

## «ЗДОРОВЬЕ НЕ КУПИШЬ»: О ПРОТИВОРЕЧИЯХ МАРКЕТИЗАЦИИ ЖИЗНЕННО ВАЖНЫХ БЛАГ НА ПРИМЕРЕ РЫНКА СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ УСЛУГ В МОСКВЕ

**Елена Бердышева**

*Елена Бердышева – социолог, старший научный сотрудник Лаборатории экономико-социологических исследований НИУ «Высшая школа экономики». Адрес для переписки: Каширское шоссе, 78, к. 2, кв. 61, Москва, 115409, Россия. eberdysheva@hse.ru.*

*Исследование выполнено при содействии Ассоциации частных стоматологических клиник Москвы. Автор благодарит редакцию журнала Laboratorium и анонимных рецензентов за высказанные замечания и комментарии.*

**Ключевые слова:** рынок, товар, мораль, ценности, калькуляция, здоровье, медицинские услуги, стоматология

Для того чтобы стать предметом рыночного обмена, благо должно быть квалифицировано как товар (Копытофф 2006). Рыночный товар – это социально конструируемый статус, который благо может приобрести или потерять в зависимости от обстоятельств. При этом рынки должны рассматриваться с учетом того, какого рода товар на них предлагается (Каллон, Меадель и Рабехарисоа [2002] 2008). Для любого рынка особенности реализуемого товара являются конституирующим фактором. Однако особенно ярко социальная природа товара проявляется в случае, когда процесс презентации продукта на рынке сталкивается с существующими социокультурными представлениями о том, какие блага в обществе могут распространяться через рынок, а какие ни в коем случае не должны.

В связи с экспансией рынков в сферы, связанные с вопросами жизни и смерти, а также со смещением границ между ними, в современном обществе подобные противоречия обнаруживаются исследователями все чаще (Timmermans and Almeling 2009). В качестве примера особо «чувствительных» в этом отношении

благ можно привести детский труд, сексуальные услуги, телесные товары (*bodily goods*), способствующие поддержанию или продлению жизни: органы, репродуктивные клетки, кровь, услуги суррогатных матерей и т.д. (Зелизер [1978] 2010; Prasad 1999; Steiner 2003; Zelizer [1985] 1994). Основу современной западной культуры составляет идея незыблемости границы между миром людей, который выступает оплотом индивидуального и уникального, и миром вещей, легко поддающихся превращению в стандартный товар (Копытофф 2006: 158). Мысль о том, что человек в социальном взаимодействии должен быть целью действия (но никогда – его средством), прочно закрепилась в коллективных представлениях. Поэтому, если перспектива денежной калькулируемости блага угрожает обесцениванием человеческой личности, то выставление такого блага в качестве товара на рынке считается некорректным, это подвергается социальному неодобрению (Espeland and Stevens 1998). Кроме того, процесс калькуляции, который служит мостом между социальной ценностью блага и его денежной ценой, часто остается непрозрачным, а граница между отношениями, опосредованными деньгами, и эксплуатацией одного из участников этих отношений другим – неустойчивой.

Маркетизация медицинских отраслей (включая стоматологию) обычно воспринимается негативно по нескольким причинам. Во-первых, здоровье является жизненно важным благом для любого человека, и поэтому общество сопротивляется тому, чтобы доступ к системе здравоохранения управлялся денежными критериями и, следовательно, был ограничен. Во-вторых, в силу информационной асимметрии между медиком-экспертом и пациентом, далеким от медицины, возникает риск оппортунистического поведения со стороны врача: материально заинтересованный в том, чтобы осуществить платное лечение в большем объеме, врач может манипулировать своим знанием и индуцировать дополнительный спрос (Newhouse 1970). В-третьих, систему здравоохранения активно критикуют за объектный подход и стандартизацию в отношении пациентов (Anspach 1988; Timmermans and Almeling 2009: 21). Дополнительными основаниями для обвинений в дегуманизации и деперсонализации медицинской помощи становятся спрос, предъявляемый медициной на мертвые тела и донорские органы, а также фармацевтические эксперименты над жителями третьего мира, то есть все те ситуации, в которых ценность человеческого тела при жизни оказывается ниже, чем после смерти (Anteby 2010; Richardson 2001; Sharp 2000). Иначе говоря, объективация и стандартизация являются неотъемлемыми условиями для маркетизации здравоохранения, которая, как кажется на первый взгляд, угрожает тем, что отношение врачей к пациентам станет еще более отчужденным и механистическим.

И тем не менее, вопреки социальной критике, рынки, сопряженные с жизненно важными благами, в современном обществе активно развиваются. Экономика и культура находят здесь компромисс, формирование которого в последние годы попало в фокус экономсоциологических исследований маркетизации. Исследователи пересматривают работы Карла Маркса и подчеркивают, что сопутствующие маркетизации овеществление и стандартизация далеко не всегда ведут к отчуждению и дегуманизации (Timmermans and Almeling 2009: 26). Проблема, в том

числе и исследовательская, видится теперь не во включении отдельных благ в рыночный обмен, а в том, каким образом оно происходит. Возникает настоятельная потребность обратиться к анализу конкретных условий и разнообразных практических эффектов маркетинга. Внести посильный вклад в решение этой задачи и призвана данная статья.

В этом исследовании нас будет интересовать рынок стоматологических услуг в Москве как один из рынков, спрос на котором сопряжен со здоровьем. Цель нашей работы состоит в том, чтобы описать, как акторам московского стоматологического рынка удается соотносить ориентированную на прибыль рыночную деятельность с социальными ценностями и ожиданиями, связанными с темами здоровья. Выбор стоматологического рынка в качестве объекта исследования неслучаен. Стоматология являлась флагманом маркетинга в области российского здравоохранения. Именно в этой сфере еще в 1980-е годы (хотя и «теневым» способом) активно функционировали частные кабинеты. В области стоматологии официально начали работать первые хозрасчетные поликлиники<sup>1</sup>. Переход России к рыночной экономике ознаменовался сокращением объема стоматологической помощи, доступной населению за счет средств государственного бюджета<sup>2</sup>, и бурным ростом числа коммерческих стоматологических организаций, отличавшихся высокой рентабельностью.

Вместе с тем на сегодняшний день стоматологический сектор в России остается 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. Несмотря на длительную историю, маркетинг 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 поддержания экономической эффективности (Бердышева 2010). По этой причине организационное поле коммерческой стоматологии представляется продуктивным примером для изучения как механизмов маркетинга благ, сопряженных со здоровьем, так и их противоречий.

Одна из задач эмпирического исследования, на результаты которого мы опираемся в данной статье<sup>3</sup>, состояла в том, чтобы очертить границы стоматологиче-

<sup>1</sup> Приказ «Об организации стоматологических учреждений в новых экономических условиях хозяйствования» от 6 августа 1996 года.

<sup>2</sup> Согласно Федеральному закону «О внесении изменений и дополнений в Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан» от 2 декабря 2000 года.

<sup>3</sup> Речь идет о диссертационном исследовании «Ценообразование в медицине как социальный процесс: анализ на примере рынка стоматологических услуг г. Москвы», выполненном автором. С авторефератом диссертации можно ознакомиться здесь: <http://www.hse.ru/sci/diss/20863702>.

ской услуги как рыночного продукта и выявить такие ее аспекты, которые вносят вклад в формирование ее стоимости. Для решения этой задачи необходимо было плотное описание содержания и особенностей стоматологических услуг в тех смысловых категориях, которыми оперируют акторы московского стоматологического рынка. Для выявления этих категорий были использованы несколько видов источников. В первую очередь, мы провели качественный анализ содержания сайтов 184 московских стоматологических клиник<sup>4</sup>, различающихся по ключевым, с точки зрения варьирования цен, параметрам. Параллельно с этим, в 2008–2009 годах автором было проведено 25 глубинных интервью с врачами и управляющими московских стоматологических клиник (см. приложение). Первоначально выборка строилась по методу «снежного кома», но по мере прояснения картины изучаемого явления она приобрела черты, характерные для теоретической выборки. Для получения дополнительных данных мы обращались к пособиям по истории стоматологии, дискуссиям на стоматологических форумах и результатам маркетинговых исследований московского стоматологического рынка.

В настоящей статье можно выделить несколько частей. Сначала мы кратко опишем историю трансформаций советской и российской стоматологии и, используя данные глубинных интервью с врачами и менеджерами московских стоматологических клиник, обозначим ключевую моральную дилемму, с которой сталкиваются акторы московского рынка стоматологических услуг в контексте маркетинга стоматологии. Затем мы рассмотрим установки и организационные практики, при помощи которых акторам этого рынка удастся ослабить негативные аспекты коммерциализации в своей практической деятельности. И наконец, опираясь на результаты качественного анализа веб-сайтов московских клиник, мы остановимся на содержании одного из ключевых понятий, существующих сегодня на рынке стоматологических услуг, – *здоровье зубов*; а также покажем, через совокупность каких параметров позиционируются стоматологические услуги. В заключительной части работы будут обобщены результаты нашего исследования процесса маркетинга стоматологических услуг.

## **МЕДИЦИНА ИЛИ ТОРГОВЛЯ – ОСНОВНОЕ ПРОТИВОРЕЧИЕ КОММЕРЦИАЛИЗАЦИИ СТОМАТОЛОГИИ**

Процесс маркетинга здравоохранения, в том числе и стоматологии, затруднен в той мере, в какой институт медицины несет ответственность за здоровье человека. Коммерциализация российской стоматологии осложнялась также необходимостью преодолевать установки общества, сформированные в советский период. Характерной особенностью развития российской стоматологии была и остается конкуренция рыночной (то есть ориентированной на прибыль) и государственной (основанной на принципе справедливости в форме всеобщей доступности благ) логик.

После революции 1917 года советским правительством был предпринят ряд

---

<sup>4</sup> Всего в настоящее время в Москве функционирует около 1280 негосударственных стоматологических клиник (Рынок стоматологических услуг... 2009).

радикальных практических мер по перестраиванию частной врачебной практики в государственную систему стоматологической помощи. На создание национальной системы стоматологической помощи средств не было, поэтому было принято решение использовать с этой целью коммерческие зубоврачебные кабинеты (Максимовский и др. 2004). Краеугольным камнем в массовой идеологии этого периода стали идеи доступного для всех и бесплатного стоматологического лечения. «Бесплатность» казалась синонимом социальности. При этом, на тот факт, что за иллюзорной «бесплатностью» бюджетной стоматологии скрывалась оплата из общественных фондов, внимания не обращали. Формировался новый образ «советского врача» – бесребреника, который чтит медицинскую этику и неукоснительно соблюдает клятву Гиппократов (Стоматология XX века...). Этот образ способствовал вере в то, что идея всеобщего бесплатного здравоохранения воплотима и реалистична.

В середине XX века развитие стоматологической науки и сети стоматологических учреждений стимулировалось усилиями государства. За десять послевоенных лет число стоматологических поликлиник, отделений и кабинетов на территории городов СССР увеличилось в 1,2 раза (Стоматология XX века...). Естественным образом увеличивалось и число обращений пациентов в эти учреждения. Установка на всеобщую доступность стоматологических услуг, программы обязательной стоматологической диспансеризации на заводах и в школах стимулировали потребность в стоматологах. В то же время оценить продуктивность их труда (а значит, и управлять эффективностью в этой области) было достаточно трудно. Одной из попыток решить эту проблему стало введение системы учета и оценки труда врачей, основанной на измерении объема их работы в условных единицах трудоемкости, соответственно которым устанавливалось финансирование различных лечебных операций из государственного бюджета (Лабунец, Диев и Диева 2010). Однако вместо того чтобы решить проблему длинных очередей в коридорах поликлиник, данная мера способствовала переходу советской стоматологии на «поточный» принцип работы.

Попасть к врачу-стоматологу в советское время было крайне непросто, удовлетворить соответствующие потребности населения в стоматологической помощи не удавалось (Столяров 2005). Вследствие этого существенный объем стоматологической помощи реализовывался теневым образом: «Распространенной формой оказания стоматологической помощи были нелегальные зубоврачебные кабинеты» (интервью; Геннадий, руководитель, сетевая клиника). Подобное положение дел стало одной из предпосылок, облегчившей впоследствии коммерциализацию стоматологической отрасли: «Устанавливались порядки о дележе, времени, прикрытии. То есть... это было. Оплата решалась продуктами питания, деньгами, еще чем-то. И поэтому во время перестройки здесь меняться и настраиваться стоматологии не пришлось» (интервью; Геннадий, руководитель, сетевая клиника).

Расширению коммерческого сегмента в государственных стоматологических клиниках в постсоветский период способствовал приказ Минздрава РФ, в соответствии с которым наряду с бюджетным финансированием государственных

стоматологических учреждений руководителям органов здравоохранения рекомендовалось предусмотреть возможность компенсации расходов за счет хозяйственной деятельности в рабочее время<sup>5</sup>. Начиная с этого времени, объем доступной бесплатной стоматологической помощи в полном объеме по базовой программе Обязательного медицинского страхования в России постоянно сокращался. После 2000 года она гарантирована лишь лицам до 18 лет, учащимся, студентам, ветеранам, беременным и женщинам, имеющим детей в возрасте до 3-х лет<sup>6</sup>. Параллельно, с начала 1990-х годов, стоматологические услуги стали оказывать внутри новой организационной формы – частной клиники, работающей на возмездной основе на официальных (а не теневых, как это было прежде) началах.

Отсутствие в новом институциональном поле четких правил игры обеспечивало первым коммерческим клиникам определенную рыночную свободу – как в плане интерпретации содержания и качества предоставляемых услуг, так и в части ценообразования. Тем не менее, уже в этот период одним из ключевых вопросов для стоматологических клиник становится вопрос о том, что именно представляет собой предлагаемый ими рыночный продукт. Актуальность этого вопроса растет с развитием в России рынка стоматологических услуг и рыночной экономики в целом. Усиление конкуренции, взлет издержек из-за инфляции и экономических кризисов, изменение платежеспособности спроса – все эти и многие другие факторы способствовали тому, что сами руководители в середине 1990-х годов сталкивались с необходимостью находить аргументы, способные объяснить их конкурентные преимущества и предлагаемые цены на стоматологические услуги. В первое время уровень рентабельности стоматологического бизнеса был очень высоким и доходил до трехсот процентов (интервью; Геннадий, руководитель, сетевая клиника). Врачи, занятые в коммерческой сфере, стали работать, чтобы приносить прибыль, а не выполнять социальную миссию государства. Зазвучали опасения, что «клиника из здравницы превращается в кузницу»: «Если жизнь и здоровье людей для врача коммерция – это уже не врач, а торгаш. И работать ему нужно в торговле»<sup>7</sup> (из дискуссии на форуме Российского стоматологического портала «Стом.Ру»; январь 2010 года).

Переход в коммерческий сектор давался бывшим советским врачам, до недавнего прошлого являвшимся работниками бюджетной сферы, непросто. По данным исследований, доктора, оставлявшие работу в бюджетном здравоохранении ради частного сектора, оценивались коллегами как отказавшиеся от профессиональных ценностей в пользу наживы (Мансуров и Юрченко 2009: 76). Социализированным в терминах следования медицинской этике и выполнения профессио-

---

<sup>5</sup> Приказ «Об организации стоматологических учреждений в новых экономических условиях хозяйствования» от 6 августа 1996 года.

<sup>6</sup> Согласно Федеральному закону «О внесении изменений и дополнений в Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан» от 2 декабря 2000 года.

<sup>7</sup> При цитировании материалов сайтов и форумов орфография и пунктуация сохраняются.

нального долга медикам предстояло научиться реализовывать свои навыки как коммерческую услугу. Противоречие между этими категориями возникло в стоматологии на контрасте с устройством советского здравоохранения, но напряженность сохраняется в коммерческой стоматологии и по сей день. Об этом свидетельствует и следующий фрагмент интернет-дискуссии:

А вот с моралью теперь засада. В погоне за длинным рублем многие просто забывают о нашем предназначении и о смысле выбранной специальности. Вся медицина превратилась не в долг, а в услугу. А ведь в современных условиях довольно просто совместить в своей работе и пользу для пациента, и возможность заработать» (из дискуссии на форуме интернет-фото-справочника «Лучшие стоматологи»; врач-стоматолог; 19 января 2012 года).

Основная проблема маркетинга российской стоматологии, таким образом, сводится к необходимости найти баланс между двумя полярными категориями – медициной и торговлей:

Я считаю, что это все равно рынок и никуда от этого не деться. Есть терминология рынка услуг, кому-то это нравится, кому-то не нравится, но в конечном итоге сталкиваемся с тем, что все равно это двойственная вещь, которая сочетается в себе и продажу услуг, и оказание помощи (интервью; Лариса, владелец, руководитель, ортопед, одиночная клиника, м. «Коньково»).

Как показало наше исследование, акторы прикладывают постоянные усилия по смягчению этого конфликта в своей повседневной деятельности, апеллируя к определенным ценностям и практикам, о которых пойдет речь в следующем разделе.

## **ПРЕОДОЛЕВАЯ ДИЛЕММУ МАРКЕТИЗАЦИИ: УРОКИ МОСКОВСКОГО СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО РЫНКА**

В настоящее время в Москве функционирует около 1280 коммерческих стоматологических клиник, что может свидетельствовать об окончательном принятии рыночного формата деятельности в сфере стоматологии. Однако этому утверждению противоречат данные глубинных интервью с акторами рынка. Противоречие между категориями медицины и торговли – не теоретическая идея, а факт, который осознается и признается участниками организационного поля. Как только услуги врача начинают продаваться за деньги, моральную напряженность испытывают не только пациенты, но и сами представители клиник. Далее мы рассмотрим, какие идеи и принципы в этой деятельности способствуют снятию подобного рода напряженности на московском рынке стоматологических услуг.

### **ПАЦИЕНТ КАК ЦЕЛЬ, А НЕ СРЕДСТВО**

Легитимность коммерческих стоматологических услуг, как в глазах пациентов, так и в глазах врачей, по мнению респондентов, возможна в том случае, если медицинскую, гуманную составляющую этого бизнеса удастся выдвинуть на первый план:

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).

Другое решение дилеммы видится актерам в том, чтобы установить честные и добросовестные отношения с пациентом. Эти отношения требуют доверия, которое находится под угрозой в силу их опосредованности деньгами. До сих пор некоторые врачи чувствуют неловкость, когда обсуждают экономические аспекты отношений с пациентом или озвучивают стоимость лечения.

Это всегда, если ты и врач, и директор, происходит конфликт. Мы, с одной стороны, – врачи, помогаем по клятве Гиппократа, а с другой стороны – нам нужно за это деньги брать. Мне тоже сложно называть цену иногда, я тоже иногда стесняюсь, тем более что я понимаю, что я – владелец, и если я называю цену, то полностью принимаю решение [...] (интервью; Лариса, владелец, руководитель, ортопед, одиночная клиника, м. «Коньково»).

Проблема усугубляется, если декларируемая доктором стоимость лечения кажется ему самому неадекватной. Это усиливает требования к обоснованности цены за стоматологическую услугу. Ее «непонятность» для пациента влечет за собой подозрения в корыстолюбии врачей. Последние нередко 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» (интервью; Матвей, терапевт, одиночная клиника, м. «Кузьминки»).

#### НЕ ПОТЕРЯТЬ В КАЧЕСТВЕ, ПОГНАВШИЕСЯ ЗА КОЛИЧЕСТВОМ

Противопоставление медицины и бизнеса тесно связано с такими категориями, как *качество* и *количество*. Одной из главных проблем советской системы стоматологической помощи являлся «поточный» характер работы. Слишком малый объем времени, который выделялся на лечение каждого пациента, зачастую не позволял врачам достигать желаемого уровня качества в работе:

Проблема была даже не в журавликах<sup>8</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 интернет-фото-справочника «Лучшие стоматологи»; Александр, врач-стоматолог; 11 января 2012 года).

---

<sup>8</sup> Устаревшая стоматологическая установка, применяемая в советских поликлиниках.

По словам наших респондентов, в бюджетной стоматологии похожая ситуация сохраняется и сегодня:

Более того, в районных поликлиниках ничего не изменилось в плане качества лечения. Оно просто ужасное. На каждого пациента независимо от диагноза выделяется тридцать минут. Что можно сделать за это время? За шесть часов принять двенадцать человек разве возможно? (интервью; Елена, терапевт, одиночная клиника, м. «Речной вокзал»).

В этом контексте ключевую роль для легитимации деятельности коммерческих стоматологических клиник играет категория качества. Да, услуги коммерческих врачей оплачиваются пациентом, но он получает взамен более благоприятные для себя условия лечения, в каком-то смысле «выкупая» время: «В частной клинике можно посидеть с пациентом, сколько хочется, и сделать более качественно работу» (интервью; Камал, стоматолог-терапевт, одиночная клиника, станция метро неизвестна).

#### **«ПРОФЕССИОНАЛЬНЫЙ ПОДХОД» ВМЕСТО «ПОТОКА»**

Противоречие между качеством и количеством не сводится только к разнице условий работы врача в бюджетной и коммерческой клиниках. Различные по своему организационному формату, частные лечебные учреждения также сталкиваются с рисками поточной работы.

Стоматологический бизнес в Москве развивался двумя путями. Иногда стоматологические клиники учреждались профессиональными стоматологами, в советское время работавшими в государственной стоматологии (или в теневом частном секторе) и осознавшими, что в новой российской экономике их навыки могут обрести рыночную ценность: «Мы хотели свой профессионализм приложить и попробовать работать на себя» (интервью; Софья, владелец, руководитель, одиночная клиника, м. «Новогиреево»). Такие клиники были основаны врачами, не имевшими менеджерского опыта. Они руководствовались, прежде всего, своими медицинскими знаниями и строили бизнес «интуитивно». Характерной чертой таких клиник стал акцент на профессиональную составляющую бизнеса. Эти черты сохраняются и сегодня и проявляются в форме повышенного внимания владельцев клиник к благополучию врачей, в лояльности, которую проявляет по отношению к клинике работающий в ней коллектив. Такие клиники мы называем «профессиональными».

В других случаях клиники открывались в инвестиционных целях бизнесменами, далекими от медицины: «Ведь очень тяжело было организовать клинику на первых порах. Могли только те, кто в тот момент начал уже зарабатывать любым путем. И поэтому этот рынок отправился в плавание с показателями, с помощью которых может руководить уже не стоматолог» (интервью; Геннадий, руководитель, сетевая клиника). Несмотря на то, что управление клиникой невозможно без профессионалов-медиков, первичные цели этих организаций были связаны с получением прибыли. Медицинская составляющая использовалась инструментально, как неотъемлемый ресурс; идеалистические понятия профессиональной чести и тому подобные были

отодвинуты на второй план. Наблюдалось тяготение к построению бизнеса по экономическому канону, с ориентацией на критерии его экономической эффективности. Мы будем говорить о таких клиниках как о «поточковых».

«Профессиональная» и «поточковая» 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, взаимоотношениями с пациентами, репутацией в их глазах. В то 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» (интервью; Елена, терапевт, одиночная клиника, м. «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 способствует «текучести» кадров. Аргумент «против» состоит в том, что постановка прибыли во главу угла мешает работе доктора, не позволяет концентрироваться на качестве 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» (интервью; Тихон, руководитель, сеть клиник).

Риски «поточковости» 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, поэтому с ними взаимодействуют главным образом сетевые клиники. Работа со страховыми компаниями требует от них универсализации правил, рационализации процессов оказания услуг, стандартизации во многих отношениях. 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. При переходе на обслуживание в другую страховую компанию меняется и список клиник, услуги которых доступны работникам по договору со страховой компанией. Непостоянный состав «страховых» пациентов снижает и озабоченность клиники своей репутацией в их глазах: одни пациенты уйдут – в следующем году придут другие. Возрастает вероятность того, что качество работы будет снижено ради повышения количества пациентов:

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 (интервью; Май, терапевт, одиночная клиника, м. «Ул. Подбельского»).

### МЕДИКИ И БИЗНЕСМЕНЫ В ОДНОЙ КЛИНИКЕ: РАЗДЕЛЕНИЕ РОЛЕЙ И РАЗНИЦА В ПОДХОДАХ

В интервью регулярно воспроизводится разделение владельцев и менеджеров клиник на врачей и бизнесменов. В сфере коммерческой стоматологии распространено представление о том, что быть врачом и быть менеджером, управляющим клиники – это разные и трудносовместимые роли. С одной стороны, респонденты признают, что построить стоматологический бизнес (начиная с учреждения клиники в самом начале и заканчивая разрешением конфликтных ситуаций между врачами и пациентами, пациентами и клиниками), не будучи компетентным в медицине, невозможно. 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 бизнеса, 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, м. «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, м. «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, м. «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 романтиче-

скую улыбку, а можно сделать просто функциональную улыбку, в конце концов» (интервью; Сергей, терапевт, ортопед, одиночная клиника, м. «Добрынинская»). Значимой категорией для врачей-стоматологов остается категория помощи. Избавляя человека от зубной боли, излечивая 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 непонятно, то доктор приходит и говорит не про цены, а про то, почему по-медицински так пришлось делать: «Мы с вами делали четыре 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 (интервью; Ирина, руководитель, терапевт, одиночная клиника, м. «Каховская»).

Сравним также с другим примером из интервью:

**Интервьюер:** А вообще доктор оглашает стоимость лечения? Я знаю, в некоторых клиниках доктор делает план лечения, а администратор говорит цену.

**Респондент:** Я сторонник того, что администратор должен оглашать. Потому что врач должен лечить (интервью; Николай, руководитель, одиночная клиника, м. «Тушино»).

Итак, даже работающие в коммерческой стоматологии специалисты мыслят в терминах, говорящих о враждебности мира рынка и денег и ценностной составляющей их деятельности. Эффекты маркетизации кажутся потенциально опасными тем, что рыночная логика угрожает медицинским стандартам и этике, что деятельность теперь нацелена не на заботу о 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 оплатой лечения вопросов с помощью передачи их менеджерам – акторам, изначально отвечающим за экономическую эффективность бизнеса. Механизмы защиты от негативных эффектов маркетизации, как мы покажем в следующем разделе, реализуются не только на уровне непосредственного взаимодействия с пациентами, но встроены в образ стоматологической услуги как рыночного продукта.

## ПАРАМЕТРЫ СОДЕРЖАНИЯ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ УСЛУГИ КАК РЫНОЧНОГО ПРОДУКТА

Несмотря на то, что акторы стоматологического рынка имеют дело со здоровьем, они понимают его особым образом, без акцента на его субстантивном значении. Иначе говоря, коммерческая стоматология меньше, чем другие медицинские области, связана с вопросами выживания. Подобное видение упрощает переход от неизмеримой ценности здоровья к рыночному продукту – стоматологической услуге, параметры которой можно измерять и сравнивать. Ключевым источником для определения основных параметров содержания стоматологической услуги стал анализ сайтов стоматологических клиник, произведенный при помощи процедуры открытого кодирования данных. Прежде всего нас интересовал раздел «О клинике», в котором стоматологические организации рассказывают своим потенциальным пациентам (в том числе в форме слоганов) о себе, 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 [1978] 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 потенциальных пациентов, клиники обучают их критериям оценки содержания услуг стоматологической клиники, которыми стоит руководствоваться при выборе места для лечения. Несмотря на то, что размещаемая в интернете информация может не соответствовать реализуемым в клинике производственным процессам, она не перестает от этого служить индикатором усилий стоматологических клиник по формированию выгодных для них ожиданий пациентов.

### «ЗДОРОВЫЕ ЗУБЫ»: ОТ ФУНКЦИОНАЛЬНОСТИ К ЭСТЕТИКЕ

Веб-сайты московских коммерческих клиник создают выгодное представление о содержании своих услуг, прежде всего, при помощи переопределения понятия *здоровые зубы*.

В советский период основной критерий здоровья зубов заключался в том, чтобы стоматологические проблемы индивида не препятствовали его работоспособности:

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 интернет-фото-справочника «Лучшие стоматологи»; Евгений, стоматолог; 11 января 2012 года).

По мере развития стоматологии в лечении стали ориентироваться 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 уделяется не только конструированию и поддержанию функциональности, но и социально предписываемой красоте тела. В постперестроечный период важным становится не просто сохранение здоровья данных от природы зубов, но и их усовершенствование – надо сделать так, чтобы зубы были ровными, крепкими и, в отличие от «престижных» в советское время золотых коронок, белоснежными<sup>9</sup>. В конце 1990-х – начале 2000-х годов эталоном красоты зубов становится так называемая «голливудская улыбка» – улыбка, при которой виден ряд «ослепительно белых», ровных (без клыков с отчетливо выраженной формой) зубов:

«Изготовление» голливудской улыбки предполагает, что протезы будущих клыков будут сформированы по образу резцов. Белизна голливудской улыбки стремится к белизне холодильника, не предполагаемой на шкале естественных расцветок (интервью; Игорь, владелец, ортопед, одиночная клиника, м. «Белорусская»).

К здоровью в физическом смысле «голливудская улыбка» имеет весьма отдаленное отношение и скорее предполагает в этом отношении некоторые «жертвы» – удаление интактных клыков ради эстетического эффекта. За «голливудской улыбкой», таким образом, стоит не совершенный образ природы, а образ искусственной реальности демонстративного потребления. Закреплению этого стандарта в российской стоматологии в начале 1990-х годов 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 московского стоматологического рынка сегодня означает чувствовать себя 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, м. «Коньково»).

---

<sup>9</sup> Отметим попутно, что цвет зубов как одно из условий «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).

На сегодняшний день здоровье зубов, как свидетельствуют слоганы с веб-сайтов клиник, чаще всего выражается формулой «функциональность плюс эстетика»: «Друзья, помните, что быть беззубым не только не удобно, не эстетично, не престижно, 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».

### ПРОФЕССИОНАЛИЗМ ВРАЧЕЙ

В центре позиционирования стоматологических услуг находится личность специалиста, что часто проявляется даже в названиях клиник (как, например, в случае с такими названиями, как «Клиника доктора Осиповой», «Клиника доктора Жака», «Клиника профессора Ушакова» и т.д.). Профессионализму врачей на веб-сайтах клиник уделяется особое внимание. Часто подчеркивается, что прием ведут *профессионалы*, «врачи клиники имеют множество дипломов и сертификатов», «в клинике работают врачи высшей категории, специалисты экстра-класса».

В текстах, представленных на сайтах клиник, профессионализм врачей связывается, как правило, с их научной деятельностью; клиники рассказывают о том, какими учеными степенями обладают работающие там специалисты. Информация о том, что клиника организована каким-нибудь профессором или сотрудничает с российскими или западными стоматологическими институтами, в том числе исследовательскими, обязательно выносится на первый план. Значение имеет не только уже имеющаяся ученая степень специалиста, но и то, что врачи владеют передовыми методиками и постоянно осваивают новые (например, стажировались в России и на Западе).

Идея 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 соблюдать правила безопасности. От него же зависит забота и понимание пациента (интервью; Александр, руководитель, сетевая клиника).

Высокий уровень квалификации врача позволяет не беспокоиться о том, насколько обоснованно выглядят высокие цены: «...если хорошие доктора, можно спокойно держать цены» (интервью; Николай, руководитель, одиночная клиника, м. «Тушино»). Категория *профессионализм врача* понимается представителями московских клиник как система технологических 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, потому что от этого качество лечения тоже зависит» (интервью; Николай, руководитель, одиночная клиника, м. «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, м. «Арбатская»). По словам респондентов, соревнуясь за лояльность со стороны хорошего врача, клиники берут материальные издержки по повышению его квалификации на себя. Помимо позитивно влияющего на прибыль прироста технологических навыков, клиники эксплуатируют и символический капитал престижных медицинских дипломов.

#### **ИНДИВИДУАЛЬНЫЙ ПОДХОД К ПАЦИЕНТАМ**

С помощью материалов, опубликованных на сайтах, клиники стремятся показать свое персонализированное отношение к пациентам. На сайтах подчеркивается, что пациента ждет «теплая», «доброжелательная», «домашняя», «комфортная» атмосфера; декларируется стремление относиться к пациенту «как к человеку». Иными словами, клиники заранее пытаются избежать обвинений в объектном подходе к посетителям. Они стремятся заверить пациентов в том, что им обеспечено «искреннее сочувствие», «порядочность», «чуткость и честность врачей», «гарантирован индивидуальный подход», «исключено равнодушное отношение». Таким образом, подчеркивая, что, несмотря на свой коммерческий характер, они стремятся ответственно относиться к пациенту, клиники пытаются нивелировать некоторую двусмысленность в маркетинговой стратегии здоровья, а именно – проблему сохранения уникальной ценности человека даже в таких условиях, когда все продается и покупается.

Из-за информационной асимметрии, возникающей из-за того, что врачи занимают экспертное положение по отношению к пациенту, руководители и сотрудники стоматологических клиник сегодня вынуждены прилагать дополнительные усилия по конструированию и поддержанию доверия во взаимоотношениях с пациентами. Помимо нарушений в сфере качества предоставляемых услуг оппортунизм клиник на рынке может проявляться и в провоцировании избыточного спроса и установлении намеренно завышенных цен. Клиники работают в условиях постоянного подозрения со стороны пациентов. Вот как говорил об этом один из респондентов:

Приходят пациенты, общаются и видят, что их ведут только за деньги. Люди такие вещи чувствуют. Мне пациентка рассказывала, что с нее запросили 120 тысяч. И даже не говорит, что ей это дорого, а только о том, что с ней так общались, 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, м. «Марьино»).

Вследствие этого для клиники принципиально важно исключить из взаимоотношений с пациентом подозрение в том, что врачи пренебрегают его интересами ради увеличения своей прибыли. Как и в случае с рынком услуг нянь, описанном Еленой Здравомысловой, дискурс заботы и уважения обеспечивает на рынке медицинских услуг необходимое символическое признание ценности пациента и позволяет скрасить вероятные здесь оттенки эксплуатации (Здравомыслова 2009: 131). Таким образом достигается необходимая уникализация коммерческой стоматологической услуги.

### 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, говорится о гарантиях отсутствия рисков инфицирования и т.д. Однако, по словам респондентов, акцент на чистоте может являться уловкой, поскольку безопасность сегодня вообще является базовым требованием, предъявляемым к коммерческим клиникам государством.

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

**Респондент:** 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, м. «Каховская»).

### ОБОРУДОВАНИЕ И МАТЕРИАЛЫ

Московские стоматологические клиники, информируя пациента о своих преимуществах, подчеркивают качество оборудования, которое должно быть «высококласным» и «новейшим». Часто упоминается, что используемое оборудование аналогично установленному в европейских клиниках. Не менее значимым индикатором в отношении качества оборудования является, по-видимому, его страна-производитель. Особое значение имеет также то, где были произведены материалы, и потому клиники нередко упоминают, что материалы, с которыми они работают, – «западные». Акцент именно на этом факте, вероятно, является следствием того, что отечественная стоматология (начав развитие значительно позже) отстает в плане технологических достижений.

Ключевым фактором качества стоматологических услуг является и качество лечебных материалов. Анализ сайтов показал, что особенно важными параметрами при их оценке является прогрессивность (для них часты такие определения, как «самые современные», «последнего поколения»). Складывается впечатление, что многие клиники заинтересованы в том, чтобы заверить пациента, что используемые ими материалы обладают «высокой биосовместимостью», что в работе используются «биоинертные» и «бионейтральные» технологии. По свидетельствам стоматологов, дорогие материалы обладают лучшими физическими свойствами (совместимость с живыми тканями, коэффициент расширения, степень прозрачности и т.д.) и позволяют восстанавливать зубы так, чтобы они выглядели максимально естественно, то есть 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, м. «Арбатская»).

### **СЕРВИС, КОМФОРТНОСТЬ И БЕЗБОЛЕЗНЕННОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ**

Акцент на профессионализме врачей и медицинских параметрах услуг не отменяет того факта, что деятельность стоматологических клиник является частью сферы обслуживания. На многих сайтах пациентам сообщают, что в клинике их ждет «высококласный сервис», включающий прием пациентов по предварительной записи, без очередей и ожидания. Упоминается и комфортность интерьера клиники, хотя нередко отдельно подчеркивается, что этот параметр никак не сказывается на стоимости услуг. Отдельно на веб-страницах говорится о том, что взаимодействие между пациентом и клиникой оформляется юридически. Заключаемый контракт выполняет функции гарантийного обязательства. Сроки исполнения работ и долговременность гарантий также позиционируются клиниками как значимое преимущество.

Еще один сервисный параметр, на который обращают внимание авторы описаний услуг на сайтах, – это удобство расположения клиники, наличие собственной парковки и т.д. Так проявляется специфика положения врача и пациента в стоматологической практике по сравнению с классическим ролевым содержанием отношений врач-пациент. Здесь необходимо иметь в виду, что «полноценным больным» пациент, имеющий «проблемы с зубами», считается тогда, когда заболевание находится в острой стадии. В этот момент пациенту обеспечено кратковременное освобождение от социальных обязанностей, то есть полноценная роль больного, а остальные «проблемы с зубами» (то, что

называется «плановое лечение») должны решаться в свободное от выполнения социальных функций время.

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). Поэтому клиники стремятся заверить пациентов в своей способности проводить стоматологическое лечение безболезненно, в том числе благодаря наличию такой услуги, как применение общего наркоза.

### ПРЕСТИЖНОСТЬ

Некоторые клиники, сайты которых были проанализированы, ссылаются на то, что среди их пациентов находятся публичные люди с высоким социальным статусом. Ср., например, такое утверждение: «Нас выбирает семья президента». Интерпретировать смысл подобных сообщений можно различными способами. С одной стороны, такой параметр, как престижность, указывает на то, что коммерческие стоматологические услуги носят характерные для сферы сервиса черты, прежде всего – 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 критериев качества и непрозрачности цены рынок стоматологических услуг превращается для пациента в рынок репутаций клиник.

В случае с VIP-клиниками эта репутация подтверждается не как в других сегментах (через социальные сети и личные рекомендации), а благодаря публичной известности некоторых пациентов, негативный опыт лечения которых в данной клинике стал бы достоянием широкой общественности, а отсутствие информации о таковом, напротив, 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, что эти обладающие высоким статусом пациенты зачастую получают в этих клиниках значительные скидки на лечение в обмен на фотографии, которые впоследствии размещаются в клинике и т.п.<sup>10</sup>

Данные интервью позволяют видеть, что статус клиники конструируется не только за счет ссылок на высокостатусных пациентов, но и за счет такого параметра, как ее местоположение в городе. Статус клиники определяется тем, в каком районе (а точнее – в насколько престижном районе) 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, м. «Кутузовская»). От места расположения клиники зависит то, на какую целевую аудиторию она может рассчитывать:

---

<sup>10</sup> Эти сведения подтверждаются личным опытом работы автора в стоматологических клиниках.

Я считаю, что это просто исходя из пациента, которого клиника, так сказать, будет «окучивать». Я вот в своем районе не могу просто поставить высокие цены. При всем уважении и наработке пациентов, к сожалению, большая их часть предпочтет мне другие клиники. Поэтому мне кажется, исходя из расположения, клиники звезды на себя и навешивают (интервью; Ашот, управляющий, терапевт, ортопед, м. «Щелковская»).

Суммируя все вышесказанное, можно считать, что продуктом стоматологического рынка являются стоматологические услуги. Основу их составляет профессионализм врачей и индивидуальный подход к пациентам – факторы, за счет которых в коммерческой стоматологии все же удерживаются ценность и уникальность человеческого тела. Выполненное с должным вниманием и с необходимыми затратами времени, безопасно и безболезненно, при помощи «биосовместимых материалов» и «лучших технологий», коммерческое стоматологическое лечение выигрывает в отношении качества. Дополнительное изменение ему придается сервисными составляющими – комфортабельной обстановкой, престижем самой клиники, удобством ее расположения, отсутствием очередей. В совокупности все эти характеристики позволяют пациенту рассчитывать на то, что, заплатив определенную сумму, он обретет намного больше (а именно – «идеальные от природы» зубы, причем это касается и функциональных, и эстетических параметров). Так создается противовес предубеждениям в отношении рынка – как в стоматологии, так и в более широкой сфере жизненно важных услуг в принципе.

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

На сегодняшний день тема механизмов и ограничений процесса маркетизации жизненно важных благ относится к числу недостаточно изученных в экономической социологии. В данной статье эта проблема рассматривалась на примере стоматологических услуг как одного из рыночных продуктов, спрос на который сопряжен со спросом на здоровье. Основной вопрос заключался в том, каким образом благо, необходимое каждому члену общества, может быть выведено на рынок, который может ограничить его доступность для многих слоев населения, как оно может стать продуктом рыночного обмена, опосредованного деньгами.

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 и применения профессиональных талантов. Технологический подход к определению стоматологической услуги характерен скорее для менеджеров клиник. На практике в содержании стоматологической услуги две эти позиции синтезируются, что обеспечивает, с одной стороны, легитимность, а с другой – экономическую эффективность коммерческой медицинской деятельности.

На рынках, предметом обмена которых являются социально значимые, ценностно нагруженные товары, риски ущемления интересов покупателей особенно бросаются в глаза. Компромиссом на многих таких рынках выступает декларативное правило «не продавать», предписывающее камуфлирование прибылеориентированных мотивов продавцов путем выдвижения на первый план взаимодействия с покупателем ценностных аспектов. Такая стратегия поведения снижает моральную остроту ситуации для акторов рынка, имеющих дело с необходимостью денежного калькулирования социально значимых товаров. Определяя продукт своего рынка, они говорят о приобщении покупателя к миру высоких ценностей (например, на рынках предметов искусства: Вельтус [2003] 2008), о даре (как, например, на рынках донорских органов: Steiner 2003), об обеспечении сакральных ритуалов (ср., например, рынок ритуальных услуг: Моисеева 2010) или о помощи, профессиональном долге и квалификационном искусстве, как это происходит на московском рынке стоматологических медицинских услуг.

Еще одна стратегия, позволяющая участникам медицинского стоматологического рынка снизить остроту моральных рисков денежного обмена, – дистанцирование бизнеса от медицины. Один из способов – делегирование решения коммерческих вопросов с пациентами специальным сотрудникам клиник (администраторам). Снижает напряженность также и перемещение этой услуги в сторону услуг сферы красоты, что становится возможным благодаря возрастающему значению дентальной эстетики в обществе. Господствующее представление о том, что такое *здоровые зубы*, под влиянием профессиональных, идеологических, экономических трансформаций в стоматологической отрасли также преобразуется, становясь все менее чувствительным. *Здоровье зубов* находится на грани между функциональностью и эстетикой и практически не связано с рисками для человеческой жизни. Возможно, поэтому коммерческой стоматологии удается особенно благополучно преодолеть ценностный конфликт, возникающий в ходе маркетинга медицины.

Необходимо помнить и о том, что прочтение содержания товаров разными акторами необязательно одинаково. Например, медики говорят о человеческих органах как о частях физического тела, а для обычных людей передача органов вписана в дискурс о родственных связях и человеческом «я» донора (Sharp 2000: 292). Вследствие этого особую важность для понимания механизмов маркетинга здоровья имеет сравнение представлений различных участников рынка о содержании продукта на медицинском рынке. Вполне вероятно, что напряженность, сопутствующая развитию рыночной логики в сфере медицины, продиктована не столько витальными угрозами проникновения рыночной логики в сферу абсолютных ценностей, сколько разночтениями в отношении содержания рыночного продукта, существующими на медицинском рынке между сторонами спроса и предложения. Этот вопрос заслуживает пристального внимания и исследования в будущем.

Данные нашего исследования дают основания поставить под сомнение идею о том, что коммерциализация медицины неизбежно дегуманизирует и деперсонализирует ее. Рыночный контекст оказания зубоврачебной услуги не допускает отчуждения со стороны врача по отношению к пациенту, как это возможно, например, в усло-

виях российского бюджетного здравоохранения. Как только болезнь пациента превращается в потенциальный источник материального заработка для поставщика, последний вынужден прикладывать специальные усилия по установлению доверительных отношений со своим контрагентом. Повышенное внимание со стороны врача к ценности человеческого тела и здоровья и индивидуальности каждого пациента в коммерческой медицине становится обязательным условием взаимодействия. Денежная цена, формируемая для жизненно важных благ на рынке, неожиданно обобщается гарантом сохранения их социальной ценности.

### СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- Акулович, Андрей, Лариса Попова и Ольга Акулович. 2011. «История отбеливания зубов. Часть I. Представления о цветовой эстетике зубов у разных народов в различные периоды истории». *Профилактика today* 13:4–10. Просмотрено 10 августа 2012 г. (<http://www.dental-webinar.ru/documents/articles/8.pdf>).
- Александрова, Елена. 2008. «Рекомендовано лучшими друзьями», или Как россияне выбирают стоматолога». *Социальная реальность* 2:20–27. Просмотрено 10 августа 2012 г. (<http://socreal.fom.ru/files/sr0802-020-027.pdf>).
- Бердышева, Елена. 2010. «Ценообразование в медицине как процесс социальной координации (экономико-социологический анализ на примере коммерческой стоматологии Москвы)». *Мир России* 3:138–152. Просмотрено 10 августа 2012 г. (<http://ecsocman.hse.ru/data/2010/12/22/1214863767/132-158.pdf>).
- Вельтус, Олаф. [2003] 2008. «Символические значения цены: конструирование ценности современного искусства в галереях Амстердама и Нью-Йорка». *Экономическая социология* 9(3):33–59. Просмотрено 10 августа 2012 г. (<http://ecsoc.hse.ru/issues/2008-9-3/index.html>).
- Здравомыслова, Елена. 2009. «Няни: коммерциализация заботы». С. 94–136 в *Новый быт в современной России: гендерные исследования повседневности*, под ред. Елены Здравомысловой, Анны Роткирх, Анны Темкиной. СПб.: Издательство ЕУСПб.
- Зелизер, Вивиана. [1978] 2010. «Человеческие ценности и рынок: страхование жизни и смерть в Америке XIX века». *Экономическая социология* 11(2):54–72. Просмотрено 10 августа 2012 г. (<http://ecsoc.hse.ru/issues/2010-11-2/index.html>).
- Интернет-фото-справочник «Лучшие стоматологи». Просмотрено 10 августа 2012 г. ([http://vipvrach.info/o\\_stom](http://vipvrach.info/o_stom)).
- Каллон, Мишель, Сессиль Меадель и Вололона Рабехарисоа. [2002] 2008. «Экономика качества». *Журнал социологии и социальной антропологии* 11(4):59–87. Просмотрено 10 августа 2012 г. ([http://ecsocman.hse.ru/data/2010/07/08/1215454249/Pages\\_from\\_2008\\_N4\\_ENDx2b\\_Callon\\_Ekonomika\\_kachestv.pdf](http://ecsocman.hse.ru/data/2010/07/08/1215454249/Pages_from_2008_N4_ENDx2b_Callon_Ekonomika_kachestv.pdf)).
- Копытофф, Игорь. 2006. «Культурная биография вещей: товаризация как процесс». С. 134–166 в *Социология вещей: сборник статей*, под ред. Виктора Вахштайна. М.: Издательский дом «Территория будущего».
- Лабунец, Василий, Евгений Диев и Татьяна Диева. 2010. «К истории становления системы учета и нормирования труда медицинских работников в клинической стоматологии». *Вестник стоматологии (Вісник стоматології)* 3:86–89. Просмотрено 10 августа 2012 г. ([http://www.nbu.gov.ua/portal/chem\\_biol/vsl/2010\\_3/86.pdf](http://www.nbu.gov.ua/portal/chem_biol/vsl/2010_3/86.pdf)).
- Ларенцова, Л. и Н. Смирнова. 2000. «Пациент и стоматолог глазами друг друга». *Журнал практической психологии и психоанализа* 4. Просмотрено 10 августа 2012 г. ([http://www.medicus.ru/stomatology/spec/?cont=article&art\\_id=5167](http://www.medicus.ru/stomatology/spec/?cont=article&art_id=5167)).
- Максимовский, Юрий, Анатолий Аванесов, Алексей Дойников и Ольга Сагина. 2004. *Современные принципы организации работы стоматологических учреждений России*. М.: МЦФЭР.
- Мансуров, Валерий и Олеся Юрченко. 2009. «Социология профессий: история, методология, практика исследований». *Социологические исследования* 8:36–46.

- Моисеева, Екатерина. 2010. «Рынок ритуальных услуг: трансформация правил ритуала в правила рынка». *Экономическая социология* 11(3):84–99. Просмотрено 10 августа 2012 г. (<http://ecsoc.hse.ru/issues/2010-11-3/index.html>).
- Российский стоматологический портал «Стом.Ру». Просмотрено 10 августа 2012 г. (<http://forum.stom.ru/>).
- Рынок стоматологических услуг, оценка влияния кризиса и прогноз на 2009–2010 гг. 2009. Отчет маркетингового исследования, выполненного компанией «Амико». [Электронный ресурс]. Закуплен Центром фундаментальных исследований ГУ-ВШЭ в рамках программы развития фундаментальных исследований в НИУ-ВШЭ в 2009 г.
- Столяров, Сергей. 2005. *Рынок медицинских услуг: некоторые его характеристики, проблемы и аспекты управления*. Барнаул: Аз Бука.
- Стоматология XX века. Становление и развитие. Материалы кафедры истории медицины Московского государственного медико-стоматологического университета, под ред. проф. К. Пашкова. Просмотрено 25 июня 2012 г. ([http://www.historymed.ru/static.html?nav\\_id=184&ti\\_id=324](http://www.historymed.ru/static.html?nav_id=184&ti_id=324)).
- Anspach, Renee R. 1988. "Notes on the Sociology of Medical Discourse: The Language of Case Presentation." *Journal of Health and Social Behavior* 29(4):357–375.
- Anteby, Michel. 2010. "Market for Human Cadavers in All but Name?" *Economic Sociology: The European Electronic Newsletter* 11(2):3–7.
- Espeland, Wendy and Mitchell Stevens. 1998. "Commensuration as a Social Process." *Annual Review of Sociology* 24:312–343.
- Newhouse, Joseph. 1970. "A Model of Physician Pricing." *Southern Economic Journal* 37(2):174–183.
- Prasad, Monika. 1999. "The Morality of Market Exchange: Love, Money, and Contractual Justice." *Sociological Perspectives* 42(2):181–214.
- Richardson, Ruth. 2001. *Death, Dissection and the Destitute*. Chicago: University of Chicago Press.
- Sharp, Lesley A. 2000. "The Commodification of the Body and Its Parts." *Annual Review of Anthropology* 29:287–328.
- Steiner, Philipp. 2003. "Gifts of Blood and Organs: The Market and 'Fictitious' Commodities." *Revue Française de Sociologie* 44:147–162.
- Timmermans, Stefan and Rene Almeling. 2009. "Objectification, Standardization, and Commodification in Health Care: A Conceptual Readjustment." *Social Science and Medicine* 69:21–27.
- Zelizer, Viviana. [1985] 1994. *Pricing the Priceless Child: The Changing Social Value of Children*. Princeton, NJ: Princeton University Press.

## Приложение

## Характеристики респондентов глубинных интервью

Имя	Управляющий	Врач по образованию	Лечащий врач	Число филиалов клиники	Месторасположение клиники (станция метро)
1. Лариса	+	+	+	2	Коньково
2. Николай	+	-	-	1	Тушино
3. Владимир	-	+	+	1	Кутузовская
4. Игорь	+	+	+	1	Коломенская
5. Александр	+	-	-	7	Шаболовская (по всей Москве)
6. Евгений	-	+	+	1	Арбатская
7. Марина	-	+	+	1	Бутово
8. Александр	+	+	+	2	Марьино, Жулебино (по всей Москве)
9. Тихон	+	+	-	4	Домодедовская (по всей Москве)
10. Геннадий	+	+	-	4	Кузьминки (по всей Москве)
11. Сергей	-	+	+	1	Добрынинская
12. Матвей	-	+	+	1	Текстильщики
13. Кирилл	+	+	+	1	Серпуховская
14. Игорь	+	+	+	1	Белорусская
15. Виктор (президент Ассоциации частных стоматологических клиник Москвы)	-	-	-	-	-
16. Май	-	+	+	1	Ул. Подбельского
17. Елена	-	+	+	1	Речной вокзал
18. Николай	+	-	-	1	Медведково
19. Ашот	+	+	+	1	Щелковская
20. Светлана	-	+	+	12	Цветной бульвар (по всей Москве)
21. Ирина	+	+	+	1	Каховская
22. Дмитрий	+	+	+	1	Ленинский проспект
23. Софья	+	+	-	2	Новогиреево
24. Светлана Г.	-	+	+	1	? (интервью не в клинике)
25. Камал	-	+	+	1	? (интервью не в клинике)