

# Рационирование медицинской помощи: постановка вопроса о том, как распределяется медицинская помощь в условиях дефицита ресурсов

Василий В. Власов<sup>1</sup>, Сергей В. Шишкин<sup>1</sup>, Алла Е. Чирикова<sup>2</sup>,  
Петр Л. Хазан<sup>3</sup>, Анна В. Власова<sup>4</sup>

1 Национальный исследовательский университет «Высшая школа экономики», Москва, 101000, Россия

2 Институт социологии Федерального научно-исследовательского социологического центра Российской академии наук, Москва, 109544, Россия

3 НИИ урологии и интервенционной радиологии им. Н.А. Лопаткина, филиала ФГБУ «НМИЦ радиологии» Минздрава России, Москва, 105425, Россия

4 Первый московский государственный университет им. И. Сеченова, Москва, 119991, Россия

Получено 14 July 2022 ♦ Принято в печать 12 January 2024 ♦ Опубликовано 14 June 2024

**Цитирование:** V Vlassov, S Shishkin, A Chirikova, P Khazan, A Vlasova (2024) Rationing of medical care: how medical care to be distributed in conditions of limited resources. . Population and Economics 8(1):181–198. <https://doi.org/10.3897/popecon.8.e90359>

## Аннотация

Введение. Рационирование медицинской помощи — ограничение доступа пациентов к потенциально полезным медицинским вмешательствам, осуществляемое нерыночными инструментами, — естественная черта всех систем здравоохранения, поскольку они функционируют при ограниченности ресурсов. Цель настоящего исследования — характеристика практик рационирования и отношения к ней самих медиков с акцентом на сопоставление России и США и на изменения в восприятии рационирования в период пандемии COVID-19.

Методы. Мы провели библиометрический анализ публикаций в медицинской научной литературе с 1989 г. по проблематике рационирования медицинской помощи. Для характеристики практик рационирования в России и США и отношения к ним медиков мы использовали данные опубликованных исследований и данные полуструктурированных углубленных интервью с 28 российскими врачами.

Результаты. Несмотря на нарастающую в последние 20 лет частоту публикаций, относящихся к теме распределения ресурсов, исследования, использующие термин «рационирование», редки. И в России, и в США существуют практики эксплицитного и имплицитного рационирования. В России они более разнообразны и распространены. В обеих странах медики предпочитают имплицитное рационирование и не хотят открытого обсуждения этих вопросов. Практика рационирования институализирована, в российских медицинских организациях самой распро-

страненной ее формой является цепь разрешений на использование ресурсов. Но большинство врачей верят в то, что они не рационалируют помощь.

Пандемия ненадолго выдвинула тему рационарирования в публичное поле, но затем ее обсуждение было ограничено. Вероятная причина — медицинская практика в период пандемии осуществлялась в прежних правовых рамках. Профессиональные организации разработали ряд рекомендаций по рационарированию, но их полезность и степень принятия профессионалами и публикой неясны.

Выводы. Переход от имплицитного к эксплицитному рационарированию крайне труден, но необходим для обеспечения справедливого доступа пациентов к ограниченным медицинским ресурсам и эффективного функционирования систем здравоохранения. Основным барьером к явному и обоснованному использованию рационарирования является ограничение его принятия обществом и неготовность профессиональных сообществ принимать публичные решения, максимизирующие общественную пользу путем приоритизации доступа к эффективным вмешательствам.

### **Ключевые слова**

рационарирование медицинской помощи, системы здравоохранения, распределение ресурсов, COVID-19

**Коды JEL:** I10, I18

## **Введение**

Идеалом оказания медицинской помощи является ее предоставление всем по потребности, на высоком технологическом уровне и при всех возможных состояниях [Weale, 1995]. Фактически систем здравоохранения, отвечающих всем этим трем требованиям, создавать не удавалось. Ограниченность ресурсов имеет место в любой системе здравоохранения, и эта ограниченность обуславливает необходимость ограничения доступа пациентов к определенным вмешательствам. Такое ограничение принято обозначать термином «рационарирование медицинской помощи». В частной системе здравоохранения такое ограничение осуществляется рыночным механизмом: возможности доступа к тем или иным медицинским вмешательствам определяются платежеспособностью пациентов. В системах здравоохранения с общественным финансированием (бюджетной, обязательного медицинского страхования) ограничение доступа пациентов к определенным видам потенциально полезных медицинских вмешательств осуществляется нерыночными инструментами.

Рационарирование медицинской помощи не тождественно привычному для отечественной аудитории термину «нормирование». Оно может быть эксплицитным и имплицитным. Эксплицитное рационарирование имеет место тогда, когда регулирование доступа пациентов к определенным видам медицинских услуг в условиях их дефицита осуществляется на основе правил, которые в явном виде устанавливаются в прескриптивных документах. Способы такого рационарирования являются утверждаемые органами власти или профессиональными сообществами порядки оказания медицинской помощи, в т.ч. установление очередей, медико-экономические стандарты, клинические рекомендации и т.п. Имплицитное рационарирование имеет место тогда, когда регулирование доступа пациентов к определенным видам медицинских услуг в условиях их дефицита производится на основе либо неформальных правил, либо неотрефлексированных критериев, либо как побочный эффект ограничений, объявленных с иными целями.

Рационарирование — естественная черта всех систем здравоохранения, поскольку они функционируют при ограниченности ресурсов. Но обсуждение идеи и практик рационарирования, экспликация его критериев очень часто встречает неприятие и медиков, и широкой

общественности. Это связано с тем, что основной принцип эксплицитного рационирования состоит в ограничении или полном отказе от предоставления затратно неэффективных вмешательств. Но практическое применение этого простого принципа сталкивается с серьезными препятствиями [Purdy, 1996]. Экстремального размера трудности с принятием рационирования возникают в связи с неравным распределением потребностей в медицинской помощи среди населения и в период жизни отдельного человека. Например, в то время как большинство пациентов получают адекватное болезни лечение, некто может быть лишен доступа к единственному лечению для его болезни потому, что это лечение недостаточно эффективно и/или слишком дорого, т.е. имеет низкую ценность и поэтому не предоставляется. Такие случаи редки, но для них не существует удовлетворительного решения, и они привлекают сочувственное внимание.

Пандемия COVID-19 привела к появлению острого дефицита тест-систем, специализированного коечного фонда, оборудования, медикаментов, необходимых для лечения этого заболевания, и сделала очевидной необходимость рационирования медицинской помощи заболевшим. Сообщения о нехватке ресурсов и попытках рационирования были множественными во время пандемии.

Цель настоящего исследования — дать характеристику практик рационирования и отношения к ней самих медиков на примере двух крайне различных систем здравоохранения — России и США. Мы предполагали обнаружить прогресс в практике рационирования и его приемлемости, особенно в период пандемии COVID-19.

## Методы

Для достижения поставленной цели мы использовали сочетание нескольких объектов и методов исследования.

Проведен библиометрический анализ динамики публикаций в медицинской научной литературе по проблематике рационирования медицинской помощи. Для выявления таких публикаций мы анализировали данные базы MEDLINE с применением простого специфичного запроса “(rationing[tiab] OR health care rationing[mh]) AND XXXX[dp]”. Для анализа временного тренда в публикациях, использующих более широкую терминологию, отражающую исследование дефицита ресурсов, мы применили высокочувствительную стратегию: “(rationing[tiab] OR health care rationing[mh] OR triage[tiab] OR triage[mh] OR resource allocation[mh] OR scarce[tiab] OR priorit\*[tiab]) AND XXXX[dp]”. Для выделения публикаций, исходящих из США, мы дополняли первую стратегию: “AND (USA[ad] OR United States[ad])”. В этих стратегиях XXXX — год публикации. Термин “health care rationing” используется в классификаторе публикаций MeSH с 1989 г., “resource allocation” — с 2002 и “triage” — с 1976.

Содержание поля “address” надежно выделяет публикации, исходящие из США только после 1995 г. (установлено нами путем выборочной проверки). Мы анализировали литературу, относящуюся к рационированию медицинской помощи в РФ и США, начиная с 2000 г. Для этого использовался специфичный запрос в MEDLINE с добавлением указания на происхождение публикаций: “(rationing[tiab] AND (Russia\*[tiab] OR Russia[mh] OR Russian[la] OR United States[mh] OR USA[tiab]) AND 2000:2022[dp]”. Мы обнаружили всего 341 публикацию и после скрининга 36 включили в анализ.

Для поиска исследований рационирования медицинской помощи во время пандемии COVID-19 мы использовали запрос ““covid-19”[tiab] AND rationing[tiab]” в ноябре 2022 г. Всего найдено 250 статей, из которых 26 включено в анализ. Все результаты поиска расширялись через ссылки найденных статей. Количество публикаций, касающихся рационирования в российской литературе, мы параллельно проверили по электронному каталогу Центральной научной библиотеки «Российская медицина».

Для выявления изменений во внимании к проблематике рационарирования медицинской помощи мы провели анализ временного тренда в количестве публикаций с упоминанием рационарирования. База данных MEDLINE хорошо отражает содержание биомедицинской литературы в мире. Она изменяется и быстро растет в объеме. Поэтому в качестве показателя количества указанных публикаций мы использовали не абсолютное их значение, а долю (в процентах) в общем числе публикаций, зарегистрированных в MEDLINE в соответствующем году.

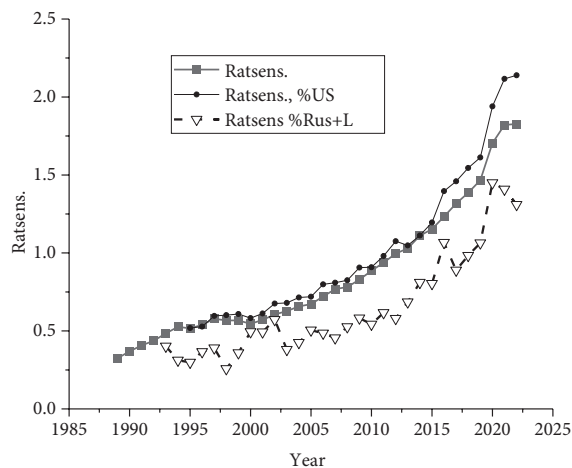
Для характеристики практик рационарирования в России и США использовались данные опубликованных исследований этой проблематики. Кроме того, мы провели 28 полуструктурированных углубленных интервью российских врачей для изучения их взглядов на разрешение ситуаций с дефицитом ресурсов и ограничением доступности медицинских вмешательств. В выборку вошли врачи (терапевты, гинекологи), рядовые работники и руководители, в том числе главные врачи и их заместители. Пилотный опрос был проведен в 2017 г. Интервьюируемые выбраны в Москве (2 организации — поликлиника и больница скорой помощи) и менее экономически благополучном регионе европейской части РФ (городская поликлиника, городская больница, центральная районная больница).

## Результаты

### Временной тренд публикаций по рационарированию медицинской помощи

Поиск с помощью высокочувствительного запроса публикаций о рациональном использовании ограниченных ресурсов в здравоохранении показывает неуклонный рост интереса к этой проблематике (рис. 1). Наибольший прирост количества публикаций с упоминанием рационального использования ресурсов наблюдался в 2020 г. Но даже после этого доля таких публикаций не превышает 2% от общего числа публикаций в MEDLINE. Следует отметить, что замедление прироста в 2021 и 2022 гг. может быть не истинным, поскольку часть публикаций появляются в MEDLINE с опозданием на месяцы, и даже более, чем на год, а также может отставать присвоение библиографами ключевых слов.

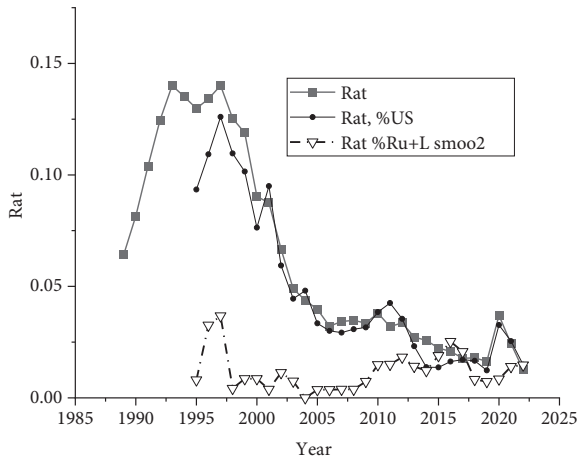
Среди публикаций, происходящих из РФ, доля публикаций о рациональном использовании ограниченных ресурсов в здравоохранении была меньше, чем во всем массиве публикаций, но начала заметно возрастать после 2015 г., достигнув максимума в 2020 г., когда она практически сравнялась со средней мировой (рис. 1). В публикациях из США доля публикаций о рациональном использовании ограниченных ресурсов близка к средней мировой до 2015 г., после



**Рисунок 1.** Доля публикаций в MEDLINE, соответствующих высокочувствительному запросу (публикации о рациональном использовании ограниченных ресурсов). Квадраты — доля публикаций о рациональном использовании ограниченных ресурсов в MEDLINE; треугольники — доля таких статей среди публикаций из РФ; кружки — доля таких статей среди публикаций из США

которого устойчиво превышает среднюю частоту. В 2021 г. публикации из США составляют 20,4% общего числа записей в MEDLINE, но доля публикаций о рациональном использовании ограниченных ресурсов, происходящих из США, в общем числе таких публикаций несколько выше — 23,7%.

После того как в 1989 г. был введен термин MeSH (Medical Subjects Headings) “health care rationing”, что отражало нарастающий интерес к проблеме, частота публикаций с упоминанием рационарования в здравоохранении нарастала до середины 1990-х годов, а затем быстро снизилась до уровня последних лет (рис. 2). Лишь после экономических кризисов есть небольшое увеличение публикаций по рационарованию, и последний пик — уже в 2020 г. В публикациях, происходящих из США, отклик на экономические кризисы виден несколько лучше, чем в мировой литературе в целом. В публикациях, происходящих из РФ, количество статей, соответствующих строгому запросу по рационарованию в здравоохранении, ничтожно: из 33 проанализированных лет в 18 годах таких 0-1, что не позволяет оценивать частоту и ее изменения. После 2015 г. обнаруживается 20 статей, из которых при изучении абстрактов только четыре действительно касаются проблемы использования ограниченных ресурсов. Дополнительная проверка по каталогу Центральной научной библиотеки «Российская медицина» обнаруживает лишь две статьи, имеющих в заглавии «рационарование» на июль 2022 г.



**Рисунок 2.** Доля публикаций в MEDLINE, соответствующих строгому запросу по рационарованию в здравоохранении. Квадраты — доля публикаций о рационаровании в здравоохранении; кружки — доля таких статей среди публикаций из США; треугольники — доля среди публикаций из РФ. Ввиду малого числа публикаций данные о РФ сглажены усреднением двух соседних значений

## Рационарование в системах здравоохранения

Рассмотрим теперь практики рационарования медицинской помощи на примере двух крайне различных систем здравоохранения — США и России. В первой — самые большие расходы и значительное неравенство в доступе к помощи. Во второй — расходы ниже средних для стран ОЭСР примерно в два раза и формальное равенство доступа к помощи, финансируемой из общественных средств.

## Рационарование медицинской помощи в США

Самым известным примером эксплицитного рационарования медицинской помощи в США является так называемый Орегонский проект, который представлял собой организацию оказания медицинской помощи бедным (по программе Medicaid) на основе финансирования наиболее затратно эффективных вмешательств и отказа финансирования менее затратно эффективных вмешательств [Worat, 1992]. Этот проект остается уникальным примером того, как рационарование может быть проведено на основе общественного согласия, а не только

техническим решением. В менее чистом виде элементы рационарирования существуют в здравоохранении США в виде программ управляемой помощи при хронических заболеваниях, в виде ограничений страхового покрытия и в виде функции привратника у врача первичной медицинской помощи [Purdy, 1996]. Наличие элементов рационарирования подтверждается при обращении в суд пациентов, неудовлетворенных объемом оказанной помощи. Только 60% врачей в отделениях интенсивной терапии (ОРИТ) утверждают, что они оказывают всю необходимую пациенту помощь независимо от стоимости [Ward et al., 2008]. Более того, при поступлении пациентов, превышающих мощность ОРИТ, пациентов сортируют, и в ОРИТ попадают лишь некоторые.

Примером рационарирования служит также регулирование оказания медицинской помощи больным гепатитом С. Новые противовирусные лекарства для лечения гепатита С, появившиеся на рынке в 2015-2018 гг., были дороги даже для американского рынка. Поэтому клинические рекомендации в США рекомендовали врачам, каким пациентам назначать эти средства, хотя почти каждый пациент мог быть излечен.

Для эксплицитного рационарирования необходима развернутая практика оценки медицинских технологий (ОМТ). Она может предоставить сравнительные данные об эффективности, безопасности и стоимости вмешательств, на основании которых только и возможно отклонить вмешательства, создающие меньшую ценность и потребляющие непропорционально много ресурсов. Несмотря на то что США были пионерами в ОМТ, национальной программы ОМТ в США нет, хотя компетенции присутствуют в университетах и системе здравоохранения.

В США рационарирование медицинской помощи плохо воспринимается обществом. настолько, что иногда используется выражение “R-word”. В исследованиях систематически выявляется неудовлетворенность населения США системой здравоохранения, и значительная часть населения соглашается с тем, что необходим всеобщий доступ к медицинской помощи. Однако, когда в интервью или опросниках упоминаются такие инструменты управления доступом к медицинской помощи, как очередь, поддержка этих мер очень низка [Blendon et al., 2006]. Многие врачи в США отвергают возможность рационарирования, и большинство утверждают, что они предоставляют своим пациентам всю необходимую помощь без учета затрат [Scheunemann, White, 2011]. В одном из характерных опросов врачей 67% респондентов поддерживали меры по сдерживанию цен, но 54% возражали против использования инструментов, использующих оценки затратной эффективности в принятии медицинских решений об оказании определенных видов помощи [Antiel et al., 2013]. Детальные дискуссии о сдерживании расходов и уменьшении использования вмешательств с малой ценностью развиваются в профессиональных группах, но сделать их публичными трудно, ибо они легко переходят границы политкорректности [Reinhardt, 2008].

## **Рационарирование медицинской помощи в России**

Обсуждение практик рационарирования медицинской помощи в российском здравоохранении необходимо предварить характеристикой государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи. Современная ситуация определяется Федеральным законом «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (№ 323-ФЗ от 21.11.2011), согласно которому доступность и качество медицинской помощи обеспечиваются в том числе предоставлением медицинской организацией гарантированного объема медицинской помощи в соответствии с программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи (статья 10, пункт 5). Последняя предписывает средние нормативы объема медицинской помощи по видам, условиям и формам ее оказания. Субъектами Российской Федерации устанавливаются дифференцированные нормативы объема медицинской помощи на одного жителя и нормативы объема медицинской помощи на одно застрахованное лицо

с учетом этапов оказания медицинской помощи, уровня и структуры заболеваемости, особенностей половозрастного состава и плотности населения, транспортной доступности, а также климатических и географических особенностей регионов, приоритетности финансового обеспечения первичной медико-санитарной помощи.

При формировании территориальной программы обязательного медицинского страхования субъект Российской Федерации учитывает объем специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи в стационарных условиях и условиях дневных стационаров, оказываемой медицинскими организациями. Субъект Российской Федерации вправе корректировать указанный объем с учетом реальной потребности граждан в медицинской помощи, следовательно, территориальные нормативы объема специализированной медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях и условиях дневных стационаров, могут быть обоснованно выше или ниже средних нормативов.

Закон № 323-ФЗ также определяет права граждан на лекарственное обеспечение, в том числе путем установления государственных гарантий в виде обеспечения лекарственными препаратами и специализированными продуктами лечебного питания за счет средств обязательного медицинского страхования, бюджетных ассигнований федерального бюджета и бюджетов субъектов Российской Федерации.

Государственные гарантии бесплатного оказания медицинской помощи, следует подчеркнуть, сами по себе не являются формами эксплицитного рационирования медицинской помощи. Нормативы объемов медицинской помощи являются усредненными показателями, используемыми для целей планирования ресурсного обеспечения территориальных систем здравоохранения. Они представляют собой ресурсные ограничения возможностей получения медицинской помощи на макроуровне. Но они не устанавливают в явном виде ограничений доступа пациентов к медицинским вмешательствам на микроуровне.

Вместе с тем некоторые решения по организации оказания медицинской помощи и практик ее оказания являются по существу формами рационирования или определенно несут признаки такого рационирования. Так, в 1990-е гг., в стремлении сохранить современные медицинские технологии, которые были доступны только в небольшом числе образцовых медицинских центров, правительство РФ создало специальную линию финансирования для «высокотехнологичной» (дорогостоящей) помощи. Позднее было введено регулирование доступа к этой помощи через квоты, выделяемые регионам страны. Число таких квот было недостаточным, прежде всего по причине недостаточного финансирования. Это квотирование высокотехнологичной медицинской помощи, ограничения предоставления лекарственной помощи при амбулаторном лечении (только определенным категориям граждан) и при лечении в стационарах (в пределах перечня жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов) представляло собой вынужденное рационирование. При этом распространенной практикой являлось дополнение эксплицитного рационирования имплицитным, основанным на оценке нужды, возраста и перспектив лечения.

Существующие клинические рекомендации оказания медицинской помощи при заболеваниях (КР), сами по себе не являясь формами эксплицитного рационирования медицинской помощи, тем не менее создают условия для использования имплицитного рационирования.

Традиционно российские медицинские ассоциации создают свои клинические рекомендации (КР), опираясь на лучшие мировые образцы. Это происходит под руководством Министерства здравоохранения, которое одобряет КР, и они становятся обязательными для исполнения. Существовавшая практика приводила к тому, что КР могли рекомендовать вмешательства, не предоставляемые бесплатно и по цене, недоступной большинству граждан [Vlassov, 2016]. Так, в начале 2000-х Российское общество клинических онкологов в своих КР предлагало две программы лечения — полную/оптимальную и минимальную. Это была инициатива общества в помощь врачам, практикующим в условиях ограниченного финансирования. Но при этом алгоритм отбора пациентов для предоставления дефицитного лечения



отсутствовал. В настоящее время направление пациента на этап специализированной медицинской помощи, в том числе высокотехнологичной, осуществляется по решению врачебной комиссии на основании медицинских показаний, определяемых актуальными клиническими рекомендациями.

Отношение к рационарированию медицинской помощи в российском обществе является амбивалентным. Несмотря на хроническое недофинансирование системы здравоохранения по сравнению с имеющимися потребностями в оказании медицинской помощи, в РФ отсутствуют дискуссии по поводу предоставления отдельным группам пациентов крайне дорогих вмешательств. Так, затратная эффективность новых противораковых препаратов и возможность балансирования бюджета ограничением или исключением вмешательств с низкой ценностью и высокой ценой почти не обсуждается в профессиональной среде и в масс-медиа. Доступ к новым противораковым средствам представляется величайшим благом по определению. Врачи в РФ по закону не имеют права ограничивать лечение пациента, если это может привести к сокращению продолжительности жизни, несмотря на предпочтения пациента, даже если речь идет о вмешательствах, которые врачи полагают бесполезными. Соответственно, врачи в РФ более склонны к проведению потенциально продлевающих жизнь вмешательств дементным пациентам, чем их европейские коллеги [Dowling et al., 2022].

Авторы полагают, что в РФ имеются компетенции ОМТ, но долгое время сколь-нибудь широкого распространения практика ОМТ не получала. Даже там, где проведение анализа затратной эффективности было предписано нормативными документами (при оценке лекарств, вводимых в перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов [Правительство РФ, 2014]), он применяется формально.

Результаты наших интервью с врачами согласуются с выводами из анализа литературных данных: практика рационарирования институализирована в российских медицинских организациях, но большинство врачей верят в то, что они не рационарируют помощь. В этом они схожи с американскими коллегами [Ward et al., 2008]. Распространенной формой рационарирования является цепь разрешений на использование ресурсов. Роль врачебных комиссий в данном случае чрезвычайно велика, как это следует из некоторых оценок, полученных от руководителей медицинских учреждений: *«Когда мы видим, что у нас с записью проблема, или один и тот же врач посылает больных на МРТ без должных показаний, тогда включается административный регулятор. В виде комиссии. Комиссия разбирается с обоснованностью направлений на тот или иной вид исследования... с которыми возможны проблемы с доступностью — это КТ, МРТ, ЦДС сосудов... По факту комиссия заседает каждый день. Каждый день в течение всего дня врач может принести заявку...»* — поясняет начмед одной из московских поликлиник. Как показывают интервью, официально эта практика введена для удостоверения правильности назначения врача: *«Комиссия разбирается не только с теми, кто избыточно направляет на исследования, но и выборочно смотрит на направления других врачей. Берет карты и выборочно проверяет. Комиссия подтверждает только 70% назначений. Иногда больше».*

В отношении налагаемых ограничений врачи подчеркивают, что, если тест действительно нужен, от комиссии можно получить одобрение. Назначение не показанных тестов врачом может привести к санкциям к нему со стороны руководителей: *«Я могу назначить дополнительные тесты и обследования при неясном диагнозе, но это себе дороже. Мне могут жестко указать на недопустимость, а могут мягко. В любом случае я оказываюсь под ударом. Так стоит ли рисковать?»*

Описанные формы контроля назначений приводят к увеличению организационной и «бумажной» работы для врача и уже этим могут затруднять доступ к дорогостоящим вмешательствам. Некоторые врачи, работающие в амбулаторной сфере, сообщали, что в результате исполнения всех предписаний у них возникает впечатление коллективной работы против интересов пациента.



В больших больницах для оптимизации фармакотерапии существуют клинические фармакологи. Их работа, нацеленная на исключение научно необоснованной терапии и оптимизацию предписанной рекомендациями терапии, вызывает позитивные отклики у московских врачей. Московские врачи, особенно работающие амбулаторно, позитивны по отношению к ограничениям, вводимым КР, поскольку это защищает их от очень требовательных пациентов. Врачи в основном описывают коллегиальные решения как хорошую, полезную практику. Хирурги в больницах также отмечают полезность ограничений в КР для сохранения ресурсов. Другие врачи обращают внимание на несовершенство КР, предписывающих ненужные тесты и процедуры, что увеличивает расход ресурсов и трудоемкость ведения больных, например тесты перед госпитализацией и при выписке.

В провинциальных медицинских учреждениях контроль за расходами, по мнению опрошенных, менее формален, больше зависит от действий руководителей и возможности исполнения КР и требований страховых компаний. И если в 1990-е и в начале 2000-х гг. подобные алгоритмы были обусловлены дефицитом средств, необходимостью ограничить расход ресурсов, чтобы их хватило для наиболее нуждающихся, сэкономить расходные материалы, ресурс аппаратуры, то современная ситуация более формализована финансированием медицинской деятельности в рамках Программы государственных гарантий.

Врачи, несмотря на высказываемую убежденность в том, что все пациенты равны, все же признают наличие приоритетных пациентов: тяжелые больные, матери с детьми, начальники и другие рекомендованные руководством или коллегами. Пожилые пациенты упоминаются лишь при сравнении с получающими помощь предпочтительно. Большинство врачей с нежеланием обсуждали предпочтения, некоторые указывали на молодых тяжелых пациентов как группу приоритетного получения помощи: *«Молодые и неясные пациенты имеют предпочтение перед всеми остальными. Например, кровотечение, резкое снижение гемоглобина... Если человеку 30 лет и у него снижается гемоглобин, надо понять, почему именно... Здесь можно выйти и за стандарты... Все назначения на диагностику мы утверждаем таким пациентам быстрее... Пускаем их в первую очередь...»* — замечает начмед московской поликлиники.

В целом в столице и провинции врачи описывали свою практику не как рacionamento, а как ежедневное служение пациентам с преодолением существующих ограничений. Только некоторые протестовали против ограничений, налагаемых в КР или перечнями лекарственных препаратов. Почти все врачи отвергали рacionamento в интересах пациента с лучшим прогнозом и указывали на первоочередность помощи острым пациентам с тяжелым состоянием. *«Выбор между пациентами возможен тогда, когда есть тяжелейший погибающий пациент, а рядом пришел пациент своими ножками. Вот тогда максимально силы бросишь на тяжелого пациента, чтобы его спасти с того света... Один может идти, а второй в коме. Кого спасать? Будешь спасать того, кто в коме... А тот, кто пришел сам, может посидеть и подождать...»* — замечает в своем интервью респондент из московской больницы. Эти вербализуемые предпочтения схожи с пониманием и оценками европейских и американских коллег [Strech et al., 2008; Berney et al., 2005; Butler, 1999].

Эта точка зрения лишь на первый взгляд выглядит противоречащей идее приоритизации вмешательств на основе исключения тяжелых бесперспективных больных. При дефиците врачей приоритетными становятся вмешательства у тяжелых перспективных больных, и трудозатратные вмешательства должны ограничиваться [Butler et al., 2022].

Вместе с тем наши респонденты признавали и наличие имплицитного рационирования, осуществляемого по другим принципам. Особую роль при выборе тех, кому врачи отдают предпочтение, имеют так называемые «комплаентные» пациенты, которым свойственна приверженность к лечению и готовность выполнять все предписания врача. Врачи прибегают также к неформальному рационированию в случаях с родственниками или статусными пациентами, *«когда своих двигают вперед всех... Сват, брат, сосед...»* (из интервью начмеда поликлиники при центральной районной больнице).

## Рационарирование в период эпидемии COVID-19

Пандемия COVID-19 привела к быстрому росту нужды в медицинской помощи, к которому национальные системы здравоохранения не были готовы. Врачи на переднем крае, не имеющие достаточной защиты и других ресурсов, столкнулись с необходимостью оказывать помощь тяжелым больным, в том числе проводить искусственную вентиляцию легких, при недостатке аппаратов искусственной вентиляции легких (ИВЛ). Их усилия оказывать помощь, отказывая в вентиляции легких пожилым пациентам, были встречены обществом с ужасом.

Пандемия выдвинула тему рационарирования медицинской помощи в публичное поле. Первоначально внимание было приковано к аппаратам ИВЛ в том числе потому, что их применению отводилась ключевая роль. Драматические сообщения из Италии вскоре затмили сообщения из других стран [Nacoti et al., 2020]. В медицинских журналах и газетах публикации о дефиците средств стали анонимными [Rosenbaum, 2020]. Вскоре больше внимания к рационарированию уделялось в публикациях США, чем в Европе [Orfali, 2020; Emanuel et al., 2020]. Оказание помощи пожилым людям было и остается в центре исследований трагедий этой пандемии. Во-первых потому, что места сконцентрированного проживания пожилых людей стали местами сконцентрированной смертности. Во-вторых потому, что дефицит аппаратов ИВЛ и почти безуспешная терапия самых старших пациентов на ИВЛ естественным образом привели к идее предпочтительного предоставления аппаратов ИВЛ молодым пациентам [Rosenbaum, 2020; Craxi et al., 2020].

Предпочтение оказания помощи молодым традиционно. Оно основано на идее равенства — молодые люди тоже должны иметь шанс жить долго (прожить свой жизненный цикл). Но в эту эпидемию суждение было проще: раз пожилые часто погибают, то предоставление им ИВЛ — напрасная трата ресурса. Это рассуждение близко к военно-медицинскому. Традиционно в военной медицине предпочтение в срочном оказании помощи отдавалось раненым с высокой вероятностью риска смерти или необратимого повреждения при условии перспективности выживания. Во время Второй мировой войны появилась другая идея: поскольку тяжелораненые вряд ли вернутся в строй, постольку помощь в первую очередь надо оказывать легкораненым, которые быстрее вернутся в строй и помогут скорее победить в войне. Конечно, этот способ действий никогда не был обоснован исследованиями и серьезными расчётами. Он в большей или меньшей степени практиковался в армиях, будучи основанным на правдоподобных рассуждениях.

В эпидемию идея отказа самым пожилым в ИВЛ при необходимости была встречена обществом с пониманием, но реакция гериатров и специалистов по медицинской этике была критической [Bonneuil, 2021; Farrell et al., 2020b; Boreskie et al., 2020; Naughton et al., 2021]. Гериатрам понятно, что надо ориентироваться не на возраст, а на сопутствующие заболевания и хрупкость (frailty), для оценки которой существуют инструменты [Boreskie et al., 2020; Wilkinson, 2020; Aliberti et al., 2021; Ryan, 2022]. Населению также не чуждо такое понимание. В репрезентативном опросе голландцев весной 2020 г. выявлено, что большинство доверяют решению о предпочтительном оказании помощи врачам или экспертным комитетам и поддерживают приоритизацию в пользу уязвимых групп и лиц, имеющих перспективу выживания, но не поддерживают приоритизацию на основе фиксированных личных признаков, таких как возраст [Dieteren et al., 2022]. В подобном, но более детализированном исследовании англичане поддерживали рационарирование на основе шансов на выживание и защиты уязвимых лиц, в том числе беременных, но поддерживали и ограничения доступа к ИВЛ для преступников и лиц, без нужды вовлеченных в активности, связанные с высоким риском заражения COVID-19 [Chan et al., 2022].

Особенный опыт этой эпидемии — необходимость рационарирования и тяжелая ситуация со здравоохранением были предъявлены публике. Врачи же утвердились во мнении, что рационарирование должно проводиться в тишине [Rosenbaum, 2020]. Анонимность сообщений об отказе в ИВЛ и о событиях рационарирования вообще была связана с тем, что почти везде

медицинская помощь оказывалась в рамках обычного законодательства, почти нигде не были введены ограничения военного положения или нечто подобное, ограничивающее ответственность врачей [Rosenbaum, 2020]. Каждый факт непредоставления потенциально жизнеспасющего вмешательства пациенту был возможным поводом для обращения в суд и больших проблем для больницы [Ferorelli et al., 2020]. В результате мы ничего не знаем о статистике рационирования в эпидемию. Мы даже не знаем статистики обеспеченности больниц защитным снаряжением. От РФ до США врачи и медсестры анонимно сообщали, что им запрещает администрация больницы говорить с прессой, сообщать о дефицитах и трудностях.

Содержание дискуссий о рационировании имеет некоторую национальную специфику. В США перераспределение пациентов между медицинскими организациями было ограничено [Nurok et al., 2022]. Там дискриминация меньшинств и социально уязвимых групп стала важной темой [Orfali, 2021; Ryan, 2022]. В Европе разнообразия проблем и их интерпретаций больше, и рационирование выглядит более приемлемым объектом, чем в США. В Италии врачи, больницы, региональные системы обратились от проблем отдельных пациентов к проблемам сообществ, к максимуму общественного блага наряду с расширением мощности отделений интенсивной терапии [Nacoti et al., 2020; Tonetti et al., 2020]. Важно, что в обществе идея рационирования помощи с целью увеличения общественного блага, спасения жизней находила широкую поддержку, в то время как эгалитарные стратегии — нет [Dowling et al., 2022].

Организация системы здравоохранения и опыт граждан в соприкосновении с распределением ресурсов сказались как на отношении граждан к проблеме, так и на действиях системы здравоохранения, на содержании и процессах разработки клинических рекомендаций по оказанию медицинской помощи, включающих ее рационирование [Orfali, 2020].

В общем врачи и специалисты по этике, работающие над КР, придерживаются утилитаристского подхода. Их основная цель — создать такие процедуры, которые заменят невнятные, сиюминутные скрытые от глаз общества решения по рационированию [Lahey, 2020; Rosenbaum, 2020]. Даже если оставить в стороне новый характер болезни и отсутствие специфического лечения, уже сама скорость развития ситуации в стране в целом и в отдельных больницах была такой, что врачи были не готовы к решениям, которых от них требовала ситуация, страдали от усталости, стресса, страха [Butler et al., 2020; Ćartolovni et al., 2021]. Обычно врачи годами, день за днем используют одни и те же критерии госпитализации, критерии помещения в ОРИТ. В эпидемию критерии госпитализации приходилось изменять иногда ежедневно, изменять алгоритмы ведения пациентов дома, в палатах наблюдения, в палатах интенсивной терапии, правила перевода между ними [Rosenbaum, 2020].

Важным аспектом рационирования, в особенности в эпидемию, является ограничение автономии пациента, даже если он находится в ясном сознании. Суррогатное согласие практически невозможно получить. Существующие в США правила согласованного заранее отказа от реанимации было невозможно исполнить. Все эти трудности легли на плечи врачей и сестер, которые вынуждены были принимать решения, правила для которых отсутствовали [Sultan et al., 2021; Truog et al., 2020; Emanuel et al., 2020].

Новые алгоритмы сортировки, предложенные в КР, разработанных в 2020 г. и позже, становились все более сложными. Например, некоторые КР предлагают разделять процесс принятия решений о рационировании и процессы оказания помощи, т.е. фактически требуют участия дополнительного квалифицированного врача. Другие предлагают принимать решения о рационировании коллективно с участием вспомогательных специалистов. Для обеспечения правильности решений предлагается создавать процедуры контроля за решениями о рационировании и процедуры обжалования и обновления [Truog et al., 2020]. Эти и другие рекомендации по рационированию делают проблематичным само использование этих рекомендаций в ситуации перегрузки больницы и противоэпидемической изоляции, т.е. тогда, когда проблема наиболее остра [Supady et al., 2021; Bellone, 2020].

## Дискуссия

В современных системах здравоохранения, в том числе в США и РФ, сохраняется практика имплицитного рационарирования, осуществляемого ежедневно под другими именами, поскольку оно удобней для лиц, принимающих решения. Скрытой стороной этого «преимущества» является перекалывание ответственности за решения на врача, который, в свою очередь, маскирует рационарирование медицинскими аргументами. При этом и администраторы, и врачи не хотят открытого обсуждения рационарирования, поскольку факт непредоставления потенциально полезного лечения может вести к негативным последствиям для системы здравоохранения, медицинских организаций, причастных к таким случаям врачей.

Практики имплицитного рационарирования имеют два рода разнонаправленных последствий. С одной стороны, они содействуют устойчивому функционированию медицинских организаций в условиях недостаточности ресурсов по сравнению с потребностями и запросами пациентов в получении медицинской помощи. С другой стороны, такие практики разрушительны как для морали врача, так и для качества медицинской помощи. Переход от имплицитного к эксплицитному рационарированию крайне труден, но необходим для обеспечения справедливого доступа пациентов к ограниченным медицинским ресурсам и эффективного функционирования систем здравоохранения.

Важнейшая трудность введения эксплицитного рационарирования в системе с существенно ограниченными ресурсами заключается в том, что при рационарировании будет достигаться улучшение показателей работы системы и исходов по состоянию здоровья населения, но доля отклоняемых затратно менее эффективных вмешательств окажется столь значительной, что большая часть дорогостоящих вмешательств, таких как современные противораковые средства, будет исключена. Финансы Medicaid, доступные в Орегоне, оказались достаточно большими для того, чтобы в рассмотренной выше программе не были ограничены такие вмешательства, как современная химиотерапия. В странах с существенно более низким уровнем финансирования здравоохранения ситуация будет принципиально иной: эксплицитное рационарирование приведет к необходимости сокращения доступа граждан ко многим вмешательствам, которые обладают низкой затратной эффективностью, и такое сокращение может стать фактором социального напряжения.

Распределение ограниченных ресурсов здравоохранения будет приемлемо для общества, если это распределение будет прозрачно, контролируемо законным институтом, если решения будут приниматься на принципах, приемлемых для большинства, соответствовать принципам права, современным научным данным, адресоваться специфическому рационарируемому вмешательству [Daniels, 2000; Fink, 2020; Perin, De Panfilis, 2021; Ehmann et al., 2021].

Это важно иметь в виду, поскольку идея распределения ресурсов привлекает различные заинтересованные стороны. Например, предлагается использовать рационарирование донорских органов для принуждения к вакцинации — путем отказа в трансплантации невакцинированным, и ограничивать предоставление им других вмешательств [Appel, 2022; Robertson, 2022].

Доступ к медицинской помощи в современном мире рассматривается как право. Помощь должна оказываться на основе добровольного информированного согласия. В идеале решение о медицинском вмешательстве должно быть общим — врача и пациента (shared decision making). С такой медицинской помощью совместимо только эксплицитное рационарирование, принятое общественным согласием и детализированное нормативами, т.е. не возложенное на врача.

Потребность в более развитом законодательстве в отношении рационарирования медицинской помощи была очевидна задолго до этой пандемии [Di Costanzo, 2020]. Несмотря на это, службы интенсивной терапии оказались неготовыми к тяжким событиям эпидемии. Еще менее к катастрофической нагрузке оказались готовы больницы, в целом система здравоохра-

нения, общество. Планы 2005 г. по развитию готовности к возможной пандемии оказались проваленными везде [WHO, 2005, 2017]. Часть этих планов — разработка КР. Они нужны, и с марта 2020 г. целый ряд их были разработаны и уже обновлены [Vergano et al., 2020; Farrell et al., 2020a; Leclerc et al., 2020; Jöbges et al., 2020; dos Santos et al., 2020; Sprung et al., 2020; SEMICYUC, 2020; Ehmann et al., 2021].

Важно, что в разработке КР принимали участие представители пациентов, населения. Опыт этот бесценен, и эти КР станут элементом готовности к будущим эпидемиям. Интерес к рационированию и толерантность к нему в эпидемию растут так же, как во время войны. К сожалению, интерес профессионалов и публики к рационированию снижается. Мы можем только надеяться, что восприятие рационирования и переход к более открытому, тщательно рассчитанному рационированию установится на новом уровне, и в системах здравоохранения будет меньше имплицитного рационирования.

Существует пессимистический взгляд на эту проблему, предсказывающий, что современное общество, может быть, неспособно выработать хорошие правила рационирования, приемлемые в ситуации, когда под вопросом жизнь отдельного человека [Calabresi, Bobbitt, 1978]. Возможно, это так, но это не избавляет нас от потребности разработать хотя бы приемлемые правила, продвинуть в общественное сознание лучшее понимание сущности рационирования, создать лучшие условия для работы врачей «на переднем крае» [Bellone, 2020]. Некоторый объем исследований проблемы рационирования был выполнен в рамках готовности к возможной эпидемии [Daugherty Biddison et al., 2019]. Итальянский опыт показал, что те больницы, которые были организационно подготовлены к всплеску госпитализаций, лучше перенесли период перегрузки [Tonetti et al., 2020].

Развитие готовности к новым эпидемиям включает не только материальные запасы и организационные решения. Оно должно включать в себя и обучение работников системы здравоохранения, и просвещение граждан относительно планов готовности и технических решений. В 2020 г. многие предполагали, что уроки пандемии COVID-19 приведут к аккумуляции ресурсов и большей готовности медицинских организаций [Arabi et al., 2021]. К сожалению, как мы видим уже сегодня, важные проблемы дня отвлекают правительства от повышения готовности к новым эпидемиям. Предстоит еще большая работа врачей и политиков для того, чтобы подготовить международное здравоохранение и здравоохранение в отдельных странах к будущим эпидемиям для того, чтобы исчезло неприемлемое имплицитное рационирование, которое мир практиковал до эпидемии и практикует сегодня.

## Заключение

Несмотря на нарастающую в последние 20 лет частоту публикаций, относящихся к теме распределения ограниченных ресурсов в здравоохранении, исследования, использующие термин «рационирование», редки. В период пандемии COVID-19 возник кратковременный всплеск внимания к рационированию. Разработан ряд клинических рекомендаций по ведению больных в условиях дефицита ресурсов, которые применительно к пандемии используют технологии рационирования в различной форме.

Рационирование медицинских вмешательств существует и неизбежно. Для его эффективного функционирования — достижения максимального общественного блага — необходимо общественное согласие и эксплицитность рационирования. Без последнего справедливая и уважающая права человека система здравоохранения невозможна.

Однако для эффективного оказания медицинской помощи за пределами COVID-19 рационирование не только должно быть эффективным и справедливым, оно должно быть поддержано обществом. Это может быть труднодостижимо в системах, подобных российской и американской, где наложение ограничений на доступ к медицинской помощи неприемле-

мо по соображениям, проистекающим извне системы медицинской помощи. Если не удастся развернуть публичную дискуссию о рационарировании с целью просвещения населения и активизации его отношения к медицинской помощи, то практика вернется к имплицитному рационарированию, и неизбежно будут нарастать проблемы, связанные с невозможностью обеспечить всех равно все более дорогими средствами терапии.

## Финансирование

Исследование поддержано в рамках Программы фундаментальных исследований НИУ ВШЭ.

## Литература

- Aliberti M.J.R., Szlejf C., Avelino-Silva V.I., Suemoto C.K., Apolinario D., Dias M.B. et al. (2021) COVID-19 is not over and age is not enough: Using frailty for prognostication in hospitalized patients // *Journal of the American Geriatrics Society*: 69(5): 1116–27. <https://doi.org/10.1111/jgs.17146>
- Antiel R.M., Curlin F.A., James K.M., Tilburt J.C. (2013) The moral psychology of rationing among physicians: the role of harm and fairness intuitions in physician objections to cost-effectiveness and cost-containment // *Philosophy, Ethics, and Humanities in Medicine*: 8: 13. <https://doi.org/10.1186/1747-5341-8-13>
- Appel J.M. (2022) Personal responsibility and transplant revisited: A case for assigning lower priority to American vaccine refusers // *Bioethics*: 36(4): 461–8. <https://doi.org/10.1111/bioe.13020>
- Arabi Y.M., Azoulay E., Al-Dorzi H.M., Phua J., Salluh J., Binnie A. et al. (2021) How the COVID-19 pandemic will change the future of critical care. *Intensive Care Medicine* 47(3): 282–91. <https://doi.org/10.1007/s00134-021-06352-y>
- Bellone A. (2020) Covid-pandemia: Learning from mistakes during the pandemic? // *Emergency Care Journal*: 16(3). URL: <https://doaj.org/article/07c06f6318f84e38905f67567d28aa81>
- Berney L., Kelly M.J., Doyal L., Feder G., Griffiths C., Jones I.R. (2005) Ethical principles and the rationing of health care: A qualitative study in general practice // *British Journal of General Practice*: 55(517): 620–5. URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1463218/>
- Blendon R.J., Brodie M., Benson J.M., Altman D.E., Buhr T. (2006) Americans' views of health care costs, access, and quality // *The Milbank Quarterly*: 84(4): 623–57. <https://doi.org/10.1111%2Fj.1468-0009.2006.00463.x>
- Bonneuil N. (2021) Optimal age- and sex-based management of the queue to ventilators during the Covid-19 crisis // *Journal of Mathematical Economics*: 93: 102494. <https://doi.org/10.1016/j.jmateco.2021.102494>
- Boreskie K.F., Boreskie P.E., Melady D. (2020) Age is just a number — and so is frailty: Strategies to inform resource allocation during the COVID-19 pandemic // *CJEM*: 22(4): 411–3. <https://doi.org/10.1017/cem.2020.358>
- Butler C.R., Webster L.B., Diekema D.S. (2022) Staffing crisis capacity: a different approach to healthcare resource allocation for a different type of scarce resource // *Journal of Medical Ethics*: <https://doi.org/10.1136/jme-2022-108262>
- Butler C.R., Wong S.P.Y., Wightman A.G., O'Hare A.M. (2020) US Clinicians' Experiences and Perspectives on Resource Limitation and Patient Care During the COVID-19 Pandemic // *JAMA Network Open*: 3(11): e2027315. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2020.27315>
- Butler J. (1999) The modern doctor's dilemma: rationing and ethics in healthcare // *Journal of the Royal Society of Medicine*: 92(8):416–21. <https://doi.org/10.1177%2F014107689909200815>
- Calabresi G., Bobbitt P. (1978) *Tragic choices*. Norton, New York.



- Čartolovni A., Stolt M., Scott P.A., Suhonen R. (2021) Moral injury in healthcare professionals: A scoping review and discussion // *Nursing Ethics*: 28(5): 590–602. <https://doi.org/10.1177/0969733020966776>
- Chan L., Schaich Borg J., Conitzer V., Wilkinson D., Savulescu J., Zohny H., Sinnott-Armstrong W. (2022) Which features of patients are morally relevant in ventilator triage? A survey of the UK public // *BMC Medical Ethics*: 23(1): 33. <https://doi.org/10.1186/s12910-022-00773-0>
- Craxi L., Vergano M., Savulescu J., Wilkinson D. (2020) Rationing in a Pandemic: Lessons from Italy // *Asian Bioethics Review*: 12(3):325–30. <https://doi.org/10.1007%2Fs41649-020-00127-1>
- Daniels N. (2000) Accountability for reasonableness // *BMJ*: 321(7272): 1300–1. <https://doi.org/10.1136%2Fbmj.321.7272.1300>
- Daugherty Biddison E.L., Faden R., Gwon H.S., Mareiniss D.P. et al. (2019) Too Many Patients...A Framework to Guide Statewide Allocation of Scarce Mechanical Ventilation During Disasters // *Chest*: 155(4): 848–54. <https://doi.org/10.1016/j.chest.2018.09.025>
- Di Costanzo C. (2020) Healthcare Resource Allocation and Priority-setting. A European Challenge // *European Journal of Health Law*: 27(2): 93–114. <https://doi.org/10.1163/15718093-12271448>
- Dieteren C.M., van Hulsen M.A.J., Rohde K.I.M., van Exel J. (2022) How should ICU beds be allocated during a crisis? Evidence from the COVID-19 pandemic // *PLoS One*: 17(8): e0270996. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0270996>
- dos Santos M.J., Martins M.S., Santana F.L.P. et al. (2020) COVID-19: instruments for the allocation of mechanical ventilators—a narrative review // *Critical Care*: 24: 582. <https://doi.org/10.1186/s13054-020-03298-3>
- Dowling A., Lane H., Haines T. (2022) Community preferences for the allocation of scarce healthcare resources during the COVID-19 pandemic: a review of the literature // *Public Health*: 209: 75–81. <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2022.06.004>
- Ehmann M.R., Zink E.K., Levin A.B., Suarez J.I., Belcher H.M.E., Daugherty Biddison E.L. et al. (2021) Operational Recommendations for Scarce Resource Allocation in a Public Health Crisis // *Chest*: 159(3): 1076–83. <https://doi.org/10.1016/j.chest.2020.09.246>
- Emanuel E.J., Persad G., Upshur R., Thome B., Parker M., Glickman A. et al. (2020) Fair Allocation of Scarce Medical Resources in the Time of Covid-19 // *The New England Journal of Medicine*: 382(21): 2044–55. <https://doi.org/10.1056/NEJMs2005114>
- Farrell T.W., Ferrante L.E., Brown T., Francis L., Widera E., Rhodes R. et al. (2020a) AGS Position Statement: Resource Allocation Strategies and Age-Related Considerations in the COVID-19 Era and Beyond // *Journal of the American Geriatrics Society*: 68(6): 1136–42. <https://doi.org/10.1111/jgs.16537>
- Farrell T.W., Francis L., Brown T., Ferrante L.E., Widera E., Rhodes R. et al. (2020b) Rationing Limited Healthcare Resources in the COVID-19 Era and Beyond: Ethical Considerations Regarding Older Adults // *Journal of the American Geriatrics Society*: 68(6): 1143–9. <https://doi.org/10.1111/jgs.16539>
- Ferorelli D., Mandarelli G., Solarino B. (2020) Ethical Challenges in Health Care Policy during COVID-19 Pandemic in Italy // *Medicina*: 56(12): 691. <https://doi.org/10.3390/medicina56120691>
- Fink S. (2020) Ethical Dilemmas in Covid-19 Medical Care: Is a Problematic Triage Protocol Better or Worse than No Protocol at All? // *The American Journal of Bioethics*: 20(7): 1–5. <https://doi.org/10.1080/15265161.2020.1788663>
- Jöbges S., Vinay R., Luyckx V.A., Biller-Andorno N. (2020) Recommendations on COVID-19 triage: international comparison and ethical analysis // *Bioethics*: 34(9): 948–59. <https://doi.org/10.1111%2Fbioe.12805>
- Lahey T. (2020) The Bottom of the Health Care Rationing Iceberg // *The New England Journal of Medicine*: 383(23): 2200–1. <https://doi.org/10.1056/NEJMp2021953>
- Leclerc T., Donat N., Donat A., Pasquier P., Libert N., Schaeffer E. et al. (2020) Prioritisation of ICU treatments for critically ill patients in a COVID-19 pandemic with scarce resources // *Anaesthesia, Critical Care & Pain Medicine*: 39(3): 333–9. <https://doi.org/10.1016/j.accpm.2020.05.008>

- Nacoti M., Ciocca A., Giupponi A., Brambillasca P., Lussana F., Pisano M. et al. (2020) At the Epicenter of the Covid-19 Pandemic and Humanitarian Crises in Italy: Changing Perspectives on Preparation and Mitigation // *NEJM Catalyst, Commentary*. URL: <https://catalyst.nejm.org/doi/full/10.1056/CAT.20.0080>
- Naughton L., Padeiro M., Santana P. (2021) The twin faces of ageism, glorification and abjection: A content analysis of age advocacy in the midst of the COVID-19 pandemic // *Journal of Aging Studies* 57: 100938. <https://doi.org/10.1016/j.jaging.2021.100938>
- Nurok M., Gusmano M.K., Fins J.J. (2022) When pandemic biology meets market forces — managing excessive demand for care during a national health emergency // *Journal of Critical Care*: 67: 193–4. <https://doi.org/10.1016/j.jcrr.2021.09.018>
- Orfali K. (2020) What Triage Issues Reveal: Ethics in the COVID-19 Pandemic in Italy and France // *Journal of Bioethical Inquiry*: 17(4):675–9. <https://doi.org/10.1007%2F11673-020-10059-y>
- Orfali K. (2021) Getting to the Truth: Ethics, Trust, and Triage in the United States versus Europe during the Covid-19 Pandemic // *Hastings Center Report*: 51(1): 16–22. <https://doi.org/10.1002%2Fhast.1206>
- Perin M., De Panfilis L. (2021) Among equity and dignity: an argument-based review of European ethical guidelines under COVID-19 // *BMC Medical Ethics*: 22: 36. <https://doi.org/10.1186/s12910-021-00603-9>
- Purdy S. (1996) Rationing: a transatlantic perspective // *The British journal of general practice*: 46(410): 543–5. URL: <https://bjgp.org/content/bjgp/46/410/543.full.pdf>
- Reinhardt U. (2008) Health reform in america // *American health & drug benefits*: 1(3): 8–12. PMID: 25126219
- Robertson C. (2022) What the harm principle says about vaccination and healthcare rationing // *Journal of Law and the Biosciences*: 9(1): lsac017. <https://doi.org/10.1093%2Fjlb%2F9lsac017>
- Rosenbaum L. (2020) Facing Covid-19 in Italy — Ethics, Logistics, and Therapeutics on the Epidemic's Front Line // *The New England Journal of Medicine*: 382(20): 1873–5. <https://doi.org/10.1056/NEJMp2005492>
- Ryan M.A. (2022) Tragic Choices, Revisited: COVID-19 and the Hidden Ethics of Rationing // *Christian Bioethics*: 28(1): 58–75. <https://doi.org/10.1093%2Fcb%2Fcbab019>
- Scheunemann L.P., White D.B. (2011) The ethics and reality of rationing in medicine // *Chest*: 140(6): 1625–32. <https://doi.org/10.1378%2Fchest.11-0622>
- Sprung C.L., Joynt G.M., Christian M.D., Truog R.D., Rello J., Nates J.L. (2020) Adult ICU Triage During the Coronavirus Disease 2019 Pandemic: Who Will Live and Who Will Die? Recommendations to Improve Survival // *Critical Care Medicine*: 48(8): 1196–202. <https://doi.org/10.1097/ccm.0000000000004410>
- Strech D., Synofzik M., Marckmann G. (2008) How physicians allocate scarce resources at the bedside: a systematic review of qualitative studies // *Journal of Medicine and Philosophy*: 33(1): 80–99. <http://dx.doi.org/10.1093/jmp/jhm007>
- Sultan H., Mansour R., Shamieh O., Al-Tabba' A., Al-Hussaini M. (2021) DNR and COVID-19: The Ethical Dilemma and Suggested Solutions // *Frontiers in Public Health*: 9: 560405. <https://doi.org/10.3389%2Ffpubh.2021.560405>
- Supady A., Curtis J.R., Abrams D., Lorusso R., Bein T., Boldt J. et al. (2021) Allocating scarce intensive care resources during the COVID-19 pandemic: practical challenges to theoretical frameworks // *The Lancet Respiratory Medicine*: 9(4): 430–4. [https://doi.org/10.1016/s2213-2600\(20\)30580-4](https://doi.org/10.1016/s2213-2600(20)30580-4)
- Tonetti T., Grasselli G., Zanella A., Pizzilli G., Fumagalli R., Piva S. et al. (2020) Use of critical care resources during the first 2 weeks (February 24 — March 8, 2020) of the Covid-19 outbreak in Italy // *Annals of Intensive Care*: 10(1): 133. <https://doi.org/10.1186/s13613-020-00750-z>
- Truog R.D., Mitchell C., Daley G.Q. (2020) The Toughest Triage — Allocating Ventilators in a Pandemic // *The New England Journal of Medicine*: 382: 1973–5. <https://doi.org/10.1056/NEJMp2005689>

- Vergano M., Bertolini G., Giannini A. et al. (2020) Clinical ethics recommendations for the allocation of intensive care treatments in exceptional, resource-limited circumstances: the Italian perspective during the COVID-19 epidemic // *Critical Care*: 24: 165. <https://doi.org/10.1186/s13054-020-02891-w>
- Vlassov V.V. (2016) Russian experience and perspectives of quality assurance in healthcare through standards of care // *Health Policy and Technology*: 5(3): 307–12. <https://doi.org/10.1016/j.hlpt.2016.03.008>
- Ward N.S., Teno J.M., Curtis J.R., Rubenfeld G.D., Levy M.M. (2008) Perceptions of cost constraints, resource limitations, and rationing in United States intensive care units: results of a national survey // *Critical Care Medicine*: 36(2): 471–6. <https://doi.org/10.1097/ccm.0b013e3181629511>
- Weale A. (1995) The ethics of rationing // *British Medical Bulletin*: 51(4): 831–41. <https://doi.org/10.1093/oxfordjournals.bmb.a072998>
- Wilkinson D.J.C. (2020) Frailty Triage: Is Rationing Intensive Medical Treatment on the Grounds of Frailty Ethical? // *The American Journal of Bioethics*: 21(11): 48–63. <https://doi.org/10.1080/15265161.2020.1851809>
- Wopat R.C. (1992) The Oregon Health Plan: to cover all diagnostic visits // *JAMA*: 268(6): 790. <https://doi.org/10.1001/jama.1992.03490060126044>

## Другие источники информации

- Правительство РФ (2014) Постановление от 28.08.2014 N 871 “Об утверждении Правил формирования перечней лекарственных препаратов для медицинского применения и минимального ассортимента лекарственных препаратов, необходимых для оказания медицинской помощи”. URL: <https://base.garant.ru/70728348/>
- SEMICYUC (2020) Recomendaciones éticas para la toma de decisiones en la situación excepcional de crisis por pandemia COVID-19 en las unidades de cuidados intensivos // *Medicina Intensiva* 44(7): 439–45. URL: <https://www.medintensiva.org/es-recomendaciones-eticas-toma-decisiones-dificiles-articulo-S0210569120301108>
- WHO (2005) WHO global influenza preparedness plan: The role of WHO and recommendations for national measures before and during pandemics. World Health Organization. URL: <https://iris.who.int/handle/10665/68998>
- WHO (2017) A strategic framework for emergency preparedness. World health organization. <https://iris.who.int/handle/10665/254883>

## Сведения об авторах

- Власов Василий Викторович — доктор медицинских наук, профессор кафедры управления и экономики здравоохранения факультета социальных наук Национального исследовательского университета «Высшая школа экономики». Москва, 101000, Россия. [vlassov@hse.ru](mailto:vlassov@hse.ru)
- Шишкин Сергей Владимирович — доктор экономических наук, директор Центра политики в сфере здравоохранения, заведующий кафедрой управления и экономики здравоохранения Национального исследовательского университета «Высшая школа экономики». Москва, 101000, Россия. [shishkin@hse.ru](mailto:shishkin@hse.ru)
- Чирикова Алла Евгеньевна — доктор социологических наук, главный научный сотрудник Института социологии Федерального научно-исследовательского социологического центра Российской академии наук. Москва, 109544, Россия. [chirikova\\_a@mail.ru](mailto:chirikova_a@mail.ru)

- Хазан Петр Леонидович – кандидат медицинских наук, старший научный сотрудник НИИ урологии и интервенционной радиологии им. Н.А. Лопаткина филиала ФГБУ «НМИЦ радиологии» Минздрава России. Москва, 105425, Россия. peter.L.hasan@gmail.com
- Власова Анна Васильевна – кандидат медицинских наук, доцент кафедры общей врачебной практики Первого московского государственного университета им. И. Сеченова. Москва, 119991, Россия. vlasova\_a\_v@staff.sechenov.ru

Авторы заявляют, что не имеют потенциального конфликта интересов.

Все авторы внесли равный вклад в исследование. ВВ и СШ спланировали его, АЧ и ПХ провели качественное исследование, АВ искала и анализировала литературу, все авторы участвовали в подготовке рукописи и одобрили ее.