

## **«Служить, а не обслуживать»: социальное конструирование рынка стоматологических услуг (случай г. Москвы)<sup>1</sup>**

### **Введение**

Какого игрока лучше купить футбольному клубу? Сколько нужно заплатить суррогатной матери, чтобы она выносила Вашего ребенка, и какую из предлагающих такие услуги женщин лучше выбрать? Стоит ли купить почку у неопознанного донора, или лучше дождаться ситуации, где покупку удастся согласовать с родственниками умершего? Эти и многие иные вопросы, еще недавно, показавшиеся бы кошунственными, сегодня обретают практический характер.

Процесс маркетизации предполагает, что многие блага, ранее попадавшие в разряд заблокированных к обмену, если использовать термины Майкла Уйолцера, сегодня переходят в форму рыночного товара (Walzer 1983). Вокруг них выстраиваются новые рынки.

В разные исторические периоды в категорию не предназначенных для рыночного обмена попадают различные блага. Последнее не обязательно означает, что соответствующих рыночных обменов не происходит, но скорее то, что эти обмены категоризируются как криминальные и санкционируются государством и обществом (Hughes 2000). Так, например, до Протестантской Реформации церковь имела право на продажу индульгенций (Zelizer 2000). До конца XIX века во многих развитых странах отсутствовали ограничения на эксплуатацию детского труда, и т.д. (Zelizer 1994). Маркетизация оказывается особенно противоречивой, когда затрагивает блага высокой социальной важности. И, тем не менее, если в середине 20 века коммодификация таких благ являлась объектом социальной критики, направляемой, главным образом, идеями марксизма, то в начале 21 века этот процесс становится предметом исследования. И дело не в абстрактных разговорах об экспансии рынков, а в социальных и культурных изменениях, которые делают возможным переход обмена определенного рода благ из разряда заблокированного в статус легитимных сделок. Этот переход связан с преодолением устоев прежнего социального порядка и развитием устоев порядка нового. И именно эта смена устоев не может быть проигнорирована социологами.

Минуя стадию социального резонанса, экономика и культура находят компромисс на практике (Timmermans, Almeling, 2009). И внимание социологов обращается к тем социальным и культурным изменениям, которые делают возможным переход обмена определенного рода благ из разряда заблокированного в статус легитимных сделок. Получению сведений о закономерностях процессов маркетизации социально запутанных (contested) благ, предшествует накопление данных о процессах маркетизации на отдельных рынках. Данная статья вносит вклад в эту исследовательскую область. Ставя в фокус исследования сопряженные с человеческим телом и здоровьем стоматологические услуги, мы попытаемся разобраться в том, как устроены рынки благ с высокой социальной ценностью.

---

<sup>1</sup> Данная статья подготовлена в рамках реализации проекта № 11-01-0162 ««Не больно ли дорого?»: восприятие цен пациентами в коммерческой стоматологии г. Москвы (социологический анализ)», выполненного в рамках Программы «Научный фонд НИУ ВШЭ» в 2012–2013 гг.

Цель нашего исследования состояла в том, чтобы выявить социальные механизмы маркетизации жизненно-важных благ на примере стоматологических услуг. Это потребовало решения двух задач. Во-первых, необходимо было выявить границы стоматологической услуги как рыночного продукта, прояснить аспекты ее содержания, вносящие вклад в формирование ее стоимости и понять, насколько консистентным это содержание является, если сравнивать взгляд на него со стороны поставщиков стоматологических услуг и их потребителей- пациентов. Во-вторых, выявить содержание социальных конвенций и способы, нормализующие функционирование стоматологии как области медицины, в фокусе которой находятся тело и здоровье человека, в рыночном формате.

Структура наших рассуждений будет следующей. Вначале мы кратко опишем теоретические идеи, задающие точку отсчета для нашего исследования. Далее остановимся на характере используемых нами эмпирических данных. Учитывая, что исследование носило скорее этнографический характер, направленный на получение плотного описания процесса маркетизации сопряженных со здоровьем стоматологических услуг, основное содержание статьи составляет описание полученных эмпирических результатов. В первую очередь мы остановимся на том, как в настоящее время на московском стоматологическом рынке понимается сама идея здоровых зубов. После этого перейдем к описанию параметров, квалифицирующих стоматологическую услугу как рыночный продукт, акцентируя внимание на то, какое содержание этим параметрам приписывается акторами разного типа, главным образом, врачами и пациентами. Мы покажем, что характеристики стоматологической услуги могут быть разделены на технологические и отношенческие, причем то, как клиники, врачи и пациенты категоризируют те или иные параметры, не всегда совпадает. Рассмотрев эти противоречия, мы обратимся к механизмам, которые позволяют сдерживать их разрушительную, в первую очередь, в плане доверия между врачом и пациентом силу, и способствуют относительно успешному функционированию московского стоматологического рынка, предлагающего на продажу продукт, сопряженные с жизненно-важным благом – здоровьем. В заключение работы мы суммируем полученные результаты.

### **Теоретические основания работы**

В данной работе мы присоединяемся к исследователям, развивающим идею о том, что рынки представляют собой коллективные инструменты по достижению компромиссов по поводу того, что считается ценностью того или иного блага и при каких условиях оно может стать предметом рыночного обмена, то есть товаром [Beckert, Musselin 2013, Callon, Muniesa 2005].

В таком теоретическом ракурсе вопрос о происхождении того или иного рынка, это в первую очередь вопрос о том, в чем состоит ценность предлагаемого на нем товара и какими средствами ее содержание удастся трансформировать в денежную цену.

Уникальные блага с трудом могут быть регулярно обмениваемы друг на друга. Для того чтобы обмен благами был возможен важно, чтобы эти блага были сопоставимы друг с другом. [Копытофф 2006]. Блага должны быть на социальном уровне квалифицированы как товар.

Социальный статус товара, таким образом, – это достигаемый, социально конструируемый статус для блага. В разные исторические периоды, при разных социальных обстоятельствах благо может приобретать статус товара и терять его. Не

существует благ, которые всегда были, есть и будут товарами. Есть блага, которые в разное время становились товарами или переставали ими быть. Каким образом осуществляется социальная процедура перехода от блага к товару? Подобный переход осуществляется в две стадии. Для того чтобы перейти в стадию товара благо должны быть объективировано и сингуляризировано [Callon, Muniesa 2005].

Объективированность блага предполагает, что прежде чем стать товаром благо должно в определенном смысле стать «вещью», стабилизироваться в материальном мире. Необходимо представить данное благо в виде определенной совокупности свойств, как уже было сказано, определить его границы и характеристики. Благо должно найти воплощение в материальной форме, стать уловимым, поддающимся наблюдению, сравнению с другими вещами и измерению.

Что касается сингуляризации блага, то этот процесс указывает на то, что ценность товара для покупателя состоит в возможности преобразования его жизненного мира через приобретение в собственность этого товара. Благо должно быть переопределено как вещь, свойства которой позволяют ей встроиться в мир участников обмена, вызвать у них желание ее приобрести. Для этого будущий товар должен быть соотнесен с миром потенциального покупателя.

Таким образом, чтобы стать товаром, благо должно пройти процесс квалификации, в ходе которого ему будут присвоены определенные социально значимые характеристики, через совокупность которых оно впоследствии и будет определяться. В результате объективации и сингуляризации благо, а точнее товар, перестает выглядеть абсолютно уникальным и становится соизмеримым с другими благами-товарами. Благо становится калькулируемым.

Динамика современных рынков в сильной степени задается постоянным определением-переопределением (позиционированием) содержания, образа товаров [Callon, Muniesa 2005, Слейтер 2008]. Определение товара формирует рынок. «Рынки институционализируются и приобретают относительную устойчивость на основе относительно стабильных определений продуктов» [Слейтер 2008: 39].

Калькулируемость блага не возникает стихийно, но произведен от действий различных рыночных акторов. Производство образа рыночного товара, а значит, и рынка, представляет собой распределенный процесс, в который вовлечены не только субъекты, но и помогающие им в деле калькуляции объекты. Как следствие, ключевые рыночные процессы всецело зависят от организованных стратегий, используемых для квалификации благ различными акторами [Каллон, Меадель, Рабехарисоа 2008]. Важно при этом учитывать, что различные типы рыночных акторов обладают различными возможностями для участия в калькуляции, различным объемом рыночной власти. Благо производится в условиях калькуляционной асимметрии между разными типами акторов.

В той мере, в какой товар, как переменная величина, может быть использован как стратегический фактор в конкурентной борьбе за установление концепций рыночного контроля, приоритетная роль в социальном настраивании рыночных товаров чаще всего приписывается исследователями производителям, продавцам, и особенно, как подчеркивают Каллон и Муньеса, «рыночным профессионалам», т.е. маркетологам, дизайнерам, мерчендайзерам и т.п. Однако это не означает, что роль потребителей обычно минорна, но скорее связано с тем, что эмпирических исследований, которые бы одновременно освещали рынок и с точки зрения стратегии по квалификации товара, и с точки зрения того, какое отражение они находят в восприятии потребителей не так много, и потому представления потребителей и то, как они соотносятся с представлениями и

стратегиями производителей оцениваются по косвенным признакам. Тем не менее, высокий спрос на маркетинговые исследования априори подтверждает, что тем или иным образом продавцы пытаются учитывать мнения и реакции потребителей при управлении своими товарами на рынке. В это же время каждый индивид, работающий на стороне предложения, является и потребителем тоже [Marchand 1985]. Таким образом, как характеристики присваиваемые товару черпаются из знания о возможных потребностях человека, так и мир человека может быть целенаправленно конфигурирован, для того, чтобы в нем появились ранее неактуализированные или совсем новые потребности, которые и будет удовлетворять данный товар.

Считая центральным для формирования рынков процесс квалификации и калькуляции рыночного товара, необходимо принимать во внимание, что не всегда эти процессы на практике реализуются в идеальной форме. Противоречивость процесса социального конструирования рынка через пролиферацию спроса состоит в том, что зачастую его результатом оказывается проведение границ между тем, что поддается калькуляции и тем, что не может быть напрямую измерено в полной мере, и признание различия между самой процедурой рыночной оценки и суждениями и представлениями, формирующими ее. И здесь важным оказывается понимание критериев успешности маркетинга, способов фиксации того, в какой мере рынок состоялся.

Нужно сказать, что этому вопросу исследователи уделяют весьма мало внимания. Однако для нашего исследования, в фокусе которого находится рыночный продукт, сопряженный с благом высокой социальной ценности – здоровьем, он принципиален. В поиске ответа на него мы следуем идее о том, что апогеем маркетинга является присвоение благу денежной цены. В этом смысле именно цена рыночного продукта является главной болевой точкой процесса его маркетинга. За количественной логикой функционирования денежных цен скрывается качественный по своей сути механизм выстраивания различий между вещами, производства социальных значений и соотнесения с ними определённых логик поведения и ожиданий [Callon, Muniesa, 2005: 1231]. Технической калькуляции цен при помощи формул предшествуют процедуры приписывания им суждений (judgmental process), образующих смысловой каркас для интерпретации цены [Forsberg 2009: 267]. Цены репрезентируют социальный консенсус по поводу того, как должен происходить экономический обмен [Muniesa 2007: 381]. И за этой репрезентацией скрываются многочисленные социальные конвенции, удерживающие этот обмен в границах социальной допустимости. Для нас это означает, что там, где цена рыночного продукта обеспечивает гладкость механики рыночного обмена, можно говорить о социальной рутинизированности рынка, о его успешном функционировании. Там же, где цена регулярно подвергается сомнению, стоит задуматься о том, в какой мере акторам удается следовать социальным конвенциям, на которых держится рынок данного товара в данном обществе в данный исторический период.

Еще один принципиальный для нашего исследования момент состоит в том, что прочтение содержания товаров разными акторами не обязательно одинаково [Вельтус 2008]. Так, например, в то время как медики говорят о человеческих органах как о частях физического тела, для обычных людей их передача вписана в дискурс о родственных связях и человеческом «я» донора [Sharp 2000: 292]. Как следствие, особую важность для понимания механизмов маркетинга здоровья имеет сравнение представлений различных участников рынка о содержании продукта на медицинском рынке и выявление механизмов, позволяющих регулярно сглаживать рассогласованность этих представлений, если она имеет место и актуализируется.

## **Методология исследования**

## **Объект исследования.**

В данной работе мы будем иметь дело с московским рынком стоматологических услуг. Выбор стоматологического рынка в качестве объекта исследования не случаен. Стоматология являлась флагманом маркетизации в области российского здравоохранения. Именно в этой сфере стоматологии еще в 1980-е годы пусть теневым образом, но активно функционировали частные кабинеты. В области стоматологии же официально заработали первые хозрасчетные поликлиники. Переход России к рыночной экономике ознаменовался сокращением объема стоматологической помощи, доступной населению за счет средств государственного бюджета, и бурным ростом числа коммерческих стоматологических организаций, отличавшихся высокой рентабельностью. Вместе с тем на сегодняшний день стоматологический сектор в России остается очень неоднородным: коммерческие организации работают здесь параллельно с бюджетными поликлиниками, где имеются как платные отделения, так и услуги, финансируемые из общественных фондов. Наблюдается разрыв между рыночными ценами на стоматологические услуги, ценами на услуги коммерческих отделений в бюджетных учреждениях здравоохранения и соответствующими государственными тарифами. В результате, несмотря на длительную историю, маркетизация стоматологии в России все еще остается проблемой, как для пациентов, так и для самих акторов рынка. Первые демонстрируют низкий уровень доверия сектору (Александрова, 2008). Вторые вынуждены постоянно защищаться от подозрений в недобросовестности, отстаивая в глазах клиентов и общественности возможность сохранения медицинских целей деятельности в условиях необходимости поддерживать экономическую эффективность (Бердышева, 2010). По этой причине организационное поле коммерческой стоматологии представляется продуктивным примером для изучения как механизмов возникновения рынков вокруг благ, сопряженных со здоровьем, так и противоречий этого процесса.

## **Выявление содержания стоматологической услуги.**

Для выявления смысловых категорий, которыми оперируют акторы московского стоматологического рынка, были использованы несколько видов источников. В первую очередь, мы провели качественный анализ содержания сайтов 184 московских стоматологических клиник<sup>2</sup>, различающихся по ключевым с точки зрения вариации цены параметрам. Прежде всего, нас интересовал раздел «О клинике», в котором стоматологические организации рассказывают своим потенциальным пациентам (в том числе в форме слоганов) о себе, о своих услугах и преимуществах.

Валидность информации, представленной на веб-сайтах клиник и составляющей ядро их маркетинговых стратегий, может ставиться под сомнение. И, тем не менее, вслед за Вивианой Зелизер мы исходим из того, что даже самые прагматичные на первый взгляд маркетинговые акции не проводятся в социальном вакууме [Зелизер 2010]. При их помощи клиники квалифицируют свой продукт, сообщая пациентам о том, какими характеристиками должна обладать стоматологическая услуга (как она объективирована) и как эти характеристики соотносятся с потребностями самого пациента (как она сингуляризирована). Размещая на сайтах информацию для аудитории потенциальных пациентов, клиники обучают этих пациентов критериям оценки содержания услуг стоматологической клиники, которыми им стоит руководствоваться при выборе клиники для лечения. И хотя размещаемая в Интернете информация может не соответствовать реализуемым в клинике производственным процессам, от этого она не перестает быть

---

<sup>2</sup> Всего в настоящее время в Москве функционируют около 1280 негосударственных стоматологических клиник (Рынок стоматологических услуг, оценка влияния кризиса и прогноз на 2009-2010 гг. 2009).

индикатором усилий стоматологических клиник по формированию выгодных для них ожиданий пациентов.

Параллельно с этим в 2008-2009 гг. автором были проведены 25 глубинных интервью с врачами и управляющими московских стоматологических клиник. Первоначально выборка строилась методом снежного кома, но по мере прояснения картины изучаемого явления она приобрела черты теоретической выборки. Позднее для получения дополнительных данных мы обращались к пособиям по истории стоматологии, дискуссиям на стоматологических форумах и результатам маркетинговых исследований московского стоматологического рынка.

Для выявления представлений о стоматологическом рынке со стороны спроса в 2012-2013 гг. были проведены 23 глубинных интервью с пациентами московских коммерческих клиник. Выборка носила целевой характер. Базовым условием попадания респондента в выборку был опыт прохождения лечения в коммерческой стоматологической клинике в течение года, предшествующего моменту проведения интервью. Далее важно было получить респондентов с контрастными характеристиками релевантными теме исследования. Эта релевантность прояснялась по мере сбора и анализа данных. Принципиальным для отбора параметром оказался способ попадания в клинику – по рекомендации знакомых, по внешней рекламе, по полису ДМС. Также, важным оказалось, чтобы респонденты оплачивали последний случай лечения из собственных средств, полностью или частично (в случае посещения клиники по страховой программе). Процедура интервью включала два этапа. Первый – выстраивался как лейтмотивное интервью, где нас интересовал очень краткий эпизод жизненного пути пациента – его опыт недавнего посещения коммерческой стоматологической клиники в г. Москва, начиная с момента осознания потребности пройти стоматологическое лечение и заканчивая субъективными оценками этого опыта по прошествии времени. Второй этап интервью предполагал беседу с респондентом, направляемую реконструируемым после каждого следующего интервью гайдом.

Полученные текстовые данные были подвергнуты осевому и категориальному кодированию. Для анализа данных использовалась программа Weft GDA, находящаяся в открытом доступе.

### **Эмпирические результаты исследования**

Итак, мы исходим из того, что квалификация рыночного продукта, и стоматологические услуги – не исключение, осуществляется в ходе двух параллельных процессов. С одной стороны, это объективация, то есть определение продукта через совокупность измеряемых характеристик, а с другой – сингуляризация, то есть его индивидуализация. Рассмотрим в таком свете процесс квалификации стоматологической услуги.

По итогам предпринятого исследования, нам представляется, что характеристики, квалифицирующие стоматологические услуги, могут быть разделены на две группы – технологический аспект стоматологической услуги и ее отношенческий аспект. При этом маркетингизация стоматологического лечения видится успешной в той мере, в какой по содержанию этих аспектов наблюдается согласие между сторонами спроса и предложения, и проблематичной – там, где отдельные, принципиальные для конструирования стоматологических услуг, параметры видятся поставщиками услуг как часть отношений, а потребителями как инструментальные факторы, не позволяющие преодолеть дефицит доверия во взаимодействии. Кроме того, особое значение имеет то,

каким образом происходит интеграция, примирение двух этих аспектов одного рыночного продукта.

Однако прежде, чем говорить о квалификации стоматологической услуги как рыночного товара, важно затронуть содержание социальных представлений о том, что такое здоровые зубы, референтом которого являются стоматологические услуги.

### **Здоровье зубов: между физиологией и социальным перформансом, между функциональностью и эстетикой естественного.**

Зубы являются значимой частью социального перформанса индивида. При этом представления о том, какими они должны быть в идеале, являются социальным, культурным и историческим конструктом. И анализ веб-сайтов московских коммерческих клиник не оставляет в этом сомнений. Созданию выгодного представления о содержании своих услуг, прежде всего, при помощи переопределения понятия «здоровые зубы» клиники уделяют первоочередное внимание.

В советский период основной параметр здоровья зубов состоял в том, чтобы они не препятствуют работоспособности населения:

*«Советская стоматология целью своей ставила поддержание работоспособности гражданина в процессе естественного убывания с возрастом стоматологического здоровья, в то время как в развитых странах направлена на поддержание и, если требуется, улучшение этого самого здоровья»* [из дискуссии на форуме сайта «Лучшие стоматологи», Евгений, стоматолог, пост от 11 января 2012 г.]<sup>3</sup>.

По мере развития стоматологии был взят курс на сохранение зубов, что способствовало развитию терапии. Чуть позже в стоматологии возникла ортопедия, нацеленная на восполнение функций жевательного аппарата и маскировку его физических недостатков. В 1990-е годы в российской стоматологии вслед за западной начали активно развиваться такие области, как имплантология, ортодонтия и эстетическая стоматология. Все большее внимание стало уделяться не только конструированию и поддержанию функциональности, но и социально предписываемой красоте тела.

В постперестроечный период стало важно не просто сохранить данные от природы зубы, но сделать так, чтобы они были ровными, крепкими и в отличие от престижных в советское время золотых зубов – белоснежными.

Примечательно, что на Западе в 16 и 17 века зубы с явными признаками кариеса воспринимались как индикатор высокого благосостояния, так как косвенно указывали на возможность позволить себе потребление сахара. Сегодня же интерпретация этого заболевания негативна: плохо пролеченные зубы ассоциируются с бедностью (Gibson 1998). До недавнего времени метафорой идеального дентального здоровья являлась безупречно белая и ровная, зачастую протезированная, то есть предполагающая устранение любого природного изъяна, голливудская улыбка [Barford 2008 cited by Exley 2009]. К слову, цвет зубов как условие «красоты» также является социальным конструктом: «В разные времена у разных народов можно найти примеры перекрашивания зубов в зеленый, бирюзовый, коричневый и даже в черный цвет» [Акулович, Попова и Акулович 2011: 5].

Спрос на голливудскую улыбку был актуален и в России в конце 1990-х – начале 2000-х гг.: «Изготовление голливудской улыбки предполагает, что протезы будущих клыков

<sup>3</sup>

[http://vipvrach.info/o\\_stom](http://vipvrach.info/o_stom)

*будут сформированы по образу резцов. Белизна голливудской улыбки стремиться «к белизне холодильника», не предполагаемой на шкале естественных расцветок» [интервью, Игорь, владелец, ортопед, одиночная клиника, Белорусская].*

К здоровью в физическом смысле голливудская улыбка имела весьма отдаленное отношение, скорее предполагая принесение его части в жертву (удаление интактных клыков ради эстетического эффекта). За «голливудской улыбкой», таким образом, стоял не совершенный образ природы, а образ искусственной реальности демонстративного потребления. Закреплению данного стандарта в российской стоматологии в начале 1990-х гг. способствовали фирмы-поставщики европейских и американских зуболечебных материалов и методик, с которыми работали клиники. Впрочем, в последние годы эталон начинает меняться. Даже там, где стоматология не справляется с задачей сохранения собственных зубов человека, она движется в сторону «неотличимости» искусственного от естественного. Таким образом, иметь здоровые зубы на языке поставщиков услуг московского стоматологического рынка сегодня означает чувствовать и выглядеть так, как будто твои зубы идеальны от природы:

*«Чаще всего пациент хочет, чтобы в зубе не было дырки. Идеальный вариант, чтобы зуб был похож на натуральный, чтобы стояла не железная пломба, а беленькая. Главное, чтоб зубы были, и выглядели как настоящие или даже лучше, чем свои, чтобы вы могли жевать и улыбаться» [интервью, Лариса, владелец, руководитель, ортопед, одиночная клиника, Коньково].* Сегодня здоровье зубов, как свидетельствуют слоганы с веб-сайтов клиник, чаще всего выражается формулой «функциональность плюс эстетика»: *«Друзья помните, что быть беззубым не только неудобно, неэстетично, непрестижно, но и вредно для здоровья».* Клиники не жалеют усилий, чтобы переопределить содержание стоматологических услуг, выйти за пределы функционального назначения медицины: *«Современный стоматолог объединяет в себе врача, художника и скульптора, поэтому мы стараемся постепенно исключить из своего лексикона понятие «пломбирование зуба», и заменить его на слова – реставрация и реконструкция».*

Каким образом здоровье зубов концептуализируется в нарративах респондентов? С одной стороны, данные глубинных интервью указывают на то, что пациенты также ищут возможности вернуть себе естественное от природы состояние зубов.

*Что такое шикарно сделанный зуб? Ну, во-первых, полностью восстановлена форма зуба, как будто это свой настоящий зуб, без всяких шершавостей. Его не чувствуешь как запломбированный зуб. Его во рту чувствуешь как полностью твой зуб восстановленный. И чувствуешь, что это единый монолит, это не какие-то заплатки торчат. Ну, знаете, как будто твой зуб. Он тебе не мешает, ничего, хоть это сделано на штыре, ни этот штырь не колет, не мешает. Ни когда накусываешь, не мешает. Просто вот как будто это был твой зуб, а не просто что-то такое запломбированное (Ирина Владимировна).*

С другой стороны, попытка прояснить смысл приоритета естественности в данном случае выводит нас скорее на то, как в современном обществе в принципе понимается идея здоровья и здорового тела.

Исследователи, работающие в поле социологии здоровья, фиксируют неопределенность ключевого для них понятия здоровья как методологическую проблему. Если судить по данным полученных нами интервью с пациентами, в контексте получения медицинских стоматологических услуг для них здоровье тело – это тело не больное. Не больное, то есть позволяющее жить полной жизнью, незаметное, не мешающее им. Дентальное здоровье имеет два аспекта. Во-первых, это аспект социального перформанса, так как состояние зубов вносит вклад в успех презентации себя другим. А, во-вторых, физиологический аспект. Здоровые зубы исправно исполняют свои жевательные функции, при этом красиво выглядят и не порождают проблем типа неприятного запаха или



отталкивающих с эстетической точки зрения деформаций, искажений речи. В таком ракурсе зубы видятся пациентам чем-то незначительным, такой «*маленькой функцией человеческой, которая даже и не сердце и без которой точно можно прожить*» (Юлия). До тех пор пока зубы не доставляют проблем, о них нашим респондентам хочется забыть. Отсюда, например, вытекает пренебрежение профилактическими осмотрами. *Почему посещаете только по боли? В основном, потому что нет времени, и неохота лишний раз, вроде, нет нужды, вроде, ничего не болит. Хотя я прекрасно понимаю, что нужно относиться по-другому* (Анна).

Зубы становятся проблемой, либо в случае появления боли, либо когда их состояние перестает соответствовать требованиям социального перформанса, либо когда важность их физиологической функции становится очевидной на фоне иных тяжелых заболеваний (*у меня сахарный диабет, и мне очень важно жевать* (Таня)).

И если уж проблемы с зубами возникли, то их пациентам хочется решить поскорее и с минимальными затратами, временными и материальными: *нужно как-то сминимизировать на этих зубах дурацких, потому что жалко на них, если честно...* (Павел)

В результате одним из ключевых критериев качества полученного стоматологического лечения становится для пациентов принцип «чтобы не было проблем». Чем меньше проблем и сложностей актуализировалось в процессе и после лечения, тем выше оценивается его качество.

Здесь важно коснуться и представлений медиков о понятии качества стоматологического лечения. В общем и целом, эта позиция может быть проиллюстрирована утверждением одного из врачей о том, что *«отличного качества в стоматологии не бывает. При любой пломбировке есть пустоты, в любой пломбе есть поры, при любой хирургии травма могла бы быть меньше»*.

Врачи говорят о том, что наивысший медицинский стандарт может быть достигнут лишь при условии реализации комплексного подхода к лечению.

*Все смотрят врач терапевт, парадантолог, врач хирург, врач ортопед, врач ортодонт они там снимают слепки и потом назначают повторный прием и смотрят по слепкам, что у него чего там не так и комплексный подход начинается так: лечение кариеса там, гигиена; второе-перепротезирование, лечение суставов это год пациент лечит сустав, после этого он идет к ортоденту выравнивает прикус еще там 2-3 года лечение, а после этого его протезируют.*

Однако воплотить комплексный подход к лечению в условиях рынка затруднительно. В первую очередь из-за временных и материальных затрат, которые потребуются от пациентов.

*Есть комплексный подход к лечению, чтобы грамотно вылечить нужно вылечить все. Насколько пациент готов несколько лет лечиться и платить за это. Вот в Твери есть клиника, профессор Безвестный, он сделал клинику, шикарная клиника, подход грамотный, но пациент приходит на консультацию и консультация стоит то ли 40-50 тысяч.*

В результате категория качества на рынке стоматологических услуг предстает неким континуумом, положительный полюс которого идеализируется, а зона согласия между поставщиками и потребителями услуг на практике оказывается результатом компромисса, описываемого формулой *«невозможно же до бесконечности повышать и без того уже отличное качество»*. Как мы покажем далее, речь идет о компромиссе между технологическими возможностями стоматологического лечения в принципе и тем,

насколько их ограниченность компенсируется отношенческим (relational) компонентом стоматологических услуг.

### **Квалификация стоматологической услуги: между технологией и отношениями.**

#### **Объективация стоматологических услуг.**

Объективация представляет собой процесс определения рыночного товара через поддающиеся измерению характеристики. По итогам нашего исследования, мы считаем, что в случае со стоматологическими услугами такими характеристиками оказываются – используемое оборудование и стоматологические материалы, возможность проведения лечения без боли, гигиеническая безопасность условий лечения, сервис и уровень престижа клиники. Последние два параметра, на наш взгляд, по-разному интерпретируются стороной спроса, и стороной предложения.

#### **Оборудование и материалы.**

Московские стоматологические клиники, информируя пациента о своих преимуществах, подчеркивают качество оборудования, которое должно быть *высококласным и новейшим*. Распространены ссылки на то, что используемое оборудование сходно с тем, что установлено в европейских клиниках. Не менее значимым индикатором качества оборудования является, по-видимому, страна-производитель. Как и в случае с оборудованием, особое значение имеет страна-производитель материалов, и потому клиники нередко упоминают, что материалы, с которыми они работают – западные. Акцент именно на западном производстве материалов, вероятно, является следствием того, что отечественная стоматология (начав развитие значительно позже) отстает в плане технологических достижений.

Ключевым фактором качества стоматологических услуг являются и качество лечебных материалов. Анализ сайтов показал, что особенно важными параметрами при их оценке является прогрессивность – *самые современные, последнего поколения*. Складывается впечатление, что многие клиники заинтересованы заверить пациента в том, что используемые ими материалы обладают *высокой биосовместимостью*, что они работают с *биоинертными и бионейтральными технологиями*.

По свидетельствам стоматологов, дорогие материалы характеризуются лучшими физическими свойствами (совместимость с живыми тканями, коэффициент расширения, степень прозрачности и т.д.) и позволяют восстанавливать зубы в максимально естественном виде, т.е. удовлетворять спрос на здоровье зубов, как оно понимается на рынке сегодня.

«Новое» в стоматологии, похоже, оказывается синонимом «лучшего» и приветствуется. Гонка за прогрессивными материалами и методиками лечения ведется непрерывно. Достаточно сказать, что крупные стоматологические выставки, на которых врачей и руководителей информируют о последних достижениях в стоматологии, перспективных методиках лечения, технологических новинках проходят в Москве каждые полгода. В связи с этим важно подчеркнуть характерное для стоматологического рынка быстрое моральное устаревание некоторых материалов: *«Высокая цена изначально ставится на прогрессивные материалы, например, стекловолокно. Потом «приедается» и цена идет вниз»* [интервью, Евгений, ортопед, одиночная клиника, Арбатская].

Важно пояснить, что российская стоматология в настоящее время не подлежит регулированию в плане медицинских стандартов лечения.

Вкупе с сосуществованием в организационном поле стоматологии как рыночных агентов, так и бюджетных ЛПУ, отсутствие стандартов провоцирует еще большую дифференциацию и неопределенность в плане технологических аспектов качества на рынке.

*А так стоматологи уже давно разделены как пилоты в авиации, некоторые летают на кукурузниках, а некоторые на эйрбасах. И вопрос не в цене билета, а в расстоянии и высоте полета, нередко на кукурузниках намолачивают больше, особенно если аэродром и бензин за счет государства (из интернет-дискуссии на стоматологическом форуме, 2013).*

Тем не менее, стандарты, хотя бы в формате «лучше можно, хуже нельзя» оказываются востребованными, о чем заявляют представители стоматологического рынка. Они говорят о необходимости интегрировать и новейшее, и накопленное с опытом знание о стоматологических процедурах в практику, еще раз заявляя о необходимости постоянного пересмотра, обновления процедур стоматологического лечения.

*Я считаю сейчас химические пломбы уже не нужны, только композиты светового отверждения. Это должен быть минимальный стандарт. Так же как штампованные коронки, мы от них уже отказались. Минимум это металлокерамика.*

В данном случае мы можем наблюдать, как символическая ценность медицинских достижений становится аргументом в конкурентной борьбе между акторами рынка, работающими в разных организационных форматах, ведь рынок на деле ратует за более высокие медицинские стандарты лечения, чем типично наблюдаемые в бюджетном секторе, где еще недавно лампы для светоотверждаемых пломб закупались врачами на собственные деньги и применялись при лечении за неформальную плату. Удастся ли рыночным акторам переопределить действующую концепцию контроля на рынке – вопрос для будущих исследований. А пока лишь важно констатировать, что подвижность понятия качества стоматологического лечения осознается медиками как проблема рынка, так как складывающаяся здесь неопределенность оказывается еще одним препятствием на пути установления доверительных отношений с пациентами, о важности которых мы еще будем говорить далее.

*М: Ну, вот как, предположим, бывают ситуации, что приходит пациент к доктору, а доктор говорит вам нужно зуб удалять, пациент идет к другому врачу, тот ему говорит, что удалять можно, но можно еще полечить и года три ты еще проходишь с этим зубом и получается, если есть стандарты, то его нужно было бы удалить. Вот как здесь быть? Или лучше, чтобы не было вот этого выбора лишнего. Вот есть стандарт удалить, значит тебе удаляют.*

**Безболезненность.** Не менее важно, что современное оборудование и медикаменты позволяют стоматологическим клиникам заявлять о том, что лечение, которое они предлагают, не будет неприятно для пациента. Страх боли, “dental phobia” все еще является фактором, сдерживающим спрос на стоматологические услуги (Ларенцова и Смирнова 2000). И потому клиники стремятся заверить пациентов в своей способности проводить стоматологическое лечение безболезненно, в том числе благодаря наличию такой услуги, как использование общего наркоза при проведении стоматологического лечения.

**Безопасность.** Отдельным важным аспектом содержания стоматологической услуги является безопасность лечения, на которую клиники постоянно обращают внимание пациентов. На их сайтах пациентам предоставляется подробная информация о том, какие

антисептики используются в клинике, каким образом стерилизуются инструменты, как обеспечивается защита от СПИДа и гепатита, гарантируется отсутствие рисков получения иных инфекций и т.д.

Однако, как говорили респонденты, акцент на чистоте может являться уловкой, так как безопасность сегодня является базовым требованием, предъявляемым к коммерческим клиникам государством.

*«И: А в этом преёскуранте видела такую позицию, как «индивидуальный профилактический набор 190 рублей». Это что?»*

*- Р: Это знаете что, это – обхохочешься. У них президент – экономист, он сидел и долго думал, чего бы такое придумать, чтобы просто из воздуха деньги брать. Вот и придумал. В такой набор входят бахилы, перчатки доктора, одноразовый платок, маска. Хотя на тему «заразишься или не заразишься» все получают санэпидзаклучения и проходят миллион проверок и лицензий» [интервью, Ирина, руководитель, терапевт, одиночная клиника, Каховская].*

Как свидетельствуют данные интервью с пациентами, они активно принимают во внимание технологическую составляющую стоматологических услуг. В некотором смысле, эти представления о том, что технологии, оборудование и стоматологические материалы позитивно связаны с итоговым качеством лечения, формируют тот минимальный набор технических требований в отношении стоматологического лечения, без которого нельзя рассчитывать на его успешный исход, как в физиологическом, так и в социальном смысле. Апогеем таких представлений видится следующее изречение пациента, встреченное автором на одном из стоматологических интернет-форумах: *«Пару месяцев назад я вылечил себе пульпит на одном зубе всего за две тысячи рублей (это в Питере, не Мухоморске!) у врача с 30-летним стажем и всеми необходимыми приамбасами в виде французской светозатвердевающей пломбы и немецким наркозом (turbolunokhod 2012-07-14).*

Московский рынок стоматологических услуг пронизан недоверием со стороны пациентов. Причин недоверию со стороны пациентов много. Это и высокая дифференцированность цен на стоматологические услуги, затрудняющая выработку более или менее консистентного представления об их связи с качеством. И отсутствие институтов страхования медицинских рисков, из-за чего пациенты лишены возможности обращаться с жалобами на врачей. И общее ощущение нестабильности стоматологического рынка, когда *«сегодня ты полечился, а через год такой клиники и вовсе нет»*. И гуляющая по рынку информация о том, что на работу в клиники также могут устраиваться хуже образованные врачи из бывших советских республик, готовые работать по низким ценам лишь бы *«свою копейку заработать»*. Недоверие усиливается и из-за неопределенности, имманентно присущей медицине как научной отрасли. Плюрализм подходов к лечению одного и того же диагноза, постоянно обновляющиеся данные о преимуществах методик, развитие медицинских технологий, а вместе с ними и непредсказуемость медицинского результата из-за особенностей человеческого организма, изначальная ориентация на комплексность медицинского лечения, слишком дорогостоящая в условиях рынка, растянутость сложного лечения во времени -- все это лишь подкрепляет подозрения со стороны пациентов. Так, например, уже упомянутая идея «комплексного подхода к лечению», когда на первой консультации пациент обходит различных дентальных специалистов и получает всеобъемлющий диагноз ситуации, однозначно рассматривается, как попытка клиники увеличить свою прибыль (хотя не обязательно, что мы имеем дело именно с недобросовестностью клиники): *«приходите к нам и завтра, у Вас тут все запущено»*.

Похожим образом подозрения вызывают ситуации, когда лечение зуба осуществляется в несколько приемов (что нередко предусмотрено технологией лечения): *там не сразу платишь триста тысяч, а платишь по мере того, как приходишь. Приходишь, один зуб лечишь, второй зуб лечишь, третий зуб лечишь, все поковыриваешь, то-сё, третье-четвертое. В итоге за два месяца сеансов ты посчитал все свои квиточки, и получается триста тысяч.* Случается, что у пациентов остается ощущение несоответствия заплаченной стоимости объему проделанной врачом работы: *она что-то там поковыряла, и бац – три с половиной тысячи (Марина, 36 лет).* Медицинские ошибки, риск которых всегда существует, также могут интерпретироваться пациентами как причинение врачом намеренного вреда. Подрывают доверие пациентов к стоматологическому рынку и представление об относительном уровне цен на нем, по сравнению с другими городами России или даже Европы.

Потребность в доверии во взаимоотношениях с пациентом не в меньшей степени востребована и врачом. Формула «без взаимного доверия и личной приязни не будет хорошего результата» легко реконструируется из нарративов медиков. Поиск согласия, выявление и следование ожиданиям пациента, артикулируются врачами в интервью как исходные требования к собственной деятельности, ведь важно, «чтобы врачу было не стыдно, чтоб он смог также улыбаться». Врачи в интервью подчеркивают необходимость устанавливать честные и добросовестные отношения с пациентом. Некоторым из них некомфортно обсуждать экономические аспекты отношений с пациентом, называть цену за лечение, особенно, если она кажется ему самому неадекватной. Врачи говорят о своей потребности добросовестно «отработать» заплаченные пациентом деньги: *«В начале работы было сложно называть цену, ведь выходило, что беру деньги за помощь. Теперь этот момент снялся, ведь я знаю, что беру деньги за качественную работу»* [Матвей, терапевт, одиночная клиника, Кузьминки].

Анализ веб-сайтов клиник позволяет увидеть, как клиники стремятся передать свое персонализированное отношение к пациентам. На сайтах артикулируется, что в клинике пациента ждет *теплая, доброжелательная, домашняя, комфортная атмосфера.* Декларируется стремление относиться к пациенту, *«как к человеку».* Иными словами клиники априори пытаются избежать обвинений в объектном подходе к посетителям. Они стремятся заверить пациентов в том, что у них им обеспечено *искреннее сочувствие, порядочность, чуткость и честность врачей, гарантирован индивидуальный подход, исключено равнодушное отношение.* Таким образом, акцентируя внимание на том, что, несмотря на свой коммерческий характер, они склонны ответственно заботиться о пациенте, клиники пытаются обойти двусмысленность маркетинга здоровья, а именно – проблему сохранения уникальной ценности человека даже в условиях, когда все продается и покупается. Как упоминал один из медиков в ходе интервью: *«Приходят пациенты, общаются и видят, что их ведут только за деньги. Люди такие вещи чувствуют. Мне пациентка рассказывала, что с нее запросили 120000. И даже не говорит, что ей это дорого, а только о том, что с ней так пообщались, что было ясно: их интересуют только деньги. В итоге пациентка у нас полечилась и оставила даже больше денег. Получилось, вроде, и дороже, но когда она понимает, что при выборе думали о ней, как ей будет лучше, а не о том, как больше заработать, реакция другая»* [интервью, Александр, владелец, руководитель, врач, Марьино].

Таким образом, как только услуги врача начинают продаваться за деньги, моральную напряженность испытывает не только пациент, но и представители клиник. На уровне маркетинговых стратегий преодолеть эту напряженность клиники пытаются за счет артикуляции особого отношения к пациентам в форме индивидуального подхода, высокого уровня сервиса и комфорта и дополнительные возможности, обеспечиваемых престижностью клиники, там, где она имеет место. Однако последние два параметра,

которые коммуницируются поставщиками услуг как отношенческие, пациентам видятся технологическими, инструментальными. Вариации качества этих составляющих стоматологической услуги, по-видимому, воспринимаются ими как более понятные. Отвечая на вопрос о том, какие факторы, по их мнению, способствуют тому, что на московском рынке стоматологических услуг наблюдается высокий разброс цен, пациенты в первую очередь называют уровень оборудования и используемых материалов, а во вторую – уровень престижности клиники и уровень предоставляемого ими сервиса.

### **Сервис и престижность клиники – кому сингуляризация, а кому и объективация**

**Сервис и комфортность лечения.** Акцент на медицине и профессионализме врачей не отменяет того факта, что деятельность стоматологических клиник является частью сферы обслуживания. Объективация стоматологических услуг осуществляется, в том числе через попытку соотнести их именно с сервисным сектором. Как следствие, на многих сайтах пациентам сообщают, что в клинике их ждет «высококласный сервис», включающий прием пациентов по предварительной записи, без очередей и ожидания приема. Упоминается и комфортность интерьера клиники, хотя нередко отдельно подчеркивается, что этот параметр никак не сказывается на стоимости услуг. Отдельно на веб-страницах говорится, что взаимодействие между пациентом и клиникой оформляется юридически. Заключаемый контракт выполняет функции гарантийного обязательства. Сроки исполнения работ и долговременность гарантий также позиционируются как значимое, сервисное преимущество клиниками, которые их декларируют. Еще один сервисный параметр, на который обращают внимание авторы сайтов, – это удобство расположения клиники, наличие собственной парковки и т.д. С одной стороны, если судить по сайтам клиник, сервис выглядит как отношенческий аспект стоматологических услуг, хотя его отдельные параметры вполне поддаются измерению, и в этом смысле способствуют объективации услуги.

Однако, анализ представлений пациентов позволяет нам предположить, что с коммуницированием отношенческого аспекта через параметры сервиса клиники испытывают проблемы. В частности, анализ глубинных интервью с пациентами указывает на то, что высокосмысловым для пациентов является противопоставление стоматологической услуги стоматологическому лечению. За этим различием скрыто два значимых смысловых пласта. Во-первых, оно отличает друг от друга параметры сервиса и параметры непосредственно лечения. Во-вторых, означает для пациентов дистанцированность клиники и лечащего врача, как двух отдельных субъектов взаимодействия. К вопросу о дистанцировании врачей и менеджеров мы еще обратимся, а пока сконцентрируемся на разнице между стоматологической услугой и стоматологическим лечением. Стоматологическая услуга в восприятии пациентов включает в себя лечение, но особым образом акцентирует сервисную составляющую посещения стоматологической клиники.

Представляется, что граница между индивидуальным подходом и сервисом видится пациентам как оказывается различие между *внимательностью и любезностью*. Независимо от того, ищет ли пациент дополнительного комфорта или намерен сэкономить на комфортности обслуживания, он хочет, чтобы врач был не просто вежлив и дружелюбен, но внимателен по отношению к нему. Категория внимательности в данном случае по своей сути приближается к вниманию как физиологическому процессу. Быть достаточно внимательным к пациенту значит быть сфокусированным на нем, заметить его личность. *Бывает даже доктор хорошо делает, но на своей работе очень сильно сконцентрирован, и ты чувствуешь изоляцию такую (Анна, 28 лет).*

Пациенты отрицают саму идею подмены лечения сервисом. Сервис, судя по данным интервью, ассоциируется пациентами с получением дополнительного комфорта. И именно

этот комфорт рассматривается как не связанная с качеством лечения и потому второстепенная составляющая.

*У меня было огромное количество друзей, которые были застрахованы в дорогом американском, медицинском центре. И все они говорят, что единственное, что в этой клинике хорошо, это то, когда ты придешь, тебя всегда напоят кофе и не обругают матом (Ирина, 49 лет).*

И в то время как уровень лечения в пределе рассматривается пациентами как ограниченный, пусть и высокими, но медицинскими стандартами, на неограниченном по возможности развития сервисе, по их мнению, при случае можно и сэкономить.

*Я слышал, что в дорогих клиниках пациенты друг с другом вообще не пересекаются, у каждого там отдельный врач. Это тоже как бы имидж, антураж. На качестве обслуживания он сказывается, но не на качестве лечения (Борис, 41 год).*

**Уровень престижа.** Некоторые клиники, сайты которых были проанализированы, ссылаются на то, что среди их пациентов находятся публичные люди с высоким социальным статусом: «Нас выбирает семья президента». Интерпретировать смысл подобных сообщений можно различными способами. С одной стороны, параметр престижности отражает сервисный характер коммерческих стоматологических услуг, т. е. заложенную в них возможность удовлетворения потребностей пациентов в престижном потреблении за счет особых условий обслуживания. С другой стороны, на примере самопозиционирования VIP клиник можно видеть, как в условиях неопределенности качества и непрозрачности цены стоматологических услуг для пациента московский рынок стоматологических медицинских услуг превращается в рынок репутаций клиник. В случае с VIP клиниками эта репутация подтверждается не как в других сегментах, через социальные сети и рекомендации пациентов, а благодаря публичной известности некоторых пациентов, негативный опыт лечения которых в данной клинике стал бы достоянием широкой общественности, а отсутствие информации о негативном опыте лечения является косвенным подтверждением того, что опыт лечения в данной клинике был позитивным. Таким образом, премиум-статус стоматологической клиники на рынке призван гарантировать не только эксклюзивное обслуживание, но и, что более востребовано и ценно, – качество лечения.

Примечательно при этом, что сами высокостатусные пациенты зачастую лечатся в клиниках со значительными скидками в обмен на фотографии, которые можно разместить на стенах впоследствии<sup>4</sup>.

Данные интервью позволяют увидеть, что статус клиники конструируется не только за счет ссылок на высокостатусных пациентов, но и за счет такого параметра как ее месторасположением в городе. Статус клиники определяется тем, в каком районе, а точнее, в районе какой престижности, открывается клиника: «Если ты клинику на Рублевке или в центре открыл, то, купив за такие же деньги материалы, ты, естественно, будешь свои цены делать» [интервью, Владимир, хирург, имплантолог, одиночная клиника, Кутузовская]. Территориальное расположение клиники влияет на то, на какую целевую аудиторию пациентов она может рассчитывать. Как свидетельствуют данные интервью с пациентами, последние легко считают с цены такую связь между

---

<sup>4</sup> Из опыта работы автора в стоматологических клиниках.

престижностью «всякими там Мастер-Бентли<sup>5</sup>, куда люди несут деньги просто как в Сбербанк» и их местоположением.

Как уже было сказано, именно уровень престижности клиник относится к списку факторов, первыми приходящих на ум пациентам, размышляющим о причинах высокой неоднородности цен на московском рынке стоматологических услуг.

*И.: С чем, по Вашему мнению, связано то, что зубы в Москве можно полечить за очень разные деньги? Р.: Разница в клинике – первое, о чем я подумала. Ну то есть в любом случае, я буду понимать, что за 10000 – это брендовая клиника, за 5000 – это как бы среднебрендовая, не самая распиаренная клиника, ну и 3000 рублей – это, возможно, вообще государственная клиника, где плохое качество материалов.*

Уровень престижа клиники не просто не убеждает пациентов в потенциально высоком качестве их услуг, но и напротив усугубляет сомнения в добросовестности этих клиник, так как выбор высокого уровня престижности рассматривается как стратегически рассчитанный на получении дополнительной прибыли на пациентах с высоким материальным достатком, которые, тем не менее, приходят в клинику, как пациенты, нуждающиеся в помощи.

*Видимо, для руководства этой клиники это является первым стимулом, то, что они открываются в центре. Там, наверное, живут более богатые люди, которые при первой необходимости побегут в эту клинику. Руководство делает ставку на это.*

### **Профессионализм врачей как источник производства доверия на рынке, интегрирующий аспекты его продукта.**

**Профессионализм врачей.** В центре позиционирования стоматологических услуг находится личность специалиста, что нередко видно даже по названию клиник, как, например, в случае с «Клиникой доктора Осиповой», «Клиникой доктора Жака», «Клиникой профессора Ушакова» и т.д. Профессионализму лечебного персонала на веб-сайтах клиник уделяется особое внимание. Часто подчеркивается, что прием ведут *профессионалы, что врачи клиники имеют множество дипломов и сертификатов, что в клинике работают врачи высшей категории, специалисты экстра-класса.*

Профессионализм врачей связывается на сайтах клиник с их научной деятельностью. Клиники информируют пациентов об ученых степенях своих специалистов. Информация о том, что клиника организована каким-нибудь профессором или сотрудничает с российскими или западными стоматологическими институтами, в том числе исследовательскими, обязательно выносится на передний план. Значение имеет не только уже полученная степень, но и то, что врачи владеют передовыми методиками и постоянно осваивают новые, например, проходя стажировки в России и на Западе.

Гипотеза о том, что профессионализм врача составляет фундамент качественной стоматологической услуги, находит подтверждение и в интервью. Для многих клиник врач, его время и навыки являются главным капиталом: *«поскольку наша система считает, что профессионализм врача стоит на первом месте, мы смотрим и оцениваем сотрудников по всем критериям, которые важны для пациента. Нам важно, чтобы врач умел не только работать, но и соблюдал правила безопасности. От него же зависит забота и понимание пациента.»* [Александр, руководитель, сетевая клиника]. Высокий уровень квалификации врача позволяет не беспокоиться о том, насколько обоснованно высокими выглядят цены: *«если хорошие доктора, можно спокойно держать цены»* [Николай, руководитель, одиночная клиника, Тушино]. Категория профессионализма врача понимается представителями московских клиник как система технологических

---

<sup>5</sup> Идет отсылка к сети московских стоматологических клиник «Мастер-Дент», до недавнего времени двигающейся по городу очень экспансивно.



знаний, умений и коммуникативных навыков. «Хороший» врач должен не только владеть технологиями, но и быть психологом:

*«Доктор не просто должен оказать услугу, но и предварительно рассказать о ней, взять информированное согласие с пациента, да еще и не напугать его, потому, что негативные последствия существуют у любой медицинской услуги. Стопроцентной гарантии нет, и врач должен это донести. Общение – немаловажная часть качества, не в экономической части, а в лечебной. Важно снять с пациента стресс, поэтому, что от этого качество лечение тоже зависит»* [интервью, Николай, руководитель, одиночная клиника, Тушино].

Вместе с тем, профессионализм в стоматологии – величина динамическая. Прогрессивный характер этой отрасли медицины требует от врача постоянного развития навыков, постоянного повышения квалификации, инвестирования в себя: *«не ходить на регулярную учебу для врача – дурной тон, это значит, он не развивается как специалист, не в курсе новых технологий»* [интервью, Евгений, ортопед, одиночная клиника, Арбатская].

По словам респондентов, борясь за лояльность хорошего врача, клиники берут материальные издержки по повышению его квалификации на себя. Помимо позитивно влияющего на прибыль прироста технологических навыков, они эксплуатируют и символический капитал престижных медицинских дипломов. Инновационность, привносимая в клинику за счет профессионализма врача, оказывается значимым инструментом символической легитимации рыночной деятельности, и потому клиники готовы в нее инвестировать.

Однако сами врачи в ходе интервью акцентируют внимание не только на своих медицинских компетенциях, сколько на ценностном, этическом содержании своей работы. На данных интервью, этика врача может быть в самом общем виде описано в форме трех принципов.

Первый предписывает видеть в пациенте цель, а не средство деятельности. Так врачи стремятся выдвинуть на первый план медицинскую, гуманную, составляющую бизнеса, в рамках которого работают:

*«Есть клиники, где врача делают профессиональным продавцом. Ставят дешевые материалы и вперед. И раньше, и сейчас были маркетинговые компании, которые напрямую говорили: «давайте мы научим ваших врачей торговать услугами». Все это направлено на врача – продавца. Но это не должно выглядеть, как в торговле. Торговля в медицине недопустима. Все вокруг пациента должно быть. Все для него. Больше пациентов, больше отдача от пациентов – это нормально, мы коммерческие организации. Но только если только этим путем идти, не учитывать, что здоровье – это особая категория ценности, мы споткнемся»* [интервью, Геннадий, руководитель, сетевая клиника].

Второй принцип этического поведения врача коммерческой клиники предписывает не потерять в качестве, погнавшись за количеством. Противопоставление категорий качества и количества является апогеем противоречия медицины и бизнеса, наблюдаемого на рынке стоматологических услуг. Описывая институциональную специфику этого рынка в Москве, мы упоминали существование здесь двух типов идентичностей клиник – потоковой и профессиональной. В нарративах врачей эта проблема проявляется как темпоральная. Слишком малый объем времени, выделяемый в условиях высокого потока пациентов на лечение каждого больного, зачастую не позволял врачам достигнуть желаемого уровня качества работы:

*«Проблема была даже не в журавликах<sup>6</sup>, а в нормативах времени на пациента, которые были чудовищно малы. Как меня учили - лечим дырки, скрытые полости – не замечаем. Их пациент не видит. Санирован! Борьба за показатели» [из дискуссии на форуме сайта «Лучшие стоматологи», Александр, врач-стоматолог, пост от 11 января 2012 г.]<sup>7</sup>.*

Третий идеальный принцип этического поведения врача может быть сформулирован как «профессиональный» подход вместо «потока».

Различные по своему организационному формату, частные лечебные учреждения также сталкиваются с рисками поточной работы. В целом, анализ стоматологического рынка Москвы позволяет говорить о том, что к середине 2000-х гг. здесь сформировалось два крайних типа организационной идентичности, а именно – профессиональная и потоковая стоматологические клиники (Бердышева 2010). В утрированном виде они задают полюсы континуума, каждая точка которого репрезентирует тот или иной баланс рыночной и профессиональной логик организации медицинской деятельности. Профессиональная и потоковая клиники – две полярные формы организации стоматологического бизнеса, два идеальных типа, репрезентирующих крайние полюсы дилеммы «медицина–торговля». Клиники, обозначенные нами как «профессиональные» чаще всего имеют большой пул постоянных пациентов, посещающих «своих врачей» и рекомендующих их своим знакомым. Эти клиники дорожат своим подходом к работе, своими взаимоотношениями с пациентами, своей репутацией в их глазах. В это же время клиники, обозначенные нами как «поточные», по описаниям респондентов, тяготеют к конвейерной форме организации деятельности. Похоже, по такой модели часто устроены сетевые стоматологические клиники:

*«Вот у нас открылся новый филиал, и наши руководители сошли с ума в связи с деньгами. Они теперь клиники штампуют, уже пятую открывают. Им неважно, кто там будет работать. Набирают кого попало» [Елена, терапевт, одиночная клиника, Речной вокзал].*

Одним из типичных явлений здесь является формирование для врачей финансовых планов. Норма прибыли, которую они должны принести клинике, определяется руководством. Перевыполнение плана поощряется премиями, невыполнение грозит штрафами. Специалисты часто сопротивляются установлению финансовых планов, что вносит вклад в текучесть кадров. Аргумент против состоит в том, что постановка прибыли во главу угла мешает работе доктора, не позволяя концентрироваться на качестве своей работы и получать от нее удовлетворение:

*«Получается, что начинается вытягивание денег. А когда идет гонка за деньгами, качество автоматически падает. Потому что надо быстрее делать, больше, больше, больше» [Тихон, руководитель, сеть клиник].*

Риски потоковости усиливаются в связи с тем, что в настоящее время московский стоматологический рынок трансформируется под влиянием развивающихся программ добровольного медицинского страхования. Для работы со страховыми компаниями требуются значительные мощности, и потому с ними взаимодействуют главным образом сетевые клиники. Работа со страховыми компаниями требует от них универсализации правил, рационализации процессов оказания услуг, стандартизации по многим вопросам. Одной из особенностей подобного взаимодействия является то, что пул страховых пациентов клиники постоянно обновляется. Корпоративные полисы добровольного медицинского страхования являются срочными, то есть каждый год бизнес-организации пересматривают условия работы со страховыми компаниями, обслуживающими их сотрудников, а нередко и меняют их. С переключением на работу с другой страховой

<sup>6</sup>

Устаревшая стоматологическая установка, применяемая в советских поликлиниках

<sup>7</sup>

[http://vipvrach.info/o\\_stom](http://vipvrach.info/o_stom)

компанией, преобразуется и список клиник, услуги которых теперь доступны работникам. Текучесть состава страховых пациентов снижает обеспокоенность клиники своей репутацией в их глазах – эти пациенты уйдут, в следующем году придут другие. Вероятность пренебрежения качеством работы ради повышения количества пациентов возрастает:

*«Страховые компании, хотят потратить как можно меньше денег на лечение одного пациента. Это их цель. Они думают о деньгах. А врач? Хороший врач, прежде всего, думает о пациенте. На кусок хлеба ты всегда заработаешь, голоден ты не будешь, если ты хороший врач»* (Май, терапевт, одиночная клиника, м. ул. Подбельского).

Выявленные в ходе изучения представлений врачей и менеджеров стоматологических клиник находят отражение и в нарративах пациентов. Так показательным является определение собственного возможного статуса в ходе взаимодействия с врачом и клиникой. Альтернатива в данном случае связана с ощущением себя «*своим пациентом*», что противоположно пребыванию в состоянии «*обычного клиента, с улицы*».

*Ну, я говорю, здесь стоит вопрос о том, что я денежку платила врачу. И возможно, это сыграло свою роль, что ко мне относились ...ну, как к своему пациенту (Тамара, 56 лет).*

*И потом буквально месяца, наверно, через три, через четыре я уже пришла в эту клинику, в эту же самую клинику, как обычный клиент, и сказала: «вот, я у вас все делала, но вот этот доктор мне один зуб не доделал, пожалуйста, мне какого-нибудь другого доктора». Вот мне дали другого доктора. Он мне этот зуб сделал так, что мне его потом разрезали, что у меня там были нагноения, и что я с этим зубом до сих пор мучаюсь (Ирина, 49 лет)*

Представляется, что семантическое различие пациент-клиент имеет принципиальное значение для «отрицающей экономику» коммерческой медицины и согласуется с подмечаемыми в исследованиях стремлениями врачей защитить профессиональный фрейм медицинского лечения от вызовов маркетинга [Бердышева 2012]. Клиент – это актер экономики услуг, не обремененной ценностными противоречиями. Этимологически быть клиентом означает, с одной стороны, быть свободным в выборе контрагента, а с другой – вступать в зависимые отношения с патроном [Головин 1998]. В это же время словарь психологических терминов прямо противопоставляет понятия клиент и пациент, полагая, что первое акцентирует то, что клиент платит за услуги и в этом смысле имеет права и несет ответственность, а второй – оказывается в подчиненном положении у медицинского эксперта-врача. Вероятно, рассмотрение статуса пациента, причем с особой предысторией отношений «своего пациента», как более предпочтительного по сравнению с клиентским, указывает на то, что пациенты стремятся фреймировать взаимодействие с врачом как в первую очередь направляемое медицинской этикой, нежели правилами консюмеризма, где пациент как платящий клиент, хотя и прав, но несет все риски сделки, совершенно нежелательные, когда речь идет о здоровье, внешности и теле.

Какие ожидания связываются с ролью «своего пациента» и какие риски с ролью «*клиента с улицы*»? Суть ожиданий пациентов в данном случае позволяет прояснить дихотомия заинтересованность versus поверхностное отношение, и тесно связанные с ней категории, противопоставляющие профессионализм следованию медицинским протоколам и статус «своего пациента» статусу «обычного клиента».

Пациенты ждут от врача инициативы и проактивности в проведении лечения. Это и индикатор профессионализма, и гарантия того, что лечение будет выполнено с

необходимой содержательной мотивацией со стороны врача, воспринимающего пациента как целостную личность, перед которой он несет ответственность.

*Я, когда прихожу к стоматологу, она меня спрашивает: «А как Вам лучше сделать? Вам пломбу, какую поставит?». Слушайте, не надо меня спрашивать. Вы врач. Я пришел к Вам как к специалисту: «что ты меня спрашиваешь?». Она меня спрашивает, как там лучше, какие коронки лучше поставить (Павел, 36 лет).*

*Он мне назвал 60 тысяч рублей за один зуб. Но плюс ко всему я не могу сказать, что этот доктор прям был заинтересован меня принять. Ну, то есть если мой врач мне сказал по-человечески: «Пойми, я в отпуске, я за границей и физически не могу тебя приехать полечить, давай я тебя передам хорошему врачу, то этот другой доктор, он особо никакой инициативы не проявил (Юлия, 25 лет).*

Профессионализм врача составляет ключевое ожидание пациентов. При этом альтернативой профессионализму, судя по нашим интервью, является в первую очередь лечение по медицинскому протоколу. Понятие профессионализма в глаза пациентов окружено неким магическим ареалом. Говоря о профессионализме, они рассуждают в терминах призвания и искусства, а не в терминах уровня квалификации. Профессиональный врач – это «врач от Бога», «мастер», обладатель «легких рук», «творец», проводник «ауры приятных движений и аккуратных прикосновений».

*Мне пришлось повидать много докторов, и если человеку не дано Богом, то, что ты ему не дай самые лучшие боры и установки, все равно он ничего не создаст. Ничего творить не сможет (Владимир, 67 лет).*

*Находясь в кресле, правда же, вы доверяетесь только врачу и его рукам. Это есть, было и будет. А железные собратья только приложения к человеческим талантам (Алексей, 40 лет).*

За таким пониманием профессионализма скрыта и уверенность в том, что врач настроен и мотивирован развиваться в своей профессии, постоянно учиться новому; и большой практический опыт, позволяющий подходить к лечению каждого пациента индивидуально, учитывая сложность и необычность ситуации; и безукоснительное следование этике во взаимодействии с пациентами – этике, которая «элемент не только морали, но профессионализма».

*Любое мастерство, не только у врача, складывается из того, что человек должен быть на своем месте. А когда на своем месте, будет желание работать и будет профессионализм (Татьяна, 55 лет).*

*Хороший врач, это который понимает, что несет ответственность за то, что делает, что это не просто для галочки, что это живой человек и что от действий врача зависит здоровье этого человека (Елена, 30 лет).*

Уровень образования, опыт повышения квалификации на стажировках, наличие ученых степеней, внешность и даже человеческие качества – все это в глазах пациентов усиливает авторитет врача, которого они считают профессионалом. Однако все эти характеристики становятся простой формальностью, если профессиональный статус врача не вызывает доверия. Уровень образования сразу рассматривается как недостаточный, ведь «человек после высшего учебного заведения все равно еще недоспециалист. И получается, что они идут и на пациентах учатся». Написание диссертации интерпретируется как дань

абстрактной науке, подкрепленная недобросовестностью диссертационных советов: «конечно, может быть, что действительно человек о чем-то думает, и что-то там еще пытается новое внедрить, и как-то это изучает; а может быть опять же чисто формальный подход. Как у нас кандидатские защищаются, я тоже знаю». Ну, а внешность и подавно не рассматривается как гарант: «Человек может быть несимпатичным, но он может быть мастером своего дела... А может быть и наоборот» (Павел, 36 лет).

Антиномией профессионализму выступает проведение стоматологического лечения по заранее заданному медицинскому протоколу. В то время как медики заявляют о необходимости закрепления медицинских стандартов и разработке обязательных протоколов лечения, для пациентов эти протоколы маркируются негативно.

Данные интервью позволяют предположить, что за подобным недоверием к протоколам скрываются представления о темпоральном измерении качества стоматологического лечения. Как врачи противятся потоковому характеру деятельности, так и пациенты настаивают на том, что время визита должно регулироваться потребностями лечения, а не внешними факторами. В результате заложенная в самой идее лечения по готовому медицинскому протоколу механистичность рассматривается как угроза.

*А оплаченное время на операцию по страховке отводится в среднем по отрасли ... (Владимир, 67 лет)*

### **Социальные механизмы маркетинга в медицине**

Как было показано выше, и врачи, и пациенты осознают проблему дефицита доверия на московском рынке стоматологических услуг. Однако, этот рынок функционирует, и вполне успешно. Каким образом преодолеваются имеющиеся противоречия? Как опять же уже было показано выше, в значительной мере это преодоление происходит за счет артикуляции индивидуального подхода к пациенту в ходе сингуляризации стоматологических услуг и за счет того, что врачи, ведущие прием в коммерческих клиниках, опираются на понятие профессионализма, как фактора интегрирующего медицинскую компетентность, новейшее медицинское знание и высокие этические стандарты работы. В акватории профессионализма между медиками и пациентами существует относительное согласие. Однако при этом в ходе интервью пациенты, даже обладающие медицинским образованием, признают свою неспособность оценить профессионализм коллеги иной медицинской специальности, к которому они пришли на прием в роли пациентов. Полученные в ходе исследования данные позволяют предположить, что для успешности рыночного формата оказания медицинских стоматологических услуг принципиальным является, во-первых, то каким путем пациент попадает в клинику, а, во-вторых, то, как на практике символически (и в значительной мере практически) удается удержать дистанцию между рыночной и медицинской логикой деятельности путем атрибутирования их разным типам акторов в клинике.

### **Медики, бизнесмены и пациенты в одной клинике: разделение ролей и разница в подходах**

В интервью с представителями московских стоматологических клиник регулярно воспроизводится разделение владельцев и менеджеров клиник на врачей и бизнесменов. В среде коммерческой стоматологии распространено представление о том, что быть врачом и быть менеджером, управляющим клиникой – это разные и сложно совместимые роли. С одной стороны, респонденты признают, что построить стоматологический бизнес, не будучи компетентным в медицине, невозможно, начиная с организации клиники в самом начале и заканчивая разрешением конфликтных ситуаций между врачами и пациентами, пациентами и клиниками. С другой стороны, данные интервью свидетельствуют о том,

что даже при привлечении в штат главного врача, который должен отвечать за медицинскую составляющую бизнеса, лицо этого бизнеса отличается от того, которым полностью управляют медики.

*«Их можно понять, тех, кто на приеме не стоял и не знает вообще, что такое труд врача. Я вот знаю клинику... директор сама - не стоматолог, просто деньги есть, открыла клинику. Да она там врача за человека не считает. Раз она его наняла, он должен пахать, а она будет карман набивать»* [интервью, Ашот, управляющий, ортопед, одиночная клиника, Щелковская].

Главное отличие, судя по полученным данным, заключается в том, что, даже будучи менеджерами, врачи не могут пренебречь нормами своей профессии, стремятся к выполнению медицинских стандартов, а подчас и своего профессионального долга. *«Мы сами врачи, а там где менеджеры приходят управлять клиникой, они совсем под другим углом смотрят»* [интервью, Игорь, управляющий, ортопед, одиночная клиника, Белорусская].

Важно зафиксировать и различия в интерпретации содержания медицинской услуги, имеющие место в представлениях врачей и менеджеров стоматологических клиник. Менеджеры склонны рассматривать медицинскую услугу как набор сервисных параметров:

*«Содержание услуги начинается с момента звонка в клинику. Как вам ответили, насколько хорошо все объяснили. Потом, как встретили, как проводили к врачу. Как врач с вами поговорил – объяснял все понятно или сыпал профессиональными терминами, внимательно ли отнесся. Потом, как вас полечили – больно или не больно, насколько красиво выглядит зуб и т.д.»* [интервью, Дмитрий, руководитель, одиночная клиника, Профсоюзная].

Для докторов же, занятых в коммерческом секторе, характерно то, что понятие медицинской услуги остается ценностно окрашенным: *«Можно ввести такой критерий, как степень искусства, вложенного в работу, степень души, степень мастерства. Ведь можно сделать мужественную улыбку, можно сделать романтическую улыбку, а можно сделать просто функциональную улыбку, в конце концов»* [интервью, Сергей, терапевт, ортопед, одиночная клиника, Добрынинская]. Значимой категорией для врачей-стоматологов остается категория помощи. Неся человеку избавление от зубной боли, излечивая его от физических недостатков, улучшая его внешний вид, коммерческие стоматологи не перестают быть медиками.

В некоторых клиниках обсуждение вопросов, связанных с денежной стоимостью лечения, делегируется особому актору – администратору, что позволяет смягчить противоречие между коммерческой и медицинской составляющими деятельности клиники.

*«Это вообще тяжело на самом деле. Почему очень многие цепляются за то, чтобы эта функция отдавалась администратору? Потому, что с администратора взятки гладки. Он посчитал, что ему доктор говорит. А если что-то не понятно, то доктор приходит и говорит не про цены, а про то, почему по-медицински так пришлось делать: «мы с вами делали 4 рентгена, вы же помните, что с первого раза было не видно и нужен был еще один ракурс». И вроде получается, что для пациента это тоже разделено. Деньги отдельно, лечение отдельно, и в этом смысле все идет более гладко».* [Ирина, руководитель, терапевт, одиночная клиника, Каховская].

Подобные стратегии клиник находят отражение в нарративах пациентов: *«По стоимости никто ни чего не сказал, кроме менеджера, на мой вопрос, сколько стоит удалить нервы она ответила: около 10000 руб. Ну думаю: пускай делают».*

Рассуждая выше о значимом для пациентов противопоставлении стоматологической услуги стоматологическому лечению мы упоминали о том, что оно означает для них в том числе и разделение ролей врача и менеджера при столкновении со стоматологической клиникой. Основным контрагентом в рамках медицинского взаимодействия пациенты

видят врача. Именно выбор врача представляет для них цель, и даже если путь в клинику предзадан, допустим, программой добровольного медицинского страхования, пациенты ищут возможность выбрать более подходящего им врача, консультируясь, например, с администратором. По-видимому, пациенты рассматривают ситуацию лечения как коалицию с врачом, которая может выстраиваться и супротив клиники, ее руководству.

*«Сейчас многие платят доктору лично. Выходит где-то в два раза дешевле, чем через кассу. У меня так все знакомые и родственники лечатся) И доктору хорошо, и нам хорошо. Плохо только навороченной клинике, но это нас не сильно трогает» (Наталья, 46 лет).*

Различение между клиникой и лечащим врачом важно для пациентов и потому, что каждому из этих субъектов они приписывают собственное участие в добавленной стоимости стоматологической услуги. Напомним, что говоря о стоматологической услуге, пациенты подразумевают как непосредственно процесс получения лечения, так и сопутствующее ему обслуживание. При этом функция сервиса в восприятии закрепляется за клиникой, «персоналом», а функция лечения – за врачом. Это разделение кажется логичным продолжением функций указанных акторов, но на деле оно все же обладает особым смыслом для пациентов, так как позволяет вытеснить экономический аспект получения стоматологической услуги за пределы прямого взаимодействия с врачом и атрибутировать все денежные вопросы и связанные с ними сомнения и недовольство – менеджерам. Косвенно об этом свидетельствует, например, то, что именно роль клиники, ее руководства, но не врачей, нередко оказывается демонизированной в глазах пациентов. Клиники, по мнению пациентов, не только сами практикуют недобросовестные стратегии, как например, занижение стоимости лечения в рекламе или установление финансовых планов, и навязывают такое поведение врачу.

*Понимаете, вот все честные люди из этих клиник уходят, потому что они говорят: «нам прям в открытую говорят, что пациентов «надо разводить», то есть навязывать им ненужные услуги, кучу разных диагностик, которые не нужны, которые очень дорогие. Я так поняла, сама работая в медицине, что честная медицина не может быть прибыльной. Или ты делаешь деньги бессовестным образом и разводишь пациентов и наживаешься на них или ты занимаешься медициной, но тогда у тебя прибыли практически не будет (Ирина, 49 лет).*

### **Путь пациента в клинику как предиктор доверия**

В теоретической части работы мы говорили о том, что критерием успешной маркетизации представляется нам согласие, существующее между акторами рынка по поводу денежной цены предлагаемого на нем продукта. Глубинные интервью с пациентами позволили выделить три возможных на московском стоматологическом рынке сценария восприятия ими цены – сценарий незамеченной цены, сценарий коммуницируемой цены и сценарий подозрительной цены. Интервью показали, что реакция пациентов на стоимость лечения (более или менее бурная) проявляется лишь там, где эта цена оказывается проблемой, где возникновению дискурса о ней предшествует удивление или подозрение. Именно отрицательные эмоции, если следовать методам Г. Гарфинкеля, являются индикатором того, что скрытые конвенции, цементирующие рутинность социального порядка, были нарушены (Гарфинкель 2007). Категории, в которых пациентами описываются подозрения по поводу обоснованности заплаченной цены, представляют в связи с этим первостепенный интерес. Анализируя причины разочарования, мы получаем возможность составить представление о первоначальных «идеальных» ожиданиях пациентов. Проведенное исследование позволяет предположить, что вероятность актуализации того

или иного сценария восприятия цены зависит от того, каким образом пациент попадает в кресло именно этого стоматолога именно в этой клинике.

Так в нарративах респондентов, которые выбирали врача, используя свои социальные связи, дискурс о цене проявляется пунктирно. Считая, что *«действительно хорошего врача тебе порекомендуют только такие же, как ты, нормальные люди»*, подобные респонденты страховали себя от неожиданностей. Фактически, складывалась ситуация, когда с одной стороны, люди посещали врача, чья компетентность была косвенно апробирована на знакомых, что снижало риски качества, с другой стороны, рекомендации от знакомых предполагали возможность доступа к подробной информации о возможных ценах, условиях обслуживания в клинике и т.п.

*«Я просто увидела, как одна знакомая сделала передний зуб, нарастила, и сделано было на самом деле очень профессионально, потому, что я уже отличаю, я знаю, как там люди наращивают зубы. На самом деле этот зуб был наращен очень профессионально. И я сразу, конечно, спросила: «Где ты делала?». Она сказала. Я просила порядок цен: порядок цен, конечно, тоже значительно ниже, чем в той клинике, где, я Вам говорила, мне сделали шикарно» (Ирина, 49 лет).*

В результате ожидания пациентов, пришедших по рекомендации, изначально очень реалистичны. Конечно, пациенты, пришедшие по рекомендации не всегда избегают каких-то проблем, сопряженных с лечением или абсолютно счастливы заплаченной цене. Однако в таких обстоятельствах, по-видимому, происходит некоторое смещение локуса оценки с внутреннего локуса взаимодействия, на внешний локус не зависящих от участников этого взаимодействия обстоятельств. Сомнения, сопряженные со стоимостью лечения, перемещаются в другой фрейм, не связанный с непосредственно взаимодействием с клиникой и врачом. Приемлемость цены оценивается на этапе принятия решения о посещении врача. Похожим образом накладки с лечением объясняются пациентами особенностями собственного организма, а не ошибкой врача, и даже оправдываются. Что касается цен, то даже если вдруг цена и оказывается рефлекслируемой, ее уровень списывается на особенности среды, а не на недобросовестные намерения врача или клиники.

Далеко не во всех интервью дискурс о цене был пунктирным. В частности, там где, как в ходе анализа стало ясно, люди попадали к врачу по внешним каналам, через полис ДМС (по которому пришлось доплачивать) или просто по внешней рекламе, размышления об обоснованности заплаченной цены начинали звучать более отчетливо. По-видимому, ожидания пациента, сформированные на основе данных просмотренного прейскуранта или ответа администратора по телефону, были изначально менее точными, и потому могли разительно отличаться от реальной практики.

В данном случае вопрос цены, как свидетельствуют интервью, становился уже поводом для обсуждения с врачом и администратором клиники. И возникало два варианта развития событий. Первый вариант, когда качество полученной стоматологической услуги в целом устроило пациента. Тогда в целом взаимодействие проходит гладко, но остаются сомнения. Как выразился один из респондентов: *«зуб полечили хорошо, но будто где-то обманули»*. В целом эти сомнения могут и не возникнуть, если доктор и клиника предусмотрительно обеспечат пациента подробной и убедительной информацией о плане лечения и основаниях его стоимости. Больной нуждается в разъяснениях по поводу цены, но в целом ее легитимность под сомнение не ставится. Неуверенность же в адекватности заплаченной цены остается, только если *«стороны были немного молчаливы»*. Второй вариант развития событий – когда пациент разочарован опытом полученного стоматологического лечения. Вероятность этого варианта немала, учитывая, что по полису ДМС пациент попадает в клинику, тяготеющую к потоковому типу, в большинстве случаев, а по внешней рекламе – с высокой долей вероятности.



*Мы живем в стране, где все непредсказуемо. Я как-то зашел в клинику около дома. Все там замечательно, ценник такой неплохой – под 300 евро за зуб. И вдруг – стоит пьяный врач, совершенно пьяный. Может и не врач, может это хозяин. Они сидят красную жидкость пьют с медсестрами: это что – вино, что там, я не знаю, сок может. Просто на ресепшене сидят пьют. Ну, вот так вот. Чего мы хотим дальше? (Павел, 36 лет)*

В данном случае цена переживается как проблемная. И тогда можно говорить о том, что будет активизирован третий сценарий, сценарий подозрительной цены. Наиболее отчетливо рефлексия по поводу цены проступала в нарративах респондентах, чей опыт прохождения стоматологического лечения в последний раз оказался неблагоприятным.

Пациентам сложно самостоятельно осуществить предварительный просчет стоимости лечения по прейскуранту. Администратору, ориентирующему пациента в вопросе стоимости лечения, не менее сложно предсказать диагноз и план этого лечения. Сотрудники клиники стремятся снизить неопределенность, просчитывая стоимость заранее и объявляя ее пациенту в кресле, когда план лечения более или менее определен. Однако, даже согласившись на объявленную в кресле цену, пациент не застрахован от разочарования, в том числе и в цене, если что-то объективно пошло не так, или даже субъективно воспринимается хуже, чем ожидалось. В результате обоснованность заплаченной цены становится проблемой, вызывает подозрения и отрицательные эмоции.

### **Заключение**

В данной статье на примере московского рынка стоматологических услуг была предпринята попытка выявить социальную механику функционирования рынка, продукт которого сопряжен со спросом на жизненно-важное, а потому социально запутанное (contested) благо – здоровье. Теоретической точкой отсчета стала идея о том, что ключевым процессом образования рынка является процесс социальной квалификации и социо-культурного производства ценности (valuation) предлагаемого на нем продукта как рыночного товара. Целью квалификации рыночного товара является повышение его доступности для калькуляции, и потому апогеем маркетизации можно считать консенсус различных типов социальных акторов по поводу установленной денежной цены. Там, где обоснованность цены ставится под сомнение, возникает подозрение относительно добросовестности акторов в плане выполнения социальных конвенций, лежащих в основе рынка. Для того чтобы выявить и содержание, и способы поддержания социальных конвенций, скрытых за маркетизацией медицины и соответственно функционированием рынков медицинских услуг, автор пытается соотнести эмпирически выявленные представления разных типов акторов – главным образом врачей и пациентов, но в том числе и менеджеров клиник – по поводу того, что такое стоматологическая услуга. Демонстрируется, что содержание стоматологической услуги как рыночного продукта может быть представлено как органичное сочетание технологического и отношенческого аспектов этой услуги. Первый помогает акторам калькулировать. Второй – призван смягчить напряженность, сопровождающую процесс маркетизации жизненно-важных благ. Интегрирующим фактором при этом выступает профессионализм врача – понятия, сочетающее в себе медицинскую компетентность в реализации технологии лечения и этику. При этом показано, что по поводу ряда ключевых параметров, квалифицирующих стоматологическую услугу, у сторон спроса и предложения имеются разногласия. То, что поставщики услуг мыслят в отношенческих категориях – в частности, уровень сервиса и особые возможности для пациентов в плане обслуживания с учетом степени престижности клиники, проводящие принципиальное различие между выполнением лечения (в пределе – служения их интересам) и обслуживанием, пациенты рассматривают

как технический момент, прагматично используемый клиниками для обоснования более высоких цен. Суть социальных конвенций, скрытых за рыночной стоимостью стоматологических услуг, состоит в том, что врач как настоящий профессионал, владеющий *магией* квалификации и опыта проведения лечения (как и во многих иных социальных областях магия и технология сливаются воедино (См., например, Gell 2002), привержен этике общения с пациентом как с целостной личностью, относится к нему как «к своему» пациенту, то есть к тому, с которым предстоит выстраивать долгосрочное сотрудничество, гарантирующее последнему, что он получит в клинике не только достаточно времени на требуемое лечение, но и внимательное, искренне заинтересованное, учитывающее уникальность его организма и медицинской проблемы отношение. Сервисная составляющая общения, скорее, исходящая от клиники, а не от врача, в этом случае будет приятным, но вовсе не обязательным для неизбалованного советским сервисом московского пациента, дополнением. Вторичность сервиса в медицинском контексте для пациентов объясняет и то, почему цены престижных клиник, едва ли выглядят в глазах этих пациентов, обоснованными. Даже самый высокий уровень дружелюбия в клинике не способен компенсировать механистический подход к лечению, деперсонализированность, невнимательность и поверхностность отношения к пациенту со стороны врача. В этом случае медицинский контекст взаимодействия ставится под угрозу, посещение стоматологической клиники начинает интерпретироваться в терминах получения услуг, а не прохождения лечения, а все до поры до времени дремлющие опасения в отношении рыночного формата оказания медицинских услуг, которые мы фиксируем как сомнения в адекватности цены, активизируются. По итогам проведенного исследования можно говорить о существовании трех возможных сценариев восприятия цены стоматологической услуги пациентами – сценарий незамеченной цены, сценарий коммуницируемой цены и сценарий подозрительной цены. Вероятность актуализации того или иного сценария, как позволяет предположить проведенное исследование, зависит от того, каким путем пациент попадает в клинику.

Также как и на рынке символических благ, описанном Бурдые, производство веры на стоматологическом рынке в идеале основано на отрицании экономического интереса, как ключевого мотива деятельности [Бурдые 2007]. Апогеем этого процесса является вытеснение материальных вопросов, в частности вопроса цены, из социального взаимодействия между акторами. Общение строится вокруг процедуры лечения, оплата же производится технически, и отчасти даже автоматически. Там, где все условия социальной игры во врача и пациента выполняются, вопрос оплаты оказывается рутинным и не проблематизируется, рынок функционирует гладко. Там же, где условия игры нарушаются, социальные основания рыночного формата услуг, сопряженных с телом и здоровьем человека, подвергаются рефлексии участников социального взаимодействия. Результаты такой рефлексии не обязательно будут отрицательными, будут препятствовать совершению рыночного обмена. Даже ситуации подорванных социальных конвенций могут переопределяться пациентами и врачами в позитивную сторону или вытесняться за пределы контекста их взаимодействия.

В целом по итогам исследования можно заключить, что даже работающие в коммерческой стоматологии специалисты мыслят в терминах враждебности мира рынка и денег ценностной составляющей их деятельности. Эффекты маркетинга кажутся потенциально опасными – тем, что рыночная логика угрожает медицинским стандартам и этике, что деятельность теперь нацелена не на здоровье пациентов и качество предоставляемых услуг, а на максимизацию объема работ, и, следовательно, прибыли. Защитой от этих эффектов, по данным нашего исследования, могут служить акцент на профессиональную медицинскую составляющую деятельности коммерческой клиники, стремление сохранить высокую планку качества работ, несмотря на увеличение платежеспособного спроса, акцентирование приоритета интересов пациента, дистанцирование медиков от сопряженных с денежной платой вопросов за счет передачи

их менеджерам – актерам, изначально отвечающим за экономическую эффективность бизнеса.

Проведенное исследование позволило прояснить, что стоматологическая услуга представляет собой референт для субстантивного блага здоровья зубов, состоящий из совокупности осязаемых характеристик, которые можно измерять и сравнивать. Смысл этой услуги состоит в оказании квалифицированной помощи по восстановлению здоровья. И именно эта помощь составляет ядро рыночного продукта. Врачи интерпретируют свою деятельность в терминах исполнения профессионального долга, применения профессиональных талантов, то есть в пределе – в понятии профессии как призвания и служения. Акцент на технологических параметрах стоматологической услуги характерен скорее для менеджеров клиник. Пациенты же, с одной стороны, внемлют языку специалистов стоматологического рынка. Желая жить без боли и физиологических проблем, и к тому же успешно конструировать при помощи здоровых зубов свой социальный перформанс, пациенты не имеют достаточных временных ресурсов на поддержание такой маленькой частицы тела как зубы. Там, где от тела ожидается быть незаметным в своей функциональности, возникновение недомоганий мыслиться не столько в высоких терминах заботы о здоровье, сколько в терминах непредвиденных издержек, требующихся для выравнивания ситуации. Поэтому там, где врач приводит зубы в порядок с наименьшими осложнениями в процессе и после лечения, где результат внешне эстетичен и, что очень важно, удерживается в течение длительного времени, где заплаченная цена пусть и высоковата, но не заставляет сомневаться в том, что врач приложил все усилия, чтобы помочь проблеме пациента, а не отделался внешней любезностью, опыт получения стоматологических услуг в коммерческой клинике оценивается как успешный.

Результаты проведенного исследования интерес представляют интерес в свете проблематики маркетинга непосредственно в области медицины и здравоохранения. Обычно она оценивается негативно, потому что, как кажется на первый взгляд, грозит сделать отношение врачей к пациентам еще более отчужденным и механистическим. Данные нашего исследования дают основания поставить под сомнение идею о том, что коммерциализация медицины неизбежно дегуманизирует и деперсонализирует ее. Рыночный контекст оказания зубоорудительной услуги не допускает отчуждения со стороны врача по отношению к пациенту, как это возможно, например, в условиях российского бюджетного здравоохранения. Как только болезнь пациента превращается в потенциальный источник материального заработка для поставщика, последний вынужден прикладывать специальные усилия по установлению со своим контрагентом доверительных отношений. Повышенное внимание со стороны врача к ценности человеческого тела и здоровья и индивидуальности каждого пациента в коммерческой медицине становится обязательным условием взаимодействия. Рыночный формат деятельности, денежная цена, формируемая для жизненно-важных благ на рынке, неожиданно оборачивается гарантом сохранения их социальной ценности. И уже нерыночные организационные форматы предоставления стоматологических услуг начинают подвергаться сомнению.

## **Библиография**

1. Anderson, R. and D.W. Thomas. 2003. "Toothache Stories": A Qualitative Investigation Of Why And How People Seek Emergency Dental Care. *Community Dental Health*. 20 (2): 106–11.
2. Barford, V. 2008. American v British teeth, BBC News. URL: <http://news.bbc.co.uk/1/hi/magazine/7633254.stm>

3. Beckert J., Musselin Ch. (eds). (2013). *Constructing Quality: The Classification of Goods in Markets*, Great Britain. Oxford University Press.
4. Bolton L. E., Warlop L., Alba J.W. 2003. Consumer Perceptions of Price (Un)Fairness. *Journal of Consumer Research*. 29: 474-491.
5. Callon M., Muniesa F. 2005. Economic Markets as Calculative Collective Devices. *Organization Studies*. 26(8): 1229-1250.
6. Darke P.R., Dahl D.W. 2003. Fairness and Discounts: The Subjective Value of a Bargain. *Journal of Consumer Psychology*. 13(3): 328-338.
7. Davies A., Jr J. Measuring patient satisfaction with dental care. *Social Science and Medicine*. 1981. Vol.15A.
8. Davis, P. 1980. *The Social Context of Dentistry*. London: Croom Helm Ltd.
9. Exley, Catherine. 2009. Bridging A Gap: The (Lack Of A) Sociology Of Oral Health And Healthcare. *Sociology of Health and Illness*. 31(7)
10. Featherstone, M. 1982. The Body In Consumer Culture. *Theory, Culture and Society*. 19 (2): 206–11.
11. Finch, H., Keegan, J. and Ward, K. 1988. Barriers to the Receipt of Dental Care – a Qualitative Research Study. London: Social and Community Planning Research.
12. Forsberg P. 2009. Testing Prices in Markets. How to Charter a Tanker. *Ethnography*. 10(3): 265-290.
13. Gell A. 2002. Technology and Magic. In. J. Benthall (ed.) *The Best of Anthropology Today*, with a preface by M. Sahlin. L., N.Y.: Routledge, 280–287.
14. Giddens, Anthony. 1991. *Modernity and Self-identity: Self and Society in Late Modern Age*. Oxford: Basil Blackwell Ltd.
15. Goffman, E. 1990. [1963] *Stigma - Notes on the Management of Spoiled Identity*. London: Penguin Books.
16. Gourevitch P. 2011. The Value of Ethics: Monitoring Normative Compliance in Ethical Consumption Markets. In Aspers P., Beckert J. (eds). *The Worth of Goods: Valuation and Pricing in the Economy*. New York: Oxford University Press. 86-105.
17. Gregory, J., Gibson, B. and Robinson, P.G. (2005) Variation And Change In The Meaning Of Oral Health Related Quality Of Life: A ‘Grounded’ Systems Approach. *Social Science and Medicine*. 60. 1859–68.
18. Guest, Greg, Arwen Bunce and Laura Johnson. 2006. How Many Interviews Are Enough? : An Experiment with Data Saturation and Variability *Field Methods*. 18: 59-82.
19. Guyer J.I. 2009. Composites, Fictions, and Risk: Toward an Ethnography of Price. In Chris Hann, Keith Hart (Eds) *Market and Society: The Great Transformation Today*. N.Y.: Cambridge University Press: 203 –220.
20. HajdÁková, Iveta. 2013. Discreet Economy: Luxury Hospitality in the Context of Postsocialist Transformation of Czech Society. *Laboratorium. Журнал социальных исследований*. 5 (1): 73-97.
21. Haws K.L., Bearden W.O. 2006. Dynamic Pricing and Consumer Fairness Perceptions. *Journal of Consumer Research*. 33(3): 304-311.
22. Hughes, Donna. 2000. The "Natasha" Trade. In the Shadows: Promoting Prosperity or Undermining Stability? *Journal of International Affairs*. 53(2): 625-651.
23. Mandel, Ruth and Caroline Humphrey, eds. 2002. *Markets and Moralities: Ethnographies of Postsocialism*. New York: Berg.
24. Marchand R. 1985. *Advertising the American Dream*. Berkeley: University of California Press.
25. Morgan M. 1991. The Doctor-Patient Relationship. In. Graham Scambler (Ed). *Sociology As Applied To Medicine*. -London, Bailliere Tindall.
26. Nettleton, S. 1989. Power And Pain: The Location Of Pain And Fear In Dentistry And The Creation of a Dental Subject. *Social Science and Medicine*, 29(10): 1183–90.

27. Parsons T. Social Structure And Dynamic Process: The Case of Modern Medical Practice In. The Social System. L.: Routledge, 1991.
28. Parsons T. Some Theoretical Considerations Bearing On The Field Of Medical Sociology / Social Structure And Personality. London: The Free Press, 1964. Pp: 258-291.
29. Prasad, Monika. 1999. "The Morality of Market Exchange: Love, Money and Contractual Justice". Sociological Perspectives. 42(2): 181–214.
30. Reisine, Susan. 1981. Theoretical Considerations in Formulating Sociodental Indicators. Social Science and Medicine. 15A: 745-750.
31. Timmermans Stefan. and Rene Almeling. 2009. Objectification, Standardization, and Commodification in Health Care: A Conceptual Readjustment". Social Science and Medicine. 69: 21–27.
32. Vermaire, J.H. , N.J.A. van Exel, C. van Loveren and W.B.F. Brouwer. 2012. Putting Your Money Where Your Mouth Is: Parents' Valuation of Good Oral Health of Their Children. Social Science and Medicine. 75: 2200-2206.
33. Walzer, Michel. 1983. Spheres of justice. New York Basic Books Inc.
34. Zelizer, Viviana. 1994. Pricing The Priceless Child: The Changing Social Value of Children. Princeton, N.J.: Princeton University Press.
35. Zelizer, Viviana. 2000. The Purchase of Intimacy. Law and Social Inquiry. 25 (3): 817–848.
36. Zelizer, Viviana. 2005. Culture and Consumption In: The *Handbook of Economic Sociology*. ed. by Neil Smelser and Richard Swedberg. Princeton: Princeton University Press. Pp. 331–354.
37. Zerubavel E. 1997. Social Mindscapes: An Invitation to Cognitive Sociology. Cambridge: Harvard University Press.
38. Адлер, Альфред. 1997. Индивидуальная психология как путь к познанию и самопознанию человека. "Наука жить", Киев.
39. Александрова Е.С. 2008. "Рекомендовано лучшими друзьями" или как россияне выбирают стоматолога. *Социальная реальность*. 4: 20-27.
40. Бердышева Е. С. 2010. Ценообразование в медицине как процесс социальной координации (экономико-социологический анализ на примере коммерческой стоматологии Москвы). *Мир России: Социология, этнология*. 2010. 19(3): 132-158.
41. Бердышева, Елена. 2012. «Здоровье не купишь»: о противоречиях маркетинга жизненно важных благ на примере рынка стоматологических услуг в Москве. *Laboratorium. Журнал социальных исследований*. 2: 91-114.
42. Боброва, Светлана. 2011. Ценообразование на московском рынке ДМС: институциональные условия и особенности взаимоотношений страховых компаний и клиник. ВКР. НИУ-ВШЭ. На правах рукописи.
43. Бурдые П. 2007. Производство веры. Вклад в экономику символических благ. В кн. *Социальное пространство: поля и практики / Пер. с франц.; отв. ред. перевода, сост. в послесл. Н.А. Шматко. – М.: Институт экспериментальной социологии; СПб.: Алетейя*.
44. Гарфинкель, Гарольд. 2007. Исследования по этнометодологии. СПб.: Питер.
45. Гераскин, Владимир. 2003. Перспективная модель стоматологической практики (Dental Management Group). [Электронный ресурс]. URL: <http://www.edentworld.ru/lib.pl-cid=&DocID=1261.htm>
46. Головин, Сергей. Словарь практического психолога. — М.: АСТ, Харвест. 1998.
47. Девятко И.Ф., Абрамов Р.Н., Кожанов А.А. 2010. О пределах и природе дескриптивного обыденного знания в социальном мире. *Социологические исследования*. 9: 3-17.
48. Зубоврачевание в XIX в. в России / Материалы кафедры истории медицины Московского государственного медико-стоматологического университета под ред.

- Проф. К.Пашкова [Электронный ресурс]. URL: [http://www.historymed.ru/static.html?nav\\_id=184&ti\\_id=323](http://www.historymed.ru/static.html?nav_id=184&ti_id=323)
49. Иванова, Марина. 2007. Услуги стоматолога – платные и бесплатные // Доминанты. Поле мнений. 41 (11 октября 2007 г.). [Электронный ресурс]. URL: <http://bd.fom.ru/map/projects/dominant/dominant2007/dom0741>
  50. Коммерческая стоматология Москвы в 2003 г.: аналитический обзор (Dental Management Group). [Электронный ресурс]. URL: <http://www.edentworld.ru/lib.pl-cid=&DocID=1266.htm>
  51. Копытофф И. Культурная биография вещей: товаризация как процесс / Социология вещей.: сборник статей / под. ред. В.Вахштайна. – М.: Издательский дом «Территория будущего», 2006. – С.134-166.
  52. Ларенцова Л.И., Смирнова Н.Б. 2000. Пациент и стоматолог глазами друг друга // Журнал практической психологии и психоанализа. № 4. (URL: [http://www.medicus.ru/stomatology/spec/?cont=article&art\\_id=5167](http://www.medicus.ru/stomatology/spec/?cont=article&art_id=5167)).
  53. Максимовский Юрий, Анатолий Аванесов, Алексей Дойников и Ольга Сагина. 2004. *Современные принципы организации работы стоматологических учреждений России*. – М.:МЦФЭР.
  54. Липсиц, Игорь 2005. Ценообразование (управление ценообразованием в организации): учебник. – М.: Издательство «ЭКОНОМИСТЪ».
  55. Мейер Д., Роуэн Б. 2011. Институционализированные организации: формальная структура как миф и церемониал. *Экономическая социология*. 12( 1): 43–67.
  56. Рынок стоматологии Москвы в 2008-2011 гг. с учетом влияния мирового экономического кризиса. Отчет маркетингового исследования, выполненного ЭКЦ «Инвест-Проект», 2009.
  57. Стоматология XX века. Становление и развитие / Материалы кафедры истории медицины Московского государственного медико-стоматологического университета под ред. Проф. К.Пашкова. [Электронный ресурс]. URL: [http://www.historymed.ru/static.html?nav\\_id=184&ti\\_id=324](http://www.historymed.ru/static.html?nav_id=184&ti_id=324)
  58. Столяров, С.А. 2002. Рынок медицинских услуг: некоторые его характеристики, проблемы и аспекты управления. Барнаул.
  59. Стоматология и зубопротезирование // Развитие стоматологии как врачебной специальности в СССР и Российской Федерации [Электронный ресурс]. URL: [http://www.historymed.ru/dental/development\\_of\\_dentistry/](http://www.historymed.ru/dental/development_of_dentistry/)