

ЛИБЕРАЛЬНЫЙ И ДИСТРИБУТИВНЫЙ ДИСКУРСЫ СПРАВЕДЛИВОСТИ ГОСУДАРСТВЕННОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ: СОЦИАЛЬНЫЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЯ О ПРИНЦИПАХ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ НЕРАБОТАЮЩИМ ГРАЖДДАНАМ

***Ж.В. Савельева**, доктор социологических наук,
Л.М. Мухарямова, доктор политических наук*

Политика в сфере здравоохранения должна служить росту благополучия граждан и социально-экономической системы в целом. Современное российское здравоохранение, его справедливость вызывают множество дискуссий и нареканий в среде экспертов, СМК и населения. Важным фундаментальным вопросом в свете публичных обсуждений здравоохранения выступает вопрос о его справедливости, принципах, которые должны лежать в основе распределения благ.

С одной стороны, актуальность изучения социальных представлений о справедливом здравоохранении имеет теоретическое значение в контексте социальных изменений общих принципов функционирования социальной системы от советской, в которой справедливость определялась через равное распределение ресурсов системы, к рыночной, где справедливость мыслится сквозь призму большего воздаяния, вознаграждения тем, кто имеет более высокую ценность и экономическую эффективность в социальной системе (например,

отчисляет больше средств в социальные фонды).

С другой стороны, поднимаемый круг вопросов имеет практическое значение. Оценка большинством россиян (65%) качества медицинских услуг как низкого в сегменте государственного здравоохранения¹ отчасти является следствием несоответствия реальной и идеальной картины функционирования данного социального института. Помимо ситуации неудовлетворенности граждан качеством медицинских услуг в плоскости социальных представлений о том, каким должно быть справедливое здравоохранение в российском обществе, лежат сопряженные вопросы равенства, доступности здравоохранения и ряд др.

Таким образом, изучение социальных представлений о справедливости социальной сферы является важной проблемой для научного описания, актуальным вопросом социологических изысканий становится конкретное ценностное наполнение данных представлений. Исследование интерпретаций социальной справедливости

здравоохранения было проведено методом фокус-группового и индивидуального опроса в Республике Татарстан и Республике Марий-Эл в форме полуформализованных и глубинных интервью со специалистами в сфере здравоохранения (n=29) и пациентами (n=42), что является релевантной методикой при изучении смыслов и субъективных представлений.

Часть собранных данных, некоторые из которых представлены в данной статье, связана с оценкой такого аспекта социальной политики в сфере здравоохранения, как взаимосвязь его доступности с социально-экономическим статусом пациента. Понятно, что 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. Попытки найти способы решения проблемы находят отражение в публичном поле политики, где инициируется обсуждение предложений по введению частичной оплаты полиса ОМС для некоторых категорий безработных граждан («несправедливо, когда работающие фактически оплачивают получение помощи “нелегалам”»²) и налога на тунеядство. По поводу последнего, на страницах Российской газеты в конце 2016 года высказывается Министр труда

и соцзащиты М.Топилин, указывая на острый дефицит средств фонда страхования на случаи временной нетрудоспособности и необходимость легализации занятости: «Есть проблема, которая, прежде всего, касается несправедливого отношения к тем, кто легально работает и за кого уплачиваются страховые взносы. Кто-то легально платит подоходный налог, а кто-то считает, что в этом нет необходимости, что можно всех, что называется, послать далеко...»³. В нашем прикладном исследовании чиновники высшего уровня регионального здравоохранения, отвечая в ходе интервьюирования на открытый вопрос о проблемах справедливости здравоохранения, раскрывали концепт справедливости именно в ключе либерально-консервативной трактовки федерального министра.

«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 средства, 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

самозанятостью 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).

Официальными представителями здравоохранения РТ также озвучивается идея о необходимости зависимости доступности и объема медицинских услуг от того или иного вида вклада, вложения 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! Например, человек нарушает правила дорожного дви-

жения. Его штрафуют. Водитель вовремя не прошел техосмотр – он не имеет права эксплуатировать эту машину. Так? Если говорить относительно системы здравоохранения и прав недобросовестных нарушителей, то надо иметь в виду, что есть человек, который не пьет, не курит, ходит пешком, и нарушитель, который пьет, курит, в правах абсолютно одинаковый. Получается так, что государство приходит к нарушителю и говорит: “Ты машину разбил, давай за наш счет ее отремонтируем”... Относительно здоровья сегодня происходит примерно так... Поэтому 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).

Идея о соразмерности распределения благ бесплатного здравоохранения при проведении интервью со специалистами в области организации здравоохранения и с населением, как правило, вызывало бурную реакцию. Мнения делились на противоположные и сопровождалось интенсивными эмоциональными проявлениями вербального и паралингвистического свойства: часть респондентов определяло введение дифференцированной доступности к государственному здравоохранению данную меру как правильную и справедливую, другая часть – как абсолютно несправедливую:

«А тот человек, который не работает, он налоги не платит, получается, что ему теперь и медицин-

скую 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). В 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).

Сторонники первой 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: «Я с этим полностью согласен. 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, наверно, никуда не денешь, детей тоже, а вот те граждане, которые не работают, а потом 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» (Эксперт 2, РМЭ).

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, указывая на 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). Несколько информантов высказались, что реализация подобных мер снизит доступность здравоохранения для сельского населения: «Наверно, как-то регулировать этот процесс нужно... Но самозанятое население – например, человек на селе, у которого колхоза нет, все убили и

убрали... Официально он не работает. У него огород. Он что-то сажает и убирает на своих 30 сотках. Как-то еще коров держит для личного пользования, что-то на рынке продает. Вопрос сложный, ведь это все может опять обрушиться на сельское население, которое и так по уровню жизни отстает. Соответственно, вот 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 теми европейскими коллегами, кто на минимальном уровне работает» (Эксперт 13, РТ).

Понимая и принимая идею о необходимости повышения ответственности тех, кто пользуется социальными благами (при этом может отчислять взносы, но не делает этого), данная группа специалистов в области организации здравоохранения высказывала скептические суждения о рисках больших финансовых и организационных издержек медучреждений при введении подобного новшества: «Я не могу Вам сказать, наверно, специалисты по макроэкономике должны озаботиться этим вопросом – какой процент денег теряется от недоложения в медицину этого контингента (...) 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 поликлиники это парализует окончательно» (Эксперт 5, РТ).

По справедливому замечанию отечественного социолога М.Ф.Черныша, «в любом нетоталитарном обществе сосуществуют и конфликтуют друг с другом разные представления о социальной справедливости»⁴. 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. Реализация второго этапа исследовательского проекта посредством метода массового опроса жителей двух республик должна показать степень распространенности двух моделей справедливости среди населения. Такое знание может помочь в понимании базовых этических основ функционирования социальной сферы и в выявлении основы для гармонизации социальных представлений о справедливом здравоохранении.

Исследование выполнено при финансовой поддержке РФФИ, проект «Справедливость и равенство в здравоохранении: мнение экспертов, дискурс масс медиа и социальные представления пациентов» № 16-03-00579.

ПРИМЕЧАНИЯ
(Endnotes)

- 1 Доступность и качество российского здравоохранения: оценки пациентов / ВЦИОМ. Пресс-выпуск №2919. 2015. 2 сентября. [Электронный ресурс] – Режим доступа: URL: <https://wciom.ru/index.php?id=236&uid=115370> (30.05.2017).
- 2 Дойти до полиса. Безработным могут предложить доплачивать за лечение в госклиниках // Российская газета. 2014. 15 июля.
- 3 Заработал – плати. Налог на тунеядство не затронет безработных и декретниц // Российская газета. 2016. 8 ноября.
- 4 Черныш М.Ф. Социальная справедливость и ее миражи // Мир России. 2012. № 2. С. 113.

Сведения об авторах: Савельева Жанна Владимировна, доктор социологических наук, доцент КФУ, e-mail: gedier@mail.ru;
Мухарьямова Лайсан Музиповна, доктор политических наук, профессор КГМУ, e-mail: edu-prorector@kazangmu.ru.

Аннотация: *Вопрос справедливого распределения благ социальной системы, в том числе в сфере здравоохранения, является острым вопросом для любого общества. В статье рассматриваются социальные и рыночные модели справедливости. Данные модели в теоретических воззрениях и в социальных установках граждан могут сосуществовать и противоречить друг другу. Это касается в том числе вопроса о возможности частичной оплаты полиса обязательного медицинского страхования некоторыми категориями безработных граждан. В работе приводятся некоторые результаты исследования содержания интерпретаций справедливости в здравоохранении, собранные методом глубинного и полуструктуризованного интервью среди жителей Республики Татарстан и Республики Марий Эл и специалистов в области организации здравоохранения. Делается вывод о противоположных интерпретациях справедливости указанной меры как среди специалистов, так и неспециалистов. Указывается на перспективы исследования распространенности социальных представлений о справедливости здравоохранения дистрибутивного и либерального характера посредством массового анкетного опроса.*

Ключевые слова: *здравоохранение, социальная справедливость, равенство, социальные представления, медицина.*

Abstract: *The issue of equitable distribution of the benefits of the social system, including in the health sector, is a pressing issue for any society. The article examines social and market models of justice. These models in the theoretical views and social attitudes of citizens can coexist and contradict each other. This includes, inter alia, the issue of the possibility of partial payment of the compulsory medical insurance policy for certain categories of unemployed citizens. In this paper, some results of studies of the content of interpretations of equity in health care collected by the method of deep and semi-formalized interviews among residents of the Republic of Tatarstan and the Republic of Mari El and specialists in the field of health care organization are given. The conclusion is made about the opposite interpretations of the validity of this measure both among specialists and non-specialists. It points to the prospects for researching the prevalence of social representations about the health equity of a distributive and liberal nature through a mass questionnaire survey.*

Keywords: *health care, social justice, equity, people's attitudes, medicine.*