

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
КАЗАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ
УНИВЕРСИТЕТ**

Кафедра истории, философии и социологии

**Ж.В. САВЕЛЬЕВА
Л.М. МУХАРЯМОВА
И.Б. КУЗНЕЦОВА**

**СПРАВЕДЛИВОСТЬ И РАВЕНСТВО
В ЗДРАВООХРАНЕНИИ**

МНЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ, ЭКСПЕРТОВ И ДИСКУРС СМИ



**КАЗАНЬ
2018**

УДК 614
ББК 51.1(2)
С12

*Издание осуществлено при финансовой поддержке РФФИ,
проект «Справедливость и равенство в здравоохранении:
мнение экспертов, дискурс масс-медиа
и социальные представления пациентов», № 16-03-00579а*

*Печатается по рекомендации
Центральной проблемной комиссии
ФГБОУ ВО «Казанский государственный медицинский университет»,
Минздрав России (протокол от 27 декабря 2017 г.)*

Рецензенты:

доктор медицинских наук, профессор кафедры
общественного здоровья и организации здравоохранения Казанского
государственного медицинского университета **Ф.В. Хузиханов**;
доктор социологических наук, профессор кафедры общей
и этнической социологии Казанского (Приволжского) федерального
университета **М.Ю. Ефлова**

Савельева Ж.В.

С12 Справедливость и равенство в здравоохранении: мнения пациентов, экспертов и дискурс СМИ / Ж.В. Савельева, Л.М. Мухарямова, И.Б. Кузнецова. – Казань: Изд-во Казан. ун-та, 2018. – 154 с.

ISBN 978-5-00019-954-1

Монография посвящена исследованию социальной справедливости и равенства в здравоохранении в контексте научных, экспертных, обыденных и медийных концептуализаций феномена. Мнения и социальные представления о справедливости характеризуются с точки зрения либеральной, социалистической модели справедливого здравоохранения и концепции равенства возможностей доступа к ресурсам системы. Книга может представлять интерес для преподавателей, студентов и исследователей в области социологии, здравоохранения, управления.

УДК 614
ББК 51.1(2)

ISBN 978-5-00019-954-1

© Савельева Ж.В., Мухарямова Л.М., Кузнецова И.Б., 2018
© Казанский государственный медицинский университет, 2018
© Издательство Казанского университета, 2018

СОДЕРЖАНИЕ

Предисловие	4
Раздел 1. Равенство и справедливость в отношении здоровья: к поиску аналитических инструментов оценки	11
Раздел 2. Либеральная/дистрибутивная модель справедливости в здравоохранении: вводить ли соплатежи для трудоспособных безработных?	20
Раздел 3. Информационная открытость в контексте справедливости здравоохранения.....	39
Раздел 4. Социально-экономический статус и доступность здравоохранения	55
Раздел 5. Социально-экономические и экологические условия, территориальные различия и здоровье	75
Раздел 6. Самоохранительное поведение и справедливое здравоохранение.....	89
Раздел 7. Справедливость здравоохранения в публичных дискурсах политики и медиа.....	95
Заключение	125
Список использованных источников и литературы.....	130
Приложения	143

ПРЕДИСЛОВИЕ

В последние несколько десятилетий Россия оказалась в водовороте трансформаций социально-экономических отношений и социальной политики, которые привели к падению продолжительности жизни и ухудшению показателей здоровья россиян¹. Наряду с растущим социально-экономическим расслоением и увеличением доли бедного населения ситуация с обеспеченностью учреждений здравоохранения необходимыми ресурсами постоянно ухудшалась. Предпринятые в результате национального проекта «Здоровье» меры по модернизации оборудования и повышения мотивации врачебного персонала лишь отчасти компенсировали растущее территориальное неравенство в сфере доступности и качества медуслуг, вызванное разграничением полномочий регионов и центра в сфере здравоохранения².

Оптимизация системы здравоохранения, стартовавшая в 2014 году, только за первый год привела к сокращению 90 тыс. медиков и реорганизации 359 медучреждений, однако не привела к ожидаемому повышению доступности медуслуг³. Снижение качества и доступности медуслуг привели к росту платной медицины, которая зачастую выступает единственной возможностью получения своевременной диагностики и лечения⁴.

¹ Здравоохранение в России 2015. Статистический сборник (2015). М.: Госкомстат РФ. – URL: http://www.gks.ru/free_doc/doc_2015/zdrav15.pdf (дата обращения: 10.01.2017); Кислицына О. Влияние социально-экономических факторов на состояние здоровья: роль абсолютных или относительных лишений // Журнал исследований социальной политики. – 2015. – Т. 13. – № 2. – С. 289 – 302 и др.

² Мухарямова Л.М., Кузнецова-Моренко И.Б., Петрова Р.Г., Салахатдинова Л.Н. Региональное здравоохранение в условиях реализации национального проекта «Здоровье» и разграничения бюджетных полномочий // Журнал исследований социальной политики. – 2008. – Т. 6. – № 4. – С. 438 – 504.

³ В правительстве услышали замечания Счетной палаты к реформе системы здравоохранения // Независимая газета. – 2015. – 14 октября. – URL: <http://www.ng.ru/news/500318.html> (дата обращения: 12.12.2017)

⁴ Потапчик Е.Г., Селезнева Е.В., Шишкин С. В. Доступность медицинской помощи для населения (по материалам мониторинга экономических процессов в здравоохранении). Нац. исслед. ун-т «Высшая школа экономики». – М.: ИД Высшей школы экономики, 2011; Кочкина Н.Н., Красильникова М.Д., Шишкин

Роль института здравоохранения сложно переоценить. Оно выполняет функции, связанные не только с решением вопросов сохранения и укрепления здоровья человека, поддержания активной жизни индивида, возможностей его всестороннего развития, предоставления медицинской помощи в случае заболевания, но и в широком смысле влияет на развитие других подсистем общества – экономической – воздействуя на производительность труда; и политической, гарантируя в долгосрочной перспективе устойчивое, стабильное развитие общества.

В связи с этим обращение к социальной справедливости здравоохранения чрезвычайно актуально. Мы придерживаемся подхода в понимании здоровья как универсальной ценности, выступающей основанием социальной справедливости⁵. Задача государственных институтов, по мнению А.Сена, создавать условия [capabilities], для обеспечения социальной справедливости⁶, что в отношении здоровья будет означать не только обеспечение равного доступа к здравоохранению, но и создание оптимальных условий для поддержания и развития здоровья в целом. В исследовании, которое легло в основание данной книги, мы сконцентрировались на том, каким образом нынешняя система здравоохранения и текущие реформы отвечают представлениям населения о социальной справедливости, что выступает барьерами получения своевременной диагностики, профилактики и лечения.

Содержание реализации социальной справедливости имеет конкретно-исторический характер. Доминирующие символические компоненты категории могут варьироваться. В зависимости от типа общества, его пространственно-темпоральных координат, политического и экономического контекста, стратификационной системы справедливость может интерпретиро-

С.В. Доступность и качество медицинской помощи в оценках населения: пре-принт WP8/2015/03. Нац. исслед. ун-т «Высшая школа экономики». – М.: ИД Высшей школы экономики, 2015.

⁵ Venkatapuram S. Health justice. Cambridge UK: Polity, 2011.

⁶ Sen A. The idea of justice. Harvard University Press, 2011.

ваться как равенство для всех граждан в обладании ресурсами системы; как равенство в гарантиях, правах, возможностях на доступ или как соразмерность, пропорциональность вклада и заслугам человека в системе.

Применительно к системе здравоохранения ценностно-смысловое наполнение ценности справедливости, если использовать подход к режимам благосостояния Эспинг-Андерсена⁷, может выражаться в либеральной, социально-демократической и консервативной модели. Либеральный и консервативный «лейтмотив» справедливого здравоохранения отталкивается от идеи получения услуг в сфере здравоохранения лучшего качества и более широкого спектра для тех, кто активен и предприимчив и реализуется посредством системы медицинского страхования по накопительному принципу. Проявлением социально-демократической модели будет служить понимание справедливого здравоохранения в категориях ответственности и затрат государства, всего общества за охрану здоровья каждого, равного доступа к небольшому набору важнейших медицинских услуг, финансирования лечения больного за счет здорового, бедного – за счет обеспеченного.

В советском обществе идеологическое наполнение справедливости было более однозначным: социальное неравенство в благах рассматривалось как вредное и противоестественное явление, равенство в здравоохранении обеспечивалось через предоставление медицинской помощи вне зависимости от статуса, вклада в систему и тотальный охват всего населения (как следствие, масштабное строительство больниц, в том числе районных, сельских, не всегда обладающих материальной базой, что в современной полемике получает наименование «экстенсивной» модели). В современном российском обществе проблема содержательно-смыслового наполнения модели социальной справедливости в здравоохранении – равенство возможностей, равенство благ – остается недостаточно изученной.

⁷ Esping-Andersen G. (Ed.). Welfare states in transition: National adaptations in global economies. Sage, 1996.

Проблема доступности медуслуг выступает одной из ключевых в содержании справедливости здравоохранения. В нашем исследовании мы использовали компоненты пациенто-центрированной модели доступности здравоохранения, предложенной Левесью, Харрис и Рассел⁸ и включающей способность получать медицинскую помощь; искать ее; платить и взаимодействовать со здравоохранением. При этом мы считаем важным учитывать тот факт, что доступность определяется не только отсутствием видимых барьеров, но и более латентными характеристиками, например, комплексом социально-культурных норм, составляющих основу так называемого самосохранительного поведения. Кроме того, доступность, а значит справедливость здравоохранения, может быть обусловлена наличием открытой или скрытой дискриминации, препятствующей обращению тех или иных групп граждан в медицинские учреждения.

Модели интерпретации социальной справедливости населением и в дискурсе масс-медиа, экспертные оценки медиков и руководящего звена, специалистов в сфере здравоохранения создают комплекс знания (в мангеймовском понимании), сотканного из различных, зачастую противоречивых пониманий справедливости. Особую актуальность изучению проблемы понимания справедливого здравоохранения придают текущий процесс реформирования и оптимизации отрасли, внедрение системы высокотехнологичной и дорогой медицинской помощи на фоне постсоветских трансформаций и развития рыночной экономики как в сфере здравоохранения, так проникновения ее идей в сферу социальных представлений. Как уже упоминалось, актуализацию поставленной проблемы вызывают изменения в структуре и организации российского здравоохранения, смена «экстенсивной» модели на «интенсивную», что проявляется, в частности, в оптимизации системы – сокращении ЛПУ,

⁸ Levesque J.F., Harris M.F., Russell G. Patient-centred access to health care: conceptualising access at the interface of health systems and populations // International journal for equity in health. 2013. Vol. 12(1). 18.

формировании высокотехнологичных центров оказания медицинской помощи с целью повышения эффективности социальной политики.

Общественные дебаты о справедливых формах распределения ограниченных средств в здравоохранении и о реформе здравоохранения в целом принимают противоположные, порой взаимоисключающие варианты. Так, дискурсивная борьба за определение и переопределение социальной справедливости в здравоохранении получила отражение в дискуссиях по поводу предложения Минфина ввести соплатежи населения пациентов за часть видов медицинской помощи для всех неработающих граждан, кроме детей, пенсионеров, зарегистрированных безработных в «Основных направлениях бюджетной политики на 2015 год и на плановый период 2016 и 2017 годов» и проекте документа на 2016 год. Данная инициатива не была поддержана Госдумой, однако она отражает противоречия различных подходов к справедливости. Несправедливость оплаты медицинских услуг работающими за трудоспособных безработных пациентов очевидна с позиции либерального подхода и неочевидна с позиции социал-демократического.

Помимо прочего сложность и насущность поставленной проблемы обусловлена и сменой модели заболеваемости с экзогенной на эндогенную, которую характеризует преобладание хронических неинфекционных заболеваний (ХНЗ). Причина ХНЗ, как и успех в лечении, во многом определяется самим пациентом, его образом жизни⁹. В такой ситуации границы здоровья, болезни и работоспособности размываются. В публичной повестке проблематизация вопросов равенства и справедливости здравоохранения ведется по вопросу о субъекте ответственности за здоровье¹⁰. Острой проблемой является дифференци-

⁹ Ермолаева П.О., Носкова Е.П. Основные тенденции здорового образа жизни россиян // Социологические исследования. – 2015. – № 4. – С. 120 – 129.

¹⁰ Савельева Ж.В. Кому принадлежит здоровье? Социологические дискуссии и массмедийные интерпретации // Журнал социологии и социальной антропологии. 2013. – Т. 16. – № 2. – С. 131 – 141.

ция доступа к медицине городских и сельских жителей, имущих и малоимущих, людей разных возрастов, что свидетельствует о назревшей остроте поднимаемого вопроса и необходимости социологического сопровождения его решения.

Сформулированные выше проблемы пока не стали объектом достаточного внимания социологов, в связи с чем исследование репертуара мнений населения, медицинских работников, анализ медийного дискурса социальной справедливости здравоохранения стали полем научного поиска, а его результаты представлены в данной работе. Основной исследовательский вопрос, сформулированный авторами исследования, заключался в изучении значений справедливого здравоохранения в экспертной и повседневной риторике специалистов в области здравоохранения и граждан, которые выступают пациентами и имеют определенные представления о правильном устройстве системы охраны здоровья. В исследовании использовались как общенаучные методы познания, так и специальные социологические, среди которых экспертные интервью, полуструктурированные интервью в форме индивидуальной и групповой беседы (фокус-группы), массовый опрос, анализ документов, посвященных теме справедливости российского здравоохранения, прежде всего, в центральной и региональной прессе (описание особенностей дизайна исследования см. в Приложении 1).

Эмпирическим полем для исследования стали два российских региона – Татарстан и Марий Эл. Первый можно отнести к одним из наиболее экономически благополучных регионов России, второй – к менее благополучным, датируемым из бюджета. Логика выбора данных регионов была продиктована целью сопоставления различных позиций, ожиданий относительно реформ здравоохранения и моделей социальной справедливости представителями экономически развитого и отстающего субъекта РФ.

Монография состоит из семи разделов. Первый раздел посвящен теоретическим подходам к социальной справедливости.

В нем мы рассматриваем ключевые вопросы равенства прав и равенства возможностей, поставленные Кимликой на основании его анализа либеральных и критических теорий. Данный раздел также посвящен анализу теорий социальных детерминант здоровья, равенства возможностей и здоровья как императива. Во втором разделе исследуются полярные мнения относительно модели справедливости в России на основании недавней дискуссии о введении соплатежей с трудоспособных безработных граждан. Третий раздел посвящен такому немаловажному аспекту доступности здравоохранения, как информационная открытость учреждений здравоохранения. В двух последующих разделах последовательно анализируются влияние социально-экономического статуса населения, включая пол, возраст, доход, а также территориального неравенства на доступность здравоохранения. Шестой раздел обращается к анализу практик самосохранительного поведения населения. В седьмом разделе приводится качественный и количественный анализ общероссийских и региональных СМИ по проблеме справедливости здравоохранения.

Данная работа завершает двухлетний социологический проект на тему «Справедливость и равенство в здравоохранении: мнение экспертов, дискурс масс-медиа и социальные представления пациентов», реализация которого стала возможна благодаря финансовой поддержке Российского фонда фундаментальных исследований (№ 16-03-00579 а).

Раздел 1

РАВЕНСТВО И СПРАВЕДЛИВОСТЬ В ОТНОШЕНИИ ЗДОРОВЬЯ: К ПОИСКУ АНАЛИТИЧЕСКИХ ИНСТРУМЕНТОВ ОЦЕНКИ¹¹

Дискурсы справедливости в социальных науках

Существуют различные классификации теорий справедливости – например, деление их на партикуляристские, универсалистские и скептические – либертариистские концепции¹². Мы придерживаемся классификации Кимлики, который современные исследования проблем справедливости условно разделяет на две группы¹³. Первая группа исследований основывается на базовых принципах либеральной демократии, оперируя терминами «право на здоровье», «наибольшее благо для здоровья наибольшего числа людей», «равные возможности для здоровья». Эти теории можно назвать мейнстримом современных социальных наук, прежде всего, потому что они стали идеологическим обоснованием государств всеобщего благосостояния.

Во второй группе – современные теории марксизма, коммунизма, гражданского республиканизма, мультикультурализма и феминизма. Сторонники этих теорий критикуют либерально-демократические подходы за «сокрытие» фундаментальных пороков современных обществ, к которым относятся: разрушающая здоровье наемных работников эксплуатация (марксизм); приводящие к нестабильности психического здоровья социальный атомизм и дезинтеграция общества (коммунизм); представление о «биологии как судьбе», то есть оправдание не-

¹¹ Данный раздел опубликован в издании «Журнал исследований социальной политики», 2017, № 4. Печатается с разрешения редакции.

¹² Spragens T.A. The antinomies of social justice. *The Review of Politics*. – 1993. – No. 55(02). – Pp. 193 – 216.

¹³ Кимлика У. Современная политическая философия. Введение. – М.: Изд-во «Высшая школа экономики», 2010.

равного положения женщин их биологическими особенностями (феминизм); разрыв в состоянии здоровья доминирующих групп и культурных, этнических меньшинств (мультикультурализм); растущая коммерциализация услуг здравоохранения в условиях политической апатии (гражданский республиканизм). Представители данных критических теорий часто подчеркивают, что проблема состоит «не столько в плохих принципах либеральной демократии, сколько в их несовершенном воплощении или отсутствии должных предпосылок для их воплощения»¹⁴.

В дискуссиях о справедливости в отношении здоровья независимо от доминирующих принципов – либеральных или критических принципиально важными являются две темы. Первая тема – это идея ответственности. Вопросы о том, кто ответственен за состояние здоровья населения в целом или отдельного человека, каковы границы личной ответственности человека за свое здоровье, насколько общество, коллектив или каждый человек ответственны за невыгодное положение, в котором оказываются другие, являются фундаментальными для всех современных теорий справедливости в отношении здоровья. Вторая тема – идея равенства. Равенство может пониматься как экономическое равенство, как равенство возможностей или как равенство свободы.

Социальные детерминанты здоровья и ответственность человека за здоровье

Главной причиной несправедливости в отношении здоровья Всемирная организация здравоохранения называет социальные детерминанты здоровья – «условия, в которых люди рождаются, растут, живут, работают и стареют, включая системы здравоохранения»¹⁵. Эти условия формируются политикой: под

¹⁴ Кимлика У. Современная политическая философия. Введение. – М.: Изд-во «Высшая школа экономики», 2010. – С. 14.

¹⁵ ВОЗ. Социальные детерминанты здоровья. URL: http://www.who.int/social_determinants/ru/ (дата обращения: 17.12.2016).

воздействием распределения финансов, власти и других ресурсов на глобальном, национальном и местном уровнях. Вместе с тем соотношение влияния социальных факторов и поведения индивидуумов на здоровье вызывает много вопросов.

Обострению дискуссий способствовала необходимость поиска принципов распределения все более дорогостоящих ресурсов здравоохранения¹⁶. Основные вопросы заключались в том, кто должен получить полный набор медицинских услуг; нужно ли курить и людей, злоупотребляющих алкоголем, лечить так же, как и других; и есть ли основания не облагать дополнительными налогами приверженцев «дорогих вкусов», имеющих потенциальный риск для здоровья, например, альпинистов?¹⁷

Сторонники учета «индивидуального выбора» поведения и образа жизни человека для усиления своих аргументов приводят пример распределения нефинансового ресурса – дефицитных органов для трансплантации. Если одной группе пациентов нужна новая печень из-за злоупотребления алкоголем, в то время как другая группа также нуждается в пересадке печени по причинам, не связанным с их собственным поведением, должна ли первая группа иметь низкий приоритет при распределении органов?¹⁸ Эти исследователи считают получение индивидами неравных долей медицинских услуг справедливым, если эти неравенства являются результатом выбора и индивидуальных действий.

¹⁶ Anderson E.S. What Is the Point of Equality? *Ethics*. – 1999. – No. 109 (2). – Pp. 287 – 337.

¹⁷ Le Grand J. Individual Responsibility, Health, and Health Care /Eyal N., Hurst S.A., Norheim O.F., and Wikler D. (eds) *Inequalities in health: Concepts, measures, and ethics*. Oxford University Press, 2013. – Pp. 299 – 306. Maillly P. Fine wine and ideal theory: the questionable denial of liver transplantation in alcoholics. *Windsor YB Access Just*, 2005. – No. 23. – Pp. 95 – 435. Wikler D. Personal and social responsibility for health // *Ethics & International affairs*. – 2002. – No. 16(2). – Pp. 47 – 55.

¹⁸ Albertsen A. Drinking in the last chance saloon: luck egalitarianism, alcohol consumption, and the organ transplant waiting list // *Medicine, Health Care and Philosophy*. – 2016. – No. 19(2). – Pp. 325 – 338; Dietrich F. Causal responsibility and rationing in medicine // *Ethical Theory and Moral Practice*. 2002. No. 5(1). Pp. 113 – 131; Walker T. Who do we treat first when resources are scarce? // *Journal of applied philosophy*. – 2010. – No. 27(2). – Pp. 200 – 211.

Проблему личной ответственности поднимают и сторонники так называемого «нового понимания здоровья», хэлсизма и «новой парадигмы здоровья»¹⁹. Согласно данной парадигме, здоровье индивида представляет собой цель, достигаемый статус, зависящий во многом от личных усилий человека.

Другая группа исследователей утверждает, что признание социальных факторов делает бессмысленными заявления о том, что люди виновны в плохом состоянии своего здоровья. Даже если мы можем сказать, что люди виновны в выборе «неправильного» образа жизни, их выбор в значительной мере определяется влиянием социальных факторов²⁰. Поведение человека в большей степени формируется воспитанием, образованием, благополучием и многими другими социальными факторами и влиянием окружающей среды.²¹

Признание социальных факторов предполагает, что «будет негуманно основываться на суждениях о личной ответственности и отказывать в предоставлении необходимых медицинских услуг "менее ответственным" людям»²². Даже проведение национальных оздоровительных мероприятий способно привести к неравенству в здоровье, поскольку одни группы получают больше преимуществ, чем другие. Как отмечает Дитон, «причины, по которым бедные люди курят чаще, чем богатые, отличаются от причин, по которым так много детей из бедных семей остаются без прививок <...>. Но сейчас речь идет о том, что процесс оздоровления населения сопровождается возникновением раз-

¹⁹ Гольман Е.А. Новое понимание здоровья в политике и повседневности: истоки, актуальные направления проблематизации // Журнал исследований социальной политики. – 2014. – № 12(4). – С. 509 – 522.

²⁰ Brown R.C.H. Moral responsibility for (un)healthy behavior // Journal of Medical Ethics. 2013. 10.1136/medethics-2012-100774; Persson K. The right perspective on responsibility for ill health // Medicine, Health Care and Philosophy. – 2013. – No. 16(3). – Pp. 429 – 441.

²¹ Buyx A., Prainsack B. Lifestyle-related diseases and individual responsibility through the prism of solidarity // Clinical Ethics. – 2012. – No. 7(2). – Pp. 82.

²² Fleck L.M. Whoopie pies, supersized fries // Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics. – 2012. – No. 21(1). – P. 8.

рыва в состоянии здоровья точно так же, как материальный прогресс сопровождается возникновением разрыва между уровнем жизни»²³.

Предоставление медицинских услуг в зависимости от ответственности людей за свое здоровье в попытках уменьшить социальные расходы, связанные с рискованным поведением, как правило, негативны, и ставят сильнее под удар тех, кто уже находится в наихудшем положении²⁴. При этом делаются оговорки. Фейринг, например, подчеркивает, что неравенство людей в ожидаемой продолжительности здоровой жизни, которое возникает из-за различий в образе жизни, отражающих личные приоритеты, является справедливым и не может быть компенсировано²⁵.

Социальные детерминанты здоровья и требование равенства возможностей

Равенство возможностей здоровья – одна из основ не только здравоохранения, но и социально-экономической политики на местном и глобальном уровнях. Одним из идеологов деятельности ВОЗ по исследованию и политике в области равенства возможностей здоровья выступал Мармот, который также был создателем Комиссии по социальным детерминантам здоровья ВОЗ (2005 – 2008). Рекомендации Комиссии укоренены в аналитической казуальной рамке, которая базируется на взаимосвязи трех видов социальной динамики. Первая – условия повседневной жизни, в которых люди рождаются, живут, работают и взрослеют, обуславливают болезни и продолжительность жизни.

²³ Дитон А. Великий побег: Здоровье, богатство и истоки неравенства. – М.: Изд-во Ин-та Гайдара, 2016. – С. 23.

²⁴ Cavallero E. Health, luck and moral fallacies of the second best // *The Journal of ethics*. – 2011. – No. 15(4). – P. 407.

²⁵ Feiring E. Lifestyle, responsibility and justice // *Journal of Medical Ethics*. – 2008. – No. 34(1). – P. 33; Brown R.C.H. Moral responsibility for (un)healthy behavior // *Journal of Medical Ethics*. 2013; Fleck L.M. Whoopie pies, supersized fries // *Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics*. – 2012. – No. 21(1).

ни. Вторая – повседневные жизненные условия, включающие такие детерминанты, как воздействие вредных субстанций и биологических организмов, доступность удовлетворения материальных потребностей в пище, воде и убежище, и социальное окружение, которое влияет на поведение в сфере здоровья.

Третья – повседневные условия, включающие в себя структурные драйвера – «причины причин» – это экономические, социальные и политические условия, которые вместе с социальными и культурными нормами создают и распределяют соответствующие случаи среди индивидуумов и социальных групп²⁶.

Значительное влияние на формирование глобальной политики в аспекте равенства возможностей в сфере здоровья оказала теория справедливости нобелевского лауреата Амартии Сена. В ее основе лежит анализ возможностей (*capabilities*). Возможность – это «власть сделать что-то, ответственность, которая исходит от этой способности». Возможность включает в себя и «аспект свободы, сконцентрированный на существенных вероятностях»²⁷.

Перспектива возможностей не предлагает специальную формулу для политических решений, но инициирует использование неравенства возможностей в качестве основания оценки социальных неравенств. С этой точки зрения, по мнению Сена, инвалидность (из более 600 миллионов людей с ограниченными возможностями 400 миллионов проживают в развивающихся странах) можно рассматривать как недостаток возможностей либо неиспользованные возможности в ее предотвращении: «Многие из трагических последствий инвалидности могли бы быть преодолены с помощью специальной социальной поддержки и продуманного вмешательства»²⁸. Сама социальная справед-

²⁶ Marmot M. The health gap: the challenge of an unequal world. Bloomsbury Publishing, 2015. – P. 4.

²⁷ Sen A. The idea of justice. L.: Allen Lane and Harvard University Press, 2009. – P. 19, 233.

²⁸ Sen A. The idea of justice. – P. 259.

ливость не представляет собой застывший идеал, ее нельзя оценивать бинарно – достигнута она или нет. Справедливость может быть понята как степень, оцениваемая через сравнение.

Одними из наиболее теоретически проработанных подходов применения концепции Сена выступают работы американской исследовательницы Дж. Ругер. Она выдвигает парадигму возможностей здоровья, которую противопоставляет традиционным подходам: 1) здоровье и его детерминанты должны обсуждаться инклюзивно и демократически наравне с другими социальными целями и средствами; 2) несмотря на то, что здравоохранение – только одна из детерминант здоровья, оно должно быть социально гарантировано в плане улучшения общего здоровья, снижения неравенства в здоровье; 3) «базовые возможности» включают в себя способность избежать преодолимую заболеваемость, младенческую и предотвратимую смертность; 4) индивидуальные возможности участвовать в принятии политических решений относительно здравоохранения; 5) принцип равных возможностей требует, чтобы ресурсы распределялись не на основании платежеспособности, а на основании медицинских потребностей; 6) наиболее сложными этическими задачами выступают концептуализация и измерение здоровья и неравенства в различных плоскостях²⁹.

Здоровье как императив.

«Справедливость здоровья» Сридхар Венкатапурама

Венкатапурам, развивая теорию Сена о фундаментальном значении болезни, здоровья и равенства для социальной справедливости, в качестве центральной идеи своей работы приводит доказательства, что каждое человеческое существо имеет моральное право обладать возможностью быть здоровым [capability to be healthy] на уровне, соизмеримым с равным человеческим достоинством в современном мире... «Моральное

²⁹ Ruger J.P. Health and social justice // Lancet. – 2004. – P. 1077.

требование – это *возможность*, а не конкретные “результаты здоровья”»³⁰.

Венкатапурам также исходит из теории Марты Нусбаум о ключевых возможностях, которые требуются для достойной человеческой жизни³¹. По мнению автора, здоровье – это не отсутствие болезней, а право на возможность: достигнуть нормальной продолжительности жизни; сохранять единство тела; быть способным использовать чувства, воображение и мысль; иметь эмоции и эмоциональные пристрастия; обладать практическим разумом; формировать понимание добра; иметь членство в значимых и уважаемых социальных группах; играть; иметь контроль над материальным и политическим окружением.

По мнению Венкатапурама, здоровье и есть краеугольный камень всей совокупности возможностей достичь благополучия. Здоровье – это социально производное благо, а не естественное благо. Здоровье выступает результатом справедливости. Поэтому сложно перевести на русский язык название его книги – фактически это не справедливость здоровья (*Health Justice*), а здоровье как справедливость. Согласно данному подходу, социальный контекст – условия, в которых люди рождаются, живут и умирают – критически детерминируют их здоровье, и именно поэтому фокус исключительно на индивидуальных биомедицинских факторах риска неадекватен задачам улучшения здоровья населения.

Публикация «Справедливости здоровья» вызвала много дискуссий относительно понимания здоровья, права на здоровье и роли государства и общества. Так, например, указывается на то, что в анализе потенциала здоровья уместно было бы использовать понятие индивидуальной уязвимости, которое отсутствует у Венкатапурама³². Критикуются велфаристский подход к со-

³⁰ Venkatapuram S. Health justice. Cambridge UK: Polity, 2011. – P. 19.

³¹ Nussbaum M.C. Frontiers of justice: disability, nationality, species membership. Cambridge, MA: The Belknap Press of Harvard University Press, 2006.

³² Straehle C. Vulnerability, Health Agency and Capability to Health // Bioethics. – 2016. – No. 30(1). – Pp. 34 – 40.

циальной справедливости, не поясняющий, почему социальная политика должна способствовать расширению возможностей достижения благосостояния, а также отсутствие представления о том, что «такой проект предполагается реализовать в мире, связанном экономическими и политическими властными отношениями, которые предопределят его с самого начала»³³.

Признание на уровне международных организаций социальных факторов здоровья и необходимости преодоления несправедливых различий в отношении здоровья, обусловленных социально-экономическими причинами, актуализирует исследование влияния социальных детерминант здоровья.

Принципиальные решения могут быть найдены при признании за основание оценки социальных неравенств неравенство возможностей, а задачей политики здравоохранения – выравнивание возможностей для сохранения и улучшения здоровья. В контексте трансформаций в современном российском здравоохранении необходимо постоянно задавать вопросы о том, каким образом реформы затронут возможности различных групп населения на получение доступных медицинских услуг, и каким образом должна быть выстроена социальная политика в стране, чтобы население имело шансы сохранять и поддерживать здоровье.

³³ Skinner D. Health justice // *Critical Public Health*. – 2013. – No. 23(2). – P. 240.

Раздел 2

ЛИБЕРАЛЬНАЯ/ДИСТРИБУТИВНАЯ МОДЕЛЬ СПРАВЕДЛИВОСТИ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ: ВВОДИТЬ ЛИ СОПЛАТЕЖИ ДЛЯ ТРУДОСПОСОБНЫХ БЕЗРАБОТНЫХ?

В условиях рыночной системы и социального неравенства часть граждан имеют экономические ограничения, ассоциированные с бедностью, безработицей и т.п. Помимо иерархизации социальной структуры и поляризации доходов в экономической сфере «процветают» теневые практики ухода от налогов и выплат в социальные фонды, в том числе в фонд ОМС. По данным исследования ИС РАН 2014 года, около трети россиян официально оформлены на работу, при этом среди них полностью «белую» зарплату получают лишь три четверти³⁴.

Попытки найти способы решения проблемы находят отражение в публичном поле политики, где инициировалось обсуждение предложений по введению налога на тунеядство и частичной оплаты полиса ОМС для некоторых категорий безработных граждан в связи с тем, что «несправедливо, когда работающие фактически оплачивают получение помощи "нелегалам"»³⁵.

В первом разделе были продемонстрированы подходы к определению и обоснованию справедливости в здравоохранении современными учеными, аргументы сторонников модели либеральной демократии с идеями «права на здоровье» и представителей критического направления. Интерпретации населения и специалистов в области здравоохранения концептов социально-демократической и либеральной модели справедливости, а также дискурс справедливости в медиа стали объектом внимания в данном разделе.

³⁴ Тихонова Н.Е. Социальная структура России: теории и реальность. – М.: Новый хронограф: Ин-т социологии РАН, 2014. – С. 216.

³⁵ Дойти до полиса. Безработным могут предложить доплачивать за лечение в госклиниках // Российская газета. – 2014. – 15 июля.

Необходимо отметить, что система представлений о справедливости здравоохранения может быть воспроизведена не только из интервью информантов, но и дискурса средств массовой коммуникации (СМК), в частности «Российской газеты». Здесь уместно упомянуть, что СМК являются одной из важнейших публичных арен, где происходит обсуждение, определение и представление тех или иных проблем общественности³⁶. Согласно позитивистским социологическим подходам, в частности, структурному функционализму, масс-медиа отражают образ социальной реальности, коррелируя с социальными структурами общества³⁷. Позитивизм в рамках марксистской традиции трактует СМК как институт, который искажает реальную картину социальной реальности под воздействием давления господствующих классов, фабрикует символическую реальность масс-медиа для формирования социальных представлений, «ложного сознания» народных масс об окружающей действительности в выгодном для себя свете³⁸.

Неклассические концепции, в частности, конструктивистские концепции³⁹ и семиологический подход⁴⁰ рассматривают масс-медиа как пространство по созданию смыслов и значений, а тексты СМИ как дискурсивную реальность. Последняя может в разной степени обладать автономией по отношению к автору текста, подчиняться тому или иному «режиму истины», создаваться посредством дискурсивных, социальных практик, «вводящих нечто в игру истинного и ложного и конституирующих

³⁶ Хилгартнер С., Боск Ч.С. Рост и упадок социальных проблем: концепция публичных арен // Социальные проблемы: конструкционистское прочтение. Хрестоматия. – Казань: Изд-во Каз. ун-та, 2007. – С. 153.

³⁷ Лазарфельд П., Мертон П. Массовая коммуникация, массовые вкусы и организованное социальное действие // Массовая коммуникация и общество. Введение в теорию и исследования. Хрестоматия. – М., 2003. – С. 244 – 245.

³⁸ Маркузе Г. Одномерный человек. – М.: REFL-book, 1994. – С. 16.

³⁹ Adoni H., Mane Sh. Media and the social construction of reality // Communication research. – 1984. – Vol. 11. – № 3.

⁴⁰ Филипс Л. Дж., Дискурс-анализ. Теория и метод. – Х.: Гуманитарный центр, 2004.

эту игру в качестве объекта мысли (... в форме морального размышления, научной мысли, политического анализа и т.п.)»⁴¹.

В русле постнеклассической перспективы, «примиряя» классический и неклассический взгляд на реальность масс-медиа, концепты реализуются, например, в концепции вторичной реальности масс-медиа Н.Лумана⁴² и поля журналистики П.Бурдые.⁴³

Опираясь на багаж подходов, сформированных в рамках социологической теории, информационное пространство «Российской газеты» можно рассматривать как пространство производства официальной номинации (П.Бурдые), дискурса доминирующих в поле политики. Формируемые дискурсивной реальностью значения справедливого здравоохранения, с одной стороны, отражают, воспроизводят, с другой, – направляют, проблематизируют круг обсуждаемых вопросов о политике в сфере здоровья. Релевантным методом при исследовании процессов конструирования символической реальности масс-медиа является традиционный анализ документов и дискурс-анализ текстов, что соответствует качественной (гуманистической) стратегии социологического исследования, нацеленной на интерпретации концепта справедливого здравоохранения, на процесс конструирования смыслов.

Интерпретация справедливости в газетных публикациях происходит в континууме от социальной (социально-демократической) модели справедливости бесплатного здравоохранения, гарантируемого 41-й статьей Конституции РФ всем гражданам России, до либеральных трактовок, в которых акцентируется идея индивидуальной ответственности и предоставления услуг в условиях рыночной конъюнктуры тем, кто активен, трудоспособен и делает вложения в систему. Так, в конце 2016 –

⁴¹ Фуко М. Воля к истине: по ту сторону знания, власти и сексуальности. – М.: Касталь, 1996. – С. 311.

⁴² Луман Н. Реальность масс-медиа. – М.: Праксис, 2005. – С. 126.

⁴³ Бурдые П. Социальное пространство и символическая власть / Начала. – М.: Socio-Logos, 1994. – С. 199.

начале 2017-х гг. в «Российской газете» публикуется серия статей, посвященных так называемому «налогу на тунеядство». Поводом становятся планы социального блока правительства и публичные высказывания министра труда и социальной защиты РФ М.Топилина о несправедливости равного положения в получении медицинских услуг тех, кто делает перечисления в Федеральный фонд обязательного медицинского страхования, и тех, кто находится в «тени»⁴⁴. Эксперты издания осенью 2016 года предложили использовать более мягкую категорию для обозначения данной инициативы: соцсборы или социальные платежи с неработающих граждан⁴⁵.

В январе 2017 года в одной из публикаций «Российской газеты» на основе интервью с М.Топилиным вновь указывается о планах правительства по разработке механизмов вывода самозанятых из теневого сектора и легализации платы за медуслуги⁴⁶. Однако уже весной этого года на страницах указанного издания появляются материалы со скептическими высказываниями, мнениями экспертов. В частности, звучит точка зрения об экономической неэффективности мер подобного рода в связи с издержками на администрирование страховых взносов с работающих неофициально, а также несправедливостью данной меры по отношению к гражданам, поскольку она снижает доступность здравоохранения и в перспективе ухудшит показатели здоровья. «Наши люди и так не очень озабочены здоровьем и идут к врачу в последнюю очередь, а если им отрежут доступ к бесплатной медицине, они будут еще меньше лечиться. И мы

⁴⁴ Заработал – плати // Российская газета. – №7121 (253). – 2016. – 8 ноября. – URL: <https://rg.ru/2016/11/08/nalog-na-tuneiadstvo-ne-zatronet-bezrobotnyh-i-dekretnic.html> (дата обращения: 13.06.2017)

⁴⁵ Это не налог на тунеядство // Российская газета. – №7108 (240). – 2016. – 22 октября. – URL: <https://rg.ru/2016/10/22/nalog-na-tuneiadstvo-mozhet-stat-nerpodemnum-dlia-mnogih-grazhdan.html> (дата обращения: 13.06.2017)

⁴⁶ Минтруд раскрыл секреты «налога на тунеядцев» // Российская газета. – 2017. – 16 января. – URL: <https://rg.ru/2017/01/16/mintrud-raskryl-sekretu-naloga-na-tuneiadcev.html> (дата обращения: 13.06.2017)

получим всплеск смертности и серьезных заболеваний, которые все равно государству придется лечить»⁴⁷.

Буквально через несколько недель в «Российской газете» появляется статья, в которой указывается на заявление Минздрава о том, что вопрос о ликвидации социальной гарантии граждан на бесплатную медицинскую помощь в рамках ОМС не рассматривается: «В Минздраве напоминают, что россиянам право на бесплатную медицинскую помощь гарантировано Конституцией...»⁴⁸. Но если в заголовке публикации содержится утверждение о полном опровержении информации («Минздрав категорически опроверг сообщение СМИ, что министерство намерено лишить неработающих и самозанятых россиян бесплатной медпомощи по полису обязательного медицинского страхования...»), то в тексте вновь дается аргументация в пользу налога на «социальных иждивенцев»: «Идея направлена на тех граждан, которые работают неофициально и, соответственно, не платят налоги в государственную казну, а их работодатели – взносы в социальные фонды. Однако такие работники бесплатно пользуются услугами больниц и поликлиник, имея на руках полис ОМС»⁴⁹.

В тот же день в недельном выпуске «Российской газеты» появился материал с аналогичной логикой построения материала – апелляцией к Конституции РФ, опровержением информации в заголовке статьи («В Минздраве опровергли появившуюся в СМИ информацию о том, что безработных и самозанятых планируется лишить полисов обязательного медицинского

⁴⁷ «Налог на тунеядство» приведет к всплеску смертности и болезней // Российская газета. – 2017. – 22 марта. – URL: <https://rg.ru/2017/03/22/nalog-na-tunejadstvo-privedet-k-vsplesku-smernosti-i-boleznej.html> (дата обращения: 13.06.2017)

⁴⁸ Полис без минуса. Минздрав не намерен лишать безработных бесплатной медпомощи // Российская газета. – №7244 (78). – 2017. – 12 апреля. – URL: <https://rg.ru/2017/04/12/minzdrav-oproverg-soobshchenie-o-lishenii-bezrabotnyh-polisov-oms.html> (дата обращения: 13.06.2017)

⁴⁹ Полис без минуса. Минздрав не намерен лишать безработных бесплатной медпомощи // Российская газета. – №7244 (78). – 2017. – 12 апреля. – URL: <https://rg.ru/2017/04/12/minzdrav-oproverg-soobshchenie-o-lishenii-bezrabotnyh-polisov-oms.html> (дата обращения: 13.06.2017).

страхования») и легитимацией идеи платежей некоторых групп граждан посредством риторического вопроса, прописанного крупным шрифтом по центру публикации: «Почему безработные на "Бентли" должны лечиться за общий счет?»⁵⁰. Далее в публикации идет пояснение, где автор противопоставляет сознательных и несознательных граждан, которые не платят взносы в ФОМС, «но, когда заболеют, идут в поликлинику и лечатся бесплатно. То есть за наш с вами счет. Есть и весьма преуспевающие бизнесмены, зарабатывающие в реале на дорогие машины, виллы, поездки, а на бумаге – лишь прожиточный минимум <...> Взносы они платят символические»⁵¹.

Вопросы принципов доступности медицинских услуг и ответственности за здоровье в символической реальности медиа конструируются не один год. С одной стороны, в рамках официального дискурса авторы сообщений заявляют о достижениях в сфере охраны здоровья граждан, как правило, делая отсылку на повышение качества медицинской помощи и равной доступности медицинских услуг для всех граждан РФ⁵². С другой стороны, «Российская газета» распространяет значимые для субъектов власти политические идеи и перспективы в области социальной политики по охране здоровья, в числе которых сойдутся скептические суждения относительно социальной модели политики в сфере охраны здоровья в России: «"Все и для всех", бесплатно, качественно и сразу, без очередей и "выбываний", увы, не получится»⁵³.

⁵⁰ Удар ниже полуса. Кто должен платить за «бесплатную» медицинскую помощь безработным? // Российская газета. – №7245 (79). – 12 апреля. – URL: <https://rg.ru/2017/04/12/kto-dolzhen-platit-za-besplatnuiu-medicinskuiu-pomoshch-bezrabotnym.html> (дата обращения: 13.06.2017)

⁵¹ Удар ниже полуса. Кто должен платить за «бесплатную» медицинскую помощь безработным? // Российская газета. – №7245 (79). – 12 апреля. – URL: <https://rg.ru/2017/04/12/kto-dolzhen-platit-za-besplatnuiu-medicinskuiu-pomoshch-bezrabotnym.html> (дата обращения: 13.06.2017).

⁵² Лучи надежды // Российская газета. – №6607 (136). – 2015. – 24 июня. – URL: <https://rg.ru/2015/06/24/meddiagnostika-site.html> (дата обращения: 13.06.2017)

⁵³ Будьте здоровы // Российская газета. – №6652 (81). – 2015. – 17 апреля. – URL: <https://rg.ru/2015/04/17/medicina.html> (дата обращения: 13.06.2017)

Таким образом, либеральная идея индивидуальной ответственности, повестка о несправедливости равного доступа к медицинским услугам официально работающих граждан и трудоспособных безработных получает регулярную информационную поддержку.

Справедливость здравоохранения и личная ответственность гражданина актуализируются не только в связи с проблемой отчислений в ФОМС, но также и в контексте предоставления дополнительного платного полиса (ОМС+), цена которого должна зависеть от степени заботы индивида о своем здоровье. Практики своевременного прохождения диспансеризации, участие в оздоровительных мероприятиях, отсутствие вредных привычек должны учитываться при расчете такого полиса⁵⁴. Публично обсуждаются идеи о целесообразности введения «норм по посещениям врача, вызовам "скорой помощи", при превышении которых за работу врачей уже придется платить»⁵⁵, и ряд других мер.

Таким образом, при конструировании образа справедливого здравоохранения в медиапространстве официальных СМИ существуют социальные принципы равенства граждан на получение медицинской помощи и принципы экономической эффективности, более рационального использования выделенных на здравоохранение бюджетных средств посредством дифференцированного подхода в оказании медицинских услуг россиянам.

Официальному дискурсу медиа соответствуют высказывания региональных чиновников Минздрава. В интервью, проводимых нами в рамках социологического исследования, чиновники высшего уровня регионального здравоохранения отвечали на открытый вопрос о проблемах справедливости здравоохранения. Примечателен тот факт, что они раскрывали концепт справедливости именно в ключе либерально-консервативной трактовки федерального министра.

⁵⁴ Полис с плюсом // Российская газета. – № 982 (3). – 2015. – 27 января. – URL: <https://rg.ru/2015/01/27/polis.html> (дата обращения: 13.06.2017)

⁵⁵ Путь к здоровью через кассу? // Российская газета. – № 6829 (258). – 2015. – 15 ноября. – URL: <https://rg.ru/2015/11/16/med.html> (дата обращения: 13.06.2017)

«В чем я сейчас вижу несправедливость... В Республике Марий Эл чуть больше трехсот тысяч лиц трудоспособного возраста, не имеющие инвалидность, то есть те, которые должны были бы работать и трудиться. Соответственно, работая и трудясь, они отчисляют налоги на доходы физических лиц, за них работодатель отчисляет в систему ОМС среднего уровня, но вот по нашей республике чуть более ста тысяч, по нашим данным, это лица трудоспособного возраста, не имеющие группы инвалидности, не стоящие на учете в службе занятости, формально нигде не работают. То есть они работают, получая либо серую заработную плату, либо samozанятостью заняты, при этом никаких отчислений в государство они не делают, и в фонд социального страхования работодатели за них отчисления не делают. Но они требуют такого же к себе отношения, бесплатной медицинской помощи, бесплатного образования, бесплатных социальных каких-то гарантий. Вот в чем я вижу неравенство» (эксперт 1, РМЭ).

Официальные представители здравоохранения РТ также выступают за зависимость доступности и объема медицинских услуг от того или иного вида вклада человека в систему, что соответствует рыночной трактовке идеала соответствия активной деятельности и вознаграждения. Однако помимо этого в него вносятся элементы, связанные со снижением объема благ здравоохранения для несознательных, недобросовестных граждан, которые не заботятся о своем здоровье, «транжируют» его или рискуют им.

«Работа идет в соответствии с основным Федеральным Законом “Об основах охраны здоровья граждан” 323, в котором впервые в истории было сформулировано: ответственность гражданина за свое здоровье лежит на гражданине. И в этом плане равенство того, кто не заботится о своем здоровье, и того, кто заботится о своем здоровье... Они абсолютно по отношению к государственным ресурсам одинаковы. Я считаю, что это не совсем верно! <...> Я считаю, что

все-таки в перспективе мы должны отмечать тех, кто ведет здоровый образ жизни, и они должны иметь какие-то преференции в обществе» (информант 2, РТ).

Как видно, мнение управленцев высшего звена федерального и регионального здравоохранения активно опирается на либеральные трактовки справедливости. Подобные высказывания мы встретили и среди организаторов здравоохранения муниципального уровня. В частности, главврач районной больницы в Республике Марий Эл так поясняет свою позицию по вопросу введения частной платы за полис ОМС:

«На сегодняшний день большая нагрузка на бюджет РМЭ, а понятно, что в федеральный фонд ОМС идут взносы за работающее население со своей заработной платы. А за неработающее население идут перечисления – за них платит бюджет республики. Понятно, что пенсионеров, наверное, никуда не денешь, детей – тоже, а вот те граждане, которые не работают (реально из них 90% работают без трудовых договоров, без отчислений зарплаты, опять же никакие налоги не платят), но медицинскую помощь получают, как и все остальные... Здесь я полностью согласен, что надо какие-то механизмы включить. Эти ведь деньги республиканского бюджета можно было направить на другие цели. Если ты работаешь, ты должен платить и за свою медицинскую помощь» (эксперт 2, РМЭ).

Сторонники либеральной точки зрения приводили контраргументы по поводу личной ответственности и проблем с финансированием системы, которая лишает возможности в полной мере обеспечивать охрану здоровья тех, кто честно делает отчисления. Специалист по организации здравоохранения из Татарстана указывает, что официально неработающими могут быть довольно состоятельные люди: *«Наверное, введение частичной оплаты ОМС для неработающих справедливо, потому что у нас есть такая категория людей, я опять приведу примеры из своей поликлиники: богатые люди, катающиеся на джипах, имеющие коттеджи, бегают за бесплатным молоком»* (эксперт 4, РТ).

Однако мнения экспертов РТ и РМЭ в области организации здравоохранения не были консолидированными. Один из экспертов указал на то, что от данной меры пострадает, прежде всего, сельское население:

«Вопрос сложный, ведь это все может опять обрушиться на сельское население, которое и так по уровню жизни отстает. Соответственно, те небольшие деньги, которые соберут за счет этой меры, проблему сегодняшнего здравоохранения не решат, когда потребность в ресурсах исчисляется триллионами, недостаток ресурсов даже по сравнению с нашими европейскими коллегами – даже теми, кто на минимальном уровне работает» (эксперт 13, РТ). Основной мерой для стимулирования трудоспособных к выходу из «серого» рынка труда данный эксперт называет эффективную политику государства по стимулированию производительного труда:

«Вообще, я считаю, что государство должно создать условия, так чтобы люди нормально зарабатывали, имели прогресс своего развития, чтобы человек видел конец – к чему приведет его работа (без коррупции, без взяток). Если сегодня человек видит, что структуры многие коррумпированы, они продают инвалидность, можно легко стать больным, это говорит о том, что у нас в обществе не создан интерес для производительного, хорошего труда, для хорошей оплачиваемой работы. Его нет!» (эксперт 13, РТ).

Другой специалист, работающий в сфере организации оказания медицинской помощи психиатрическим больным, указывает, что такой подход может привести к усугублению социальных проблем в обществе, в частности, бродяжничества и преступности:

«Я лично приверженец бесплатной медицины. Я начинал работать еще в 70-х гг. В принципе, это неправильное решение. Ввиду того, что идет депопуляция российского населения, вводить такие меры крайне нежелательно. Я говорю как доктор. Для психиатрических больных это вообще недопустимо! Они

просто не придут к нам, пациенты будут по миру ходить. Это значит будет больше бомжей, больше правонарушений» (эксперт 3, РТ).

Дополнительный контраргумент озвучивает эксперт, проработавший около 10 лет в Управлении здравоохранения Казани. Он ссылается на организационные сложности и барьеры для реализации этой меры:

«Что мне не нравится в этой идее: вот этот пациент застрахованный, он к нам приписанный, ну хорошо, это они пробивают по базе, эти сведения у них есть. А если возникнет вопрос, какой процент он нам должен оплачивать, работу поликлиник это парализует окончательно... И вот интересно было бы просчитать, хотя бы спрогнозировать доходы от этой меры... И я уверена, что овчинка выделки не стоит» (эксперт 5, РТ).

Понимая и принимая идею о необходимости повышения ответственности тех, кто пользуется социальными благами (при этом может отчислять взносы, но не делает этого), специалисты в области организации здравоохранения в ходе интервью высказывали суждения о рисках больших финансовых издержек медучреждений при введении подобного новшества: *«Я не могу Вам сказать, наверное, специалисты по макроэкономике должны озаботиться этим вопросом – какой процент денег теряется от недоложения в медицину этого контингента (...))»* (эксперт 5, РТ).

Нашлись информанты и эксперты, которые в целом поддерживают рыночный принцип соотношения деятельности, вклада трудоспособного гражданина и объема медицинских услуг, однако не видят перспектив в механизме его реализации, отмечая сложности практической организации процесса отделения реально нуждающихся в социальной поддержке от тунеядцев:

«Я даже не знаю, какое мое мнение может быть по этому вопросу. Просто знаю тех людей, которые работают чисто на

себя. Вроде как бы получают такую же бесплатную медицинскую помощь. Конечно, они не делают отчисления. Возможно, для этих людей-то и можно ввести оплату части ОМС. Но есть люди, которые не работают – их жаль. Как поделить их в этом плане. И для второй группы как-то хочется, чтобы это было бесплатно» (эксперт 3, РМЭ).

Идея соразмерности распределения благ бесплатного здравоохранения при проведении интервью с населением, как правило, вызывала бурную реакцию. Мнения делились на противоположные и сопровождалась интенсивными эмоциональными проявлениями вербального и паралингвистического свойства: часть респондентов определяли введение дифференцированной доступности к государственному здравоохранению как правильную и справедливую меру, другая часть – как абсолютно несправедливую:

«А тот человек, который не работает, он налоги не платит, получается, что ему теперь и медицинскую помощь не оказывать? Нет, это несправедливо, пусть всем оказывают медицинскую помощь». «Медицинская помощь должна оказываться всем!» (фокус-группа с гражданами 1, РМЭ).

Сторонники дистрибутивной модели справедливости апеллировали к гуманизму и человечности: *«Мы же живем в гуманном обществе» (фокус-группа с экспертами 1, РМЭ), «Мы же не животные. Мы должны друг другу помогать» (информант 3, РМЭ).* При аргументации неприятия данной меры фигурировала каузальная атрибуция обстоятельств, средовых факторов: *«Я не думаю, что работник сам по собственной инициативе говорит “Да мне не нужны отчисления, мне не нужна пенсия”. Их работодатель сам в рамки такие работника поставил» (информант 4, РМЭ).* *«Если <...> беда с официальной работой, как у нас, то это ужасно несправедливая мера» (информант 10, РТ).*

При этом необходимо помнить, что специалисты ВОЗ также предостерегают сообщество от преувеличения возможно-

стей отдельного человека в создании условий для благополучия в сфере здоровья⁵⁶.

Массовый опрос, проведенный в 2017 году, показал, что в целом общественное мнение тяготеет к дистрибутивной трактовке справедливости, при этом достаточно высок процент граждан, которые не могут выразить свое мнение на этот счет. Маркерами выбора того или иного варианта справедливости в анкете служили несколько вопросов. Один из них касался ситуации, обсуждаемой государственными функционерами в отношении введения частичной оплаты полиса ОМС для тех трудоспособных граждан, которые не делают отчисления в фонд ОМС. Введение подобных мер соответствует либеральным процессам в отечественном здравоохранении, но не вполне соответствует чаяниям и ожиданиям населения.

На вопрос «Поддерживаете ли Вы инициативы некоторых представителей власти по введению дополнительного сбора на медицинский полис (ОМС) с тех трудоспособных граждан, которые официально не работают и не перечисляют средства в Фонд обязательного медицинского страхования?» лишь 26% ответили положительно. Большинство респондентов (41%) ответили «нет», 33% затруднились ответить. При этом на вопрос о степени внимания со стороны системы здравоохранения к категории граждан «безработные» около 60% респондентов указали, что медуслуги им должны оказываться, как и остальным гражданам, 11% считают, что медуслуг должно быть больше, 14% – что медуслуг должно быть меньше, 14% затруднились с ответом. Что касается тех, кто получает зарплату в «теневом» секторе, то в отношении них мнение чуть более половины респондентов сводилось к позиции: доступ к медуслугам к данной категории населения не должны ограничиваться (рис. 1).

⁵⁶ Социология в России. – М.: ИС РАН, 1998. – С. 488.

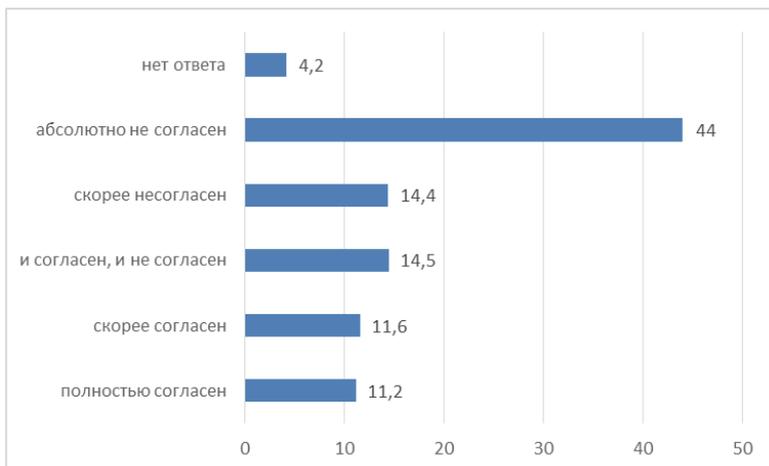


Рис. 1. «Оцените, пожалуйста, следующее высказывание: “Если гражданин получает зарплату в конверте, неофициально, то его доступ к бесплатным медуслугам должен быть ограничен”»

Идея зависимости объема госгарантий от отчислений и зарплаты не нашла одобрения среди опрошенных: 55% выразили несогласие, 16% указали позицию «скорее не согласен», 12% ответили «и да, и нет». Лишь 17% респондентов выразили частичную или полную поддержку.

По справедливому замечанию отечественного социолога М.Ф.Черныша, «в любом нетоталитарном обществе сосуществуют и конфликтуют друг с другом разные представления о социальной справедливости»⁵⁷. Можно констатировать, что на данный момент в экспертном сообществе и среди пациентов находит отражение и дистрибутивный, распределительный принцип справедливости, и рыночная, конкурентная модель справедливого здравоохранения. Судя по состоянию общественного мнения относительно созависимости вклада и объема медуслуг,

⁵⁷ Черныш М.Ф. Социальная справедливость и ее миражи // Мир России. – 2012. – № 2. – С. 113.

можно сказать, что среди населения более популярным остается принцип дистрибутивной модели справедливости. Таким образом, ценностные основы понимания справедливости как равенства вступают в противоречие с актуализированными значениями дискурса справедливости высших чиновников федерального и регионального уровней.

Кстати, оценка большинством россиян (65%) качества медицинских услуг как низкого в сегменте государственного здравоохранения⁵⁸ отчасти является следствием несоответствия реальной и идеальной картины функционирования данного социального института. В связи с этим необходимо учитывать тот факт, что ситуация неудовлетворенности граждан качеством медицинских услуг может лежать в плоскости социальных представлений о том, каким должно быть справедливое здравоохранение в российском обществе, что есть равенство в здравоохранении и доступность здравоохранения.

Кроме того, обсуждая кейс относительно риторики о введении частичной платы за полис, необходимо помнить, что в России, в отличие от стран Запада, отсутствует разнообразие системы контрактов в сфере трудовых отношений, стимулирование основано в основном на системе «кнута» (не «пряника», бонусов), и маркером человека в системе производственных отношений являются не дополнительные блага, а присутствие/отсутствие предусмотренных законом минимальных социальных гарантий. Так, по мнению Н.Е. Тихоновой, «вся разница контрактов сводится к тому, официально оформлен человек на работу или нет <...>. Внизу социальной иерархии россиян оказывается <...> треть работающих россиян <...>. Они абсолютно бесправны и социально не защищены – достаточно сказать, что лишь каждый десятый из них получает оплату больничного, отпуска и т.п.»⁵⁹.

⁵⁸ Доступность и качество российского здравоохранения: оценки пациентов / ВЦИОМ. Пресс-выпуск №2919. – 2015. – 2 сентября. – URL: <https://wciom.ru/index.php?id=236&uid=115370> (дата обращения: 30.05.2017)

⁵⁹ Тихонова Н.Е. Социальная структура России: теории и реальность. – М.: Новый хронограф: Ин-т социологии РАН, 2014. – С. 216.

Согласно точке зрения специалиста в области организации здравоохранения А.И.Стародубова, применительно к здоровью нельзя сводить факторы, его определяющие, к субъективным, связанным исключительно с выбором индивида: «Предотвращение хронических дегенеративных заболеваний и снижение риска травм зависит от выбора человека <...>. Но даже у взрослых индивидуальное решение – это вектор многих составляющих. Социально-экономическое положение, окружение, общественные нормы поведения, позиция СМИ, стандарты рабочих мест, достаточность медицинской помощи и консультаций оказывают мощное влияние на поведение взрослого человека»⁶⁰.

Интерпретировать ситуацию в здравоохранении с переходом от модели государственной ответственности за здоровье к модели частной, приватной проблемы и индивидуальной ответственности (самосохранительного поведения), можно в контексте общесоциологической теории в продолжение дискуссии, развернутой в первом разделе.

Советское государство в значительной мере монополизировало заботу о здоровье, теле индивида, что является вариантом дисциплинарной власти общества Модерна⁶¹. Традиционная забота о здоровье индивида, семьи, религиозных институций, знахарей-врачевателей в современном обществе замещается, по мнению сторонников концепции антимедикализации, вмешательством и тотальным контролем здравоохранения, происходит так называемая приватизация социальной проблемы здоровья⁶².

Сегодня социология здоровья разрабатывает обоснование смены патерналистской модели в отношении здоровья пациента

⁶⁰ Здоровье населения России в социальном контексте 90-х гг.: проблемы и перспективы / под ред. В.И. Стародубова, Ю.М. Михайловой, А.Е. Ивановой. – М.: Медицина, 2003. – С. 222.

⁶¹ Фуко М. Археология знания. – К.: Ника-центр, 1996. – С. 52.

⁶² Бест Дж. Социальные проблемы // Социальные проблемы. – 2008. – № 2. – URL: <http://socprob.ru/2008/sotsialnyie-problemyi-best-dzh.html> (дата обращения: 20.08.2011).

на гуманистическую, соучаствующую, постсовременное общество критикует тотальный диктат медицины, новая политическая конъюнктура в России провозглашает перенос ответственности с государства на индивида. При этом СМИ продолжают тиражировать и гиперболизировать образ бесплатной, гарантированной государством медицины, декларировать активную социальную политику в отношении здоровья⁶³.

Идеи ответственности конкретного человека за собственное здоровье оформились в 80-е гг. XX в. в идеологию хелсизма, которая также подвергается критике со стороны представителей социологического сообщества за навязывание представлений выгодных политическим и рыночным субъектам, власти и бизнесу. Критики справедливости здравоохранения в неолиберальном варианте самосохранения и примата индивидуальной ответственности задаются вопросом, становится ли индивид более свободным в условиях ухода государства из системы здравоохранения в свете развития бизнеса и неизбежного навязывания болезней для продвижения медицинских товаров и услуг (например, в форме избыточной диагностики, преувеличения значимости патологии, убеждения в необходимости лечения какого-либо естественного состояния)? Они отмечают, что идея, заложенная в постмодернизме о множественности истин, дискурсов, дискретных реальностей, с одной стороны, содержит латентную реакционную составляющую, которая выражается в росте индивидуализации, обособления, с другой – снимает вопрос о манипуляторах и ответственности государства, экономических структур в сфере охраны здоровья. В частности, Ш.Ляйбольд и С.В.Соловьева указывают: «...все мероприятия по продвижению бренда “здоровье как товар”, а также смещение ответственности за собственное здоровье на самого человека не являются социально и этически нейтральными, так как

⁶³ Савельева Ж.В. Потребление медицинских услуг или оказание медицинской помощи: конструирование образов платной и бесплатной медицины средствами массовой коммуникации // Журнал социологии и социальной антропологии. – 2011. – Т. XIV. – № 5 (58). – С. 347 – 355.

ухудшают положение тех, кто и до этого находился в худшем положении»⁶⁴. Российский антрополог Д.В.Михель замечает, что в условиях культа здорового тела как формы демонстрации успешности «произошла не только коммерциализация здоровья, но и его медиализация. Однако такая позиция, которую можно было бы приветствовать как разумную инициативу, в социальной перспективе вызвала негативный эффект. Взяв ответственность за свое здоровье в собственные руки, средний класс тем самым развязал руки правительствам своих стран и освободил их от необходимости заботиться о здоровье остального населения»⁶⁵.

Таким образом, можно утверждать, что гиперлиберальный взгляд на здоровье идеологичен, он легитимирует невмешательство государства в сферу здоровья, которое превращается в поле по рентабельному производству рисков.

Данная идеология выгодна субъектам рынка. Научная повестка экономики актуализирует трактовки здоровья как товара, исследует расходы на сферу здравоохранения, оценивает их эффективность, целесообразность трат на здоровье, сравнивает цену жизни здорового и больного⁶⁶. В логике медико-экономических исследований изучаются вопросы экономической эффективности сокращения сроков лечения, способов лечения тех или иных заболеваний. Здоровье рассматривается как ликвидный товар, имеющий денежный эквивалент, например, в виде ежегодных премий сотрудникам, не бравшим больничные листы в течение года. Таким образом, в современных *гуманизированных* HR-стратегиях по инвестициям в человеческий капитал

⁶⁴ Ляйбольд Ш., Соловьева С.В. Здоровье как товар? Экономические и этические границы экономизации и приватизации системы здравоохранения в Германии // Здоровье как ресурс. – Н. Новгород: Нисоц, 2010. – С. 664.

⁶⁵ Михель Д. Социальная антропология медицинских систем. – Саратов, 2010. – С. 73–74.

⁶⁶ Леонов С.К., Сон И.М., Ермаков С.П., Девишев Р.И. Оценка экономических потерь здоровья населения на основе глобального бремени болезней DALY и эффективности затрат по всем видам медицинской помощи с использованием показателя QALY // Менеджер здравоохранения. – 2011. – № 6. – С. 14–28.

фиксируется парадоксальный факт подмены заботы здоровья его эксплуатацией. Как следствие, россияне берут больничные листы лишь в крайнем случае, предпочитая переносить болезнь «на ногах».

Подводя итог, отметим, что в ходе проведения опроса необходимость справедливости здравоохранения была признана всеми участниками исследования – и экспертами, и населением: *«Здравоохранение не должно, а обязано быть справедливым»* (фокус-группа 3, РТ). Но их интерпретации отражали спектр от рыночных до либеральных воззрений и носили порой взаимоисключающий характер. Как показали результаты интервьюирования и исследования дискурса, управленцы высшего федерального, регионального, муниципального звеньев актуализируют либеральную идею соразмерности вклада в систему, вознаграждения в форме объемов медицинских услуг и индивидуальной ответственности за здоровье. Представленный выше кейс с риторикой о соплатежах неработающего населения за медицинский полис демонстрирует вариативность официальной номинации в деле определения модели справедливости. О полном переходе к либеральной модели на примере нашего кейса – введения соплатежей для «социальных иждивенцев» и «безответственных граждан» – говорить не приходится, тем более что только четвертая часть граждан поддерживает идею, треть затрудняется с выбором позиции, остальные рассматривают меру как несправедливую.

Раздел 3

ИНФОРМАЦИОННАЯ ОТКРЫТОСТЬ В КОНТЕКСТЕ СПРАВЕДЛИВОСТИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ⁶⁷

С конца XX века в мире начался процесс закрепления открытости и обеспечения информационной доступности для граждан государственных органов и корпораций. Этот процесс коснулся и сферы здравоохранения, сделав нормой публичные отчеты медицинских организаций. Здравоохранение представляет собой рынок доверительных благ, в котором информацией владеют производители услуг, а потребители знают о них меньше, поэтому информационная открытость, как считают специалисты, дает людям новые возможности влияния на принятие решений и выбор приоритетов. Информационная открытость важна и для самой медицинской организации: она может обеспечить обратную связь и стать фактором соответствия запросам пациентов, позволяющим накапливать преимущества и повышать конкурентоспособность.

Нельзя не указать еще на одну причину актуальности информационной открытости системы здравоохранения. Это состояние постоянного реформирования или модернизации российского здравоохранения, которое часто воспринимается как отказ от советских принципов бесплатной и общедоступной системы медицинского обслуживания. На седьмом совещании Форума по вопросам будущего с участием представителей высшего руководства здравоохранения, организованном Европейским региональным бюро ВОЗ в 2004 году, обсуждались трудности, с которыми может столкнуться руководство при принятии непопулярных политических решений. Популярным, как отмечают участники, обычно бывает решение, вызванное широким спро-

⁶⁷ Материал данного раздела частично опубликован в статье: Савельева Ж.В., Кузнецова И.Б., Мухарямова Л.М. Информационная доступность медицинских услуг в контексте справедливости здравоохранения // Казанский медицинский журнал. – 2017. – Т. 98. – №4. – С. 613 – 617. doi: 0.17750/КМЖ2017-613. Печатается с разрешения издания.

сом в обществе; непопулярное решение зачастую не является реакцией на четко выраженные ожидания общества⁶⁸. Международные эксперты призывают руководителей принять все меры, чтобы планируемые изменения были понятными, а потому приемлемыми. Для этого необходимо обеспечить транспарентность: нужно разъяснять, кто принимает решение, интересы тех, кто в нем участвует и кого оно затрагивает, вовлекать в обсуждение все группы населения, не рассчитывать, что СМИ займут поддерживающую или нейтральную позицию.

Информационная открытость, по общему мнению, не приводит к автоматическому решению всех проблем. В случаях ограниченности или неполноты информации возможно усиление информационной асимметрии. Поскольку информация является важнейшим ресурсом власти и влияния, информационную открытость следует рассматривать во взаимосвязи с ресурсным неравенством: чем больше отдельный человек или группа будут лишены доступа к информации, тем в более несправедливом положении они рискуют оказаться⁶⁹. Этот вывод в полной мере можно отнести к сфере здравоохранения.

Проблемы информационной открытости в здравоохранении в последние годы стали предметом медико-социальных исследований. Отметим, что в подходах зарубежных ученых и отечественных исследователей есть фундаментальные различия: если в России исследования посвящены общим принципам информационной открытости в здравоохранении на государственном, региональном уровнях⁷⁰, и вопросам выполнения формальных

⁶⁸ Доклад ВОЗ о состоянии здравоохранения в мире-2008. Первичная медико-санитарная помощь: сегодня актуальнее, чем когда-либо. – URL: <http://www.who.int/whr/2008/overview/ru/index.html>

⁶⁹ Афанасьева О.В. Информационная открытость и проблема устойчивого развития. Вопросы философии. 2012; 5: 1 – 16. – URL: http://vphil.ru/index2.php?option=com_content&task=view&id=535&pop=1&page=0 (дата обращения: 10.12.2016)

⁷⁰ Глузченко А.Н. К проблеме реализации принципов открытого государственного управления в деятельности министерства здравоохранения России // Ученый XXI века. – 2015. – № 11. – С. 66 – 68; Иванов И.В. Анализ информации,

требований законодательства об открытии информации медицинскими организациями⁷¹, то зарубежные исследования нацелены на решение конкретных проблем. Это изменения форм публичной отчетности медицинских организаций с тем, чтобы информация могла быть правильно истолкована людьми с различным культурным капиталом⁷², обеспечение прозрачности при ценообразовании и использование для снижения затрат технологий краудсорсинга⁷³, преимуществ и рисков работы с социальными медиа⁷⁴.

В России требование информационной открытости закреплено в ст. 79 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», в ст. 20 Федерального закона от 29 ноября 2010 г. № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации», в методических рекомендациях по проведению независимой оценки качества работы государственных (муниципальных) учреждений, оказывающих услуги в сфере здравоохранения, утвержденных приказом Минздрава России от 31 октября 2013 г.

размещенной на официальных сайтах органов управления здравоохранением субъектов российской федерации по вопросам организации контроля качества и безопасности медицинской деятельности // Вестник Росздравнадзора. – 2015. – С. 29 – 32; Иванов И.В. Анализ информационной прозрачности и общественной ориентированности сайтов региональных органов управления здравоохранением // Здравоохранение. – 2015. – № 8. – С. 60 – 65.

⁷¹ Муравьева В.Н. ВЕБ-ресурсы учреждений здравоохранения как механизм повышения доступности медицинской помощи населению // Медицинский вестник Северного Кавказа. – 2016. – № 1 (1). – С. 114 – 116; Орлова В.В. Оптимизация работы веб-сайта медицинского учреждения как канала коммуникации // Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. – 2015. – № 3. – С. 428 – 432.

⁷² Minami C. A., Dahlke A., Bilimoria K. Y. Public reporting in surgery: an emerging opportunity to improve care and inform patients. *Annals of surgery*. 2015; 261 (2). – Pp. 241 – 242.

⁷³ Meisel Z.F., VonHoltz L. A.H., Merchant R.M. Crowdsourcing healthcare costs: Opportunities and challenges for patient centered price transparency. *Healthcare*, Elsevier. – 2016. – 4 (1). – Pp. 3 – 5.

⁷⁴ Ventola C.L. Social media and health care professionals: benefits, risks, and best practices. *Pharmacy and Therapeutics*. – 2014. – 39. 7. – P. 491.

№ 810а. Информация должна быть представлена в печатной форме (на стендах, буклетах и т. д.), но в последние годы особо актуально размещение документов в сети Интернет.

Несмотря на нормативное требование информационной открытости, ситуация в стране продолжает оставаться неоднозначной. Как отметили участники обсуждения совета по данным Открытого правительства РФ в октябре 2016 г., информация реально может использоваться только для сравнения муниципалитетов и регионов между собой, в то время как для гражданина важна информация о конкретном медучреждении. «Сейчас инструмента выбора медицинского учреждения и врача фактически не существует. Эту потребность полностью могут удовлетворить первичные данные о медучреждениях, 90% которых собирается на уровне региональных управлений здравоохранения. Но в законе "О статистическом учете" существуют ограничения на раскрытие такой информации»⁷⁵, – отметили эксперты.

Наполнение стендов и официальных сайтов медицинских организаций регламентированной информацией находится в поле контроля надзорных органов. Непредставление информации влечет за собой штрафные санкции, Именно поэтому мы не проводили контент-анализ сайтов на наличие всех документов. В рамках нашего исследования фокус направлен на иное: во-первых, на выявление того, как оценивают организаторы здравоохранения и врачи роль медицинской организации в обеспечении права людей на информацию; во-вторых, на восприятие пациентами информационной доступности здравоохранения для различных социальных групп; в-третьих, на анализ доступности современной, актуальной медицинской информации для врачей; и, наконец, в-четвертых, на определение востребованности информации о системе здравоохранения и медицинских работников.

⁷⁵ Совет по открытым данным обсудил раскрытие информации в сфере здравоохранения. – URL: / <http://open.gov.ru/events/5515508/> (дата обращения: 18.12.2017)

Регулярные исследования общественного мнения, касающиеся здравоохранения в России⁷⁶, показывают, что информационная доступность остается невысокой. Опрос, проведенный в восьми регионах России по заказу Федерального фонда ОМС, показал, что наиболее популярными источниками информации о правах застрахованных в системе ОМС выступают СМИ и медицинские организации (42,7% и 30,6%), причем осведомлены в той или иной мере о своих правах только 41,2% населения⁷⁷.

Категория «информационная открытость здравоохранения» стала в ходе операционализации одной из характеристик концепта справедливости наряду с другими, среди которых, например, доступность медицинских сервисов, социально-культурные возможности обратной связи, обсуждения приоритетов в системе охраны здоровья. В рамках качественной стратегии исследования в отношении данного модуля исследовательского проекта было важно зафиксировать диапазон оценок и выявить спектр проблем, связанных с возможностями получения информации о различных видах медицинского обслуживания в регионах, с доступностью дистанционной записи на прием, в том числе посредством системы электронных государственных услуг.

Интервью с экспертами демонстрируют положительную оценку большинством организаторов здравоохранения и медицинских работников информационной открытости. Эксперты указывают на наличие информации о диспансеризации, прививках, специалистах, готовность работать со СМИ и т.п. ин-

⁷⁶ Доступность и качество российского здравоохранения: оценки пациентов // Пресс-выпуск ВЦИОМ. – М., 2015. – № 2919 (2 сентября). – URL: http://www.wciom.ru/fileadmin/file/reports_conferences/2015/2015-09-02-zdravooхранenie.pdf (дата обращения: 10.12.2016); Кочкина Н.Н., Красильникова М.Д., Шишкин С.В. Доступность и качество медицинской помощи в оценках населения: препринт WP8/2015/03. Нац. исслед. ун-т «Высшая школа экономики». – М.: ИД Высшей школы экономики, 2015. – 56 с.

⁷⁷ Решетников А.В., Стадченко Н.Н., Соболев К.Э. Удовлетворенность россиян качеством медицинской помощи в системе обязательного медицинского страхования // Социология медицины. – 2015. – 14 (1). – С. 19 – 25.

форманты также говорили о доступности информации о медицинских учреждениях на интернет-сайтах, где можно без труда найти режим работы организации, контакты и описание медицинских услуг. Общую характеристику можно представить по высказыванию врача – участника фокус-группы, вызвавшему одобрение других участников: *«Информационные стенды, интернет-страницы, электронные ... – на 100 %»* (фокус-группа 2 РТ). Нельзя не отметить, что большинство экспертов при обсуждении темы информационной открытости переходили к теме рекламы платных услуг.

Какие проблемы были обозначены критической частью экспертов?

Первая проблема заключается в том, что на всех интернет-сайтах или в специальных местах для предоставления печатной информации самые выигрышные места занимает информация о платных услугах. Программа госгарантий, как утверждают ответственные работники Росздравнадзора по Республике Татарстан, на всех сайтах есть, это контролируется. Но найти эту информацию и разобраться в ней совсем непросто. Возможно, такая ситуация в Татарстане, связана с тем, что, как утверждает организатор здравоохранения с большим опытом, *«в Татарстане есть план для медицинской организации по платным услугам. Это еще с 1990-х гг. просто абсурд... при этом мы же понимаем, что государство гарантирует бесплатность»* (эксперт 13, РТ). По мнению наших информантов, объема государственного задания (квот) для обеспечения всех по стандартам бесплатной медицинской помощью просто не хватает, «деньги заканчиваются уже к октябрю». В таких условиях информацию о платных услугах медицинская организация размещает сразу в нескольких местах главной страницы сайта, а программа госгарантий оказывается где-то глубоко.

Программа госгарантий, представленная на официальных сайтах или информационных стендах медицинских организаций мало приспособлена для изучения потребителями. Это

огромный документ с множеством терминов, набранный мелким шрифтом. Как указывают участники фокус-групп, *«разобраться рядовому человеку с этим документом – невозможно. Информация о платных услугах представляется крупно, понятно, а здесь ничего не поймешь, что тебе положено по закону, а что только за деньги»* (фокус-группа 3, РМЭ).

Вторая проблема связана с тем, что у медицинской организации, особенно сельской или маломощной, нет ни средств, ни кадров для поддержания сайта. Один из руководителей сельской ЦРБ в интервью отмечает: *«У меня есть один компьютерщик, он заполняет. Я схожу на совещание, потом ему рассказываю, он размещает на сайте. Было бы правильно, если информацию по программе госгарантий для всех готовили в Казани, на доступном для людей языке, специалисты. Чтобы каждая деревенская бабушка могла понять, на что она имеет право и сколько максимум это можно ждать»*.

Проведенный анкетный опрос показал, что население республик информационную открытость не считает приоритетным направлением утверждения принципов справедливости в охране здоровья. Только 15,2% респондентов выбрали вариант «открытие для граждан объективной информации об объемах медицинской помощи, на которые они могут рассчитывать» при ответе на вопрос «Как Вы считаете, какие меры могут обеспечить движение российского здравоохранения к большей справедливости?». Этот вариант занял лишь 8-е место, уступив таким предложениям, как увеличение затрат на здравоохранение в бюджете страны (51,0%), предотвращение коррупции в высших эшелонах управления (41,7%), значительное повышение зарплат врачей с одновременным повышением ответственности (40,8%), улучшение профессионального обучения врачей с повышением к ним требовательности (40,4%), отмена платных услуг в государственных учреждениях здравоохранения (30,3%), усиление ориентации на профилактику, работа со взрослыми и детьми (22,2%), запрет на получение медицинской помощи в зарубежных странах для депутатов и госслужащих (19,2%).

Третья проблема, на которую обращают внимание эксперты, это отсутствие на сайтах информации, необходимой пациенту для оценки качества предоставляемых учреждением медицинских услуг, и о его правах как пациента. Эксперт в качестве примера указал финансовое состояние организации, показатели летальности учреждений с хирургическим профилем: *«У нас такого плана информации нет. У нас на сайтах все, что угодно можно писать. А если гражданин заинтересуется теми вещами, которые интересуют его как потребителя услуги, то реально он никакой информации не получит, кроме времени приема и так далее»* (эксперт 13, РТ).

Многие пациенты, принявшие участие в опросе, также отметили данную проблему: *«Я считаю, что мы многого не знаем и если бы ту же самую рекламу, вот как нам преподносят о зубных пастах или еще там о каких-то мелочах, если бы хотя бы в день две-три рекламы были о том, какие мы имеем права, что мы можем где-то получить»* (информант 8, РТ).

Объективная информация о качестве услуг могла бы быть, например, в том числе, в предписаниях надзорных органов. Исследование выявило, что на официальных сайтах медицинских организаций в настоящее время не удается найти предписания контрольно-надзорных органов, Фонда обязательного медицинского страхования или страховых организаций. Для образовательных организаций такое требование закреплено в действующем законодательстве. Все предписания публикуются в разделе «Основные сведения об образовательной организации» и легко доступны всем потребителям. Отсутствие такого требования по отношению к медицинским организациям обусловлено, по мнению экспертов, тем, что *«потребители медицинских услуг – люди больные, легковозбудимые. Публикация результатов проверок в общедоступных местах может повредить репутации больницы, снизить уровень доверия и, в конечном итоге, навредить самому пациенту»* (эксперт 15, РТ).

Анализ, проведенный в информационно-поисковой системе «Яндекс» по количеству запросов в сети Интернет официаль-

ных сайтов крупнейших медицинских учреждений РТ и Республики Марий Эл показывает, что жители обеих республик активно пользуются цифровыми коммуникациями (табл. 1).

Приступая к исследованию, мы полагали, что в сети Интернет выше активность жителей РТ. Однако эта гипотеза не подтвердилась. В обеих республиках граждане активно используют информацию, размещенную на официальных сайтах, а сами организации, по всей видимости, продвигают в СМИ и в социальных сетях информацию о себе.

Таблица 1

Количество запросов и количество упоминаний в сети Интернет республиканских учреждений здравоохранения в Республике Татарстан и Республике Марий Эл

Наименование организации РТ	Количество запросов в сети Интернет в месяц	Количество упоминаний в Интернет за 1 год	Наименование организации РМЭ	Количество запросов в сети Интернет в месяц	Количество упоминаний в Интернет за 1 год
Республиканская клиническая больница МЗ РТ	828	2 тыс.	Республиканская клиническая больница МЗ РМЭ	407	2 тыс.
Детская республиканская клиническая больница МЗ РТ	113	3 тыс.	Детская республиканская клиническая больница МЗ РМЭ	135	2 тыс.
Республиканская офтальмологическая больница МЗ РТ	232	731	Республиканская офтальмологическая больница МЗ РМЭ	162	3 тыс.

Наименование организации РТ	Количество запросов в сети Интернет в месяц	Количество упоминаний в Интернет за 1 год	Наименование организации РМЭ	Количество запросов в сети Интернет в месяц	Количество упоминаний в Интернет за 1 год
Республиканский онкологический диспансер МЗ РТ	524	70 тыс.	Республиканский онкологический диспансер МЗ РМЭ	93	1 тыс.
Республиканская психиатрическая больница МЗ РТ	187	2 тыс.	Республиканская психиатрическая больница МЗ РМЭ	50	5 тыс.
Республиканский наркологический диспансер МЗ РТ	793	4 тыс.	Республиканский наркологический диспансер МЗ РМЭ	47	4 тыс.
Республиканский кожно-венерологический диспансер МЗ РТ	140	8 тыс.	Республиканский кожно-венерологический диспансер МЗ РМЭ	23	549
Республиканский противотуберкулезный диспансер МЗ РТ	103	5 тыс.	Республиканский противотуберкулезный диспансер МЗ РМЭ	16	298

В принятой в 2017 году программе «Цифровая экономика Российской Федерации» здравоохранение относится к приоритетным сферам, в которой данные в цифровой форме являются ключевым фактором деятельности, повышающим конкурентоспособность страны и качество жизни граждан⁷⁸.

По словам министра здравоохранения РФ В.Скворцовой по состоянию на конец 2016 года информатизировано 65 процентов рабочих мест врачей, а к концу 2018 года эта цифра должна быть увеличена до 98 процентов, к скоростному Интернету подключено 57 процентов поликлиник и больниц.

«Это не только места подключения ко всем информационным базам, это дистанционное образование, это электронный документооборот, который высвобождает до 30 процентов рабочего времени врача, это структурирование рабочего дня», – доложила В.Скворцова Президенту России В.Путину⁷⁹. С 2017 года врачи смогут выписывать рецепты пациентам онлайн, а на портале госуслуг появится «личный кабинет» пациента. Так будет создана единая государственная медицинская информационная система.

Как медицинские работники оценивают реальные процессы цифровизации здравоохранения? С одной стороны, для медиков и пациентов электронный документооборот упрощает процедуры оформления и доставки пациента по республикам для получения высокотехнологичной помощи, делая их более быстрыми и удобными. С другой стороны, система электронных технологий в здравоохранении создает сложности для врачей, у которых увеличивается время на заполнение документов – теперь не только бумажных, но и электронных, при том что уровень компьютерной грамотности врачей довольно разный. Инфор-

⁷⁸ Программа «Цифровая экономика Российской Федерации». Утверждена распоряжением Правительства Российской Федерации от 28 июля 2017 г. № 1632-р. – URL: <http://static.government.ru/media/files/9gFM4FHj4PsB79I5v7yLVuPgu4bvR7M0.pdf>

⁷⁹ Владимир Путин обсудил с министром здравоохранения развитие медицинских услуг и сервисов // Российская газета. – 15 декабря 2016 года.

манты сожалели о том, что заполнение большого количества документов мешает выполнению прямых функций по лечению пациентов, в связи с чем звучали предложения выделить специальную структуру для подобных процедур и в целом развивать такую информационную инфраструктуру здравоохранения, которая бы не отвлекала врача от его непосредственных и самых важных обязанностей.

Позитивно эксперты оценивали систему дистанционной электронной записи к специалистам. Реальные возможности получения электронного талона в медицинских учреждениях республик, районов, городов разные. Некоторые информанты указывали на высокую доступность такой записи, другие – на сложности с получением электронного талона.

Эксперты называли Татарстан более успешной республикой в плане реализации проектов информационного обеспечения здравоохранения: *«Если сравнить с другими республиками, то наша на голову впереди... Мы (Татарстан – прим. авторов) здесь на голову выше и на шаг впереди близлежащих наших соседей и даже по округу»* (эксперт 1, РТ). Однако указывалось и на то, что электронная очередь существует не во всех филиалах учреждений Казани. Можно констатировать, что существует ситуация неравенства развития подобных технологий в республиках, районах, городах, что делает систему здравоохранения в аспекте информационной составляющей более несправедливой.

В столице Марий Эл также развита система электронной записи на прием, и врачи отмечали удобство данной системы. Среди минусов отмечалась меньшая гибкость подобной записи, что характерно для обоих регионов: *«Запись выкладывается на большой период вперед – это примерно две недели, соответственно, в связи с каким-то непредвиденными ситуациями, например, врач заболел, ушел на больничный, возникает сложность, и то, что запись может опережать, в этом есть свой негатив»* (эксперт 2, РМЭ).

Мнения пациентов оказались еще менее оптимистичными. Пожилые люди чувствуют себя некомфортно в такой ситуации, поскольку большинство респондентов старше 60 лет, которых мы опросили, не пользуются компьютером: *«У нас есть сложности при записи на прием. Если звонить и записываться, то там постоянно все талоны уже разобраны, а если приехать самому и брать талон в регистратуре, то нужно ждать огромные очереди»* (информант 16, РТ). Таким образом, развитие электронных коммуникаций при отсутствии внимания к ригидности существующей системы талонов и перегруженности работников регистратуры также влияет на возрастное неравенство в доступности медицинских услуг: *«Раньше доступность у всех возрастов была одинаковая, да! Но сегодня все усложнили, потому что ввели всякие электронные очереди. То есть наше поколение понимает, записываемся. А старики ничего не понимают. Они не могут записаться. Они приходят в регистратуру, при мне в регистратуре сколько случаев отказа им было»* (информант 4, РМЭ).

Очевидным достоинством технологии предоставления электронных медицинских услуг является удобство для пациента, отсутствие необходимости затрат времени на поездку в поликлинику, что особенно актуально для людей молодого и среднего возраста. По мнению специалистов, такие технологии перспективны с точки зрения реализации принципа справедливости и их нужно развивать. Однако при реализации проекта электронного талона, по мнению экспертов, возникает комплекс проблем и ограничений. Первая и, пожалуй, самая важная проблема заключается в том, что электронная очередь не снимает проблему нехватки специалистов и времени их приема: *«Когда я в коллегии Минздрава первый раз сидел, слушал: “Вот у нас наконец-то покончили с очередями в медицинских организациях, мы ввели эту электронную очередь”. Но это ведь не означает, что истинные очереди ушли, что я вот сегодня пошел и реально получил помощь. Это означает, что мы очередь из медицин-*

ской организации перенесли домой, люди дома ждут очереди. Они записались и ждут» (эксперт 1, РТ).

Для решения этой проблемы, как указывают эксперты, необходимы сложные преобразования системы здравоохранения в целом. *«Электронная очередь может быть тогда, когда система управляема. Но когда она вот такая – практически неуправляемый хаос, потому что сама организация системы поликлинической помощи устроена так, что надо ждать, когда она будет работать, чтобы получить некую услугу, при этом эта услуга разбивается потом еще на десяток услуг, даже если ты изначально попадешь в электронную очередь...»* (эксперт 13, РТ).

Еще одна проблема, указанная многими экспертами, заключается в устойчивости российской традиции ожидать приема в живых очередях, что зачастую создает для врача трудности, так как приема ждут и люди по электронной записи, и по живой очереди, нуждающиеся в медицинской помощи. Кроме того, очередь все еще выступает дополнительным каналом информации и коммуникации для многих пациентов: *«В плане здравоохранения население тоже предпочитает запись на месте именно потому, что оно, как сарафанное радио, собирает всю информацию в регистратуре. Пациент уже готов к оценке, куда ему надо записаться. В электронной записи этого компонента нет – обратной реакции. Он ткнул кнопку, записался куда-то наугад (потому что он не знает отзывов об этом кабинете и враче). И поэтому очень трудно ломается эта традиция наша»* (фокус-группа 2, РТ).

Еще одно следствие информатизации отрасли – это повышение доступности профессиональной информации для врачей. Российская медицина стремится к доказательности, принципы доказательной медицины распространяются не только среди врачей, но и среди пациентов. Достижение справедливости в здравоохранении требует, в том числе, доступности для всех врачей актуальной информации об эффективности различных

методов лечения, лекарственных препаратов, медицинских технологий. По мнению наших экспертов, в настоящее время должных условий для получения всеми врачами надежной информации нет. *«Когда я еще была ординатором, в советское время в нашей больнице была библиотека, которая выписывала все терапевтические журналы. Мы ходили туда, но нам журналы не давали, отправляли в институтскую библиотеку, потому что читального зала не было, а журналы брали врачи»* (эксперт 15, РТ). О таких же изменениях говорит врач из Йошкар-Олы: *«Раньше в нашей республиканской больнице была библиотека. Сейчас ее ликвидировали. Считается, что в каждом отделении есть компьютер, есть выход в Интернет, врач может там искать информацию»* (эксперт 7, РМЭ).

В настоящее время в большинстве больниц, даже крупных, нет библиотек, получающих периодическую научную литературу, их заменили республиканские учреждения, в Татарстане, это, к примеру, Республиканский медицинский библиотечно-информационный центр. Однако очевидно, что есть большая разница между тем, что ты на своем рабочем месте просмотришь какую-то научную публикацию или должен специально ехать в библиотеку. *«Врачи в основном гуглят, доступа в клиниках к серьезным профессиональным базам нет. Ограничителем является и слабое знание английского языка»*, – считает эксперт. В лучшем положении находятся те медицинские организации, на базе которых работают медицинские вузы, а преподаватели проводят клинические конференции, читают лекции, проводят обходы. Другой эксперт (16) – молодой врач, ведущий в соцсети «Инстаграм» блог по доказательной медицине, подчеркивает, что в крупных частных клиниках подписываются на международные базы по доказательной медицине и врачи имеют возможность опираться в своей практике на самые новые данные.

Врачам, работающим в государственных организациях, особенно в малых городах и сельской местности, получить качественную информацию труднее. Это связано не только с от-

сутствием медицинских библиотек и подписок на электронные системы, но и с большой загруженностью специалистов. *«Но люди ищут. Сейчас есть пиратские ресурсы, на которых можно загрузить 90% новых статей. Проблема в том, что многие врачи не умеют искать, не имеют навыков работы с научной литературой. PubMed, например, бесплатный, там есть все абстракты, но, если сделать запрос “Сахарный диабет” выйдет 2000 статей. Что с ними делать? Как отобрать нужное? Врач не знает»* (эксперт 16, РТ). Эксперты отмечают, что в последние годы появилась практика, когда крупные журналы делают ежемесячные рассылки с обновлениями, но, видимо, не все врачи этим пользуются. *«Меня тревожит, – продолжает эксперт, ведущий блог по доказательной медицине, – что люди доверяют моему аккаунту, они пишут благодарности, что используют данные в своей клинической практике. Но меня это тревожит, а вдруг я или кто-то другой будет недобросовестным? Значит у врачей нет альтернативных источников получения информации в доступной форме».*

Насколько формирующаяся сегодня система непрерывного медицинского образования, в которой каждый врач в течение года должен принимать участие в научных мероприятиях, проходить образовательные циклы на специальном портале, будет способствовать равной и справедливой доступности медицинской информации, станет предметом дальнейших исследований.

Раздел 4

СОЦИАЛЬНО-ЭКОНОМИЧЕСКИЙ СТАТУС И ДОСТУПНОСТЬ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Доступность здравоохранения в рамках концепции возможностей для поддержания здоровья, как было показано в первом разделе, является условием справедливости в здравоохранении (А.Сен, Дж.Ругер и др.). В рамках данного подхода справедливое здравоохранение должно обеспечить, прежде всего, равенство в возможностях, а для этого необходимо обеспечение доступности системы охраны здоровья.

Социально-экономические ограничения влияют на здоровье человека, а здоровье – на его уровень. Причины роста нездоровья в постсоветский период объясняются снижением благосостояния россиян: «...тот факт, что за прошедшее десятилетие мы столь разительно утратили и так скромные позиции в мире в показателях здоровья, является весомым свойством стремительного обеднения населения в целом»⁸⁰. Большую роль нужно отводить «социальной политике, в том числе социальной политике здравоохранения, которая при первоначальном уровне доходов, способствуя более справедливому их распределению, способна заметно повлиять на улучшение здоровья населения и рост продолжительности жизни населения»⁸¹.

В последние годы роль здоровья в социально-экономическом положении индивида в системе стратификации возросла. Так, по данным сравнительного исследования 2003–2013 гг. Н.Е.Тихоновой, состояние здоровья к 2013 году стало самым значимым фактором стратификации среди всех аскриптивных признаков россиян, более важным, чем пол и возраст. «При плохом здоровье вероятность оказаться на нижних трех ступенях

⁸⁰ Здоровье населения России в социальном контексте 90-х гг.: проблемы и перспективы / под ред. В.И. Стародубова, Ю.М. Михайловой, А.Е.Ивановой. – М.: Медицина, 2003. – С. 35.

⁸¹ Там же. – С. 36.

“социальной лестницы” для человека очень высока (60% при 7% для имеющих хорошее здоровье) и относительно выросла по сравнению с 90-ми годами. И, наоборот, среди тех, кто имеет хорошее здоровье, 45% (при 8% среди тех, кто охарактеризовал свое здоровье как плохое) оказались в верхней половине “лестницы социальных статусов”⁸².

Исследователи подчеркивают, что доступность здравоохранения должна быть обеспечена, прежде всего, для индивидов, имеющих низкий социально-экономический статус. Так, Э.Гидденс констатирует, что люди с более высоким социально-экономическим статусом здоровее, выше, имеют большую продолжительность жизни; в данной стране, по сравнению с классом необеспеченных, ниже процент младенческой смертности, уровень артериального давления. Гидденс пишет о необходимости перехода к более гуманной и социально ответственной политике и поддержке тех, кто находится в невыгодном положении⁸³.

Если говорить о доступности российского здравоохранения, то она выступает важнейшей проблемой для граждан РФ. Согласно данным ВЦИОМ, в рейтинге проблем наиболее важных для страны, здравоохранение для жителей России занимало в 2015 году 6-е место (вопрос задавался в открытой форме)⁸⁴.

25% россиян называют важнейшей проблемой российского здравоохранения недоступность медицинской помощи для населения, что является пятым по частоте выбора ответом после таких, как «низкое качество медицинских услуг» (50%), «недостаточный уровень профессиональной подготовки врачей» (49%), «недостаточная оснащенность врачей современным обо-

⁸² Тихонова Н.Е. Социальная структура России: теории и реальность. – М.: Новый хронограф: Ин-т социологии РАН, 2014. – С. 75.

⁸³ Гидденс Э. Социология. – М.: Эдиториал Пресс, 2005. – С. 140.

⁸⁴ Доступность и качество российского здравоохранения: оценки пациентов // ВЦИОМ. – 2015. – 2 сентября. – URL: https://wciom.ru/news/sobytiya/dostupnost_i_kachestvo_rossiiskogo_zdravookhraneniya/ (дата обращения: 10.12.2017)

рудованием» (39%) и «недостаток финансирования здравоохранения» (26%) (был возможен выбор трех вариантов ответа)⁸⁵.

Важнейшим условием справедливости здравоохранения выступает его доступность для людей с разным социально-экономическим статусом. Бедность тесно связана с нездоровьем. Интересно, что в 2017 году субъективной отметкой, ниже которой, по мнению россиян, наступает бедность, является доход на одного члена семьи меньше 15,5 тысяч рублей. 80% считают бедными тех, кому не хватает денежных средств на еду и одежду. «Эта группа бедных в марте 2017 года составила 35%: 6% респондентов отметили, что для них затруднительна даже покупка продуктов, 29% – что им едва хватает денег на одежду. За аналогичные периоды последних пяти лет максимальной эта суммарная доля была в марте 2016 года (42%), минимальной – в марте 2014 года (20%)»⁸⁶. При том, что 35% россиян, согласно тому же опросу, можно отнести к бедным по лишениям (об этом свидетельствуют косвенные вопросы о потреблении), ситуации острой социальной напряженности не возникает. Причиной этого выступает, по мнению И.Леконцева, невысокий уровень притязаний и потребностей россиян, готовность терпеть⁸⁷.

Усугубляет ситуацию наличие высокой доли хронической бедности в ее структуре: по данным исследователя ВШЭ Е.Слободенюк, социально-экономическое положение 40% всех бедных в России является хронической – эти люди на протяжении многих лет не могут улучшить свое материальное положение⁸⁸.

⁸⁵ Доступность и качество российского здравоохранения: оценки пациентов // ВЦИОМ. – 2015. – 2 сентября. – URL: https://wciom.ru/news/sobytiya/dostupnost_i_kachestvo_rossiiskogo_zdravookhraneniya/ (дата обращения: 10.12.2017)

⁸⁶ ВЦИОМ: россияне считают бедными людей с доходом ниже 15,5 тыс. рублей // ТАСС. Информационное агентство России. – URL: <http://tass.ru/obschestvo/4175443> (дата обращения: 13.05.2017).

⁸⁷ Там же.

⁸⁸ 60% россиян имеют опыт жизни в бедности // Научно-образовательный портал IQ. – URL: <https://iq.hse.ru/news/177666505.html> (дата обращения: 24.10.2017)

У бедных ниже самооценка здоровья⁸⁹. Самооценка здоровья – относительно новый, нетрадиционный показатель здоровья, определяющий удовлетворенность его состоянием. Показатель может расходиться с объективным состоянием и поведенческими стратегиями в сфере здоровья. Самооценки зависят от информированности, самочувствия, уровня притязаний индивида и социокультурного фона⁹⁰. Однако исследователи признают обоснованность использования самооценок здоровья как субъективного показателя, который соответствует гуманистическим тенденциям в сфере здоровья и отходу от жестко медикализованного подхода к нему⁹¹.

По мнению экспертов, с пациентами, занимающими невысокий социально-экономический статус, медикам легче налаживать коммуникации: *«... проще рабоче-крестьянская семья. Чем грамотнее, образованнее население, тем оно более конфликтное. Но оно не совсем грамотное, это они такими себя считают, получив диплом о высшем образовании»* (Эксперт 4, РТ).

Примечателен факт, что 65% россиян оценивают качество медицинских услуг в государственном здравоохранении как низкое. Стоит отметить, что люди с низким социально-экономическим статусом менее притязательны и реже дают низкие оценки (59%)⁹². Из этого следует, что даже при невысоких притязаниях бедных в сфере здравоохранения более низкие са-

⁸⁹ Бедность и неравенство в современной России: 10 лет спустя. Аналитический доклад. – М.: ИС РАН, 2013. – URL: http://www.isras.ru/analytical_report_bednost_i_neravenstva.html (дата обращения: 04.04.2017).

⁹⁰ Здоровье населения региона и приоритеты здравоохранения / под ред. акад. РАМН, проф. О.П.Щепина, чл.-корр. РАМН, проф. В.А.Медика. – М.: ГОЭТАР-Медиа, 2010. – С. 86.

⁹¹ Максимова Т.М. Современное состояние, тенденции и перспективные оценки здоровья населения. – М.: Пер Се, 2002. – С. 6; Гильманов А.А., Берхаева Л.С., Бурганова Р.И. Самооценка состояния здоровья социально-демографическими группами РТ // Здоровье человека в XXI в. Мат.-лы. II Всерос. науч.-практ. конф. Т. 1 / под общ. ред. проф. Ксембаева С.С. 3 апреля 2010 г. – Казань, 2010. – С. 5; Богачинская Н.Н. Образ жизни медицинских работников амбулаторно-поликлинических учреждений // Социология медицины. – 2008. – № 2. – С. 42 – 46.

⁹² Там же.

мооценки свидетельствуют об объективно худшей ситуации в сфере здоровья среди лиц с низким социально-экономическим статусом.

В социологической науке целый комплекс отечественных и зарубежных исследований посвящен проблеме здоровья различных групп населения в контексте социально-экономического неравенства статусов, обусловленных разным уровнем доходов и образования (Т.Блэкли, Э.Гидденса, Р.Геген, Дж.Браун, Н.Л.Русинова, Л.В.Панова, В.И.Стародобов, Т.М.Максимова, А.Б.Педиарова и др.). Плохое здоровье бедных в рамках концепции социального градиента объясняется связью с образованием и доходом. Корреляция между социальным классом и заболеваемостью его представителей находит разные интерпретации⁹³. В концепциях социального градиента полем конкурирующих определений, как правило, является вопрос о соотношении влияния внутренних, индивидуальных факторов (поведение, диета и т.п.) и внешних, структурных (бедность, доходы и т.п.).

Э.Гидденс отмечает, что ученые Великобритании еще в 80-е гг. XX в. выявили корреляцию между уровнем здоровья, продолжительностью жизни и доходом (обеспеченные британцы были здоровее и жили дольше) и выдвинули несколько гипотез для объяснения взаимосвязи: более здоровые индивиды достигают больших успехов и богатства; худшее здоровье объяснимо неправильным образом жизни низших слоев населения; бедным слоям недоступны ресурсы социальной системы, позволяющие поддерживать здоровье на высоком уровне. Рекомендации авторов, опубликовавших исследование, так называемую «Черную книгу», были связаны с последним объяснением и направлены на борьбу с бедностью и повышением уровня образования. Однако крайне либеральное правительство консерваторов во главе с М.Тэтчер сосредоточилось на более выгодном для своей доктрины объяснении – поведенческом,

⁹³ Гурвич И.Н. Социально-психологические факторы здоровья // Психология здоровья. – СПб.: Изд-во С.-Пб. ун-та, 2000. – С. 369.

списав ответственность на пациента, и выделило деньги лишь на пропаганду здорового образа жизни и питания⁹⁴. Пришедшие позже к власти лейбористы признали важность борьбы с бедностью, повышения образования, доступности жилья, как факторов повышающих здоровье нации, и провели ряд программ. По мнению Р.Уилкинсон, здоровее не самые богатые общества, а те, где нет крайностей в распределении доходов и высокий уровень социальной интеграции⁹⁵.

«Бедность и плохое здоровье образуют порочный круг. Бедность ведет к нездоровью в силу таких механизмов, как повышение личных и экологических факторов риска, более высокий риск опасности недостаточного питания, меньший доступ к знаниям и информации, снижение возможности получения медицинской помощи. В свою очередь, плохое состояние здоровья также может стать причиной бедности, поскольку оно связано со снижением доходов домохозяйства и способности людей к обучению, с ухудшением их работоспособности и качества жизни»⁹⁶. По мнению В.И.Стародубова, поведенческие детерминанты, связанные с риском развития хронических неинфекционных заболеваний, более распространены среди бедных слоев населения⁹⁷.

Согласно аналитическому докладу 2013 года Института социологии РАН, проблема доступности медицинской помощи для бедных россиян стоит особенно остро. По результатам исследования ученых ИС РАН, как бедные «по доходу», так и бедные «по лишениям» испытывают проблемы с доступностью здравоохранения из-за нехватки денег⁹⁸: 4% и 6%, соответствен-

⁹⁴ Гидденс Э. Социология. – М.: Эдиториал Пресс, 2005. – С. 136.

⁹⁵ Там же. С. 133.

⁹⁶ Здоровье населения России в контексте 90-х. – М.: Медицина, 2003. – С. 239.

⁹⁷ Там же. – С. 242.

⁹⁸ Авторы проекта относят к бедным «по доходу» категорию населения, формальные доходы которых ниже прожиточного минимума, к бедным «по лишениям» – людей, которые бедны из-за определенных жизненных обстоятельств (например, вынужденных делать крупные траты на лекарства или арендовать квартиру).

но, указали на недоступность поликлинической помощи, 11% и 9% – стационарного лечения, 18% и 15% – стоматологической помощи, 25% и 20% – на нехватку средств на покупку лекарств. За пять лет количество способных оплатить лекарства, констатируют авторы, сократилось практически вдвое. Лишь 17% бедных от всех нуждавшихся в медицинской помощи смогли сказать, что средств на медицинскую помощь хватало (среди небедных таких 71%)⁹⁹. «Если среди небедных россиян необходимую им медицинскую помощь (от операций до покупки лекарств) смогли оплатить практически три четверти населения (71%), то в разных группах бедных соответствующий показатель колебался в диапазоне от 8 до 18%. <...> Все группы бедных <...> характеризуются недоступностью для них требующихся по состоянию здоровья лекарств и медицинских услуг, особенно стоматологических»¹⁰⁰.

Платная и бесплатная медицина

Проблемы недоступности, плохой организации работы поликлиник и недоверия к врачам ведут к ситуации, когда 38% россиян в случае наступления болезни предпочитают не обращаться в государственные медицинские учреждения, выбирая альтернативные способы лечения. По данным на 2015 год, самолечением занимаются 25% россиян, обращаются в платные клиники – 8%, к народной медицине – 1%, ничего не предпринимают – 4%¹⁰¹.

В государственную клинику обращаются в случае наступления болезни 60% россиян¹⁰². В государственных клиниках

⁹⁹ Бедность и неравенство в современной России: 10 лет спустя. Аналитический доклад. – М.: ИС РАН, 2013. – С. 24. – URL: http://www.isras.ru/analytical_report_bednost_i_neravenstva.html (дата обращения: 04.04.2017).

¹⁰⁰ Там же.

¹⁰¹ Там же.

¹⁰² Пресс-выпуск ВЦИОМ № 2919. – URL: <https://wciom.ru/index.php?id=236&uid=115370> (дата обращения: 10.11.2017).

по полису ОМС можно получить бесплатные медицинские услуги, что особенно актуально для людей с низким социально-экономическим статусом. Причиной обращения за платными услугами, как правило, выступает плохая организация предоставления медпомощи и недоброжелательность¹⁰³.

Очевидно, что медицинские услуги в платных учреждениях доступны далеко не всем категориям населения. Согласно данным опроса, проведенным в РТ и РМЭ в рамках нашего исследования, из тех граждан, которые обращались к медицинским услугам в последние три года, только 30% чаще прибегали к медицинским услугам бесплатного здравоохранения. 41% опрошенных указали, что пользовались платными и бесплатными медицинскими услугами в государственных и частных учреждениях примерно одинаковое количество раз. Чаще к платным услугам в частной организации обращались 12% респондентов, к платным в государственных – 7% (рис. 2).

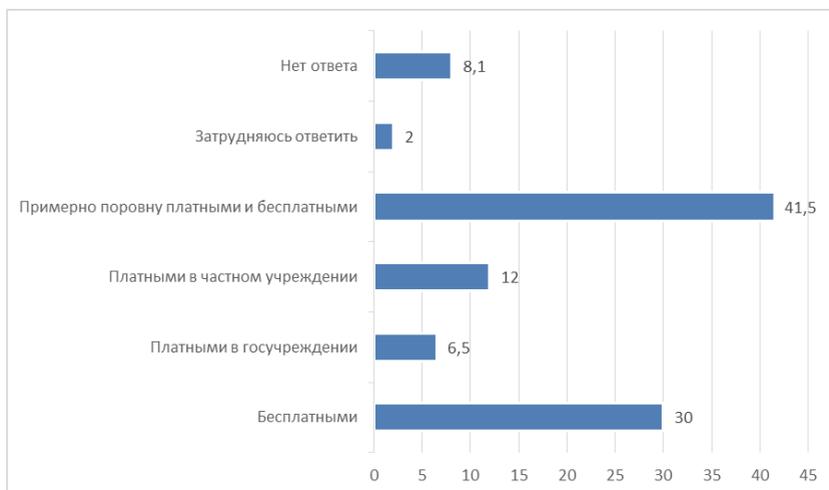


Рис. 2. «В течение трех лет Вы чаще пользовались медицинскими услугами...» (%)

¹⁰³ Пресс-выпуск ВЦИОМ № 2919. – URL: <https://wciom.ru/index.php?id=236&uid=115370> (дата обращения: 10.11.2017).

Наиболее частой причиной обращения к платным медицинским услугам выступали большие очереди в государственных учреждениях (41,2%). Одна пятая опрошенных предпочли платные услуги, потому что «врачи более квалифицированные и доброжелательные». 13,9% больше доверяют платным клиникам, прислушались к совету знакомых 9,9%. Около одной десятой опрошенных столкнулись с тем, что их не приняли бесплатно по месту жительства (9,6%) (рис. 3).

В одних случаях отказы в приеме были связаны с отсутствием необходимых услуг по месту обращения или нежеланием ставить пациента на очередь. В других случаях люди не попали на прием из-за того, что могли «прикрепиться» к поликлинике, будучи прописаны в другом поселении, 7,4% опрошенных указали на то, что часто сталкивались с такими отказами, 10% – часто.



Рис. 3. «Если Вы обращались за платной медицинской помощью, то почему?» (%)

Немало людей указали на то, что их отправляли на платное обследование к другому специалисту. Так, 18,4% сталкивались с этим часто, около одной трети – один или два раза (31,3%). В плане экономического неравенства важно отметить и феномен теневых платежей. Порядка одной десятой опрошенных

указали на то, что у них нет возможности доплатить врачам, поэтому они не могут получить полного объема услуг (10,7%).

Сложности получения бесплатных медицинских услуг приводят к тому, что люди, не имеющие средств на платные услуги, отказываются от необходимой диагностики и лечения либо откладывают его на продолжительный срок. В особенности от этого страдают пенсионеры. Нередки случаи откладывания важной диагностики из-за отсутствия средств (МРТ, например).

Вместе с тем большинство пенсионеров, принявших участие в исследовании, рано или поздно обращались к платным услугам, поскольку испытали в этом острую необходимость. Для этого некоторым приходилось воспользоваться материальной помощью от детей либо снять сбережения. Это тревожит и молодое поколение, задумывающееся о своем будущем: *«С ребенком проблем с доступностью не возникает в плане медлечения... Все более доступно, потому что это ребенок. Кто, видимо, постарше, более ненужным становится. После 18... а после 60 вообще, наверное, никому не нужен будешь. Более или менее, если трудоспособный человек, то он кому-то нужен»* (информант 4, РМЭ).

С формальной точки зрения, эксперты отмечают, что доступ к здравоохранению равен для всех возрастных групп: *«Нет таких групп, которые обделены. Даже если программу современной диспансеризации Минздрава России посмотреть, там четко идут все возраста – никто не обделен. Кроме того, мы не отменяли наши приказы, где отдельно мы работаем с организованными и неорганизованными детьми от 0 до 18. Неорганизованные детские у нас осматриваются непосредственно в поликлинике, а организованные у нас осматриваются в детских и школах. Так что проблем нет»* (эксперт 4, РТ).

Относительно доступности здравоохранения для людей различных возрастных категорий врачи сошлись во мнении, что медицинские службы наиболее доступны для детей в рамках оказания педиатрической помощи: *«Для детства и подрост-*

кового возраста лучше все службы развиты» (фокус-группа с экспертами 1, РТ). *«В отношении детей и подростков у нас, по-моему, нигде не относятся с большим трепетом, как в детстве. Я считаю, что дети в медицинском плане, в плане поликлинического звена, в плане высокотехнологичной помощи и скорой медицинской помощи они в приоритете»* (Эксперт 5, РТ). На вопрос о влиянии кризиса на финансовое обеспечение педиатрии главврач одной из детских поликлиник ответил: *«Госзаказ у нас не сократился. В детстве его хватает. Видно, как-то мы еще зарабатываем, у нас еще остается даже, скажем, лишка»* (эксперт 4, РТ). Хотя некоторые специалисты из РМЭ сетовали, что в педиатрии тоже есть некоторые проблемы: *«Я могу сказать в отношении детства, что даже энцефалографию я платно делаю. Все виды исследований – все за деньги. Мне даже стыдно. Абсолютно недоступна помощь»* (фокус-группа с экспертами 1, РМЭ).

Люди трудоспособного и молодого возраста указывали, что именно пенсионерам, людям старшего поколения приходится полагаться в основном только на бесплатную медицину (например, информант 4, 7, 10 в РМЭ), в связи с чем они ограничены в ресурсах поддержания здоровья. С одной стороны, для ветеранов в некоторых учреждениях (как указали информанты 1 и 2 из РМЭ) существуют специальные палаты, с другой – ощущение, что им трудно добиться помощи из-за компьютерной безграмотности, проблем с перемещением из-за плохого самочувствия, социальных представлений, что система здравоохранения несправедлива, и они заслужили лучшего обслуживания. *«Пенсионеры – это очень бедные люди. Мне их очень жаль. Ну, конечно, они не нужны по идее никому. Я сколько с ними лежал (в больницах – Ж.В.), они доживают и доживают. Но надо им каких-нибудь помощников. Или им разрешить по записи приходиться»* (информант 4, РМЭ). *«...Все узкие специалисты за стариками вообще плохо смотрят»* (информант 7, РТ). В последующем жительница Казани в неформальной беседе пояснила,

что столкнулась с огромными трудностями при обращении за медицинской помощью для 76-летнего отца, которому необходима помощь кардиолога, из-за участвовавших болей в сердце, одышки, спазмов. Не дождавшись очереди к узкому специалисту в государственной поликлинике, женщина была вынуждена на собственные средства отвести отца к кардиологу частной клиники. После обращения в частную клинику у женщины сложилось мнение, что там только «выкачивают» деньги, так как с каждым новым визитом к одному и тому же врачу-кардиологу их направляли на новые и новые дорогостоящие обследования. После пяти или шести обследований общей стоимостью более 10 тыс. рублей, диагноз так и не был поставлен, поэтому женщина решила остановить обследование. В итоге они занялись самолечением, так как только на визиты к кардиологу израсходовали бесцельно свыше 10 тыс. рублей. О ситуации рассказала информант 7: *«Я сама не пенсионер, но у меня отец пенсионного возраста. И для того чтобы ему пройти “сердечника”, сердце проверить, у него страшная тахикардия, это на УЗИ ему сказали: “Вы идите и мы вам через месяц сами позвоним и скажем, когда у вас будет очередь” и по итогу нас вынуждают просто-напросто не словами, но действиями, к тому, что мы идем на платные приемы и только так. Шаг шагнешь, и надо деньги заплатить, и это обязательно»* (информант 7, РТ).

Специалисты по организации здравоохранения в ходе группового интервью озвучили мнения о необходимости актуализации проблем здоровья пожилых, которые имеют особые потребности и заболеваемость: *«Я считаю, что профессия геронтолога нужна, и она будет востребована, потому что население стареет. А в пожилом возрасте столько нюансов, оказывается. Я думаю, геронтологи будут появляться во всем мире и у нас тоже. Это актуальная потребность!»* (фокус-группа с экспертами 1, РТ). *«В основном занимает время врача в поликлиниках этот пожилой контингент. А трудоспособные экономят время, они больные на работу ходят»* (фокус-группа с экспертами 1, РМЭ).

Однако по поводу организационных форм оказания геронтологической помощи специалисты разошлись во мнениях. Были вербализованы разные варианты, например, включение курсов в образовательный процесс: *«Обучить врачей общей практики лечению пожилых людей необходимо. Занятия такие нужно проводить с ними. Это обязательно, потому что здесь есть своя специфика»* (фокус-группа с экспертами 2, РТ).

Была озвучена идея о необходимости создания отдельных кабинетов, отделений или службы: *«Я считаю, геронтологические кабинеты обязательно нужны, потому что после активного жизненного пути этих людей надо учить жить... Нужны люди, которые будут оказывать психологическую помощь и даже учить их пить таблетки... Здесь много медицинских аспектов»*. *«Мне кажется, геронтологические службы нужны»* (фокус-группа с экспертами 1, РТ). Обоснования подобных предложений строились не только на аргументах справедливости и морали, но и имели рациональные основания, связанные с логистикой пациентопотока экономически активного населения: *«Во взрослой поликлинике все жалуется, что там бабушки, что невозможно попасть к врачу. Есть же детская поликлиника, тогда почему бы не сделать поликлинику для взрослых старше 55 лет? А почему нет? Может быть, хотя бы кабинеты для пожилых или отделение. Сделайте отдельно, и тогда все эта поточность в поликлиниках будет более правильная»*. *«Да, им там можно было бы пообщаться»* (фокус-группа с экспертами 1, РТ).

Контраргументами обособления геронтологической медпомощи стали отсутствие ресурсов и риск утечки кадров: *«На данном этапе, когда есть дефицит кадров, отдельно выделять геронтологическую службу ни одна центральная районная больница не может себе позволить. Это роскошь, скорее всего»* (фокус-группа с экспертами 2, РТ). *«На сегодняшний день из-за неукомплектованности первичного звена здравоохранения внедрение каких-то дополнительных специализирован-*

ных служб приведет к простому оттоку из первичного звена специалистов. Участковые врачи быстро переучатся на геронтологов и будут занимать привилегированное положение» (фокус-группа с экспертами 2, РТ).

Вместе с тем проблемы недоступности государственных услуг здравоохранения касаются всех без исключения слоев населения, в том числе детей: *«Я могу сказать в отношении детства, что даже энцефалографию я платно делаю. Все виды исследований – все за деньги. Мне даже стыдно. Абсолютно недоступна помощь»* (фокус-группа с экспертами 1, РМЭ).

Вопрос о получении бесплатных услуг в частных клиниках вызывал недоумение у информантов. Однако эксперты указывали об опыте получения медицинских услуг в частных клиниках по полису ОМС, который в основном задействован в столицах двух республик, но пока не распространен в средних и малых городах, на селе. Эксперт с большим опытом работы в органах управления здравоохранения Казани констатировал:

«Вся взрослая стоматология работает так – это частные клиники, которые работают по ОМС. Есть часть поликлиник, которые работают по ОМС, например, клиника “Спасение” на Хади Такташ. Железнодорожная больница – тоже частная клиника, хоть она и принадлежит ОАО РЖД. 12-я горбольница является акционерным обществом. КДЦ Авиастроительного района. То есть частно-государственное партнерство у нас очень развито» (эксперт 5, РТ). *«В Йошкар-Оле несколько частных клиник вошли в программу ОМС... Года два...»* (эксперт 2, РМЭ).

В качестве причин отсутствия широкого распространения данной практики эксперт из Республики Марий-Эл назвал низкую информированность частных медучреждений, нежелание брать ответственность и вести строгую отчетность:

«Я думаю, что многие частные клиники пока о возможности участия в конкурсе на оказание медуслуг просто не знают. А может и не хотят (...) Основное – они не хотят связываться с фондами ОМС, где большая отчетность. Надо понимать,

что придет эксперт, он потребует с тебя много документов и еще штрафные санкции наложит. Им легче взять живые деньги, которые человек пришел, в кассу заплатил и получил консультацию» (эксперт 2, РМЭ).

Эксперты указали два основных механизма передачи госзаказа на оказание медицинских услуг частным клиникам:

«Либо они получают от фонда ОМС с согласования Минздрава в виде получения госзаказа именно на эти услуги, либо расплачиваются поликлиники сами. Но тогда они должны по 44 ФЗ выйти с этим предложением на торги и их выиграть. При этом здесь могут быть всякие неожиданности, могут быть всякие недобросовестные участники, которые по тем же условиям выставятся, а будут оказывать услуги очень плохо. В этом отношении лучше, чтобы (нужные игроки) вошли в программу и непосредственно эти услуги к себе и забрали. Оба механизма в Казани работают, потому что на недостающие услуги все торгуют. Ну, ты должен у себя определять, скажем, плохой холестерин, а у тебя нет такого аппарата, ты просто можешь определять общий холестерин. А это необходимо для того чтобы поставить общий диагноз. Это требование стандарта. Если ты этого не делаешь, то к тебе придут страховые компании, проверяющие и скажут, что вы стандарт не выполнили, мы свои деньги забираем. И тот, и тот механизм работает» (эксперт 5, РТ).

Возможность получать «бесплатно» медицинские услуги по полису обязательного медицинского страхования особенно важна для обеспечения доступности здравоохранения малоимущих категорий населения.

Доступность медицинских услуг для женщин и мужчин

Значительный разрыв в продолжительности жизни между мужчинами и женщинами имеет комплексную основу, включая смертность от ДТП, табакокурения и алкоголя и других факторов. Среди женщин большая доля тех, кто ведет здоровый образ

жизни¹⁰⁴. В нашем исследовании мы проанализировали, в какой степени особенности здравоохранения в российских регионах влияют на гендерное неравенство в доступности медуслуг.

Среди пациентов поликлиник преобладают женщины: *«Сегодня женщины пользуются большим объемом медицинской помощи. Безусловно, если взять статистические данные (они у нас есть, мы недавно поликлиники исследовали), то увидим, насколько отличается объем амбулаторной помощи мужчинам и женщинам. Женщины более активны. С другой стороны, и в структуре населения женщин больше. Женщины пользуются большим объемом медицинских услуг»* (эксперт 13, РТ).

Интервью как с населением, так и с медицинскими работниками показали, что бытует мнение о меньшей озабоченности мужчин своим здоровьем и обращением их к врачу только в крайнем случае. *«Женщины относятся к своему здоровью более внимательно. Мужчины обращают внимание, когда уже петух клюнет, потом вспоминают: “А зачем я не ходил?”»* (Марий-Эл, фокус-группа 1). *«Если заботятся о своем здоровье, то больше женщины, чем мужчины. Потому что мужчину загнать выдернуть зуб или что-то еще – проблематично, мужчины боятся уколов и все такое»* (эксперт 3, Марий-Эл).

Одной из возможных причин такого поведения могут выступать стереотипы маскулинности, характеризующиеся непризнанием боли, избеганием любых проявлений психологической или физической слабости, поощрением рискованного поведения, в том числе связанного с употреблением табака и алкоголя. Как отметил один из экспертов: *«Женщина более внимательна к своему здоровью, а мужчины хотят сразу много и сейчас. Мужчины часто раздражаются на советы, которые им дают доктора. И в быту мы слышим: “Я сходил к врачу, он ничего не знает, потому что сказал мне – не пей и не кури”. А может быть это и было основное – что нужно этому пациенту, чтобы состояние его здоровья просто улучшилось»* (эксперт

¹⁰⁴ Ермолаева П.О., Носкова Е.П. Основные тенденции здорового образа жизни россиян // Социологические исследования. – 2015. – Т. 4. – № 4. – С. 120 – 129.

5, РТ). Подобное поведение выступает фактором сокращения продолжительности жизни: *«...мужчины менее требовательны к своему здоровью. Можно и жестче сказать: они меньше заботятся о своем здоровье. Считают, что <...>. Они хорохорятся и упускают время обращения и получают более сложные заболевания и уходят из этого мира раньше. Поэтому сегодня мы ожидаем продолжительность жизни женщин на 13 лет больше, чем у мужчин»* (эксперт 13, РТ).

Вместе с тем никто из числа пациентов или экспертов не отметил наличия бесплатных сервисов по избавлению от табакокурения и алкоголизма. Большинство из тех, кто нацелен на решение зависимостей, вынуждены делать это на платной основе. Безусловно, наряду с маскулинностью, стигматизацией невозможность найти группу взаимопомощи выступает барьерами преодоления табакокурения и алкоголизма.

Исследование выявило существенные разрывы в обеспеченности мужчин медсервисами, направленными на решение урологических и андрологических проблем. Во многих учреждениях, например, урология была объединена с хирургией. *«В принципе урологическая служба у нас работает. Представлена она в амбулаторном звене, и в стационаре было отделение урологическое. Его ликвидировали, койки ввели в состав хирургического отделения. Работает врач-уролог, и если есть потребность с плановой или неотложной помощи люди обращаются. Тот уровень, который мы должны обеспечить на уровне своей больницы – мы его обеспечиваем. Налажена четкая маршрутизация. Если требуется специализированная помощь – значит они выезжают в республиканскую больницу г.Йошкар-Олу»* (эксперт 2, РМЭ). Это означает, что урологические проблемы призваны решаться уже на критической стадии, но не в плане профилактики или поддерживающей терапии. *«Женщинам больше обеспечивается доступность. Однозначно. Сложно партнера послать к урологу. Еще сложнее к андрологу, этими проблемами мужчин вообще никто не занимается. Только инфекционными проблемами еще занимаются»* (эксперт 4, РМЭ).

Данная проблема была отмечена и пациентами: «Ну, я знаю, что есть специальные врачи для женщин и мужчин, но мне кажется, что этого недостаточно. Я думаю, что специальные потребности почти не учитываются, по крайней мере, вот у нас в больнице гинеколог есть и все, а врача для мужчин отдельно нет, хирурги выполняют какие-то функции. В республиканских больницах и платных центрах такие врачи есть, но, опять же, люди сами не пойдут проверяться, особенно мужчины, если что-то заболит или необходимо будет пройти данного врача, для справки какой-нибудь, то тогда они пойдут, а так большинство мужчин очень редко ходят к узким специалистам» (женщина, 23 года, РМЭ).

Скрининговые программы в школах одинаково направлены как на девочек, так и на мальчиков, однако существует небольшая диспропорция. Один из экспертов отметила: «Если взять мальчиков и девочек, то я прослеживала, что к девочкам отношение более специфичное, более обширное. Именно девочками больше занимаемся, а мальчиками как-то по остаточному принципу. Правда, за последние 10 лет ситуация нормализовалась. Все-таки урологи наши, которые непосредственно ведут приемы в поликлиниках, то есть мальчиками, их репродуктивным здоровьем стали заниматься наравне с девочками <...>. Абсолютно все дети идут по скрининговой программе, идут диспансерные осмотры, и специалистами они осматриваются. Просто здесь есть разделение маленькое: детский гинеколог и детский уролог, это для девочек, а это для мальчиков. Но! Детский уролог и для девочек тоже. То есть опять же получается, что девочки немного выигрывают» (эксперт 4, РТ).

Особенность скрининговой программы в том, что она нацелена на выявление заболеваний, в том числе репродуктивной сферы, а чувствительные вопросы полового созревания, ответственного сексуального поведения оказываются за бортом. Поколение за поколением население не получает этих знаний от специалистов: «Когда я была сама подростком, то я не помню, чтобы со мной проводились какие-то беседы и решались про-

блемы, связанные с особенностями развития девочек. Сейчас пока я со своим ребенком с таким не сталкивалась, посмотрим, что будет, когда он вырастет» (женщина, 23 года, РМЭ). В итоге детям остается уповать на родителей (если они готовы говорить на эти темы), друзей и Интернет¹⁰⁵.

Большинство женщин, отвечая на вопрос о том, в какой мере здравоохранение доступно для мужчин и женщин, отмечали, что регулярно посещают гинеколога в профилактических целях. Интересно, что мы не ставили целью выяснить доступность и популярность гинекологического обследования в интервью, но женщины охотно по собственной инициативе рассказывали об этом. Что касается мужчин, то они чаще всего ограничивались ремарками, что сервисы доступны для мужчин и женщин, и никогда не упоминали про специфические андрологические проблемы, что на наш взгляд, может быть связано с упомянутыми стереотипами маскулинности.

Неоднократно эксперты говорили о необходимости создания специальных сервисов для мужчин: *«Для женщин есть женские консультации, а у мужчин нет специальных сервисов. Пока в Волжске такого вопроса не возникало, но в больших городах, может быть, что-то уже должно быть. Мужской консультацией это не назовешь, но, наверное, должно быть что-то для мужчин»* (эксперт 3, РМЭ).

Что касается медсервисов для женщин, то ситуация с доступностью неоднозначная – с одной стороны, женские консультации есть в каждом районе, с другой стороны, зачастую попасть на прием бывает очень сложно из-за больших очередей, плюс качество обслуживания у многих информанток вызывало нарекания.

С одной стороны, медики призывают население к своевременному выявлению возможных опухолей и регулярным

¹⁰⁵ Мухарьямова Л.М., Альбицкий В.Ю., Моренко И.Б., Петрова Р.Г., Салахатдинова Л.Н. Укрепление репродуктивного здоровья несовершеннолетних девушек в Республике Татарстан: к вопросу о социальной политике. Социальная политика: реалии XXI века. Сборник работ грантополучателей четвертого тура конкурса. – М. – С. 349 – 361.

осмотрам у врачей, с другой стороны, для этого не создается надлежащих условий, что приводит людей к использованию платных услуг. Так, одна из информанток отметила, что вынуждена обращаться на скрининг к маммологу ежегодно в частном порядке: *«Например, чтобы попасть к маммологу мы должны обратиться <...>. Ну, вот, непосредственно я, я иду на прием непосредственно один раз в год, но обязательно иду в частном порядке, то есть платный прием в государственную поликлинику, потому что к бесплатному это проблемно, нет ни талонов, ничего. И я должна идти сначала к своему терапевту, и если он разрешит, он меня отправит к хирургу, и если хирург посчитает нужным, он меня направит к маммологу. И я как женщина, считаю, что должна наблюдаться раз в год, и я иду в частном порядке в государственную клинику в платный кабинет и раз в год обследуюсь»* (женщина, 51 год, РТ).

С проблемой территориальной недоступности сталкиваются как мужчины, так и женщины, проживающие в сельской местности: *«Мы живем в таком месте, в поселке Юдино, в Казани поселок, в котором не хватает специалистов, и мы даже стараемся особо не обращаться <...>. Да, я думаю, что нет специалистов как для мужчин, так и для женщин»* (женщина, 36 лет, РТ). Удаленность медицинских центров приводит к риску пациентов, нуждающихся в особом подходе, в частности, беременных: *«С женской консультацией проблемы. Она у нас практически за городом. Туда добраться на больших сроках очень тяжело. Если кто-то может подвезти, это хорошо, а если самой добираться, то можно и родить, пока дойдешь. Маршрутка туда ходит, но от остановки надо идти прилично»* (женщина 30 лет, РМЭ).

Таким образом, гендерное неравенство в доступности здравоохранения основывается на других видах неравенства – недоступность услуг по программам госгарантий, территориальная удаленность, неразвитость профилактики, и подкрепляется традиционными стереотипами маскулинности, отрицательно влияющими на самосохранительное поведение мужчин.

Раздел 5

СОЦИАЛЬНО-ЭКОНОМИЧЕСКИЕ И ЭКОЛОГИЧЕСКИЕ УСЛОВИЯ, ТЕРРИТОРИАЛЬНЫЕ РАЗЛИЧИЯ И ЗДОРОВЬЕ

Социально-экономические условия создают явные и латентные возможности доступа к здоровью. Первые связаны с финансовым положением и позволяют индивиду использовать платные медицинские сервисы, получать консультации более высококвалифицированных специалистов, быстро проводить углубленные обследования, не входящие в программу госгарантий по полису обязательного медицинского страхования, иметь возможности для покупки лекарств и полезных продуктов, рекреационного отдыха, например, в условиях санатория, для поддержания здоровья и т.п.

Неявная связь социально-экономического статуса находит отражение, с одной стороны, в концепции социального градиента, с другой – в новой парадигме социальной стратификации в рамках ресурсного подхода. Согласно теории социального градиента, люди с более высоким уровнем дохода и образования имеют возможность прожить более здоровую и долгую жизнь. Сторонники ресурсных теорий стратификации обращают внимание на характер социализации, общий уровень культуры не только как следствие, но и как основание для формирования социально-экономического статуса¹⁰⁶. Образованность позволяет делать выбор в пользу правильных продуктов, здоровых досуговых практик и ставить приоритеты в образе жизни, связанные со спортом, правильным питанием, профилактикой заболеваний, поддержкой здоровья. Кроме того, они учитывают физиологические ресурсы (в том числе здоровье), символические и личностные (особенности психологии и ценности индивида)¹⁰⁷.

¹⁰⁶ Тихонова Н.Е. Социальная структура России: теории и реальность. – М.: Новый хронограф: Ин-т социологии РАН, 2014. – С. 262 – 263.

¹⁰⁷ Там же.

Социальные представления о большой значимости для здоровья уровня жизни и нехватки материальных средств довольно широко распространены среди россиян, о чем свидетельствуют данные опроса ВЦИОМ¹⁰⁸, хотя их доля неуклонно снижается. Если в 2008 году доля респондентов, указавших в качестве главной причины плохого состояния здоровья людей, составляла 41%, а в 2013-м – 35%, то в 2015 году – всего 25% опрошенных выбрали данный вариант ответа (в закрытом вопросе предлагалось выбрать не больше двух). Это может говорить об успешности информационной политики по формированию дискурса личной ответственности.

Доля же признавших собственную вину в плохом здоровье за указанный период, напротив, возросла с 37% до 47%. В тройку популярных ответов наряду с перечисленными двумя выше за семь лет мониторинга вошла экология: от 32% до 28% населения назвало плохую экологическую обстановку причиной нездоровья. Фактор генетики не был включен в варианты ответа данного опросника.

В предпринятом в рамках нашего проекта массовом опросе вопрос о роли факторов экологии, генетики, здравоохранения и образа жизни задавался в следующей форме: «Как Вы считаете, на сколько процентов из 100 ваше здоровье зависит от следующих факторов (распределите проценты от 0 до 100%)». Значение каждого фактора оказалось примерно на одинаковом уровне и составило от 25 до 30%, различия оказались статистически незначимыми¹⁰⁹.

Как значимую причину плохого состояния здоровья неблагоприятную экологическую обстановку указали 25% процентов

¹⁰⁸ Доступность и качество российского здравоохранения: оценки пациентов // ВЦИОМ. – 2015. – 2 сентября. – URL: https://wciom.ru/news/sobytiya/dostupnost_i_kachestvo_rossiiskogo_zdravookhraneniya/ (дата обращения: 10.12.2017)

¹⁰⁹ Подсчет велся через среднее арифметическое; в сумме вышло чуть выше 100% по причине некорректности ответов некоторых респондентов, указывающих проценты в четырех позициях, сумма которых превышала 100%.

опрошенных ВЦИОМ в 2008 году, 32% – в 2013 году, 28% – в 2015 году¹¹⁰.

Напомним, эксперты Всемирной организации здравоохранения, в частности, Ю.П. Лисицын, озвучил концепт, согласно которому общественное здоровье зависит от совокупности факторов, среди которых образ жизни и социально-экономические условия составляют 49 – 53%, генетика, биология человека – 18 – 22%, качество окружающей среды – 17 – 20%, здравоохранение – 8 – 10%¹¹¹.

Некоторые эксперты придают очень большее значение экологическим факторам. Так, Л.М.Бурнаева указывает, что здоровье зависит от образа жизни на 25 – 50%, от состояния окружающей среды – на 20 – 40%. Ученый прогнозирует, что через 30 – 40 лет фактор качества среды выйдет на первое место (50 – 70%)¹¹². Ф.Ф.Даутов утверждает, что уже сегодня здоровье на 40% зависит от качества окружающей среды¹¹³.

Очевидно, что разный уровень экологической ситуации и экологических рисков на территориях проживания формирует различные потребности граждан в здравоохранении, и без учета этих потребностей система охраны здоровья не может быть справедливой.

¹¹⁰ Доступность и качество российского здравоохранения: оценки пациентов // ВЦИОМ. 2015. 2 сентября. – URL: https://wciom.ru/news/sobytiya/dostupnost_i_kachestvo_rossiiskogo_zdravookhraneniya/ (дата обращения: 10.12.2017)

¹¹¹ Лисицын Ю.П. Теоретико-методологические концепции «общественного здоровья» // Общественные науки и здравоохранение; отв. ред. И.Н. Смирнов. – М.: Наука, 1987; Лисицын Ю.П. Концепция факторов риска и образа жизни // Здравоохранение РФ. – 1997. – № 3. – С. 49 – 52.

¹¹² Охрана природы. Экологические факторы и здоровье человека. – Казань: Изд-во КГУ, 2008. – С. 4.

¹¹³ Эколог утверждает: до 40% в здоровье человека зависит от состояния окружающей среды. Данный фактор для российских условий имеет более выраженное значение в связи с тем, что «по сравнению с зарубежными, наши почвы, удобренные осадками сточных вод, содержат в 10 раз больше ртути, серебра, хрома», в 3 раза больше цинка, мышьяка, стронция, меди. Автор использует стратегию минимизация роли медицины, настаивая на том, что финансовые вложения в нее не приведут к снижению заболеваемости из-за отсутствия благополучной среды обитания. См.: Окружающая среда и здоровье / Ф.Ф. Даутов и др. – Казань: «Дом печати», 2001. – С. 5; 17.

Вопрос об экологическом неравенстве в плане здоровья вызвал у экспертов, опрошенных в ходе нашего проекта, разные оценки и мнения, многие из них касались недостаточной научной разработанности проблемы взаимосвязи экологии и рисков здоровья, специфики медпомощи. Высказывались мнения о наличии экологических рисков как для жителей городов, так и для жителей сельской местности. *«Экология влияет, безусловно, но при этом ведущие загрязнения автотранспортом – да город. Загрязнение пестицидами – это сельская местность. На селе есть круг людей, который занимается ядохимикатами. Во всех городах условия примерно одинаковые, но мы сказали, что разница между городским и сельским здравоохранением очень существенная в России. Поэтому в любом случае сельский житель проигрывает даже безотносительно к экологии»* (эксперт 13, РТ).

Многие респонденты указали на тревожную экологическую ситуацию, причем это характерно как для Татарстана с его нефтехимией, нефтепереработкой и высокоурбанизированной столицей, так и для более аграрной Марий-Эл, в которой также отмечаются проблемы со стороны Марийского целлюлозно-бумажного комбината и предприятий по мясопереработке. В Казани респонденты указывали на пагубность размещения таких предприятий, как «Оргсинтез», в черте города, увеличение транспортной нагрузки, нехватку зеленых насаждений и парков. *«Деревьев много насажали, но парков как таковых, у нас по пальцам пересчитать...»* (информант 15, РТ). *«Раньше было намного лучше. Озеро рядом, речка рядом. До работы раньше наловишь рыбы. А сейчас вся рыба пропала. С полей разная ерунда туда попадает. Даже вот этот мясокомбинат “Звениговский”»* (информант, 5 РМЭ).

Пациенты чаще всего среди экологических проблем называли проблемы с воздухом, водой из-за воздействия заводов. При этом некоторые граждане говорили об улучшении ситуации в связи с закрытием предприятий или снижения интенсивности

их работы, не учитывая все возрастающую роль автотранспорта в экологии городов. Информанты РТ и РМЭ, особенно жители столиц, сетовали на отсутствие достаточного количества скверов, парков, зелени в Казани и Йошкар-Оле, и предлагали эту меру как действенный механизм по учету их экологических потребностей. Один из информантов указал на необходимость совершенствования деятельности надзорных органов на предприятиях:

«У нас есть Марийский целлюлозно-бумажный комбинат, который захламляет наш воздух. Но он градообразующий, и его никогда не закроют. Это понятно само собой. Просто сделают так, чтобы он не так сильно выделял эти газы, химию. Надо его контролировать. Надо чтобы экологи прямо там сидели, на предприятии, а не так как сейчас: позвонят и говорят: “Мы сейчас приедем” раз в месяц. Они их предупреждают, что приедут заранее! Ну? Я уж сталкивался с этим, знаю. Я знаю эту ситуацию не понаслышке. Один день не выбрасывают, а остальные 29 дней – айда, там! А потом опять экологические службы звонят: “Мы такого-то числа приедем”. Ну? Экологи, соответственно, больше в городе. Люди рассуждают об этом. Слухи-слухами, 90% может из них бредни, но и доля правды есть. Если там идет деревообработка, то это уже изначально понятно, что применяются такие технологии, которые вредят здоровью людей. Есть органы, которые должны за этим следить КАПИТАЛЬНО» (информант 4, РМЭ).

Территориальное неравенство

Неравенство, а значит несправедливость в дистрибутивной модели, означает не только неравное распределение медуслуг между гражданами с различным социально-экономическим статусом, но и неравенство в доступе к наборам медуслуг в зависимости от регионов. Социологи, изучающие систему стратификации и неравенства российского общества, в качестве

специфики России отмечают ярко выраженные региональные и поселенческие неравенства¹¹⁴.

В нашем исследовании мы выделяем три группы неравенств, влияющих на доступность здравоохранения: 1) различия в социально-экономических показателях в республиках, включая расходы на здравоохранения и уровень жизни; 2) неравенство, исходящее из различий программ государственных гарантий регионов; 3) поселенческие различия (прежде всего, столица региона, города и сельская местность).

В Республике Татарстан и Республике Марий Эл разный уровень жизни. Татарстан среди субъектов Приволжского федерального округа не один год занимает лидирующие места в рейтинге по уровню качества жизни, а Марий Эл – последние¹¹⁵. Данное обстоятельство отражает неравномерную картину распределения различных видов благ и капитала в республиках, что, несомненно, сказывается на человеческом потенциале, социально-экономическом благополучии жителей и их возможностях в получении медицинской помощи.

Вторая несправедливость, связанная с регионами, заключается в неравенстве возможностей получения медпомощи и лекарств, гарантируемая полисом ОМС соответствующей программой. Программа госгарантий разрабатывается каждым субъектом Российской Федерации, и объем медицинских услуг, которые могут быть оказаны по полису ОМС, варьируется в зависимости от возможностей регионального бюджета (эксперт 13, РТ). На подобное региональное неравенство сетуют и пациенты, имеющие возможность получить бесплатное лечение по полису в одном регионе и не имеющие такой возможности в другом. Так, информант из Марий Эл указал на абсурдность ситуации с его заболеванием, которое признается в качестве такового в Татарстане, недавно стало признаваться в Марий Эл,

¹¹⁴ Тихонова Н.Е. Социальная структура России: теории и реальность. – М.: Новый хронограф: Ин-т социологии РАН, 2014. – С. 243.

¹¹⁵ Рейтинг регионов по качеству жизни-2016 // РИА Рейтинг. – URL: <http://www.riarating.ru/regions/20170220/630056195.html> (дата обращения: 13.12.2017)

но до сих пор не считается болезнью, которая должна лечиться бесплатно в Башкортостане. В Башкирии это заболевание не входит в государственные гарантии по программе обязательного медицинского страхования.

«Я бы хотел затронуть тему инвалидов, у кого редкие заболевания, кому очень нужна помощь. Некоторые республики (я знаю точно в Башкирии), что они не признают, что есть наша болезнь, связанная с врожденной иммунной недостаточностью. Они не признают, помогают только до какого-то возраста. До 18 лет, а потом все – прекращают после совершеннолетия. И вот сколько мы боролись за свои права в Марий Эл, ну вот добились, наконец, нам через стационар капают лекарства 2 месяца» (информант 4, РМЭ).

Формант пояснил, что до включения в программу лечения и лекарств приходилось добиваться, писать в инстанции Минздрава, федеральный центр: *«Мне даже приходилось записываться на прием к министру здравоохранения, остановили, я до него не доехал, мне позвонили, сказали не надо, найдем. Да, приходилось в индивидуальном порядке выбивать»* (информант 4, РМЭ).

При этом гражданам приходится менять место жительства или прописку, для того чтобы получать медицинскую помощь:

«А если не предпринимать никаких действий, то ничего не получишь. Девочка с Башкирии не получает, и вот она прописывается в Татарстане, чтобы получить медпомощь. А ты если не прокапаешься (такая болезнь), ты можешь умереть просто от любой инфекции, потому что иммунитета нет... Да, у нас в России так» (информант 4, РМЭ).

Важным критерием доступности здравоохранения выступает не только экономический аспект, но и территориальный. Понятно, что территориальная недоступность медицинских учреждений также больше всего негативно сказывается на финансово неблагополучной части населения с низким социально-экономическим статусом. 15,3% опрошенных жителей Татар-

стана и Марий-Эл отметили, что сталкивались с тем, что в их городе (селе) нет медицинской организации, которая им нужна. Около трети указали на то, что в их городе (селе) нет врачей всех специальностей (31,3%).

Территориальная доступность здравоохранения получила две основные интерпретации в ходе проведенных интервью. Одна из них сводилась к точке зрения, что с этим видом доступности дела обстоят хорошо. Эксперты говорили о наличии медицинских учреждений в достаточном количестве на определенных территориях, городах, районах РТ и РМЭ.

«Несмотря на то, что город небольшой, сеть достаточно большая. Считаю, что в Волжске с доступностью по территориальному расположению (я не говорю про кадровые вопросы), именно по территории, вопросов нет. И, вообще, если так подходить со стороны организации здравоохранения, на город было бы достаточно двух больших многопрофильных амбулаторных подразделений, где были бы сосредоточены как первичное звено, так и узкие специалисты, диагностика ну и т.д.» (эксперт 2, РМЭ).

«Сегодня операции на открытом сердце проводятся в трех городах РТ, а операции по коронарному стентированию – в четырех городах. Это и есть доступность! Чтобы больного мы успели привезти на скорой, чтобы мы могли поставить стент, восстановить кровоснабжение, чтобы он, не дай Бог, не умер или не стал инвалидом. И сегодня семь центров коронарного вмешательства работают в четырех городах (4 – в Казани, 1 – в Челнах, 1 – в Альметьевске и 1 – в Нижнекамске)» (эксперт 2, РТ).

Практически все опрошенные пациенты – городские и сельские жители – и в РТ, и РМЭ, указывая на близость расположения медицинских учреждений, чаще всего называли время в пути до больницы от 5 до 25 минут. *«Недалеко, можно ездить, минут 15 – 20 езды на трамвае»* (информант 2, РТ). *«В государственную – близко, но нет доступа в плане очередей»* (информант 7, РТ).

Лишь два респондента указали 40 минут и пожаловались на удаленность. *«Приблизительно 40 минут»* (Йошкар-Ола, информант 7, РМЭ). *«С женской консультацией проблемы. Она у нас практически за городом. Туда добраться на больших сроках очень тяжело. Если кто-то может подвезти, это хорошо, а если самой добираться, то можно и родить, пока дойдешь. Маршрутка туда ходит, но от остановки надо идти прилично. Минут 15 – 20»* (информант 3, РМЭ).

Критически настроенная часть экспертов отмечала неравенство в здравоохранении, связанное с территориальным фактором. В частности, специалисты указывали на ограниченность доступа, обусловленную отдаленностью территории проживания от высокотехнологичных медицинских центров.

«В целом здравоохранение доступно за рядом исключений в сельской местности – там, где концентрация населения рассредоточена. Это часто связано с ограничением ГСМ, с неукомплектованностью медучреждений...» (фокус-группа с экспертами 2, РТ) *«Мы все видим неравенство с точки зрения территориальной доступности, не только я один»; «Это зависит от отдаленности от крупных центров, от высокотехнологичных центров»; «В районах ниже обеспеченность врачами»* (фокус-группа с экспертами 1, РТ).

Часть респондентов отметила позитивные сдвиги в последние годы, в части повышения доступности медпомощи на селе посредством модернизации ФАПов.

«ФАПы оснащены хорошо, ведь у нас в Татарстане идет модернизация, и практически каждое сельское поселение имеет свой фельдшерский пункт. И я знаю, что у нас отремонтированы все акушерско-врачебные амбулатории». «Это модульные ФАПы (программа хорошая), фельдшерские пункты ставят готовые. Если эта программа будет продолжена по смене старых ФАПов на такие хорошие модульные системы, то доступность будет выше...» (фокус-группа с экспертами 2, РТ).

Вместе с тем эксперт засомневался в экономической целесообразности повышения доступности медпомощи на селе: *«Но опять же – выгодно ли это? Ведь население в деревнях уменьшается, деревни сужаются, остаются пожилые, молодежи работать негде, школы зарываются, садики закрываются. На селе остаются ФАП, сельсовет, магазин и пенсионеры. И все! Перспективно ли ставить там эти модульные ФАПы? Я не знаю»* (фокус-группа с экспертами 2, РТ).

Также повышению территориальной доступности в республике служит развитие системы высококвалифицированной медицинской помощи как в Казани, так и других городах – Альметьевске, Набережных Челнах, Нижнекамске, что в целом соответствует вектору развития полицентричной модели организации здравоохранения региона.

«Подобную помощь можно получить не только в Казани. В Набережных Челнах, в Альметьевске хорошо развита такая помощь. Остальная часть республики в этом плане менее обеспеченная» (фокус-группа с экспертами 1, РТ). *«У нас в Нижнекамске можно получить качественную помощь... Если необходима высококвалифицированная помощь, даже ВМП помощь, некоторые направления высокотехнологичной помощи представлены у нас в городе. Например, это сосудистый центр, рентген-операционные и др.»* (фокус-группа с экспертами 1, РТ).

Третьим положительным моментом в плане территориальной доступности, как отметили специалисты в области здравоохранения, является развитие схем маршрутизации оказания медпомощи (например, пациентам с сосудистыми и акушерско-гинекологическими патологиями):

«Минздрав соответствующий управленческий процессинг ведет... Мы возим, например, больных в сосудистые центры. Я считаю, что программы реальные, они работают. И сегодня... мы идем по нарастающей... это плюс... Взять программу по беременным – я должен сказать, что она тоже работает.»

Здесь есть определенные моменты, конечно». Информант поясняет, что в доработке нуждаются сроки госпитализации пациенток с осложненной беременностью: «Госпитализацию беременных назначают на 38 – 39-й неделе. Не всегда получается, когда беременная поступает к нам в “родилку” уже с открытием и отхождением вод, туда переправлять. Приходится нам ее брать» (фокус-группа с экспертами 2, РТ). Проблема, по его мнению, возникает из-за того, что перинатальные центры «сегодня более сориентированы на зарабатывание денег, и именно в этой части у нас возникают проблемы», а более ранние сроки госпитализации требуют финансовых затрат.

Еще одна финансовая проблема, озвученная респондентами в контексте территориальной доступности, – недостаток узких специалистов и местных квот на их услуги в медицинских центрах:

«О доступности медицинской помощи я только по детству могу судить. Таких специалистов, как пульмонолог, гематолог, у нас в городе нет, и записать в ДРКБ пациентов достаточно сложно. 1 – 2 места в ДРКБ нам выделяется квотой. Ее недостаточно, с этим у нас есть проблемы – я откровенна в этом плане» (фокус-группа с экспертами 2, РТ). «В районах ниже обеспеченность узкими специалистами. Все так говорят, это не только мои слова» (фокус-группа с экспертами 1, РТ). «Сегодня на 20 тысяч населения полагается врач-уролог. А часто на 20 тысяч его вообще нет, или он есть на полставки максимум. Урологов мало» (фокус-группа с экспертами 2, РТ).

Ограниченность доступа в этой связи испытывают и сами медики: *«Вот у меня есть хронические заболевания, я стою на учете. Но к специалистам сама не могу попасть, я доступности к медицинской помощи вообще не имею – ни к эндокринологу, ни к пульмонологу. Это вообще нереально. Я всегда хожу платно. Вот это ужасно, конечно. Узкие специалисты вообще недоступны» (Женщина, завотделением в районной больнице РМЭ, фокус-группа с экспертами 1, РМЭ).*

Об этом же типе несправедливости говорили пациенты: проблема недоступности в поликлиниках узких специалистов звучала примерно в половине интервью. На это же указывает и всероссийский опрос: 50% россиян считают, что, проведенное в ходе реформирования отрасли сокращение и укрупнение больниц усложнило в последние годы доступ к узким специалистам (лишь 21% указывают, что облегчило)¹¹⁶.

На данную проблему обращали внимание городские и особенно сельские жители обеих республик.

«Узких специалистов приходится проходить платно. Как хочешь, так и живи» (информант 11, РМЭ). *«Что касается узких специалистов, то с этим вообще у нас в больнице беда. Каких-то врачей просто нет, какие-то в отпуске, а замены ему нет, какие-то врачи принимают только в определенные дни, и к ним большие очереди всегда, поэтому к узким специалистам мы почти всегда с ребенком ездим в городскую поликлинику, республиканскую, записываемся там или проходим платно, что чаще случается, потому что в республиканской детской больнице без направления врача из районной больницы не принимают. Поэтому приходится проходить врачей платно там, ну, либо в частной клинике проходить их»* (информант 1, РМЭ).

«К ЛОРу попасть не смогла в государственную поликлинику, поэтому обратилась в частную» (информант 10, РТ).

«Не особо удовлетворены, потому что у нас нет узких специалистов детских, приходится обращаться к специалистам для взрослых или ждать приезда специалистов на медосмотры раз в месяц по субботам. Туда стекается весь район с детьми, собирается большая очередь и, естественно, врачи не могут всех принять» (информант 17, РТ).

Один из информантов, мужчина 56 лет, инвалид второй группы посетовал на недоступность врачей в Казани и признал-

¹¹⁶ Доступность и качество российского здравоохранения: оценки пациентов // ВЦИОМ. 2015. 2 сентября. – URL: https://wciom.ru/news/sobytiya/dostupnost_i_kachestvo_rossiiskogo_zdravookhraneniya / (дата обращения: 10.12.2017)

ся, что пользуется подсказками фармацевтов: *«Да и сейчас в поликлинику идешь, записываешься, приходишь к назначенному времени и еще ждать надо. А если честно они тебя записывают через месяц, когда уже ничего и не болит. И зачем мне обращаться? Вон в аптеку пошел, спросил у продавца, что посоветует, то и возьмешь»* (информант 12, РТ).

Проблема не только, как отмечают пациенты, в отсутствии специалистов, но и в том, чтобы к ним попасть, необходимо пройти круг врачей. *«С узкой специализацией вообще дело не очень хорошо обстоит, потому что, например, чтобы попасть к маммологу, мы должны обратиться <...>. Ну, вот, непосредственно я иду на прием один раз в год, но обязательно иду в частном порядке, то есть платный прием в государственную поликлинику, потому что к бесплатному это проблемно, нет ни талонов, ничего. И я должна идти сначала к своему терапевту, и если он разрешит, он меня отправит к хирургу, и если хирург считает нужным, он меня направит к маммологу»* (информант 8, РТ).

Тот же информант рассказал подобную историю в отношении кардиолога: *«К узким специалистам попасть, конечно, проблема, потому что, например, мой участковый врач мне назначил <...>. У него было подозрение на порок сердца, это было в прошлом году в октябре месяце. Наша участковая медсестра записала меня на УЗИ сердца. Меня пригласили в первый раз в феврале месяце, и это с октября, и только в феврале. Но так как я работала в тот день и не было возможности перенести на другой день, и вот я буквально попала в мае месяце. То есть это сколько месяцев? Октябрь, ноябрь, декабрь, январь, то есть больше полгода. И я еще до сих пор у кардиолога не была, потому что надо попасть к терапевту и только потом терапевт пошлет меня к кардиологу»* (информант 8, РТ).

Некоторые эксперты связывают подобную неудовлетворенность с тем, что пациенты интерпретируют доступность медицинской помощи некорректно.

«Если есть жалобы, что за 7 дней он не получил консультацию узкого специалиста, то значит недоступна. А если он получил и никто не жалуется <...>. Если он хочет прямо сейчас, и ему не дали – это не недоступность. Это просто управляемая доступность, как сегодня высказываются» (информант 13, РТ). «И мы имеем дилемму: человек, который заболел и хочет получить медицинскую помощь сейчас, немедленно и в таком объеме, как считает он сам. А в программе госгарантий последние 5 лет понятие доступности стало расплываться... Если бы было построже с доступностью, публично обсуждалось и показывалось, думаю, это было бы понятнее» (эксперт 5, РТ).

Однако даже с точки зрения приведенных экспертов, данный кейс с кардиологом можно рассматривать как пример недоступной медицинской помощи, ведь эксперт поясняет, что ожидание кардиолога должно быть не более двух недель.

«Доступным является получение специализированной помощи (невролог, кардиолог, офтальмолог и др.) в течение двух недель. Да, это хороший посыл, но он не всегда выдерживается. Очередность к этим специалистам такова, что в течение двух недель ты доступ можешь и не получить. И человек уже может быть недоволен, потому что он попал не сегодня к врачу, не завтра, не через три дня, а ему предлагают через две недели. Человеку хочется не жить с проблемой две недели, а решить ее раньше» (эксперт 5, РТ).

Подводя итоги раздела о социально-экономической доступности, необходимо отметить, что низкий социально-экономический статус существенно ограничивает доступность здравоохранения для бедных, и, соответственно, принцип справедливости, сформулированный А.Сеном и сторонниками подхода доступа к равным возможностям как условия справедливости здравоохранения.

Раздел 6

САМОСОХРАНИТЕЛЬНОЕ ПОВЕДЕНИЕ И СПРАВЕДЛИВОЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЕ¹¹⁷

В России вопросы определения субъектов ответственности за здоровье актуализируются в условиях выработки модели социальной политики на фоне постсоветских трансформаций и проблемы распределения весьма ограниченных ресурсов здравоохранения. Помимо этого актуализации обсуждения проблем автономии человека и его личной ответственности за здоровье способствуют как демографические процессы, так и увеличение объема необходимых финансовых ресурсов для функционирования современных высокотехнологичных систем здравоохранения. Научные дискуссии направлены на новое осмысление справедливости и несправедливости равной доступности дефицитных медицинских услуг для людей с вредными привычками (например, люди с алкогольной, наркотической, никотиновой зависимостью) или «дорогие вкусы» (например, люди, увлекающиеся экстремальными видами спорта). Выдвигается идея о том, что государство должно просвещать и информировать, однако, если плохое состояние здоровья стало следствием самостоятельного выбора человека, доступность общественного здравоохранения может быть ограничена, поскольку социальная политика не должна приводить к инфантилизации людей, снимая с них ответственность за последствия их действий¹¹⁸.

Справедливость здравоохранения характеризуется возможностями доступа к системе здравоохранения, в том числе с профилактической целью сохранения и поддержания здоро-

¹¹⁷ Данный раздел опубликован в журнале «Вестник экономики, права и социологии», 2017, № 4. Печатается с разрешения редакции.

¹¹⁸ Newdick C. Health equality, social justice and the poverty of autonomy // *Health Economics, Policy and Law*. – 2017. – Pp. 1 – 23; Cappelen A.W., Norheim O.F. Responsibility in health care: a liberal egalitarian approach // *Journal of medical ethics*. – 2005. – Vol. 31. – № 8. – Pp. 476 – 480; Wikler D. Personal and social responsibility for health // *Ethics & International Affairs*. – 2002. – Vol. 16. – № 2. – Pp. 47 – 55.

вья. В России же в последние годы происходит уменьшение числа медучреждений первичного звена и, прежде всего, тех медицинских сервисов, которые были ориентированы на профилактику, что отражается в сокращении с 2014 по 2016 год на 14,3% профилактических посещений врача¹¹⁹. При этом следует помнить, что доступность здравоохранения – это не только отсутствие видимых барьеров. С одной стороны, доступность определяется целым комплексом социально-культурных норм, составляющих основу так называемого самосохранительного поведения¹²⁰, с другой – обусловлена наличием открытой или скрытой дискриминации, препятствующих обращению тех или иных групп граждан в медицинские учреждения.

Таким образом, доступность здравоохранения – это не только отсутствие видимых барьеров, но также целый комплекс социально-культурных норм, составляющих основу так называемого самосохранительного поведения, наличие открытой или скрытой дискриминации, препятствующих обращению тех или иных групп граждан в медицинские учреждения. Самосохранительное поведение выступает частью здоровья как образа жизни, если следовать подходу справедливости здоровья, который делает акцент на личном выборе человека¹²¹. Интересно, что здоровый образ жизни, по представлению большинства опрошенных, характеризует только отсутствие вредных привычек. Данное обстоятельство согласуется, по мнению Э.Гаврилова, с тенденцией фрагментарной первичной профилактики, реализуемой Минздравом – «размещением отдельных роликов в СМИ,

¹¹⁹ Гаврилов Э. Сокращение профилактической медпомощи противоречит заявлениям Минздрава о ее приоритете в работе ведомства // Российский медицинский сервис. – URL: <http://rusmedserver.com/?p=3616> (дата обращения: 24.11.2017)

¹²⁰ Ковалева А.А. Самосохранительное поведение в системе факторов, оказывающих влияние на состояние здоровья // Журнал социологии и социальной антропологии. – 2008. – Т. 11. – № 2. – С. 179 – 191; Журавлева И.В. Самосохранительное поведение подростков и заболевания, передающиеся половым путем // Социологические исследования. – 2000. – № 5. – С. 66 – 74.

¹²¹ Вуях А., Prainsack В. (2012) Lifestyle-related diseases and individual responsibility through the prism of solidarity. *ClinicalEthics*, 7(2): 79-85.

разрозненными мероприятиями по информированию населения о негативном влиянии отдельных вредных привычек»¹²².

Информанты в ходе интервью отмечали, что стараются больше двигаться и бывать на свежем воздухе. Совсем немногие упомянули про питание: *«Жена говорит, давай поменьше готовить. Жирного поменьше, хлеба. А мы ведь старой закалки, без хлеба-то как? Помню, арбуз принесешь, так этот же арбуз и с хлебом едим»* (информант 5, РМЭ). Из всех интервьюируемых только один информант отметил, что его профессиональная деятельность не совмещается со здоровым образом жизни: *«Нет, здоровый образ жизни не получается у меня никак вести... Если я 12 часов за станком, какой мне образ вести, в ночь 12 часов поработал, в 7 утра домой пришел, поел и спать, потом опять на работу. Сейчас уже не думаешь о себе, думаешь как заработать»* (информант 14, РТ). Вместе с тем этот респондент, еще не достигший пятидесяти лет, пережил инсульт и страдает сердечно-сосудистыми заболеваниями. Такие практики повышенной рабочей нагрузки независимо от состояния здоровья характерны для многих, однако не все видят в этом нарушение здорового образа жизни.

Говоря о самосохранительном поведении, эксперты отметили социально-классовые особенности людей: *«У более образованных горожан больше амбиций и претензий. Это да. Попроще жители из районов. Житель города не будет стоять два часа. А сельские – они вроде как бы <...>, но у них тоже сезонность. Вот летом у них тишина. Никто не болеет. В сентябре, как картошку выкопали, все – пойдут болеть»* (эксперт 3, РМЭ). Другие считают, что основным фактором поддержания здоровья ребенка выступает культура в семье: *«Нет, я думаю, никак финансовое благополучие не влияет на здоровье ребенка. Здесь влияет именно политика семьи. <...> Финансовое благо-*

¹²² Гаврилов Э. Сокращение профилактической медпомощи противоречит заявлениям Минздрава о ее приоритете в работе ведомства // Российский медицинский сервис. – URL: <http://rusmedserver.com/?p=3616> (дата обращения: 24.11.2017)

получие не влияет, а влияет политика семьи, культура здоровья семьи» (фокус-группа с экспертами 1, РТ).

Жители республик отмечали, что они зачастую откладывают посещение врача, даже когда в этом есть острая необходимость. Как правило, интервьюируемые называли следующие мотивы.

Во-первых, наличие очередей в государственных медицинских учреждениях. Так, например, мужчина, инвалид по заболеванию сердца отметил: *«Чтобы люди хотели идти на профилактику, нужны условия, отсутствие очередей. Когда в поликлинике очередь ждешь, такое чувство, как будто одни старушки сидят. Ну, мужики до последнего обычно не ходят. Я вот тоже не люблю по врачам ходить»* (информант 12, РТ). Другой респондент, фармацевт, сетовала: *«Редко обращаюсь, потому очереди в поликлиниках и занимаюсь самолечением»* (информант 7, РТ). Записавшись, люди вынуждены ожидать приема врача по несколько часов, и это наблюдается в обеих республиках.

Во-вторых, отсутствие доверия к медицинским учреждениям. Нередко население сталкивалось с постановкой неправильных диагнозов либо с неправильным лечением, что также приводит к самолечению. Порой мотивация к отказу от обращения в медучреждение может прийти даже от совета врача: *«У меня ребенок заболел, вызвали скорую, врач посмотрел, сказал: “Ты знаешь, что сейчас в больницах происходит. Лучше дома лечиться, ты же умеешь ставить системы, лучше сами, я все пропишу, что нужно, и все будет нормально. Лучше не ложитесь”»* (женщина 32 года, работающая мать, фокус-группа 2, РТ).

В-третьих, практика откладывать посещение врача из-за невнимательности к здоровью, надежды на самостоятельное выздоровление: *«У россиян другой менталитет. Пока плохо не станет, к врачу не обратятся люди. Россияне суровые. В России распространена установка – со мной этого не случится!»* (фокус-группа 3, РТ). Последний вариант личностной атрибуции характерен для высших государственных функционеров регионального Минздрава, высказывания которых звучат на фоне дискуссии по поводу справедливости льгот и преференций на

получение медицинских услуг для граждан, которые следят за своим здоровьем, например, проходят диспансеризацию, не имеют вредных привычек. Полное согласие с таким подходом высказал, в частности, министр здравоохранения РТ А.Вафин, аргументируя свою позицию нормами, принятыми в регулировании дорожного движения: *«Человек нарушает правила дорожного движения. Его штрафуют. Водитель вовремя не прошел техосмотр – он не имеет права эксплуатировать эту машину. Так? У нас относительно системы здравоохранения и прав недобросовестных нарушителей: есть человек, который не пьет, не курит, ходит пешком, и нарушитель, который пьет, курит – они в правах абсолютно одинаковы. Получается так, что государство приходит к нарушителю и говорит: “Ты машину разбил, давай за наш счет ее отремонтируем”. Относительно здоровья сегодня происходит примерно так»* (эксперт 3, РТ).

Интересно, что в ходе анкетного опроса 40% респондентов оценили расширенный объем медуслуг для людей, ведущих здоровый образ жизни, как справедливую меру. Не согласились называть такую политику в здравоохранении справедливой 26,4%. Каждый третий опрошенный затруднился с ответом.

Неоднозначную оценку получила идея личной ответственности в аспекте соплатежей за рискованное в отношении здоровья, например, таких категорий граждан, как алкоголезависимые, наркозависимые, граждане, имеющие травмоопасные хобби (горные лыжи, гонки и пр.), а также люди, потребляющие много калорий. Врачи, отвечая на этот вопрос в ходе интервью, занимали двойственную позицию: *«Конечно, для врачей все пациенты должны быть равны. Мы на конференциях кардиохирургов обсуждали эту ситуацию. Вот поступил к нам молодой человек – наркоман, мы сделали ему дорогостоящую кардиохирургическую операцию, провели детоксикацию. Предупредили об опасности. Но буквально через короткий срок он поступил снова в критическом состоянии и в наркотическом опьянении. Но почему на него снова тратить ресурсы, если у нас элемен-*

тарными вещами нет возможности обеспечить действительно нуждающихся пациентов?» (врач-кардиохирург, 35 лет).

Разделяемую частью научного, медицинского сообщества и субъектами власти либеральную идею о примате личной ответственности в деле самосохранения и необходимости платежей или снижения объемов медицинской помощи мы адресовали в ходе анкетного опроса населению изучаемых регионов. В отношении алкоголе- и наркозависимых 44% участников опроса поддержали идею соплатежей, 43% – высказались против.

Причем доля респондентов, проживающих в РМЭ, выразила большую поддержку идеи платежей алкоголе- и наркозависимых: в сумме полностью и скорее поддерживающих идею около 50% по сравнению с РТ, где данный показатель около 38%. 15% указали позицию «и да, и нет». Такой же процент, занявших «срединную» позицию, оказался при ответе на вопрос о соплатежах людей с рискованными хобби. 58% опрошенных указали, что платежи граждан с травмоопасными хобби несправедливы, около 27% поддержали идею. 18% из всей совокупности опрошенных выбрали вариант «и да, и нет» в отношении тех, кто потребляет слишком много калорий. 52% с разной степенью высказали несогласие с идеей платежей за медуслуги данной категории граждан в РМЭ, 62% – в РТ. 30% скорее или полностью согласны с данной идеей в РМЭ, 20% – в РТ.

Таким образом, оценку несправедливости зависимости объема бесплатных медуслуг от типа поведения – самосохранительного или рискованного в отношении здоровья – дали большинство опрошенных в отношении хобби и потребления лишних калорий, в отношении зависимых от алкоголя и наркотиков справедливой и несправедливой такую «соразмерность» назвало равное количество респондентов. В целом данные свидетельствуют, что развитие практик самосохранительного поведения сталкивается как с институциональными барьерами, так и социокультурными, в том числе связанной с укоренившейся в сознании моделью дистрибутивной справедливости, не внимающей идее о связи поведения со здоровьем и примате личной ответственности человека.

Раздел 7

СПРАВЕДЛИВОСТЬ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В ПУБЛИЧНЫХ ДИСКУРСАХ ПОЛИТИКИ И МЕДИА

В докладе Всемирной организации здравоохранения, опубликованном в 2008 году, подчеркивается, что иллюзий о достижении полного единодушия по политике здравоохранения строить не стоит. В процессе формирования политики в области здравоохранения действует слишком много групп интересов: пациенты, медицинские работники, представители бизнеса и другие группы организуются в целях укрепления своих позиций в переговорах и защиты своих интересов. Отдельные личности и программы конкурируют в борьбе за влияние и ресурсы даже внутри Министерства здравоохранения¹²³. Авторы доклада предупреждают, что без структурированного диалога с участием заинтересованных сторон существует опасность того, что политический выбор присвоят группы, представляющие определенные интересы, и он будет зависеть от смены политических кадров или непостоянства со стороны доноров.

В документе ВОЗ говорится, что как свидетельствует опыт, легитимность политического выбора в меньшей степени определяется наличием всеобщего согласия, чем справедливостью и прозрачностью процедур. Для достижения эффективного политического диалога необходимо наличие ряда условий: понимание важности использования информационных систем; систематическое внедрение инноваций; обмен положительным опытом¹²⁴. К числу вопросов, которые необходимо обсуждать для достижения эффективного политического диалога, специалисты ВОЗ относят анализ гарантированности доступа и осведомленности населения о своих правах на медицинское обслу-

¹²³ Доклад ВОЗ. О состоянии здравоохранения в мире - 2008. Первичная медико-санитарная помощь: сегодня актуальнее, чем когда-либо. – URL: <http://www.who.int/whr/2008/overview/ru/index.html>

¹²⁴ Там же.

живание, защищенности людей от экономических последствий потери здоровья, эффективности государственных органов в обеспечении защиты каких-либо групп населения от исключения из сферы медико-санитарного обслуживания и от эксплуатации со стороны поставщиков коммерческих услуг.

Несоответствие эффективности систем здравоохранения повышенным ожиданиям общества становится одной из причин обеспокоенности на политическом уровне, говорится в докладе секретариата ВОЗ¹²⁵. По мнению специалистов ВОЗ, диалог на политическом уровне может с большей степенью вероятности привести к повышению эффективности здравоохранения, если он строится на основе широкого консультативного процесса с участием всех соответствующих социальных, технических и политических субъектов деятельности как в самом секторе здравоохранения, так и за его пределами, основывается на принципах рациональности, реализма, сбалансированности, увязки со стратегическими и текущими планами. Субъекты общественного здравоохранения, подчеркивается в другом документе, которые находятся вне системы государственных ведомств, независимо от того, являются они просто активистами, представителями научных кругов или бизнесменами, нуждаются в соответствующих организациях, по линии которых они могли бы вносить на прозрачной основе свой вклад в обсуждение политики, связанной со здравоохранением, на глобальном и национальном уровнях¹²⁶.

Таким образом, проблема диалога, коммуникаций, в целом того, что и как говорится о политике, о планах, ценностях в сфере развития здравоохранения, как показывает этот краткий обзор документов ВОЗ, является важнейшей составляющей до-

¹²⁵ Секретариата ВОЗ доклад. Укрепление систем здравоохранения. URL: https://extranet.who.int/iris/restricted/bitstream/10665/5147/1/A64_12-ru.pdf (дата обращения: 08.12.2017).

¹²⁶ Работа во имя здравоохранения. Одиннадцатая общая программа работы на 2006 – 2015 гг. URL: http://www.med.cap.ru/home/rc/docs/fz/fz_rviz.pdf (дата обращения: 08.12.2017).

стижения в обществе максимально возможного консенсуса по проблеме справедливого здравоохранения.

Обратимся к российским публичным дискурсам о справедливом здравоохранении.

Исследование проблемы справедливого здравоохранения на основе теории дискурса предполагает, что внимание уделяется роли смыслов и значений, которые артикулируются субъектами по поводу здравоохранения и в сфере здравоохранения. В общем виде дискурсом принято считать совокупность устных и письменных текстов, которые производят люди в процессе своей деятельности. В понимании сторонников критического дискурса-анализа дискурс – это форма социальной практики, которая созидает социальный мир и одновременно созидается посредством других социальных практик¹²⁷. Любое высказывание (текст) является не абстрактным и вневременным продуктом, а результатом деятельности социальных субъектов, включенных в социальные взаимодействия и структуры, в определенную политическую и культурно-историческую ситуацию. Язык в трактовках авторов дискурса-анализа тесно связан с властью, создание дискурсов – это своеобразная деятельность социальных акторов по навязыванию другим субъектам своих представлений, значений, смыслов на то или другое явление. Не все социальные субъекты имеют равные возможности успешно продуцировать дискурс, а лишь те, кто обладает необходимыми властными, экономическими, информационными ресурсами. Поэтому доминирующие в публичном пространстве дискурсы чаще всего создаются политическими деятелями и государственными чиновниками, с одной стороны, и группами интеллектуалов или экспертным сообществом, с другой. Таким образом, именно эти субъекты создают представления о «правильном» и справедливом здравоохранении и о способах его достижения.

¹²⁷ Филипп Л. Дискурс-анализ. Теория и метод: пер. с англ. / Л. Филипп, М.В.Йоргенсен. – Хельсинки: Изд-во Гуманитарного Центра. – 2004. – С. 101.

Обеспечение здоровья нации, пишет И.Л.Сизова, является актуальным дискурсом в высоких политических кругах. «Политики озвучивают общие цели “оздоровления населения” в России и расставляют акценты так, что больше внимания уделяется росту рождаемости, снижению смертности и увеличению продолжительности жизни людей, развитию материально-технической базы, медицинского прогресса, качества медицинских услуг. Но без внимания остается учет потребностей в услугах и доступ к ним, неравенство в распределении шансов на здоровье, хроническое недофинансирование работников здравоохранения, хотя выдвижение этих программных целей позволит смягчить или вообще «снять» существующую «блокаду» реформ в этой области»¹²⁸. Автор считает, что необходимо обсуждать и приходить к консенсусу по трем фундаментальным темам: во-первых, это нормы справедливости услуг и потребностей в здравоохранении; во-вторых, обоснование нежелательной степени социального неравенства в распределении шансов на здоровье, и, в-третьих, конкретизация целей и задач государственной политики в области обеспечения здоровья граждан России»¹²⁹.

Рассмотрим дискурсы, создаваемые современными российскими политическими деятелями и государственными чиновниками, в контексте объектов этих дискурсов.

Официальные документы, подготовленные Минздравом России, не содержат слов, понятий, значений, связанных со справедливостью. Ни разу не употребляется понятие «справедливость» и понятие «равенство», например, в Государственной программе Российской Федерации «Развитие здравоохранения», утвержденной постановлением Правительства РФ от 15 апреля 2014 года № 294. Понятие и требование «справед-

¹²⁸ Сизова И.Л. Социальное неравенство шансов на здоровье, нормы справедливости и государственная политика в области здравоохранения: экстраполяции 7. URL <http://socpolitika.ru/rus/conferences/3985/3989/3991/document4216.shtml> (дата обращения: 08.12.2017).

¹²⁹ Там же.

ливости» в отчетном докладе министра здравоохранения РФ В.И.Скворцовой за 2015 год употребляется только один раз как достижения, позволившие «снизить часто абсолютно субъективную и несправедливую дифференциацию в уровнях заработных плат медицинских работников одних и тех же специальностей и квалификации в однотипных учреждениях здравоохранения»¹³⁰. В государственном докладе о реализации государственной политики в области здравоохранения за 2016 год слово «справедливость» встречается только один раз в контексте обеспечения «справедливой конкуренции на фармацевтическом рынке», о равенстве и равных возможностях ничего не сказано, понятие «доступность» употребляется четыре раза: один раз в значении снижения доступности табачных изделий, второй – в контексте повышения доступности обезболивающих средств, два раза – в значении эффектов от продолжения информатизации здравоохранения «повысить качество медицинских услуг и доступность медицинской помощи», «оценить доступность записи на прием к врачам в каждой медицинской организации»¹³¹.

В официальных документах обеспечению доступности медицинской помощи, конечно, уделяется значительное внимание, но о принципах справедливости и равенства (или неравенства) при организации здравоохранения для самых разных поло-возрастных, поселенческих, территориальных и других категорий населения практически не говорится¹³². Официальным доку-

¹³⁰ Доклад министра здравоохранения Российской Федерации В.И.Скворцовой на заседании итоговой Коллегии Минздрава России «Об итогах работы Министерства здравоохранения Российской Федерации в 2015 году и задачах на 2016 год». – URL: <https://static1.rosminzdrav.ru/system/attachments/attaches/000/030/213/original/%D0%94%D0> (дата обращения: 21.07.2016).

¹³¹ Государственный доклад о реализации государственной политики в сфере охраны здоровья за 2016 год. – URL: <https://www.rosminzdrav.ru/ministry/programms/gosudarstvennyy-doklad-o-realizatsii-gosudarstvennoy-politiki-v-sfere-ohrany-zdorovya-za-2015-god> (дата обращения: 21.10.2017).

¹³² Мухарямова Л.М. Дискурсы справедливого здравоохранения в современном российском обществе // Социология и общество: социальное неравенство и социальная справедливость. Мат-лы V Всероссийского социологического конгресса. Российское общество социологов. 2016. Российское общество социологов (Москва). – С. 5216.

ментам, как представляется, придается характер технических инструментов, не ориентированных на ценности, что значительно снижает их мобилизационный и консолидирующий потенциал и не способствует политическому диалогу по вопросам развития здравоохранения.

Для политиков партии «Единая Россия» и государственных чиновников характерен дискурс, который можно охарактеризовать как либерально-консервативный. Либеральный консерватизм как автономная идеология, по мнению исследователей, возникает из сознательного совмещения различных ценностей двух идеологий либерализма и консерватизма, с целью соединения ценностей свободы и порядка, развития и стабильности, индивидуальной независимости и национальной суверенности¹³³. Особенность этого дискурса проявляется, как представляется, в выступлениях министра здравоохранения Российской Федерации В.И.Скворцовой: «Любое решение по реорганизации, по изменению привычного порядка оказания медицинской помощи должно приниматься взвешенно, а внедряться осторожно и терпеливо, – говорит федеральный министр в интервью корреспонденту «Российской газеты». – Вспомним, какой резонанс вызвало правильное, по сути, но не подготовленное и не проговоренное с населением закрытие нескольких родильных коек в Борисоглебске. Чтобы не было рисков для населения, нам необходимо идти очень выверенными шагами. Оптимизация хороша тогда, когда она приводит к повышению качества медицинской помощи и ее доступности»¹³⁴. Прагматические идеологические установки субъекта высказывания в этом случае ориентируют на неизбежность изменения привычного порядка, но требуют делать это с осторожностью и с выстраиванием эффективных коммуникаций с людьми. Но главное, что всегда отмечается ру-

¹³³ Малер А. Либеральный консерватизм – идеология современной России // Русский журнал. – URL <http://www.russ.ru/Mirovaya-povestka/Liberal-nyj-konservativizm-ideologiya-sovremennoj-Rossii> (дата обращения: 21.10.2017).

¹³⁴ Невинная И. Как самочувствие, доктор? // Российская газета. 03.03. 2014. – URL: <https://rg.ru/2014/03/03/skvorcova.html> (дата обращения: 21.10.2017).

ководителями отрасли, «медицина и организация здравоохранения должны постоянно совершенствоваться, создавая условия для постоянного роста качества и доступности медицинской помощи и укрепления здоровья наших граждан»¹³⁵.

Федеральные чиновники практически не говорят о недофинансировании системы. Если эта тема и поднимается, то не для объяснения обществу или медицинским работникам каких-то дефицитов в практическом здравоохранении и замещения бесплатных услуг платными. Проблема недофинансирования отрасли поднимается в докладах Президенту страны. Выступая в 2013 г. на Совете по реализации приоритетных национальных проектов, В.И.Скворцова докладывает Президенту РФ В.В.Путину: «В 2013 году наполнение тарифа медицинской помощи для беременных женщин и детей составляет 84 процента от расчетного, тогда как для остальной части населения – 72 процента <. Таким образом, это и является финансовым выражением приоритета охраны здоровья матери и ребенка»¹³⁶. При этом не говорится ни слова о том, как медицинские учреждения должны оказывать качественную медицинскую помощь, не получая оплату за свою работу в полном объеме, и как обеспечить ее справедливое распределение между разными категориями.

Проблемы обеспечения доступности здравоохранения для всех жителей страны рассматриваются все чаще, решение их представляется на тактическом уровне. «Мы создали геоинформационную интерактивную карту, все чаще докладывает министр здравоохранения В.И.Скворцова Президенту РФ В.В.Путину. Эта карта позволяет автоматизированно для каж-

¹³⁵ Доклад министра здравоохранения Российской Федерации В.И.Скворцовой на заседании итоговой Коллегии Минздрава России «Об итогах работы Министерства здравоохранения Российской Федерации в 2015 году и задачах на 2016 год». – URL: <https://static1.rosminzdrav.ru/system/attachments/attaches/000/030/213/original/%D0%94%D0> (дата обращения: 21.07.2016).

¹³⁶ Доклад министра Вероники Скворцовой на Совете по реализации приоритетных национальных проектов // –:URL: <http://www.mofoms.ru/?p=7401> (дата обращения: 21.07.2016).

дого населенного пункта просчитывать время, плечо доставки для оказания того или иного вида помощи. Мы составили программу приоритетного проекта по строительству недостающих ФАПов, сельских амбулаторий и закупки передвижных мобильных диагностических модулей. Мы получаем много обращений по поводу нехватки врачей в первичном звене, в том числе специалистов в первичном звене <...>. По нашим прогнозам, нам достаточно будет от двух до трех лет, чтобы полностью этот дефицит нивелировать»¹³⁷. Такая позиция руководителя отрасли в анализе проблем здравоохранения ориентирует граждан на принятие того, что на уровне стратегических программ приоритетность обеспечения равной доступности здравоохранения уже закреплена, мероприятия разработаны, объем финансирования рассчитан и выделен, и только отсутствие карт доступности не позволял до этого решить актуальные для всех вопросы.

Чиновники системы здравоохранения федерального уровня о реформе здравоохранения говорят с большой осторожностью. Это позволило некоторым исследователям сделать заключение, что из-за уверенности в несогласии населения с изменением советских принципов организации здравоохранения термин «реформа здравоохранения» заменили эвфемизмы «повышение структурной эффективности», «конкретизация гарантий», «модернизация здравоохранения», «национальный проект “Здоровье”», «пилотные проекты». Разработка планов развития отрасли оформлялась в виде планов развития, «дорожных карт» и «стратегий», обычно не содержавших стратегических предложений¹³⁸.

¹³⁷ Владимир Путин провел рабочую встречу с министром здравоохранения Вероникой Скворцовой. 1 августа 2017 г. // – URL: <https://www.1tv.ru/news/2017-08-01/329936-vladimir-putin-provel-rabochuyu-vstrechu-s-ministrom-zdravoohraneniya-veronikoju-skvortsovoy> (дата обращения: 10.12.2017).

¹³⁸ Власов В.В. Почему в России нет реформ здравоохранения. XVI апрельская междунар. науч. конф. по проблемам развития экономики и общества. ИД НИУ ВШЭ. 2016. – С. 378 – 288.

Было бы неправильно считать, что федеральные чиновники не обращают внимания на последствия решений для развития регионов и отрасли здравоохранения, нарушающие принципы равенства и справедливости в этой сфере. Министр здравоохранения РФ В.И.Скворцова во время встречи с Президентом В.В.Путиным в августе 2015 года сообщила трех о тревожных проблемах российского здравоохранения: доступность первичной медпомощи в сельской местности и удаленных районах России; возможность получения качественной бесплатной медпомощи в стационаре (эти две проблемы – следствие оптимизации отрасли); ценовая и ассортиментная доступность лекарственных препаратов¹³⁹.

Консерватизм федеральных чиновников прослеживается при обсуждении наиболее либеральных предложений финансового блока правительства. Реагируя на предложение Минфина России о лишении права на бесплатную медицинскую помощь трудоспособного, но не работающего населения, министр здравоохранения сослалась на Конституцию страны: «По Конституции РФ каждый гражданин имеет право на бесплатную медицинскую помощь в государственных и муниципальных учреждениях. Конечно, когда деньги мало считали, никто не ставил вопрос о том, чтобы трудоспособные неработающие, которые утаивают бизнес, не платят налоги, платили бы за себя сами. Тема не такая простая, решить ее в лоб, просто изъяв этих людей из системы, невозможно, потому что мы должны проводить ранние скрининги здоровья и оказывать экстренную помощь, если что-то случилось. Поэтому не получится из системы человека убрать, и это будет негуманно с медицинской точки зрения»¹⁴⁰. Таким образом, доминирующий в силу влияния и ав-

¹³⁹ Вероника Скворцова рассказала Путину о проблемах российского здравоохранения. – URL: <http://amic-med.ru/34155/> (дата обращения: 21.07.2016).

¹⁴⁰ Калиновская Е. Вероника Скворцова: сокращения финансирования лекарственного обеспечения не будет // Фармацевтический вестник. 14.01.2016. – URL: <http://www.pharmvestnik.ru/publs/lenta/v-rossii/veronika-skvortsova-sokraschenie-finansirovaniya-lekarstvennogo-obespechenija-ne-budet.html#.V5XzChlqpk> (дата обращения: 21.10.2017).

торитета государственных органов управления здравоохранением консервативно-либеральный дискурс демонстрирует приверженность укорененным в обществе практикам, ценностям и даже языку и постепенное, осторожное их изменение в новых социально-экономических и демографических условиях в сторону либерализации отрасли, к экономической эффективности.

Более консервативную позицию демонстрирует Счетная палата (СП) России, резко критикующая модернизацию отрасли. Председатель СП Т.А.Голикова формирует дискурс нарушения действиями Минздрава России конституционных прав граждан. Начиная с анализа исполнения бюджета 2014 года, аудиторы СП констатируют процесс замещения бесплатных услуг платными. Объем платных медицинских услуг, оказываемых населению государственными медицинскими организациями, в 2016 году вырос на 40 млрд руб. (28,8%) и достиг 180,9 млрд руб¹⁴¹. В интерпретации специалистов СП такое замещение выглядит как результат ошибочных действий руководителей отрасли. Т.А.Голикова указывает и на другие ошибки руководителей отрасли и регионов: после сокращения 90 тысяч медиков и реорганизации трех сотен учреждений доступность медпомощи сократилась, количество умерших в стационарах выросла за год (2014) на 3,7%. 17,5 тысяч населенных пунктов в России не имеют медицинской инфраструктуры, сроки ожидания оказания медпомощи в некоторых регионах превышают необходимые в два и более раза¹⁴². СП констатирует, что в результате оптимизации на 47 миллионов сократилось количество посещений врачей, на 254 тысячи сократилось количество вызовов скорой медицинской помощи¹⁴³. На наш взгляд, такая позиция

¹⁴¹ Бесплатная медицина стала дороже: Счетная палата проверила ФОМС. – URL: <https://www.rbc.ru/economics/21/09/2017/59c2c1319a79476896826bec> (дата обращения: 21.07.2016)

¹⁴² Счетная палата раскритиковала реформы Минздрава. – URL: <http://www.tvc.ru/> (дата обращения: 12.12.2017)

¹⁴³ Татьяна Голикова назвала оптимизацию здравоохранения бездумной / Доктор Питер. – URL: <http://doctorpiter.ru/articles/17206/> (дата обращения: 12.12.2017)

главы СП, которую можно обозначить как селективную типизацию (представление всех дефектов как типичных), обусловлена не столько убежденностью в опасности сокращения количества медицинских организаций и развития платных медицинских услуг в государственных организациях (такая практика существовала и в годы, когда Минздравсоцразвития руководила Т.А.Голикова), сколько особенностями взаимоотношений федеральных чиновников.

Региональные чиновники не продуцируют какие-то другие дискурсивные стратегии. Их устремления направлены на конструкцию «благополучности» ситуации в отрасли здравоохранения в собственном регионе, избегание острых проблем, в том числе, нарушений в некоторых отношениях равных возможностей и справедливости для сохранения здоровья. Встретившись с министром здравоохранения РМЭ М.Паньковой, главными врачами, медицинскими работниками, посетив лечебные учреждения республики, руководитель РМЭ А.Евстифеев констатировал: «Разговор получился предметным: мы выслушали врачей, специалистов в сфере медицины, которые умеют вести свое дело и знают его. И мы поговорили не только с точки зрения критики, но и организации наведения порядка. Думаю, этот порядок будет наведен. Контроль продолжится». А.Евстифеев подчеркнул, что с проблемами, которые озвучили жители республики, можно разобраться с помощью оргвыводов и элементарных управленческих решений¹⁴⁴.

Министр здравоохранения РТ А.Ю.Вафин, характеризуя возглавляемую систему, подчеркивает: «В целях формирования новой, ориентированной на потребности населения модели здравоохранения, за последние годы в республиканском здравоохранении сделаны 9 системных, стратегически значимых шагов: создание 3-х уровневой модели здравоохранения; модернизация учреждений здравоохранения и улучшение их

¹⁴⁴ В Правительстве Марий Эл обсудили антикризисные меры в системе здравоохранения республики // Городская газета. – 2017. – 23 июня.

материально-технической базы; развитие первичного здравоохранения; создание новых форм работы амбулаторно-поликлинических учреждений здравоохранения и развитие профилактической медицины; модернизация стационарной медицинской помощи; развитие реабилитационной медицины; развитие высокотехнологичной медицинской помощи; информатизация здравоохранения; совершенствование кадровой политики; внедрение современных принципов менеджмента качества медицинской деятельности»¹⁴⁵.

При этом в публичных выступлениях министра нет упоминаний о том, что в течение длительного времени в одном из самых экономически благополучных регионов страны в территориальной программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи утвержденные объемы финансирования за счет регионального бюджета заметно ниже утвержденных Правительством РФ (82,7% от утвержденных средних показателей Правительством РФ в 2017 г.), или о том, в республиканский льготный перечень на 2017 год включили всего 200 из 646 препаратов, входящих в федеральный перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов; или о низком уровне оплаты труда медицинских работников по сравнению с другими регионами.

Политический дискурс, формируемый федеральными парламентариями, характеризуется большей гибкостью и реагированием на ситуации, обсуждаемые в обществе. В современных гуманитарных науках политический дискурс определяется как «то, что политические деятели говорят друг другу и населению, разрабатывая политическую программу и добиваясь ее принятия»¹⁴⁶. Результаты политики в этом смысле зависят от определяющего ее дискурса, который задает тон в обсуждении

¹⁴⁵ Вафин А. Здравоохранение Татарстана – это одна большая команда! // Известия Татарстана. – 2017. – 16 июня.

¹⁴⁶ Ларсен Т.П. Миф об «обществе работающих взрослых»: новое в дискурсе социальной политики в европейских государствах благосостояния. – URL: <http://spero.socpol.ru/current.shtml> (дата обращения: 21.07.2016).

проблемы, артикулирует приоритеты, обозначает иерархию задач и т.д. Поэтому проведение государственной политики, как показывает Т.Ларсен, можно рассматривать «как процесс социального обучения под влиянием интересов, мнений и представлений участников, действующих в определенных институциональных рамках, включая прошлые решения и правила политической игры»¹⁴⁷.

Характеризуя сложившуюся в стране ситуацию со здравоохранением, некоторые члены Совета Федерации пришли к заключению о необходимости отмены системы обязательного медицинского страхования и переходе к бюджетному здравоохранению. «Правительство пока не идет на то, чтобы коренным образом поменять систему. Оно боится любых изменений, надеясь, что все само рассосется, – говорит сенатор С. Калашников. – Критичность ситуации заставит принять это решение <>. На регионы возложена обязанность платить за неработающее население – пенсионеров, безработных и т.д. Эти граждане не платят в фонд, за них платит субъект, у которого зачастую нет денег <...>. Регионы в большинстве своем банкроты. В 2005 году, когда федеральная власть передала ряд полномочий, то есть своих социальных обязательств в регионы, их было 46. А на сегодняшний день их 105. И многие из них недофинансированы»¹⁴⁸.

Координатор Центра Общероссийского народного фронта (ОНФ) по мониторингу качества и доступности здравоохранения, депутат Государственной Думы Н.Говорин констатирует: «Сегодня около 60% людей, имеющих полисы ОМС, обращаются в частные клиники, и только в 40% случаев граждане идут в свои государственные поликлиники. Понятно, что это касается крупных городов, где есть возможность выбора. Это свидетельствует о том, что сегодня необходимы серьезные меры по даль-

¹⁴⁷ Ларсен Т.П. Миф об «обществе работающих взрослых»: новое в дискурсе социальной политики в европейских государствах благосостояния. – URL: <http://spero.socpol.ru/current.shtml> (дата обращения: 21.07.2016).

¹⁴⁸ Крецул Р. В Совете Федерации предлагают ликвидировать ФОМС. – URL: <http://izvestia.ru/news/614254#ixzz49Cq3472v> (дата обращения: 21.07.2016).

нейшему развитию государственного здравоохранения, увеличению его доступности и качества медицинской помощи»¹⁴⁹.

Активисты ОНФ поднимают и другие институциональные проблемы здравоохранения, приводящие к сокращению объемов бесплатной медицинской помощи: «Это произошло за счет того, что удельный вес высокотехнологичной медицинской помощи в последнее время увеличился, а она является очень затратной, – считает Н.Говорин. Поэтому так и получается, что мы вкладываем денег больше, но при этом медицинской помощью в рамках программы государственной гарантии могут воспользоваться все меньшее число людей. В этой ситуации нам необходимо разработать эффективную политику, которая позволила бы не повышать тарифы на услуги в рамках системы ОМС, но в то же время оказывать бесплатную медпомощь в большом объеме. Особенно это касается амбулаторно-клинического звена. В противном случае может случиться так, что медицина станет недоступной для большинства наших граждан»¹⁵⁰.

Политики более свободно критикуют меры, принимаемые Правительством и Минздравом России для модернизации отрасли, но в целом их замечания чаще направлены в адрес глав регионов, чем федеральных органов. Если исходить из того, что для дискурс-анализа интерес представляет доминирование и отношения власти между социальными сущностями и социальными группами, можно констатировать, что язык (текст), производимый государственными чиновниками и системными политиками, воспроизводит и легитимирует неравенство и несправедливость, сложившиеся в стране.

¹⁴⁹ Говорин Н. Расширение функции ОМС может ослабить государственные медорганизации. – URL: <http://onf.ru/2017/11/22/govorin-rasshireniefunkcii-oms-mozhet-oslabit-gosudarstvennyemedorganizacii> (дата обращения: 10.12.2017)

¹⁵⁰ Говорин Н. Необходимо разработать механизмы, которые позволили бы оказывать бесплатную медпомощь в большем объеме. – URL: <http://onf.ru/2017/09/22/govorin-neobhodimo-razrabotat-mehanizmy-kotorye-pozvolili-okazyvat-besplatnyu/> (дата обращения: 10.12.2017)

Эксперты как субъект дискурса о справедливом здравоохранении представлены как минимум двумя группами. Первая группа, по существу, интегрирована с сотрудниками государственного аппарата (а может быть, мыслит себя частью этого аппарата) и разделяет основные идеи и мнения людей, представляющих власть. Вторая группа экспертов занимает резко критическую позицию. Лидером сторонников критического дискурса по авторитету в профессиональной среде и по известности в публичном пространстве является Президент национальной медицинской палаты (НМП) Л.М.Рошаль. На прошедшем в ноябре 2017 года конгрессе НМП участники констатировали, что «в вопросах финансирования отрасли Национальная медицинская палата настаивает на увеличении доли финансирования в размере 5% от ВВП до 2020 года. А также информирует Правительство РФ о том, что в настоящее время в медицинских организациях бюджетной сферы расходы на оплату труда составляют от 75% до 80%, что ограничивает возможность полноценного обеспечения лечебно-диагностического процесса (медикаменты, питание больных, расходные материалы и т.д.)»¹⁵¹. Профессор Л.М.Рошаль при ответе на вопрос о стратегии развития российского здравоохранения выражает несогласие с планами министерства, подкрепляя свои слова мнением профессионального сообщества: «На недавнем внеочередном съезде нашей палаты 81,3% из присутствовавших 2-х тысяч медицинских работников страны высказались против проводимой оптимизации здравоохранения. И примерно столько же считают неоправданным сокращение коек и штатов. Недопустимо проводить оптимизацию здравоохранения без тщательного предварительного изучения заболеваемости, потребности в койках и кадрах и обсуждения предложений с медицинскими профессиональными и пациентскими организациями. Мы против практики выполнения пору-

¹⁵¹ Конгресс Национальной медицинской палаты «Российское здравоохранение сегодня: проблемы и пути решения» . – URL: <http://www.nacmedpalata.ru/?action=show&id=24776> (дата обращения: 10.12.2017)

чений Путина о повышении заработной платы к 2018 году в два раза за счет сокращения медицинских организаций, отделений и медицинского персонала. Надо принимать меры по финансовому обеспечению выполнения этих поручений за счет привлечения дополнительного финансирования в отрасль»¹⁵².

К числу наиболее активных и убедительных агентов критического дискурса относится доктор медицинских наук, председатель правления Ассоциации медицинских обществ по качеству Г.Э.Улумбекова. В известной работе «Здравоохранение России. Что надо делать» Г.Э.Улумбекова формулирует несколько принципов и условий улучшения здоровья населения. Первый принцип – это признание того, что вложения в здравоохранение экономически эффективны. В условиях экономического кризиса увеличение объемов финансирования здравоохранения будет способствовать экономическому росту, стабильности в стране. Увеличение финансирования здравоохранения из федерального бюджета и бюджетов субъектов федерации является принципиальным условием улучшения здоровья российской нации¹⁵³. Анализируя документы Минздрава России по выполнению майских Указов Президента России 2012 г., автор пишет: «Рекомендуемые в “дорожных картах” мероприятия (сокращение штатов, увеличение доли платных услуг – *прим. авт.*) необходимо прекратить, а дополнительные средства на повышение оплаты труда медицинского персонала в соответствии с Указом Президента РФ от 7 мая 2012 г. №597 придется изыскивать из других источников»¹⁵⁴.

¹⁵² Тутина Ю. Леонид Рошаль: «Надо остановить бездумную оптимизацию здравоохранения» // Аргументы и факты. 12.10.2015. – URL: http://www.aif.ru/society/healthcare/leonid_roshal_nado_ostanovit_bezdumnyuyu_optimizaciyu_zdravooxraneniya (дата обращения: 21.07.2016).

¹⁵³ Улумбекова Г.Э. Здравоохранение России. Что надо делать. 2 изд-е. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. – С. 704.

¹⁵⁴ Улумбекова: отчеты Минздрава о предпринимаемых «беспрецедентных мерах» по снижению смертности не выдерживают никакой критики. – URL: <http://netreforme.org/news/ulumbekova-otchetiyi-minzdrava-o-predprinimaemyih-bespretsedentnyih-merah-po-snizheniyu-smertnosti-ne-vyiderzhivayut-nikakoy-kritiki/#more-21635> (дата обращения: 21.10.2017).

Важным направлением успешного развития, по мнению Г.Э.Улумбековой, являются проведение изменений структуры оказания медицинской помощи и сети медицинских учреждений только на основе изучения доступности медицинской помощи; справедливое распределение ресурсов здравоохранения между субъектами РФ; повышение квалификации медицинских кадров и их мотивации к качественному труду; формирование здорового образа жизни у населения РФ.

Если главной идеей критического дискурса является тезис о невозможности достичь целей развития здравоохранения при той доле ВВП, которая выделяется на отрасль, то второй значимой темой является непродуманность и бездоказательность правильности с точки зрения влияния на здоровье народа всей системы мер, принимаемых правительством. Г.Э.Улумбекова, пользуясь трибуной Общероссийского народного фронта, заявляет: «Отчеты Минздрава о предпринимаемых “беспрецедентных мерах” по снижению смертности не выдерживают никакой критики. Объективная реальность сильно отличается от того, что министерство представляет в официальных докладах. И знать ее жизненно необходимо, потому что любой самообман опасен бездействием. Тем более, когда это касается здравоохранения»¹⁵⁵.

Критический дискурс представлен в аналитическом докладе «Почему растет смертность в РФ?», подготовленном профессорами Ю.М.Комаровым и С.П.Ермаковым. Авторы прямо указывают, что «Основные (главные) причины роста смертности обусловлены серьезными просчетами и даже вредной для населения проводимой в последние годы политикой в сфере здравоохранения <...>. Они обусловлены, главным образом, негласным переводом здравоохранения из социальной сферы

¹⁵⁵ Улумбекова: отчеты Минздрава о предпринимаемых «беспрецедентных мерах» по снижению смертности не выдерживают никакой критики. – URL: <http://netreforme.org/news/ulumbekova-otchetyi-minzdrava-o-predprinimaemyih-bespretsedentnyih-merah-po-snizheniyu-smertnosti-ne-vyiderzhivayut-nikakoy-kritiki/#more-21635> (дата обращения: 21.10.2017).

в экономическую. Складывается впечатление, что умышленно или непреднамеренно Минздрав РФ утаивает от руководства страны существующие проблемы в здоровье и реальное положение дел в здравоохранении. Нет также понимания того, что здравоохранение – это система социального выравнивания, особенно при выраженной поляризации общества по доходам и возможностям, поскольку перед лицом болезни и смерти все абсолютно равны; что здравоохранение предназначено для пациентов, а не наоборот...»¹⁵⁶. Авторы аналитического доклада используют слова, возлагающие личную ответственность руководителей отрасли за состояние здоровья населения, которое обусловлено некомпетентностью руководящих клиницистов в сфере общественного здоровья и здравоохранения и, соответственно, в организации системы охраны здоровья и территориальной организации медицинской помощи. А это совершенно разные знания, действия и ответственность.

В докладе «О положении дел в системе здравоохранения России», подготовленном Институтом современной России, главной причиной бед, «родовой травмой» российского здравоохранения называется «декларация того, что медицина в России является бесплатной»¹⁵⁷. Авторы доклада считают, что Правительство России должно признать, что система здравоохранения в стране по факту не является бесплатной, и определить ту ее часть, которая могла бы стать доступной, равной по качеству и бесплатной для всех и ту, которая для всех платная (с учетом социальных льгот). Должна быть пересмотрена система тарификации ОМС с точки зрения способов покрытия ею платных и бесплатных услуг. Разделение платных и бесплатных услуг, а также оценка стоимости платных услуг должны быть прове-

¹⁵⁶ Комаров Ю.М., Ермаков С.П. Почему растет смертность в РФ? // Комитет гражданских инициатив. Официальный сайт. – URL: <https://komitetgi.ru/analytics/2344/> (дата обращения: 21.07.2016).

¹⁵⁷ О положении дел в системе здравоохранения России. Доклад Института современной России. – URL: <http://rusmedserver.com/?p=3362> (дата обращения: 21.07.2016).

дены максимально прозрачно. Только такой подход, по мнению авторов, позволит поднять уровень доверия граждан к системе.

В группах либеральных политиков и ученых формируется дискурс полного отрицания справедливости и эффективности советской, а теперь российской системы здравоохранения. Известный бизнесмен и политик М.Прохоров, предлагая свой сценарий развития России, отмечал: «Россия в начале XXI века застряла в ловушке. С одной стороны, мы продолжаем воспринимать материальное неравенство как синоним несправедливости, и поэтому наша социальная политика направлена не на создание возможностей для самореализации личности, а на поддержание определенного уровня благосостояния всех сразу. С другой стороны, государство, беря на себя слишком много ответственности, поддерживает советское отношение общества к образованию и здравоохранению как к “непроизводственной” сфере, как к чему-то, что может быть получено бесплатно, тем самым препятствуя проникновению современных бизнес-подходов в отрасли. Прежде всего, следует коммерциализировать государственные больницы и установить предельные тарифы на поликлиническое и общее медицинское обслуживание. А страхование должно не только распространяться на стандартное лечение, но и покрывать все страховые случаи, включая самые сложные»¹⁵⁸.

Образец резкой критики советской системы здравоохранения содержится в работе В.В.Власова «Почему в России нет реформы здравоохранения?»: «Другая проблема СЗ (системы здравоохранения – *прим. авт.*), известная специалистам и обществу в целом, – проблема несправедливости, неравенства и несоответствия коммунистических обещаний реальному объему помощи, оказывавшейся населению. Неравенство доступа к медицинской помощи было одним из важных двигателей перестройки. Неравенство и необеспеченность, к сожалению,

¹⁵⁸ Михаил Прохоров предложил приватизацию здравоохранения и образования. – URL: <http://66.ru/news/society/159453/#> (дата обращения: 21.07.2016).

не были осмыслены как самостоятельные проблемы. Возобладало представление о том, что по аналогии с демократизацией общества улучшение финансирования и развитие рыночной экономики решат и проблемы финансирования, и проблемы справедливости»¹⁵⁹. Дискурс отрицания, таким образом, не столько осмысливает возможности реформирования системы здравоохранения с учетом исторически сложившихся правил и норм, сколько предлагает отказаться от принципов организации советского здравоохранения, которые унаследовала современная система.

Проведенное исследование позволяет утверждать, что в регионах в группе политических активистов или экспертов не сформировалось заметных дискурсов по проблемам развития здравоохранения, обеспечения равенства и справедливости в отношении здоровья.

Какие дискурсивные стратегии реализуют средства массовой информации?

Публикации средств массовой информации в идеале являются основным маркером проблем, которые наиболее значимы для граждан. Проведенный Общероссийским народным фронтом в 2015 г. анализ публикаций региональных СМИ (всего 78 регионов), посвященных проблемам в сфере здравоохранения, выявил 8 актуальных проблем: доступность медицинской помощи; оптимизация здравоохранения и сокращение государственных учреждений; качество медицинской помощи; врачебные ошибки и их последствия; кадровое обеспечение; качество скорой медицинской помощи; работа единой системы здравоохранения; реализация программы «Земский доктор»¹⁶⁰. Согласно анализу, проведенному компанией «Медиалогия», тема

¹⁵⁹ Власов В.В. Почему в России нет реформ здравоохранения // XVI апрельская международная конференция научная конференция по проблемам развития экономики и общества. – ИД НИУ ВШЭ, 2016. – С. 378 – 288.

¹⁶⁰ ОНФ озвучил наиболее актуальные проблемы здравоохранения в регионах, получившие резонанс в местных СМИ. – URL: <http://pravo-med.ru/articles/11671/> (дата обращения: 11.12.2017).

«здравоохранение» в российских СМИ за 2015 год упоминалась 790 586 раз. Самыми заметными были темы борьбы с вирусом Эболы и коронавирусом MERS, а также проведение реформы здравоохранения и митинги против реформы¹⁶¹.

В «Российской газете» в каждом номере публикуется от 3 до 6 материалов, которые поисковые системы находят по теме «здоровье» или «здравоохранение». Примерно шестая часть всех материалов посвящена новым данным, полученным медицинской наукой или по результатам других исследований (например: «Найден белок, предотвращающий развитие раковых клеток» или «Ученые выяснили, чем чревата зависимость от смартфонов», или «Изменение цен на семь продуктов предотвратит тысячи смертей»), около половины публикаций – информация о событиях в регионах; следующая большая группа публикаций посвящена официальной информации, текстам о правительственных инициативах и решениям федерального министерства здравоохранения. Газета издает специальные приложения «Здравоохранение». О стремлении газеты конструировать ситуацию в здравоохранении как позитивную в целом можно судить уже по названиям материалов: в специальном приложении за 15.11.2016, например, размещены материалы со следующими названиями: «Врачам все ясно. Глава Комитета ГД по охране здоровья рассказал о главных законопроектах»; «На лекарствах не сэкономишь. Как рационально расходовать бюджет здравоохранения»; «Боль терпеть нельзя. Обезболивающая терапия стала значительно доступнее»; «Лучи видят нас насквозь. Столичной службе радиотерапии нужны новые мощности»; «Курс ведет в глубину. Импортозамещение постепенно меняет рынок лекарств и медизделий»; «Частникам откроют двери. Изменения в структуре медицинской помощи неизбежны» и др. Газета имеет электронную версию с сервисом публикации коммента-

¹⁶¹ Доступность и качество российского здравоохранения: оценки пациентов. – URL: <https://wciom.ru/index.php?id=236&uid=115370> (дата обращения: 11.12.2017).

риев, но материалы не находят отклика у читателей. Даже публикация статьи «Инфаркт попал в сеть. Медицина столицы становится более эффективной» (приложение за 26.08.2015) на такую неоднозначно воспринятую обществом модернизацию системы, как слияние лечебных учреждений Москвы, не вызвала ни одного комментария читателей.

В «Российской газете» здравоохранению Татарстана в 2015 г. было посвящено 33 материала, из них 31 имел информационный характер (открытие детской поликлиники, успехи онкологической службы, открытие перинатального центра и др.), 2 статьи имели критический характер. В 2016 г. опубликовано 47 статей, из них информационные и констатирующие 44 (открытие диализного центра, реализация проекта «Точка трезвости», укомплектованность медицинских организаций кадрами и др.), материалов критического содержания – 3. В оценке регионального здравоохранения газета демонстрирует преимущественно диктальную стратегию, ориентированную на информирование читателей, или модально-диктальную стратегию, содержащую не только информацию о событии (объекте), но и оценочные суждения автора материала, иногда с использованием экспертного мнения.

В целом дискурсивную стратегию газеты по вопросу равенства и справедливости в отношении здоровья можно определить как стратегию легитимации. Аналитические материалы готовятся, как правило, со ссылкой на уже озвученное авторитетное мнение: анализируя нарушение принципа равенства граждан и принципа равных условий для медицинских организаций существующей системой тарификации стоимости медицинских услуг, газета приводит слова заместителя председателя Правительства РФ О.Голодец на конгрессе Национальной медицинской палаты: «Устранить эту разницу в качестве и доступности медицинской помощи. Государство должно обеспечивать хорошие условия здравоохранения независимо от того, где проживает человек – в Москве

или Биробиджане»¹⁶². Такая дискурсивная стратегия газеты как органа Правительства Российской Федерации, получающего прямое финансирование из федерального бюджета, вполне оправдана и закономерна. Материалов, посвященных анализу состояния и проблем системы здравоохранения РМЭ, в газете найти не удалось.

Региональные СМИ РМЭ практически не производили аналитические материалы о системе здравоохранения. До апреля 2017 года (6 апреля 2017 г. Президент РФ В.В.Путин подписал Указ о назначении А.А.Евстифеева временно исполняющим обязанности главы Республики Марий Эл) информации о развитии здравоохранения в регионе в СМИ крайне мало. Публикации основаны на отчетах руководителей и не содержат какого-либо критического анализа. За несколько дней до своей отставки министр здравоохранения РМЭ В.В.Шишкин говорил о перспективах регионального здравоохранения – о развитии медицины высоких технологий, привлечении новых специалистов и продолжении программы по строительству сельских амбулаторий. «Первый год, когда у нас объем высокотехнологичной помощи, оказанной в учреждениях республики, превысил объем, который люди получили в федеральных центрах. Я считаю, это большое достижение», – отметил В.В. Шишкин¹⁶³. Критика регионального министерства или министра с 2001 по 2017 годы могла быть только в блогосфере¹⁶⁴,

¹⁶² Неверова О. Тарифы скачут не туда. Российская газета. 2 декабря 2017 г. – URL: <https://rg.ru/2017/12/02/skolko-dolzha-stoit-kachestvennaia-medpomoshch-okazyvaemaia-po-oms.html> (дата обращения: 11.12.2017).

¹⁶³ Что поменяется в системе здравоохранения Марий Эл, рассказали в отраслевом министерстве / Медиапоток. – URL: <http://potokmedia.ru/news/17841/> (дата обращения: 11.12.2017)

¹⁶⁴ Как министр здравоохранения Марий Эл В.Шишкин ворует миллионы рублей из бюджета с помощью жены Елены. 27 мая 2014 г. / Общественный комитет по борьбе с коррупцией в Марий Эл. – URL: <https://no-korrupcia.livejournal.com/50505.html> (дата обращения: 17.12.2017). Фридом А. Замглавы правительства и министр здравоохранения Марий Эл Владимир Шишкин в 2015 году вновь нарушил федеральный закон о противодействии коррупции 9 февраля 2015 г. – URL: <https://7x7-journal.ru/post/54050>

но она не получала оценки со стороны государственных или правоохранительных органов.

Региональная пресса РТ уделяет значительное внимание проблемам здравоохранения, в том числе, в контексте нарушений равенства и справедливости. Активному освещению в прессе процессов в здравоохранении в РТ, безусловно, способствует позиция министра здравоохранения А.Ю.Вафина, требующего от руководителей территориальных управлений здравоохранения, медицинских учреждений обеспечить максимальную открытость¹⁶⁵ своей деятельности.

По данным Республиканского медицинского библиотечно-информационного центра Минздрава РТ, в 2015 г. в периодических изданиях по здравоохранению Татарстана было опубликовано 988 материалов (см. табл. 2), из них в региональной печати – 784. Основной массив материалов имеет информационный характер, публикаций критического или аналитического содержания всего 76 или 9,6%¹⁶⁶ (табл. 2). В 2016 г. в печатных региональных СМИ опубликовано 821 сообщение, 105 публикаций критической направленности или 12% от общего объема (табл. 3)¹⁶⁷.

Информационные сообщения в республиканских печатных СМИ констатируют демографические достижения республики и лидирующие позиции Казани среди городов-миллионников («Казанские ведомости», 19 января 2015 г.; 13 января 2017 г., «Вечерняя Казань», 10 января 2017), высокую удовлетворенность жителей республики качеством и доступностью медицинской помощи (Республика Татарстан, 11 августа 2015 г.; «Казанские ведомости», 29 декабря 2015 г.), ввод в действие новых объектов, признание заслуг татарстанских врачей, победы в конкурсах, присвоение почетных званий.

¹⁶⁵ Вафин А. Профессиональное медицинское сообщество должно создать нетерпимую обстановку ко всем проявлениям коррупции – URL: <http://tatarstan.ru/index.htm/news/761773.htm> (дата обращения: 11.12.2017).

¹⁶⁶ Обзор публикаций по здравоохранению РТ в периодической печати за 2015 год / сост. Р.Х. Гарипова. – Казань, 2016. – С. 3.

¹⁶⁷ Обзор публикаций по здравоохранению РТ в периодической печати за 2015 год / сост. Р.Х. Гарипова. – Казань, 2017. – С. 3.

Таблица 2

Распределение публикаций о здравоохранении
Республики Татарстан по периодическим изданиям за 2015 г.

Наименование издания	Информационные статьи	Констатирующие статьи	Критические статьи	Всего
«Казанские ведомости»	155	56	21	232
«Республика Татарстан»	160	18	6	184
«Вечерняя Казань»	83	16	44	143
«Известия Татарстана»	21	1	2	24
«Медико-фармацевтический вестник Татарстана»	14	6	–	20
«Звезда Поволжья»	5	–	1	6
«Ваганым Татарстана»	67	8	-	75
«Татарстан яшьләре»	17	–	2	19
«Шэхри Казан»	73	8	–	81

Таблица 3

Распределение публикаций о здравоохранении
Республики Татарстан по периодическим изданиям за 2016 г.

Наименование издания	Информационные статьи	Констатирующие статьи	Критические статьи	Всего
«Казанские ведомости»	184	46	15	245
«Республика Татарстан»	178	16	16	210
«Вечерняя Казань»	81	21	69	171
«Известия Татарстана»	20	1	1	22
«Медико-фармацевтический вестник Татарстана»	12	2	–	14
«Звезда Поволжья»	2	2	–	4
«Ваганым Татарстана»	66	2	–	68
«Татарстан яшьләре»	24	1	4	29
«Шэхри Казан»	52	6	–	58

Таблица 4

Тематическая направленность публикаций газеты
«Вечерняя Казань» (раздел «Медицина» в 2011 и в 2016 гг.:
сравнительная характеристика)

Тематическая направленность	2011 год	2016 год	2017 год (11 мес.)
Информационные сообщения (грипп, прививки, новые технологии, структурные изменения и т.д.)	27	20	6
Итоги официальных мероприятий (коллегии, заседания комитетов Госсовета)	2	2	3
Критика институциональная (законов РТ, постановлений правительства, МЗ РТ)	4	5	2
Врачебная халатность, ошибки, грубость	5	8	1
Недостатки деятельности отдельных служб и организаций, нехватка ресурсов и специалистов,	11	4	6
Успехи врачей, благодарность	3	2	1
Итого	52	41	19

Как видно из табл. 4, интерес к системе здравоохранения продолжает оставаться стабильным, а количество критических публикаций постепенно растет. Лидером по количеству критических материалов является газета «Вечерняя Казань», которая является наиболее оппозиционно настроенным по отношению к властям республики СМИ. Для выявления дискурсивных стратегий газеты проведем анализ публикаций, размещенных в разделе «Медицина», т.е. материалов, подготовленных собственно журналистами, без писем в редакцию, коротких сообщений и т.д.

Анализ позволяет сделать несколько выводов. Первый вывод: количество публикаций в разделе «Медицина» в газете «Вечерняя Казань» снижается. Связано ли это со снижением интереса к системе здравоохранения редакции из-за изменений политики издания, или это результат снижения информационной активности Минздрава республики, переключения на сотрудничество с электронными изданиями – вопрос, требующий дополнительного исследования. Второй вывод позволяет сде-

лать экспликация и структурирование текстов, критикующих существующее положение дел в здравоохранении. Обращает на себя внимание то, что издание в основном критикует те решения, которые можно отнести к сфере ответственности муниципальных властей или Министерства здравоохранения республики, оставляя за «скобками» контекст политики региональных властей. Когда есть реальные достижения – это результат политики руководства, а недостатки возникают из-за деятельности нижестоящего уровня управления. В целом можно констатировать, что «Вечерняя Казань» отражает реальные ситуации, воспринимаемые обществом как позитивные или негативные. Газета не использует специальные дискурсивные стратегии, которые можно было бы назвать «мобилизационными». Она обращается к проблеме даже в случаях однозначного нарушения принципов равенства и справедливости в здравоохранении, доступности медицинской помощи единично и не использует тактику постоянного повторения этих фактов, не пытается проводить конвергенцию проблем.

Для подтверждения этой мысли приведем два примера, которые относятся к уровню институциональных предпосылок нарушения равенства и справедливости в здравоохранении. Газета «Вечерняя Казань» в 2011 году опубликовала статью В.Пахомовой «На бесплатной медпомощи можно и сэкономить», в которой журналистка писала об обращении в Конституционный Суд РТ жителя Казани. По мнению истца Юрия Егорова, в базовый федеральный норматив на 2010 год подушевое финансирование было заложено в размере 7 тысяч 633 рублей на человека, а в Татарстане – около 5,5 тысячи¹⁶⁸. В статье приводятся данные о том, что такое решение правительства республики реально нарушает принцип равенства граждан на здоровье. Газета приводит доводы сторон, объяснения Минздрава республики, отмечая, что Конституционный суд республики

¹⁶⁸ Пахомова В. На бесплатной медпомощи можно и сэкономить // Вечерняя Казань. – 8 февраля. – 2011.

будет рассматривать дело в закрытом режиме, но больше к этой теме не возвращается, хотя через месяц суд выносит решение. В решении Конституционного суда РТ отмечается, что «нормативы республиканской Программы были определены исходя из положений раздела IV федеральной программы, устанавливающих средние показатели нормативов объема медицинской помощи, которые при формировании территориальной программы корректируются с учетом особенностей возрастного-полового состава, уровня и структуры заболеваемости населения субъекта Российской Федерации, климатогеографических условий региона и транспортной доступности медицинских организаций. Тем самым федеральное правовое регулирование допускало возможность установления в территориальных программах иных показателей объемов медицинской помощи с учетом указанных правовых критериев»¹⁶⁹. Конституционный суд региона признает законным такое положение, когда в РТ нормативы финансирования бесплатной медицинской помощи ниже, чем рекомендованные федеральным правительством, но легитимность, справедливость такой ситуации в СМИ не находят отражения. Отметим, что утвержденные нормативы финансирования бесплатной медицинской помощи по-прежнему в РТ остаются ниже, чем рекомендованные Правительством РФ, даже на плановый период до 2020 г. Но газета больше к этой теме не возвращалась.

Второй пример относится к публикации 2017 года. В статье Э.Рыловой, опубликованной 11 сентября, содержится информация о финансировании лекарственного обеспечения больных

¹⁶⁹ Постановление КС РТ от 11.03.2011 № 42-П по делу о проверке конституционности отдельных положений программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи на территории Республики Татарстан на 2010 год, утвержденной постановлением Кабинета Министров Республики Татарстан от 31 декабря 2009 года № 911 (в редакции от 30 декабря 2010 года), в связи с жалобой гражданина Ю.А. Егорова. – URL: <http://ks.tatarstan.ru/rus/2011.htm> (дата обращения: 17.12.2016)

редкими (орфанными) заболеваниями¹⁷⁰. Автор описывает ситуацию, опираясь на опыт созданной в Казани в 2011 году Ассоциации «Спасти и сохранить». В 2015 году юристы ассоциации разработали алгоритм юридической помощи тяжелобольным людям, и с этого времени резко увеличилось количество судебных процессов о «понуждении обеспечить лекарственными препаратами в соответствии с медицинскими показаниями». Автор со слов активистов утверждает, что судиться вынуждены как те, кто хотел бы попасть в регистр пациентов, страдающих орфанными заболеваниями, так и те, кто состоит в регистре не первый год, но не получает необходимые препараты «из-за отсутствия финансирования». Однако даже судебные решения не помогают добиться желаемого от республиканского Минздрава. В статье приводится ответ Минздрава РТ на запрос газеты: «В адрес органов государственной власти Российской Федерации неоднократно направлялись предложения по закупке лекарственных средств для больных орфанными заболеваниями на федеральном уровне за счет средств федерального бюджета. Обеспечение пациентов с орфанными заболеваниями осуществляется в рамках выделенных объемов финансирования»¹⁷¹. Больше к этому вопросу газета не возвращается, даже на фоне того, что в более широком контексте – обеспечение лекарствами всех льготных категорий – проблема нарушения равенства поднимается федеральными СМИ: «В республиканский льготный перечень на 2017 год включили всего 200 из 646 препаратов, входящих в федеральный перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов, выяснил ОНФ, пишут «Аргументы и факты». Получается, татарстанцы оказались в худшем положении по сравнению с пациентами из многих других регионов?¹⁷² При этом 100% препаратов получают льготники менее экономически развитых регионов – Новгород-

¹⁷⁰ Рылова Э. Минздрав РТ предупреждает: редкий диагноз – это не к нам! // Вечерняя Казань. – 11 сентября. – 2017.

¹⁷¹ Рылова Э. Там же.

¹⁷² Аргументы и факты // АиФ Казань. 23.11. 2017

ской, Ульяновской, Владимирской и других областей. «Вечерняя Казань» подключается к обсуждению этой темы.

В публичной сфере сегодня конкурируют несколько дискурсов о здравоохранении. Анализ СМИ показывает, что доминирующим является дискурс, производимый государственными чиновниками и политиками. Критический дискурс более известен в профессиональных кругах работников здравоохранения, но вопрос о его реальном влиянии на представления людей, принимающих решения, или широкого круга специалистов, требует дальнейших исследований. Можно прогнозировать, что сохранение прежнего объема или сокращение финансирования отрасли приведут к усилению влияния критического дискурса или формированию совсем новых, маргинальных форм, некомпетентности руководящих клиницистов в сфере здравоохранения и, соответственно, в организации системы охраны здоровья и территориальной организации медицинской помощи. А это совершенно разные знания, действия и ответственность.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Социальная справедливость в здравоохранении представляет собой комплекс институциональных и правовых условий/возможностей для предоставления медицинских услуг, текущих практик и отношений между медработниками и пациентами, а также их представлений и оценок. Исследование показало разрыв между ожиданиями, оценками населения и текущим вектором реформ в здравоохранении. Данный разрыв, прежде всего, выражается в том, что большая часть населения как в Татарстане, так и в Марий Эл, выступают сторонниками равенства распределения ресурсов в здравоохранении для пациентов. В то же время сокращение количества медицинских учреждений, территориальные различия в финансировании здравоохранения в регионах приводят к снижению доступности медуслуг.

Дискуссии среди представителей власти о возможности введения дополнительных сборов на медицинский полис с трудоспособных граждан, которые официально не работают и не перечисляют средства в Фонд обязательного медицинского страхования, не нашли поддержки среди населения в обоих регионах. При этом управленцы высшего федерального, регионального, муниципального звеньев актуализируют либеральную идею соразмерности вклада в систему, вознаграждения в форме объемов медицинских услуг и индивидуальной ответственности за здоровье. Интерпретация справедливости в СМИ происходит в континууме от социальной модели справедливости бесплатного здравоохранения для всех граждан РФ, гарантируемого 41 ст. Конституции РФ, до либеральных трактовок, в которых акцентируется идея индивидуальной ответственности и предоставления услуг в условиях рыночной конъюнктуры тем, кто активен, трудоспособен и делает вложения в систему.

Ситуацию с информационной открытостью и доступностью медучреждений нельзя назвать благополучной. Программа госгарантий находит отражение не на всех информационных ресурсах учреждений, однако информация о платных услугах

размещается повсеместно. Зачастую на веб-сайтах отсутствует информация, необходимая пациенту для оценки качества предоставляемых учреждением медицинских услуг и правах пациента. Развитие информационной доступности тормозится из-за нехватки финансовых и человеческих ресурсов в медицинских организациях, особенно это касается поликлиник или районных больниц.

Снижение доступности, а нередко и качества услуг по программе госгарантий привело к тому, что население часто прибегает к платным услугам. Согласно нашему исследованию, из тех граждан, которые обращались к медицинским услугам в последние три года, 30% чаще прибегали к медицинским услугам бесплатного здравоохранения. 41% опрошенных указали, что пользовались платными и бесплатными медсервисами в государственных и частных медучреждениях примерно одинаковое количество раз. Немало людей указали на то, что их отправляли на платное обследование к другому специалисту. Так, 18,4% сталкивались с этим часто, около одной трети – один или два раза (31,3 %). В плане экономического неравенства важно отметить и феномен теневых платежей. Сложности получения бесплатных медицинских услуг приводят к тому, что люди, у которых недостаточно средств на платные услуги, отказываются от необходимой диагностики и лечения либо откладывают его на продолжительный срок. Чаще всего от этого страдают люди с низкими доходами, среди которых немало пенсионеров. Незрелость геронтологического подхода в российской медицине одновременно с барьерами получения бесплатной медицинской помощи заносит людей старше 60 лет в зону риска.

Многие респонденты указали на тревожную экологическую ситуацию, причем это характерно как для Татарстана с его нефтехимией, нефтепереработкой и высокоурбанизированной столицей, так и для более аграрной Марий-Эл, в которой отмечаются проблемы со стороны Марийского целлюлозно-бумажного комбината и предприятий по мясопереработке.

В предпринятом в рамках нашего проекта массовом опросе вопрос о роли факторов экологии, генетики, здравоохранения и образа жизни задавался в следующей форме: «Как Вы считаете, на сколько процентов из 100% Ваше здоровье зависит от следующих факторов (распределите проценты от 0 до 100%)». Значение каждого фактора оказалось примерно на одинаковом уровне и составило от 25 до 30%, различия оказались статистически незначимыми.

В нашем исследовании мы выделяем три группы неравенств, влияющих на доступность здравоохранения в территориальном контексте: 1) различия в социально-экономических показателях в республиках, включая расходы на здравоохранение и уровень жизни; 2) неравенство, исходящее из различий программ государственных гарантий регионов; 3) поселенческие различия (прежде всего, столица региона, города и сельская местность).

15,3% опрошенных жителей Татарстана и Марий-Эл отметили, что сталкивались с тем, что в их городе (селе) нет медицинской организации, которая им нужна. Около трети указали на то, что в их городе (селе) нет врачей всех специальностей (31,3%). Вместе с тем часть респондентов отметила позитивные сдвиги в последние годы, указав на повышение доступности медпомощи на селе посредством модернизации ФАПов. Также повышению территориальной доступности в республике служит развитие систем высокотехнологичной медицинской помощи как в Казани, так и других городах – Альметьевске, Набережных Челнах, Нижнекамске, что в целом соответствует вектору развития полицентричной модели организации здравоохранения региона.

Третьим положительным моментом в плане территориальной доступности специалисты в области здравоохранения отмечают развитие схем маршрутизации оказания медпомощи (например, пациентам с сосудистыми и акушерско-гинекологическими патологиями).

В России вопросы определения субъектов ответственности за здоровье актуализируются в условиях выработки модели социальной политики на фоне постсоветских трансформаций и проблемы распределения весьма ограниченных ресурсов здравоохранения. Оценку несправедливости зависимости объема бесплатных медуслуг от типа поведения – самоохранительного или рискованного в отношении здоровья – дали большинство опрошенных в отношении хобби и потребления лишних калорий; в отношении зависимых от алкоголя и наркотиков справедливой и несправедливой такую «соразмерность» назвали равное количество респондентов. Полученные данные вполне ожидаемы на фоне поддержки населением идеи равенства возможностей и равенства ресурсов здравоохранения для всех.

Анализ средств массовой информации показал, что интерес к системе здравоохранения продолжает оставаться стабильным, а количество критических публикаций постепенно растет, причем как в общероссийских, так и в региональных изданиях. Вместе с тем доминирующим является дискурс, производимый государственными чиновниками и политиками, находящимися у власти, что в целом свойственно для большого числа российских СМИ в настоящее время.

На уровне общероссийских изданий можно отметить наличие аналитических материалов, посвященных справедливости здравоохранения – это, прежде всего, касается обсуждения финансирования. Мнения экспертов расходятся – между сторонниками отмены страховой медицины и перехода к бюджетному здравоохранению и теми, кто видит решение проблем в приватизации медицинских учреждений (таковых меньше число). Региональные издания, несмотря на большое количество материалов, посвященных здравоохранению (так, только в 2016 г. в печатных региональных СМИ Татарстана было опубликовано 821 сообщение), поднимают, прежде всего, текущие проблемы медицинского обслуживания, практически не обращаясь к фундаментальным вопросам организации здравоохранения.

Полученные результаты демонстрируют, что необходим комплексный подход к анализу доступности и справедливости здравоохранения, который учитывал бы социально-экономическое положение населения, а также территориальное неравенство. Принятый Россией политический вектор на увеличение продолжительности жизни и рождаемости должен сопровождаться действиями по выравниванию доступности медицинской профилактики и медуслуг и сохранению накопленного десятилетиями опыта по реализации государственных гарантий здравоохранения.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ И ЛИТЕРАТУРЫ

І. Источники

1. Будьте здоровы // Российская газета. №6652 (81). – 2015. – 17 апреля. – URL: <https://rg.ru/2015/04/17/medicina.html> (дата обращения: 13.06.2017)

2. В правительстве услышали замечания Счетной палаты к реформе системы здравоохранения // Независимая газета 14/04/2015. – URL: <http://www.ng.ru/news/500318.html> (дата обращения: 11.10.2017)

3. Вафин А. «Здравоохранение Татарстана – это одна большая команда!» // Известия Татарстана. – 2017. – 16 июня.

4. Вафин А. Профессиональное медицинское сообщество должно создать нетерпимую обстановку ко всем проявлениям коррупции. – URL: <http://tatarstan.ru/index.htm/news/761773.htm> (дата обращения: 12.12.2017)

5. Вероника Скворцова рассказала Путину о проблемах российского здравоохранения. – URL: <http://amic-med.ru/34155/> (дата обращения: 21.07.2016).

6. Владимир Путин обсудил с министром здравоохранения развитие медицинских услуг и сервисов // Российская газета. – 2016. – 15 декабря.

7. ВОЗ. Социальные детерминанты здоровья. – URL: http://www.who.int/social_determinants/ru/ (дата обращения: 17.12.2016).

8. ВЦИОМ: россияне считают бедными людей с доходом ниже 15,5 тыс. рублей // ТАСС. Информационное агентство России. – URL: <http://tass.ru/obschestvo/4175443> (дата обращения: 13.05.2017).

9. Говорин Н. Расширение функции ОМС может ослабить государственные медорганизации. – URL: <http://onf.ru/2017/11/22/govorin-rasshirenie-funkcii-oms-mozhet-oslabit-gosudarstvennye-medorganizacii> (дата обращения: 12.12.2017)

10. Дойти до полиса. Безработным могут предложить доплачивать за лечение в госклиниках // Российская газета. – 2014. – 15 июля.

11. Доклад ВОЗ о состоянии здравоохранения в мире–2008. Первичная медико-санитарная помощь: сегодня актуальнее, чем когда-либо. – URL: <http://www.who.int/whr/2008/overview/ru/index.html> (дата обращения: 12.12.2017)

12. Доклад министра здравоохранения Российской Федерации В.И. Скворцовой на заседании итоговой Коллегии Минздрава России «Об итогах работы Министерства здравоохранения Российской Федерации в 2015 году и задачах на 2016 год». – URL: <https://static1.rosminzdrav.ru/system/attachments/attaches/000/030/213/original/%D0%94%D0> (дата обращения: 21.07.2016).

13. Доклад министра Вероники Скворцовой на Совете по реализации приоритетных национальных проектов. – URL: <http://www.mofoms.ru/?p=7401> (дата обращения: 21.07.2016).

14. Доступность и качество российского здравоохранения: оценки пациентов / ВЦИОМ. Пресс-выпуск №2919. – 2015. – 2 сентября. – URL: <https://wciom.ru/index.php?id=236&uid=115370> (дата обращения: 30.05.2017)

15. Заработал – плати // Российская газета. – №7121 (253). – 2016. – 8 ноября. – URL: <https://rg.ru/2016/11/08/nalog-natuneiadstvo-ne-zatronet-bezrobotnyh-i-dekretnic.html> (дата обращения: 13.06.2017)

16. Как министр здравоохранения Марий Эл В.Шишкин ворует миллионы рублей из бюджета с помощью жены Елены. 27 мая 2014 г. / Общественный комитет по борьбе с коррупцией в Марий Эл. – URL: <https://no-korruptcia.livejournal.com/50505.html> (дата обращения: 12.12.2017)

17. Крецул Р. В Совете Федерации предлагают ликвидировать ФОМС. – URL: <http://izvestia.ru/news/614254#ixzz49Cq3472v> (дата обращения: 21.07.2016).

18. Комаров Ю.М., Ермаков С.П. Почему растет смертность в РФ? // Комитет гражданских инициатив. – URL: <https://komitetgi.ru/analytics/2344/> (дата обращения: 21.07.2016).

19. Конгресс Национальной медицинской палаты «Российское здравоохранение сегодня: проблемы и пути решения». – URL: <http://www.nacmedpalata.ru/?action=show&id=24776> (дата обращения: 12.12.2017)

20. Лучи надежды // Российская газета. №6607 (136). – 2015. – 24 июня. – URL: <https://rg.ru/2015/06/24/meddiagnostika-site.html> (дата обращения: 13.06.2017)

21. Минтруд раскрыл секреты «налога на тунеядцев» // Российская газета. – 2017. – 16 января. – URL: <https://rg.ru/2017/01/16/mintrud-raskryl-sekrety-naloga-na-tuneiadcev.html> (дата обращения: 13.06.2017)

22. Михаил Прохоров предложил приватизацию здравоохранения и образования. – URL: <http://66.ru/news/society/159453/#> (дата обращения: 21.07.2016).

23. «Налог на тунеядство» приведет к всплеску смертности и болезней // Российская газета. – 2017. – 22 марта. – URL: <https://rg.ru/2017/03/22/nalog-na-tuneiadstvo-privedet-k-vsplesku-smernosti-i-boleznej.html> (дата обращения: 13.06.2017)

24. Неверова О. Тарифы скажут не туда // Российская газета. – 2017. – 2 декабря. – URL: <https://rg.ru/2017/12/02/skolko-dolzha-stoit-kachestvennaia-medpomoshch-okazyvaemaia-poms.html> (дата обращения: 21.07.2016).

25. Невинная И. Как самочувствие, доктор? // Российская газета. – 2014. – 03 марта. – URL: <https://rg.ru/2014/03/03/skvorcova.html> (дата обращения: 21.07.2016).

26. О положении дел в системе здравоохранения России. Доклад Института современной России. – URL: <http://rusmedserver.com/?p=3362>

27. Обзор публикаций по здравоохранению РТ в периодической печати за 2015 год / сост. Р.Х. Гарипова. – Казань, 2016.

28. Обзор публикаций по здравоохранению РТ в периодической печати за 2015 год / сост. Р.Х. Гарипова. – Казань, 2017.

29. ОНФ озвучил наиболее актуальные проблемы здравоохранения в регионах, получившие резонанс в местных СМИ. – URL: <http://pravo-med.ru/articles/11671/> (дата обращения: 11.12.2017).

30. Основные направления бюджетной политики на 2015 год и на плановый период 2016 и 2017 годов. Информационная система «Консультант Плюс». – URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_165592/7be95278709ea7f19632a73efc41959e80837b87/ (дата обращения: 06.11.2017)

31. Пахомова В. На бесплатной медпомощи можно и сэкономить // Вечерняя Казань. – 2011. – 8 февраля.

32. Полис без минуса. Минздрав не намерен лишать безработных бесплатной медпомощи // Российская газета. – №7244 (78). – 2017. – 12 апреля. – URL: <https://rg.ru/2017/04/12/minzdrav-oproverg-soobshchenie-o-lishenii-bezrabotnyh-polisovoms.html> (дата обращения: 13.06.2017)

33. Полис с плюсом // Российская газета. – № 982 (3). – 2015. – 27 января. – URL: <https://rg.ru/2015/01/27/polis.html> (дата обращения: 13.06.2017)

34. Постановление КС РТ от 11.03.2011 №42-П по делу о проверке конституционности отдельных положений программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи на территории Республики Татарстан на 2010 год, утвержденной постановлением Кабинета Министров Республики Татарстан от 31 декабря 2009 года №911 (в редакции от 30 декабря 2010 года), в связи с жалобой гражданина Ю.А. Егорова. – URL: ks.tatarstan.ru/rus/2011.htm (дата обращения: 12.12.2017)

35. Программа «Цифровая экономика Российской Федерации». Утверждена распоряжением Правительства Российской Федерации от 28 июля 2017 г. №1632-р. – URL: <http://static.government.ru/media/files/9gFM4FHj4PsB7915v7yLVuPgu4bvR7M0.pdf> (дата обращения: 20.12.2017)

36. Путь к здоровью через кассу? // Российская газета. – №6829 (258). – 2015. – 15 ноября. – URL: <https://rg.ru/2015/11/16/med.html> (дата обращения: 13.06.2017)

37. Работа во имя здравоохранения. Одиннадцатая Общая программа работы на 2006 – 2015 гг. – URL: http://www.med.sar.ru/home/rc/docs/fz/fz_rviz.pdf (дата обращения: 17.12.2017)

38. Рейтинг регионов по качеству жизни – 2016 // РИА Рейтинг. – URL: <http://www.riarating.ru/regions/20170220/630056195.html> (дата обращения: 13.12.2017)

39. Рылова Э. Минздрав РТ предупреждает: редкий диагноз – это не к нам! // Вечерняя Казань. – 2017. – 11 сентября.

40. Секретариата ВОЗ доклад. Укрепление систем здравоохранения. – URL: https://extranet.who.int/iris/restricted/bitstream/10665/5147/1/A64_12-ru.pdf (дата обращения: 17.12.2017)

41. Тутина Ю. Леонид Рошаль: «Надо остановить бездумную оптимизацию здравоохранения» // Аргументы и факты 12.10.2015. – URL: http://www.aif.ru/society/healthcare/leonid_roshal_nado_ostanovit_bezdumnyu_optimizaciyu_zdravoohraneniya (дата обращения: 21.07.2016).

42. Удар ниже полиса. Кто должен платить за «бесплатную» медицинскую помощь безработным? // Российская газета. – №7245 (79). – 12 апреля. – URL: <https://rg.ru/2017/04/12/kto-dolzhen-platit-za-besplatnuiu-medicinskuiu-pomoshch-bezrabortnym.html> (дата обращения: 13.06.2017)

43. Улумбекова Г. Отчеты Минздрава о предпринимаемых «беспрецедентных мерах» по снижению смертности не выдерживают никакой критики. – URL: <http://netreforme.org/news/ulumbekova-otchetyi-minzdrava-o-predprinimaemyih-bespretsedentnyih-merah-po-snizheniyu-smernosti-ne-vyiderzhivayut-nikakoy-kritiki/#more-21635> (дата обращения: 21.07.2016).

44. Федеральный Закон №323 «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». – URL: <http://www.>

consultant.ru/document/cons_doc_LAW_121895/ (дата обращения: 23.01.2017)

45. Федеральный Закон №326 «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации». – URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_107289/ (дата обращения: 23.01.2017)

46. Что поменяется в системе здравоохранения Марий Эл рассказали в отраслевом министерстве // Медиапоток. – URL: <http://potokmedia.ru/news/17841/>

47. Это не налог на тунеядство // Российская газета. – №7108 (240). – 2016. – 22 октября. – URL: <https://rg.ru/2016/10/22/naloga-tuneiadstvo-mozhet-stat-nepodemnym-dlia-mnogih-grazhdan.html> (дата обращения: 13.06.2017)

48. 60% россиян имеют опыт жизни в бедности // Научно-образовательный портал IQ. – URL: <https://iq.hse.ru/news/177666505.html> (дата обращения: 24.10.2017)

II. Научная литература

1. Афанасьева О.В. Информационная открытость и проблема устойчивого развития // Вопросы философии. – 2012. – № 5. – С. 1 – 16. – URL: http://vphil.ru/index2.php?option=com_content&task=view&id=535&pop=1&page=0 (дата обращения: 10.12.2016)

2. Бедность и неравенство в современной России: 10 лет спустя. Аналитический доклад. – М.: ИС РАН, 2013. – URL: http://www.isras.ru/analytical_report_bednost_i_neravenstva.html (дата обращения: 04.04.2017).

3. Бест Дж. Социальные проблемы // Социальные проблемы. – 2008. – № 2. – URL: <http://socprob.ru/2008/sotsialnyie-problemyi-best-dzh.html> (дата обращения: 20.08.2011).

4. Богачинская Н.Н. Образ жизни медицинских работников амбулаторно-поликлинических учреждений // Социология медицины. – 2008. – № 2. – С. 42 – 46.

5. Бурдые П. Социальное пространство и символическая власть // Начала. – М.: Socio-Logos, 1994.

6. Власов В.В. Почему в России нет реформ здравоохранения // XVI апрельская международная конференция научная конференция по проблемам развития экономики и общества. – М.: Издательский дом НИУ ВШЭ, 2016. –С. 378 – 388.

7. Гильманов А.А., Берхаева Л.С., Бурганова Р.И. Самооценка состояния здоровья социально-демографическими группам РТ // Здоровье человека в XXI в. Мат-лы II Всерос. науч.-практ. конф. Т. 1 / под общ. ред. проф. Ксембаева С.С. Казань, 3 апреля 2010 г. – Казань, 2010.

8. Гидденс Э. Социология. – М.: Эдиториал Пресс, 2005. – 638 с.

9. Глущенко А.Н. К проблеме реализации принципов открытого государственного управления в деятельности министерства здравоохранения России // Ученый XXI века. – 2015. – № 11 (12). – С. 66 – 68.

10. Гольман Е.А. Новое понимание здоровья в политике и повседневности: истоки, актуальные направления проблематизации // Журнал исследований социальной политики. – 2014. – № 12(4). – Р. 509 – 522.

11. Гурвич И.Н. Социально-психологические факторы здоровья // Психология здоровья. – СПб.: Изд-во С.-Петербур. ун-та, 2000.

12. Дитон А. Великий побег: здоровье, богатство и истоки неравенства. – М.: Изд-во Института Гайдара, 2016.

13. Здравоохранение в России 2015. Статистический сборник (2015). М.: Госкомстат РФ. – URL: http://www.gks.ru/free_doc/doc_2015/zdrav15.pdf (дата обращения 10.01.2017)

14. Здоровье населения региона и приоритеты здравоохранения / под ред. акад. РАМН, проф. О.П. Щепина, чл.-корр. РАМН, проф. В.А. Медика. – М.: ГОЭТАР-Медиа, 2010. – 384 с.

15. Здоровье населения России в социальном контексте 90-х гг.: проблемы и перспективы / под ред. В.И. Стародубова, Ю.М. Михайловой, А.Е. Ивановой. – М.: Медицина, 2003.

16. Иванов И.В. Анализ информации, размещенной на официальных сайтах органов управления здравоохранением субъектов российской федерации по вопросам организации контроля качества и безопасности медицинской деятельности // Вестник Росздравнадзора. – 2015. – № 3. – С. 29 – 32.

17. Иванов И.В. Анализ информационной прозрачности и общественной ориентированности сайтов региональных органов управления здравоохранением // Здравоохранение. – 2015. – № 8. – С. 60 – 65.

18. Калиновская Е. Вероника Скворцова: сокращения финансирования лекарственного обеспечения не будет // Фармацевтический вестник. – URL: <http://www.pharmvestnik.ru/publs/lenta/v-rossii/veronika-skvortsova-sokraschenie-finansirovanija-lekarstvennogo-obespechenija-ne-budet.html#.V5XzChIkpok> (дата обращения: 21.07.2016).

19. Кимлика У. Современная политическая философия. Введение. – М.: Изд-во Высшая школа экономики, 2010.

20. Кислицына О. Влияние социально-экономических факторов на состояние здоровья: роль абсолютных или относительных лишений // Журнал исследований социальной политики. – 2015. – Т. 13, № 2. – С. 289 – 302.

21. Кочкина Н.Н., Красильникова М.Д., Шишкин С.В. Доступность и качество медицинской помощи в оценках населения: препринт WP8/2015/03 / Нац. исслед. ун-т «Высшая школа экономики». – М.: ИД Высшей школы экономики, 2015. – 56 с. – URL: https://www.hse.ru/data/2015/06/01/1097830961/WP8_2015_03_fff.pdf (дата обращения: 12.12.2017)

22. Лазарсфельд П., Мертон П. Массовая коммуникация, массовые вкусы и организованное социальное действие // Массовая коммуникация и общество. Введение в теорию и исследования. Хрестоматия. – М.: «Аванти плюс», 2003.

23. Ларсен Т.П. Миф об «обществе работающих взрослых»: новое в дискурсе социальной политики в европейских государствах благосостояния. – URL: <http://spero.socpol.ru/current.shtml> (дата обращения: 21.07.2016).

24. Леонов С.К., Сон И.М., Ермаков С.П., Девишев Р.И. Оценка экономических потерь здоровья населения на основе глобального бремени болезней DALY и эффективности затрат по всем видам медицинской помощи с использованием показателя QALY // Менеджер здравоохранения. – 2011. – № 6. – С. 14 – 28.

25. Лисицын Ю.П. Теоретико-методологические концепции «общественного здоровья» // Общественные науки и здравоохранение; отв. ред. И.Н.Смирнов. – М.: Наука, 1987.

26. Лисицын Ю.П. Концепция факторов риска и образа жизни // Здравоохранение РФ. – 1997. – № 3. – С. 49 – 52.

27. Луман Н. Реальность масс-медиа. – М.: Практикс, 2005. – 256 с.

28. Ляйбольд Ш., Соловьева С.В. Здоровье как товар? Экономические и этические границы экономизации и приватизации системы здравоохранения в Германии // Здоровье как ресурс. – Н. Новгород: Нисоц, 2010.

29. Максимова Т.М. Современное состояние, тенденции и перспективные оценки здоровья населения. – М.: Пер Се, 2002. – 192 с.

30. Малер А. Либеральный консерватизм – идеология современной России // Русский журнал. – URL: <http://www.russ.ru/Mirovaya-povestka/Liberal-nyj-konservativizm-ideologiya-sovremennoj-Rossii> (дата обращения: 21.07.2016).

31. Маркузе Г. Одномерный человек. – М.: REFL-book, 1994. – 368 с.

32. Михель Д. Социальная антропология медицинских систем. – Саратов, 2010.

33. Муравьева В.Н. ВЕБ-ресурсы учреждений здравоохранения как механизм повышения доступности медицинской помощи населению // Медицинский вестник Северного Кавказа. – 2016. – № 1 (1). – С. 114 – 116.

34. Мухарямова Л.М. Дискурсы справедливого здравоохранения в современном российском обществе // Социология и

общество: социальное неравенство и социальная справедливость. Мат-лы V Всероссийского социологического конгресса. Российское общество социологов. – М., 2016. – С. 5212 – 5222.

35. Мухарямова Л.М., Кузнецова-Моренко И.Б., Петрова Р.Г., Салахатдинова Л.Н. Региональное здравоохранение в условиях реализации национального проекта «Здоровье» и разграничения бюджетных полномочий // Журнал исследований социальной политики. – 2008. – Т. 6(4). – С. 438 – 504.

36. Охрана природы. Экологические факторы и здоровье человека. – Казань: Изд-во КГУ, 2008.

37. Окружающая среда и здоровье / Ф.Ф. Даутов и др. – Казань: Дом печати, 2001.

38. Орлова В.В. Оптимизация работы веб-сайта медицинского учреждения как канала коммуникации // Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. – 2015. – № 3. – С. 428 – 432.

39. Потапчик Е.Г., Селезнева Е.В., Шишкин С.В. Доступность медицинской помощи для населения (по материалам мониторинга экономических процессов в здравоохранении). Нац. исслед. ун-т «Высшая школа экономики». – М.: ИД Высшей школы экономики, 2011.

40. Решетников А.В., Стадченко Н.Н., Соболев К.Э. Удовлетворенность россиян качеством медицинской помощи в системе обязательного медицинского страхования // Социология медицины. – 2015. – № 14 (1). – С. 19-25.

41. Савельева Ж.В. Кому принадлежит здоровье? Социологические дискуссии и массмедийные интерпретации // Журнал социологии и социальной антропологии. – 2013. – № 2. – С. 131 – 141.

42. Савельева Ж.В. Потребление медицинских услуг или оказание медицинской помощи: конструирование образов платной и бесплатной медицины средствами массовой коммуникации // Журнал социологии и социальной антропологии. – 2011. – Т. XIV. – № 5 (58). – С. 347 – 355.

43. Сизова И.Л. Социальное неравенство шансов на здоровье, нормы справедливости и государственная политика в области здравоохранения. – URL: <http://socpolitika.ru/rus/conferences/3985/3989/3991/document4216.shtml> (дата обращения: 08.12.2017)

44. Социология в России. – М.: ИС РАН, 1998.

45. Тихонова Н.Е. Социальная структура России: теории и реальность. – М.: Новый хронограф: Ин-т социологии РАН, 2014. – С. 216.

46. Улумбекова Г.Э. Здравоохранение России. Что надо делать. 2 изд-е. – М.: ГЭОТАР- Медиа, 2015. – 704с.

47. Филипс Л. Дискурс-анализ. Теория и метод: пер. с англ. / Л. Филипс, М.В.Йоргенсен. – Хельсинки: Изд-во Гуманитарного Центра, 2004. – 336 с.

48. Фуко М. Археология знания. – Киев: Ника-центр, 1996. – 208 с.

49. Фуко М. Воля к истине: по ту сторону знания, власти и сексуальности. – М.: Касталь, 1996. – 448 с.

50. Хилгартнер С., Боск Ч.С. Рост и упадок социальных проблем: концепция публичных арен // Социальные проблемы: конструкционистское прочтение. Хрестоматия. – Казань: Изд-во Казанск. ун-та, 2007.

51. Черныш М.Ф. Социальная справедливость и ее миражи // Мир России. – 2012. – № 2.

52. Adoni H., Mane Sh. Media and the social construction of reality // Communication research. – 1984. – Vol.11. – No. 3.

53. Albertsen A. Drinking in the last chance saloon: luck egalitarianism, alcohol consumption, and the organ transplant waiting list // Medicine, Health Care and Philosophy. 2016. No. 19(2). P. 325 – 338.

54. Anderson E.S. What Is the Point of Equality? // Ethics. 1999. No. 109 (2). P. 287 – 337.

55. Buyx A., Prainsack B. Lifestyle-related diseases and individual responsibility through the prism of solidarity // Clinical Ethics. 2012. No. 7(2). P. 79 – 85.

56. Cavallero E. Health, luck and moral fallacies of the second best // *The Journal of ethics*. 2011. No. 15(4). P. 387 – 403.
57. Dietrich F. Causal responsibility and rationing in medicine // *Ethical Theory and Moral Practice*. 2002. No. 5(1). P. 113 – 131.
58. Esping-Andersen G. (Ed.). *Welfare states in transition: National adaptations in global economies*. Sage, 1996.
59. Feiring E. Lifestyle, responsibility and justice // *Journal of Medical Ethics*. 2008. No. 34(1). P. 33 – 36.
60. Fleck L.M. Whoopie pies, supersized fries // *Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics*. 2012. No. 21(1). P. 5 – 19.
61. Le Grand J. Individual Responsibility, Health, and Health Care / Eyal N., Hurst S.A., Norheim O.F. , and Wikler D. (eds) *Inequalities in health: Concepts, measures, and ethics*. Oxford University Press, 2013. P. 299 – 306.
62. Levesque J.F., Harris M.F., Russell G. (2013). Patient-centred access to health care: conceptualising access at the interface of health systems and populations. *International journal of equity in health*, 12(1): 18. <https://doi.org/10.1186/1475-9276-12-18>
63. Maily P. Fine wine and ideal theory: the questionable denial of liver transplantation in alcoholics. *Windsor YB Access Just*, 2005. No. 23. P. 95 – 435.
64. Marmot M. *The health gap: the challenge of an unequal world*. Bloomsbury Publishing, 2015.
65. Meisel Z.F., VonHoltz L.A.H., Merchant R.M. Crowdsourcing healthcare costs: Opportunities and challenges for patient centered price transparency // *Healthcare*, Elsevier. 2016. No. 4 (1). P. 3 – 5.
66. Minami C.A., Dahlke A., Bilimoria K.Y. Public reporting in surgery: an emerging opportunity to improve care and inform patients // *Annals of surgery*. 2015. Vol. 261 (2). P. 241 – 242.
67. Nussbaum M. C. *Frontiers of justice: disability, nationality, species membership*. Cambridge, MA: The Belknap Press of Harvard University Press, 2006.
68. Persson K. The right perspective on responsibility for ill health // *Medicine, Health Care and Philosophy*. 2013. No. 16(3). P. 429-441.

69. Ruger J.P. Health and social justice. *Lancet*, 2004. 364(9439): 1075-1080.
70. Ruger J.P. Health and social justice. Oxford: Oxford University Press, 2010.
71. Sen A. The idea of justice. L.: Allen Lane and Harvard University Press, 2009.
72. Skinner D. Health justice // *Critical Public Health*. 2013. No. 23(2). P. 239-241.
73. Spragens T.A. The antinomies of social justice. *The Review of Politics*. 1993. № 55(02). P. 193 – 216.
74. Straehle C. Vulnerability, Health Agency and Capability to Health // *Bioethics*. 2016. № 30(1). P. 34 – 40.
75. Venkatapuram S. Health justice. Cambridge UK: Polity, 2011.
76. Ventola C.L. Social media and health care professionals: benefits, risks, and best practices // *Pharmacy and Therapeutics*. 2014. Vol. 39 (7). P. 490 – 495.
77. Walker T. Who do we treat first when resources are scarce? // *Journal of applied philosophy*. 2010. No. 27(2). P. 200 – 211.
78. Wikler D. Personal and social responsibility for health // *Ethics& international affairs*. 2002. No. 16(2). P. 47 – 55.

Методические аспекты эмпирического исследования

Операционализация концепта «справедливость здравоохранения» в рамках разработки программы социологического исследования проводилась на основе теорий и теоретической интерпретации понятий, рассмотренных в первом разделе. Одно из ключевых размышлений о справедливости как среди классиков, так и среди современных мыслителей связано с двумя крайними идеями. Первая интерпретирует феномен справедливости как равенства граждан в обладании ресурсами системы. Вторая идея отталкивается от догмата о справедливости неравенства в обладании благами, о необходимости соблюдения принципа пропорциональности блага вкладу индивида в систему и его заслугам. Данные идеи в широком смысле соответствуют социальной (социалистической) и либеральной (рыночной) моделям политики в отношении здравоохранения.

В рамках «промежуточных» версий можно рассматривать те, в которых справедливость, в том числе в здравоохранении, понимается в контексте прав человека, приоритета равенства прав, их универсальности, и те, где трактовки справедливости отталкиваются от посыла о необходимости равенства в возможностях (А.Сен, Дж.П.Ругер и др).

Важной составляющей концепта справедливости является также традиция ее понимания как демократического консенсуса (плюралистический подход), который можно соотнести, например, с теорией рациональной политической коммуникации Ю.Хабермаса и с концепцией публичной социологии М.Буравого. Как известно, М.Буравой различает четыре направления науки об обществе: профессиональная социология, политическая социология (в практическом смысле, то есть удовлетворяющая запросы клиентов в лице организаций, агентств, корпораций), критическая социология и публичная социология, которую автор связывает с развитием риторики

по актуальным вопросам жизни общества интеллектуалами за пределами академической аудитории.

В рамках социологии здоровья и медицины накоплен большой опыт всех четырех направлений социологии. Однако большое влияние на переосмысление политики в сфере здравоохранения и доступности медицинской помощи в последние несколько лет оказали политические (практические), публичные и критические подходы, связанные, прежде всего, с пониманием социальной справедливости и здоровья в контексте междисциплинарного поля социологии, общественного здоровья и политической экономии. Данные работы придают особенный вектор исследованиям здоровья и медицинского обслуживания, актуализируют важнейшую роль социально-экономического неравенства в здоровье, в продолжительности жизни в государствах, включая страны с высоким ВВП (такие, как США и Великобритания), и предлагают инклюзивные модели здравоохранения.

Таким образом, в современном научном дискурсе проблема справедливости и равенства в сфере охраны здоровья рассматривается, прежде всего, через доступность и реальные возможности гражданином выбора образа жизни, доступность и обеспечение демократического обсуждения приоритетов в здравоохранении. Данные теоретико-методологические суждения предопределили ключевые понятия и характеристики, выделенные в ходе процедур по операционализации.

Определяющими для операционализации категориями, характеризующими социальную справедливость и равенство в здравоохранении в рамках проекта «Справедливость и равенство в здравоохранении: мнение экспертов, дискурс масс медиа и социальные представления пациентов», стали доступность, механизмы распределения и способы принятия решений в сфере охраны здоровья граждан. Ключевым понятием для интерпретации можно рассматривать доступность здравоохранения в сфере разных видов медицинских сервисов (амбулаторно-поли-

клиническая, стационарная, скорая и другие виды медицинской помощи). При этом доступность определяется, на наш взгляд, через следующие характеристики: территориальная доступность; гендерная доступность (с учетом особых потребностей мужчин и женщин); возрастная (с учетом особых потребностей различных возрастных категорий граждан); социально-экономическая доступность (с учетом статуса человека в сфере занятости, доходов и т. д.); доступность и инвалидность; доступность в контексте хронических заболеваний (развитость и доступность медицинских сервисов по скринингу, профилактике и лечению данных заболеваний); доступность репродуктивных сервисов; доступность и экология (с учетом особых потребностей жителей экологически неблагоприятных районов); доступность высокотехнологичной медицинской помощи.

Помимо доступности важной составляющей справедливости в рамках концепции возможностей, по нашему мнению, являются социокультурные барьеры, которые связаны с такими социальными характеристиками, как образование, социальный статус (например, мигрант, беженец и т.п.), боязнь стигматизации (ЗППП, психические расстройства и т.д.).

Важными субъектами для обеспечения демократического обсуждения приоритетов и совместной работы в сфере охраны здоровья являются общественность, местные сообщества (религиозные организации, образовательные учреждения, предприятия), в связи с чем данная категория также была учтена в ходе операционализации. По этой же причине в раздел интерпретации программы социологического исследования были включены блоки «Информационная открытость здравоохранения», «Возможности оценивать медицинские услуги и влиять на их качество», «Возможность влиять на процессы принятия решения в сфере политики здравоохранения». Помимо перечисленных характеристик в схему операционализации вошла категория «Профессиональная мотивация и ожидания медицинского корпуса», что обусловлено необходимостью выяснить

оценки справедливости специалистов в области здравоохранения в контексте проводимых реформ и социальных изменений.

Исследование проводилось в 2016 – 2017 гг. в двух регионах Российской Федерации. Выбор регионов – Республика Татарстан (РТ) и Республика Марий Эл (РМЭ) – определен следующими соображениями. Оба региона находятся в Приволжском федеральном округе России, имеют сопоставимые природно-климатические и географические условия, но по показателям социально-экономического развития, качества жизни населения существенно различаются.

Был использован принцип триангуляции качественных и количественных методов исследования. На первом этапе были проведены полуструктурированные интервью с представителями различных категорий населения (N=33), с экспертами в области организации здравоохранения (N=25), фокус-группы с населением (N=9) и медицинскими работниками (T=4). С экспертами в РТ проведено 14 индивидуальных и 3 фокус-групповых интервью, в РМЭ – 10 индивидуальных и 1 фокус-групповое интервью (общее количество опрошенных экспертов – 59); с представителями разных социально-демографических групп в РТ проведено 21 индивидуальное интервью и 3 фокус-группы, в РМЭ – 12 индивидуальных интервью и 1 фокус-группа (общее количество опрошенных информантов – 133). На втором этапе эмпирическую базу исследования дополнили данные массового опроса (N=1021, многоступенчатая выборка с использованием на различных этапах стратифицированного отбора типового случая и квотного отбора с контролем по полу, возрасту и месту проживания город/село).

ПРИЛОЖЕНИЕ 2

2.1 Список экспертов¹⁷³

Обозначение в отчете	Место работы (уровень здравоохранения)	Специфика
Эксперт 1, РТ	РТ	Специалист в области организации здравоохранения
Эксперт 2, РТ	РТ	Организация здравоохранения
Эксперт 3, РТ	РТ	Главный врач
Эксперт 4, РТ	Казань	Главный врач
Эксперт 5, РТ	Казань	Специалист в области организации здравоохранения
Эксперт 6, РТ	Казань	Главный врач
Эксперт 7, РТ	Муниципальное образование РТ	Главный врач
Эксперт 8, РТ	Муниципальное образование РТ	Главный врач
Эксперт 9, РТ	Казань	Специалист в области организации здравоохранения
Эксперт 10, РТ	Казань	Главный врач
Эксперт 11, РТ	Казань	Врач
Эксперт 12, РТ	Муниципальное образование РТ	Специалист в области организации здравоохранения
Эксперт 13, РТ	РТ	Специалист в области организации здравоохранения
Эксперт 14, РТ	РТ	Специалист в области организации здравоохранения
Фокус-группа с экспертами 1, РТ	Казань, муниципальные образования РТ	10 участников. Специалисты в области организации здравоохранения, врачи и главврачи. В состав группы вошли мужчины и женщины разных возрастных категорий из Казани и различных районов Республики Татарстан

¹⁷³ Стаж работы экспертов в здравоохранении – от 5 до 43 лет. Семь экспертов имели ученую степень (4 кандидата медицинских наук, 3 доктора медицинских наук). Специалистами в области организации здравоохранения являлись эксперты, имеющие опыт управленческой деятельности в различных структурах управления здравоохранения.

Обозначение в отчете	Место работы (уровень здравоохранения)	Специфика
Фокус-группа с экспертами 2, РТ	Казань, муниципальные образования РТ	12 участников. Специалисты в области организации здравоохранения, врачи и главврачи. В состав группы вошли мужчины и женщины разных возрастных категорий из Казани и различных районов Республики Татарстан
Фокус-группа с экспертами 3, РТ	Казань	5 участников. Специалисты в области организации здравоохранения, врачи и главврачи. В состав группы вошли мужчины и женщины разных возрастных категорий из Казани и различных районов Республики Татарстан
Эксперт 1, РМЭ	РМЭ	Специалист в области организации здравоохранения
Эксперт 2, РМЭ	Муниципальное образование РМЭ	Главный врач
Эксперт 3, РМЭ	Муниципальное образование РМЭ	Заместитель главного врача
Эксперт 4, РМЭ	Муниципальное образование РМЭ	Специалист в области организации здравоохранения
Эксперт 5, РМЭ	Йошкар-Ола	Врач
Эксперт 6, РМЭ	Йошкар-Ола	Специалист в области организации здравоохранения
Эксперт 7, РМЭ	Йошкар-Ола	Специалист в области организации здравоохранения
Эксперт 8, РМЭ	РМЭ	Врач

Обозначение в отчете	Место работы (уровень здравоохранения)	Специфика
Эксперт 9, РМЭ	РМЭ	Врач
Эксперт 10, РМЭ	РМЭ	Врач
Эксперт 11, РМЭ	РМЭ	Врач
Фокус-группа с экспертами 1, РМЭ	Йошкар-Ола, муниципальные образования РМЭ	7 участников: 1 мужчина, 6 женщин. Врачи и главврачи медицинских учреждений РМЭ.

2.2 Список информантов

Обозначение в отчетах	Пол	Возрастная группа: молодежь (до 30), средний (трудоспособный) возраст 30 – 54/59, пенсионный (пожилой) возраст свыше 55/60 (указание полных лет)	Место жительства	Особенности
Информант 1, РГ	ж	средний (трудоспособный) возраст (50)	Зеленодольск	
Информант 2, РГ	ж	пенсионный (пожилой) возраст (69)	Казань	
Информант 3, РГ	ж	пенсионный (пожилой) возраст (79)	Казань	Инвалид
Информант 4, РГ	ж	пенсионный (пожилой) возраст (66)	Казань	Инвалид
Информант 5, РГ	ж	пенсионный (пожилой) возраст (55)	Казань	
Информант 6, РГ	ж	Молодежь (29)	Казань	
Информант 7, РГ	ж	Средний (трудоспособный) возраст (48)	Казань	
Информант 8, РГ	ж	Средний (трудоспособный) возраст (51)	Альметьевск	
Информант 9, РГ	ж	Средний (трудоспособный) возраст (51)	Казань	

Обозначение в отчетах	Пол	Возрастная группа: молодежь (до 30), средний (трудоспособный) возраст 30 – 54/59, пенсионный (пожилой) возраст свыше 55/60 (указание полных лет)	Место жительства	Особенности
Информант 10, РТ	ж	Средний (трудоспособный) возраст (34)	Зеленодольск	Беженка с Украины, мать двоих детей
Информант 11, РТ	м	Молодежь (28)	Казань	
Информант 12, РТ	м	Средний (трудоспособный) возраст (50)	Казань	
Информант 13, РТ	м	Средний (трудоспособный) возраст (48)	Казань	
Информант 14, РТ	м	Средний (трудоспособный) возраст (49)	Казань	
Информант 15, РТ	м	Средний (трудоспособный) возраст (40)	Казань	
Информант 16, РТ	м	Средний (трудоспособный) возраст (56)	Казань	
Информант 17, РТ	ж	Средний (трудоспособный) возраст (30)	Актаныш	
Информант 18, РТ	м	Пенсионный		
Информант 19, РТ	м	Средний (трудоспособный) возраст (40)	Балтаси	
Информант 20, РТ	ж	Средний (трудоспособный) возраст (50)	Шемордан	
Информант 21, РТ	ж	Средний (трудоспособный) возраст (42)	Набережные Челны	
Фокус-группа 1, РТ		Пенсионеры	Казань	7 человек: 6 женщин, 1 мужчина
Фокус-группа 2, РТ		Средний (трудоспособный) возраст: 25 лет, 28 лет, 21 год, 34 года, 29 лет, 23 года, 26 лет, 36 лет, 22 года, 21 год, 21 год, 35 лет, 25 лет, 32 года	Казань, районы РТ	14 человек: 13 женщины и 1 мужчина

Обозначение в отчетах	Пол	Возрастная группа: молодежь (до 30), средний (трудоспособный) возраст 30 – 54/59, пенсионный (пожилой) возраст свыше 55/60 (указание полных лет)	Место жительства	Особенности
Фокус-группа 3, РТ		Молодежь (20 – 24)	Казань, РТ	фокус-групповое интервью по 12 человек: 6 юношей и 6 девушек
Фокус-группа 4, РТ		Молодежь (20 – 24)	Казань, РТ	фокус-групповое интервью по 12 человек: 6 юношей и 6 девушек
Фокус-группа 5, РТ		Молодежь (20 – 24)	Казань, РТ	фокус-групповое интервью по 12 человек: 6 юношей и 6 девушек
Фокус-группа 6, РТ		Молодежь (20 – 24)	Казань, РТ	фокус-групповое интервью по 12 человек: 6 юношей и 6 девушек
Фокус-группа 7, РТ		Молодежь (20 – 24)	Казань, РТ	фокус-групповое интервью по 12 человек: 6 юношей и 6 девушек
Информант 1, РМЭ	ж	Молодежь (23)	ПГП Оршанка (муниципальный), Оршанский муниципальный район РМЭ	Молодая мама
Информант 2, РМЭ	ж	Средний (трудоспособный) возраст (51)	ПГП Оршанка (муниципальный), Оршанский муниципальный район РМЭ	Женщина, четверо детей

Обозначение в отчетах	Пол	Возрастная группа: молодежь (до 30), средний (трудоспособный) возраст 30 – 54/59, пенсионный (пожилой) возраст свыше 55/60 (указание полных лет)	Место жительства	Особенности
Информант 3, РМЭ	ж	Средний (трудоспособный) возраст (30)	Волжск (муниципальный)	Женщина, трое детей
Информант 4, РМЭ	м	Средний (трудоспособный) возраст (31)	Волжск (муниципальный)	Мужчина с инвалидностью, госслужащий, получает лечение в РМЭ, Волжск
Информант 5, РМЭ	м	Пожилой возраст (68)	ПГТ Красногорск, Звениговский муниципальный район	Мужчина, работающий пенсионер
Информант 6, РМЭ	ж	Пожилой возраст (65)	Волжск (муниципальный)	Пенсионерка, проживает одна
Информант 7, РМЭ	ж	Молодежь (24)	Йошкар-Ола	
Информант 8, РМЭ	м	Молодежь (24)	Йошкар-Ола	
Информант 9, РМЭ	м	На пенсии, 62 года	Йошкар-Ола	
Информант 10, РМЭ	м	Средний трудоспособный возраст, 32 года	Йошкар-Ола	
Информант 11, РМЭ	ж	Пожилой возраст	Йошкар-Ола	
Информант 12, РМЭ	ж	55 лет	Йошкар-Ола	Здорова, редко обращается
Фокус-группа 1, РМЭ		Женщины разных возрастов от 27 до 60 лет	ПГТ Оршанка, Оршанский муниципальный район РМЭ	Пять человек, женщины разных возрастов

Научное издание

Савельева Жанна Владимировна
Мухарямова Лайсан Музиповна
Кузнецова Ирина Борисовна

**СПРАВЕДЛИВОСТЬ И РАВЕНСТВО
В ЗДРАВООХРАНЕНИИ**

МНЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ, ЭКСПЕРТОВ И ДИСКУРС СМИ

Компьютерная верстка

А.И. Галиуллиной

Дизайн обложки

Р.М. Абдрахмановой

Подписано в печать 29.12.2017.

Бумага офсетная. Печать цифровая.

Формат 60x84^{1/16}. Гарнитура «Times New Roman». Усл. печ. л. 8,95.

Уч.-изд. л. 6,79. Тираж 100 экз. Заказ 115/1.

Отпечатано в типографии

Издательства Казанского университета

420008, г. Казань, ул. Профессора Нужина, 1/37

тел. (843) 233-73-59, 292-73-28