

*И.Б. Кузнецова, Ж.В. Савельева (Казань)*

**ПРИКЛАДНОЕ СОЦИОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ  
СОЦИАЛЬНОЙ СПРАВЕДЛИВОСТИ И РАВЕНСТВА В  
ЗДРАВООХРАНЕНИИ: ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ОПРЕДЕЛЕНИЯ И  
ЭМПИРИЧЕСКАЯ ИНТЕРПРЕТАЦИЯ<sup>1</sup>**

Категории «социальная справедливость» и «социальное равенство» в истории социальной мысли имеют огромный «багаж» определений, в основе которых лежат разные классифицирующие основания, что создает определенную трудность для изучения данной проблемы в рамках прикладного социологического исследования. В связи с этим особое внимание заслуживают вопросы теоретической интерпретации и операционализации данных категорий в рамках разработки программы социологического исследования, которые требуют глубокой и детальной проработки для эффективного решения поставленных задач и для понимания столь сложного явления.

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) модели 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

---

<sup>1</sup> Исследование проведено при финансовой поддержке РГНФ. Проект «Справедливость и равенство в здравоохранении: мнение экспертов, дискурс масс медиа и социальные представления пациентов» № 16-03-00579

равенства в возможностях. «Критически важная роль возможностей (capability) для идеи справедливости» указывается А.Сеном как ключевая необходимая интерпретация концепта в условиях современности [1, с. 383]. Справедливость как обеспечение возможности выбора не исключает, по мысли Сена, в определенных ситуациях для приближения к идеалу актуализацию, например, таких идей, как равноправие, учет личной успешности при распределении благ и т.п. Но при этом ядром понимания справедливости должны стать реальные эффективные возможности, которыми обладают люди для выбора жизни, в том числе выбора образа жизни в контексте здоровья. Концептуализируя теоретический подход к справедливости А.Сена применительно к здравоохранению, Дж.П.Руджер продолжает развивать идеи о необходимости возможностей доступа к ресурсам системы и соблюдению прав граждан на охрану здоровья [2].

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 [3] 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 [4].**

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 [5] и политической экономики [6]. 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 гражданина 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» (Проект РГНФ № 16-03-00579), 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-поликлиническая, 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.).

Важным субъектом для обеспечения демократического обсуждения приоритетов и совместной работы в сфере охраны здоровья является 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.

В заключении укажем, что проблема социальной справедливости здравоохранения, ее интерпретации с позиции различных субъектов социального пространства является крайне актуальным полем для прикладной социологии. Разработанная программа социологического исследования и будущие результаты проекта позволят выстроить

символические модели интерпретации справедливого здравоохранения и сделать шаг в направлении гармонизации социальной политики в сфере здоровья.

### **Библиографический список**

1. Сен А. Идея справедливости. – М.: Изд-во «Института Гайдара», Фонд «Либеральная миссия», 2016.
2. Ruger J.P. The health capability paradigm and the right to health care in the United States // Theoretical Medicine and Bioethics. 2016. – 37(4). Pp.275-292.
3. Хабермас Ю. Демократия, разум, нравственность. – М.: Academia, 1995.
4. Burawoy M. Introduction: Sociology as a combat sport // Current Sociology Monograph 2014, Vol. 62(2) 140–155. URL: <http://burawoy.berkeley.edu/PS/Precairious%20Engagements.pdf> (дата обращения 18.11.2016)
5. Khoo S. Health justice and capabilities: A turning point for global health? //International Sociology. – 2013. – Т. 28. – №. 2. – С. 155-167.
6. Marmot M. The health gap: the challenge of an unequal world. – New York; London: Bloomsbury Publishing, 2015.