

**Н. В. Нарская**

## **ЗДОРОВЬЕ И СОЦИАЛЬНОЕ НЕРАВЕНСТВО В РФ**

**N. V. Narskaya**

## **HEALTH AND SOCIAL INEQUALITY IN RUSSIA**

**Социальное неравенство в потреблении медицинских услуг в современном мире воспроизводится как институтами здравоохранения, так и поведением пациентов. В статье неравенство в современной России в сфере здоровья описывается с помощью тезиса Т. Заславской о сосуществовании двух систем стратификаций: традиционной патерналистской и современной рыночной.**

**Ключевые слова:** *здоровье, неравенство, здравоохранение, врач, пациент, социальное взаимодействие.*

**Social inequality in the consumption of medical services in the world today can be reproduced from Institutes of Health, and the behavior of patients. In the article inequality in modern Russia in the field of health is described by T. Zaslavskaya thesis about the coexistence of two systems of stratification: the traditional paternalistic and modern market.**

**Keywords:** *Health, inequality, health, doctor, patient, social interaction.*

Современное российское общество претерпевает изменения в своей структурной организации. Жесткое расслоение в обществе ведет к социальному неравенству. Хотя государство гарантирует равные права и возможности каждому из своих членов, в том числе в области здравоохранения, а здоровье воспринимается каждым индивидом как одна из основных жизненно важных ценностей, неравенство благодаря ряду факторов сохраняется. Уровень образования, знания, тип занятости, уровень жизни, социальная среда, степень ответственности, социально-экономические условия влияют не только на приобретение индивидом болезней и недугов, но и на возможности и способы лечения и сохранения здоровья. Даже в равных условиях и при равных возможностях обращения к специалисту большое значение в процессе диагностирования заболевания, в лечении и выздоровлении имеет социальный статус пациента.

По мнению Т. И. Заславской, в настоящее время в России действует две крупные и относительно независимые стратификационные системы. Это, во-первых, сословно-корпоративная система ролей и статусов в государственном секторе, которая базируется на социальной дифференциации, задаваемой традиционными институтами [1, с. 156—157]. Имеются в виду исторически сложившиеся различия между городом и селом, малыми и крупными городами, разными регионами страны, отраслями экономики, ступенями должностной иерархии. Во-вторых, это формирующаяся в частном секторе система стратификации, в основе которой — позиции субъектов в структуре отношений собственности и на рынке труда. При этом значительная часть граждан в силу неустойчивости и неопределенности их статуса фактически выпадает из системы существующих страт, что препятствует однознач-

ному отнесению их к какой-либо из социальных стратификаций.

Как мне представляется, приведенный выше тезис о двух системах социального неравенства может быть плодотворно использован для описания феномена неравенства в системе здравоохранения в современной России. Этой задаче и посвящен данный текст.

Т. Парсонс рассматривал взаимодействие врача и пациента, как отношения между экспертом и пассивным и незнающим пациентом. Такой тип взаимодействия соответствует первому типу — сословно-корпоративной системе стратификации, описываемой Т.И. Заславской. Именно этот тип взаимоотношений между врачом и пациентом оказался наиболее живучим в современной России, являясь наследием здравоохранительной системы СССР.

А. Вишневецкий, подробно описывая борьбу за увеличение продолжительности жизни в XX веке в таких странах как СССР, США, Япония, Франция и др., говорит об успехах в решении этой проблемы в середине века благодаря определенной патерналистской стратегии борьбы за здоровье и жизнь человека [2, с. 118—122.]. Она была основана на массовых профилактических мероприятиях, которые не требовали самостоятельной активности и ответственности от самого индивида. В 1960-е годы в богатых и развитых странах эта стратегия себя исчерпала и наступил новый период, «второй эпидемиологический переход», в котором в центре врачебного внимания оказались заболевания неинфекционного происхождения. Была выработана новая стратегия и новый тип профилактики, направленные на борьбу с онкологическими заболеваниями и болезнями сердечно-сосудистой системы. Эта стратегия предполагала ответственное, сознательное и активное отношение к своему здоровью самого человека. На

здравоохранение в этих государствах выделялись значительные средства.

В СССР ситуация оказалась сложнее. Он не смог осуществить «второго эпидемиологического перехода», вследствие чего показатели продолжительности жизни в 1960-е годы стали значительно ниже западных и продолжали неумолимо снижаться. Становится понятным, считает А. Вишневецкий, что к концу 1980-х годов растущее отставание СССР от мировых успехов в борьбе за продолжительность жизни — не случайность, а проявление глубокого кризиса системы здравоохранения вследствие укорененных в ней отсталых, консервативных принципов социального взаимодействия. Существовавшая уравнилельно-патерналистская система стала препятствием в борьбе за сохранение здоровья и продление жизни.

Характерное для этой системы недоверие к врачу провоцирует, помимо прочего, альтернативные стратегии лечения: самолечение, обращение к нетрадиционной медицине, использование личных сетей и знакомств [3, с. 155—178]. При изучении возможных причин самолечения наряду с нежеланием оформлять больничный лист, терять в зарплате, поправлять здоровье с помощью методов нетрадиционной медицины существует проблема недоверия к доктору. В современных условиях, когда работодатель не желает терять время и средства на лечение сотрудников, чаще всего к доктору обращаются в ситуации, не терпящей отлагательств. «Незначительные» и знакомые симптомы нездоровья (боль в горле, насморк и т. д.) люди пытаются преодолеть способами традиционной медицины, не обращаясь за помощью к профессионалам. Особенно это прослеживается в ситуации, когда пациенту предлагают пройти ряд дорогостоящих обследований и принимать определенные медицинские препараты. Возможно, подспудно у слабо образованной части населения действуют стереотипы сознания, которые можно описать в категориях «моральной экономии»<sup>1</sup> [4]: эксперт-профессионал, зарабатывающий умственным трудом воспринимается как обманщик, который наживается на своем экспертном знании и обирает людей. Причем в данном случае речь идет не только о медицине платной, но и о государственных медицинских учреждениях.

Положительные результаты в профилактике, лечении и поддержании здоровья, несомненно, зависят не только от институтов здравоохранения, но и от активности, уровня грамотности и знаний пациента, причем речь идет не только и не столько о знаниях медицинских. В современном мире при существующих возможностях использовать для поиска необходимой информации интернет и другие СМИ, пациент при желании получает доступ к информации профессионалов, которой обладает врач

<sup>1</sup>Имеется в виду выдвинутый британским евро-марксистом Э. Томпсоном на основе изучения протеста низов в Англии Нового времени концепт, согласно которому восприятие, придание смысла и поведение низших слоев общества в отношении таких экономических категорий как труд, интерес, прибыль, собственность, богатство и проч. может ориентироваться не на экономические, а на моральные категории [4].

как эксперт. Степень информированности пациента влияет на его взаимодействие с доктором и на ход обследования и лечения. В настоящее время можно вести речь об отношениях между пациентом как экспертом повседневного медицинского знания — «экспертом повседневности» [5], который при обращении к доктору должен правильно описывать симптомы, и врачом — экспертом-профессионалом, способным грамотно и эффективно применять свои профессиональные знания на практике. Эта модель взаимодействия между врачом и пациентом типологически относится ко второй форме социальной стратификации, описанной Т. И. Заславской. Она характерна для современных обществ, основанных не на предписанных социальных статусах и ролях, а на рыночных отношениях. В здравоохранении это проявляется в возможности состоятельного пациента выбрать медицинское учреждение и лечащего врача. Тем самым, с одной стороны, создаются паритетные отношения и высокий уровень доверия между пациентом и врачом, а с другой — культивируется и закрепляется социальное неравенство между пациентами, обращающимися в разные секторы здравоохранения.

Итак, сфера здравоохранения демонстрирует сложную систему неравенства между пациентами разного социального статуса, а также между пациентами и врачами вследствие сосуществования двух стратификационных систем. Главным образом, высокий образовательный ценз позволяет пациенту устанавливать паритетные отношения с врачом и влияет на степень удовлетворенности от контакта с ним и от лечения. Низкий материальный и, особенно, образовательный статус сужает возможности выбора в пользу государственной медицины, причем не только в связи с меньшими денежными затратами, но и из-за предубеждений в отношении частных медицинских услуг; способствует накоплению негативного опыта в сфере взаимодействия с системой здравоохранения; препятствует созданию личных социальных сетей альтернативного консультирования по вопросам здоровья. Тем самым, неравенство в сфере здравоохранения не сводится к неравенству в доступе к медицинским услугам. Различия социального статуса пациентов создает стратегии отношения к здоровью, закрепляющие неравенство в поддержании здоровья россиян.

### Литература

1. Заславская Т. И. Современное российское общество: социальный механизм трансформации : учеб. пособие / Т. И. Заславская. — М. : Дело, 2004. — 400 с.
2. Вишневецкий, А. Г. Серп и рубль: консервативная модернизация в СССР / А. Г. Вишневецкий. — М. : ОГИ, 1998. — 432 с.
3. Аронсон, П. Стратегии обращения за медицинской помощью и социальное неравенство в современной России / П. Аронсон // Здоровье и доверие: гендерный подход к репродуктивной медицине : сб. ст. ; под ред. Е. Здравомысловой, А. Темкиной. — СПб. : Изд-во Европейского ун-та, 2009.
4. Tompson, E. P. The Moral Economy of the English Crowd in the 18<sup>th</sup> Century / E. P. Tompson // Past and Present. — 1971. — P. 76—136.
5. Герасимова М. Статус пациентки и гендер врача в медицинском взаимодействии / М. Герасимова // Здоро-

вье и интимная жизнь: социологические подходы : сб. ст. / под ред. Е. Здравомысловой, А. Темкиной. — СПб. : Изд-во Европейского ун-та, 2011. С. 102—128.

### Referents

1. Zaslavskaya T. *Sovremennoe rossiyskoe obschestvo: sotsialny mehanizm transformatsii* [Modern Russian Society: Social Transformation Mechanism]. Moscow: Delo, 2004. Pp.156 -157.
2. Vishnevsky A.G. *Serp i rubl': Konservativnaya modernizatsiya v SSSR* [Hammer and Ruble: Conservative Modernization in the USSR]. Moscow: OGI, 1998. Pp. 118-122.
3. Aronson P. Strategii obrascheniya za meditsinskoy pomosh'yu I sotsial'noe neravenstvo v sovremennoy

Rossii [Strategies of health-care and social inequality in modern Russia] // *Zdorov'e i doverie: Genderny podkhod k reproduktivnoy meditsine* [Health and trust: a gender perspective in reproductive medicine]: Collected articles / Ed. E. Zdravomyslova and A. Temkina. St. Petersburg. : European University Press, 2009. P. 155-178 .

4. Tompson E.P. The Moral Economy of the English Crowd in the 18th Century // *Past and Present*. 1971. P. 76-136.
5. Gerasimova M. Status patsientki I gender vracha v meditsinskom vzaimodeystvii [Status of the Patient and the Gender of the Doctor in the Medical Interaction]. *Zdorov'e i intimnaya zhizn': sotsiologicheskie podkhody* [Health and intimate life: sociological approaches] Collected articles / Ed. E. Zdravomyslova and A. Temkina. St. Petersburg: European University Press, 2011. Pp. 102-128.

*Поступила в редакцию 4 февраля 2014 г.*

**НАРСКАЯ (БРЕДИХИНА) Наталья Васильевна** — кандидат социологических наук, доцент кафедры философии и социологии, Южно-Уральский государственный университет (г. Челябинск), (co)автор одной монографии и более десяти статей. Сфера научных интересов: социология здоровья, визуальная социология, социология молодежи. E-mail: bredihina\_natalya@mail.ru

**NARSKAYA Natalya** — PhD in Sociology, Associate Professor on Chair of Philosophy and Sociology, South-Ural State (Research) University (Chelyabinsk), (co)author of one monograph and more than ten articles. Research interests: sociology of health, visual sociology, sociology of youth. E-mail: bredihina\_natalya@mail.ru