

Вялых Никита Андреевич

кандидат социологических наук,
старший преподаватель кафедры теоретической
социологии и методологии
региональных исследований
Южного федерального университета

**СТРАТЕГИИ ПОТРЕБЛЕНИЯ
МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ
В РОССИЙСКОМ ОБЩЕСТВЕ:
СОЦИОЛОГИЧЕСКИЙ КОНЦЕПТ
И СПОСОБЫ ПОЗИТИВИЗАЦИИ**

Аннотация:

В статье рассматриваются специфические особенности феномена потребления медицинской помощи в социологической мысли. Автором выделены теоретические и методологические предпосылки социологического понимания стратегий потребления медицинской помощи, а также определен комплекс мер их позитивизации в контексте трансформации института здравоохранения в современной России. Особое внимание уделяется анализу поведенческих и структурных измерений доступности медицинской помощи. В заключение обосновывается идея о том, что усиление государственного контроля – необходимая мера в сфере медицинского обеспечения, но стимулы к модернизации системы медицинского обеспечения в бюджетной «социалистической» модели крайне слабы.

Ключевые слова:

потребление, медицинская помощь, институт здравоохранения, доступность медицинской помощи, трансформация здравоохранения, обязательное медицинское страхование, добровольное медицинское страхование, позитивизация стратегий.

Vyalikh Nikita Andreevich

PhD in Social Science, Senior Lecturer,
Department for Theoretical Sociology
and Methodology of Regional Studies,
Southern Federal University

**STRATEGIES OF MEDICAL
CARE CONSUMPTION
IN THE RUSSIAN SOCIETY:
SOCIOLOGICAL CONCEPT
AND METHODS OF POSITIVISATION**

Summary:

The article deals with the specific features of medical care consumption phenomenon in the sociological thought. The author focuses on theoretical and methodological backgrounds of sociological understanding of medical consumption strategies and defines the measures of their positivisation in the context of transformation of the healthcare institution in Russia today. Special attention is given to the analysis of behavioral and structural dimensions of medical care accessibility. It's argued that the strengthening of state control is a necessary step in the sphere of healthcare, but motivation to modernization of the medical support system in the budget "socialistic" model is extremely weak.

Keywords:

consumption, medical care, healthcare institution, medical care accessibility, transformation of healthcare, obligatory health insurance, voluntary medical insurance, positivisation of strategies.

За последние два с лишним десятилетия реформирования здравоохранения в России наметились определенные положительные тенденции: незначительно, но увеличивается ожидаемая продолжительность жизни населения, в медицинские организации регионов России поставляется современное диагностическое и лечебное оборудование, происходит экстенсивное развитие первичного звена оказания медицинской помощи, внедряются стационарзамещающие технологии лечения, открываются центры высокотехнологичной медицинской помощи, апробируются новые информационные технологии взаимодействия пациентов и медицинских организаций. В то же время существуют значительные барьеры в возможностях получения своевременной и адекватной медицинской помощи, и, как следствие, усиливается негативный фон восприятия российским обществом профессионального сектора медицины.

Данный тезис дает основание для определения основной проблемы системы медицинского обеспечения в России – противоречия между институциональными нормами, которые регламентируют порядок оказания медицинской помощи, и сложившейся де-факто практикой социального взаимодействия заинтересованных агентов. Это противоречие как раз и приводит к формированию и воспроизводству альтернативных стратегий потребления медицинской помощи, которые на сегодняшний момент едва ли можно назвать позитивными, то есть способствующими положительной динамике здоровья отдельного человека, большинства социальных групп и российского социума в целом.

Цель статьи состоит в концептуализации стратегий потребления медицинской помощи в предметном поле социологии и выработке способов их позитивизации в контексте трансформации системы медицинского обеспечения в России.

Уже на этапах раннего и зрелого («второго») модерна в социологии оформились теоретические взгляды на характер потребления медицинской помощи. Структурно-функциональный

подход к социологическому изучению поведения пациента связан с именем Т. Парсонса. Американский социолог рассматривал общественную роль медицинской практики в понятиях системы ролевого взаимодействия «врач – пациент», направленного на возвращение заболевшего актора в социальную систему с целью восстановления ее равновесия. Историко-культурный анализ трансформации медицины из сугубо прикладной дисциплины в социальный институт, «философию человека» и «науку о человеке» предпринял М. Фуко, показав, как с «рождением клиники» болезнь перестает быть личным делом больного и его семьи [1; 2]. Однако само понятие стратегии потребления медицинской помощи, его параметры и особенности в работах указанных авторов не анализируются.

Если говорить о социологии постмодерна, то потребление медицинской помощи увязывается скорее не с материальными вещами, а представляет собой более-менее устойчивую знаковую субстанцию, деятельность систематического манипулирования знаками. По логике Ж. Бодрийера, независимо от того, потребляет ли медицинскую помощь низший класс, для которого врач – распределитель материальных благ и знаков, либо высший класс, для которого врач – психоаналитик тела – во всех случаях «врач и лекарства имеют скорее культурную, а не терапевтическую ценность, и они потребляются как “потенциальная манна”» [3]. Отдавая должное эвристическому потенциалу постмодернистских взглядов на потребление медицинской помощи, мы вынуждены признать, что за культурологическими конструктами меркнет центральная для социологической науки проблематика социального неравенства.

Существенное значение для нашего исследования имеют работы Р. Андерсена, П. Дэвидсон и М. Гуллифорда [4; 5], так как в них представлены теоретико-методологические аспекты исследования потребления медицинской помощи. Р. Андерсен является создателем поведенческой модели доступности медицинской помощи, в которой учитываются контекстуальные и индивидуальные измерения. Правда, работы ученого посвящены в основном американской системе медицинского обеспечения. Следовательно, исследовательская программа Р. Андерсена не универсальна и имеет методологические ограничения при изучении стратегий потребления медицинской помощи в современном российском обществе.

В настоящее время большое внимание изучению доступности медицинской помощи для различных социально-статусных групп уделяют американские исследователи (Т. Энсор, С. Купер, Б.Э. Грейвс) [6; 7]. Однако в публикациях этих ученых акцент смещается либо на изучение ресурсных возможностей потребителей, либо на рассмотрение географической и физической доступности медицинской помощи, что говорит об отсутствии единого комплексного подхода к исследованию личностных и структурных факторов потребления медицинской помощи.

В зарубежной научной литературе широко обсуждаются последствия рыночных реформ здравоохранения в развивающихся странах, в том числе их влияние на формирование медицинского поведения [8; 9]. Так, К. Ву и М. Рамеш рассуждают об ограничениях рыночных механизмов регуляции в системе медицинского обеспечения. Выводы авторов представляют особую ценность для определения медико-социальных эффектов социально-экономических преобразований на рубеже XX–XXI вв. в России.

Волна интереса к социальным проблемам отечественной медицины и здравоохранения связана с переходом Российской Федерации к системе обязательного медицинского страхования в 90-е гг. прошлого столетия.

Социально-экономические аспекты функционирования российской системы медицинского обеспечения, ее структура, особенности организации, перспективы реформирования и модернизации обстоятельно раскрываются в работах Ю.П. Лисицына, Г.Э. Улумбековой, И.М. Шеймана, С.В. Шишкина [10; 11; 12]. В плане обогащения методологии и методики проведения медико-социологических исследований особо хочется отметить значение трудов основателя научной специальности «Социология медицины» в России академика РАМН А.В. Решетникова [13].

Реферативный обзор литературы по теме исследования демонстрирует тот факт, что феномен потребления медицинской помощи привлекает к себе внимание многих российских и зарубежных авторов. Однако о наличии специальной социологической теории, способной объяснить социальную логику потребления медицинской помощи, сегодня говорить не приходится. В социологическом дискурсе до сих пор не осмыслено понятие «стратегия потребления медицинской помощи». Если же в науке не проработано какое-либо понятие, то вряд ли получится сформулировать конкретные и не противоречащие друг другу рецепты позитивизации какого-либо феномена, процесса или института.

Фрагментированные, на первый взгляд, практики потребления медицинской помощи образуют устойчивые, рефлексивные и воспроизводящиеся в социальном пространстве адаптивные стратегии потребительского поведения. 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 ограничения доступности медицинской помощи дифференцируют стратегии потребления медицинской помощи. Стратегии 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). Гносеологический потенциал социологического метода заключается в способности работать не только с усредненным общественным мнением, но и с глубинным слоем сознания социальных агентов. При этом социология исследует именно индивидуально-типические стратегии потребления медицинской помощи, а не уникальные стратегии отдельных людей, какими бы значимыми не были эти люди.

Оптимальным парадигмальным основанием изучения стратегий потребления медицинской помощи видится социологический конструктивизм, в рамках которого «общественное сознание и поведение исследуется в условиях социальной среды» [14]. Парадигма социологического конструктивизма позволяет установить взаимосвязь между социальной реальностью (системой медицинского обеспечения и процессом ее трансформации, социальной дифференциацией общества) и индивидуальной реальностью как сферой повседневной жизни «некомпетентных» акторов – потенциальных потребителей медицинской помощи с их мотивами, ценностями, установками и ожиданиями. Классическая модель социологического познания делает возможным выявить общее, присущее определенному классу социальных явлений, определить взаимосвязи между ними и их повторяемость в социальном процессе, а неклассическая модель научного исследования открывает путь к изучению «взаимодействия индивидов как носителей определенной ментальности» [15].

С учетом вышеизложенного предлагаем следующую дефиницию: стратегия потребления медицинской помощи – это многоплановый, конструируемый индивидом в социальном контексте эмоционально-окрашенный тип адаптивного поведения, направленный на удовлетворение потребности в здоровье посредством взаимодействия с агентами профессионального сектора медицины. Специфика стратегии 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, в субъективно «устанавливаемой» силе потребности.

Доступность медицинской помощи предполагает не просто наличие институциональных ресурсов (зданий, кадров, техники и технологий) для удовлетворения медицинских потребностей общества и не просто потенциальную возможность «попадания» в систему, так сказать вхождение в роль пациента. Концепт доступности медицинской помощи отражает полный цикл прохождения потребителем всех этапов медицинской помощи, результатом которого является полное / частичное удовлетворение потребности либо ее неудовлетворение. На конечный результат доступа к медицинской помощи в России оказывают влияние в большей степени надындивидуальные структуры и существенно – собственно стратегии медицинской активности общества.

Доступность медицинской помощи ограничивается, с одной стороны, неэффективной государственной политикой здравоохранения. Трансформация бюджетной системы медицинского обеспечения в бюджетно-страховую привела к еще большим проблемам и противоречиям, главными из которых являются: тотальный дефицит финансовых ресурсов в фондах обязательного медицинского страхования и медицинских организациях, бюрократизация управления отраслью. Все это снижает способность и мотивацию всех агентов к повышению качества медицинской помощи и ее доступности. Если кто и выигрывает на неопределенности и хроническом кризисе здравоохранения, так это страховые медицинские организации, фармацевтические компании, производители и реализаторы медицинских препаратов и техники, представители рекламных агентств, продвигающие бренды клиник, фармацевтической и медико-технической продукции.

С противоположной стороны, стратегии потребления медицинской помощи, не говоря уже о стратегиях здоровьесбережения, очень слабо адаптированы к неолиберальным преобразованиям. Во-первых, российскому обществу нет дела до модели здравоохранения, для него существует «платная» и «бесплатная» медицинская помощь. Причем первая в общественном сознании особо и не разделяется на легальную и нелегальную. Во-вторых, ценность здоровья и опасность болезни только декларируются, но реальных шагов по достижению желаемого и предотвращению кризисных состояний в национальном масштабе не предпринимается. В-третьих, очевиден диссонанс между границами личной ответственности и ответственностью других агентов, прежде всего – государства и медицинского сообщества, в создании условий для полноценного удовлетворения потребности в здоровье в пространстве профессионального сектора медицины.

Таким образом, доступность медицинской помощи лимитируется не только на системном, но и на поведенческом уровне, на уровне сознания типичного потребителя, номинальной социальной группы и общества.

Позитивизация стратегий потребления медицинской помощи представляет собой комплекс социальных механизмов формирования оптимальных условий взаимодействия заинтересованных агентов, нацеленных на поддержание, сохранение и улучшение индикаторов здоровья отдельного человека и общества в целом. Следует отметить, что позитивизация стратегий потребления медицинской помощи невозможна без соблюдения ряда условий и норм, которые под силу создать и установить государству, так как только социальный институт государства обладает правом законодотворчества и легитимного принуждения.

Мы предлагаем следующие меры позитивизации стратегий потребления медицинской помощи:

- детализировать зоны ответственности всех агентов (государства, медицинских организаций, потенциальных пациентов) и конкретизировать гарантии бесплатной медицинской помощи, при этом стимулируя разработку локальных (на уровне медицинской организации) стандартов оказания медицинской помощи в интересах обеспечения конкуренции бюджетных и частных медицинских организаций;

- ликвидировать страховые медицинские организации в сфере обязательного медицинского страхования, передав все организационно-финансовые полномочия Федеральному и Территориальным фондам обязательного медицинского страхования для оптимизации процессов управления финансовыми потоками;

- разрешить страховым медицинским организациям вести деятельность только в сфере добровольного медицинского страхования и запретить частным медицинским организациям вести деятельность в сфере обязательного медицинского страхования в интересах аккумулирования финансовых средств в бюджетных медицинских организациях;

- переподчинить все муниципальные бюджетные медицинские организации Территориальным фондам обязательного медицинского страхования и региональным министерствам здравоохранения, делегировав и сосредоточив все полномочия (организационно-финансовые, экспертные, надзорные) в «одних руках» для расширения сферы ответственности полномочных агентов государства и усиления рычагов воздействия на медицинские организации;

- установить предельный объем прямых официальных платежей по основным классам заболеваний для каждой доходной, возрастной и социально-статусной группы (например, для обучающихся, безработных, работающих и пенсионеров), а также для лиц, имеющих тяжелые хронические заболевания, кроме того, ввести прогрессивную шкалу отчисления индивидуальных страховых взносов в фонд обязательного медицинского страхования с целью сглаживания несправедливых социальных различий и увеличения объема средств в фондах;

- обязать крупных и средних предпринимателей (работодателей) за свой счет заключать коллективные договоры добровольного медицинского страхования сотрудников, занимающихся потенциально опасными для здоровья видами профессиональной деятельности, а также обязать всех работодателей страховать за свой счет работников, являющихся иностранными подданными, с целью экономии средств фондов обязательного медицинского страхования;

- обеспечить право личности либо ее официальных представителей (например, родителей ребенка) на отказ от участия в программе обязательного медицинского страхования при условии их участия в программах добровольного медицинского страхования для того, чтобы стимулировать развитие сектора индивидуального добровольного медицинского страхования;

- запретить рекламу медицинских препаратов, медицинской техники во всех средствах массовой коммуникации и расширить перечень препаратов, отпускаемых строго по рецепту врача, ужесточить контроль над их оборотом с целью снижения частоты практик безответственного самолечения;

- учредить в каждой поликлинике институт «удаленного врача» общей практики, оказывающего консультации прикрепленному к медицинской организации контингенту посредством телекоммуникационной сети Интернет в интересах уменьшения нагрузки на участковых терапевтов и других врачей;

- ввести в базовую часть федеральных государственных образовательных стандартов дисциплины, направленные на воспитание экономической, правовой и медико-социальной грамотности общества в сфере здравоохранения. Такими дисциплинами могут быть: социология здравоохранения и медицины, теория общественного здоровья, психология здоровья, экономика здравоохранения, биоэтика, социальная медицина.

Вместе с тем нужно учитывать, что усиление государственного контроля – это необходимая, но временная мера, поскольку в сфере медицинского обеспечения избытка финансовых ресурсов никогда не было и не будет. Возврат к социалистической модели здравоохранения невозможен и опасен, он грозит стагнацией отрасли в плане ее эффективности, ибо стимулы к модернизации системы медицинского обеспечения в бюджетной модели крайне слабы.

Ссылки:

1. Парсонс Т. О социальных системах. М., 2002. 832 с.
2. Фуко М. Рождение клиники. М., 2010. 252 с.
3. Бодрийяр Ж. Общество потребления. М., 2006. 272 с.
4. Andersen R., Davidson P. Improving access to care in America: individual and contextual indicators // *Changing the U.S. Health Care System: Key Issues in Health Services Policy and Management* / R. Anderson, T. Rice, G. Kominski. San Francisco, 2007. P. 3–31.
5. Gulliford M. Modernizing concepts of access and equity // *Health Economics, Policy and Law*. Cambridge, 2009. Vol. 4 (02). P. 223–230.
6. Ensor T., Cooper S. Overcoming barriers to health service access: influencing the demand side // *Health Policy and Planning*. Oxford, 2004. № 19 (2).
7. Graves B.A. A model for assessment of potential geographical accessibility: A Case For GIS // *Online Journal of Rural Nursing and Health Care*. 2009. Vol. 9. № 1. P. 46–55.
8. Wu X., Ramesh M. Health care reforms in developing Asia: propositions and realities // *Development and Change*. 2009. № 40 (3). P. 531–549.
9. Yazbeck A.S. *Attacking inequality in the health sector: A synthesis of evidence and tools*. Washington, 2009. 336 p.
10. Лисицын Ю.П. Общественное здоровье и здравоохранение. М., 2010. 507 с.
11. Улумбекова Г.Э. Здравоохранение России. Что надо делать: научное обоснование «Стратегии развития здравоохранения РФ до 2020 года». М., 2010. 592 с.
12. Модернизация здравоохранения: новая ситуация и новые задачи / под ред. И.М. Шеймана, С.В. Шишкина. М., 2010. 232 с.
13. Решетников А.В. Социология медицины : руководство. М., 2010. 864 с.
14. Тощенко Ж.Т. Парадигмы, структуры и уровни социологического анализа // *Социологические исследования*. 2007. № 9. С. 5–16.
15. 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.

References:

1. Parsons, T 2002, *On social systems*, Moscow, 832 p.
2. Foucault, M 2010, *Birth of the Clinic*, Moscow, 252 p.
3. Baudrillard, J 2006, *Consumer society*, Moscow, 272 p.
4. Andersen, R & Davidson, P 2007, 'Improving access to care in America: individual and contextual indicators', in Anderson, R, Rice, T & Kominski, G, *Changing the US Health Care System: Key Issues in Health Services Policy and Management*, San Francisco, p. 3-31.
5. Gulliford, M 2009, 'Modernizing concepts of access and equity', *Health Economics, Policy and Law*, Cambridge, vol. 4 (02), p. 223-230.
6. Ensor, T & Cooper, S 2004, 'Overcoming barriers to health service access: influencing the demand side', *Health Policy and Planning*, Oxford, no. 19 (2).
7. Graves, BA 2009, 'A model for assessment of potential geographical accessibility: A Case For GIS', *Online Journal of Rural Nursing and Health Care*, vol. 9, no. 1, p. 46-55.
8. Wu, X & Ramesh, M 2009, 'Health care reforms in developing Asia: propositions and realities', *Development and Change*, no. 40 (3), p. 531-549.
9. Yazbeck, AS 2009, *Attacking inequality in the health sector: A synthesis of evidence and tools*, Washington, 336 p.
10. Lisitsyn, YP 2010, *Public health and health care*, Moscow, 507 p.
11. Ulumbekova, GE 2010, *Health in Russia. What to do: The Scientific Basis "Strategy for the Development of Health of the Russian Federation until 2020"*, Moscow, 592 p.
12. Sheyman, IM & Shishkin, SV (ed.) 2010, *Modernisation of health: the new situation and new tasks*, Moscow, 232 p.
13. Reshetnikov, AV 2010, *Sociology of medicine: a guide*, Moscow, 864 p.
14. Toshchenko, ZT 2007, 'Paradigms, structures and levels of sociological analysis', *Sociological studies*, no. 9, p. 5-16.
15. Lubskiy, AV 2008, 'Cognitive situation in the social and human cognition', *Bulletin of Adyghe State University. Series 1: Regional Studies: philosophy, history, sociology, law, political science, cultural studies*, no. 8, p. 14-19.