

УДК 316.334:61

DOI: 10.17223/1998863X/33/18

Н.А. Вялых

ПОТРЕБЛЕНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В СОВРЕМЕННОЙ РОССИИ: МНОГОМЕРНЫЙ МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЙ КОНСТРУКТ СОЦИОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ

Рассматриваются теоретико-методологические проблемы категоризации потребления медицинской помощи как предмета социологического исследования. Обосновывается необходимость многомерного методологического конструкта изучения потребления медицинской помощи на основе синтеза когнитивных практик классической и неклассической моделей научной рациональности. Сделан вывод о том, что оптимальным метапарадигмальным основанием исследования социальных факторов потребления медицинской помощи являются стратегия социологического конструктивизма и неоклассическая модель социологического познания.

Ключевые слова: потребление медицинской помощи, социологический дискурс, многомерный методологический конструкт, доступность медицинской помощи, трансформация здравоохранения, метапарадигма.

Введение

Отношение человека к своему здоровью, практики его сбережения и упорочения – индикатор отношения человека к социальному окружению и обществу, маркер культурного развития личности, а социальная политика государства в сфере здравоохранения – показатель степени участия и заботы власти о здоровье населения. Однако противоречие между институциональными механизмами, регулирующими порядок оказания медицинской помощи, и реальными потребностями и возможностями российского общества приводит к формированию и воспроизводству практик потребления медицинской помощи, которые едва ли можно назвать позитивными, то есть способствующими положительной динамике здоровья отдельного человека, большинства социальных групп и социума в целом. В результате возникает новый тип социального неравенства – неравенство пациентов и потенциальных потребителей медицинской помощи.

Таким образом, актуальность заявленной темы статьи, в прикладном аспекте, заключается в объективной необходимости разработки новых подходов и инструментов социологической диагностики дисфункциональных явлений и процессов в сфере потребления медицинской помощи. Но внедрение результатов социологических изысканий в повседневную практику общественного здравоохранения лишено перспектив без глубокой теоретической рефлексии, должного методологического обеспечения и надежных метапарадигмальных оснований. Следовательно, потребность в социологическом решении существующих разногласий в понимании социальной обусловленности потребления медицинской помощи отражает научное значение предметной области настоящего исследования.

Цель статьи состоит в научном обосновании методологической стратегии социологического изучения потребления медицинской помощи. Научная новизна работы определяется раскрытием содержания категории потребления медицинской помощи в социологической предметности. Авторское видение отличается от устоявшихся научных представлений тем, что потребление медицинской помощи интерпретируется как разновидность самосохранительного социального действия, детерминируемого культурной программой социума, комплексом институциональных барьеров и поведенческих практик их преодоления, а не просто как процесс ситуативного взаимодействия провайдера и потребителя в системе правовых, экономических и культурных координат.

Теоретико-методологические проблемы категоризации потребления медицинской помощи в социологическом дискурсе

В современной науке накоплено немало теорий и эмпирических данных о самосохранительной активности населения, отношении различных социальных групп к здоровью, моделях поведения в ситуации заболевания, барьерах доступности медицинской помощи. Однако в социологии до сих пор отсутствуют специальные интегративные концепции, способные объяснить социальную логику потребления медицинской помощи и механизмы формирования неравенства ее потребителей. По мнению Д.О. Михайловой и Н.Н. Седовой, вся медицинская помощь может быть дефрагментирована как система оказания услуг, однако такой подход является новым для отечественной науки и практики, потому что теория потребления медицинских услуг разрабатывалась преимущественно на Западе [1. С. 6].

Еще не стала предметом социологического дискурса методология исследования потребления медицинской помощи и социальных параметров ее доступности. Мозаичность имеющихся методологических проекций социологической рефлексии потребления медицинской помощи, в свою очередь, сужает прикладной потенциал методик конкретно-социологической диагностики доступности медицинской помощи в России и ее отдельных регионах. Широкий спектр эмпирической информации в виде статистики, инициативных всероссийских и региональных социологических опросов дает лишь очень общее представление о социальных детерминантах потребления медицинской помощи в контексте трансформации российского здравоохранения.

Потребление медицинской помощи – категория мультидисциплинарная, поскольку является объектом плодотворных когнитивных практик экономистов, правоведов, валеологов, психологов, антропологов и, конечно, самих медиков. Каждый из подходов обладает своими преимуществами и предметно-дисциплинарными ограничениями, но только социологическая перспектива помогает установить взаимосвязь между социальными факторами поведения потенциальных пациентов и внешними по отношению к ним институциональными условиями, задающими вектор и характер взаимодействий различных агентов по поводу производства и потребления медицинской помощи. Вместе с тем современная социологическая теория нуждается в создании такого методологического инструментария, с помощью которого воз-

можно исследование как социальной, так и индивидуальной реальности потребления медицинской помощи.

Интегративным фактором потребительского выбора в сфере медицинского обеспечения представляется доступность медицинской помощи. Теоретико-методологические традиции изучения доступности медицинской помощи и социального неравенства в данной сфере условно делятся на две группы – субъективистские и объективистские. В субъективистских концепциях подчеркивается роль поведения потребителя, зависящего от индивидуальных характеристик (пол, возраст, образование, профессиональный статус, ресурсный потенциал). В рамках объективистской методологической проекции преимущественно рассматриваются экономические, географические, организационные, культурные и иные барьеры, определяющие степень контекстуальной доступности конкретной системы медицинского обеспечения.

В российской социологии субъективистский подход наиболее отчетливо изложен в трудах И.Б. Назаровой (теория самосохранительной активности трудящихся), Л.В. Пановой и Н.Л. Русиновой (концепция «осознаваемой» индивидом доступности медицинской помощи), Л.С. Шиловой (концепция самосохранительного поведения пациентов в условиях модернизации российской первичной медицинской помощи). Объективистский подход представлен в работах таких ученых, как И.В. Подпорина (доступность как результат распределения ресурсов на макро- и микроуровнях здравоохранения), А.В. Решетников (анализ проблем и противоречий бюджетно-страховой модели здравоохранения в России), Г.Э. Улумбекова, Ю.Т. Шарабчиев, Т.В. Дудина (рационализация и стандартизация медицинской помощи как фактор ее потребления), А.С. Акопян, Ю.В. Шиленко, Т.В. Юрьева («зоны» доступности медицинской помощи в зависимости от величины спроса и цены) [2–9].

С учетом дуальности объективных и субъективных факторов на рис. 1 изображена генерализованная схема (модель) поведения потребителей медицинской помощи.

С одной стороны, потребитель конституирует доступ к медицинской помощи, исходя из своих представлений, ожиданий и ресурсов. С другой стороны, социальный институт здравоохранения оказывает влияние на распределение и конфигурацию медицинской помощи. По справедливому замечанию Е. А. Бороздиной, современная медицинская этика включает принцип индивидуализации врача и пациента, воспринимающихся «в качестве уникальных личностей, обладающих специфическим опытом, который не может быть сведен к медицинскому диагнозу (в случае пациента) или к профессиональным обязанностям (в случае врача)» [10. С. 19]. Следовательно, потребление медицинской помощи параметризуется не только наличием ресурсов для удовлетворения потребности в здоровье, но и сложным взаимодействием переменных системного и личностно-индивидуального уровней, которое приводит или не приводит к позитивной динамике индивидуального и общественного здоровья.

Разумеется, все сопутствующие потреблению факторы в одной схеме учесть нереально, но основные компоненты определить не составляет труда. Модель, изображенная на рис. 1, отражает как типичное пошаговое движение

потребителя к статусу пациента, так и факторы (экстернальные и интернальные), влияющие на характер этого движения. Во всех случаях потребление медицинской помощи опосредуется социокультурной средой – нормами, традициями, ценностями, которые конструируются людьми, социальными группами и ими же (людьми и группами) управляют. Не менее значимым является исход (результат) потребления медицинской помощи, формирующий социальный опыт человека, его мотивы и установки как пациента и детерминирующий в той или иной степени последующие практики потребления медицинской помощи.

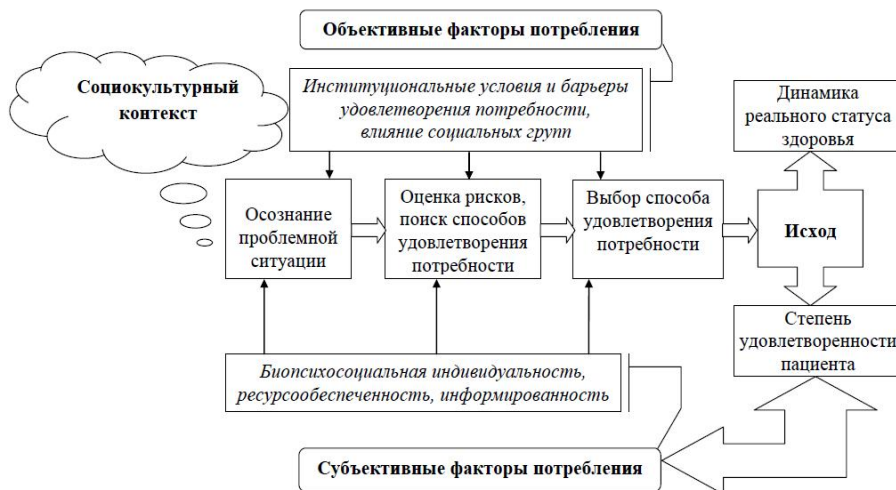


Рис. 1. Элементарная модель поведения потребителя медицинской помощи

Таким образом, преимущество социологического метода в изучении феномена потребления медицинской помощи состоит в том, что охватываются не только медико-социальные аспекты поведения потребителя в институциональном поле здравоохранения [11], но и способы ориентации личности на потребность, включая бездействие, отказ от медицинского вмешательства, а также мотивы внеинституциональных медицинских практик: самопомощь без участия врача, неформальная помощь знакомых врачей, обращение к представителям нетрадиционной медицины и т.п.

Метапарадигмальные основания социологического исследования потребления медицинской помощи в современном российском обществе

Трансформация института здравоохранения в современном российском обществе отличается существенным «отставанием» ценностно-нормативной перекодировки системы координат деятельности и сознания различных агентов, прежде всего пациентов и медицинских работников, от устанавливаемых властью новых правовых принципов взаимодействия. Государственное участие в организации и финансировании системы медицинского обеспечения сокращается, а свобода выбора обществом практик медицинской активности увеличивается, но вместе с тем расширяется и граница личной ответственно-

сти за состояние здоровья. Трансформация института здравоохранения, идущая по пути либерализации, но не имеющая надежных парадигмальных оснований, приобретает кризисный характер из-за нечеткого видения на государственно-управленческом уровне оптимальной модели медицинского обеспечения, амбивалентности преобразований, перманентного пересмотра стратегии реформирования отрасли без опоры на законы логики общественного развития. Стихийно складывающиеся практики потребления медицинской помощи не в состоянии преодолеть несовершенства организации медицинского обеспечения из-за парадоксального и неоднозначного, заложенного в российской ментальности, восприятия здоровья и болезни, поскольку необходимость заботиться о здоровье, лечиться в случае заболевания имеет декларативный характер, несмотря на реальное осознание здоровья как ценности [12. С. 33].

Способом повышения достоверности и обоснованности теоретических выводов и практических рекомендаций по повышению эффективности института здравоохранения является социологическое изучение мнения заинтересованных социальных групп: потребителей, медицинских работников, представителей страховых медицинских организаций, чиновников от здравоохранения. Так, используя надежные эмпирические аналоги, можно даже методом стандартизованного анкетного опроса измерять финансовые, организационные, социокультурные факторы поведения потребителей медицинской помощи [13. С. 42], выявлять корреляции различных переменных как между собой, так и с социальными характеристиками респондентов, предлагать развернутую социологическую интерпретацию представлениям, мотивациям, ожиданиям социума в сфере потребления медицинской помощи. При этом значимым этапом, предваряющим конкретно-социологическое исследование, является ситуационный анализ проблемного фона процессов в системе здравоохранения на уровне страны, региона, города, облегчающий социологическую диагностику доступности медицинской помощи в интегрированном локалитете. Однако любые попытки реализации эмпирико-социологических исследований в сфере здравоохранения, как и в любой другой области, обречены на незавершенность и фрагментарность без заранее сконструированного единого методологического пространства.

Методологический конструкт любого научного исследования представляет собой когнитивную «модель рационально-проектного содержания предмета научного исследования и его парадигмальных оснований как способов решения научно-исследовательских задач. Методологический конструкт научного исследования является продуктом методологического сознания ученого, когда происходит осмысление оптимальной организации способов, путей и форм производства научных знаний и проектирование реальных исследовательских действий познающего, направленных на получение истинного знания о социальной реальности» [14. С. 104]. Соглашаясь с вышеизложенным суждением, определим социологическую метапарадигму (модель) научного исследования, в рамках которой целесообразно изучать особенности потребления медицинской помощи в современной России.

Сам термин «метапарадигма» в социологии полисемантичен, да и классификаций социологических метапарадигм тоже немало. Наиболее известны

классификации В.А. Ядова, Ж.Т. Тощенко, Г.Е. Зборовского, С.А. Кравченко, А.В. Лубского, Дж. Ритцера. Общепринятыми аналогами данного термина являются понятия «модель» и «стратегия» социологического познания (исследования). В нашу задачу не входят экспликация всех этих терминов и подсчет метапарадигм (моделей, стратегий), существующих в современной социологической науке, поэтому примем, пусть и с некоторой долей избирательности, уже разработанные в отечественной социологии понятия и классификации.

Г.Е. Зборовский под метапарадигмой понимает обобщающую теоретическую характеристику ряда близких, «родственных» парадигм как определенных совокупностей фундаментальных оснований научного знания, исходных концептуальных схем, крупных теорий и их групп, методов и признанных достижений в конкретной науке [15]. А.В. Лубский использует категорию модели социологического исследования, говоря о том, что это «когнитивные аналоги, методологические конструкции идеального типа, концептуально воспроизводящие в «чистом» виде наиболее типичные черты научно-исследовательских практик в социологии», и выделяет три альтернативных типа моделей социологического исследования: классический, неклассический и неоклассический [16].

Классическая модель научного исследования позволяет выявить общее, присущее определенному классу социальных явлений, установить взаимосвязи между ними и их повторяемость в социальном процессе, а неклассическая модель научного исследования открывает возможность изучения «взаимодействия индивидов как носителей определенной ментальности» [17]. Согласно А.В. Лубскому, предметом классической модели социологического исследования является надындивидуальная и каузальная социальная действительность, а предметом неклассической модели – индивидуальная социальная реальность.

Преодолеть методологическую односторонность различных направлений и парадигм, в которых допустимо социологическое изучение потребления медицинской помощи как особой сферы практической повседневной жизни, можно только синтезом познавательных практик классической и неклассической моделей научной рациональности. Если отталкиваться от типологии методологических стратегий Ж.Т. Тощенко, то оптимальным метапарадигмальным основанием социологического изучения потребления медицинской помощи видится социологический конструктивизм, в рамках которого «общественное сознание и поведение исследуется в условиях социальной среды» [18]. Методологическая стратегия социологического конструктивизма позволяет установить взаимосвязь между социальной реальностью (системой здравоохранения и процессом ее трансформации в России) и индивидуальной реальностью как сферой повседневной жизни «некомпетентных» акторов – потенциальных потребителей медицинской помощи с их мотивами, ценностями, установками, эмоциями и ожиданиями.

Для того чтобы показать, каким образом «работает» неоклассическая модель рациональности и методологическая стратегия социологического конструктивизма в исследовании феномена потребления медицинской помощи, необходимо, прежде всего, операционализировать саму категорию «потреб-

ление медицинской помощи». В ракурсе неоклассической модели социологического познания и стратегии социологического конструктивизма потребление медицинской помощи представляет собой процесс удовлетворения потребности в восстановлении, сохранении, поддержании и укреплении здоровья как психофизиологической нормы, индивидуальной для каждого человека, посредством взаимодействия потенциальных и «состоявшихся» пациентов с профессиональными агентами института здравоохранения (квалифицированным персоналом медицинских организаций). Важно отметить, что потребление медицинской помощи является формой экономико-правового поведения, поскольку предполагает диалектику потребления и производства медицинской помощи как общественного блага, юридическую фиксацию прав и обязанностей всех агентов. Также потребление медицинской помощи представляет собой культурно детерминированную форму самосохранительного поведения человека и подразумевает отношение к состоянию индивидуального здоровья как базовой жизненной ценности.

Потребление медицинской помощи характеризуют следующие особенности: 1) необходимость принятия решения в условиях неопределенности и риска; 2) выраженная эмоциональная окраска в результате физического, психического и душевного дискомфорта, вызванного манифестацией симптомов заболевания или подозрением возникновения болезни; 3) внезапность возникновения потребности и невозможность ее сиюминутного удовлетворения; 4) альтернативность и гибкость стратегии и тактики поведения; 5) социальная детерминированность; 6) адаптивность, проявляющаяся в необходимости активного преодоления экстернатальных и интернатальных барьеров либо пассивного приспособления к ним.

Проблема потребления медицинской помощи анализируется нами в социологическом ракурсе, однако она носит не только мультидисциплинарный, но и полипарадигмальный характер, поскольку, теоретически, может быть исследована в рамках любой парадигмы.

Так, с позиции структурно-функционального подхода потребление медицинской помощи рассматривается в качестве системы отношений между различными агентами, складывающейся как в структурах института здравоохранения (в медицинских организациях), так и за их пределами в любой точке социального пространства. Однако осознание потребности в медицинском вмешательстве не всегда сопряжено с его объективной необходимостью или возможностью. Подобный диссонанс может быть вызван разнообразными факторами, но ведущей причиной представляется разнонаправленность интересов личности, различных социальных групп, государства, общества и медицинских корпораций, явно или латентно институционализированных в медицинской культуре.

Конфликт интересов расшатывает стабильное функционирование здравоохранения как социального института, интегральной функцией которого является удовлетворение потребности человека и общества в здоровье посредством рациональной организации потребления медицинской помощи, оказываемой профессиональными и квалифицированными субъектами. Поэтому структурно-функционального подхода (пусть и признающего дисфункции и аномии) с его «солидаристским пафосом» недостаточно для комплексной

диагностики факторов, препятствующих своевременному и эффективному удовлетворению медицинских потребностей всех социальных групп российского общества. В связи с этим появляется необходимость интеграции функционалистской и конфликтологической парадигм.

Для того чтобы социологически измерить социальные изменения потребления медицинской помощи на современном этапе развития российского здравоохранения не только в статике, но и в динамике, должна быть привлечена неoinституциональная методология. В дискурсе неoinституциональной теории становится возможным анализ трансформации института здравоохранения в качестве фактора, влияющего на поведенческие практики (формальные и неформальные) и стратегии потребления медицинской помощи.

Наконец, методологический корпус был бы недостаточно надежен без конструктивистских теорий («мягких» и «радикальных») современной западной социологии (например, концепции габитуса П. Бурдьё и теории структуры Э. Гидденса). Интегративное социологическое познание требует, с одной стороны, определения закономерностей трансформации институциональных практик потребления медицинской помощи, структурно-функциональных ограничений удовлетворения медицинских потребностей, индивидуальных факторов социального неравенства потребителей, с другой стороны, интерпретации смысла практик потребления медицинской помощи, их символической и коммуникативной природы «посредством аксиологического в нее «вживания» и понимания» [16. С. 48].

При первом приближении подобный исследовательский ракурс может вызвать привкус методологического анархизма и калейдоскопичности. Однако речь идет о синтезе успешных когнитивных установок и коррекции слабых сторон того или иного подхода. Подробнее ознакомиться с познавательными возможностями и ограничениями вышеперечисленных подходов, а также с тем, как они конвергируются в программу конкретно-социологического исследования, можно в монографии автора [19. С. 26–49].

Заключение

Итак, мы выяснили, что гносеологический потенциал социологического метода заключается в способности не только количественного измерения «общественного мнения», но и в способности социального моделирования поведения агентов (например, врачей и потребителей медицинской помощи). При этом социология исследует именно типические практики – паттерны потребления медицинской помощи, а не уникальные поведенческие комплексы отдельных людей, какими бы они выдающимися не были. Специфика потребления медицинской помощи заключается, во-первых, в необходимости преодоления объективных и субъективных барьеров доступности медицинской помощи, во-вторых, в осознанной человеком альтернативности выбора, в-третьих, субъективно «устанавливаемой» силе потребности.

Социологическое видение исходит из того, что потребление медицинской помощи предполагает социальное действие, опосредованное нормативно-символическим пространством (культурой общества). При этом социально-статусные и социокультурные различия, институциональные и индивидуальные ограничения доступности медицинской помощи дифференцируют

потребителей и практики потребления медицинской помощи. Практики потребления медицинской помощи формируются в социальном контексте, так как соотносятся с ожиданиями других людей (членов семьи, друзей, коллег, знакомых, медицинского персонала) и с общественным мнением (если допустить его существование). Качественная социологическая методология, во многом родственная медико-антропологическим описаниям, позволяет понять, каким образом люди как представители различных культур и социальных групп интерпретируют состояние нездоровья, в какие виды лечения они верят и что предпринимают в ситуации заболевания [20. Р. 1080].

Интегративная модель социологического познания позволяет выявить поведенческие, культурные, социальные основания потребления медицинской помощи в их целостности и взаимосвязи для объяснения дисфункциональных процессов в российской системе здравоохранения, а также открывает путь к исследованию практик потребления медицинской помощи в качестве типических повторяющихся образцов поведения в ситуации заболевания, формирующихся в результате интернализации институционально заданных формальных и неформальных норм, базовых элементов культуры российского общества в контексте трансформации института здравоохранения.

Таким образом, многомерный методологический конструкт, метапарадигмальным базисом которого являются социологический конструктивизм и неоклассическая модель научной рациональности, допускает исследование потребления медицинской помощи как многопланового, конструируемого индивидом в социальном контексте эмоционально окрашенного типа адаптивного поведения, направленного на удовлетворение потребности в здоровье посредством взаимодействия с агентами «профессионального сектора медицины» [21].

Литература

1. Михайлова Д.О., Седова Н.Н. Социологический анализ культуры потребления медицинских услуг в крупном промышленном городе // Социология города. 2010. № 1. С. 3–9.
2. Назарова И.Б. Здоровье занятого населения. М.: МАКС Пресс, 2007.
3. Панова Л.В., Руссинова Н.Л. Неравенства в доступе к первичной медицинской помощи // Социологические исследования. 2005. № 6. С. 127–136.
4. Шилова Л.С. Самоохранительное поведение пациентов в условиях модернизации российской первичной медицинской помощи : автореф. дис. ... канд. социол. наук. М., 2012.
5. Подпорина И.В. Методологические подходы к оценке результатов функционирования системы здравоохранения // Информационно-аналитический вестник «Социальные аспекты здоровья населения». 2008. Т. 7, № 3. URL: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/80/30/>.
6. Решетников А.В. Медико-социологический мониторинг. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013.
7. Улумбекова Г.Э. Здравоохранение России. Что надо делать: научное обоснование «Стратегии развития здравоохранения РФ до 2020 года». М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010.
8. Шарабчиев Ю.Т., Дудина Т.В. Доступность и качество медицинской помощи: слагаемые успеха // Медицинские новости. 2009. № 12. С. 6–12.
9. Акопян А.С., Шилленко Ю.В., Юрьева Т.В. Индустрия здоровья: экономика и управление. М.: Дрофа, 2003.
10. Бороздина Е.А. Трансформации профессиональной этики российского врача: социологический анализ // Вестник Томского государственного университета. Философия. Социология. Политология. 2011. №1 (13). С. 12–20.
11. Ефименко С.А. Социология пациента: автореф. дис. ... д-ра социол. наук. Волгоград, 2007.
12. Шилова Л.С. Российские пациенты в условиях модернизации здравоохранения. Стратегии поведения. Saarbruken, LAMBERT Academic Publishing, 2012. 143 с.

13. Вялых Н.А. Социологическая диагностика доступности медицинской помощи в современной России // Вестник Томского государственного университета. Философия. Социология. Политология. 2015. № 1 (29). С. 40–50.
14. Лубский А.В. Государственность как матрица российской цивилизации // Гуманитарный ежегодник. 2005. № 4. С. 86–113.
15. Зборовский Г.Е. Метaparадигмальная модель теоретической социологии // Социологические исследования. 2008. № 4. С. 3–15.
16. Лубский А.В. Модели социологических исследований: от классики до современности // Социальная политика и социология. 2014. № 3 (104). С. 47–48.
17. Лубский А.В. Когнитивная ситуация в социально-гуманитарном познании // Вестник Адыгейского государственного университета. Серия 1. Регионоведение: философия, история, социология, юриспруденция, политология, культурология. 2008. № 8. С. 14–19.
18. Тощенко Ж.Т. Парадигмы, структуры и уровни социологического анализа // Социологические исследования. 2007. № 9. С. 5–16.
19. Вялых Н.А. Стратегии потребления медицинской помощи: социологический анализ. Ростов н/Д: Издательство Южного федерального университета, 2015.
20. Helman C.G. Medicine and Culture: Limits of Biomedical Explanation // The Lancet. 1991. № 337 (8749). P. 1080–1083.
21. Kleinman A. Patients and Healers in the Context of Culture: An Exploration of the Borderland Between Anthropology, Medicine, and Psychiatry. Berkeley: University of California Press, 1980. 427 p.

Vyalykh Nikita A. Institute of Sociology and Regional Studies at Southern Federal University (Rostov-na-Donu, Russian Federation)

E-mail: sociology4.1@yandex.ru

DOI: 10.17223/1998863X/33/18

MEDICAL CARE CONSUMPTION IN MODERN RUSSIA: MULTIDIMENSIONAL METHODOLOGICAL CONSTRUCT OF SOCIOLOGICAL RESEARCH

Keywords: medical care consumption, sociological discourse, multidimensional methodological construct, medical care accessibility, transformation of healthcare, metaparadigm

The topicality of the article is conditioned by a need for a special sociological theory that explains the patterns of medical care consumption. So, the present paper is devoted to the methodological problems of medical care consumption' categorization in sociological discourse. The purpose of article is to create a uniform methodological space of sociological study in the sphere of medical care consumption. The novelty of the work is expressed in the applying of metaparadigmality constructing to this phenomenon study. The concept of medical care consumption is analyzed as multidimensional, emotionally directed type of adaptive behavior designed by the individual in a wide social context. It's stressed that specificity of medical care consumption consists, first, in need of overcoming of objective and subjective accessibility barriers, secondly, in the alternativeness of a personal choice, thirdly, in subjectively «installable» strength of medical need. On one hand, sociological perspective views medical care consumption as a stage of individual disease career in the social relation system. On the other hand, sociological tradition is concerned with how institutional limitations and cultural program of society influence medical activity. It's argued that medical care accessibility is an integrative factor of consumer choice in the healthcare sphere. Thus, there is necessity to create a theoretical model which includes behavioral and structural factors of medical care accessibility. Particular attention is given to the possibility of integrating the cognitive installations of classical and nonclassical models of scientific rationality for better sociological understanding of medical care consumption dimensions. The task of modern sociology in Russia, in the opinion of the author, is to link the representations of various social groups about «optimal» help-seeking strategies with process of healthcare institute transformation on the national and regional levels. At the end of article the author emphasizes that sociological approach allows to reveal the hidden subjective and objective factors of medical care consumption, as well as to define the reasons and effects of obvious limitations in Russian healthcare system.

References

1. Mihajlova, D.O. & Sedova, N.N. (2010) Sociologicheskij analiz kul'tury potreblenija medicinskih uslug v krupnom promyshlennom gorode [The sociological analysis of medical services consumption' culture in the large industrial city]. *Sociologija goroda – City sociology*. 1. pp. 3–9.
2. Nazarova, I.B. (2007) Zdorov'e zanjatogo naselenija [*Health of the worker population*]. Moscow: MAKSS Press.
3. Panova, L.V., Rusinova, N.L. (2005) Neravenstva v dostupe k pervichnoj medicinskoj pomoshhi [Inequalities in access to primary medical care]. *Sotsiologicheskie issledovanija – Sociological research*. 6. pp. 127–136.
4. Shilova, L.S. (2012) *Samosohranitel'noe povedenie pacientov v uslovijah modernizacii rossijskoj pervichnoj medicinskoj pomoshhi: avtoref. dis. ... kand. sociol. nauk* [Self-preservation behavior of patients in the conditions of modernization of the Russian primary medical care: abstract of the thesis ... PhD in Sociology]. Moscow.
5. Podporina, I.V. (2008) Metodologicheskie podhody k ocenke rezul'tatov funkcionirovanija sistemy zdravoohraneniya [Methodological approaches to an assessment of results of functioning of health system]. *Informacionno-analiticheskij vestnik «Social'nye aspekty zdorov'ja naselenija» – Information analytical bulletin «Social aspects of population health»*. Vol. 7. 3. URL: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/80/30/>.
6. Reshetnikov, A.V. (2013) Mediko-sociologicheskij monitoring [*Medico-sociological monitoring*]. Moscow: GEOTAR-Media.
7. Ulumbekova, G.E. (2010) Zdravoohranenie Rossii. Chto nado delat': nauchnoe obosnovanie «Strategii razvitiya zdravoohraneniya RF do 2020 goda» [*Health care of Russia. What should be done: scientific justification of «Strategy of development of health care of the Russian Federation till 2020»*]. Moscow: GEOTAR-Media.
8. Sharabchiev, Ju.T., Dudina, T.V. (2009) Dostupnost' i kachestvo medicinskoj pomoshhi: sla-gaemye uspeha [Availability and quality of medical care: composed success]. *Medicinskie novosti – Medical news*. 12. pp. 6–12.
9. Akopjan, A.S., Shilenko, Ju.V., Jur'eva, T.V. (2003) Industrija zdorov'ja: jekonomika i upravlenie [*Industry of health: economy and management*]. Moscow: Drofa.
10. Borozdina, E.A. (2011) Transformacii professional'noj jetiki rossijskogo vracha: sociologicheskij analiz [Transformations of professional ethics of the Russian doctor: sociological analysis]. *Vestnik Tomskogo gosudarstvennogo universiteta. Filosofija. Sociologija. Politologija – Bulletin of Tomsk State University. Philosophy. Sociology. Political science*. 1 (13). pp. 12–20.
11. Efimenko, S.A. (2007) *Sociologija pacienta: avtoref. dis. ... d-ra sociol. nauk* [Sociology of the patient: abstract of the thesis ... PhD in Sociology]. Volgograd.
12. Shilova, L.S. (2012) *Rossijskie pacienty v uslovijah modernizacii zdravoohraneniya. Strategii povedeniya* [The Russian patients in the conditions of healthcare modernization. Strategy of behavior]. Saarbrücken, LAMBERT Academic Publishing.
13. Vyalykh, N.A. (2015) Sociologicheskaja diagnostika dostupnosti medicinskoj pomoshhi v sovremennoj Rossii [Sociological Diagnosis of The Accessibility of Medical Care In Russia Today] *Vestnik Tomskogo gosudarstvennogo universiteta. Filosofija. Sociologija. Politologija – Bulletin of Tomsk State University. Philosophy. Sociology. Political science*. 1 (29). pp. 40–50.
14. Lubsky, A.V. (2005) Gosudarstvennost' kak matrica rossijskoj civilizacii [Statehood as a matrix of the Russian civilization]. *Gumanitarnyj ezhegodnik – Humanitarian year-book*. 4. pp. 86–113.
15. Zborovsky G.E. (2008) Metaparadigmal'naja model' teoreticheskoy sociologii [Metaparadigmal model of theoretical sociology]. *Sotsiologicheskie issledovanija – Sociological research*. 4. pp. 3–15.
16. Lubsky, A.V. (2014) Modeli sociologicheskikh issledovanij: ot klassiki do sovremennosti [Models of sociological researches: from classics to the present]. *Social'naja politika i sociologija – Social policy and sociology*. 3 (104). pp. 47–48.
17. Lubsky, A.V. (2008) Kognitivnaja situacija v social'no-gumanitarnom poznanii [Cognitive situation in social and humanitarian knowledge]. *Vestnik Adygejskogo gosudarstvennogo universiteta. Serija 1: Regionovedenie: filosofija, istorija, sociologija, jurisprudencija, politologija, kul'turologija – Bulletin of the Adygei State University. Series 1: Regional studies: philosophy, history, sociology, law, political science, cultural science*. 8. pp. 14–19.

18. Toshhenko, Zh.T. (2007) Paradigmy, struktury i urovni sociologicheskogo analiza [Paradigms, structures and levels of the sociological analysis]. *Sotciologicheskie issledovaniya – Sociological research*. 9. pp. 5–16.
19. Vyalykh, N.A. (2015) Strategii potrebleniya medicinskoj pomoshhi: sociologicheskij analiz [Strategy of medical care consumption: sociological analysis]. Rostov-na-Donu: Izdatel'stvo Juzhnogo federal'nogo universiteta.
20. Helman, C.G. (1991) Medicine and Culture: Limits of Biomedical Explanation. *The Lancet*. 337 (8749). pp. 1080–1083.
21. Kleinman, A. (1980) *Patients and Healers in the Context of Culture: An Exploration of the Borderland Between Anthropology, Medicine, and Psychiatry*. Berkeley: University of California Press.