УДК 316.33

Гареева Ирина Анатольевна – канд. социол. наук, доцент, докторант кафедры социальной работы и психологии ФГБОУ ВПО «Тихоокеанский государственный университет» (г. Хабаровск). *E-mail: gar_ia@mail.ru*

Irina Anatol’evna Gareeva – Dr. of Sociology, docent, doctoral candidate of the social work and psychology chair of FGBOU VPO "The Pacific state university" (Khabarovsk). *E-mail: gar_ia@mail.ru*

I.A. Gareeva

The system availability of public health for the population under the condition of the social differentiation

High inequality level in distributing chances for health between different groups and social classes characterizes the modern health care system in Russia. Despite the formal rules of medical services provision, the excess to Russia health service is considerably restricted. The analysis of the health service availability in a climate of social differentiation is offered in the article. The factors restricting the excess are defined.

Keywords: health care system, social differentiation, health, behavior strategies, awareness, income level.

Доступность системы здравоохранения для населения в условиях социальной дифференциации

Для современной российской системы здравоохранения характерна высокая степень неравенства в распределении шансов на здоровье между отдельными гражданами и социальными слоями. Несмотря на формальное закрепление порядка предоставления и оказания медицинской помощи, доступ к российскому здравоохранению существенно ограничен. В данной статье предпринят анализ возможности доступа населения к системе здравоохранения в условиях социальной дифференциации населения, выявлены факторы, обуславливающие ограничение доступа.

Ключевые слова: система здравоохранения, социальная дифференциация, здоровье, поведенческие стратегии, уровень дохода, информированность.

Всякая система здравоохранения справедлива и достойна, когда она соответствует ожиданиям населения и способна реагировать на любой запрос каждого члена общества. По мнению Всемирной организации здравоохранения (далее – ВОЗ), главными критериями эффективной системы национального здравоохранения являются качественное

медицинское обслуживание и справедливость в сфере охраны здоровья без любой дискриминации [1].

По определению ВОЗ, справедливой по финансовому распределению может считаться та система здравоохранения, в которой доля общих расходов семьи на медицинские услуги является характерной для всех домашних хозяйств, независимо от их доходов, состояния здоровья или использования ими системы здравоохранения. Каждый гражданин имеет равные права на расходование этих средств, согласно индивидуальным потребностям в медицинской помощи [2].

Для современной российской системы здравоохранения характерна высокая степень неравенства в распределении шансов на здоровье между отдельными гражданами и социальными слоями. В современной системе здравоохранения и в государственной политике охраны здоровья населения России пока не выработана эффективная практика учета особенностей социальной дифференциации в сфере здоровья. Между тем, такая дифференциация приобретает острые формы в связи с социально-экономическим расслоением населения страны. Еще одним критерием оценки эффективности работы системы здравоохранения в стране является степень удовлетворенности населения системой здравоохранения. При оценке деятельности систем здравоохранения, получаемой в результате больших социологических опросов, степень удовлетворенности системой здравоохранения ВОЗ называет критерием «отзывчивость системы».

Доступ к таким социальным ценностям, какими являются здоровье и здравоохранение, в обществе далеко не одинаков для разных групп и слоев населения [3]. Он обусловлен положением индивидов и групп в социальной структуре общества. Здоровье служит одним из оснований идентификации и самоидентификации людей в системе социального неравенства и значит – предпосылкой их социальных взаимодействий, социальной интеграции или дезинтеграции, а также существенным фактором общественно-психологического климата социальных групп и общества в целом.

Остаются весьма распространенными такие социальные противоречия в сфере общественного здоровья, как: социальные барьеры в доступе к медицинской помощи; низкая информированность взрослого населения о состоянии здоровья и заболеваниях; неадекватное ценностное отношение к здоровью.

Россияне, работающие в различных сферах, выплачивают налоги и страховые взносы по системе обязательного медицинского страхования, но имеют разную степень доступности и обеспечения квалифицированной медицинской помощью, что, в свою очередь, отражается на степени доверия к системе, с одной стороны, и на показателях заболеваемости и смертности населения, – с другой.

В настоящее время общие цели сохранения и укрепления здоровья населения в России включают: рост рождаемости; снижение смертности и увеличение продолжительности жизни людей; развитие материально-технической базы, медицинского прогресса, качества медицинских услуг.

Но без внимания остаются учет потребностей в услугах и доступ к ним, неравенство в распределении шансов на здоровье, хроническое недофинансирование работников здравоохранения и другие причины, которые прямо или косвенно могут приводить к ограничению доступа рядовых граждан к системе здравоохранения. По данным социологического исследования, проведённого в 2008 г. Федеральной службой по надзору в сфере здравоохранения и социального развития, средний уровень доступности медико-социальной помощи в целом по России составил менее 3/4 (или 32,8 балла) от максимально возможного целевого значения (45 баллов) [4]. Таким образом, формируется обратная зависимость доступности и качества российского здравоохранения. Другими словами, изменение параметров одного из указанных компонентов в сторону улучшения или увеличения ведёт к изменению параметров другого компонента.

Главные риски дальнейшего развития системы здравоохранения состоят в следующем:

- государственные и частные расходы на здравоохранение будут расти высокими темпами, но эффективность системы оказания медицинской помощи будет оставаться низкой;

- дифференциация в доступности качественной медицинской помощи для населения с разными доходами и местом жительства будет усиливаться;

- способность государства к развитию институтов организации и финансирования здравоохранения будет развиваться очень медленно;

- массовое сознание в отношении медицинского обслуживания будет длительное время оставаться раздвоенным, сочетая ценности всеобщего равенства и патернализма в получении медицинской помощи с готовностью платить медицинским работникам за внимание и качество.

Характер ответов на вызовы системе здравоохранения будет определяться тремя главными факторами: 1) объемом ресурсов, направляемых государством, населением, работодателями на обеспечение медицинской помощи; 2) динамикой изменений в отношении общества к ценностям здоровья и проблемам здравоохранения, силой давления на государство и систему здравоохранения со стороны населения, прежде всего, среднего класса и работодателей; 3) эволюцией способности государства к развитию институтов организации и финансирования здравоохранения, в том числе способности проводить последовательную антикоррупционную политику.

Данная статья представляет собой один из фрагментов более обширного исследования, посвященного изучению современного состояния и социальных изменений системы здравоохранения, социальных неравенств в сфере охраны здоровья среди городского населения современной России. Цель данной статьи состоит в представлении материалов социологического исследования, выявлении дифференциаций представителей различных социально-экономических групп населения г.

Хабаровска и изучении структуры факторов, объясняющих эти дифференциации в сфере здравоохранения, доступности медицинской помощи для разных социальных групп. В данной статье мы постараемся разобраться во всём многообразии факторов социального неравенства в социальном институте здравоохранения и понять, какие из факторов вносят решающий вклад в ограничение доступа к системе здравоохранения для российского населения.

Основная гипотеза исследования: социальная дифференциация населения является существенным фактором различий индивидов и групп в ценностном отношении к здоровью, а также в поведенческих стратегиях по сохранению здоровья и персональной доступности медицинской помощи.

Поскольку деятельность здравоохранения как части социальной сферы общества связана с воспроизводством реальной повседневной жизни людей, развитием и самоосуществлением социальных субъектов, основные ее измерения следующие: 1) условия сохранения здоровья и медицинского обслуживания; 2) доступность благоприятных для здоровья форм жизнедеятельности и медицинской помощи; 3) гражданские права и гарантии на получение медицинской помощи и проживание в безопасной для здоровья среде обитания; 4) возможность выбора медицинских услуг и благоприятных для здоровья способов поведения и форм жизнедеятельности; 5) способы регулирования, социального контроля здравоохранения и медицинского обслуживания со стороны гражданского общества, государства и личности; 6) степень ответственности социальных субъектов за сохранение здоровья; 7) социальное неравенство (условий и возможностей) в вопросах охраны здоровья и медицинского обслуживания; 8) социальные интересы, потребности, ожидания, мотивы и стимулы социальных субъектов (индивидов и групп) в сфере здравоохранения.

Эмпирическую базу исследования составляют материалы целевого репрезентативного массового опроса взрослого населения Хабаровска (N=629, 2011 г.). Участвовавшие в интервью респонденты были случайным образом отобраны (контролировались пол, возраст).

Респондентам в ходе опроса было предложено субъективно оценить свой уровень дохода. При ответе на этот вопрос все опрошенные были разделены на пять групп: с высоким уровнем дохода – 3%, выше среднего – 12%, средним – 49%, ниже среднего – 21%, низким – 15%.

В целом, не вызывает сомнения тот факт, что связь между представлениями людей о системе здравоохранения и уровне дохода отнюдь не проста и однозначна. Материалы нашего исследования свидетельствуют, что существуют зависимости и соответствия между взглядами и установками людей и их поведенческими стратегиями по отношению к системе здравоохранения, здоровью и уровнем дохода.

Надо сказать, что большинство респондентов рассматривают здоровье как объект, подвергающийся воздействию множества разнообразных сил, многие из которых, как они считают, вполне могут быть управляемы человеком. Отечественными и зарубежными исследователями выявлены

группы факторов, обуславливающие здоровье. Из предложенных вариантов ответов 35% респондентов с высоким уровнем дохода выбрали образ жизни (как наиболее значимый), обуславливающий их здоровье. Из этой же группы 29% респондентов считают, что таким фактором является экология, 18% – указывают прочие причины. В группе с низким уровнем дохода всего 13% респондентов считают, что они несут ответственность за свое здоровье образом жизни, 43% – возлагают бремя ответственности на систему здравоохранения. Таким образом, общее мнение наших респондентов соответствует тому, что высокий и достаточный уровень дохода человека позволяет поддерживать и, соответственно, нести ответственность за состояние своего здоровья.

При субъективной оценке своего здоровья наиболее оптимистичные результаты отмечаются в группах респондентов с доходом выше среднего и высоким; соответственно, наиболее пессимистичные оценки в группах респондентов с доходом ниже среднего и низким. В шкале ответов нами были предложены варианты оценки: отлично, хорошо, удовлетворительно и неудовлетворительно. При допустимой субъективности вариантов ответов отмечается как прямая, так и обратная зависимости уровня дохода и субъективной оценки здоровья. Так, респонденты с высоким уровнем дохода оценивают свое здоровье как хорошее (65% ответов), а с низким уровнем дохода – как удовлетворительно (41% ответов).

Прямая зависимость от уровня дохода отмечается и в оценках респондентов частоты возникновения проблем со здоровьем. Если у 24% респондентов с высоким уровнем дохода проблемы со здоровьем возникают «иногда и часто», то в группе респондентов с низким уровнем дохода у 29% респондентов проблемы со здоровьем возникают постоянно. В то же время, необходимо иметь в виду, что структура представлений об угрозах здоровью и причинах болезней, вообще, и применительно к себе, в частности, также отнюдь неидентична. Опыт исследований, проведенных в различных странах, подтверждает тот факт, что люди подходят к этим двум проблемам по-разному, и жители г. Хабаровска не оказались в этом смысле исключением. В целом, большинство хабаровчан подчеркивает важность индивидуального контроля и ответственности человека за здоровье. Однако как только речь заходит об их собственном здоровье, они, скорее, склонны ссылаться на внешние обстоятельства, которые, по их словам, оказали если не большее, то, по крайней мере, равное на них влияние (по сравнению с той ролью, которую они играли сами). В среднем, только каждый третий респондент (35%) с высоким уровнем дохода связывает свое здоровье, главным образом, с собственным поведением. Об этом свидетельствует тот факт, что респонденты, имеющие высокий доход и обладающие хорошим здоровьем, преимущественно считают это собственным достижением; те же, кто имеет те или иные проблемы со здоровьем, скорее, стремятся обвинить в этом внешние обстоятельства. Ответственность за свое здоровье снижается в соответствии со снижением уровня дохода. Так, только 13% респондентов в группе с низким уровнем

дохода считают, что их здоровье зависит от них самих. При этом, обращает на себя внимание тот факт, что представители группы с низким уровнем дохода более склонны занимать позицию приписывания решающей роли в воздействии на их здоровье тех внешних обстоятельств, которые, как они считают, во многом не поддаются какому бы то ни было контролю с их стороны. К таким внешним влияниям они относят: экологическое состояние района проживания (20%), ограничение доступности и низкое качество медицинской помощи (43%) и другие причины (16%). В группе с высоким уровнем дохода внешние причины распределились следующим образом: экология района проживания (29%), ограничение доступности медицинской помощи (18%), другие причины (6%). Таким образом, неудивительно, что представители группы с низким доходом демонстрируют наиболее выраженное стремление (59%) объяснять плохое состояние своего здоровья внешними обстоятельствами, которые они не могут контролировать и за которые поэтому не несут никакой моральной ответственности.

В поведенческих стратегиях населения преобладает поведение обращения за профилактической медицинской помощью. Наибольшая активность отмечается в группе с высоким уровнем дохода. Для прохождения профилактических осмотров в группе с высоким уровнем дохода обращаются 82% респондентов, в группе с низким уровнем дохода (за тем же видом услуг) обращаются – всего 37%. При первых признаках заболевания за медицинской помощью с одинаковой частотой обращаются во всех группах (18% респондентов – с высоким уровнем и 17% – с низким уровнем дохода). В то же время, если в группе с высоким уровнем дохода нет таких, которые обращаются за медицинской помощью только в крайних случаях, то в группе с низким уровнем дохода 34% – обращаются в медицинские учреждения лишь тогда, когда «… терпеть заболевание нет уж сил». Отказываются от медицинской помощи самостоятельно по разным причинам (надежда на скорое выздоровление, отсутствие доверия врачам, отсутствие возможности лечиться) в группе с высоким уровнем дохода в 65% случаев и в 60% случаев – в группе с низким уровнем дохода. Таким образом, можно говорить о сложившейся ситуации в массовом и индивидуальном ценностном отношении к здоровью, когда оно не входит в число приоритетных ценностей среди социальных групп, и это особенно отмечается в группе с низким уровнем дохода.

Большое значение в успешности функционирования здравоохранения отдают информированности населения. Респонденты с высоким уровнем дохода проявляют большую активность в информированности о деятельности системы здравоохранения. Так, 53% опрошенных всю интересующую их информацию о системе здравоохранения, профилактических мероприятиях и другие сведения, касающиеся здоровья и системы здравоохранения, получают при посещении медицинского учреждения, и только 24% из группы респондентов с высоким уровнем дохода считают, что информации по этому вопросу недостаточно.

Обратная картина наблюдается в группе респондентов с низким уровнем дохода: 44% – считают, что информации недостаточно, и лишь 16% – получают информацию при посещении медицинского учреждения. От 6% респондентов с высоким уровнем дохода до 20% – со средним уровнем дохода считают подобную информацию для себя излишней. Многие из тех, кто обладает более низким социальным статусом, считают, что приобретение новых знаний по вопросам здоровья вовсе не нужно и даже, более того, может нанести вред. Респонденты с низким уровнем дохода заняли среднюю позицию (14%) при ответе на этот вопрос. Таким образом, информированность представителей разных групп по уровню дохода о системе здравоохранения различается более чем в два раза. На наш взгляд, такое положение отражается на принижении ценности здоровья среди населения.

Исходя из того, что человек способен принимать разумные решения в зависимости от его осведомленности, а приобретение необходимых знаний предполагает и затрату определенных усилий, то люди, принадлежащие к той или иной социальной группе по уровню дохода, в большей или меньшей степени, именно так и поступают в реальной жизни. Низкий уровень информированности населения в сфере охраны здоровья повышает потребность в услугах системы здравоохранения, тогда как осознанное поведение населения снижает социальную нагрузку на систему здравоохранения в целом. Проблема, на наш взгляд, кроется ещё и в низком уровне информированности населения о своих правах. В средствах массовой информации широко используется реклама различных лекарственных средств, новых методов лечения заболеваний, но не говорится ни слова о технологиях процесса получения необходимой услуги, о правах потребителя медицинских услуг. Во всех группах респонденты отмечают свои слабые знания в сфере охраны здоровья и здравоохранения: 81% – в группе с доходом ниже среднего; 74% – в группе со средним доходом; 71% – в группе с низким уровнем дохода; 65% – с высоким и 63% – в группе доходов выше среднего. Таким образом, каких-либо определенных зависимостей от уровня дохода и знания своих прав в сфере здравоохранения мы не обнаружили.

Закон «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» в значительной степени уравнивает возможности населения в доступе к медицинским услугам. Теперь застрахованные гражданевправе получить медицинскую помощь по полису обязательного медицинского страхования вне зависимости от территориального прикрепления. Причём, отныне застрахованный субъект будет самостоятельно выбирать страховую медицинскую организацию. Но и здесь в ходе социологического опроса нами выявлены определенные неравенства. Наиболее благополучная ситуация по обеспеченности медицинским полисом наблюдается в группе высокодоходных респондентов. Если по какой-либо причине у этой категории граждан нет полиса обязательного медицинского страхования (ОМС), то имеется финансовая возможность приобрести полис

добровольного медицинского страхования (далее – ДМС). Такая возможность имеется у 12% опрошенных с высоким уровнем дохода. В группе с низким уровнем дохода обеспеченность полисом ОМС такая же, как и в группе с высоким уровнем дохода (88%), однако, 9% респондентов отмечают отсутствие полиса ОМС, и только 2% – обладают полисами ОМС и ДМС. Поэтому несколько неожиданными были результаты, полученные при ответе на вопрос об индивидуальных взносах (персонифицированных полисах) на медицинское обслуживание. Так, 7% респондентов с низким уровнем дохода поддержали введение таких взносов, среди группы респондентов с высоким уровнем дохода ответов на этот вопрос не было. Фонды страхования формируются за счёт налогоплательщиков, но в ходе социологического исследования было выявлено, что (с различной частотой)потребителям медицинских услуг приходится эти услуги оплачивать (через кассу или конверт). Так, в группе с высоким уровнем дохода 24% респондентов всегда оплачивают медицинские услуги, а 12% – никогда не приходилось прибегать к оплате, то в группе с низким уровнем дохода 20 % респондентов никогда не оплачивали медицинские услуги, и лишь 9% респондентов приходится их оплачивать всегда. Частота оплаты медицинских услуг прямо пропорционально зависит от уровня дохода. В распределении по группам дохода мы увидели следующую картину: «всегда» и «часто» оплачивают медицинские услуги 59% респондентов в группах с высоким и выше среднего доходом; 43% – в группе среднего дохода; 31% – в группе ниже среднего дохода; 28% – в группе низкого дохода. Таким образом, один из принципов социального страхования: «Богатый платит за бедного» – в современной системе здравоохранения реализован. Но, на наш взгляд, эта ситуация создается искусственно медицинскими учреждениями. Лечебные учреждения умело используют Программу государственных гарантий обеспечения граждан Российской Федерации бесплатной медицинской помощью, в которую входят бесплатно предоставляемые услуги (заложенные в базовую программу ОМС) и которые приходится оплачивать гражданам. От 62% до 42% респондентов всех групп оплачивают медицинские услуги через кассу медицинского учреждения. Вступившие в силу с января 2012 г. Основы охраны здоровья граждан РФ должны внести ясность для потребителей медицинских услуг относительно того, какие услуги можно получить бесплатно, а какие следует оплатить. Выявлены факты теневой оплаты непосредственно в карман исполнителю медицинских услуг. Респонденты с высоким уровнем дохода в два раза чаще прибегают к такому виду оплаты (12%), чем представители группы с низким уровнем дохода (6%). В ходе опроса мы не ставили перед собой задачу выявления причин теневой оплаты в сфере здравоохранения, но смогли зафиксировать наличие таких практик. Получается, что российская система здравоохранения имеет, как минимум, два канала финансирования – систему медицинского страхования и конечного потребителя медицинских услуг.

Оценить степень отзывчивости системы здравоохранения нам позволил анализ блока, включающего вопросы о: доступности системы здравоохранения, степени удовлетворенности потребностей и современном ее состоянии. Респонденты с низким уровнем дохода по всем этим параметрам дают низкие оценки. Так, по мнению только 9% респондентов, система здравоохранения оценивается как доступная, 9% респондентов оценивают состояние системы как хорошее, 10% – из этой же группы считают, что имеются какие-то очевидные положительные изменения в системе здравоохранения. Положительные оценки отмечаются в группах респондентов с высоким уровнем дохода, 70% респондентов оценивают систему здравоохранения как доступную по потребностям, 24% – оценивают состояние здравоохранения как хорошее, и такой же процент респондентов отмечают положительные сдвиги в системе здравоохранения как результаты социально-экономических преобразований. Таким образом, финансовые основания чрезвычайно значимы для формирования мнения среди населения об уровне доступности услуг здравоохранения.

Независимо от уровня дохода, респонденты единодушны в том, что существенные изменения в современной системе здравоохранения могут произойти лишь только при изменении социальной политики государства, и что это наиболее важный фактор в решении этого вопроса считают 45% респондентов с низким уровнем дохода и 24% респондентов с высоким уровнем дохода. В целом, высокодоходные слои населения рассматривают роль государства в гораздо более ограниченных пределах, чем представители групп, характеризующихся более низким доходом. По сравнению с другими группами, 41% респондентов с высоким уровнем дохода отмечают наиболее значимым фактором повышения эффективности системы здравоохранения увеличение заработной платы медицинским работникам. Они убеждены также в том, что в систему здравоохранения должны быть направлены большие финансовые средства, позволяющие достойно оплачивать труд медицинских работников, обеспечивать медицинские учреждения современными технологиями, диагностической и лечебной аппаратурой, лекарственными средствами.

Осмысление результатов нашего исследования позволяет предположить, что нашими респондентами демонстрируется неуверенность в существовании в стране справедливой и достойной системы здравоохранения, которая соответствует ожиданиям населения и одинаково (без дискриминации) способна реагировать на любой запрос населения. И особенно остро эта проблема стоит для людей, находящихся на низших ступенях социальной иерархии. Очень немногие из наших респондентов разделяют высказанную точку зрения на то, как лучше восстановить порядок в своей жизни; однако, среди тех, кто характеризуется низким социально-экономическим статусом, широко распространено осознание отсутствия такого порядка.

В исследовании зафиксированы существенные различия в уровне информированности социально-экономических групп о состоянии своего

здоровья. Поведенческие стратегии высокодоходных и низкодоходных групп населения также различны. В идеальной ситуации своевременное обращение в медицинское учреждение позволяет гражданам быть своевременно информированными о состоянии своего здоровья, получить необходимое лечение, изменить свой образ жизни. Таким образом, поведенческая стратегия респондентов позволяет как сохранить, так и растерять потенциал здоровья.

Мы приходим к заключению, что дифференциация в доступе к российскому здравоохранению обусловлена, прежде всего, общим социальным расслоением, стереотипами поведения, ценностями, жизненными практиками.

Разумеется, здравоохранение, как и любой социальный институт, выполняет как интегрирующую, так и дифференцирующую функции. Но, если баланс нарушается, и различия в доступе к организациям здравоохранения детерминируют отрицательную динамику здоровья народонаселения, то мы вправе говорить о том, что институт здравоохранения перестаёт отвечать интересам социальной системы в целом.

Результаты проведенного комплексного социологического исследования могут представлять интерес в плане дальнейшего изучения социального неравенства в российском обществе, развития социальной структуры, функционирования социальных институтов, одним из которых выступает система здравоохранения.

Литература и источники:

1. ЕРБ ВОЗ Алма-Атинская декларация ВОЗ, 1978 [Электронный ресурс] –. – Режим доступа: http: //www/ru/who-we-are/ 16 января 2012 г.

2. Неравенство в отношении здоровья [Электронный ресурс] –. – Режим доступа: http://www: who.int/whosis/whostat/ 16 января 2012 г.

3. Бондаренко, Н. Представления населения о равенстве доступа к медицинскому обслуживанию / Н. Бондаренко, М. Красильникова // Вестник общественного мнения. – М., 2007. – № 6.

4. Серёгина, И. Ф. Доступность и качество медицинской помощи: будет ли преодолена полоса препятствий? / И. Ф. Серёгина // Вестник Росздравнадзора. – 2009. – № 5.