

УДК 316

Самосохранительное поведение, здоровье и представления о справедливости здравоохранения*



Мухарямова Л.М.

Доктор политических наук, профессор,
заведующая кафедрой истории, философии и социологии
Казанского государственного медицинского университета

Савельева Ж.В.

Доктор социологических наук,
доцент кафедры истории, философии и социологии
Казанского государственного медицинского университета



Кузнецова И.Б.

Кандидат социологических наук, доцент, старший научный сотрудник
Школы географии, наук о Земле и окружающей среде Университета
Бирмингема, доцент кафедры истории, философии и социологии
Казанского государственного медицинского университета

Социальные представления о субъектах ответственности за здоровье влияют на интерпретацию справедливости распределения расходов на здравоохранение. В статье рассматриваются научные дискуссии, мнения экспертов и населения об ответственности за здоровье, самосохранительном поведении в контексте справедливости здравоохранения.

Ключевые слова: самосохранительное поведение, здоровье, социальные представления, здравоохранение, социальная справедливость, равенство.

На здоровье влияют различные факторы – как средовые, в числе которых здравоохранение и медицина, так и индивидуальные, связанные с поведением и образом жизни человека. 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 обострению полемики об автономии человека и его личной ответственности за здоровье способствуют демографические процессы и увеличение объема необходимых финансовых ресурсов для функционирования современных высокотехнологичных систем

здравоохранения. Научные дискуссии направлены на новое осмысление справедливости/несправедливости равной доступности дефицитных медицинских услуг для людей, имеющих вредные привычки (например, люди с алкогольной, наркотической, никотиновой зависимостью) или «дорогие вкусы» (например, люди, увлекающиеся экстремальными, рискованными видами спорта); выдвигается идея о том, что государство должно просвещать и информировать, однако, если плохое состояние здоровья

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

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 действий [см., в частности, 1; 2; 3].

Справедливость здравоохранения характеризуется возможностями доступа к системе здравоохранения [4], в том числе с профилактической целью для сохранения и поддержания здоровья. 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 г. по 2016 г. на 14,3 % профилактических посещений врача [5]. 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 поведения [6; 7], с другой – обусловлена наличием открытой или скрытой дискриминации, препятствующей обращению тех или иных групп граждан в медицинские учреждения.

Опираясь на данные социологического исследования, проведенного в 2016-2017 гг. на тему справедливости здравоохранения методом анкетирования ($N = 1021$) и индивидуального и группового интервьюирования экспертов (29 интервью) и населения (42 интервью) в Татарстане и Марий Эл, можно охарактеризовать тенденции в определении субъектов ответственности за здоровье. Самосохранительное поведение выступает частью здоровья как образа жизни, если следовать подходу справедливости здоровья, который делает акцент на личном выборе человека [8]. Интересно, что понимание здорового образа жизни, по представлению большинства опрошенных, – это всего лишь отсутствие вредных привычек, что согласуется, по мнению Э. Гаврилова, с тенденцией фрагментарной первичной профилактики, реализуемой Минздравом, – «размещением отдельных роликов в СМИ, разрозненными мероприятиями по информированию населения о негативном влиянии отдельных вредных привычек» [5]. 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 интервью только один информант отметил, что его профессиональная деятельность не совмещается со здоровым образом жизни: «Нет, здоровый образ жизни вести 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 данный опрошенный, еще не достигший пятидесяти лет, пережил инсульт и страдает сердечно-сосудистыми заболеваниями. Такие практики повышенной рабочей нагрузки независимо от здоровья характерны для многих, однако не все видят в этом нарушение здорового образа жизни.

Говоря о самосохранительном поведении, экспертами были отмечены социально-классовые особенности людей: «У более образованных горожан большие амбиции и претензии. 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, всё – 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 благополучие 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). Другая респондент, фармацевт, сетовала: «Редко обращаюсь, потому очереди в поликлиниках и занимаюсь самолечением» (Информант 7, РТ). Несмотря на запись, людям приходится 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 лечись, ты же умеешь ставить системы... лучше сами... я все пропишу, что нужно, и все будет нормально. Лучше не ложитесь» (Фокус-группа 2, РТ). В-третьих, практика откладывать посещение врача ввиду личных причин невнимательности к здоровью, надежде 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 мер 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, например, 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 – он 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» (Эксперт 3, РТ). Интересно, что в ходе анкетного опроса 40 % оценили расширенный объем медуслуг для людей, ведущих здоровый образ жизни, как справедливую меру. Не согласились назвать такую политику в здравоохранении справедливой – 26,4 %. Каждый третий опрошенный затруднился с ответом.

Неоднозначную социальную оценку получила идея личной ответственности в аспекте соплатежей за рискованное поведение в отношении здоровья таких категорий граждан, алкоголе- и 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 элементарными 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 % – высказалось против.

Причем доля респондентов, проживающих в РМЭ, высказала 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 «серединную» позицию, оказался в 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 людей, потребляющих алкоголь и наркотики, равное количество респондентов указало на то, что такая «соразмерность» является справедливой/несправедливой. В целом данные свидетельствуют, что развитие практик самосохранительного поведения сталкивается как с институциональными барьерами, так и социокультурными, в том числе связанными с укоренившейся в сознании моделью дистрибутивной справедливости, которая отвергает идею о сопряжении объемов благ здравоохранения с культурой здоровья.

Литература:

1. Newdick C. Health equality, social justice and the poverty of autonomy // Health Economics, Policy and Law. – 2017. – P. 1-23.
2. Cappelen A.W., Norheim O.F. Responsibility in health care: a liberal egalitarian approach // Journal of medical ethics. – 2005. – Т. 31. – № 8. – P. 476-480.

3. Wikler D. Personal and social responsibility for health // *Ethics & International Affairs*. – 2002. – Т. 16. – № 2. – С. 47-55.
4. Sen A. *The idea of justice*. – L.: Allen Lane and Harvard University Press, 2009.
5. Гаврилов Э. Сокращение профилактической медицинской помощи противоречит заявлениям Минздрава о ее приоритете в работе ведомства // *Российский медицинский сервис*. – URL: <http://rusmedserver.com/?p=3616> (дата обращения 24.11.2017)
6. 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.
7. Журавлева И. В. Самосохранительное поведение подростков и заболевания, передающиеся половым путем // *Социологические исследования*. – 2000. – № 5. – С. 66-74.
8. Вуях А., Прайнсак В. Lifestyle-related diseases and individual responsibility through the prism of solidarity. – *Clinical Ethics*. – 2012. – № 7(2). – С. 79-85.

Self-Preserving Behavior, Health and Ideas of Health Care Justice

Mukharyamova L.M., Savelyeva Zh.V., Kuznetsova I.B.
Kazan State Medical University

Social ideas about subjects of responsibility for health affect interpretation of justice of distribution of expenses on health care. The paper analyzes scientific discussions, opinion of experts and the population about responsibility for health and self-preserving behavior in the context of health care justice.

Key words: self-preserving behavior, health, social image, health care, social justice, equality.

