lindsay*, 1993].

Выбор этого уже тридцатилетней давности доклада обусловлен тем, что в ряду работ известного в прошлом центра экономического свободомыслия, это был один из последних документов, автор которого не особо оглядывался на политические реалии и ограничения. Таковые с годами становились все жёстче, а с 2020 г. сама идея о том, что решать должен пациент, проконсультировавшийся с врачом, выглядит почти как призыв к вооружённому штурму Капитолия [*Яновский*, 2022; *Yanovskiy, Socol*, 2021].

Автор описывает основные проблемы здравоохранения, делая акцент на не обусловленном никакими разумными причинами росте издержек и бюджетных трат. Его диагноз — когда на решение проблемы тратятся «чужие деньги на чужих людей» — по решению бюрократов, а не самих пациентов, стимулы к разумному выбору и экономии слабеют. Это и объясняет быстрый рост издержек. Автор предлагает поощрять частных лиц освобождением от налогов накоплений на финансирование своих медицинских расходов (Medical Savings Accounts). Сосредоточение финансовых ресурсов в руках тех, кто в них нуждается (Patient Power Plan), — фактическая замена MedicAid и Medicare — приведут к росту конкуренции, создадут здоровые стимулы к бережливости, к большим вложениям в профилактику заболеваний.

Насколько реальна угроза злоупотреблений со стороны крупного бизнеса?

Наверное, мало кто решится отрицать многочисленные и тяжёлые проблемы, порождаемые государственным контролем за здравоохранением. Однако большинство современных экономистов выражают глубокую обеспокоенность угрозами со стороны крупного бизнеса личным правам, если правительственный контроль бизнеса вообще [*Glaeser, Shleifer,* 2003] и в особенности в здравоохранении будет снят или значимо ослаблен.

В контексте данной статьи потенциальными источниками угрозы нашей свободе как напрямую, так и через захват государственных учреждений, могли бы быть медицинские коммерческие страховые компании, в особенности крупные фармацевтические компании. Эта озабоченность так широко распространена среди коллег, что было бы неправильно её просто проигнорировать.

Реагируя на эту озабоченность, мы должны отметить отсутствие доказательств угрозы крупного бизнеса даже при самых благоприятных для него обстоятельствах. История свидетельствует о многочисленных атаках правительства на крупный бизнес (даже в США), а не наоборот [*Yanovskiy, Socol*, 2023][21]. Такие угрозы не реализовались ни в период наибольшей свободы для бизнеса до начала систематических атак на него правительства — в США в период президентства Теодора Рузвельта [*Яновский, Жаворонков*, 2019]. В наше время, когда фармацевтическая отрасль превратилась в своего рода заповедник гигантов, их усилия по вмешательству в политику (через лоббирование и через финан-

[21] Бизнес — деловое предприятие, правительство — предприятие политическое, они действуют в разной логике, формально «атака бизнеса на правительство» невозможна. Однако если не заботиться о «чистоте определений», то легко обнаружить целый ряд примеров успешных побед крупного бизнеса над правительством. В России это «семибанкирщина», в США — «рейганомика», и т.д. Собственно, вся теория «захвата регуляторов» как раз говорит о том, как бизнес атакует и побеждает правительство. — *Прим. ред.*

сирование предвыборных кампаний), как показано выше, невелики — в случае лоббирования и ничтожны — в случае пожертвований кандидатам [*Yanovskiy, Socol*, 2023].

Мощь современных фармацевтических корпораций была в решающей степени обусловлена настолько тяжёлым бременем, наложенным правительством на бизнес, что почти никто, кроме гигантов, оказался не в состоянии разрабатывать новые лекарства. Основным источником проблем в США, как мы уже упоминали, является FDA [*Philipson, Sun*, 2008]. Эта способность самих властей вызывать и поддерживать монополизацию рынка достаточно хорошо изучена экономической наукой [*Armentano*, 1986; *De Soto*, 1989; *Rothbard*, 2002]. Игроки на рынке в той или иной мере являются конкурентами. Снятие государственного контроля будет означать прежде всего снятие административных ограничений входа на рынок. Усиление конкуренции на рынке осложнит злоупотребления.

Если даже система плоха — каковы альтернативы?

В советское время, включая даже сталинское правление, люди обращались и к системе здравоохранения, и специально к врачам. К системе обращались в попытке приобрести за взятку справку для освобождения от тех или иных повинностей [*Хайнцен*, 2021. С. 51]. В случае серьёзной болезни люди искали относительно редких врачей, способных действительно помочь. Такого врача, естественно, старались отблагодарить наилучшим образом. В редких, но не исключительных случаях (в том числе из семейной истории автора) поиск эффективных лекарств включал контакты с контрабандистами. В более поздний период расширения торговых связей СССР с развитыми странами, доставкой лекарств промышляли моряки и иные работники, посещавшие Запад на более или менее регулярной основе.

Попытка сохранить в 1990–2000-е гг. общедоступную медицину, основываясь на государственных медицинских услугах, привела к консервации как проблем (крайне низкая мотивация организаторов медицины, равно как и мотивация исполнителей — врачей и медицинских сестер), так и их решений с помощью «неформальных платежей» наличными; с той только разницей, что наличные стали свободно конвертироваться в доллары [*Шишкин и др*., 2004]. Расширение финансовых возможностей властей в сочетании с попытками стимулировать дополнительные усилия врачей помогли только отчасти. По всей видимости, в любой тяжёлой и не вполне стандартной ситуации проблемы решаются на основе той же частной инициативы с неформальными платежами — т.е. на основе нелегальных, но широко распространённых сделок врачей и пациентов [*Чирикова, Шишкин*, 2019]. Иными словами, частная медицина никогда не уходила из России и соответствующий опыт у населения есть. И сегодня он больше, чем поколение назад.

У тех, на чьи плечи ляжет ответственность за строительство институтов здравоохранения России в будущем, может не оказаться ресурсов на значимое увеличение соответствующих расходов через утяжеление налогового бремени. А это значит, что приватизация медицинских учреждений и легализация свободы контракта на рынке медицинских услуг может стать срочной необходимостью уже в обозримом будущем.

Как и при любом глубоком преобразовании, главные проблемы ожидают общество в переходном периоде. Последний может оказаться вынужденно весьма непродолжительным. Среди очевидных мер в такой тяжёлой ситуации — передача функций финансирования медицинских учреждений непосредственно министерству финансов и казначейству вместе с упразднением федерального министерства здравоохранения, равно как аналогичных структур региональной власти и местного самоуправления. У занятых там специалистов появится возможность доказать свою полезность в третьем секторе или на рынке. В дальнейшем постепенное снижение Единого социального налога будет сопровождаться неизбежным ростом нагрузки на домохозяйства. Самым большим вызовом переходного периода станет финансирование сети больниц, исследовательских центров и поликлиник.

С тем, чтобы смягчить рост нагрузки на домохозяйства, следует максимально упростить вход на рынок иностранных коммерческих страховщиков (к примеру, с опытом медицинского страхования свыше 30 лет) с сильными стимулами к рачительному управлению [*Шишкин*, 2000], специализированных некоммерческих организаций и частных клиник (с аналогичным критерием). Только достаточно крупные организации, с опытом соответствующего управления, смогли бы заинтересоваться управлением больницей в другой стране. Предложения о передаче медицинских объектов в концессию [*Шишкин, Потапчик, Селезнева*, 2013], возможно, окажутся в новых условиях недостаточными для стимулирования серьёзных вложений.

Максимальное упрощение процедур исследований и разработок новых лекарств — снятие государственных регуляций (кроме требований к информированию участников испытаний, которые по опыту полупринудительного прививания во время эпидемии COVID-19 должны быть ужесточены), могло бы помочь привлечь в страну капиталы фармацевтических компаний и квалифицированных специалистов, движимых и научными, и коммерческими интересами. В стране, только строящей репутацию как объект прямого долгосрочного инвестирования, лидерство по простоте упомянутых процедур должно быть значимым и очевидным для инвестора.

Постепенно будет расти и частный некоммерческий сектор в здравоохранении (как страховой, так и благотворительный), уже наблюдаемый в России. Правда, рост третьего сектора, включая благотворительность, требует, как показывает опыт других государств, большего времени, чем привлечение прямых инвестиций. Гарантии неприкосновенности собственности и собственника должны будут пройти проверку длительным периодом, включающим передачу капиталов по наследству. Обычно именно второе поколение бизнес-династий проявляет повышенный интерес к благотворительности. В первом же поколении такой интерес отчасти связан с попыткой передать по наследству не только капитал, но и репутацию династии [*Яновский*, 2019; *Яновский, Жаворонков, Черный, Затковецкий*, 2018. Гл. 7].

Государственный сектор будет постепенно ужиматься до сети военно-медицинских учреждений. Такие меры ограничат возможности власти для политических манипуляций социальными расходами и расширят возможности семьи и общества обеспечивать себя качественными медицинскими услугами. Государственный контроль за выпуском лекарств должен заместиться механизмами частного контроля и закреплённой законом под страхом уголовного наказания обязанностью производителя информировать пациента о его составе и обо всех известных побочных эффектах (практика, известная уже сегодня).

Несомненно, медицину ожидает широкое использование систем искусственного интеллекта [*Kulkarni, Singh*, 2023; *Robbins*, 2019]. Достаточно будет избежать в России соблазна избыточного регулирования отрасли, чтобы получить намного больший эффект от таких систем, чем в большинстве стран OECD, где обсуждения таких регуляций в разгаре [*Benkler*, 2019; *Gabrielle, Gemma*, 2020]. Необходимо, но и достаточно установление и применение стандартов прозрачности для потребителя и ответственности (перед пациентом), которую несут только врачи и должностные лица медицинских организаций, а не разработчики систем (ответственные в узком и в строго определённом классе ситуаций перед заказчиком — медицинской организацией или частнопрактикующим врачом). Такие системы принесут пользу как в качестве конкурентов обычных врачей [*Mazurowski*, 2020], так и (чаще) в качестве усилителя возможностей действительно сильных профессионалов. Ранние опыты работы с такими системами ожидаемо показывают, что отдача от них тем выше, чем точнее и глубже поставленные перед системой задачи и вопросы.

Во избежание удорожания медицинских услуг закон не должен стимулировать судебное (в особенности уголовное) преследование врача. В то же время право пациента делиться своим опытом (в том числе печальным) должно быть защищено сильнее, чем просто свобода слова.

В 1992 г. российские власти нашли в себе силы удержаться от принудительной заботы о снабжении населения продуктами через монопольную государственную торговлю по фиксированным ценам. Результат либерализации цен и торговли превзошел лучшие ожидания. Прилавки наполнились продуктами, исчезли пожирающие время и нервы очереди.

Почти вековой опыт взаимодействия населения с врачами, даже в рамках жёстких установленных государством ограничений, даёт основания полагать, что с уходом государства нуждающиеся в услугах здравоохранения граждане сумеют выстроить отношения с врачами напрямую либо при финансовом взаимодействии с частными страховыми организациями — поначалу коммерческими, а затем и некоммерческими. Освобождение от контроля государства не только вернёт сильные стимулы и ответственность в здравоохранение, что положительно повлияет на качество услуг. Оно предотвратит множество морально сомнительных ситуаций и решений, обеспечив важные гарантии неприкосновенности частной жизни. Это именно те гарантии, которые в своё время открыли саму возможность и современного экономического роста, и научного прогресса, в том числе в медицине.

ЛИТЕРАТУРА / REFERENCES

Карательная психиатрия в России (2004). [*Punitive psychiatry in Russia* (2004) / *L.A. Bashinova* (ed.) et al.] Л.А. Башинова (ред.) и др. М.: МХГ. https://protivpytok.org/wp-content/uploads/2012/01/ps.pdf. (дата обращения: 10.07.2023).

Чирикова А.Е., Шишкин С.В. (2019). Эффективный контракт и мотивация: способны ли реформы улучшить работу российских врачей? [*Chirikova A., Shishkin S.* (2019). Efective contract and motivation: could the reform to improve Russian physicians' work quality?] // *Социологические исследования*. № 5. С. 36–44. DOI: 10.31857/S013216250004952-0 (дата обращения: 10.07.2023).

Хайнцен Дж. (2021). *Искусство взятки. Коррупция при Сталине 1943–1953* [*Heinzen J.* (2021). The Art of the Bribe. Corruption Under Stalin, 1943–1953]. — М.: РОССПЭН.

Шишкин С.В. (2000). *Реформа финансирования российского здравоохранения* [*Shishkin S.* (2000). The Reform of Russian Healthcare funding]. — М.: ИЭПП «Научные труды» № 25-р. https://www.iep.ru/files/text/working_papers/25.pdf (дата обращения: 16.07.2023).

Шишкин С.В., Бесстремянная Г.Е., Красильникова М.Д., Овчарова Л.Н., Чернец В.А., Чирикова А.Е., Шилова Л.С.. (2004). *Российское здравоохранение: оплата за наличный расчет* [*Shishkin S., Besstremyannaya G., Krasilnikova M., Ovcharova L., Chernetz V., Chirikova A., Shilova L.* (2004). Russian Healthcare: cash payments]. — М.: Независимый институт социальной политики. https://publications.hse.ru/books/54925986 (дата обращения: 11.07.2023).

Шишкин С., Потапчик Е., Селезнева Е. (2013). Частный сектор здравоохранения в России: состояние и перспективы развития [*Shishkin S., Potapchik E., Selezneva E.* (2013). Private sector in Russian Healthcare: current State and Prospects of Development] // *Вопросы экономики*. № 4 С. 94–112. DOI: 10.32609/0042-8736-2013-4-94-112.

Яновский К. (2022). Пандемия COVID-19: Как правительства старых демократий принимали решения [*Yanovskiy K.* (2022). How old Democracies' Governments' Decision making has worked in case of COVID-19 Responses' Choice] // *Вопросы теоретической экономики.* №1 С. 58–73. http://questionset.ru/files/arch/2022/2022-N1/Yanovsky_VTE_2022_1.pdf (дата обращения: 11.07.2023). DOI: 10.52342/2587-7666VTE_2022_1_58_73.

Яновский К. (2019). *Дополнительные материалы по истории благотворительности в США и обзор некоторых мотивов пожертвований к главе 7 книги «Стратегия долгосрочного процветания: в поисках растаявшего ориентира»* (М.: Дело, 2018). [*Yanovskiy K.* (2019). Supplementals on the History of Charity in the US to the book 'The Strategy of Lasting Prosperity: In Search for the lost Constellation']. DOI: 10.2139/ssrn.3461196 (дата обращения: 11.07.2023).

Яновский К.Э., Жаворонков С.В. (2019). Всемогущее правительство, поддержанное «научным консенсусом» [*Yanovskiy K., Zhavoronkov S.* (2019). Unlimited Government Endorsed by "Scientific Consensus"] // *Общественные науки и современность*. №6. С. 91–103. DOI: 10.31857/S086904990007570-9.

Яновский К., Жаворонков С., Черный Д. (2017). *Дополнительные материалы по истории государственного здравоохранения к книге «Стратегия долгосрочного процветания: в поисках растаявшего ориентира»* [*Yanovskiy K., Zhavoronkov S., Cherny D.* (2017). Supplementals on the History of Government run Healthcare to the book «The Strategy of Lasting Prosperity: In Search for the lost Constellation»]. DOI: 10.13140/RG.2.2.33099.08482. (дата обращения: 11.07.2023).

Яновский К., Жаворонков С., Черный Д, Затковецкий И. (2018). *Стратегия долгосрочного процветания: в поисках растаявшего ориентира* [*Yanovskiy K., Zhavoronkov S., Cherny D. Zatcovetsky I.* (2018). The Strategy of Lasting Prosperity: In Search for the Lost Constellation]. — М.: Дело.

Acemoglu D., Johnson S., Robinson J. (2003). Disease and Development in Historical Perspective // *Journal of the European Economic Association, MIT Press*. Vol. 1. No 2–3. Pp. 397–405. https://www.jstor.org/stable/40005189 (access date: 23.07.2023).

Ameriks J., Caplin A., Laufer S., Vannieuwerburgh S. (2011). The Joy of Giving or Assisted Living? Using Strategic Surveys to Separate Public Care Aversion from Bequest Motives // *The Journal of Finance.* Vol. 66. No. 2. Pp. 519–561. DOI: 10.1111/j.1540-6261.2010.01641.x.

Annas G., Grodin M. (2018). Reflections on the 70th Anniversary of the Nuremberg Doctors' Trial // *American Journal of Public Health*. Vol. 108. No. 1. Pp. 10–12. DOI: 10.2105%2FAJPH.2017.304203.

Armentano D.T. (1986). *Antitrust Policy: The Case for Repeal*. — Washington, DC: Cato Institute.

Benkler Y. (2019). Don't let industry write the rules for AI // *Nature.* Vol. 569 No. 7755. Pp. 161. DOI: 10.1038/d41586-019-01413-1.

Bodde D. (1963). Basic Concepts of Chinese Law: The Genesis and Evolution of Legal Thought in Traditional China // *Proceedings of the American Philosophical Society.* Vol. 107. No. 5 Pp. 375–398. http://www.jstor.org/stable/985644 (access date: 23.07.2023).

Bonnie R.J. (2002). Political Abuse of Psychiatry in the Soviet Union and in China: Complexities and Controversies // *Journal of American Academy of Psychiatry and the Law*. Vol. 30 Pp. 36–44.

Costa D.L. (2015). Health and the Economy in the United States from 1750 to the Present // *Journal of Economic Literature.* Vol. 53. No. 3. Pp. 503–570. DOI: 10.1257/jel.53.3.503.

Dalal Sh., Bruera E. (2017). End-of-Life Care Matters: Palliative Cancer Care Results in Better Care and Lower costs // *The Oncologist*. Vol. 22. Pp. 361–368. DOI: /10.1634/theoncologist.2016-0277

De Soto H. (1989). *The Other Path: The Invisible Revolution in the Third World.* — N.Y.: Harpercollins.

Ehrlich I., Yin Y. (2013). Equilibrium Health Spending and Population Aging in a Model of Endogenous Growth: Will the GDP Share of Health Spending Keep Rising? // *Journal of Human Capital*. Vol. 7. No. 4. P. 411–447. DOI: 10.1086/675640.

Gabrielle S., Gemma D. (2020). Defining ethical standards for the application of digital tools to population health research // *Bulletin of the World Health Organization.* Vol. 98. Pp. 239–244. DOI: 10.2471/BLT.19.237370.

Gibbs J.N., Mackler B.F. (1987). Food and Drug Administration Regulation and Products Liability: Strong Sword, weak Shield // *Tort & Insurance Law Journal*. Vol. 22. No. 2. Pp. 194–243. http://www.jstor.org/stable/25761749

Gieringer D.H. (1985). The Safety and Efficacy of New Drug Approval // *Cato Journal.* Vol. 5. No. 1. Pp. 177–201. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11616801/

Gilbert B.B. (1965). The British National Insurance Act of 1911 and the Commercial Insurance Lobby // *Journal of British Studies*. Vol. 4. No. 2. Pp. 127–148. DOI: 10.1086/385503.

Glaeser E.L., Shleifer A. (2003). The Rise of Regulatory State // *Journal of Economic Literature.* Vol. 41. No. 2. Pp. 401–425. DOI: 10.1257/002205103765762725.

Green D. (1993). *Reinventing Civil Society. The Rediscovery of Welfare without Politics.* — London: Civitas.

Gregory P. (2018). Volunteer Ambulance Services (USA) // *1914–1918-online. International Encyclopedia of the First World War* / D. Ute, P. Gatrell, O. Janz, H. Jones, J. Keene, A. Kramer, B. Nasson (Eds.). Freie Universität Berlin. DOI: 10.15463/ie1418.11257.

Hammond-Browning N. (2017). When Doctors and Parents Don't Agree: The story of Charlie Gard. // *Journal of bioethical inquiry*. Vol. 14. No. 4. Pp. 461–468. DOI: 10.1007/s11673-017-9814-9.

Haun M.W., Estel S., Rücker G., Friederich H.C., Villalobos M., Thomas M., Hartmann M. (2017). Early palliative care for adults with advanced cancer // *Cochrane Database of Systematic Reviews*. Issue 6. Art. No.: CD011129. DOI: 10.1002/14651858.cd011129.pub2.

Hillman H., Nathanson V. (2001). Harvesting Organs from Recently Executed Prisoners // *BMJ: British Medical Journal*. Vol. 323. No. 7323. Pp. 1254. DOI: 10.1136/bmj.323.7323.1254.

Holt C., Laury S. (2002). Risk Aversion and Incentive Effects // *The American Economic Review.* Vol. 92. No. 5. Pp. 1644–1655. DOI: 10.1257/000282802762024700.

Jasay A. (1985). *The State.* — Indianapolis: Liberty Fund.

Kater M. (1987). Hitler's early doctors: Nazi physicians in pre-depression Germany // *Journal of Modern History*. Vol. 59. No. 1. Pp. 25–52.

Kater M. (1983). *The Nazi Party: A Social Profile of Members and Leaders, 1919–1945.* — Cambridge: Harvard University Press.

Kulkarni P., Singh H. (2023). Artificial Intelligence in Clinical Diagnosis Opportunities, Challenges, and Hype // *Journal of the American Medical Association.* Published online July 6. DOI: 10.1001/jama.2023.11440.

Lindsey B. (1993). *Cato Institute Briefing Paper*. No. 19. Patient Power: The Cato Institute's Plan for HealthCare Reform October 4. https://www.cato.org/sites/cato.org/files/pubs/pdf/bp019.pdf

March R. (2021). The FDA and the COVID-19: A political economy perspective // *Southern Economic Journal*. Vol. 87. No. 4. Pp. 1210–1228. DOI: 10.1002/soej.12494.

Mazurowski M. (2020). Artificial Intelligence in Radiology: Some Ethical Considerations for Radiologists and Algorithm Developers Academic // *Radiology*. Vol. 27. Issue 1. Pp. 127–129. DOI: 10.1016/j.acra.2019.04.024.

Mises L. (1944). *Bureaucracy*. — New Haven, CT: Yale University Press*.

Mitchell B. (2007a). *International Historical Statistics: Europe 1750–2005*. — London: Palgrave Macmillan.

Mitchell B. (2007b). *International Historical Statistics: Americas 1750–2005*. — London: Palgrave Macmillan,.

Mitchell B. (2007c). *International Historical Statistics: Africa, Asia and Oceania 1750–2005*. — London: Palgrave Macmillan.

Moore T., Zhang H., Anderson G., Alexander G. (2018). Estimated Costs of Pivotal Trials for Novel Therapeutic Agents Approved by the US Food and Drug Administration, 2015–2016 // *JAMA Intern Med.* Vol. 178. No. 11. Pp. 1451–1457.

Niskanen W. (1971). *Bureaucracy and Representative Government*. — Chicago: Aldine-Altherton.

Oster M., Shay D., Su J., Gee J., Creech C., Broder K., Edwards K., Soslow J., Dendy J., Schlaudecker E., Lang S., Barnett E., Ruberg F., Smith M., Campbell M., Lopes R., Sperling L., Baumblatt J., Thompson D., Marquez P., Strid P., Woo J., Pugsley R., Reagan-Steiner S., DeStefano F., Shimabukuro T. Myocarditis (2022). Cases Reported After mRNA-Based COVID-19 Vaccination in the US From December 2020 to August 2021 // *JAMA*. Vol. 327. No. 4. Pp. 331–340. DOI: 10.1001/jama.2021.24110.

Peltzman S. (1973). An Evaluation of Consumer Protection Legislation: The 1962 Drug Amendments // *Journal of Political Economy.* Vol. 81. No. 5. Pp. 1049–1091. DOI: 10.1086/260107.

Peltzman S. (1987). The Health Effects of Mandatory Prescriptions // *The Journal of Law & Economics*. Vol. 30. No. 2 (Oct.). Pp. 207–238. DOI: 10.1086/467136.

Philipson T.J., Sun E. (2008). Is the Food and Drug Administration Safe and Effective? // *The Journal of Economic Perspectives*. Vol. 22. No. 1. Pp. 85–102. DOI: 10.1257/jep.22.1.85 (access date: 23.07.2023).

Pritchett L., Summers L. (1996). Wealthier is Healthier // *The Journal of Human Resources*. Vol. 31. No. 4. Pp. 841–868.

Robbins S. (2019). Misdirected Principle with a Catch: Explicability for AI // *Minds & Machines*. Vol. 29. Pp. 495–514. DOI: 10.1007/s11023-019-09509-3.

Rothbard M. (2002). *History of Money and Banking in the United States: The Colonial Era to World War II*. — Auburn, Alabama: The Ludwig von Mises Institute.

Sanders E. (2004). *Economic Regulation in the Progressive era in American Congress. Building of Democracy*. — Boston — New York: Houghton Mifflin Company.

Sauer R., Sauer C. (2007). Is it Possible to Have Cheaper Drugs and Preserve the Incentive to Innovate? The Benefits of Privatizing the Drug Approval Process // *Journal of Technology Transfer*. Vol. 32. No. 3. Pp. 509–524. DOI: 10.1007/s10961-007-9036-0.

Sheingold B., Hahn J. (2014). The history of healthcare quality: The first 100 years 1860–1960. *International Journal of Africa Nursing Sciences*. No. 1. Pp. 18–22.

Singer J. (2013). Toward medical dystopia // *Journal of Trauma Acute Care Surgery.* Vol. 75. No. 3. Pp. 517–519. DOI: 10.1097/TA.0b013e3182a040f6.

Sullivan J. (2006). The medico-legal expertise: solid medicine, sufficient legal and a measure of common sense // *Mcgill Journal of Medicine*. Vol. 9 No. 2. Pp. 147–151.

Tullock G. (1965). *The Politics of Bureaucracy. Selected works. Vol. 6 «Bureaucracy»*. — Indianapolis: Liberty Fund, 2005 (1st published by Public Affairs Press in 1965).

Wetterberg L. (2012). History of psychiatry in Sweden during a millennium // *Nordic Journal of Psychiatry*. Vol. 66. No. 11. Pp. 42–53. DOI: 10.3109/08039488.2011.590605.

Wilkinson D., Savulescu J. (2018). *Ethics, conflict, and medical treatment for children: From disagreement to dissensus*. — London (UK): Elsevier. PMID: 30835404. Chapter 1. The Charlie Gard case. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK537987/ (access date: 11.07.2023).

Yanovskiy M., Socol Y. (2021). *COVID-19 Library. Filling the Gaps*. DOI: 10.2139/ssrn.3784709.

Yanovskiy M., Socol Y. (2023). Looks like a conspiracy but is not a conspiracy Big Pharma or Big Government? *Forthcoming in The Independent Review. A Journal of Political Economy*.

Yanovskiy M., Zhavoronkov S. (2018). Universal Suffrage: The Century of Corrupting Incentives? // *New Perspectives on Political Economy*. Vol. 14. No. 1–2. 2018. Pp. 63–89.

*** Йельский университет (Yale University) (США) признан нежелательной организацией в России.**

Яновский Константин Эдуардович
mosheya@jct.ac.il

Konstantin Yanovskiy
PhD, head of Shomron Center for Economic Policy Research (Israel)
mosheya@jct.ac.il

THE HEALTH CURE: HISTORICAL EXPERIENCE OF OLD DEMOCRACY AND LESSONS FOR RUSSIA

Abstract. Contrary to widespread belief government-run Healthcare was not the first mass affordable solution for medical problems. Governmental healthcare has not caused main breakthroughs in the mortality decrease and significant increase in average life expectancy. Safeguards for private property and ironclad protection of personal rights and liberties caused modern economic growth phenomena, a rise in wealth, and unleashed scientific and technical progress. The rise in wealth and scientific progress were the principal reasons behind progress in medicine. Nowadays huge government spending and poor efficiency make unclear the overall impact of government-run healthcare on public health. The government's Famous attempts to protect drug consumers caused huge costs possibly outweighing their benefits. The foremost public concern ought to be the numerous ethical challenges of the governmental rule in Healthcare, the power usurped by healthcare officials to decide for and instead the patient his fate.

Keywords*: wealth and health, human capital, regulatory burden, private healthcare, public healthcare.*
JEL: D72, D73, D78, I13, I15, I18.