

СПРАВЕДЛИВОСТЬ И РАВЕНСТВО В ЗДРАВООХРАНЕНИИ: ОБЗОР И КРИТИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ СОЦИОЛОГИЧЕСКОГО ПРОЕКТА 2016-2017 ГГ. – МОНОГРАФИИ Ж.В. САВЕЛЬЕВОЙ, Л.М. МУХАРЯМОВОЙ И И.Б. КУЗНЕЦОВОЙ

ОСЛОПОВ ВЛАДИМИР НИКОЛАЕВИЧ, ORCID ID: 0000-0003-2901-0694; SCOPUS Author ID: 6602523658; докт. мед. наук, профессор кафедры пропедевтики внутренних болезней им. проф. С.С. Зимницкого ФГБОУ ВО «Казанский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, 420012, Казань, ул. Бутлерова, 49, тел. 8-905-316-25-35, e-mail: vosloпов1845@gmail.com

МИШАНИНА ЮЛИАНА СЕРГЕЕВНА, студентка педиатрического факультета ФГБОУ ВО «Казанский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, 420012, Казань, ул. Бутлерова, 49, тел. 8-906-321-21-23, e-mail: mishanina.1998@list.ru.

ОСЛОПОВА ЮЛИЯ ВЛАДИМИРОВНА, ORCID ID: 0000-0002-9752-8703, кандидат медицинских наук, доцент кафедры фундаментальных основ клинической медицины Института фундаментальной медицины и биологии ФГАОУ ВО «Казанский (Приволжский) федеральный университет», тел. 8(917)287-94-56, e-mail: osloповajul@mail.ru

Реферат. Введение. Исследование социальной справедливости и равенства в здравоохранении представлено в контексте научных, экспертных и медийных концептуализаций этого феномена. Мнения и социальные представления о справедливости характеризуются с точки зрения либеральной, социалистической модели справедливого здравоохранения и современной концепции равенства возможностей доступа к ресурсам системы. **Цель.** Провести критический анализ социального проекта «Справедливость и равенство в здравоохранении», описанного в монографии «Справедливость и равенство в здравоохранении. Мнения пациентов, экспертов и дискурс СМИ» авторов Ж.В. Савельевой, Л.М. Мухарямовой, И.Б. Кузнецовой. **Материалы и методы.** В статье проведен обзор и критический анализ социального проекта «Справедливость и равенство в здравоохранении», описанного в монографии «Справедливость и равенство в здравоохранении. Мнения пациентов, экспертов и дискурс СМИ» авторов Ж.В. Савельевой, Л.М. Мухарямовой, И.Б. Кузнецовой. **Результаты и их обсуждение.** Целью рецензируемого проекта было показать посредством анализа заболеваемости в двух республиках России – промышленно развитой Республике Татарстан и преимущественно аграрной Республике Марий Эл – как представлено дело справедливости и равенства в здравоохранении и как можно разрешить противоречия. Сопоставлены различные позиции, ожидания относительно реформ здравоохранения и моделей социальной справедливости. Был использован способ триангуляции [лат. triangulum - треугольник] количественных и качественных методов исследования. Проводились полуструктурированные опросы населения, экспертов, фокус-групп, проводился массовый опрос. Из полученных авторами результатов выделяются 2 заключения: 1) необходим комплексный подход к анализу справедливости в здравоохранении; 2) необходимы действия по выравниванию доступности медицинской помощи населению. **Заключение.** Монография «Справедливость и равенство в здравоохранении. Мнения пациентов, экспертов и дискурс СМИ» авторов Ж.В. Савельевой, Л.М. Мухарямовой, И.Б. Кузнецовой затрагивает один из самых животрепещущих вопросов, возникающих в современном российском здравоохранении, вопросов, касающихся практически каждого жителя России, – справедливость и равенство. Решить его невозможно в отрыве от глобальной социальной политики в государстве. Авторы монографии буквально держат руку на пульсе этой важной проблемы – как говорится, делают это здесь и сейчас. Хочется надеяться, что авторы не ограничатся одной монографией на эту жизненно важную тему (постановка вопроса) и следующая монография будет посвящена решению этой важнейшей проблемы.

Ключевые слова: справедливость, равенство, здравоохранение, популяционные

Для ссылки: Ослопов, В.Н. Справедливость и равенство в здравоохранении: обзор и критический анализ социологического проекта 2016-2017 гг. – монографии Ж.В. Савельевой, Л.М. Мухарямовой и И.Б. Кузнецовой / В.Н. Ослопов, Ю.С. Мишанина, Ю.В. Ослопова // Вестник современной клинической медицины. – 2022. – Т. 15, вып. 1. – С.131–138. DOI: 10.20969/VSKM.2022.15(1).131-138

THE JUSTICE AND EQUALITY IN HEALTHCARE: A REVIEW AND CRITICAL ANALYSIS OF THE 2016-2017 SOCIOLOGICAL PROJECT - MONOGRAPHS BY ZH.V. SAVELYEVA, L.M. MUKHARYAMOVA AND I.B. KUZNETSOVA

OSLOPOV VLADIMIR N., ORCID ID: 0000-0003-2901-0694; SCOPUS Author ID: 6602523658; Dr. Med. Sci., professor of the Department of Introduction to Internal Diseases named after Professor S.S. Zimnitsky, Kazan State Medical University, 420012, st., Butlerova 49, Kazan, Russia, tel. 8 (905)316-25-35, e-mail: vosloпов1845@gmail.com

MISHANINA YULIANA S., pediatric faculty student, Kazan State Medical University, 420012, st., Butlerova 49, Kazan, Russia, tel. 8-906-321-21-23, e-mail: mishanina.1998@list.ru.

OSLOPOVA JULIA V., ORCID ID : 0000-0002-9752-8703, C. Med. Sci., associate professor of the Department of the Fundamentals of Clinical Medicine, Institute of Fundamental Medicine and Biology, Kazan (Volga Region) Federal University, 420008, st., Kremlevskaya 18, Kazan, Russia, tel. 8 (917) 287-94-56, e-mail: oslopovajul@mail.ru

Abstract. Introduction. The study of social justice and equality in health care is presented in the context of scientific, expert and media conceptualizations of this phenomenon. Opinions and social perceptions of justice are characterized in terms of the liberal, socialist model of equitable health care and the modern concept of equality of opportunity in access to system resources. **Aim.** Conduct a critical analysis of the social project "Fairness and Equality in Health Care", described in the monograph "Fairness and Equality in Health Care. Opinions of patients, experts and media discourse" by Zh.V. Saveleva, L.M. Mukharyamova, I.B. Kuznetsova. **Material and methods.** The article provides a review and critical analysis of the social project "Fairness and Equality in Health Care", described in the monograph "Fairness and Equality in Health Care. Opinions of patients, experts and media discourse" by Zh.V. Saveleva, L.M. Mukharyamova, I.B. Kuznetsova. **Results and discussion.** The purpose of the project under review was to show how, through the analysis of the incidence in two Russian republics - the industrialized Republic of Tatarstan, and the predominantly agrarian Republic of Mari El - the cause of justice and equality in healthcare is presented and how contradictions can be resolved. Different positions, expectations regarding health care reforms and models of social justice are compared. The method of triangulation was used [lat. triangulum - triangle] quantitative and qualitative research methods. Semi-structured surveys of the population, experts, focus groups were conducted, and a mass survey was conducted. From the results obtained by the authors, 2 conclusions stand out: 1) an integrated approach to the analysis of equity in healthcare is needed; 2) actions are needed to equalize the accessibility of medical care to the population. **Conclusion.** Monograph "Fairness and equality in healthcare. Opinions of patients, experts and media discourse" by Zh.V. Saveleva, L.M. Mukharyamova, I.B. Kuznetsova, touches on one of the most burning issues that arise in modern Russian healthcare, issues that concern almost every inhabitant of Russia - "justice and equality". It is impossible to solve them in isolation from the global social policy in the state. The authors of the monograph literally keep their finger on the pulse of this important problem - as they say, they do it here and now. I hope that the authors will not confine themselves to one monograph on this vitally important topic (raising the question) and that the next monograph will be devoted to solving this most important problem.

Keywords: justice, equality, healthcare, population studies, review, critical analysis.

For reference: Oslopov VN, Mishanina YuS, Oslopova YuV. The Justice and Equality in Healthcare: a Review and Critical Analysis of the 2016-2017 sociological project - monographs by Zh.V.Saveleva, L.M.Mukharyamova and I.B.Kuznetsova. Bulletin of Contemporary Clinical Medicine. 2022; 15 (1): 131–138. DOI: 10.20969/VSKM.2022.15(1).131-138.

Авторы монографии [1] объясняют, что социальная справедливость в здравоохранении представляет собой комплекс институциональных и правовых условий или возможностей для предоставления медицинских услуг, текущих практик и отношений между медиками и пациентами, а также их представлений и оценок. Проведенное исследование показало, что существует разрыв между ожиданиями, оценками населения и текущим направлением реформ в здравоохранении. Этот разрыв, прежде всего, выражается в том, что большая часть населения как в Республике Татарстан, так и в Республике Марий Эл выступает сторонниками равенства распределения ресурсов в здравоохранении для пациентов. В то же время сокращение количества медицинских учреждений, территориальные различия в финансировании здравоохранения в регионах республик приводят к снижению доступности медицинских услуг населению.

Дискуссии среди представителей власти о возможности введения дополнительных сборов на медицинский полис с тех трудоспособных граждан, которые официально не работают и не перечисляют средства в Фонд обязательного медицинского страхования (ОМС), не нашли поддержки среди населения в обеих республи-

ках. Интерпретация справедливости в средствах массовой информации происходит в континууме от социальной модели справедливости бесплатного здравоохранения для всех граждан России, гарантируемого ст. 41 Конституции России, до свободных трактовок, в которых акцент делается на идее индивидуальной ответственности и предоставлении услуг в условиях рыночной конъюнктуры тем, кто активен, трудоспособен и делает вложения в систему.

Ситуация с информационной открытостью и доступностью учреждений здравоохранения неблагоприятна. Программа госгарантий находит отражение не на всех информационных полях учреждений, однако информация о платных услугах размещается повсеместно. Зачастую на веб-сайтах отсутствует информация, необходимая пациенту для оценки качества предоставляемых учреждений медицинских услуг, и информация о правах пациента. Развитие информационной доступности тормозится из-за нехватки финансовых и людских ресурсов в медицинских учреждениях, особенно это касается поликлиник или районных больниц.

В последние годы Россия оказалась в центре трансформаций социально-экономических отношений и социальной политики, которые привели к падению продолжительности жизни и ухудшению показателей здоровья россиян [2, 3].

Одновременно с растущим социально-экономическим расслоением и увеличением доли бедного населения (20 млн. человек (!) ситуация с обеспеченностью учреждений здравоохранения необходимыми ресурсами ухудшалась. Меры по модернизации оборудования и повышению мотивации врачебного персонала, предпринятые в результате национального проекта «Здоровье», лишь частично компенсировали растущее территориальное неравенство в сфере доступности и качества медицинской помощи, вызванное разграничением полномочий регионов и центра в области здравоохранения [4].

В 2014 году стартовала оптимизация системы здравоохранения, при которой были реорганизованы 359 медучреждений, однако это не привело к ожидаемому повышению доступности медуслуг. Снижение качества и доступности медуслуг привело к росту платной медицины, которая зачастую выступает единственной возможностью получения своевременной диагностики и лечения [5, 6].

Значение института здравоохранения нельзя переоценить. Здравоохранение в широком смысле влияет на развитие важнейших подсистем общества – экономической, воздействуя на производительность труда, и политической, гарантируя в долгосрочной перспективе стабильное развитие общества. В связи с этим обращение авторов монографии к социальной справедливости здравоохранения чрезвычайно актуально. В исследовании авторы монографии сконцентрировались на том, каким образом нынешняя система здравоохранения и текущие реформы отвечают представлениям населения о социальной справедливости, что выступает барьерами получения своевременной диагностики, профилактики и лечения.

Ж.В. Савельева с соавторами придерживались подхода в понимании здоровья как универсальной ценности, выступающей основанием социальной справедливости [7].

Отметим, что задача государственных институтов, по мнению Нобелевского лауреата Амартии А. Сена [8], создавать условия [capabilities] для обеспечения социальной справедливости, что в отношении здоровья будет означать не только обеспечение равного доступа к здравоохранению, но и создание оптимальных условий для поддержания и развития здоровья в целом.

Содержание реализации социальной справедливости имеет конкретно-исторический характер. Применительно к системе здравоохранения ценностно-смысловое наполнение ценности справедливости, если использовать подход к режимам благосостояния [9], может выражаться в либеральной, социально-демократической и консервативной моделях.

Либеральный и консервативный «лейтмотив» справедливого здравоохранения отталкивается от идеи получения услуг в сфере здравоохранения лучшего качества и более широкого спектра

для тех, кто активен и предприимчив и реализуется посредством системы медицинского страхования по накопительному принципу. Проявлением социально-демократической модели будет служить понимание справедливости здравоохранения в категориях ответственности и затрат государства, всего общества за охрану здоровья каждого, равного доступа к небольшому набору важнейших медицинских услуг, финансирования лечения пациента за счет пациента, и бедного – за счет обеспеченного.

Проблема доступности медуслуг является очень актуальной в содержании справедливости здравоохранения. Обсуждается использование компонентов пациент-центрированной модели доступности здравоохранения [10], включающей способность получать медицинскую помощь, искать ее, платить и взаимодействовать со здравоохранением.

В публичной повестке проблематизация вопросов равенства и справедливости здравоохранения ведется по вопросу о субъекте ответственности за здоровье [10].

Основной исследовательский вопрос, сформулированный авторами проекта, заключался в изучении значений справедливого здравоохранения в экспертной и повседневной риторике специалистов в области здравоохранения и граждан, которые выступают пациентами и имеют определенные представления о правильном (должном) устройстве системы охраны здоровья. В исследовании использовались как общенаучные методы познания, так и специальные социологические, среди которых экспертные интервью, полуструктурированные интервью в форме индивидуальной и групповой беседы (фокус-группы), массовый опрос, анализ документов, посвященных теме справедливости российского здравоохранения, прежде всего, в центральной и региональной прессе.

Обострению дискуссий способствовала необходимость поиска принципов распределения все более дорогостоящих ресурсов здравоохранения. Основные вопросы заключались в том, кто должен быть обеспеченным всеми медицинскими пособиями: нужно ли тех, кто курит и употребляет спиртные напитки, лечить одинаково с теми, кто не имеет вредных привычек, и есть ли право не принуждать к дополнительным выплатам тех людей, кто сам создает себе дополнительный риск для здоровья, например, парашютистов? [10]. Одинаково ли должно быть распределение такого нефинансового ресурса, как трансплантация печени, людям, чрезмерно употребляющим спиртные напитки, и людям, ведущим здоровый образ жизни [11]. Эти ученые полагают, что предоставление пациентам разных долей медицинских услуг является правильным, если это последствие выбора и целенаправленных поступков.

Сама социальная справедливость не представляет собой застывший идеал, ее нельзя оценивать бинарно – достигнута она или нет. Справедливость может быть понята как степень, оцениваемая через сравнение [12].

Справедливость здравоохранения и личная ответственность гражданина актуализируются не только в связи с проблемой отчислений в ФОМС, но также и в контексте предоставления дополнительного платного полиса (ОМС+), цена которого должна зависеть от степени заботы индивида о своем здоровье. Практики своевременного прохождения диспансеризации, участие в оздоровительных мероприятиях, отсутствие вредных привычек должны учитываться при расчете такого полиса [13]. Публично обсуждаются идеи о целесообразности введения «норм по посещениям врача, вызовам «скорой помощи», при превышении которых за работу врачей уже придется платить» [14] и ряд других мер.

Цель, которую поставили авторы монографии, – показать посредством анализа заболеваемости в двух республиках России, как обстоит дело справедливости и равенства в здравоохранении и каковы пути разрешения противоречий. Материалом исследования авторы взяли фактически население двух регионов России, двух республик – Татарстан (РТ) и Марий Эл (РМЭ). Обе республики расположены в Приволжском федеральном округе Российской Федерации, у них близкие природные и географические параметры, однако социально-экономическое развитие, уровень жизни народа значительно разнятся.

Татарстан среди субъектов Приволжского федерального округа не один год занимает лидирующие места в рейтинге по уровню жизни, а Марий Эл – последние.

Первый можно отнести к одним из наиболее экономически благополучных регионов России, второй – к менее благополучным, дотируемым из бюджета. Данное обстоятельство отражает неравномерную картину распределения различных видов благ и капитала в республиках, что, несомненно, сказывается на человеческом потенциале, социально-экономическом благополучии жителей и их возможностях в получении медицинской помощи. Логика выбора данных регионов была продиктована целью сопоставления различных позиций, ожиданий относительно реформ здравоохранения и моделей социальной справедливости представителями экономически развитого и отстающего субъектов РФ.

Авторы монографии применили принцип триангуляции количественных и качественных способов изучения. На первом этапе были опрошены различные категории населения (33 человека), медицинские эксперты (25 человек), фокус-группы с населением (9 человек) и медиками (4 человека), эксперты в РТ (14 индивидуальных и 3 фокус-группы) и в РМЭ (10 и 1 соответственно)

(всего 59 человек). Были опрошены различные социальные страты населения в РТ и РМЭ с общим количеством опрошенных – 133 человека. На 2-м этапе создания база изучения была дополнена результатами широкого опроса (1021 человек) с многоступенчатой выборкой с применением отбора типового случая и квотного отбора со стандартизацией по ряду параметров (мужчина, женщина и т.д.). Изучение осуществлялось в 2016-2017 гг. Монография фактически подводит итог двухлетнему социологическому проекту на тему «Справедливость и равенство в здравоохранении: мнение экспертов, дискурс масс-медиа и социальные представления пациентов». Проект был поддержан Российским фондом фундаментальных исследований (№ 16-03-00579 а).

Авторы представили результаты в семи разделах.

Первый раздел посвящен теоретическим подходам к социальной справедливости. В нем были рассмотрены ключевые вопросы равенства прав и равенства возможностей, поставленные У. Кимликой (2010) на основании его анализа либеральных и критических теорий. Данный раздел также посвящен анализу теорий социальных детерминант здоровья, равенства возможностей и здоровья как императива. Во втором разделе были исследованы полярные мнения относительно модели справедливости в России на основании недавней дискуссии о введении соплатежей с трудоспособных безработных граждан. Третий раздел посвящен информационной открытости учреждений здравоохранения. В четвертом и пятом разделах последовательно проанализировано влияние социально-экономического статуса населения, включая пол, возраст, доход, а также территориального неравенства на доступность здравоохранения. Шестой раздел посвящен анализу практик самосохранительного поведения населения. В седьмом разделе приведен качественный и количественный анализ общероссийских и региональных СМИ по проблеме справедливости здравоохранения.

Критический анализ.

Тема справедливости и равенства в здравоохранении неразрывно связана с этими понятиями в самой жизни человека, и они прямо зависят от социального устройства общества. Иммануил Кант (1724-1804) в 6-м утверждении «Критической философии» даже писал: «Человеческая жизнь имеет смысл, если в конце будет торжествовать справедливость».

Авторы монографии сумели донести до читателя эту непростую тему, используя и в известной мере переключая как основополагающие понятия, проблематичные концепции, так и «голос народа» в виде данных (и даже прямой речи) так называемых экспертов (т.е. специалистов в области организации здравоохранения, 49 человек) и информантов (т.е. «простых людей» разных возрастов, 150 человек).

Научная достоверность и концептуальный формат полученных данных по вопросам справедливости (или несправедливости) и равенства (или неравенства) стали возможными в немалой степени благодаря тому, что рецензируемая монография – это результат работы над двухлетним социологическим проектом с тем же, что и монография названием, реализация которого стала возможна благодаря финансовой поддержке Российского фонда фундаментальных исследований (РФФИ) (№ 16-03-00579а). Эмпирическим же полем для исследования, как указывалось, стали два российских региона – Республика Татарстан и Республика Марий Эл.

Обратим внимание на одно обстоятельство. Авторы начинают монографию фразой, в которой сказано: «В последние несколько десятилетий Россия оказалась в водовороте трансформаций социально-экономических отношений и социаль-

ной политики, которые привели к падению продолжительности жизни и ухудшению показателей здоровья россиян». При этом ссылаются на 2 источника, датируемые 2015 годом: 1) Здравоохранение в России, 2015. Статистический сборник (2015) (М.: Госкомстат РФ. – URL: http://www.gks.ru/free_doc/doc_2015/zdrav15.pdf, дата обращения: 10.01.2017); 2) Кислицына О. Влияние социально-экономических факторов на состояние здоровья: роль абсолютных или относительных лишений (Журнал исследований социальной политики. – 2015. – Т. 13. – № 2. – С. 289-302).

Однако это не соответствует действительности. В 2015 году в России был даже побит рекорд средней продолжительности жизни, достигнутый в РСФСР – 71,4 года (для мужчин – 65,9 лет, для женщин – 76,7 лет). (<http://ria.ru/society/20160406/1403490899.html>) (диагр. № 1 и № 2).



Диаграмма 1. Продолжительность жизни в России для населения в целом
Diagram 1. Life expectancy in Russia for the general population



Диаграмма 2. Средняя ожидаемая при рождении продолжительность жизни в России, 1959-2017 гг.
Diagram 2. Average life expectancy at birth in Russia, 1959-2017

Диаграммы составлены на основе открытой базы данных Росстата.

В 2017 году по данным Росстата этот показатель составлял 72,7 лет (http://www.gks.ru/free_doc/new_site/population/demo/demo_26.xlsx). В 2018 году по данным Минздрава России – 72,9 лет (<http://riafan.ru/1173052-prodolzhitelnost-zhizni-v-rossii-uvlichilas-do-72-9-let>). В 2019 году средняя продолжительность жизни в России достигла очередного исторического максимума и составила 73,6 года.

В монографии показан «срез» представлений и мнений о справедливости и равенстве у наших современников, так как изучение осуществлялось в 2016-2017 годах, был составлен четкий план, и сравнение двух республик было мотивировано тем, что обе они находятся в Приволжском Федеральном округе Российской Федерации, имеют примерно равные климатические и географические условия, однако по экономическому развитию, качеству жизни эти республики существенно разнятся.

Узнаваемые ключевые слова в названии монографии – «справедливость», «равенство» предполагают легкое чтение, однако при глубоком, скажем так, с карандашом в руках погружении в суть возникающих противоречий читатель начинает понимать, что простого ответа на возникающие вопросы, вопросы, которые фактически ставит перед людьми сама жизнь, сам социум, не будет.

Важно, что авторам удалось выделить три группы неравенств, влияющих на доступность здравоохранения в территориальном контексте: 1) различия в социально-экономических показателях в республиках, включая расходы на здравоохранение и уровень жизни; 2) неравенство, исходящее из различий программ государственных гарантий регионов; 3) поселенческие различия (прежде всего, столица региона, города и сельская местность).

Авторы делают следующие выводы:

Социальная справедливость в здравоохранении представляет собой комплекс институциональных и правовых условий, возможностей для предоставления медицинских услуг, текущих практик и отношений между работниками и пациентами, а также их представлений и оценок.

Исследование показало разрыв между ожиданиями, оценками населения и текущим направлением реформ в здравоохранении. Это выражается в том, что большая часть населения как в Республике Татарстан, так и в Марий Эл выступает сторонниками равенства распределения ресурсов в здравоохранении для пациентов. Однако сокращение количества учреждений, территориальные различия в финансировании здравоохранения приводят к снижению доступности медуслуг.

Не нашли поддержки среди населения в обоих регионах дискуссии среди представителей власти о возможности введения дополнительных

сборов на медицинский полис с тех трудоспособных граждан, которые официально не работают и не перечисляют средства в Фонд ОМС.

Снижение доступности качества услуг по программе госгарантий привело к тому, что население часто прибегает к платным услугам. Сложности получения бесплатных медицинских услуг приводят к тому, что люди, у которых недостаточно средств на платные услуги, отказываются от необходимой диагностики и лечения либо откладывают его на продолжительный срок. Чаще всего от этого страдают люди с низкими доходами, среди которых немало пенсионеров.

Существует тревожная экологическая ситуация, причем это характерно как для Татарстана с его нефтехимией, нефтепереработкой и высокоурбанизированной столицей, так и для более аграрной Марий-Эл, в которой отмечаются проблемы со стороны Марийского целлюлозно-бумажного комбината и предприятий по мясопереработке.

Положительным моментом в плане территориальной доступности специалисты в области здравоохранения отмечают развитие схем маршрутизации оказания медпомощи (например, пациентам с сосудистой и акушерско-гинекологической патологией).

Анализ средств массовой информации показал, что интерес к системе здравоохранения продолжает оставаться стабильным, а количество критических публикаций растет.

Из полученных авторами результатов выделяются 2 заключения: 1) необходим комплексный подход к анализу доступности и справедливости здравоохранения, который учитывал бы социально-экономическое положение населения, а также территориальное неравенство; 2) принятый Россией политический вектор на увеличение продолжительности жизни и рождаемости должен сопровождаться действиями по выравниванию доступности медицинской профилактики и медуслуг и сохранению накопленного многолетнего опыта по реализации государственных гарантий здравоохранения.

В заключении критического анализа еще раз подчеркнем, что монография затрагивает один из самых животрепещущих вопросов, возникающих в современном российском здравоохранении, вопросов, касающихся практически каждого жителя России – справедливость и равенство. Решить его невозможно в отрыве от глобальной социальной политики в государстве. Авторы монографии буквально держат руку на пульсе этой важной проблемы – как говорится, делают это здесь и сейчас.

Актуальность вопросов, обсуждаемых в монографии Ж.В. Савельевой с соавт., их своевременность наглядно высветились в наши дни, когда возникла пандемия нового коронавируса SARS-CoV-2 (COVID 19). Население 212 стран,

в том числе и России, разделилось по признаку вакцинированности или невакцинированности, разделилась на прививочников и антипрививочников. Невакцинированные люди и антипрививочники оказались социально ограничены. И общество, чтобы выжить, вынуждено немедленно реагировать на вызов природы, при этом решение вопросов справедливости и равенства сейчас оказывается актуальным, как никогда.

Авторы монографии не дают рецепта для лечения заболевания «Несправедливость и неравенство в здравоохранении», хотя читателю при работе над монографией становится понятно, что надо сделать обществу, чтобы была убрана эта негативная приставка «не». Не будем оригинальны, если скажем, что это непростая (или трудно-выполнимая) задача. Сошлемся лишь на опыт Французской революции 1789-1799 гг., когда Максимилианом Робеспьером в «Декларации прав человека» был провозглашен известный и легко выговариваемый лозунг – ориентир для счастья и благополучия: «Liberte, egalite, fraternite» - «Свобода, равенство, братство» (1791 г.) (который, правда, не спасли самого Максимилиана от гильотинирования его же более радикальными товарищами).

Достигнута ли реализация этих лозунгов 200 лет спустя?

Хочется надеется, что авторы не ограничатся одной монографией на эту жизненно важную тему (постановка вопроса) и следующая монография будет посвящена решению этой важнейшей проблемы.

Декларация о финансовых и других взаимоотношениях. Все авторы принимали участие в разработке концепции, дизайна исследования и в написании рукописи. Окончательная версия рукописи была одобрена всеми авторами. Авторы не получали гонорар за исследование.

Прозрачность исследования. Исследование не имело спонсорской поддержки. Авторы несут полную ответственность за предоставление окончательной версии рукописи в печать.

ЛИТЕРАТУРА/ REFERENCES

1. Министерство здравоохранения Российской Федерации. Здравоохранение в России. 2015: Статистический сборник // Москва, 2015. – 174 с. [Ministerstvo zdravookhraneniya Rossiyskoy Federatsii [Ministry of Health of the Russian Federation]. Healthcare in Russia 2015; Statistical Book (2015) [Zdravookhraneniye v Rossii. 2015: Statisticheskiy sbornik]. Moskva [Moscow]. 2015; 174 p. (In Russ)]. <https://minzdrav.gov.ru/ministry/61/22/stranitsa-979/statisticheskie-i-informatsionnye-materialy/statisticheskiy-sbornik-2015-god>
2. Кислицына О. Влияние социально-экономических факторов, на состояние здоровья: роль абсолютных или относительных лишений // Журнал исследований социальной политики. – 2015. - № 13 (2). – С.289-302. [Kislitsyna O. Vliyaniye sotsial'no-ekonomicheskikh faktorov, na sostoyaniye zdorov'ya: rol' absolyutnykh ili otnositel'nykh lisheniy [Influence of socio-economic factors on health status: the role of absolute or relative deprivation]. Zhurnal sotsial'noy politiki [Journal of Social Policy Research]. 2015; 13 (2): 289-302 (In Russ)].
3. Мухарьямова Л.М., Кузнецова-Моренко И.Б., Петрова Р.Г., Салахатдинова Л.Н. Региональное здравоохранение в условиях реализации национального проекта «Здоровье» и разграничения бюджетных полномочий // Журнал исследований социальной политики. 2008. - № 6 (4)ю – С.438 – 504. [Mukharyamova LM, Kuznetsova-Morenko IB, Petrova RG, Salakhadidnova LN. Regional'noye zdravookhraneniye v usloviyakh realizatsii natsional'nogo proyekta «Zdorov'ye» i razgranicheniya byudzhetykh polnomochiy [Regional health care in the context of the implementation of the national project «Health» and the delineation of budgetary powers]. Zhurnal issledovaniy sotsial'noy politiki [Journal of Social Policy Research]. 2008; 6 (4): 438–504. (In Russ)].
4. Левченко А. Интервью: «В правительстве услышали замечания Счетной палаты к реформе системы здравоохранения» // Независимая газета. – 2015. – Режим доступа: <http://ng.ru/news/500318.html> [Levchenko A. Interv'yu: «V pravitel'stve uslyshali zamechaniya Schetnoy palaty k reforme sistemy zdravookhraneniya» [Interview: «The government has heard the comments of the Accounts Chamber on the reform of the health care system»]. Nezavisimaya gazeta [Independent newspaper]. 2015; <http://ng.ru/news/500318.html> (In Russ)].
5. Потапчик Е.Г., Селезнева Е.В., Шишкин С.В. Доступность медицинской помощи для населения (по материалам мониторинга экономических процессов в здравоохранении) // Москва: ИД Высшей школы экономики, 2011. – 36 с. [Potapchik E.G., Selezneva E.V., Shishkin S.V. Dostupnost' meditsinskoy pomoshchi dlya naseleniya (po materialam monitoringa ekonomicheskikh protsessov v zdravookhraneni) [Availability of medical care for the population (based on monitoring of economic processes in health care)]. Moskva: ID Vysshey shkoly ekonomiki [Moscow: Publishing House of the Higher School of Economics]. 2011; 36 p. (In Russ)].
6. Савельева Ж.В. Кому принадлежит здоровье? Социологические дискуссии и массмедийные интерпретации // Журнал социологии и социальной антропологии. – 2013. – № 16 (2). – С.131-141. [Savelyeva ZhV. Komu prinadlezhit zdorov'ye? Sotsiologicheskiye diskussii i

- massmediynnye interpretatsii [Who owns health? Sociological discussions and mass media interpretations]. Zhurnal sotsiologii i sotsial'noy antropologii [Journal of Sociology and Social Anthropology]. 2013; 16 (2): 131-141. (In Russ)].
7. Sen A. The idea of justice. Belknap Press: An Imprint of Harvard University Press; Reprint edition. 2011; 496 p.
 8. Esping-Andersen G, ed. Welfare states in transition: National adaptations in global economies. SAGE Publications Ltd. 1996; <https://www.doi.org/10.4135/9781446216941>
 9. Qxevesque JF, Harris MF, Russell G. Patient-centred access to health care: conceptualising access at the interface of health systems and populations. International Journal for equity in health. 2013; 12 (1): 18.
 10. Wikler D. Personal and social responsibility for health. Ethics & International affairs. 2002; 16 (2): 47-55.
 11. Albertsen A. Drinking in the last chance saloon: luck egalitarianism, alcohol consumption, and the organ transplant waiting list. Medicine, Health Care and Philosophy. 2016; 19 (2): 325-338.
 12. Skinner D. Health justice. Critical Public Health. 2013; 23 (2): 240.
 13. Батенева Т. Полис с плюсом // Российская бизнес-газета – 2015. - № 3 (982). Режим доступа: <https://rg.ru/2015/01/27/polis.html> [Batenova T. Polis s plyusom [Polis with a plus]. Rossiyskaya Biznes-gazeta [Russian Business Newspaper]. 2015; 3 (982): <https://rg.ru/2015/01/27/polis.html> (In Russ)].
 14. Невинная И. Путь к здоровью через кассу? // Российская газета - Столичный выпуск. - 2015. - № 258 (6829). Режим доступа: <https://rg.ru/2015/11/16/med.html> [Nevinnaya I. Put' k zdorov'yu cherez kassu? [The way to health through the cashier?]. Rossiyskaya gazeta – Stolichnyy vypusk [Russian newspaper – Capital issue]. 2015; 6829 (258). <https://rg.ru/2015/11/16/med.html> (In Russ)].