

Секция «Биология, медицина, философия: совместная проблематика дисциплин
(круглый стол)»

Регуляция биомедицинской деятельности и коллективный субъект познания

Научный руководитель – Тищенко Павел Дмитриевич

Шевченко Сергей Юрьевич

Аспирант

Институт философии РАН, Москва, Россия

E-mail: simurg87@list.ru

Стандартизация в современной биомедицине служит релевантным полем постановки проблем экспертного знания, которые служат одним из центральных направлений исследований в социальной эпистемологии и STS. Группы экспертов выступают коллективными авторами жестких предписаний, регламентирующих практически все аспекты медицинской практики. Клинические рекомендации и подобные им документы призваны выражать коллективную позицию всего сообщества профессионалов, от имени которых выступает некая «панель экспертов». Однако зачастую каждый член этой панели обладает позицией в той или иной степени отличающейся от изложенной в итоговом и официально принятом документе - такая ситуация может быть описана как «парадокс официальной позиции». Он состоит в том, что обязательные к исполнению регламентации выступают как знание без индивидуальной или групповой атрибуции [1]. Никто в отдельности не обладает знанием, составляющим основания для формулировки медицинских стандартов: власть со-производится со знанием, но простым образом указать на субъекта познания в этой ситуации мы не можем. В рамках попыток теоретически осмыслить этот парадокс наиболее часто употребляются понятия «распределённого знания» и «коллективного субъекта познания».

В качестве примера производства официальной позиции мы рассмотрим рекомендации британского регулятора системы здравоохранения - Национального института здоровья и качества здравоохранения (National Institute for Health and Care Excellence - далее NICE). Выбор пал на него, во-первых, из-за находящегося в открытом доступе подробных документов института, обосновывающих его решение, а во-вторых, собственно из-за используемой им оригинальной методологии оценки эффективности применения средств лечения.

В основе этой методологии лежит фармакоэкономический показатель (ICER - Incremental cost-effectiveness ratio), представляющего собой сумму затрат на лечение в расчете на год абсолютно качественной продленной благодаря лечению жизни (QALY - quality-adjusted life year). К примеру, стандартный курс препарата А стоит 30 тыс. фунтов, в среднем он продляет жизнь больных меланомой на 2 года, но из-за снижения качества жизни из-за серьёзного заболевания и побочных эффектов лечения, каждый год оказывается равен 0,3 года абсолютно качественной жизни. Итого на 0,6 года абсолютно качественной жизни тратиться 30 тыс. фунтов, что в расчете на год дает 50 тыс. - таков показатель экономической эффективности препарата А. К слову 50 тыс. - это пороговое значение, при превышении которого NICE не может рекомендовать применение препарата, что не означает его неэффективности, а говорит о том, что его приобретение может финансироваться только из средств пациента, благотворительных фондов и т.п. Из-за ориентации на этот критерий в Великобритании к числу таких приобретаемых за счет не-государственных средств препаратов относятся многие современные лекарства [2]. Они имеют достаточно высокую стоимость производства благодаря используемым при их производстве сложным биотехнологиями, например, технологии по производству моноклональных антител.

(Квази-)утилитаристский характер QALY и связанных с ним показателей требует отдельного масштабного рассмотрения, особенно, принимая внимание почти тотальный дефицит русскоязычной литературы по этой теме. Однако в контексте рассматриваемых здесь проблем хотелось бы кратко остановиться на «стандартизации» через «усреднение пространства выбора». Итак, важным инструментом определения соотношения между годами абсолютно качественной жизни и продолжительностью жизни больного человека служит инструмент time-trade-off. В основу его работы положен предоставляемый группам пациентов выбор между более длинной жизнью в статусе пациента и более короткой в состоянии «абсолютного» здоровья. Например, пациент может в процессе опроса отказаться от пяти из 10 лет жизни с болезнью и текущим лечением ради того, чтобы провести остаток этих 10 лет в состоянии здоровья. Затем выбор в соответствующих пациентских подгруппах статистически усредняется [3].

Тем самым знание о предпочтительном методе лечения включает концептуализированное знание о страданиях, распределённое в том числе и среди пациентов, имеющих определенное заболевание, для которых и может быть предназначен оцениваемый метод. Пациенты выступают именно носителями знания, а не просто объектами статистического усреднения, социологического исследования, так как проблема качества жизни эксплицитно поставлена и решается ими как ценностная, а средство лечения раскрывается в соотношении с оптимальной биомедицинской технологией, полностью восстанавливающей качество жизни.

В контексте понимания научного знания как имеющего три аспекта (фактуальный, методологический, аксиологический) и тезиса о не-иерархическом соотношении этих аспектов, выдвинутом американским философом наук Л.Лауданом, мы можем описать деятельность NICE по оценке определённого средства лечения как проблематизацию методологического компонента биомедицины [4]. Эта проблематизация раскрывается в методологической рефлексии и обсуждению собственно самих средств оценивания. В этом свете коллективный субъект комиссии пересматривает имеющегося у него фактуальное знание, однако знания о ценностях распределено не только между членами комиссии, формулирующей «официальную позицию». Знание о ценностях как об опыте страдания эксплицитно выражается через решения поставленной перед пациентами проблемы целей и ценностей биомедицинских практик. И в этой связи их нельзя рассматривать ни как заказчиков или «клиентов», ни как агентов влияния. Однако, их включение в коллективность субъекта познания содержит риски, связанные с размыванием границ понятия, и утраты им эпистемологической релевантности. Таким образом представленный случай рассмотрения распределённого знания позволяет сформулировать два вопроса для дальнейшего анализа. Во-первых, о границах коллективности познающего субъекта: может ли служить сознательное участие только в одном из аспектов научной деятельности основанием для отнесения производящих это действие к коллективности познающего субъекта? Во-вторых, собственно о соотношении трех аспектов научной деятельности: может ли наступить момент, когда справедливо будет в контексте «экспертного» сообщества рассмотреть знание о (социально распределённых) ценностях не как аксиологическое, но как социологически рассмотренное фактуальное?

Источники и литература

- 1) Касавин И.Т. Социальная философия науки и коллективная эпистемология. М.: «Весь мир», 2016. 264 с. С. 174.

- 2) Measuring effectiveness and cost effectiveness: the QALY". NICE. 20 April 2010. Retrieved 15 Jun 2015. <https://www.nice.org.uk/process/pmg9/chapter/1-foreword>
- 3) Burstrom; Johannesson, M; Diderichsen, F; et al // A comparison of individual and social time-trade-off values for health states in the general population. Health Policy. 76 (3): 2006. Pp. 359–370.
- 4) Лаудан Л. Наука и ценности (главы из книги: Laudan L. Science and Values. Berkeley–Los-Angeles–L., 1984) // Современная философия науки: Хрестоматия. М., 1994. С. 199.
- 5) Тищенко П.Д. О множественности моральных позиций в биоэтике // Человек. 2008. № 1. С. 83-92.