

УДК 316.334:61

СОЦИАЛЬНЫЕ ФАКТОРЫ ДИФФЕРЕНЦИАЦИИ ПОТРЕБЛЕНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ: ОБЪЕКТИВИЗМ VS СУБЪЕКТИВИЗМ**Вялых Никита Андреевич,**
sociology4.1@yandex.ruЮжный федеральный университет,
Россия, 344006, г. Ростов-на-Дону, ул. Пушкинская, 160.

Вялых Никита Андреевич, кандидат социологических наук, докторант, доцент кафедры теоретической социологии и методологии региональных исследований Института социологии и регионоведения Южного федерального университета.

Рассматриваются особенности феномена потребления медицинской помощи в социологическом дискурсе. Актуальность статьи заключается в необходимости построения теоретико-методологических основ социологического изучения факторов дифференциации потребления медицинской помощи в контексте трансформации института здравоохранения в современной России. Целью статьи является создание интегративного теоретического подхода к комплексной оценке факторов формирования и воспроизводства социального неравенства в здравоохранении. Новизна работы заключается в применении методологии социологического конструктивизма к исследованию потребительского поведения в сфере здравоохранения. Аргументирована возможность интеграции объективистской и субъективистской традиций для лучшего социологического понимания факторов неравенства в здравоохранении. Концепт потребления медицинской помощи рассматривается как динамическое взаимодействие различных переменных, взаимодействие субъектов системы медицинского обеспечения в меняющемся социальном контексте. Особое внимание уделяется анализу поведенческих и структурных измерений доступности медицинской помощи. Ограничение современных концепций дифференциации в здравоохранении связано с редукцией социального неравенства к объективным географическим и экономическим факторам, хотя речь скорее должна идти о пересечении внешних и внутренних барьеров неравенства. С учетом этой тенденции социальное неравенство потребителей рассматривается не только как результат влияния социальной ситуации или индивидуальных особенностей, социальных ценностей, отношений и культурной предрасположенности. Социальная дифференциация потребления медицинской помощи исследуется в первую очередь как результат интерпретации людьми социальной ситуации проблем со здоровьем и «приписывание» этой ситуации соответствующих ценностей и смыслов в социокультурном контексте системы здравоохранения.

Ключевые слова: Социальная дифференциация, потребление медицинской помощи, доступность медицинской помощи, российское здравоохранение, объективизм, субъективизм, социологический конструктивизм.

Спектр современных социологических исследований чрезвычайно разнообразен: почти у каждой страны есть своя национальная социология, у каждой сферы общественной жизни есть своя отраслевая социология, и, наконец, каждый новый социальный процесс или феномен имеет высокий шанс получить порцию собственных социологических концепций и объяснительных моделей. Вместе с тем еще до момента введения в научный оборот О. Контом понятия «социология» существовали, и будут существовать, извечные социальные проблемы и базовые подходы к их теоретическому и

практическому разрешению. Таковыми представляются проблемы социального неравенства в различных подсистемах общества. Ну а социология, стремящаяся все типизировать и упорядочить, достаточно быстро отреагировала на многообразие мнений, идей, взглядов методологическим раздвоением на объективистскую и субъективистскую парадигмы (разумеется, этому раздвоению предшествовал этап оформления классической и неклассической моделей научного исследования в социальной философии). В данной публикации речь пойдет о специфике, теоретико-методологических границах и возможностях применения объективистских и субъективистских социологических подходов к исследованию дифференциации потребления медицинской помощи в современном российском обществе. Основная задача данного исследования состоит не просто в том, чтобы сравнить особенности этих двух подходов и теорий, которые они в себя вбирают, но в научном обосновании необходимости методологического поворота в изучении факторов формирования и воспроизводства социального неравенства в сфере здравоохранения.

Научная новизна подобного исследовательского ракурса определяется раскрытием содержания категории потребления медицинской помощи в социологической предметности. Авторское видение отличается от устоявшихся научных представлений тем, что потребление медицинской помощи изучается в дуальности объективных и субъективных факторов, как процесс целерациональной самосохранительной активности человека в условиях ограничительного социального пространства института здравоохранения. Подчеркивается значимость изучения ценностей, установок и представлений социума, которые влияют на выбор личностью стратегии и тактики поведения в сфере здравоохранения. Прежде всего хотелось бы очертить теоретико-методологический бекграунд настоящего исследования. Затем мы предложим понятийную матрицу, исходя из методологических установок объективистского и субъективистского направлений в социологии здравоохранения. В заключение будет представлена интегративная модель изучения феномена потребления медицинской помощи и механизмов, формирующих социальное неравенство в данной сфере.

Потребление медицинской помощи – категория мультидисциплинарная, поскольку является объектом когнитивных практик экономистов, правоведов, валеологов, психологов, антропологов и, конечно, самих медиков. К изучению потребления медицинской помощи кроме мультидисциплинарности применим также методологический принцип полипарадигмальности, ибо в предметном поле самой социологии наблюдается внутренний разброд идей, концепций и конкуренция различных школ, направлений и подходов, к примеру, социального функционализма, конфликтологического подхода, феноменологии, институциональных теорий, системной методологии, социального конструктивизма. Каждый из подходов обладает своими преимуществами и предметно-дисциплинарными ограничениями, но только социологическая перспектива помогает установить взаимосвязь между социальными факторами поведения потенциальных пациентов и внешними по отношению к ним институциональными условиями, задающими вектор и характер взаимодействий различных агентов по поводу производства и потребления медицинской помощи. Вместе с тем современная социологическая теория нуждается в создании такого методологического инструментария, посредством которого возможно исследование как социальной, так и индивидуальной реальности потребления медицинской помощи.

Теоретико-методологические подходы к изучению социальной сущности потребления медицинской помощи и социальной дифференциации в сфере здравоохранения условно разделяются на две крупные группы – субъективистские и объективистские.

Данное деление, как нам представляется, целесообразно по двум основаниям. Во-первых, оно продиктовано интерналистским характером развития научного знания, т. е. имманентной логикой развития самой социологии как науки. Во-вторых, и это, пожалуй, главное – социология – наука публичная, а значит само «общество» и его подсистемы, социальные группы артикулируют социальный заказ на социологические исследования в сфере медицины и здравоохранения. Публичность социологии отражает экстерналистский характер приращения социально-гуманитарного знания. Следовательно, научный аспект основной проблемы данного исследования заключается в отсутствии интегративной социологической методологии и методики многомерного исследования социальных факторов потребления медицинской помощи и неравенства потребителей. Социальный аспект проблемно-предметного поля обнаруживается в противоречии между декларируемыми правами граждан, формальными правилами игры, реальным вектором трансформации института здравоохранения, с одной стороны, и моделями социального поведения различных агентов, групп и общностей в сфере отечественного здравоохранения, с другой.

Трансформация института здравоохранения в современном российском обществе отличается существенным «отставанием» ценностно-нормативной перекодировки системы координат деятельности и сознания различных агентов, прежде всего пациентов и медицинских работников, от устанавливаемых властью новых правовых принципов взаимодействия. Государственное участие в организации и финансировании системы медицинского обеспечения сокращается, а свобода выбора обществом практик медицинской активности увеличивается, но вместе с тем расширяется и граница личной ответственности за состояние здоровья. Трансформация института здравоохранения, идущая по пути либерализации, но не имеющая надежных парадигмальных оснований, приобретает кризисный характер из-за нечеткого видения на государственно-управленческом уровне оптимальной модели медицинского обеспечения, амбивалентности преобразований, перманентного пересмотра стратегии реформирования отрасли без опоры на законы логики общественного развития. Стихийно складывающиеся практики потребления медицинской помощи не в состоянии преодолеть несовершенства организации медицинского обеспечения из-за парадоксального и неоднозначного, заложенного в российской ментальности, восприятия здоровья и болезни, поскольку необходимость о здоровье заботиться, лечиться в случае заболевания имеет декларативный характер, несмотря на реальное осознание здоровья как ценности [1, с. 33].

Зарубежные специалисты в области социологии медицины и здравоохранения отмечают, что при изучении поведения потребителей медицинской помощи доминирует локальный, личностный подход. В рамках этого подхода стремятся выяснить в первую очередь то, что происходит с потенциальным пациентом, о чем он думает и что чувствует, как поступает в определенных социальных ситуациях [2]. Это происходит потому, что более ранние микросоциологические теории объясняли только факт социальной реакции на отклонение (болезнь), но глубинных причин поведения, обусловленных социально-демографическими характеристиками больного и социальной структурой общества, не вскрывали. Поэтому некоторые исследователи считают, что мотивационные факторы, а не условия системы здравоохранения, играют решающую роль в формировании доступности медицинской помощи для различных социальных когорт [3].

В современной российской научной периодике скорее преобладают исследования контекстуальных факторов, определяющих степень доступности медицинской помощи и интенсивность процесса дифференциации ее потребителей. Среди научных публикаций последних трех лет в этом направлении хотелось бы выделить труды

Н. Н. Равочкина [4], И.А. Гареевой [5], К.Н. Калашникова [6], Ж.В. Савельевой, И.Б. Кузнецовой, Л.М. Мухарямовой [7], В.В. Назаровой, К.А. Борисенковой [8], В.П. Васильева [9], И.Я. Арбитайло [10]. В работах вышепоименованных авторов решаются научные вопросы, связанные с территориальной асимметричностью и социальной справедливостью в распределении ресурсов здравоохранения, информационными, финансовыми и организационными барьерами в сфере здравоохранения. Вместе с тем встречаются научные исследования, в которых педалируются идеи личной ответственности потребителей медицинской помощи за свое здоровье [11], роль поведенческих факторов [12] и социально-статусных переменных в формировании доступности медицинской помощи [13].

В фокусе субъективистской социологической традиции потребление медицинской помощи – это специфический вид самосохранительной активности, который зависит от рефлексивных и нерефлексивных структур ментальной программы общества (на макро- и микроуровнях), может конструироваться спонтанно под влиянием ситуативных факторов, либо быть результатом реализации стратегии потребления – предварительного мыслительного установления актором последовательности действий для достижения желаемого состояния и получения достоверной информации о статусе здоровья. Поясним, что использование термина «актор» раскрывает деятельностный аспект потребления медицинской помощи, когда человек является не просто объектом ситуативного медицинского вмешательства, а активным соучастником процесса лечения (диагностики, профилактики), принимающим решения и разделяющим риски и ответственность за свое здоровье. Объективистская методологическая проекция, напротив, смещает смысловой акцент на исследование формальных и неформальных институциональных ограничений, которые и дифференцируют в конечном итоге потребителей медицинской помощи. В ракурсе объективистских теорий находятся внешние по отношению к личности экономические, организационные и социокультурные барьеры доступности медицинской помощи. Сопоставительный анализ границ применения, методологических принципов и познавательных возможностей объективистского и субъективистского подходов к изучению потребления медицинской помощи представлен в таблице.

Научное противостояние, пусть и очень условное, объективизма и субъективизма в исследовании факторов социального неравенства потребителей медицинской помощи постепенно сглаживается. В настоящее время в изучении социального поведения наметилась тенденция преодоления познавательной односторонности субъективистского и объективистского подходов [14]. В русле этой тенденции социальная дифференциация в сфере здравоохранения рассматривается не просто как результат давления социальной структуры или проявления индивидуальных черт характера потребителя медицинской помощи, его социальных ценностей, установок или культурной предрасположенности, а как ответная реакция человека на ситуацию заболевания (недомогания) в виде репертуара определенных социальных действий, которые могут носить осознанный (модальный) либо неосознанный (нормативный) характер [15]. Социальное поведение потенциального пациента в свою очередь зависит от субъективной интерпретации им своего состояния и «приписывания» своему «статусу здоровья» соответствующих значений и смыслов, которые определяются культурными особенностями окружающей человека социальной среды и его жизненным опытом.

Таблица. Сравнительный анализ объективистского и субъективистского подходов к изучению потребления медицинской помощи
Table. Comparative analysis of objectivist and subjectivist approaches to the study of medical care consumption

Критерии сравнения Comparison criteria	Объективизм Objectivism	Субъективизм Subjectivism
Предметная область исследования Subject area of study	Дифференцирующая и интегрирующая функции здравоохранения как социального института; экстернальные факторы доступности медицинской помощи; социальная структура потребления медицинской помощи и макросоциальные процессы в здравоохранении Differentiating and integrating functions of health as a social institution; external factors of access to medical care; social structure of consumption of medical care and macrosocial processes in health care	Индивидуальные практики медицинской активности; ментальные программы и модели социального поведения в сфере здравоохранения; мотивационные факторы и микросоциальный контекст потребления медицинской помощи Individual practices of medical activity; mental health programs and social behaviors; motivational factors and microsocial context of medical care consumption
Методологические установки Methodological guidelines	Объяснение закономерностей трансформации института здравоохранения; реконструкция надиндивидуальной реальности потребления медицинской помощи; холизм в изучении структуры здравоохранения и факторов доступности медицинской помощи; применение количественных методов сбора и анализа данных Explanation of the laws of transformation of the Institute of Health; reconstruction of the supra-individual reality of medical care consumption; holism in the study of the structure of health care and the factors of access to medical care; application of quantitative data collection and analysis methods	Понимание глубинных мотивов, ценностей, установок и ключевых акторов в сфере здравоохранения; плотное аналитическое описание нормативно-символического пространства института здравоохранения и его организаций; опора на качественные методы сбора и анализа социальной информации Understanding of the underlying motives, values, attitudes and key actors in the field of health; dense analytical description of the regulatory and symbolic space of the Institute of Health and its organizations; reliance on qualitative methods of collecting and analyzing social information
Преимущества подхода Benefits of the approach	Делает возможным исследовать поведенческие, культурные, социальные детерминанты потребления медицинской помощи в их целостности и взаимосвязи для объяснения дисфункциональных процессов в системе здравоохранения Makes it possible to explore the behavioral, cultural, social determinants of the consumption of medical care in their integrity and interrelation to explain dysfunctional processes in the health care system	Открывает путь к эвристической реконструкции индивидуальных практик потребления медицинской помощи как типичных повторяющихся образцов поведения в ситуации заболевания, формирующихся посредством интернализации институционально определенной реальности Opens the way to heuristic reconstruction of individual practices in using medical care as typical repetitive patterns of behavior in a disease situation, formed through the internalization of an institutionally defined reality
Гносеологические ограничения Epistemological limitations	Апелляция к стабильности и нормативности системы, стремление к индикации ограничивающих эту стабильность объективных условий затрудняют анализ ситуационных факторов асимметричности потребления медицинской помощи на микроуровне The appeal to stability and standardization of the system, the desire to indicate objective conditions that limit this stability make it difficult to analyze the situational factors of asymmetry of medical care consumption at the micro level	«Опасность» феноменологической редукции в понимании неравенства потребителей медицинской помощи как результата множества ситуативных повседневных практик агентов; вероятно недооценка макросоциальных факторов дифференциации потребления медицинской помощи The «danger» of phenomenological reduction in understanding the inequality of medical care consumers as a result of a multitude of situational daily practices of agents; underestimation of the macro-social factors of medical care consumption differentiation is possible

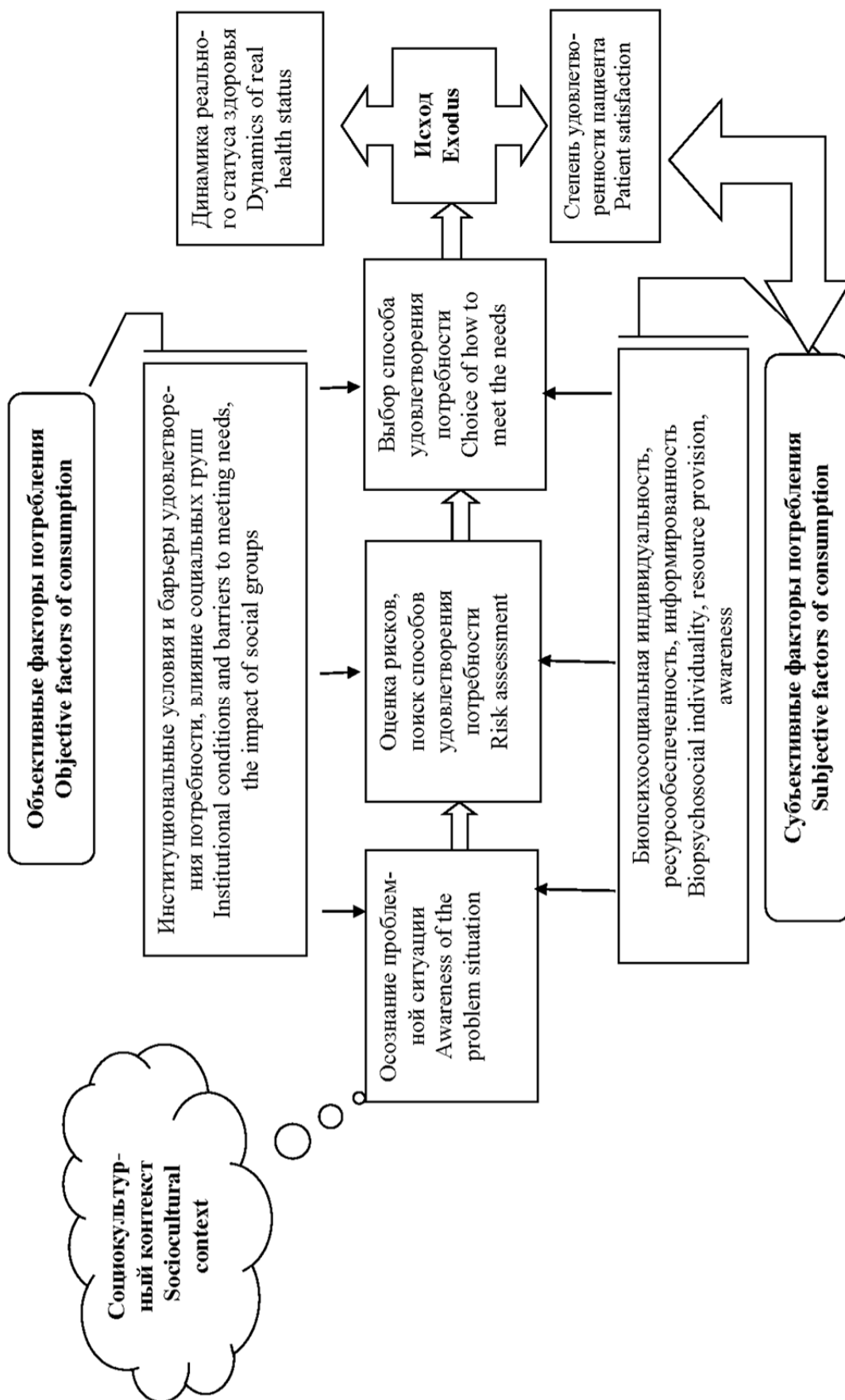


Рисунок. Интегративная модель дифференциации потребления медицинской помощи
 Figure. Integrative model of medical care consumption differentiation

В рамках неоклассической модели научного исследования, базирующейся на принципе социологического конструктивизма, оптимальными парадигмальными основаниями изучения социального неравенства потребителей медицинской помощи, на наш взгляд, выступают теория габитуса П. Бурдьё [16] и теория структуризации Э. Гидденса [17]. Теория габитуса П. Бурдьё, направленная на преодоление дихотомии нормативного и деятельностного, позволяет объяснить воспроизводство практик потребления медицинской помощи агентами, располагающими сходными позициями в социальном пространстве. Теория структуризации Э. Гидденса показывает, что социальная структура не просто налагает ограничения на потребительское поведение, оказывая внешнее принудительное воздействие, но и сама является результатом воспроизводимых в пространственно-временном континууме ситуативных практик потребления медицинской помощи. Простыми словами, своим медицинским поведением люди как бы сами себя дифференцируют не только в клиническом поле здравоохранения, но уже «на подступах» к медицинским организациям социального института здравоохранения.

Интегративные социологические концепции позволяют реалистичнее взглянуть на сущность поведения людей в российском здравоохранении и механизмы дифференциации в сфере доступа к медицинской помощи. Социальное поведение потребителей медицинской помощи можно рассматривать в качестве паттернов удовлетворения потребности в сохранении и упрочении здоровья как индивидуальной для каждого человека психофизиологической «нормы» и базовой жизненной ценности, формирующихся в результате интернализации институционально заданных формальных и неформальных фреймов, базовых элементов культуры российского общества в контексте трансформации института здравоохранения [18, с. 84]. На рисунке показана авторская модель, интегрирующая когнитивные преимущества объективистской и субъективистской методологии в исследовании факторов социальной дифференциации потребления медицинской помощи в современной России.

Основная идея этой концептуальной схемы состоит в признании дуальности процесса социальной дифференциации в сфере здравоохранения. Потребитель, ориентируясь на собственные представления, ожидания и ресурсы, конституирует доступ к медицинской помощи; при этом социальный институт здравоохранения, являясь главным объективным фактором, влияет на формирование качественных и количественных характеристик и распределение медицинской помощи как общественного блага. Потребление медицинской помощи параметризуется не только наличием ресурсов для удовлетворения потребности в здоровье, но и сложным взаимодействием переменных системного и личностно-индивидуального уровней, которое приводит или не приводит к позитивной динамике индивидуального и общественного здоровья [19]. Очевидно, что на потребление медицинской помощи влияют различные составляющие социокультурной среды (нормы, традиции, ценности). Кроме того, стоит отметить исход (результат) потребления медицинской помощи, который оказывает влияние на формирование социального опыта, мотивы и установки пациента, что определяет в той или иной степени последующие практики медицинской активности.

Теоретико-методологические проблемы исследования доступности медицинской помощи наиболее полно и последовательно решаются в трудах Р. Андерсена [20, 21]. Ученый известен как создатель поведенческой модели использования медицинских услуг. Достоинство данной модели выражается в том, что она включает контекстуальные и индивидуальные измерения доступа. Под контекстуальными параметрами понимаются условия и среда потребления медицинской помощи: национальная политика в области здравоохранения; уровень образования социума; этническая структура обще-

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

Методологическое значение представляет концептуальная модель, разработанная группой ученых из Великобритании [22]. На основе обзора литературы по проблеме доступа уязвимых социальных групп к медицинскому обслуживанию научный коллектив пришел к выводу о том, что индивид сам конституирует доступ к медицинской помощи, признавая себя «подходящим» объектом медицинского внимания и медицинского вмешательства. При этом модель учитывает социальный контекст и факторы макроуровня, которые оказывают влияние на распределение и конфигурацию медицинских ресурсов.

М. Гваглиардо изучает доступность в понятиях: «стадии» и «барьеры» [23]. Американский социолог разделяет два вида (две стадии) доступа: потенциальный и реализованный. Потенциальный доступ – это «сосуществование» потребностей населения с системой медицинского обеспечения, готовой и способной эти потребности удовлетворить. Реализованный доступ трактуется как действительно оказанная помощь, когда все барьеры к ней преодолены. Барьеры, разумеется, негативно сказываются на продвижении от стадии потенциального доступа к стадии доступа реализованного. Барьеры следует рассматривать не просто как объективные препятствия на пути к эффективной медицинской помощи. С нашей точки зрения, барьеры (культурные, финансовые, организационные, географические и пр.) – социальные рычаги механизма дифференциации потребителей в сфере трансформирующегося здравоохранения. Это своего рода социальное сито, через которое проходят индивиды, группы на пути к конечному результату – избавлению от болезни, недомогания, недуга и/или индикации, поддержанию индивидуального статуса здоровья (диагностика, профилактические осмотры и оздоровительные процедуры) посредством контакта с медицинскими организациями и профессиональными акторами института здравоохранения (центры диагностики, поликлиники, больничные учреждения, медицинский персонал, страховые компании, страховые агенты, чиновники).

Исходя из вышеизложенного можно сделать вывод о том, что потребление медицинской помощи характеризуется рядом особенностей, а именно: необходимостью принятия решения в условиях неопределенности и риска; выраженной эмоциональной окраской поведения актора; внезапностью возникновения потребности и невозможностью ее сиюминутного удовлетворения; альтернативностью и гибкостью стратегии и тактики поведения; социокультурной детерминированностью субъективного восприятия статуса здоровья; неизбежностью преодоления экстернальных и интернальных барьеров либо пассивного к ним приспособления. Для того чтобы социальная диагностика процессов в сфере здравоохранения была действительно объективной нужно принимать в расчет субъективные причины дисфункций, поскольку социальная реальность здравоохранения – результат деятельности различных агентов, наделенных волей, сознанием и имеющих свои интересы и потребности. В российской системе здравоохра-

нения интересы государства, профессионального врачебного сообщества, медицинских организаций, страховых медицинских организаций, пациентов, сети аптек, производителей препаратов и медицинской техники, как правило, носят разновекторный характер. Поэтому доступность медицинской помощи и дифференциация в этой сфере зависят не только от социальной политики государства по обеспечению равных условий для полноценного удовлетворения реальных медицинских потребностей человека и общества, но и от поведения самих потребителей медицинской помощи как результата интериоризации ими субъективных и объективных ограничений.

В поиске аналитических инструментов оценки равенства и справедливости в сфере здоровья зачастую поднимается проблема личной ответственности. Л.М. Мухарьямова и И.Б. Кузнецова новое понимание здоровья связывают с идеологией хэлсизма. Согласно данной парадигме, как отмечают исследователи, здоровье индивида «представляет собой цель, достигаемый статус, зависящий во многом от личных усилий человека» [11, с. 653]. Поэтому в интересах повышения уровня общественного здоровья и сглаживания социального неравенства необходима не только позитивизация потребления медицинской помощи, представляющая собой систему мероприятий по обеспечению доступной среды здравоохранения и формированию культуры здоровья и культуры болезни в обществе, но и изменение поведения самих потребителей. Переход на активную модель здравоохранения, в которой пациент наделяется субъектностью, а не является всего лишь объектом медицинского вмешательства, предполагает целенаправленную систему мер по выходу из сложившейся институциональной ловушки, а не просто строительство новых больничных комплексов, «накачку» некоторых из них деньгами и выборочное наполнение этих комплексов высокотехнологичным оборудованием [24, с. 23].

Как мы выяснили, в современной российской научной литературе до сих пор доминирует интенция на макросоциологическую перспективу в изучении социальных процессов в сфере здравоохранения. Зачастую эмпирико-социологические исследования сводятся к констатации того, как «все плохо» или как «почти все плохо» с последующим вынесением рекомендаций по устранению хронической дисфункции системы отечественного здравоохранения. Практические рекомендации научного сообщества связаны преимущественно с обоснованием необходимости значительного ресурсного (кадрового, технологического, финансового) вливания в систему здравоохранения и ее отдельные подсистемы, а также с научным обоснованием необходимости принятия радикальных политических решений по модификации организационно-финансовой модели самой системы [25]. Однако здравоохранение, как и любая социальная система, стремится к поддержанию внутренней стабильности, порядку и балансу с окружающей средой. Любые реформы в здравоохранении, а тем более «революции сверху», во-первых, чреваты еще большей дестабилизацией в силу разбалансировки и без того разновекторных интересов различных агентов, во-вторых, требуют политической воли и смелости от принимающих решения лиц, в-третьих, должны быть ориентированы на реальные потребности людей и социальные ожидания различных социальных групп. В связи с этим миссия современной социологии состоит не только в том, чтобы диагностировать проблемные зоны в системе оказания медицинской помощи, хотя и это очень важно, но и в том, чтобы понимать, каким образом модели социального поведения людей формируют вторичное стратификационное деление в сфере здравоохранения.

Статья подготовлена в рамках реализации гранта Президента РФ № МК-4089.2018.6 «Социальная сущность и механизмы дифференциации потребления медицинской помощи в российском обществе».

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Шилова Л.С. Российские пациенты в условиях модернизации здравоохранения. Стратегии поведения. – Saarbruken, LAMBERT Academic Publishing, 2012. – 143 с.
2. Young J.T. Illness behaviour: a selective review and synthesis // *Sociology of Health & Illness*. – 2004. – V. 26. – № 1. – P. 1–31.
3. Intention as an indicator for subjective need: a new pathway in need assessment / U. Rose, L. Zimmermann, R. Pfeifer, T. Unterbrink, J. Bauer // *Journal of Occupational Medicine and Toxicology*. – 2010. – № 5:20. URL: <http://www.occup-med.com/content/5/1/20> (дата обращения 01.11.2018).
4. Равочкин Н.Н. Неравенство в сфере российского здравоохранения как социальная проблема современности // *Экономика и социум*. – 2017. – № 4 (35). – С. 1139–1143.
5. Гареева И.А. Социальные барьеры современной системы здравоохранения // *Современные проблемы экономического развития предприятий, отраслей, комплексов, территорий: Материалы международной научно-практической конференции: в 2 т.* – Хабаровск, 25 апреля 2016. – С. 275–278.
6. Калашников К.Н. Ресурсное обеспечение российского здравоохранения: проблемы территориальной дифференциации // *Экономические и социальные перемены: факты, тенденции, прогноз*. – 2015. – № 1 (37). – С. 72–87.
7. Савельева Ж.В., Кузнецова И.Б., Мухарьямова Л.М. Информационная доступность медицинских услуг в контексте справедливости здравоохранения // *Казанский медицинский журнал*. – 2017. – Т. 98. – № 4. – С. 613–617.
8. Назарова В.В., Борисенкова К.А. Оценка эффективности системы здравоохранения в России // *Народонаселение*. – 2017. – № 4 (78). – С. 119–134.
9. Васильев В.П. Социальные ценности и институты здравоохранения // *Вестник Московского университета. Серия 18: Социология и политология*. – 2016. – Т. 22. – № 3. – С. 159–174.
10. Арбитайло И.Я. Система здравоохранения в оценках населения: опыт социологических исследований // *Primo aspectu*. – 2016. – № 3 (27). – С. 25–36.
11. Мухарьямова Л.М., Кузнецова И.Б. Равенство и справедливость в отношении здоровья: к поиску аналитических инструментов оценки // *Журнал исследований социальной политики*. – 2017. – Т. 15. – № 4. – С. 651–659.
12. Чубарова Т. Системы здравоохранения стран СНГ: между социальной и личной ответственностью // *Общество и экономика*. – 2016. – № 12. – С. 83–99.
13. Недоспасова О.П., Шибалков И.П. Социально-экономический статус человека как один из факторов формирования его здоровья // *Азимут научных исследований: экономика и управление*. – 2017. – Т. 6. – № 1 (18). – С. 140–144.
14. Lubsy A., Vyalykh N. Modal Models of Social Behavior of Medical Care Consumers in the Russian Society // *Journal of Advanced Research in Law and Economics*. – 2017. – V. 8. – № 5 (27). – P. 1185–1192.
15. Lubsy A.V., Kolesnykova E.Y., Lubsy R.A. Mental Programs and Social Behavior Patterns in Russian Society // *International Journal of Environmental and Science Education*. – 2016. – V. 11. – № 16. – P. 9549–9559.
16. Bourdieu P. Structures, habitus, practices // *The Logic of Practice*. – Stanford: Stanford University Press, 1990. – P. 52–65.
17. Giddens A. The constitution of society: outline of the theory of structuration. – Berkeley: University of California Press, 1986. – 402 p.
18. Вялых Н.А. Модели социального поведения в российском обществе в сфере здравоохранения // *Социально-гуманитарные знания*. – 2016. – № 7. – С. 83–91.
19. Вялых Н.А. Потребление медицинской помощи в современной России: многомерный методологический конструкт социологического исследования // *Вестник Томского государственного университета. Философия. Социология. Политология*. – 2016. – № 1 (33). – С. 170–181.
20. Andersen R., Davidson P. Improving Access to Care in America: Individual and Contextual indicators // *Changing the U.S. Health Care System: Key Issues in Health Services Policy and Management* / Eds. R. Anderson, T. Rice, G. Kominski. – San Francisco: Jossey-Bass, 2007. – P. 3–31.
21. Andersen R.M. National health surveys and the behavioral model of health services use // *Medical Care*. – 2008. – V. 46 (7). – P. 647–653.
22. Dixon-Woods M., Cavers D., Agarwal S. Conducting a critical interpretive synthesis of the literature on access to healthcare by vulnerable groups // *BMC Medical Research Methodology*. – 2006. – № 6 (35). URL: <http://www.biomedcentral.com/1471-2288/6/35> (дата обращения 01.11.2018).

23. Guagliardo M. Spatial accessibility of primary care: concepts, methods and challenges // International Journal of Health Geographics. – 2004. – № 3 (3). URL: <http://www.ij-healthgeographics.com/content/3/1/3> (дата обращения 01.11.2018).
24. Давыденко В.А., Ромашкина Г.Ф., Тарасова А.Н. Институциональные ловушки развития сферы здравоохранения (на примере Тюменской области) // Primo aspectu. – 2016. – № 3 (27). – С. 12–25.
25. Здравоохранение: необходимые ответы на вызовы времени. Совместный доклад Центра Стратегических Разработок и Высшей школы экономики от 21.02.2018 г. / отв. ред. С.В. Шишкин. – М.: Центр стратегических разработок, 2018. – 54 с.

Поступила 05.11.2018 г.

UDC 316.334:61

**SOCIAL DIFFERENTIATION FACTORS OF MEDICAL CARE CONSUMPTION:
OBJECTIVISM VS SUBJECTIVISM****Nikita A. Vyalykh,**
sociology4.1@yandex.ruSouthern Federal University,
160, Pushkinsky Avenue, Rostov-on-Don, 344006, Russia.**Nikita A. Vyalykh**, Cand. Sc., doctoral candidate, associate professor, Southern Federal University.

The article deals with the specific features of medical care consumption phenomenon in the sociological discourse. The topicality of the article is the necessity to construct theoretical and methodological bases to sociological study of differentiation factors of medical care consumption in the context of healthcare institute transformation in Russia today. The aim of the paper is to create integrative theoretical approach to complex assess of the factors of formation and reproduction of social inequality in health care. The novelty of this endeavor consists in application of sociological constructivism methodology to consumer behavior study in health sphere. It is argued the possibility of integrating the objectivist and subjectivist traditions for better sociological understanding of inequality factors in healthcare. The concept of medical care consumption is analyzed as dynamic interaction of different variables, the interaction of actors in the medical system in a changing social context. Special attention is given to the analysis of behavioral and structural dimensions of medical care accessibility. The limitation of the modern concepts of differentiation in healthcare is related to reduction of social inequality to objective geographical and economic factors, although it should rather be about the intersection of external and internal barriers of inequality. In line with this trend, the social inequality of consumers is not regarded as the result of influence of a social situation or individual traits, social values, attitudes and cultural predispositions. The social differentiation of medical care consumption is seen primarily as a result of people's interpretation of the social situation of health problems and «attributing» to it the values and meanings in a socio-cultural context of health care system.

Key words: Social differentiation, medical care consumption, medical care accessibility, Russian healthcare, objectivism, subjectivism, sociological constructivism.

The paper is prepared within the implementation of the grant of the president of the RF no. МК-4089.2018.6 «Social substance and mechanisms of differentiation of health care consumption in Russia».

REFERENCES

1. Shilova L.S. *Rossiyskie patsienty v usloviyakh modernizatsii zdravookhraneniya. Strategii povedeniya* [Russian patients in conditions of health care modernization. Behaviour strategies]. Saarbruken, LAMBERT Academic Publ., 2012. 143 p.
2. Young J.T. Illness behaviour: a selective review and synthesis. *Sociology of Health & Illness*, 2004, vol. 26, no. 1, pp. 1–31.
3. Rose U., Zimmermann L., Pfeifer R., Unterbrink T., Bauer J. Intention as an indicator for subjective need: a new pathway in need assessment. *Journal of Occupational Medicine and Toxicology*, 2010, no. 5:20. Available at: <http://www.occup-med.com/content/5/1/20> (accessed 1 November 2018).
4. Ravochkin N.N. Inequality in the sphere of Russian health care as a social problem of our time. *Ekonomika i sotsium*, 2017, no. 4 (35), pp. 1139–1143. In Rus.

5. Gareeva I.A. Sotsialnye bariery sovremennoy sistemy zdravookhraneniya [Social barriers of modern health care system]. *Sovremennye problemy ekonomicheskogo razvitiya predpriyatiy, otrasley, kompleksov, territoriy. Materialy mezhdunarodnoy nauchno-prakticheskoy konferentsii* [Modern problems of economic development of enterprises, branches, complexes, territories. Proc. of International scientific and practical conference]. Khabarovsk, 25 April 2016. pp. 275–278.
6. Kalashnikov K.N. Resource security of healthcare in Russia: issues of territorial differentiation. *Economic and Social Changes: Facts, Trends, Forecast*, 2015, no. 1 (37). pp. 72–87. In Rus.
7. Savelyeva Zh.V., Kuznetsova I.B., Mukharyamova L.M. The accessibility of information about medical services in the context of the social justice of health care. *Kazan medical journal*, 2017, vol. 98, no. 4, pp. 613–617. In Rus.
8. Nazarova V.V., Borisenkova K.A. Assessment of the efficiency of the health care system in Russia. *Population*, 2017, no. 4 (78), pp. 119–134. In Rus.
9. Vasiliev V.P. Social values and institutes of health. *Moscow State University Bulletin. Series 18. Sociology and Political Science*, 2016, vol. 22, no. 3, pp. 159–174. In Rus.
10. Arbitaylo I.Ya. The health care system in the assessments of the population: the experience of sociological research. *Primo aspect*, 2016, no. 3 (27), pp. 25–36. In Rus.
11. Mukharyamova L.M., Kuznetsova I. B. Equality and equity in health: towards the search for analytical tools for evaluation. *The journal of social policy studies*, 2017, vol. 15, no. 4, pp. 651–659.
12. Chubarova T. Health systems in CIS countries: between social and personal responsibility. *Society and economy*, 2016, no. 12, pp. 83–99. In Rus.
13. Nedospasova O.P., Shibalkov I.P. [Socioeconomic status (SES) of a person as a health factors. *ASR: Economics and management*, 2017, vol. 6, no. 1 (18), pp. 140–144. In Rus.
14. Lubsky A., Vyalykh N. Modal Models of Social Behavior of Medical Care Consumers in the Russian Society. *Journal of Advanced Research in Law and Economics*, 2017, vol. 8, no. 1 (27), pp. 1185–1192.
15. Lubsky A.V., Kolesnykova E.Y., Lubsky R.A. Mental Programs and Social Behavior Patterns in Russian Society. *International Journal of Environmental and Science Education*, 2016, vol. 11, no. 16, pp. 9549–9559.
16. Bourdieu P. *Structures, habitus, practices. The Logic of Practice*. Stanford, Stanford University Press, 1990. pp. 52–65.
17. Giddens A. *The constitution of society: outline of the theory of structuration*. Berkeley, University of California Press, 1986. 402 p.
18. Vyalykh N.A. Modeli sotsialnogo povedeniya v rossiyskom obshchestve v sfere zdravookhraneniya [Patterns of social behavior in Russian society in the field of health]. *Sotsialno-gumanitarnye znaniya*, 2016, no. 7, pp. 83–91.
19. Vyalykh N.A. Potrebleniye meditsinskoy pomoshchi v sovremennoy Rossii: mnogomerny metodologicheskii konstrukt sotsiologicheskogo issledovaniya [Consumption of medical care in modern Russia: multidimensional methodological construct of sociological research]. *Vestnik Tomskogo gosudarstvennogo universiteta. Filosofiya. Sotsiologiya. Politologiya*, 2016, no. 1 (33), pp. 170–181.
20. Andersen R., Davidson P. Improving Access to Care in America: Individual and Contextual indicators. *Changing the U.S. Health Care System: Key Issues in Health Services Policy and Management*. Eds. R. Anderson, T. Rice, G. Kominski. San Francisco, Jossey-Bass, 2007. pp. 3–31.
21. Andersen R.M. National health surveys and the behavioral model of health services use. *Medical Care*, 2008, no. 46 (7), pp. 647–653.
22. Dixon-Woods M., Cavers D., Agarwal S. Conducting a critical interpretive synthesis of the literature on access to healthcare by vulnerable groups. *BMC Medical Research Methodology*, 2006, no. 6 (35). Available at: <http://www.biomedcentral.com/1471-2288/6/35> (accessed 1 November 2018).
23. Guagliardo M. Spatial accessibility of primary care: concepts, methods and challenges. *International Journal of Health Geographics*, 2004, no. 3 (3). Available at: <http://www.ij-healthgeographics.com/content/3/1/3> (accessed 1 November 2018).
24. Davydenko V.A., Romashkina G.F., Tarasova A.N. Institutional traps of health sector development (on the example of the Tyumen region). *Primo aspect*, 2016, no. 3 (27), pp. 12–25. In Rus.
25. Shishkin S.V. *Zdravookhraneniye: neobkhodimye otvety na vyzovy vremeni. Sovmestny doklad Tsentra Strategicheskikh Razrabotok i Vysshey shkoly ekonomiki* [Health: the necessary responses to the challenges of the time. Joint report of the center for Strategic Research and Higher school of Economics]. Moscow, Tsentr strategicheskikh razrabotok Publ., 2018. 54 p.

Received: 5 November 2018.