

СОЦИОЛОГИЯ

УДК 316.334:61

DOI: 10.17223/1998863X/45/13

Н.А. Вялых

МЕХАНИЗМЫ ДИФФЕРЕНЦИАЦИИ ПОТРЕБЛЕНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В РОССИИ: МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЙ ПОВОРОТ В СОВРЕМЕННЫХ СОЦИОЛОГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЯХ¹

Предлагается новый взгляд на современные исследования социальных механизмов дифференциации потребителей медицинской помощи, базирующийся на принципе социологического конструктивизма. В рамках данной методологической проекции фокус социологических исследований неравенства в доступе к медицинской помощи смещается с анализа внешних барьеров ее оказания на изучение социальных моделей поведения людей.

Ключевые слова: потребление медицинской помощи, доступность медицинской помощи, российское здравоохранение, социальное поведение, механизмы дифференциации, социологический конструктивизм.

Введение

В современной российской научной литературе до сих пор доминирует интенция на макросоциологическую перспективу в изучении социальных процессов в сфере здравоохранения. Зачастую эмпирико-социологические исследования сводятся к констатации того, как «все плохо» или как «почти все плохо» с последующим вынесением рекомендаций по устранению хронической дисфункции системы отечественного здравоохранения. Практические рекомендации научного сообщества связаны преимущественно с обоснованием необходимости значительного ресурсного (кадрового, технологического, финансового) вливания в систему здравоохранения и ее отдельные подсистемы, а также с научным обоснованием необходимости принятия радикальных политических решений по модификации организационно-финансовой модели самой системы [1]. Однако здравоохранение, как и любая социальная система, стремится к поддержанию внутренней стабильности, порядку и балансу с окружающей средой. Любые реформы в здравоохранении, а тем более «революции сверху», во-первых, чреваты еще большей дестабилизацией в силу разбалансировки и без того разновекторных интересов различных агентов (государства, страхового медицинского бизнеса, медицинских организаций, врачебного сообщества, производителей лекарств и медицинского оборудования); во-вторых, требуют политической воли и сме-

¹ Статья подготовлена в рамках реализации гранта Президента РФ № МК-4089.2018.6 «Социальная сущность и механизмы дифференциации потребления медицинской помощи в российском обществе».

лости от принимающих решения лиц; в-третьих, и самое главное, должны быть ориентированы на реальные потребности людей и социальные ожидания различных социальных групп. Миссия современной социологии состоит не только в том, чтобы диагностировать проблемные зоны в системе оказания медицинской помощи, хотя и это очень важно, но и в том, чтобы понимать, каким образом модели социального поведения людей формируют вторичное стратификационное деление в сфере потребления медицинской помощи.

Таким образом, актуальность данного теоретико-социологического исследования продиктована значимостью не только выявления дисфункций в организации и финансировании самой системы и связанных с ней объективных неравенств в доступе к медицинской помощи, но и определения механизмов социального поведения, которые дифференцируют людей «на входе» в систему здравоохранения, а не только как пациентов внутри нее.

Сущность социологического подхода к изучению дифференциации потребления медицинской помощи

По нашему мнению, социологический подход к исследованию дифференциации потребления медицинской помощи базируется на нескольких теоретических посылах.

1. Потребление медицинской помощи – это разновидность социального действия.

2. Потребление медицинской помощи опосредуется ментальной программой конкретного общества, стилем жизни социальной общности или социальной группы, к которой принадлежит человек. Уточним, что под ментальной программой общества, в дискурсе социологической науки, мы понимаем систему рефлексивных (осознанных) и нерефлексивных (неосознанных) представлений, ценностей и установок, комбинация которых определяет тот или иной тип (модель) поведения человека в определенной ситуации.

3. Социально-статусные и социокультурные различия продуцируют неодинаковые социальные действия, являющиеся продуктом жизненных стратегий, в результате которых складывается побочное стратификационное деление общества в сфере потребления медицинской помощи как интегральном компоненте медицинской активности личности, социальной группы и общества в целом.

В русле объективистской методологической проекции ментальная программа общества определяет, во-первых, «знания» или «незнания» (либо «знания о незнании») о социальной реальности здравоохранения; во-вторых, формирует предпочтения и социальные нормы в отношении своего здоровья и здоровья социального окружения и, в-третьих, устанавливает предрасположенности (осознанные и неосознанные) к определенным моделям социального поведения, например к поиску медицинской помощи в случае манифестации симптомов заболевания.

Классическое понимание сущности социального действия было заложено М. Вебером. В структуре социального действия ученый выделял смысловую ориентацию на ожидание определенного поведения других и в соответствии с этим субъективную оценку шанса на успех собственных действий [2]. Эта идея справедлива и для оценки поведения потребителей медицинской

помощи, так как поведение потенциального или реального пациента всегда соотносится с ожиданием поведения других акторов, например поддержки семьи и близкого окружения, профессиональной помощи со стороны медицинского персонала, понимания руководства, если человек вынужден брать отпуск из-за временной нетрудоспособности.

Указанные примеры подтверждают методологически важную идею Э. Дюркгейма о том, что социальные нормы влияют на индивидуальное поведение не непосредственно, а через определенные механизмы их интериоризации. Внешняя детерминация социального поведения осуществляется через ценностные ориентации, поэтому действенность социальных регуляторов определяется не только их принудительностью, но и желательностью для индивидов [3. С. 112]. В современной американской социологии поведение в ситуации болезни («illness behaviour») рассматривается не просто как решение об актуализации поиска профессиональной медицинской помощи или процесс совладания с симптомами, но как многоплановая, конструируемая индивидом и социальным окружением «карьера болезни» [4. С. 984]. Подобный взгляд раскрывает динамический аспект функционирования стратегии поведения заболевших в противовес статической «доминантной модели», в фокусе которой – социальные, экономические, территориальные и иные барьеры потребления, существующие независимо от человека.

При обращении к стратификационному аспекту потребления медицинской помощи возникает логичный вопрос: существуют ли именно социальное неравенство и социальная дифференциация в сфере здравоохранения, не является ли эта научная проблема одной из псевдопроблем, которых в социологии, скажем прямо, достаточно много? Номинальные группы потребителей медицинской помощи сами по себе не могут выступать единицей стратификационных процессов и механизмов, так как они являются, по П. Бурдьё, «группами на бумаге». Но если потребление медицинской помощи коррелирует с социально-статусными и демографическими параметрами, то можно говорить о появлении нового типа стратификационного деления общества.

Отличие социологического подхода к анализу потребления медицинской помощи от медико-социального, на наш взгляд, состоит в исследовании типических форм поведения людей не только как пациентов в профессиональном поле медицинской практики, но и за пределами институционального поля здравоохранения. Социологический инструментарий позволяет изучать способы ориентации личности на потребность, включая бездействие, факторы отказа от медицинского вмешательства, а также мотивы внеинституциональных парамедицинских практик.

С позиций субъективистской традиции методологическое значение имеет концептуальная модель, разработанная группой ученых из Великобритании [5]. На основе обзора литературы по проблеме доступа уязвимых социальных групп к медицинскому обслуживанию научный коллектив пришел к выводу, что индивид («кандидатура») сам конституирует доступ к медицинской помощи, признавая себя «подходящим» объектом медицинского внимания и медицинского вмешательства. При этом модель учитывает социальный контекст и факторы макроуровня, которые оказывают влияние на распределение и конфигурацию медицинских ресурсов. В этой модели доступ предстает как динамичное взаимодействие различных переменных, как процесс

взаимодействия индивидов и системы медицинского обеспечения в постоянно меняющемся социальном контексте.

И.Б. Назарова связывает доступность медицинской помощи с самосохранительной активностью трудящегося человека [6]. Ценность теорий самосохранительной активности заключается в признании сознательной деятельности личности в качестве основополагающего условия доступа к медицинской помощи, поскольку оказание медицинской помощи во многом зависит от того, посчитает ли человек необходимым и целесообразным вступить во взаимоотношения с медицинскими организациями социального института здравоохранения.

Л.В. Панова и Н.Л. Русинова также связывают доступность медицинской помощи с сознанием человека. По замыслу ученых, измерение доступности на уровне сознания личности «позволяет оценить не только возможность попасть в систему здравоохранения (осуществить первичный доступ), но и получение качественной медицинской помощи, адекватной потребности в ней» [7. С. 129]. Социально-структурные параметры потребителей и параметры системы оказания медицинской помощи, в свою очередь, детерминируют индивидуальное восприятие доступности медицинской помощи.

Группа ученых из Швейцарии, Швеции и Танзании рассматривает доступ в трех проекциях: «поиск медицинской помощи»; собственно «медицинская помощь»; «средства к существованию» [8. Р. 1584].

В фокусе исследований «поисковых стратегий» находятся люди, а точнее, модели поведения, которые выбирают индивиды, социальные группы и общности. Подобные исследования дают ответы на вопросы, почему, когда и каким образом социальный субъект реализует доступ к медицинской помощи. В рамках данного направления изучаются формы взаимодействия индивидов и профессионалов от медицины. Это достаточно перспективный вектор исследований, поскольку большинство авторов преувеличивают значение физического наличия необходимой помощи, пренебрегая изучением воли и способности человека добиваться помощи либо, напротив, изучением мотивов отказа пациентов от медицинского вмешательства.

Исследования «медицинской помощи» концентрируются на объективных факторах, которые обуславливают доступ. Критерием доступа в таких исследованиях выступает частота обращения за медицинской помощью и количество оказанных медицинских услуг. В центре внимания данной методологической проекции находятся институт и политика здравоохранения.

Подход, изучающий «средства к существованию», демонстрирует, каким образом домохозяйства и социально-территориальные общности мобилизуют материальные и социальные ресурсы для получения медицинской помощи. «Средства к существованию» включают: человеческий капитал (знания, навыки, образование), социальный капитал (социальные связи и знакомства), природный капитал (условия жизни), физический капитал (инфраструктура) и финансовый капитал (наличные деньги и кредиты). Данный подход комбинирует два предыдущих и предлагает более широкий взгляд на природу социальной дифференциации потребления медицинской помощи.

Таким образом, доступность медицинской помощи отражает как степень адаптации института здравоохранения к потребностям и ресурсам населения, так и возможность общества и отдельного человека использовать имеющиеся

ресурсы с целью удовлетворения потребности в здоровье в социальном поле профессиональной медицинской практики. Социология как наука, обладающая многомерным методологическим потенциалом, способна обнаружить скрытые, но реальные по своим последствиям социальные механизмы конституирования доступа к медицинской помощи в условиях ограничительной варибельности позитивных форм медицинской активности, которые и приводят к значимым несправедливым социальным различиям.

Проблема справедливости, на наш взгляд, более актуальна для социальной философии, имеющей дело с универсальными ценностями, значение которых можно принимать аксиоматически в зависимости от социального контекста. Социологи же работают с категориями, которые можно измерить с помощью эмпирических референтов. Поэтому в социологическом плане справедливость – это социально относительные представления общества и человека о должном порядке вещей. Традиционно объектом социологических исследований являются именно несправедливые социальные различия, при которых представители разных социальных страт имеют неодинаковые шансы получить адекватную медицинским потребностям профессиональную помощь. Другими словами, если пол, возраст, территория проживания, уровень дохода, род деятельности и другие социально-статусные параметры существенно снижают доступность медицинской помощи, то мы говорим о несправедливых различиях.

Однако далеко не все неравенства потребителей медицинской помощи можно дефрагментировать как несправедливые, поскольку доступность отдельных функций здравоохранения зависит от целерациональной активности человека. Допустим, если при одинаковой конфигурации экономического и социального капиталов (дохода, связей, знакомств, среды обитания) один из двух пациентов обладает большим культурным и символическим капиталом (осведомленность о деятельности регионального здравоохранения, информационная и правовая грамотность, знание медицинских терминов, понимание «статуса» своего здоровья и т.п.) и в силу этого достигает быстрее и менее затратно по ресурсам своей цели (получение адекватной медицинской помощи), то едва ли можно говорить о том, что такое различие оказалось несправедливым. Ниже представим теоретико-методологический бекграунд данного предположения.

Социальные механизмы дифференциации потребления медицинской помощи в современном российском обществе

Действие механизмов дифференциации потребителей медицинской помощи зависит от «правил игры», устанавливаемых институтом здравоохранения, и от характеристик ключевых акторов: потребителей, провайдеров медицинской помощи, страховых медицинских организаций, органов государственного и муниципального управления в системе здравоохранения. Причем один и тот же фактор дифференциации может быть источником механизма неравенства одновременно на двух уровнях: личностном и системном. Подобно механизму двигателя внутреннего сгорания, преобразующего прямолинейное движение поршня во вращательное движение коленчатого вала, механизмы социальной дифференциации потребителей медицинской помощи преобразуют фактические социальные различия в неравный доступ к

медицинской помощи. Механизмы социальной дифференциации представляют собой систему взаимосвязанных переменных (факторов), ограничивающих потребление медицинской помощи различными социальными группами или вовсе препятствующих ее получению. Результат функционирования механизмов социальной дифференциации – формирование значительного несоответствия потенциальной и реальной доступности медицинской помощи для отдельного человека и номинальных групп общества.

Какие факторы и механизмы имеют решающее значение для формирования социального неравенства, и в частности неравенства в доступе к медицинской помощи? Единого мнения на этот счет в науке не сложилось. О.И. Шкаратан говорит о том, что «российские исследователи, изучающие стратификацию, нередко придают решающее значение активности социального субъекта – индивида, который преследует свои цели, используя все имеющиеся ресурсы... При этом нередко основными ресурсами для достижения и поддержания статуса признаются личностные, социально-психологические качества индивида» [9. С. 147]. О.И. Шкаратан отмечает, что придерживается «более традиционной позиции, согласно которой индивиды рассматриваются либо как элементы социальной системы (структуры) и их действия в решающей степени детерминированы местом в системе социоэкономических отношений. Либо индивиды рассматриваются как элементы культурной системы, и их действия определяются нормами и правилами, сложившимися в данной культуре» [Там же. С. 148].

Анализируя механизмы социальной дифференциации потребления медицинской помощи, мы опираемся на социологический конструктивизм – подход, интегрирующий поведенческие и системные (надындивидуальные) факторы неравенства потребителей. Целесообразно различать три типа механизмов дифференциации потребителей медицинской помощи: экономический, организационно-управленческий и социокультурный. Подобный взгляд на природу социального неравенства в сфере здравоохранения позволяет упорядочить конгломерат факторов дифференциации потребления и выявить закономерности воспроизводства неравенства в системе здравоохранения в зависимости от доступности частных функций этой системы. Представленная типология, как теоретическая модель исследуемого процесса, способна расширить методологический и методический инструментарий социологической диагностики дисфункций в здравоохранении на общероссийском, региональном и локальном уровнях.

Типология социальных механизмов дифференциации потребления медицинской помощи

Тип механизма	Источники механизма	Эффект действия механизма	
		Поведенческий уровень	Системный уровень
Экономический	Коммерциализация здравоохранения	Отказ от медицинской помощи и / или ее потребление не в полном объеме	Концентрация здравоохранения на платежеспособных группах
Организационно-управленческий	Инфраструктурные ограничения и региональные различия	Сложности социальной адаптации населения к условиям оказания медицинской помощи	Неэффективное распределение и перераспределение медицинских ресурсов
Социокультурный	Ментальные программы общества	Неэффективные стратегии медицинской активности	Явное и латентное сокращение вариантов позитивной медицинской активности

Каждый механизм действует на уровне индивидуального сознания и на надиндивидуальном уровне. Основной вопрос состоит в том, что является первичным ограничителем потребления медицинской помощи: структурные барьеры или сознание человека, социальной группы, общества? Мы полагаем, что первично именно социальное действие.

Источником экономического механизма дифференциации являются коммерческие отношения в сфере здравоохранения. Под коммерциализацией мы подразумеваем, во-первых, расширение количества частных медицинских организаций при одновременном сокращении бюджетных; во-вторых, подчинение медицинской деятельности даже бюджетных организаций целям извлечения прибыли. Финансовые барьеры на уровне системы (дорогостоящие услуги, отсутствие бесплатной или приемлемой по цене, времени ожидания, помощи) приводят к отказу социальных групп от услуг либо их потреблению в объеме, недостаточном для позитивных сдвигов в здоровье из-за угрозы значительных расходов. По мнению экспертов Европейского регионального бюро Всемирной организации здравоохранения, типичные оценки доступа игнорируют факт стоимости лечения различных заболеваний, поскольку используют усредненные показатели расходов населения на медицинскую помощь. Практически в любой системе здравоохранения происходит неизбежная концентрация провайдеров медицинской помощи на группах, которые могут позволить себе формально или неформально ее софинансировать [10].

Источником организационно-управленческого механизма дифференциации представляются несовершенства политики здравоохранения на всех уровнях (общенациональный, региональный, локальный). Наиболее значимыми факторами, которые активизируют организационно-управленческий механизм на системном уровне, являются территориальные различия в отношении кадрового, технического и технологического потенциала медицинской отрасли здравоохранения, относительная закрытость информационного пространства, неэффективный менеджмент. На поведенческом уровне неравенство в доступе формируется в результате различной степени социальной адаптации к перечисленным факторам. Речь идет о способности социальных групп конвертировать различные виды капитала в доступ к медицинской помощи, преодолевая организационно-управленческие барьеры.

Проиллюстрируем логику функционирования механизма примерами.

Практически во всех развитых странах мира практикуются рационирование и стандартизация медицинской помощи. Рационирование – подход к справедливому использованию ограниченных ресурсов, который заключается в сокращении расходов на неэффективные виды медицинских вмешательств и концентрации усилий на предоставлении гражданам равного доступа к самым эффективным медицинским услугам. Это экономически оправданный механизм распределения дефицитных благ, но рационирование в сфере здравоохранения может значительно препятствовать удовлетворению потребности в медицинской помощи, особенно когда происходит так называемое скрытое рационирование: «очереди, из-за которых невозможно получить лечение в разумные сроки, бюрократические препоны, исключение отдельных видов лечения из списка бесплатных услуг» [11].

Еще одним ограничителем доступности на управленческом уровне является стандартизация медицинской помощи. Стандартизация – «деятельность,

закрывающаяся в нахождении решений для повторяющихся задач в сфере науки, техники, экономики и др., направленных на достижение оптимальной степени упорядоченности в определенной области» [12]. Стандартизация медицинской помощи – процесс формирования стандартов (правил, норм, требований) ее производства и оказания. Стандарты – это устанавливаемые на международном, национальном, региональном и локальном уровнях минимальные объемы помощи при определенных заболеваниях, типические схемы лечения и диагностики, наборы лекарственных средств. Они упорядочивают процесс предоставления услуги, делают его ожидаемым и наполняют конкретным содержанием. В сущности, это один из главных признаков здравоохранения как социального института.

Однако стандартизация может отрицательно сказаться на доступности медицинской помощи. Мы солидарны с мнением Г.Э. Улумбековой относительно того, что «жесткая регламентация порядков и способов лечения пациентов может привести врачей к упрощенным подходам к лечению. Врачи могут, не задумываясь, применять медицинские технологии («все же прописано»), а пациенты – необоснованно требовать назначения лекарственных средств, которые им, например, противопоказаны («нам положено»)» [13. С. 135].

Организационно-управленческий механизм дифференциации потребления актуализируют длительные и затратные поездки в медицинские организации, очереди к специалистам, сложности регистрации, неудобные графики приема врачей. Низкий уровень качества медицинской помощи в целом продуцирует такие негативные поведенческие стратегии в отношении индивидуального здоровья, как самолечение, отказ от лечебно-диагностических мероприятий, незавершенность лечения, обращение к альтернативной медицине. Самыми уязвимыми группами, испытывающими организационные барьеры, являются инвалиды, пожилые люди, пациенты со специфическими потребностями, которые в силу функциональных ограничений не способны адаптироваться к «агрессивным» (ограничительным) условиям оказания медицинской помощи.

В масштабах российского общества существенным фактором дифференциации потребления являются региональные различия в обеспеченности медицинскими организациями, количестве койко-мест в стационарах, укомплектованности кадровыми и иными ресурсами. География медицинских ресурсов коррелирует с уровнем социально-экономического развития региона. Причем главным фактором межрегионального неравенства выступает население региона, которое определяет масштаб рынка и потенциальные доходы медицинских работников [14. Р. 51]. Чаще всего асимметричное распределение ресурсов происходит между сельской местностью и городской средой в результате концентрации таких ресурсов здравоохранения, как лечебные учреждения, кадры, оборудование, финансовые средства, в крупных городах и мегаполисах.

Информационное неравенство представляет собой значимый источник организационно-управленческого типа дифференциации. Еще в 1963 г. известный экономист К.Дж. Эрроу писал о неуловимом характере информации на рынке медицинских услуг. Дело в том, что потребители вынуждены приспосабливаться к неопределенности и риску относительно возможности бо-

лезни и действенности лечения. Допустим, если речь идет о непосредственной оплате медицинской помощи, то провайдер заинтересован оказать больший объем услуг и может предлагать помощь, которая не имеет принципиального значения для больного или имеет сравнительно недорогие альтернативы. Д. Норт пишет: «Оценка степени проявления нужных свойств требует слишком больших затрат, чтобы быть полной и достаточно точной. Информационные издержки определения степени проявления индивидуальных свойств у каждой единицы объекта обмена порождают затратность данного вида трансакции» [15. С. 48]. Информационная асимметрия в системе здравоохранения приводит к дополнительным финансовым, временным и психологическим расходам, углубляя, таким образом, степень неравенства. Нельзя не согласиться с И.М. Шейманом в том, что наличие информации для выбора – один из ключевых факторов потребительской мобильности [16. С. 183]. К информационным ограничениям можно отнести отсутствие или неполноту открытых данных о работе специалистов, профиле деятельности тех или иных медицинских учреждений, правах и обязанностях агентов в системе здравоохранения, возможностях использования высокотехнологичной диагностики и новых методов лечения.

Сложнее всего дело обстоит с теоретической препарацией социокультурного механизма дифференциации потребления медицинской помощи в современной России. Однако именно этот механизм и отражает методологическую переориентацию современных социологических исследований неравенства в доступе к медицинской помощи с констатации экономических, организационно-управленческих деформаций институциональной среды и рефлексии этих деформаций в общественном сознании россиян (посредством социологических замеров пресловутой «удовлетворенности») на изучение реальных практик медицинской активности пациентов и «предпациентов», а также тех ценностей, установок и представлений, которые влияют на формирование и воспроизводство стратегий потребительской активности.

Во многом на потребность влияют идентификация индивидом проблемы со здоровьем и способность, воля к поиску необходимой помощи, зависящие от гендерной принадлежности, традиций общества, религиозности, морали. Увеличение потребности является более широким феноменом, чем простое предоставление информации о здоровье и здравоохранении, поскольку связано с образованием членов семьи пациента и иерархией внутри нее [17. Р. 73].

Один из базовых показателей медицинской активности, регистрируемый статистикой, – обращаемость за медицинской помощью. Обращаемость за медицинской помощью, в свою очередь, один из индикаторов доступности медицинской помощи и степени институционального доверия. По мнению Л.С. Шиловой, «...обращение за медицинской помощью на поздних стадиях заболеваний, частичный или полный отказ от посещения врачей и лечения оборачиваются самолечением населения. Практически это означает, что заболевший человек сам себе ставит диагноз и выбирает лекарство. Он ориентируется чаще всего на широко представленную в СМИ фармацевтическую рекламу, которая часто сопровождается информацией о симптомах заболеваний и склонна многим средствам и лекарствам приписывать универсальные свойства» [18. С. 20].

Так складывается порочный круг недоступности медицинской помощи: недоверие → отказ от квалифицированной помощи → реклама, информация из книг, социальных сетей, советы других людей, личная интуиция → самолечение, бездействие, неформальная помощь → потенциальный отрицательный эффект → обращение к профессионалам на поздней стадии недуга → недоверие из-за возможной сложности лечения → потенциальный отказ от профессиональной помощи. Подобная типичная цепь повседневности также вносит вклад в социальное неравенство потребителей. Причем каждый последующий отказ от официального медицинского вмешательства может быть обусловлен не только недоверием, но и опустошенными на ранних стадиях финансовыми и временными ресурсами.

Важным условием действия социокультурной дифференциации является комплекс ценностей здравоохранения как социального института. А.В. Решетников выделяет различия между западными и восточными медико-социальными системами: «Для первой характерна естественно-научная, а для второй – гуманитарная направленность... Например, китайские медико-социальные системы отличаются непосредственным участием индивидуумов в лечебном процессе, большим личным участием целителей в делах своих пациентов и, как следствие, более широкими возможностями для выполнения своих ролей и приспособления лечебной практики к конкретному времени, определенному месту и данному пациенту. Для западной медицинской культуры характерны разграничение болезни и личности пациента, нетерпимость к существованию медицинской практики другого рода» [19. С. 350]. Понятно, что это идеально-типические парадигмы медицинской культуры, но их абсолютизированные варианты даже на уровне взаимодействия «лицом к лицу» могут существенно снизить доступность. Примером служат коммуникативные препятствия между потребителем и провайдером, когда пациент не способен эффективно взаимодействовать с медицинским персоналом из-за неумения описать симптомы, объяснить проблемы со здоровьем или, наоборот, из-за неумения, нежелания врача находить общий язык с пациентом. Причиной коммуникативных барьеров, как правило, является социальная дистанция между провайдерами и потребителями (разный уровень образования и грамотности, неравное положение в профессиональной иерархии, незнание государственного языка, отсутствие общей эрудиции в вопросах здоровья и медицины).

Таким образом, систему здравоохранения можно рассматривать как пространство социальных отношений между государством, гражданином и собственно здравоохранением, которое и определяет поведение акторов, детерминирует социальные различия, формирует представления и идеологию, осмысливает закон [20. С. 16].

Н.Л. Русинова и Дж.В. Браун доказали связь между уровнем образования и информированностью, которая в конечном итоге приводит к удачной стратегии поведения. Авторы пришли к следующему заключению: высокообразованные слои лучше информированы о городской системе здравоохранения и активнее использовали сеть личных связей, которые могли обеспечить неформальный доступ к широкому спектру квалифицированной медицинской помощи. Респонденты со средним образованием, во-первых, были менее внимательны к своему здоровью; во-вторых, большинство из них искало ме-

дицинскую помощь в границах «старой государственной» системы здравоохранения [21. Р. 59]. Исследователи показали, как изначально неравный социальный капитал (информированность, личные связи) ведет к разным стратегиям потребления медицинской помощи. Из этого следует, что доступность определяется не только готовностью и возможностью пациента платить за услугу, но и информированностью, способностью использовать пусть даже очень ограниченные ресурсы влияния.

Таким образом, в условиях недостаточной социальной защиты со стороны государства «...для сохранения здоровья людей с низким общественным положением может оказаться особенно важной актуализация остающихся в распоряжении некоторых из них резервов: помощи и поддержки близкого окружения и других людей, а также психологических ресурсов» [22. С. 64].

О.П. Недоспасова, И.П. Шибалков также связывают доступность медицинской помощи с индикатором «классового градиента», т. е. зависимостью здоровья и поведения человека в сфере здравоохранения от его социально-экономического статуса. Высокий образовательный ценз, по мнению ученых, 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» [23].

Заключение

Методологический поворот современных научных исследований с изучения внешнего по отношению к людям контекста здравоохранения на анализ моделей поведения самих людей возник не случайно и обусловлен как минимум двумя группами предпосылок. Первая группа предпосылок носит интерналистский (внутринаучный) характер, поскольку социологические исследования в любой предметности – это поле бесконечной конкуренции и одновременно кооперации количественников и качественников, микросоциологов и макросоциологов, структуралистов и конструктивистов. Вторая группа предпосылок методологического поворота в отечественной социологии здравоохранения представлена экстерналистским трендом в развитии науки. Социология в современной России – наука публичная и финансируемая государством. Это означает, что в обществе сохраняется социальный заказ на объективную социальную диагностику системы здравоохранения. Чтобы эта социальная диагностика была действительно объективной, нужно принимать в расчет субъективные причины дисфункций, поскольку социальная реальность здравоохранения – результат деятельности различных агентов, наделенных волей, сознанием и имеющих свои интересы и потребности.

Доступность медицинской помощи и дифференциация в этой сфере зависят не только от социальной политики государства по обеспечению равных условий для полноценного удовлетворения реальных медицинских потребностей человека и общества, но и от поведения самих потребителей медицинской помощи как результата интериоризации ими субъективных и объектив-

ных ограничений. В поиске аналитических инструментов оценки равенства и справедливости в сфере здоровья зачастую поднимается проблема личной ответственности. Л.М. Мухарямова и И.Б. Кузнецова новое понимание здоровья связывают с идеологией хэлсизма. Согласно данной парадигме, как отмечают исследователи, здоровье индивида «представляет собой цель, достигаемый статус, зависящий во многом от личных усилий человека» [24].

Для повышения уровня общественного здоровья и сглаживания социального неравенства необходима не только позитивизация потребления медицинской помощи, представляющая собой систему мероприятий по обеспечению доступной среды здравоохранения и формированию культуры здоровья и культуры болезни в обществе, но и изменение поведения самих потребителей. Сейчас, по оценкам социологов ФНИСЦ РАН (социологическое исследование «Российское общество после президентских выборов-2018: запрос на перемены». N – 4 тыс. человек старше 18 лет из разных регионов страны), в российском обществе по-прежнему значителен запрос на патерналистскую социальную политику правительства. Чаще всего россиянам необходима поддержка государства в решении проблем с медицинской помощью (36%). «Ухудшение медицинского обслуживания (и образования) не беспокоит только 12% россиян, более половины из них испытывают по этому поводу или сильную тревогу (39%), или постоянный страх (15%). Уже сейчас заметной части населения приходится использовать платные медицинские услуги (44% в среднем за последние три года перед опросом), и более чем в половине случаев (57%) это связано с отсутствием бесплатных аналогов», – говорится в аналитической записке по материалам исследований [25].

С учетом характера социальных ожиданий в нашей стране необходимы качественные изменения в ментальной программе общества посредством формирования нового типа мышления, в котором ценности, установки и представления о здоровье будут синхронизированы с трансформационными процессами в социальной сфере, так как институт здравоохранения не функционирует автономно, а является одним из полей социального пространства, в котором наблюдаются избыточные социальные неравенства [26]. Однако перенастройка ментальной программы общества – это долгосрочная перспектива, требующая кооперации ресурсов целого ряда социальных институтов: семьи, образования, массовых коммуникаций, религии и собственно здравоохранения. Переход на активную модель здравоохранения предполагает целенаправленную систему мер по выходу из сложившейся институциональной ловушки, а не просто построение новых больничных комплексов, «накачку» некоторых из них деньгами и выборочное наполнение этих комплексов высокотехнологичным оборудованием [27. С. 23].

Модальный (рефлексируемый) вектор социального поведения в обществе можно скорректировать относительно быстро, но есть еще и нормативные компоненты ментальной программы, которые носят более устойчивый неосознанный характер. Следовательно, задача социологов состоит в постоянном измерении динамики социальных представлений, ценностей и установок различных агентов, а задача государства – принимать социально ответственные решения в сфере здравоохранения, опирающиеся не только на макроэкономические и статистические показатели общественного здоровья, но и на реальные потребности и возможности различных социальных слоев в этой сфере.

Литература

1. *Здравоохранение: необходимые ответы на вызовы времени* : Совместный доклад Центра стратегических разработок и высшей школы экономики от 21.02.2018 г. / отв. ред. С.В. Шишкин. М. : Центр стратегических разработок, 2018.
2. Вебер М. О некоторых категориях понимающей социологии // Западноевропейская социология XIX – начала XX века. М., 1996. С. 491–507.
3. Дюркгейм Э. Социология. Ее предмет, метод, предназначение / пер. с фр., сост., послесл. и примеч. А.Б. Гофмана. М. : Канон, 1995.
4. Biddle L., Donovan J., Sharp D., Gunnell D. Explaining non-help-seeking amongst young adults with mental distress: A dynamic interpretive model of illness behavior // *Sociology of Health & Illness*. 2007. Vol. 29, № 7. P. 983–1002.
5. Dixon-Woods M., Cavers D., Agarwal S. Conducting a critical interpretive synthesis of the literature on access to healthcare by vulnerable groups // *BMC Medical Research Methodology*. 2006. № 6 (35). URL: <http://www.biomedcentral.com/1471-2288/6/35> (дата обращения: 24.09.18).
6. Назарова И.Б. Здоровье занятого населения. М. : МАКС Пресс, 2007.
7. Панова Л.В., Русина Н.Л. Неравенства в доступе к первичной медицинской помощи // Социологические исследования. 2005. № 6. С. 127–135.
8. Obrist B., Iteba N., Lengeler C., Makemba A., Mshana C. Access to health care in contexts of livelihood insecurity : A framework for analysis and action // *PLoS Med*. 2007. Vol. 4 (10). P. 1584–1588.
9. Шкаратан О.И. Социально-экономическое неравенство и его воспроизводство в современной России. М. : ЗАО «ОЛМА Медиа Групп», 2009.
10. Whitehead M., Dahlgren G. Европейские стратегии по преодолению социального неравенства в отношении здоровья: Восходящее выравнивание. Ч. 2: Европейское региональное бюро. Всемирная организация здравоохранения, 2007. URL: <http://www.euro.who.int/pubrequest>
11. Шарабчиев Ю.Т., Дудина Т.В. Доступность и качество медицинской помощи: слагаемые успеха // Медицинские новости. 2009. № 12. С. 6–12.
12. Дьяченко В.Г. Качество в современной медицине. Хабаровск : Изд-во ГОУ ВПО Дальневосточный государственный медицинский университет Росздрава, 2007. URL: <http://www.medlinks.ru/sections.php?op=listarticles&secid=94> (дата обращения: 24.09.18).
13. Улумбекова Г.Э. Здравоохранение России. Что надо делать: научное обоснование «Стратегии развития здравоохранения РФ до 2020 года». М. : ГЭОТАР-Медиа, 2010.
14. *Quality in and Equality of Access to Healthcare Services / European Commission Report*, 2008. URL: <https://docplayer.net/8300312-Quality-in-and-equality-of-access-to-healthcare-services.html>
15. Норт Д. Институты, институциональные изменения и функционирование экономики / пер. с англ. А.Н. Нестеренко; предисл. и науч. ред. Б.З. Мильнера. М. : Фонд экономической книги «Начала», 1997.
16. Шейман И.М. Теория и практика рыночных отношений в здравоохранении. М. : Изд. дом ГУ ВШЭ, 2008.
17. Ensor T., Cooper S. Overcoming barriers to health service access : influencing the demand side // *Health Policy and Planning*. Oxford University Press. 2004. № 19 (2). P. 69–79.
18. Шилова Л.С. Получение медицинских услуг и модернизация здравоохранения // Национальные проекты и реформы 2000-х годов: модернизация социальной политики / под ред. Е.Р. Ярской-Смирновой, М.А. Ворона. М., 2009.
19. Реушников А.В. Социология медицины: руководство. М. : ГЭОТАР-Медиа, 2010.
20. Гареева И.А. Неравенства в социальном пространстве здравоохранения // Трансформация человеческого потенциала в контексте столетия : материалы Междунар. науч.-практ. конф. в рамках 3-й Всерос. науч. форума «Наука будущего – наука молодых» : в 2 т. / под общ. ред. З.Х. Саралиевой. 2017. С. 16–19.
21. Rusinova N.L., Brown J.V. Social inequality and strategies for getting medical care in post-Soviet Russia // *Health : An Interdisciplinary Journal for the Social Study of Health, Illness and Medicine*. 2003. Vol. 7 (1). P. 51–71.
22. Русина Н.Л., Сафронов В.В. Социальные неравенства в здоровье и психологические ресурсы личности: проект сравнительного исследования в странах Европы и России // Телескоп: журнал социологических и маркетинговых исследований. 2018. № 1. С. 21–29.
23. Недоспасова О.П., Шибалков И.П. Социально-экономический статус человека как один из факторов формирования его здоровья // Азимут научных исследований: экономика и управление. 2017. Т. 6, № 1 (18). С. 140–144.

24. Мухарьямова Л.М., Кузнецова И.Б. Равенство и справедливость в отношении здоровья: к поиску аналитических инструментов оценки // Журнал исследований социальной политики. 2017. Т. 15, № 4. С. 651–659.

25. Мануйлова А. Медицина важнее пенсий : Россияне ждут реформ в здравоохранении // Официальный сайт газеты «Коммерсантъ». URL: https://www.kommersant.ru/doc/3636615?from=doc_vrez

26. *Ментальные программы и модальные модели социального поведения на Юге России* / отв. ред. А.В. Лубский. М. : Социально-гуманитарные знания, 2017.

27. Давыденко В.А., Ромашикина Г.Ф., Тарасова А.Н. Институциональные ловушки развития сферы здравоохранения (на примере Тюменской области) // *Primo aspectu*. 2016. № 3 (27). С. 12–25.

Nikita A. Vyalykh, Southern Federal University (Rostov-on-Don, Russian Federation).

E-mail: sociology4.1@yandex.ru

Vestnik Tomskogo gosudarstvennogo universiteta. Filosofiya. Sotsiologiya. Politologiya – Tomsk State University Journal of Philosophy, Sociology and Political Science. 2018. 45. pp. 122–137.

DOI: 10.17223/1998863X/45/13

DIFFERENTIATION MECHANISMS OF MEDICAL CARE CONSUMPTION IN RUSSIA: A METHODOLOGICAL TURN IN CONTEMPORARY SOCIOLOGICAL RESEARCH

Keywords: medical care consumption; medical care accessibility; Russian healthcare; social behavior; differentiation mechanisms; sociological constructivism.

The article deals with the specific features of the medical care consumption phenomenon in the sociological discourse. The author focuses on theoretical and methodological backgrounds of a sociological understanding of medical care consumption strategies, and determines differentiation mechanisms of medical care consumption in the context of transformation of the healthcare institution in Russia today. The aim of the article is to create a theoretical approach to a complex assessment of the healthcare system accessibility. The novelty of this endeavor consists in the application of the sociological constructivism methodology to a consumer's behavior study in the health sphere. The possibility of integrating economic, organizational and socio-cultural dimensions for a better sociological understanding of inequality factors in healthcare is argued. The concept of medical care consumption is analyzed as a dynamic interaction of different variables, the interaction of actors in the medical system in a changing social context. Special attention is given to the analysis of behavioral and structural dimensions of medical care accessibility. Despite considerable efforts by the health authorities to promote legislative and regulatory innovations, achievements in this field are minor. The limitation of the modern concepts of differentiation in healthcare is connected with the reduction of social inequality to objective geographical and economic factors, although it should rather be about the intersection of external and internal barriers of inequality. The study of the differentiation in the sphere of medical care consumption is dominated by two approaches: personality and situational. Currently, there is a tendency of overcoming the cognitive one-sidedness of personality and situational approaches. In line with this trend, the social inequality of consumers is not regarded as the result of influence of the social situation or individual traits, social values, attitudes and cultural predispositions. The social differentiation of medical care consumption is seen primarily as a result of people's interpretation of the social situation of health problems and "attributing" values and meanings to it in the socio-cultural context of the health care system.

References

1. Shishkin, S.V. (ed.) (2018) *Zdravookhraneniye: neobkhodimyye otvety na vyzovy vremeni. Sovmestnyy doklad Tsentra Strategicheskikh Razrabotok i Vysshyey shkoly ekonomiki ot 21.02.2018 g.* [Health: The necessary responses to the challenges of the time. Joint report of the Centre for Strategic Research and Higher School of Economics as of February 21, 2018]. Moscow: Tsentr strategicheskikh razrabotok.

2. Weber, M. (1996) O nekotorykh kategoriakh ponimayushchey sotsiologii [About some categories of understanding sociology]. In: Dobrenkov, V. (ed.) *Zapadno-yevropeyskaya sotsiologiya XIX – nachala XX vekov* [Western European Sociology of the 19th – early 20th centuries]. Moscow: International University of Business and Management. pp. 491–507.

3. Durkheim, E. (1995) *Sotsiologiya. Yeye predmet, metod, prednaznacheniyе* [Sociology. Its Subject, Method, Purpose]. Translated from French by A.B. Gofman. Moscow: Kanon.
4. Biddle, L., Donovan, J., Sharp, D. & Gunnell, D. (2007) Explaining non-help-seeking amongst young adults with mental distress: A dynamic interpretive model of illness behavior. *Sociology of Health & Illness*. 29(7). pp. 983–1002. DOI: 10.1111/j.1467-9566.2007.01030.x
5. Dixon-Woods, M., Cavers, D. & Agarwal, S. (2006) Conducting a critical interpretive synthesis of the literature on access to healthcare by vulnerable groups. *BMC Medical Research Methodology*. 6(35). [Online] Available from: <http://www.biomedcentral.com/1471-2288/6/35>. (Accessed: 24th September).
6. Nazarova, I.B. (2007) *Zdorov'ye zanyatogo naseleniya* [Health of the Employed Population]. Moscow: MAKS Press.
7. Panova, L.V. & Rusinova, N.L. (2005) Neravenstva v dostupe k pervichnoy meditsinskoj pomoshchi [Inequalities in access to primary health care]. *Sotsiologicheskiye issledovaniya – Sociological Studies*. 6. pp. 127–135.
8. Obrist, B., Iteba, N., Lengeler, C., Makemba, A. & Mshana, C. (2007) Access to health care in contexts of livelihood insecurity: A framework for analysis and action. *PLoS Med*. 4(10). pp. 1584–1588.
9. Shkaratan, O.I. (2009) *Sotsial'no-ekonomicheskoye neravenstvo i yego vosproizvodstvo v sovremennoy Rossii* [Socio-economic inequality and its reproduction in modern Russia]. Moscow: OLMA Media Grupp.
10. Whitehead, M. & Dahlgren, G. (2007) *Yevropeyskiye strategii po preodoleniyu sotsial'nogo neravenstva v otnoshenii zdorov'ya: Voskhodyashcheye vyravnivaniye* [European strategies to tackle social inequities in health: Levelling Upward]. Part 2. [Online] Available from: <http://www.euro.who.int/pubrequest>.
11. Sharabchiyev, Yu.T. & Dudina, T.V. (2009) Dostupnost' i kachestvo meditsinskoj pomoshchi: slagayemyye uspekha [Availability and quality of medical care: components of success]. *Meditsinskiye novosti*. 12. pp. 6–12.
12. Dyachenko, V.G. (2007) *Kachestvo v sovremennoy meditsine* [Quality in modern medicine]. Khabarovsk: The Far-Eastern State Medical University. [Online] Available from: <http://www.medlinks.ru/sections.php?op=listarticles&secid=94>. (Accessed: 24th September 2018).
13. Ulumbekova, G.E. (2010) *Zdravookhraneniye Rossii. Chto nado delat': nauchnoye obosnovaniye "Strategii razvitiya zdavookhraneniya RF do 2020 goda"* [Russian Healthcare. What to do: scientific substantiation of the "Strategy of Development of Health of the Russian Federation Until 2020"]. Moscow: GEOTAR-Media.
14. European Commission. (2008) *Quality in and Equality of Access to Healthcare Services / European Commission Report, 2008*. [Online] Available from: <https://docplayer.net/8300312-Quality-in-and-equality-of-access-to-healthcare-services.html>.
15. Nort, D. (1997) *Instituty, institutsional'nyye izmeneniya i funktsionirovaniye ekonomiki* [Institutions, Institutional Changes and Economic Performance]. Translated from English by A.N. Nesterenko. Moscow: Fond ekonomicheskoy knigi "Nachala".
16. Sheyman, I.M. (2008) *Teoriya i praktika rynochnykh otnosheniy v zdavookhraneni* [Theory and Practice of Market Relations in Healthcare]. Moscow: HSE.
17. Ensor, T. & Cooper, S. (2004) Overcoming barriers to health service access: influencing the demand side. *Health Policy and Planning*. 19(2). pp. 69–79. DOI: 10.1093/heapol/czh009
18. Shilova, L.S. (2009) Polucheniyе meditsinskikh uslug i modernizatsiya zdavookhraneniya [Medical services and health modernization]. In: Yarskaya-Smirnova, Ye.R. & Voron, M.A. (eds) *Natsional'nyye proyekty i reformy 2000-kh godov: modernizatsiya sotsial'noy politiki* [National projects and reforms of the 2000s: modernization of social policy]. Moscow: Variant.
19. Reshetnikov, A.V. (2010) *Sotsiologiya meditsiny: rukovodstvo* [Sociology of Medicine: A Guidance]. Moscow: GEOTAR-Media.
20. Gareyeva, I.A. (2017) Neravenstva v sotsial'nom prostranstve zdavookhraneniya [Inequalities in the social space of health]. In: Saraliyeva, Z.Kh. (ed.) *Transformatsiya chelovecheskogo potentsiala v kontekste stoletiya* [Transformation of Human Potential in the Context of the Century]. Nizhny Novgorod: NISOTs. pp. 16–19.
21. Rusinova, N.L. & Brown, J.V. (2003) Social inequality and strategies for getting medical care in post-Soviet Russia. *Health: An Interdisciplinary Journal for the Social Study of Health, Illness and Medicine*. 7(1). pp. 51–71. DOI: 10.1177/1363459303007001618
22. Rusinova, N.L. & Safronov, V.V. (2018) Sotsial'nyye neravenstva v zdorov'ye i psikhologicheskiye resursy lichnosti: proyekt sravnitel'nogo issledovaniya v stranakh Yevropy i Rossii [Social

inequalities in health and psychological resources of the individual: comparative research project in Europe and Russia]. *Teleskop: zhurnal sotsiologicheskikh i marketingovykh issledovaniy*. 1. pp. 21–29.

23. Nedospasova, O.P. & Shibalkov, I.P. (2017) Socioeconomic status (SES) of a person as a health factor. *Azimut nauchnykh issledovaniy: ekonomika i upravleniye – ASR. Economics and Management*. 1(18). pp. 140–144. (In Russian).

24. Mukharyamova, L.M. & Kuznetsova, I.B. (2017) Health Equality and Justice: Searching for Analytical Tools in Evaluating Healthcare. *Zhurnal issledovaniy sotsial'noy politiki – Journal of Social Policy Research*. 15(4). pp. 651–659. (In Russian). DOI: 10.17323/727-0634-2017-15-4-651-659

25. Manuylova, A. (n.d.) *Meditsina vazhneye pensiy. Rossiyanе zhduт reform v zdavookhraneniі* [Medicine is more important than pensions. Russians are waiting for reforms in health care]. [Online] Available from: https://www.kommersant.ru/doc/3636615?from=doc_vrez.

26. Lubskiy, A.V. (2017) *Mental'nyye programmy i modal'nyye modeli sotsial'nogo povedeniya na Yuge Rossii* [Mental programs and modal models of social behavior in the South of Russia]. Moscow: Sotsial'no-gumanitarnyye znaniya.

27. Davydenko, V.A., Romashkina, G.F. & Tarasova, A.N. (2016) Institutional traps of development in the field of health (on the example of Tyumen region). *Primo aspectu*. 3(27). pp. 12–25. (In Russian).