

## Социальные модели потребления медицинской помощи в контексте трансформации института здравоохранения в современной России

*Н.А. Вялых*

*Южный федеральный университет*

**Аннотация:** Статья посвящена проблеме социального моделирования потребления медицинской помощи в российском обществе. Потребление медицинской помощи рассматривается как динамическое взаимодействие различных переменных и акторов системы медицинского обеспечения в социальном контексте. Целью работы является теоретическая реконструкция потенциальных стратегий медицинского поведения. Автор приходит к выводу об обусловленности моделей потребления медицинской помощи социально-экономической трансформацией российского здравоохранения на рубеже веков.

**Ключевые слова:** потребление, медицинская помощь, социальные модели, стратегии поведения, институт здравоохранения, трансформация, доступность медицинской помощи.

Последние два десятилетия система медицинского обеспечения и российское здравоохранение в целом переживают затяжной хронический кризис. Такое положение дел сложилось по нескольким причинам, во-первых, из-за социетальной трансформации российского общества, во-вторых, из-за изменения «правил игры» в институциональном поле здравоохранения, и, как следствие, в-третьих, из-за противоречивости и многовекторности здравоохранительного поведения – социального действия, направленного на сохранение, поддержание и улучшение здоровья, включая бездействие и отрицательную медицинскую активность (потенциально контрпродуктивное для здоровья действие). Представляется, что интегральным показателем эффективности института здравоохранения и его медицинской подсистемы являются не только данные о продолжительности жизни и смертности населения, исходе медицинских вмешательств, мощностях медицинских организаций, но и потребления медицинской помощи.

---

Целью статьи является теоретический анализ моделей потребления медицинской помощи в контексте трансформационных процессов в сфере российского здравоохранения. Для достижения указанной цели нам потребуется, прежде всего, наполнить авторским содержанием центральное понятие «потребление медицинской помощи», доказать необходимость социального моделирования стратегий потребления медицинской помощи, проиллюстрировать типические модели потребления медицинской помощи в современном российском обществе.

По словам М. Д. Розина и В. П. Свечкарева, практика модельного подхода показывает, что наиболее значимыми и, в то же время, наиболее сложными являются «задачи анализа и прогнозирования развития процессов социально-экономического взаимодействия», поскольку подобного рода задачи «связаны с прогнозом достижения долгосрочных целей путем адаптации к изменениям внешней среды» [1]. Полагаем, что потребление медицинской помощи относится к сложному и трудно предсказуемому типу социально-экономического взаимодействия, что, впрочем, не снижает актуальности его моделирования и эмпирического анализа.

Сегодня в России происходит непростая и в то же время драматичная трансформация системы медицинского обеспечения в рынок медицинских услуг. Медицинская помощь, являющаяся общественным благом, становится медицинской услугой, товаром, который можно прорекламирровать, продать и купить. Из-за неадаптированности и неготовности большинства россиян к новациям в сфере здравоохранения рождается новый вид социальной дифференциации – дифференциация в доступе к эффективной и адекватной медицинской помощи.

При анализе феномена потребления медицинской помощи, и его социальных моделей, мы будем опираться на многофакторную модель детерминированности здоровья, складывающуюся, согласно

---

Н. Х. Гафиатулиной, из тесно взаимосвязанных и взаимообусловленных институциональных, системных (внешних) и рефлексивных (внутренних) факторов [2].

Очевидно, что каждый человек действует в соответствии с определенной внутриличностной жизненной стратегией. Однако жизненная стратегия, в частности такой ее специфический вид как стратегия потребления медицинской помощи, не всегда рефлексивируется, но при необходимости, человек всегда сможет объяснить логику своих действий или бездействий, дать оценку своим поступкам. Даже отсутствие какой-либо стратегии поведения по отношению к собственному здоровью – уже стратегия, по крайней мере, с позиции исследователя. Это, своего рода, «конативный модусный компонент социального здоровья» [3], выражающий готовность к действиям, предрасположенность к выбору тех или иных стратегий потребления медицинской помощи, их гибкости и вариативности в зависимости от социокультурной ситуации.

Потребительский выбор в сфере медицинского обеспечения – более глубокий процесс, чем заурядное целерациональное соотнесение цены и качества медицинской услуги. Сущностью стратегий потребления медицинской помощи является не столько ожидание конкретного результата своих действий, сколько сама траектория движения к желаемому состоянию, подвергающаяся постоянной корректировке с учетом влияния институциональных и системных факторов и ограничителей, например, низкой финансовой, организационной и информационной доступностью медицинской помощи, а также самооценки статуса здоровья.

Важное методологическое значение для нашего исследования имеет поведенческая модель R. M. Andersen, включающая контекстуальные и индивидуальные измерения потребления медицинских услуг [4]. Под контекстуальными параметрами понимаются условия и среда потребления

---

медицинской услуги: национальная политика в области здравоохранения; уровень образования социума; этническая структура общества; организационные ресурсы и культурные нормы; условия жизни. Можно сказать, что контекст – это совокупность внешних по отношению к обществу и человеку условий, которые предрасполагают или не предрасполагают к получению медицинской услуги. Не менее важными, согласно R. M. Andersen, являются индивидуальные характеристики: гендер, возраст, доход, профессия, этническая принадлежность, самооценка здоровья и чуткость по отношению к персональному статусу здоровья, образ жизни, потребности, особенности коммуникативного взаимодействия в системе «врач – пациент», поведенческие паттерны. Индивидуальные характеристики показывают, каким образом социальные факторы определяют возможности и способности человека удовлетворять медицинские потребности.

Исследование механизмов поведения личности в кризисной ситуации заболевания (недомогания) тесно связано с понятием копинг-стратегии. Под копинг-стратегиями понимается «психологическое преодоление или совладание, включающее комплекс способов и приемов преодоления дезадаптации и стрессовых состояний, многообразные формы активности человека, охватывающее все виды взаимодействия субъекта с задачами внешнего или внутреннего характера, с трудностями, которые необходимо разрешить, избежать, взять под контроль или смягчить» [5, с. 78]. Следует отметить, что разработчики теории копинг-стратегии рассматривали не просто формы и особенности реагирования личности на стрессовые ситуации, а динамические аспекты взаимодействия между человеком и контекстом кризисной ситуации [6].

Классическая модель «карьеры болезни» содержит пять ключевых стадий поведения больного [7, с. 11-12]:

– стадия осознания человеком ненормального (непривычного) состояния. На данном этапе индивид понимает, что с ним что-то не так, и признает факт заболевания;

– стадия принятия роли больного, на которой потенциальные пациенты обращаются за помощью, советом к членам референтных групп с целью облегчения симптомов, либо социального подтверждения факта болезни;

– стадия оказания профессиональной медицинской помощи. Заболевшие актеры принимают решение о поиске «научной» квалифицированной помощи для того, чтобы легитимировать свою «роль больного»;

– стадия принятия роли «зависимого» пациента. На данном этапе пациент делегирует право управления своим здоровьем специалистам;

– стадия восстановления и/или реабилитации. На заключительном этапе человек отказывается от роли больного и возвращается к нормальному состоянию.

В духе парсоновской концепции роли больного данная модель апеллирует к социальной детерминированности поведения во время болезни. Стоит отметить, что это идеалистический функциональный взгляд на проблему потребления медицинской помощи, ибо в реальности больной (или болезнь) не всегда проходят все стадии. Действительно, осознание потребности не подразумевает обязательного перехода потребителя к процессу принятия решения, поскольку многое зависит от степени дивергенции фактического состояния (текущей ситуации потребителя) и желаемого состояния (ситуацией, в которой потребителю хотелось бы оказаться).

Итак, проанализировав теоретико-методологические основания исследования, мы считаем возможным обозначить следующие модели потребления медицинской помощи в российском обществе: ретритистская

---

модель, инерционная модель, целерациональная модель. Выделение данных моделей, конечно, условно, но в то же время, оно необходимо для прогнозирования медицинской активности общества.

1. Ретритистская модель предполагает «бегство», либо уклонение человека от конструктивного решения проблемы со здоровьем. Р. Мертон писал, что бегство как разновидность адаптационной стратегии, являющаяся скорее формой девиантного поведения, рождается «из постоянных неудач в стремлении приблизиться к цели законными средствами и из неспособности прибегнуть к незаконным способам в силу интернализованных запретов ... Конфликт разрешается устранением обоих досаждающих элементов: и целей, и средств. Бегство завершено, конфликт устранен, индивид выключен из общества» [8, с. 267].

Данные Российского мониторинга экономического положения и здоровья населения (РЭМЗ) 22-й волны говорят о том, что 76,5 % респондентов не показывалось медицинскому работнику для профилактического осмотра, не испытывая симптомов болезни в течение года [9]. Чтобы решить проблемы со здоровьем (которые возникали у опрошенных в течение 30 дней до опроса, всего – 7069 чел.) 38,7 % респондентов обращались в медицинские учреждения или просто к медработникам за стоматологической и нестоматологической помощью, 61 % – не обращались к медработникам, занимались лечением самостоятельно. В целом россияне крайне редко посещают врачей: 36 % – два-три раза в течение года, 27,4 % – реже одного раза в год, 22,3 % – один раз в течение года, 9,5 % – один раз в месяц и 3,4 % – несколько раз в месяц. Стоит отметить, что 86 % опрошенных не пропустило сколько-нибудь рабочих или учебных дней по болезни в течение года.

С одной стороны, национальная черта стоицизма относительно своего здоровья является социокультурным барьером обращения за медицинской

---

помощи, с другой стороны, финансовые и организационные ограничения доступности медицинской помощи задают тональность медицинской активности российского общества.

2. Инерционная модель подразумевает ориентацию потребителя медицинской помощи на устоявшиеся ценности, традиции, привычки по отношению к здоровью и болезни. Эти традиции могут быть как локальными, специфичными для конкретной социальной группы, например семьи, так и региональными, свойственными крупным социальным общностям вроде этноса, нации, города, региона и пр. «Традиционалисты» не склонны просчитывать свои действия в сфере потребления медицинской помощи, действуют так, как они привыкли, как им удобно и приятно в эмоциональном плане [10]. По замечанию И. В. Журавлевой, сегодня в России «объектом социальной политики в сфере общественного здоровья являются массовые заболевания и группы людей, подверженные им. Здоровый человек и здоровое население находятся вне сферы внимания здравоохранения до тех пор, пока у них не появятся заболевания», кроме того в условиях патерналистского характера советского здравоохранения сформировалась национальная черта российского общества делегировать приоритет ответственности за свое здоровье внешним обстоятельствам и агентам [11].

Результаты социологического опроса, проведенного автором методом анкетирования в 2014 г. (г. Ростов-на-Дону, N=766) отчасти подтверждают данный тезис: половина опрошенных (50,3 %) считает, что сам человек несет основную ответственность за свое здоровье, 21,5 % респондентов полагают, что государство играет решающую роль в данной сфере, 16,2 % голосов отдано за вариант «медицинские организации и медицинский персонал». Гораздо реже упоминались страховые медицинские организации (9,5 %) и работодатели (2,2 %).

---

3. Целерациональная модель указывает на выбор наиболее рационального, на взгляд потребителя, способа удовлетворения медицинской потребности. Отличительным признаком целерациональной стратегии является ее высокореклексивный характер. Пожалуй, это самый эффективный тип поведения с точки зрения положительного исхода заболевания, поскольку человек планомерно и последовательно движется к достижению своей цели, используя любые доступные средства, даже такие неформальные, как личные связи, знакомства и неофициальные платежи медицинским работникам. Согласно результатам опроса, почти каждый второй житель г. Ростова-на-Дону (42,6 %) прибегал к теневой оплате медицинской помощи. Причем треть респондентов оплачивающих медицинскую помощь неформально (30,3 %) делала это по собственной инициативе. Для четверти опрошенных (24,7 %) инициатором «прямых» платежей был медицинский работник. Почти каждый пятый платил также по собственной инициативе, но руководствуясь советами других пациентов (18,2 %) или советами близких, знакомых людей (17,7 %). В 9,1 % случаев неформальные платежи совершались с подачи сотрудников медицинских организаций, не являющихся непосредственными провайдерами (например, лечащими врачами), но выступающими, по всей видимости, в роли посредников.

Сегодня, как и в эпоху советского здравоохранения, значимую роль играет социальный капитал пациента, поскольку финансовая возможность оплатить медицинскую услугу еще не гарантирует приемлемое качество и положительный исход обращения к врачу. Согласно полученным нами данным, 58,2 % горожан, включая членов их семей, приходилось в течение года использовать знакомства, личные связи с целью получения необходимой медицинской услуги. Важным показателем рациональности медицинской активности является наличие у потребителя семейного доктора, то есть

---



более-менее постоянного для пациента врача общей практики, который фокусировано решает медицинские проблемы своих подопечных. Добытые в ходе опроса данные свидетельствуют о том, что более половины ростовчан (54,6 %) не имеют постоянного врача в поликлинике по месту жительства, с которым они могут советоваться по всем или многим вопросам своего здоровья. Поразительно, но наличие/отсутствие постоянного врача совсем не зависит от того, есть ли у респондентов хронические заболевания (подтвержденные врачебным диагнозом) или нет.

Подводя итоги проведенного анализа, стоит еще раз отметить, что любая модель – это идеализированное отражения реального объекта, и не всякую цепь поведенческих актов потребления медицинской помощи можно вписать в тот или иной теоретический конструкт. Вместе с тем это не отменяет важности социального моделирования различных форм медицинской активности российского общества для выработки адекватной и взвешенной государственной социальной политики в сфере здравоохранения.

Потребности общества являются предпосылкой возникновения и функционирования социальных институтов, в том числе института здравоохранения. Сегодня наблюдается обратная ситуация: взгляд института здравоохранения «сверху» на потребность. Пока не изменится патриархальный характер системы здравоохранения в единстве ее подсистем, мы будем и дальше наблюдать нарастание дисфункциональных явлений и ухудшение общественного здоровья в России.

### **Литература**

1. Розин М.Д., Свечкарев В.П. Проблемы системного моделирования сложных процессов социального взаимодействия // Инженерный вестник Дона, 2012, №2 URL: [ivdon.ru/ru/magazine/archive/n2y2012/846](http://ivdon.ru/ru/magazine/archive/n2y2012/846).

2. Гафиатулина Н.Х. Многофакторная модель детерминированности социального здоровья молодежи российского общества // Инженерный вестник Дона, 2014, №3 URL: [ivdon.ru/ru/magazine/archive/n4y2014/2596](http://ivdon.ru/ru/magazine/archive/n4y2014/2596).

3. Гафиатулина Н.Х. Интегративная модель социального здоровья студенческой молодежи: теоретико-методологическое обоснование исследования // Инженерный вестник Дона, 2014, №3 URL: [ivdon.ru/ru/magazine/archive/n3y2014/2501](http://ivdon.ru/ru/magazine/archive/n3y2014/2501).

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 / Edited by R. Anderson, T. Rice, G. Kominski. San Francisco: Jossey-Bass, 2007. pp. 3-31.

5. Feldman I. L. of Particular coping strategies and defense mechanisms in health workers // Psychology. 2012. №3 (43). pp. 78-82.

6. Lazarus R.S., Folkman S. Stress, appraisal and coping. New York: Springer, 1984. 456 p.

7. Young J.T. Illness behaviour: a selective review and synthesis // Sociology of Health & Illness. 2004. Vol. 26. №.1. pp. 1-31.

8. Мертон Р. Социальная теория и социальная структура. М., 2006. 873 с.

9. Российский мониторинг экономического положения и здоровья населения НИУ-ВШЭ, 2013. URL: [cpc.unc.edu/projects/rlms/](http://cpc.unc.edu/projects/rlms/); [hse.ru/rlms](http://hse.ru/rlms).

10. Ганскау Е.Ю. Стратегии потребительского поведения семьи: На примере потребления продовольственных товаров: дисс. ... канд. социол. наук. Спб., 2001. 178 с.

11. Журавлева И.В. Почему не улучшается здоровье россиян? // Вестник Института социологии. 2013. № 6. С. 163-176.

### References

1. Rozin M.D., Svechkarev V.P. Inzhenernyj vestnik Dona (Rus), 2012, №2 URL: [ivdon.ru/ru/magazine/archive/n2y2012/846](http://ivdon.ru/ru/magazine/archive/n2y2012/846).



2. Gafiatulina N.H. Inzhenernyj vestnik Dona (Rus), 2014, №3 URL: [ivdon.ru/ru/magazine/archive/n4y2014/2596](http://ivdon.ru/ru/magazine/archive/n4y2014/2596).
3. Gafiatulina N.H. Inzhenernyj vestnik Dona (Rus), 2014, №3 URL: [ivdon.ru/ru/magazine/archive/n3y2014/2501](http://ivdon.ru/ru/magazine/archive/n3y2014/2501).
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 / Edited by R. Anderson, T. Rice, G. Kominski. San Francisco: Jossey-Bass, 2007. pp. 3-31.
5. Feldman I. L. of Particular coping strategies and defense mechanisms in health workers // Psychology. 2012. №3 (43). pp. 78-82.
6. Lazarus R.S., Folkman S. Stress, appraisal and coping. New York: Springer, 1984. 456 p.
7. Young J.T. Illness behaviour: a selective review and synthesis // Sociology of Health & Illness. 2004. Vol. 26. №.1. pp. 1-31.
8. Merton R. Social'naja teorija i social'naja struktura [Social theory and social structure]. M., 2006. 873 p.
9. Rossijskij monitoring jekonomicheskogo polozhenija i zdorov'ja naselenija NIU-VShE [The Russia Longitudinal Monitoring Survey RLMS-HSE], 2013. URL: [cpc.unc.edu/projects/rlms/](http://cpc.unc.edu/projects/rlms/); [hse.ru/rlms](http://hse.ru/rlms).
10. Ganskau E.Y. Strategii potrebitel'skogo povedenija sem'i: Na primere potreblenija prodovol'stvennyh tovarov [Strategy consumer behavior family: the case of food consumption]: dissertation ... candidate in sociology. SPb., 2001. 178 p.
11. Zhuravleva I.V. Vestnik Instituta sociologii. 2013. № 6. pp. 163-176.