

УДК 316.74:61

ББК С561.6

## **ОСОБЕННОСТИ ПРОИЗВОДСТВА И ПОТРЕБЛЕНИЯ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

*Н.В. Нарская*

В современной России рынок медицинских услуг характеризуется полнокровностью унаследованной у СССР системы планового, централизованного производства медицинских услуг, коллективного и принудительного их потребления, сосуществованием патерналистской системы здравоохранения с рыночной системой спроса и предложения медицинских услуг, неравенством в потреблении медицинских услуг, обусловленным различием социальных статусов пациентов.

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

В современной России рынок медицинских услуг характеризуется рядом особенностей. Особо важными представляются следующие: во-первых, полнокровность унаследованной у СССР системы планового, централизованного производства медицинских услуг, коллективного и принудительного их потребления. Во-вторых, сосуществование патерналистской системы здравоохранения с рыночной системой спроса и предложения медицинских услуг. В-третьих, неравенство в потреблении медицинских услуг, обусловленное различием социальных статусов пациентов. Краткое рассмотрение этих особенностей стало задачей данного текста.

### *Наследие советской системы медицинских услуг*

А. Вишневецкий, подробно описывая борьбу за увеличение продолжительности жизни в XX веке в таких странах как СССР, США, Япония, Франция и др., говорит об успехах в решении этой проблемы в середине века благодаря определенной патерналистской стратегии борьбы за здоровье и жизнь человека [1]. Она была основана на массовых профилактических мероприятиях, которые не требовали самостоятельной активности и ответственности от самого индивида. В 60-е годы в богатых и развитых странах эта стратегия себя исчерпала и наступил новый период, «второй эпидемиологический переход», в котором в центре врачебного внимания оказались заболевания неинфекционного происхождения. Была выработана новая стратегия и новый тип профилактики, направленные на борьбу с онкологическими заболеваниями и болезнями сердечно-сосудистой системы. Эта стратегия предполагала ответственное, сознательное и активное отношение к своему здоровью самого человека. На здравоохранение в этих государствах выделялись значительные средства.

В СССР ситуация оказалась сложнее. Он не смог осуществить «второго эпидемиологического перехода», вследствие чего показатели продолжительности жизни в 60-е годы стали значительно ниже западных и продолжали неумолимо снижаться. Становится понятным, считает А. Вишневский, что к концу 80-х годов растущее отставание СССР от мировых успехов в борьбе за продолжительность жизни – не случайность, а проявление глубокого кризиса системы здравоохранения вследствие укорененных в ней отсталых, консервативных принципов социального взаимодействия. Существовавшая уравнилельно-патерналистская система стала препятствием в борьбе за сохранение здоровья и продление жизни.

#### *Существование двух систем здравоохранения*

По мнению Т.И. Заславской, в настоящее время в России действует две крупные и относительно независимые стратификационные системы. Это, во-первых, сословно-корпоративная система ролей и статусов в государственном секторе, которая базируется на социальной дифференциации, задаваемой традиционными институтами [2]. Имеются в виду исторически сложившиеся различия между городом и селом, малыми и крупными городами, разными регионами страны, отраслями экономики, ступенями должностной иерархии. Во-вторых, это формирующаяся в частном секторе система стратификации, в основе которой – позиции субъектов в структуре отношений собственности и на рынке труда. При этом значительная часть граждан в силу неустойчивости и неопределенности их статуса фактически выпадает из системы существующих страт, что препятствует однозначному отнесению их к одной из двух стратификационных систем.

Как мне представляется, приведенный выше тезис о двух системах социального неравенства может быть плодотворно использован для описания двух систем здравоохранения в современной России. Патерналистская система здравоохранения представлена государственными программами и кампаниями по профилактике болезней и сохранению здоровья населения, министерством здравоохранения, медицинской и фармацевтической промышленностью, государственной аптечной сетью, системой государственных клиник, лечебниц и санаториев и т.д.

Рыночная система здравоохранения возникает в постсоветский период и на настоящий момент является полноценной альтернативой государственной медицине. Она представлена частными клиниками, предприятиями, центрами по сохранению и укреплению здоровья различного профиля и другими лечебными учреждениями и организациями, связанными со здоровьем и здоровьесбережением населения.

Существование этих двух систем закладывает основы социального неравенства в области здравоохранения, которое закрепляется благодаря неравенству социальных статусов пациентов.

### *Неравенство в потреблении медицинских услуг*

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

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

Положительные результаты в профилактике, лечении и поддержании здоровья, несомненно, зависят не только от институтов здравоохранения, но и от активности, уровня грамотности и знаний пациента, причем речь идет не только и не столько о знаниях медицинских. В современном мире при существующих возможностях использовать для поиска необходимой информации интернет и другие СМИ, пациент при желании получает доступ к информации профессионалов, которой обладает врач как эксперт. Степень информированности пациента влияет на его взаимодействие с доктором и на ход обследования и лечения. В настоящее время можно вести речь об отношениях между пациентом как экспертом повседневного медицинского знания – «экспертом повседневности» [5], который при обращении к доктору должен правильно описывать симптомы, и врачом – экспертом-профессионалом, способным грамотно и эффективно применять свои профессиональные знания на практике. Эта модель взаимодействия между врачом и пациентом типологически относится ко второй форме со-

циальной стратификации, описанной Т.И. Заславской. Она характерна для современных обществ, основанных не на предписанных социальных статусах и ролях, а на рыночных отношениях. В здравоохранении это проявляется в возможности состоятельного пациента выбрать медицинское учреждение и лечащего врача. Тем самым, с одной стороны, создаются паритетные отношения и высокий уровень доверия между пациентом и врачом, а с другой – культивируется и закрепляется социальное неравенство между пациентами, обращающимися в разные секторы здравоохранения.

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

Таким образом, трансформация, которую претерпевает современное российское общество, ярко демонстрируется и институтом здравоохранения. Две системы здравоохранения сложно переплетены, в повседневной практике они дополняют друг друга, сосуществуют и востребованы в современном обществе. Однако проблемы продолжительности жизни в РФ, качества предоставляемых медицинских услуг как в государственных, так и в частных медицинских учреждениях, доверия между врачом и пациентом, решаются недостаточно эффективно и остаются актуальными.

Дальнейшее изучение заявленных проблем видится посредством детализированного анализа социальных практик, стратегий и тактик врачей и пациентов в обеих системах производства и потребления медицинских услуг, что особенно важно в связи с тем, что многие врачи задействованы и в той, и в другой системе. Пациенты также зачастую пользуются услугами и государственной и частной медицины, при этом актуальными остаются также проблемы самолечения и обращения к нетрадиционной медицине.

#### Библиографический список

1. Вишневский, А.Г. Серп и рубль: Консервативная модернизация в СССР / А.Г. Вишневский. – М.: ОГИ, 1998. – 432 с.

2. Заславская, Т.И. Современное российское общество: Социальный механизм трансформации: Учебн. пособие / Т.И. Заславская. – М.: Дело, 2004. – 400 с.

3. Аронсон, П. Стратегии обращения за медицинской помощью и социальное неравенство в современной России / П. Аронсон // Здоровье и доверие: гендерный подход к репродуктивной медицине: сб. ст. / под ред. Е. Здравомысловой и А. Темкиной. – СПб.: Издательство Европейского университета, 2009. – С. 155–178.

4. Имеется в виду выдвинутый британским евро-марксистом Э. Томпсоном на основе изучения протеста низов в Англии Нового времени концепт, согласно которому восприятие, придание смысла и поведение низших слоев общества в отношении таких экономических категорий как труд, интерес, прибыль, собственность, богатство и проч. может ориентироваться не на экономические, а на моральные категории. См.: Tompson, E.P. The Moral Economy of the English Crowd in the 18<sup>th</sup> Century / E.P. Tompson // Past and Present. – 1971. – P. 76–136.

5. Герасимова, М. Статус пациентки и гендер врача в медицинском взаимодействии / М. Герасимова // Здоровье и интимная жизнь: социологические подходы: сборник статей / под ред. Е. Здравомысловой, А. Темкиной. – СПб.: Издательство Европейского университета, 2011. – С. 102–128.