

НОВЫЕ ТЕКСТЫ

А. А. Тёмкина

«Экономика доверия» в платном сегменте родовспоможения: городская образованная женщина как потребитель и пациентка¹



ТЁМКИНА Анна Адриановна — PhD, профессор Европейского университета в Санкт-Петербурге. Адрес: 191187, Россия, г. Санкт-Петербург, ул. Гагаринская, д. 3а.

Email: temkina@eu.spb.ru

В статье рассматриваются позиции городских образованных женщин, с одной стороны, как рефлексивных акторов и покупателей, осуществляющих выбор платных услуг в родильных домах, и, с другой — как пациенток, доверяющих «своему» надёжному врачу. Анализируется социологическая дискуссия, посвящённая выбору пациентами сервиса в условиях неолиберальной коммерциализации медицинских услуг, включая услуги родовспоможения, а также рассматриваются ограничения возможностей выбора. Эмпирическое исследование опирается на 35 глубинных интервью с женщинами, 14 интервью с гинекологами-акушерами и акушерками, работающими в платном сегменте, и на наблюдения в двух роддомах (Санкт-Петербург, 2015–2016 гг.). Результаты показывают, что будущие матери интерпретируют роды как событие, сопряжённое с множественными рисками в контексте дефицита доверия по отношению к бесплатной медицине и абстрактной социальной роли врача-акушера. Стремясь обеспечить безопасность и создать доверие, женщины выбирают услуги платного родовспоможения. Затраты на роды, достаточно осязаемые для семейного бюджета, представляются им оправданными. На основании тщательного сбора и оценки разносторонней информации женщины осуществляют выбор роддома и врача. Они вступают в переговоры с врачом, персонализируя отношения с ним. Женщинам важно установить психологический контакт и убедиться в профессионализме медперсонала, что происходит на основании не только информации, но опыта, аффектов. После признания врача «заслуживающим доверия», то есть имеющим авторитет и репутацию, будущие матери делегируют ему контроль в ведении родов; вопросы оплаты частично выносятся «за скобки» субстантивных медицинских взаимодействий. При этом женщины не остаются пассивными реципиентами помощи, они стремятся к более

¹ Данные были собраны осенью 2015 г. — весной 2016 г. коллективом исследователей под руководством автора данной статьи. Проект «Деньги, здоровье и забота в родовспоможении» осуществлялся в рамках профессуры по общественному здоровью и гендеру, на базе гендерной программы Европейского университета в Санкт-Петербурге. В проведении интервью приняли участие семь выпускников, слушателей магистерской и PhD программы, а также автор статьи. Все интервьюеры участвовали в обсуждении полевых процедур и интерпретации данных.

Мои благодарности старшей акушерке Виктории Кузнецовой, без помощи и поддержки которой данное исследование вряд ли могло бы состояться. Я признательна Елене Здравомысловой, Юле Градскойой, Мишель Ривкин-Фиш, Екатерине Бороздиной, Асе Новкунской, Марии Годованной, Ане Климовой, всем моим коллегам, помогавшим осуществиться данному проекту, а также анонимным рецензентам за комментарии. Мои отдельные благодарности всем женщинам и их партнёрам, акушерам и акушеркам, которые согласились рассказать свои истории.

равноправным взаимодействиям. В итоге будущие матери действуют, с одной стороны, как потребители медицинских услуг, калькулирующие затраты и выгоды при организации родов, а с другой — как пациентки, которые через оплату создают доверие к специалистам, ведущим роды. Совокупность этих процессов названа экономикой доверия в родовспоможении.

Ключевые слова: «экономика доверия»; платные роды; выбор; пациент; потребитель; социальная роль врача-акушера; врач как профессионал; родовспоможение; контроль; материнство.

Постановка задачи

В крупных городах России многие женщины, которые собираются родить ребёнка, в настоящее время обращаются к платным медицинским услугам в роддомах. Сочетание платного и бесплатного обеспечения здоровья изучается многими исследователями. Наличие различных видов платежей (включая неформальные) в медицине в целом и в родовспоможении в частности зафиксировано исследователями [Шишкин 2002; Шишкин, Потапчик, Селезнева 2014; Stepurko et al. 2013].

Официальные платные услуги в роддомах в советское время не предоставлялись. Различные изменения в государственном сегменте родовспоможения начали происходить с 1992 г., когда появляются «больницы, доброжелательные к ребёнку», предоставляющие возможность совместного пребывания матери и новорождённого, а также поощряющие грудное вскармливание [Rivkin-Fish 2005]. В 1990-х гг. появляются и платные услуги. В середине 2000-х гг. наступил новый этап реформирования; с 2006 г. родильные дома в России получали существенную поддержку от государства в рамках программы родовых сертификатов (Национальный проект «Здоровье»), когда родовспоможение было объявлено одним из приоритетов государственной политики повышения рождаемости наряду с иными программами поддержки материнства. С 2010 г. в рамках программы модернизации, а затем согласно майским указам президента, в роддомах были существенно улучшены бытовые условия, переоснащены палаты, обеспечен доступ к новым технологиям и лечебно-диагностическому оборудованию. В 2010-е гг. получают распространение идеология и практики «семейных (партнёрских) родов», «мягких родов» с минимальным медицинским вмешательством. В этот период происходит и дальнейшее развитие коммерческого сегмента в родовспоможении в форме как частных учреждений, так и платных (хозрасчётных) отделений и услуг на базе государственных роддомов [Тёмкина 2016].

Родовспоможение обладает культурными и социальными особенностями (см. подробнее: [Здравомыслова, Тёмкина 2009]), которые делают его платный сегмент особенно интересным для детального социологического наблюдения и анализа. Чем же он интересен?

Во-первых, многие современные женщины являются рефлексивными потребителями, они планируют и организуют роды, хотят выбрать конкретного специалиста (специалистов), которому доверяют как профессионалу. Доверие — один из центральных конструктов, который мотивирует выбор. Исследование позволяет изучить механизм формирования доверия на межличностном уровне и проследить, как конкретно осуществляется выбор и принимается решение об оплате медицинских услуг и (или) помощи.

Во-вторых, анализ взаимодействий в платном сегменте родовспоможения позволяет внести вклад в социологическую дискуссию об изменениях позиций пациента, который делает сознательный выбор медицинской помощи и (или) услуг и отчасти превращается в потребителя и покупателя, осуществляющего «шопинг» (*shopping around*). Хотя будущие матери в России с 2006 г.² могут выбирать место

² Ранее я рассматривала спектр предложений роддомов и ориентации женщин на получение качественной профессиональной и эмоциональной заботы, персонализации отношений и интимизации условий в роддомах, включая присутствие мужа на родах [Тёмкина 2016].

бесплатного (по родовым сертификатам и ОМС) ведения беременности и родов, фактически для этого существует множество ограничений. В отличие от бесплатного, платный сегмент родовспоможения в современной России — это сфера реального выбора в организации родов, где соответствующие стратегии представлены наиболее выраженным образом.

В-третьих, в ходе коммерциализации медицины меняются взаимодействия пациента (приобретающего черты «покупателя») и медицинского работника («продавца» или «провайдера» услуги). Данный сегмент рынка позволяет исследовать изменения отношений власти пациента и профессионалов (врачей акушеров-гинекологов и акушерок).

Выбор и доверие будут находиться в центре моего внимания. Обретение доверия — не единственная причина оплаты услуг родовспоможения, женщины или родители также могут выбирать и оплачивать определённый уровень комфортности пребывания в роддоме (платные палаты) и те условия, которые делают возможным совместное пребывание с мужем или родственниками, востребуя заботу более высокого качества [Тёмкина 2016]. В этих случаях оказываемые услуги, оплачиваемые, как правило, официально, выходят за рамки профессионального ведения родов и являются очевидно рыночным сервисом. В данной статье я их не рассматриваю.

Я фокусируюсь на том, что доверие к специалистам играет важную роль для женщин, собирающихся родить³. Для того чтобы преодолеть нехватку доверия в отношении к врачам и медицинским институтам, будущие матери выстраивают стратегии, опираясь на социальные, культурные и экономические ресурсы [Здравомыслова, Тёмкина 2009]. Выбор «где, как и с кем рожать» встроено в цепочку других выборов в рамках «жизненного проекта» представителей городского образованного класса, действующих как *активные* агенты (*agency*). Женщины, с которыми проводились интервью, планируют беременность, выбирают место и способ её ведения в женской консультации или ином медицинском центре, выбирают также курсы по подготовке к родам, формируют свои предпочтения в отношении медицинской интервенции и естественных родов, ищут подходящий роддом и специалистов. После родов они отдают предпочтение тем или иным врачам для осуществления заботы о здоровье ребёнка. Некоторые услуги они получают бесплатно, другие оплачивают. На определённом этапе осуществления жизненного проекта, в ходе репродуктивного цикла, те женщины, с которыми проводились интервью, приняли решение об оплате ведения родов. Возможность выбирать конкретного врача в роддоме существует только в условиях оплаты услуг родовспоможения и заключения договора или достижения устной договорённости о спектре предоставляемых услуг и конкретных исполнителях. В иных случаях роды будет принимать дежурная бригада роддома (врач акушер-гинеколог и акушерка).

Анализ эмпирических данных показывает, что будущие матери, делая выбор в пользу коммерческих услуг в сфере репродуктивной медицины, предстают в четырёх ролевых позициях (ипостасях). Они, во-первых, выступают в роли потребителей, осуществляя практики выбора и оплаты медицинских услуг; во-вторых, действуют как пациентки, доверяющие врачам; в-третьих, ведут себя в соответствии со своим гражданским статусом, который предполагает наличие определённых прав и их обеспечение; в-четвертых, осуществляют роль матери, реализующей практики «интенсивного материнства», в том числе интенсивную заботу о ещё не рождённом ребёнке. В фокусе данной статьи находятся первая и вторая роли и соответствующие им практики.

Структура статьи построена следующим образом: сначала я рассматриваю социологическую дискуссию о проблеме пациентского выбора, затем — о выборе, который совершают особые пациентки —

³ Ранее я рассматривала спектр предложений роддомов и ориентации женщин на получение качественной профессиональной и эмоциональной заботы, персонализации отношений и интимизации условий в роддомах, включая присутствие мужа на родах [Тёмкина 2016].

женщины в сфере родовспоможения. После этого, основываясь на интервью с матерями и медицинскими работниками, я анализирую, как контексты риска и кризиса доверия мотивируют женщин на оплату сервиса, как осуществляется поиск информации о желаемом сервисе, какие ресурсы семья использует для оплаты медуслуг и как происходит выбор врача. Далее рассматривается, как женщины выстраивают доверительные отношения и оплачивают индивидуальные роды. Я показываю действия женщины как потребителя медицинских услуг и как пациентки, которая через оплату создаёт доверие, признавая авторитет специалистов, ведущих роды. Совокупность этих процессов я и называю экономикой доверия в сфере коммерческого родовспоможения.

1. Выбор и доверие: пассивный пациент или рефлексивный потребитель?

Итак, обратимся к социологической дискуссии, в фокусе которой находится пациент, действующий как рефлексивный актор, осуществляющий рациональный выбор медицинских услуг, а затем — к осмыслению выбора женщин, собирающихся родить.

Классики о социальных позициях пациентов и врачей: лечение или услуга?

Новые социальные роли пациентов и врачей противопоставляются нормативной модели, описанной Т. Парсонсом. Согласно его теории пациент приходит к врачу не по желанию, а по необходимости, и вступает с ним в отношения зависимости и подчинения [Parsons 1951; Lupton 1997; Zadoroznyj 2001]. Врач, в свою очередь, бескорыстно работает на коллективное благо — общественное здоровье, не ищет личной выгоды, пациент доверяет ему, признаёт его авторитет, сотрудничает с ним, подчиняется его предписаниям и не ищет других возможностей, поскольку не обладает для этого компетенцией. Больного характеризуют состояние беспомощности, нехватка технической компетенции, эмоциональная уязвимость и иррациональность [Parsons 1951: 445, 464]. «Пациенты были послушными фигурами, не несущими ответственность за состояние своего здоровья и минимально вовлечёнными в заботу о себе» [Armstrong 2014: 164], а профессионалы сохраняли социальную монополию на экспертизу и знания, управляя медицинскими взаимодействиями и поддерживая свою власть. Рыночная логика и извлечение прибыли из такой ситуации поэтому неприемлемы для врача, действия которого направлены на достижение коллективного блага. Исходя из этого, Парсонс возражал против того, что пациент может осуществлять «шопинг» в поисках медицинской услуги, перепроверя совет одного врача у другого, аналогично тому, как это может происходить при покупке других товаров и услуг (например, автомобиля) [Parsons 1951: 438–439].

В ходе критики нормативной модели Э. Фрейдсон ставит вопрос о возможности «покупки» медицинской услуги, проводя различие между коммерческими продуктами и «продуктами», контролируемым профессионально. Профессионалы, обладая подтверждёнными официальными лицензиями экспертным знанием и выступая агентами социального контроля, могут оказывать влияние на формирование потребностей потенциальных клиентов их услуг и на организацию соответствующего сервиса, поэтому в сфере профессиональных услуг меньше возможностей для свободного выбора, чем в сфере непрофессионального рынка. Выбор в сфере медицинского обслуживания осуществляется между институтами, а не между продуктами или услугами, то есть пациент выбирает врача, а затем врач — лечение [Freidson 1970: 302–304]. При этом в сегменте медицинской практики, который зависит от клиентов (первичная помощь), пациенты занимают относительно активную позицию в процессе диагностики и лечения, их возможности выбора, переговоров и компромиссов с врачом варьируют в широком диапазоне. Однако по мере погружения в медицинскую систему пациент может только принять то, что ему предлагают, или покинуть систему. В первом случае пациенты находятся в более равноправных позициях с врачом, могут вести переговоры, во втором профессиональное мнение становится доминирующим [Freidson 1970: 305–308]. Таким образом, либо выбора у пациента нет, либо он существенно ограничен.

Выбор медицинских услуг пациентом: современные интерпретации

Начиная с 1980-х гг. в контексте неолиберального поворота «на смену доверию к экспертному знанию пришёл рыночный контроль. Медикам предлагалось конкурировать друг с другом по поводу цены и качества услуг. Ядром новой логики государственного управления здравоохранением стал принцип эффективности <...> всё чаще давала о себе знать логика потребительского выбора и ответственности перед потребителем» [Скотт 2007: 38]. Согласно данному подходу медицинский сервис — такие же товар и (или) услуга, как и любые другие. Выбор в медицине становится все более актуальным по мере того, как на смену системе общественного здравоохранения с равным доступом для всех приходит приватизация медицины. Распространение частного страхования подталкивает пациента к тому, чтобы делать потребительский выбор, максимизируя его полезность [Natalier, Willis 2008]. Рыночные ориентации приводят к конкуренции больниц и врачей, к усилению маркетинга и рекламы, в том числе к расширению предложений для будущих матерей, при этом всё больше решений принимают не врачи, а администрации, менеджеры и страховые компании [Lazarus 1994].

Проблематика пациентского выбора и (или) принятия решений в 1990-е гг. и позднее привлекает большое внимание исследователей в области социологии здоровья, составляя, по оценке Ф. Коллиер, за два десятилетия до 10% всех публикаций в Австралии, Британии и Америке. Несмотря на значительное количество эмпирических исследований, теоретическое осмысление проблемы выбора в сфере медицины остаётся недостаточным [Collyer 2012; Collyer et al. 2015: 688]. Подобная «нехватка теоретизации» касается также сферы репродуктивного здоровья, где наблюдаются существенные структурные изменения: артикуляция активного агента, развитие приватизации и коммерциализации услуг родовспоможения под влиянием неолиберальной политики в сфере общественного здоровья.

Исследователи выдвигают концепцию рационального пациентского выбора. Они утверждают, что действия пациентов-покупателей являются инструментально рациональными, определяются возможностями выбора и наличием информации о качестве медицинского сервиса, предполагают калькуляцию соотношения затрат и выгод. Важна ответственность граждан, которые способны планировать будущее, идентифицировать, оценивать риски и минимизировать их последствия, вкладывая деньги в обеспечение здоровья (например, покупая частные страховки), когда выгоды превышают затраты [Natalier, Willis 2008; Collyer 2012]. Пациенты оценивают разные возможности и делают выбор между ними [Lupton 1997; Collyer 2015]. В этом качестве они выступают активными рациональными потребителями (в терминологии неоклассической традиции консьюмеристского поведения) и (или) рефлексивными автономными пациентами и активными агентами (в социологической трактовке Э. Гидденса).

Аналогичным образом осмысливают сдвиги в поведении пациентов российские социологи. Отмечается рост требовательности пациентов [Здравомыслова, Тёмкина 2009; Чирикова, Шишкин 2014] и расширение возможностей выбора не только в платном, но и в бюджетном сегменте медицины [Шейман, Шишкин 2012; Шишкин, Бурдяк, Потапчик 2014]. Исследователи показывают, что изменения в российской системе здравоохранения создали возможность для потребительского выбора, а государственная политика в области здравоохранения исходит из того, что создание возможности выбора является механизмом повышения доступности медицинских услуг высокого качества. Однако выбор медицинской организации и врача как провайдера остаётся ограниченным, он не становится реальной необходимостью для большинства российских граждан.

В условиях поздней современности информированный пациент-потребитель в своей социальной роли аналитически и практически противопоставлен зависимому и пассивному, который безоговорочно подчиняется авторитарному врачу в контексте асимметрии власти и знаний [Lupton 1997: 374]. Врачи перестают быть эксклюзивными носителями «авторитетного знания» [Jordan 1997] и превращаются

в поставщиков специализированных услуг, соревнующихся друг с другом и стремящихся к максимизации дохода. Пациенты всё более скептически относятся к экспертному знанию и власти его носителей [Lupton 1997]. Осуществляя «шопинг», оценивая и выбирая «правильного» врача, пациенты отчасти меняют баланс власти, вступая с врачом в отношения, подобные паре «потребитель — провайдер» [Lupton 1997: 373; Zadoroznyj 1999; 2001]. Широкое использование пациентами социальных медиа ещё более ставит под сомнение эксклюзивность экспертного знания. Интернет демистифицирует медицинское знание, рефлексивные потребители осуществляют «информационно-сортирующие» практики, осваивают медицинскую терминологию (профессиональный жаргон), повышают компетенции и осуществляют собственную навигацию внутри медицинской системы. Экспертное знание становится общедоступным, клиенты ищут и выбирают информацию в «глобальном рынке» Интернета [Hardey 1999; Nettleton, Burrows 2003; Бугрезова 2016].

Таким образом, утверждается, что пациент всё более становится активным агентом, обретает знания, оценивает возможности, принимает решения, берёт на себя ответственность, выстраивает стратегии действия, изменяя отношения власти, отвергая патернализм, авторитарный стиль и доминацию врача. Современные изменения позиций пациента, возрастающая независимость и автономия характеризуют и позиции беременной женщины и роженицы. Как рациональный потребитель, она может выбирать из широкого диапазона способ и место родоразрешения (в больницах, в центрах акушерского ухода, дома) и тех профессионалов (врачей, акушерок, других помощников), которые будут принимать роды и помогать ей, а также участвовать в принятии решений и контролировать процесс. Такое поведение, когда женщины выбирают наиболее подходящего провайдера и место родов, описывается исследователями как «потребительское» [Zadoroznyj 2001].

Однако у исследователей возникают сомнения в полной адекватности описания действий пациентов как потребителей медицинских сервисов, руководствующихся логикой рационального выбора.

Ограничения выбора пациента и особые рынки

Критики показывают, что есть значительное число ограничений для рационального пациентского выбора. Такой выбор всегда осуществляется в определённых структурных условиях. Следуя подходу Бурдьё, исследователи утверждают, что решения пациентов структурированы культурными, экономическими и социальными капиталами, которые используются для обеспечения здоровья, а также зависят от условий социального контекста. Опытное знание, воплощённое в телесных практиках, корректирует выбор и взаимодействие с профессионалами [Collyer 2015: 692–693].

Ресурсы и доступ к медицинской помощи (даже к бесплатной) и информации существенно различаются у представителей разных социальных слоёв, обладающих разными объёмами капиталов, опытом и хабитусом. Выбор не всегда осуществляется на основе информированной калькуляции затрат и выгод, уязвимость пациентов (сопряжённая с состоянием телесного нездоровья и сопутствующими аффектами) затрудняет принятие оптимальных решений; асимметричность знаний и сложная организация медицинских практик также затрудняют их принятие [Greener 2003: 85; Collyer 2015].

Поскольку в либеральном обществе выбор становится ценностью и составляющей идентичности, он выступает как принуждение и «тирания» [Collyer 2015: 688]. Иногда выбор невозможен и является просто иллюзией [Crossley 2007]. Пациенты не хотят делать выбор, если они удовлетворены лечением, если доверие и зависимость считаются добровольными и позитивными [Greener 2003: 86]. Из-за уязвимости своего положения пациенты могут быть не в состоянии что-либо изменить, и они остаются в зависимости от врачей, которым не доверяют [Brown, Meyer 2015].

Подчеркнём, что в целом позиция современных пациентов рассматривается как противоречивая. С одной стороны, они стремятся действовать как потребители на рынке специализированных услуг, избегая зависимости от профессионалов. С другой стороны, они хотят действовать как «пассивные» пациенты (или им приходится это делать), которые инвестируют свои ресурсы в обеспечение доверия к профессионалам [Lupton 1997: 380]. Выбор не исключает, а, скорее, предполагает рефлексивно выстраиваемое доверие к институтам и профессионалам и ориентацию на сотрудничество с врачами, что становится особенно важным в тех структурных контекстах, которые характеризуются кризисом доверия [Аронсон 2006; Здравомыслова, Тёмкина 2009]. По мере усложнения репертуара выбора в обеспечении здоровья и распространения неолиберальной идеологии профессиональные качества и доверие к ним становятся затруднительными для пациентов.

Исследователи проблематизируют соотношение выбора и доверия, автономии и зависимости в действиях современного пациента.

Некоторые авторы показывают, что доверие и выбор не исключают друг друга, другие их противопоставляют. М. Задорожный отмечает, что в действиях беременной женщины, осуществляющей выбор способа организации деторождения, сочетаются и потребительский выбор, и доверие [Zadoroznyj 2001]. Доверие в этой ситуации — это рациональное ожидание на основе доступной информации и вычислений [Штомпка 2016: 150]. Женщины действуют как потребители, взвешивая разные опции услуг родовспоможения, обсуждая их с друзьями, родственниками и семейным врачом, принимая окончательное решение. Однако Задорожный показывает, что действия пациентки не ограничиваются шопингом «объективно» лучшего провайдера услуг. Женщинам важно, каким образом выстраивается диалог с ним. Консьюмеристские практики (в том числе поиск нужного врача, взаимопонимание в разговоре) ведут к созданию доверия, которое может выражаться как в активной, так и в пассивной позиции пациента. После того как доверие выстроено, управление процессом может переходить к провайдеру. Доверие перестаёт быть само собой разумеющимся, становится более эксплицитным и выбираемым (*choosing to trust*). Консьюмеристский подход социально стратифицирован, в большей степени его демонстрируют женщины среднего класса и те, кто имеет частные страховки [Zadoroznyj 2001; см. также Lazarus 1994].

Другие исследователи противопоставляют рациональный подсчёт затрат и выгод доверию, которое не столько калькулируется, сколько выстраивается во взаимодействиях и имеет аффективное измерение. Когда у людей не хватает информации или они не знают, как ею воспользоваться, когда они не могут защитить свои интересы на фоне неопределённости и страхов, не уверены в будущем и не имеют над ним полного контроля, нужно доверие, которое помогает «справиться с неуверенностью и невозможностью контролировать будущее» [Штомпка 2016: 80] (см. также [Sztompka 1998]). Как поясняет П. Штомпка, когда пациенты вверяют себя и ценности жизни, обращаясь «за помощью к лицам, профессионально обязанным помогать другим», то есть к врачу, они отказываются «от части контроля над собственной судьбой», становятся «частично беззащитными, лишёнными собственной воли» [Штомпка 2016: 87]. Доверие в медицине, как показывают исследования мотивации частного страхования, основано не столько на доказательствах и расчётах, сколько на эмоциях, ожиданиях, социальных сетях и укоренённых привычках. Для пациентов более важным является доверие, чем информированный выбор. Решение об оплате страховки опирается на индивидуальный и семейный опыт и поддерживает аффективно окрашенное доверие к частному сервису и (или) помощи, минимизируя страхи и сомнения. Исследователи показывают, что в описаниях управления рисками может использоваться язык консьюмеризма и неолиберализма, а реальные практики выбора могут быть эмоционально окрашенными и соответствовать культурным ожиданиям по поводу доверия [Natalier, Willis 2008]. В результате дихотомичная модель — с одной стороны, пассивный пациент, зависимый от авторитета врача, безоговорочно доверяющий ему и профессиональному знанию, имеющему оттенок сакральности для профанов, с дру-

гой — неолиберальный информированный потребитель со скептическим отношением к медицинскому знанию и профессионалам, сознательно и рационально делающий выбор, осуществляя калькуляции и «шопинг», на равных участвующий в принятии решений, — поставлена исследователями под сомнение. Выбор зависит от ресурсов и структурных ограничений, от заданных социально стратифицированной системой диспозиций, от эмоций, веры и социальных сетей. Ставятся под сомнение возможности выбора на рынке медицинских услуг в целом [Greener 2003]. На рынках, касающихся жизни, здоровья и смерти, коммодифицирующих жизненно важные блага [Бердышева 2012а, 2012b], которые признаются сакральными, священными [Зелизер 2010], аффективно насыщенными [Моисеева 2010; 2011], возникают особые отношения между поставщиком услуг и их потребителем (покупателем). «В случае, когда речь идёт о рынках жизненно важных товаров, обмен оказывается далеко не безличным и не анонимным» [Бердышева 2012а: 77]. На таких рынках возникают условия для «экономики доверия», когда обмены выходят за рамки официальной оплаты и формальных договоров, включают эмоционально окрашенные персонифицированные отношения, — например, в сфере оплачиваемого домашнего труда. Исследователи подчёркивают значимость доверия при найме няни для ухода за ребёнком. Оплата труда является невысокой, при этом выстраиваются неформальные квазиродственные отношения, которые поддерживаются подарками и помощью [Здравомыслова 2009: 132–134]. Аналогичный тренд описывается применительно к домашним помощницам, от которых ожидается не только инструментальная, но и эмоциональная забота в псевдородственных отношениях [Ткач 2009: 183]. Неформальные экономические практики и обмены в целом связаны с доверием и моральными обязательствами [Morris, Polese 2013]. Рассматривая «экономику доверия» в родовспоможении, я сосредоточиваюсь на том, как выбор и оплата сервиса становятся способом создания персонифицированного доверия.

2. Выбор женщин и доверие в родовспоможении

В ситуации родовспоможения пациентский выбор «где, с кем, и каким образом» становится всё более сложным, а концепт выбора всё менее определённым [Malacrida, Boulton 2012: 749; Lowe 2016]. В последней трети XX века в постиндустриальных обществах произошли существенные изменения, расширяющие границы выбора услуг и (или) помощи родовспоможения и коммодифицирующие его [Davis-Floyd 1992; 2004]. Под влиянием феминистского движения и движения потребителей, движения за естественные роды и критики медикализации родовспоможения женщины хотят всё более активно участвовать в родах и контролировать их [Lazarus 1994]. Изменяется система родовспоможения, расширяются возможности организации родов. Во многих обществах пациенты могут выбирать место родовспоможения (больница, акушерские центры, домашние роды), профессиональное сопровождение (врач-акушер, акушерка, семейный врач, доула, соло-роды), присутствие партнёра, способ родоразрешения и степень медицинского вмешательства. От женщин всё более ожидаются действия рациональных потребителей, которые выбирают и осуществляют желаемый план родов. Предполагается, что женщины как ответственные матери и автономные потребители медицины, как активные агенты способны не только оценить информацию, но и осуществить информированный выбор места и способа деторождения. Индивидуальный выбор и ответственность связаны с оценкой рисков и управлением ими [Lupton 1999; Malacrida, Boulton 2014]. Многие женщины критически относятся к медикализации родов (см. обзор в статье: [Тёмкина 2014: 321–328]), стремятся уменьшить вмешательство, развивается дискурс «естественных родов» [Davis-Floyd 1992; Crossley 2007; Бороздина 2014]. И эти идеи вписываются в новое представление об ответственном материнстве. В российском контексте будущие матери, готовые оплатить услуги родовспоможения («заплатить за роды»), осуществляют активный «шопинг» в целях выбора подходящего роддома и врача [Тёмкина 2016], они оценивают свои финансовые возможности, формируют ожидания по поводу родов и оплаченных услуг и (или) помощи.

Однако, как показывают эмпирические исследования, выбор, который делают женщины, зависит от исторических, социальных, географических, институциональных особенностей родовспоможения в

конкретном контексте, от моральных и культурных систем, гендерных предписаний, представлений о женственности, материнстве, семье, телесности, боли; от структурных ограничений, профессиональных позиций акушерок и врачей, системы медицинского страхования, способов взаимодействия с врачом или акушеркой, самого течения родов [Kitzinger 2001; De Vries 2005]. Принятие решений связано с представлениями о нормативных моделях потребителя медицинских услуг и ответственного материнства, о престиже медицины в целом, власти специалистов в контексте медицинских взаимодействий и восприятия ребёнка как невинного, драгоценного и уязвимого [Malacrida, Boulton 2014: 45] (см. также: [Crossley 2007; Lupton 2011; Malacrida, Boulton 2012; Lowe 2016]). Выбор в ситуации родовспоможения зависит также от социального положения, возможностей, ресурсов, потребностей и представлений женщин [Davis-Floyd 1992, Zadoroznyj 1999; 2001; Lazarus 1994].

Выбор осуществим далеко не всегда. Женщины не всегда сознают свои потребности, не всегда в состоянии овладеть информацией, их ожидания зачастую не реализуются по разным причинам, в том числе из-за непредсказуемости протекания родов. Исследуя соотношение ожиданий и реальных практик (в том числе экстренного кесарева сечения), К. Малакрида и Т. Боултон показывают, что родоразрешение перестаёт быть выбором после того, как началась медицинская интервенция, когда женщинам остаётся только выполнять то, что рекомендуют врачи и акушерки: «Женщины, находясь в родах, испытывают боль, усталость, беспокойство о себе и своих детях и неуверенность в том, каково “правильное” решение» [Malacrida, Boulton 2014: 52] (см. также: [Carter 2010; Бороздина 2014]). Женщинам предписывается контроль над родами, выбор выступает средством такого контроля, однако в биомедицинской модели тело конструируется как «неподконтрольное, ничем не сдерживаемое и не ограниченное, неуправляемое, своенравное» [Carter 2010: 993]⁴. Выбор существенно ограничивается преимущественным правом врача контролировать деторождение в силу его экспертной позиции и ответственности [Lazarus 1994; Бороздина 2014: 421]. Существует множество ограничений, которые не позволяют сделать информированный выбор и осуществить свой «идеальный» план. Планирование родов является принудительным и дисциплинирующим, однако далеко не всегда реализуемым. Ответственность, возлагаемая на женщин, приходит в противоречие с дефицитом власти в их отношениях с профессионалами [Malacrida, Boulton 2014: 55]. Власть профессионалов в условиях рисков также ограничена.

Различные ограничения выбора не делают женщину полностью подчинённой и зависимой в социальной роли пациентки, по умолчанию доверяющей медицине. Пациенты, особенно представительницы среднего класса, не вполне доверяют медицине как абстрактной системе и врачам просто на основании их социальной роли [Zadoroznyj 2001: 136]. В ситуации асимметричного знания и власти доверие может рефлексивно выстраиваться, если женщина имеет возможность озвучивать свои чувства, потребности и намерения, если её внимательно слушают, реагируют, отвечают на вопросы и врачи готовы тратить на это время. Диалоговая коммуникация подтверждает статус женщин как личности, а не просто как объекта воздействия. По мере развития отношений с врачом женщины начинают доверять его решениям [Lupton 1997: 379; Zadoroznyj 2001]. При этом изменяется фокус доверия — от веры в абстрактные системы внимание переносится на диалог и конкретные медицинские взаимодействия [Zadoroznyj 2001: 136–137].

Роды воспринимаются как ситуация повышенной опасности и женщинами, и врачами; связь родов с рисками, тревогами и страхами подробно описана в социологической и антропологической литературе в контексте общества риска, когда люди всё более осознают риски и стремятся ими управлять (см.: [Щепанская 1999; Lupton 1999; 2013; Zadoroznyj 2001; Possamai-Inesedy 2006; Bryers, Van Teijlingen 2010] и др.). Беременная женщина считается уязвимой, а ещё не рождённый ребёнок — подверженным мно-

⁴ Исключение составляет акушерская модель заботы, которая здесь отдельно не рассматривается; см.: [Carter 2010; Бороздина 2014].

жественным угрозам. Дискурс о рисках в данной ситуации — это дискурс современной субъектности женщины, которая планирует и рационализирует свою жизнь и несёт за неё ответственность, как и ответственность за будущего ребёнка, в которого инвестируются силы и ресурсы. Согласно нормативным предписаниям гендерного характера, ответственные родители, и особенно матери, должны заботиться о потенциале развития ребёнка и его здоровье, начиная с беременности и родов. Как рефлексивные агенты женщины, испытывая тревогу и страх за исход беременности, ищут способы контроля над ситуацией [Lupton 1999; Lowe 2016]. Исследователи показывают, что дискурс страхов и рисков окружает любые беременность и роды независимо от выбора способа деторождения и принадлежности к социально-экономической группе. Роды воспринимаются как ситуация, в которой женщины ощущают себя беспомощными, страдающими, лишёнными возможности самоконтроля [Riewpaiboon et al. 2005]. Даже те женщины, которые не попадают в группу высокого риска, являются объектом нормализации и медицинской интервенции. Такие страхи могут выглядеть иррациональными, поскольку статистика показывает достаточно низкую смертность матерей и младенцев и относительную безопасность родов. Однако риски в обществе поздней современности необязательно «реальны», для тревоги достаточно того, чтобы они считались реальными в биомедицине и обществе в целом [Possamai-Inesedy 2006]. Оказание доверия в этой ситуации «означает приостановку, обход, “взятие в кавычки” риска, означает действие, когда риска как бы не существует» [Штомпка 2016: 95] (см. также: [Lupton 2013]).

Создание доверия особенно важно в современном российском контексте, где, с одной стороны, расширяется возможностей выбора сервисов, а с другой — воспроизводится дефицит доверия к медицине и врачам. Женщинам законодательно предоставлен выбор бесплатного места ведения беременности и родов. Совершая выбор в пользу коммерческих услуг, они расширяют диапазон своих возможностей в контексте разнообразных ограничений: центры акушерского ухода развиты незначительно, домашние роды нелегальны, самостоятельная работа акушерок существенно ограничена.

Те случаи, которые рассматриваются здесь, — это роды в роддомах, оплачиваемые женщинами (в нескольких случаях имеющими ДМС). Три случая домашних родов также оплачивались, но здесь я их не рассматриваю. В данной статье на примере платных услуг родовспоможения я показываю, что целью оплаты и предметом переговоров становится выстраивание доверия к конкретным специалистам (врачам акушерам-гинекологам и акушеркам) и признание их авторитета. Женщины и (или) родители, принимая решение и осуществляя выбор платной услуги, хотят получить максимально соответствующее своим потребностям ведение родов. Для этого они выбирают конкретного «провайдера» и способ оплаты с целью установить доверие к конкретному человеку (или команде специалистов) в его профессиональной роли.

Ранее мы показывали наличие институционального и личного дефицита доверия к медицине и профессиональной компетенции медиков, который имеет особое значение в сфере репродуктивного здоровья. Эта сфера в культурном смысле связана с гендерной идентичностью и материнством, в ней женщины особо требовательны и чувствительны к взаимодействию с медиками. Выбор платного или бесплатного обслуживания, а также врача повышает чувствительность и требовательность женщин к качеству обслуживания. Проблемы доверия возникают на всех этапах обслуживания в репродуктивном секторе медицины, особенно остро — во время родов. Мы показывали прежде, как женщины на разных этапах репродуктивного цикла вырабатывают стратегии для выстраивания доверия, мобилизуя социальные сети, собирая специализированную информацию и используя экономические ресурсы [Здравомыслова, Тёмкина 2009]. Здесь я обращаюсь к вопросу о том, как женщины осуществляют организацию родов в платном сегменте медицины.

Итак, как же женщины осуществляют выбор того, «где, как и с кем рожать»? Как соотносятся позиции потребителя-покупателя сервиса, агента равноправного договора с врачом-провайдером и позиции па-

циентки, зависящей от врача и безоговорочно ему доверяющей, а если и не доверяющей, то не способной что-либо изменить?

3. Описание данных исследования

Критерием отбора информанток в данном исследовании 2015 г. была оплата услуг родовспоможения, оказанных в течение последних трёх лет. Большинство женщин, с которыми проведены интервью, оплатили услуги в роддомах Санкт-Петербурга, оформив официальный договор на индивидуальное ведение родов или ведение родов дежурной бригадой и послеродовую палату улучшенной комфортности. Меньшая часть оплачивала услуги, неформально договорившись с врачом или передав деньги в качестве благодарности. Среди информанток было несколько случаев, когда женщина собиралась оплатить услуги, но не осуществила этого намерения.

Исследование опирается на два основных блока данных.

Первый массив данных составляют интервью с 35 женщинами (в трёх интервью приняли участие также мужья женщин), родившими последнего ребёнка в 2013–2015 гг. в Санкт-Петербурге (с одним исключением); 26 случаев — это первые роды, 9 случаев — повторные и последующие. Информантки имеют высшее образование и преимущественно профессиональную занятость (научные сотрудники, творческие работники, предприниматели, врачи, юристы, экономисты, занятые в частном бизнесе, фрилансеры и проч.). Возраст 25–44 года; подавляющее большинство состоит в браке. Продолжительность интервью составила от 30 мин до трёх часов. Интервью были нацелены на то, чтобы понять, как принималось и реализовывалось решение об оплате родовспоможения, как собиралась информация и происходил выбор роддома и специалистов, какова была нагрузка расходов на бюджет семьи, какие другие расходы были осуществлены в связи с рождением ребёнка, как велись переговоры с медицинскими работниками, как и в каких условиях проходили роды, как женщина взаимодействовала с врачом-акушером, акушеркой, партнёром, как она оценивает результаты. Поиск информанток осуществлялся по социальным сетям участников проекта, поэтому среди информанток присутствует много научных и творческих работников. Однако автором были также проведены восемь интервью в роддоме с женщинами в послеродовом отделении «Семейные роды» или в отдельных палатах. Эти женщины также были в основном образованными и профессионально занятыми, но обладали несколько большими экономическими ресурсами.

Второй массив данных составляют 14 интервью с медицинскими работниками, которые принимают индивидуальные платные роды в различных роддомах Петербурга (восемь акушеров и шесть врачей-акушеров). Их возраст 30–61 год. Продолжительность интервью, проведённых автором в 2015–2016 гг., составила от получаса до полутора часов. Интервью было нацелено на то, чтобы понять особенности профессиональной работы в соответствии с индивидуальным договором предоставления медицинских услуг, изменения позиции врача и акушерки в случае вовлечённости в работу в платном сегменте, а также изменения позиции женщин и отношения к ним⁵. Дополнительным источником данных являются результаты наблюдения, которые фиксировались при проведении интервью в роддомах и при обсуждении результатов с ключевыми информантами.

Данные анализировались следующим образом: сначала в текстах всех интервью были выделены тематические блоки, содержащие категории «выбора», которые расшифровывались через субкатегории «оценка рисков» («беременность как патология», «нехватка комфорта и внимания», «риски для здоро-

⁵ Анализ позиций медицинских работников в платном сегменте — задача другой статьи; здесь я использую эти данные для того, чтобы уточнить некоторые позиции и взгляды пациенток.

вья»), «выбор врача» (каналы «сбора информации»), «оценка возможностей бюджета» («приоритеты» и «калькуляции»). Затем категория «доверие» анализировалась через субкатегории «недоверие к врачам», «недоверие к бесплатной медицине», «преодоление недоверия» («переговоры», «оплата услуг»), «доверие к врачу» («свой врач», «надёжный врач», профессионал, «психологический контакт», «опора на интуицию», «передача контроля»). Потом были наполнены соответствующим содержанием категории «выбора», осуществляемого потребителем медицинской услуги, и «доверия», оказываемого врачом пациенткой, получающей профессиональную медицинскую помощь.

Эти данные накладывают существенные ограничения на анализ и выводы, представленные в настоящей статье. За пределами исследования остаются следующие аспекты: процесс родоразрешения (физиологические и (или) естественные роды или кесарево сечение), локальность ведения родов (осуществление медицинской помощи в частном или хозрасчётном отделении роддома, в центре акушерского ухода при роддоме). Не анализируются особенности оплаты домашних родов. В фокусе внимания находятся пациентки и врачи-акушеры; особенности выстраивания доверия с акушерками не рассматриваются. На основании исследования не могут быть сделаны выводы о степени распространённости выявленных практик: я пытаюсь понять, как осуществляется выбор, как женщины его обосновывают и как данный выбор встраивается в существующую систему родовспоможения и ограничивается ею. Речь, однако, идёт только о действиях, совершаемых образованными городскими жительницами, которые в основном обладают достаточно большим объёмом культурного и экономического капитала, поэтому в отношении других социальных слоёв результаты могут быть применимы с большой осторожностью. Культурный капитал, в частности, увеличивает доступ к информации, оказывает влияние на то, что информантки обладают высокой степенью рефлексивности и достаточно высоким уровнем владения медицинскими знаниями и терминологией (профессиональным медицинским жаргоном). Экономический капитал позволяет им посещать курсы по подготовке к родам и платные медицинские центры, оплачивать разные медицинские и иные услуги в ходе беременности и родов.

4. Женщины как потребители и пациентки: анализ эмпирических данных

Какие решения по поводу организации родов, как и почему принимает женщина (родители), готовящаяся к рождению ребёнка?

Согласно данным интервью, женщины оценивают роды как ситуацию повышенного риска и в условиях дефицита доверия к бесплатной медицине выбирают платные услуги. Для того чтобы оплатить роды, женщины осуществляют калькуляции, выделяя сумму из семейного бюджета, которая представляется им хотя и высокой, но приемлемой. Они тщательно собирают информацию о роддомах и врачах, осуществляют многоступенчатый выбор. Это действия рефлексивного потребителя. Затем будущая мать вступает в переговоры с медицинским персоналом, обсуждая роды и заключая договор. На этой и последующих стадиях контактов с медиками беременная женщина действует как пациентка, которая с одной стороны, доверяет специалистам и делегирует им контроль за состоянием своего здоровья, а с другой — стремится к более партнёрским отношениям с профессионалами.

4.1. «Экономика доверия»: женщина как рефлексивный потребитель медицинских услуг

Оплата родов как механизм страхования от рисков

С точки зрения всех информанток, роды являются ситуацией повышенного риска в отношении здоровья беременной женщины и ребёнка. Они не рассматриваются как рядовая медицинская процедура или естественная ситуация, не предполагающая медицинскую интервенцию. Принятие решения об оплате родов — один из способов совладания с рисками.

Информантки, обосновывая свой выбор — *«Так как не хотелось никаких рисков, то я рожала платно»* (информантка № 4)⁶, — выделяют следующие риски: отсутствие комфорта и профессионализма в бесплатной медицине; уязвимость и непредсказуемость телесных ощущений, в том числе болевых; избыточное медицинское вмешательство; риски для здоровья ребёнка; неисполнение роли «правильной матери». О множественных рисках информантки узнают из социальных медиа, от знакомых и профессионалов. Ранее исследователи описывали оплату родов как стратегию обеспечения безопасности в контексте рисков, которые связаны с коллективной памятью о советском опыте и его наследием (плохие бытовые условия, невнимание и грубость персонала, устаревшее оборудование), с несовершенством современной системы здравоохранения, в том числе с перегруженностью медицинского персонала, «работающего на конвейере» [Бредникова 2009; Тёмкина 2016]. К рискам относятся разницей в диагностике и предписаниях, анонимность и авторитарность взаимодействия с акушерами и акушерками, недостаток надёжности профессионалов, которые, с точки зрения информанток, могут нанести вред здоровью матери или ребёнка. Женщины сомневаются в компетенции, качественном исполнении профессиональной роли и осуществлении профессиональной заботы без дополнительной оплаты [Бредникова 2009; Тёмкина 2016]. Это специфические риски российского контекста, то есть плохой организации репродуктивного здравоохранения, недружелюбной к женщине среды, а также ожидаемая недостаточность компетенции или заботы со стороны специалистов.

Информантки разделяют также те тревоги, которые характерны для деторождения в обществах поздней современности в целом. Беременность и роды считаются процессом, сопряжённым с рисками на всех стадиях, когда тело и эмоциональная сфера уязвимы и непредсказуемы. Многие информантки свидетельствовали:

Я своему здоровью не очень доверяю... Я понимала, что в любой момент что-то может пойти не так (информантка № 1).

Конкретные обстоятельства и течение родов рассматриваются как процесс, сопряжённый с высокой степенью неопределённости, когда запланированные действия могут не быть реализованы; в ситуации медицинских патологий риски увеличиваются ещё больше.

В интервью чётко вербализуются страхи перед болью и неизвестностью:

(Боялась) боли, неизвестности... Как, вообще, сами роды будут проходить, что делать (информантка № 2).

В целом будущие матери не исключают, а иногда и ожидают того, что могут возникнуть *«непредсказуемые, ужасные, экстренные ситуации»* (информантка № 9). Желание снизить риски, преодолеть собственные страхи и обеспечить безопасность становится причиной выбора платных услуг:

Вся эта эпопея с безумными бабками, затраченными на роды, была связана с одним страхом и с желанием одним — желанием безопасности... Всё остальное, все эти фишки про комфорт мне были нужны в 25-ю очередь (информантка № 13).

Оплата в коммерческом сегменте воспринимается как система добровольного страхования от рисков в ситуации повышенной опасности. Этот сегмент противопоставляется бесплатной медицине, которой можно пользоваться в менее рискованных обстоятельствах:

⁶ В скобках указывается номер, присвоенный информантке или медицинскому работнику; данные см. в приложении (таблицы П.1 и П.2).

В государственной (медицине) — когда всё хорошо и когда как бы так, в рабочем режиме. А беременность — дело серьёзное (информантка № 14).

Ещё одна группа рисков — это избыточное медицинское вмешательство при ориентации женщин на «естественные» роды (определение см.: [Бороздина 2014]). Через «естественные» роды в числе прочего происходит нормализация материнства в России: создаётся модель «правильной» матери, которая определённым образом заботится о ребёнке, интенсивно вкладывая в это свои труд и ресурсы [Hauss 1996; Годованная, Тёмкина 2017]. Некоторые информантки хотели бы получить гарантии минимальной медицинской интервенции при платных родах, и они опасаются, что при бесплатном ведении родов их мнение не будет учтено:

Естественные роды уменьшают шанс развития послеродовой депрессии у мамы, увеличивают, усиливают связь и отношения между ребёнком и матерью, вообще, благоприятно сказываются на развитии ребёнка (информантка № 32).

Медицинские интервенции — в частности, кесарево сечение, стимулирование и обезболивание — в этом случае рассматриваются как те обстоятельства, которые не дают возможность полноценно и «правильно» пережить роды и стать «правильной» матерью:

Вот я естественно родила, а вот ты — кесарево... А значит, матери, которые усыновили детей, они вообще недоматери (информантка № 28).

Особое внимание в рассказах уделяется рискам, связанным со здоровьем ребёнка. Одна из информанток объясняла:

Я глубоко убеждена, что здоровье ребёнка закладывается очень сильно в родах... Родовые травмы очень сильно потом аукаются... В родах важна не ты, в родах важен ребёнок. И нужно просто всё сделать так, чтобы ему было... Потому что ему сложнее, больнее, страшнее и хуже, чем тебе (информантка № 4).

Задача ответственной матери и профессиональных врачей — предупредить возможный ущерб для последующей жизни и здоровья ребёнка.

Для того чтобы застраховаться от рисков, женщины стремятся максимальным образом контролировать ситуацию:

Хочется, чтобы реально каждый шаг контролировать, чтобы быть уверенной в том, что ты сделал всё, что ты мог сделать. А не просто приехал на авось куда-то там где-то рожать (информантка № 35).

Итак, роды воспринимаются как ситуация множественных рисков, недостаточного комфорта и профессионализма, то есть рисков, связанных с определением любой беременности как болезни, со сверхмедикализацией и угрозами для правильного осуществления материнства, а также с опасностью для здоровья ребёнка. Этот контекст создаёт спрос на доверительные отношения с врачом и акушеркой. Женщины тщательно готовятся к родам, считая, что многое зависит от их информированности, настроения, овладения различными техниками, от собственной работы. Личная подготовка к родам под контролем профессионалов — один из способов управления рисками. Другой способ — привлечение партнёров к участию в родах, от которых ожидают существенная помощь и поддержка. Однако центральной фигурой, обеспечивающей страховку от рисков, считается врач-акушер (в нескольких случаях акушерка

или команда врач — акушерка), и женщины осуществляют специальную работу по поиску и выбору такого врача и установления с ним доверительных отношений.

Сбор информации и выбор врача

Для того чтобы получить сервис, отвечающий потребностям, женщины (родители) осуществляют тщательный выбор, скрупулёзно собирают информацию о репутации роддомов и врачей, взвешивают разные опции. Они стараются оценить степень надёжности информации, проверяя её через разные источники. Приведём пример из рассказа Ольги (псевдоним), где способ поиска выражен наиболее интенсивно:

Я, во-первых, спрашивала всех, кто рожал, и рожал платно в том числе. Я спрашивала про их роды, про их врачей. Потом всех этих врачей я выписывала и читала про них отзывы. Потом я <...> записывалась на приём к нескольким хорошим врачам <...> у них спрашивала советы, в какой роддом лучше идти или, может быть, к какому врачу обратиться? <...> Мне несколько врачей <...> сказали <...> к кому очень советуют идти. И я опять же стала читать разные отзывы, почитала отзывы и <...> сделала соответствующий вывод и пошла к ней (информантка № 9).

Среди основных способов сбора сведений, во-первых, использование «сарафанного радио», во-вторых, сбор информации у профессионалов, в-третьих, изучение онлайн-источников и онлайн-коммуникация с другими женщинами, в-четвёртых, ориентация на собственное опытное знание. Данные каналы пополнения запаса осведомлённости используют не только те женщины, которые оплачивают роды; напомним, что в рассматриваемом случае диапазон возможностей выбора существенно расширяется. Женщины ищут надёжного врача в хорошем роддоме, осознавая, что данные требования выполнимы только при условии оплаты.

«Сарафанное радио», на которое ссылаются и женщины и медицинские работники, передаёт информацию о личном конкретном опыте коммуникации со специалистами. Релевантным представляется мнение подруг, родственниц и близких знакомых:

Выбрала по совету двух подруг, потому что рожали именно здесь, и всё понравилось <...> И очень довольна, за вторым только к ней, только сюда (информантка № 26).

Женщины, которые родили, с их точки зрения, успешно и оценивают свой опыт положительно, рассказывают о нём своим подругам, врачам в женских консультациях, преподавателям и слушательницам курсов по подготовке к родам и проч. В таких сетях собирается и транслируется информация о том, как происходили роды в конкретном роддоме, с конкретными врачом и (или) акушеркой. «Сарафанное радио» создаёт репутацию врачей, преломляющуюся через субъективный опыт женщин.

Ещё один канал пополнения запаса осведомлённости, который считается наиболее надёжным, — это информация, получаемая от профессионалов в женских консультациях, различных медицинских организациях, социальных сетях, на курсах подготовки к родам:

Многие вопросы, которые возникали, я задавала врачу в консультации. И непосредственно врачу, с которым планировала рожать. Чтобы получить хорошее, чёткое мнение — получить у знающего человека (информантка № 2).

Если в личных сетях есть знакомые врачи, то с большой вероятностью их мнение будет учитываться, а их связи использоваться:

Я из медицинской семьи, мы знали, что есть очень хороший доктор, заведующий родильной <...> просто известно, что он хороший доктор (информантка № 1).

Иногда на основании таких связей выстраивается организация и оплата родов «по знакомству».

Третий путь сбора информации — обращение к социальным медиа, а именно к официальным сайтам роддомов (информация о ценах, услугах, специалистах, отзывы пациентов), онлайн-рейтингах и различным форумам родителей⁷. На форумах обсуждаются опыт родов с конкретными врачами и акушерками, стоимость и способы оплаты, уровень комфортности, различные проблемы и способы их решения. Будущие матери, осуществляя онлайн-«шопинг», сравнивают цены и условия:

Я сравнила несколько мест <...> с похожими условиями <...> с хорошими отзывами <...> И по деньгам там, на самом деле, получалось <...> более-менее одинаково (информантка № 6).

Женщины подробно изучают и учитывают опыт других женщин, их оценки и советы, но не считают информацию на форумах надёжной:

Интернет, конечно, хорошо. Но кто там что пишет, не ясно. Этому доверять до конца нельзя (информантка № 2).

Ещё один способ получения знаний, необходимых для принятия осведомлённого решения, — опора на собственное «опытное» знание. В случае удовлетворённости предыдущими родами при рождении следующего ребёнка женщины возвращаются к уже известному им специалисту. Неудовлетворённость медицинской помощью в предшествующих родах становится важной мотивацией поиска новых, более оптимальных возможностей.

Итак, приняв решение о том, что роды будут платными, женщины предпринимают усилия для того, чтобы увеличить объём своей осведомлённости и расширить запас знаний, делая выбор на основе всесторонней оценки репутации роддома⁸ и врача (в некоторых случаях акушерки), а также опыта — как собственного, так и других женщин, находившихся в сходной ситуации.

Оценка семейных возможностей оплаты

Для того чтобы оплатить роды, женщины (родители) осуществляют калькуляции, выделяя определённую сумму из семейного бюджета (в 26 случаях — бюджет супругов, ожидающих первого ребёнка). В интервью они подробно рассказывали о том, с какими тратами сопряжено рождение ребёнка. Оценка стоимости пребывания в роддоме⁹ колеблется у информанток от 25 тыс. до 160 тыс. руб. (как для первородящих, так и для повторно рождающих), средняя цена — около 90 тыс. В некоторых случаях

⁷ Чаще всего упоминались Littleone.ru — сайт питерских родителей (<http://www.littleone.ru/>); Клуб современных мам и тех, кто планирует ими стать (<https://www.babyblog.ru/>) и <http://www.mama.ru> — родительский форум на медпортале.

⁸ При выборе роддома принимаются во внимание его территориальное расположение и доступность, уровень цен, комфортность и оснащённость, возможность мужа присутствовать на родах, в некоторых случаях — возможность «естественных» родов или обслуживания с определёнными патологиями и проч. (в данной статье это подробно не рассматривается).

⁹ Стоимость может включать оплату пребывания в родовом, родильном и послеродовом отделениях или в одном из них, а также некоторые дополнительные услуги.

значительные суммы были потрачены на медицинское обслуживание во время беременности, оплату курсов по подготовке к родам и сопутствующие им практики. Требуется расходы на поддержание здорового стиля жизни во время беременности — обеспечение правильного питания, посещение бассейна и проч. Ежемесячный доход супругов в данном исследовании до ухода женщины в декретный отпуск варьирует от 40 тыс. до 250 тыс. руб. (в двух случаях — более 400 тыс.) с тяготением доходов у одной группы к 50–60 тыс., а у другой — к 100–120 тыс. руб. (2015 г.).

Большинство информанток считают расходы на роды достаточно существенной частью семейного бюджета. На вопрос о том, как они оценивают эту финансовую нагрузку, многие отвечали:

Сумма, конечно, большая для семейного бюджета (информантка № 1).

Информантки сравнивают цены, выбирают подходящие для себя, корректируя предмет оплаты:

Честно, на «Скандинавию» (Отделение в частной клинике. — А. Т.) я была не готова, потому что там 180 тысяч. Это очень много. Это реально гигантская сумма для нас (информантка № 35);

Восемьдесят тысяч — это действительно большие деньги <...>. Я так думала, доктору — не жалко. Но 50 просто за палату! <...> Мы решили: нет, это нам не подходит (информантка № 5).

Примерный эквивалент потраченной суммы — месячный доход супругов до ухода женщины в декретный отпуск. Во многих семьях формируются своего рода целевые деньги, которые символически выведены за пределы текущего бюджета и тратятся на оплату родов. Этими целевыми деньгами выступают для большинства информанток одномоментные декретные выплаты за четыре месяца больничного листа:

Все декретные — всё ухнула в ребёночка, в роды (информантка № 26).

Такие декретные деньги составляют необходимую сумму в том случае, если у женщины есть стабильная работа и зарплата, которая покрывает данные расходы. Приведём пример. Бюджет супружеской пары Аллы (информантка № 2) составляет около 85 тыс. руб. в месяц, стоимость родов — 80 тыс. Зарплата информантки 35–40 тыс., она получила декретные выплаты по больничному листу в размере около 170 тыс., из которых были оплачены роды и другое медицинское обслуживание.

Деньги на роды и сопутствующие траты заранее подсчитываются, семья, планируя роды, создаёт некий целевой фонд для целевых трат:

Мы действительно к этому готовились, поэтому была возможность в течение какого-то времени копить. Но, конечно, туда ухнули все деньги накопленные (информантка № 6).

В некоторых случаях в такой фонд вносят вклад родители или другие родственники, хотя в большей степени будущие родители рассчитывают на себя и по инициативе жены совместно принимают соответствующее решение. Семейная пара рассказывает о тщательной калькуляции расходов при планировании рождения второго ребёнка (информантка № 11):

Муж. Наверное, тонкий вопрос в том, что если бы не было денег, то, наверное, мы бы не пошли на этот шаг. На беременность.

Жена. Да, наверное, мы бы и беременностью не занимались, потому что тоже это очень было всё дорого.

Муж. Сначала, да, мы всё это хорошо обсудили, посчитали и прикинули, как это нам будет, сможем ли мы потянуть. А потом уже решили... А если бы не было средств, то не было бы и разговоров об этом.

Несмотря на большую нагрузку на бюджет, траты на роды в рассматриваемых семьях приоритетны:

У нас совершенно не было задачи, как сэкономить на этом. Мы решили, что мы на всём экономим, а вот на этом не будем (информантка № 1);

Это просто не то, на чём можно экономить <...> Это не те вещи, которыми хочется рисковать (информантка № 23).

Нагрузка на семейный бюджет усугубляется другими необходимыми тратами, связанными с рождением ребенка, а также с той фазой жизненного цикла семьи, когда осуществляются покупка или съём квартиры, ремонт, покупка машины и проч. Женщины считают, что «беременность и роды — это сейчас очень дорогие проекты» (информантка № 12), «недешево в нашей стране рожать» (информантка № 17). В этот период необходимы многочисленные покупки детских вещей, цены на которые информантки считают высокими. Почти все женщины (за исключением семей с месячным доходом, превышающим 200 тыс.) выстраивают определённый режим экономии, ограничивая расходы на покупки для детей, пользуясь теми вещами, которые передают им подруги, или покупая использованные коляски, кровати, кресло для автомобиля, одежду и проч. Они также принимают деньги в подарок на рождение ребёнка или составляют списки подарков, то есть необходимых вещей. Этот своеобразный режим потребительской экономии не исключает некоторых дорогостоящих покупок:

Всё, что касается детей, это такой жуткий маркетинг, при этом ты покупаешь всё равно это и прёшь, и покупаешь всё (информантка № 12).

Информантки также оплачивают, частично или полностью, медицинское обслуживание ребёнка после родов. Они выбирают между страховым и индивидуальным частным обслуживанием, комбинируют его с бесплатным и в интервью приводят аргументы по поводу того, какое вложение более разумно.

Женщины, которые приняли решение об оплате родов, за небольшим исключением, описывают своё решение как правильное, оправданное, а возможно, и неизбежное вложение в ребёнка, его здоровье и здоровье матери:

Ты платишь деньги и за то, и за другое, и за третье, и, в общем, это, конечно, огромные получают деньги. Ты понимаешь, что ты получаешь за это ребёнка и, в общем, фиг с ними, с деньгами. Ты сколько в это уже и финансово вложилась, что тебе очень важно, чтобы всё получилось хорошо (информантка № 34);

Это то вложение, о котором я не пожалела ни одной минуты. Я считаю, что это было абсолютно правильно <...> Если б я ещё раз рожала, я б абсолютно ни секунды не задумывалась, снова заплатила (информантка № 1).

Семьи достаточно тщательно калькулируют и планируют расходы, связанные с рождением ребёнка, выстраивая семейную экономику деторождения, в которой целевые деньги выделяются на оплату родов. Если сумма тяготеет к месячному бюджету семьи, то она воспринимается как ощутимая, однако

инвестиции в роды — это инвестиции в здоровье и благополучие будущего ребёнка и женщины, страхующие от рисков бесплатной медицины и создающие условия для доверия.

Доверие как фактор, мотивирующий оплату услуг родовспоможения

В интервью информантки использовали категорию доверия по отношению к медицинским институтам и врачам в их профессиональной роли.

Некоторые женщины (таких было меньшинство) рассказывали о том, что доверяют только платной медицине, пользуются только платными медицинскими услугами и не обращаются к сервисам обязательного медицинского страхования (ОМС):

Я, вообще, против, честно говоря, бесплатной медицины, потому что мы знаем, что это такое! (информантка № 3).

Такая установка характерна для информанток с наиболее высокими доходами, а также для тех, чьи доходы являются в нашем массиве средними. При выборе места родовспоможения и сервиса они ориентируются на наиболее дорогой его сегмент (частный роддом и (или) отделение в частной клинике, отделения «Семейные роды» в государственных роддомах, отдельная палата, индивидуальная оплата работы акушера и акушерки, анестезиолога, неонатолога и проч.). Они достаточно придирчиво относятся к уровню комфорта в палате и роддоме в целом. Такие информантки сходились во мнении о том, что *«если человек идёт на индивидуальное лечение платно <...> отношение совершенно разное, все это прекрасно понимают»* (информантка № 11).

Другие женщины, комбинируя платные и бесплатные услуги во время наблюдения беременности (и при последующем лечении ребёнка), роды оплачивают целиком, поскольку не доверяют абстрактным профессионалам в ситуации повышенных рисков. Эти информантки не проводят жёсткой границы между платной и бесплатной медициной, напротив, они подчёркивают, что бесплатная медицина при определённых условиях является приемлемой, а её существование в целом — необходимым. Однако они выражают недоверие к врачам:

Доверия нет в том смысле, что нет доверия именно к людям <...> которые этим занимаются (информантка № 15).

Наши данные показывают, что информантки обсуждают отношения с врачами (как потенциальные, так и практические) на языке доверия:

Я бы, конечно, могла бы родить бесплатно, если бы у меня был гарантированно хороший врач, которому я стопроцентно доверяла (информантка № 9).

Одна из ключевых категорий, которая характеризует потребности женщин, — это доверие, связанное с предсказуемостью и контролем над ситуацией (см. также: [Здравомыслова, Тёмкина 2009]). Как заметила одна из информанток, *«важно, чтобы родами занимались специалисты, которым есть доверие»* (информантка № 16). Термин «доверие» женщины часто используют для того, чтобы при наличии определённых условий, признать авторитет конкретного специалиста, иметь готовность делегировать ему ответственность и подчиниться ему в его профессиональной роли, воспроизводя некоторые черты социальной роли пациента, описанные Парсоном [Parsons 1951]. Доверие к специалисту создаётся местом и репутацией; факт оплаты подтверждает доверие и репутацию (символический капитал).

Для того чтобы выстроить доверие, манифестируя его через оплату, необходимо проделать работу — поиск врача и тестирование гарантий профессионализма. Именно для этого тщательно собирается информация. При бесплатных родах врач — «это лотерея. А здесь ты уже знаешь, с кем ты будешь рожать <...> Гарантия того, что всё время со мной будет врач определённый. То есть я уже с ним знакома, он придет в любое время» (информантка № 2).

Важное условие установления доверия — преодоление анонимности случайного врача и установление психологического контакта. Женщины рассказывают о своих потребностях:

(Важно) психологический контакт, комфорт (информантка № 23);

Я думаю, что всё-таки важно, чтобы возникла какая-то взаимная симпатия (с врачом) (информантка № 7);

(Важно), чтобы хороший контакт был с врачом, акушером, который будет принимать, непосредственно роды <...> от них очень много зависит (информантка № 28).

Персонализация взаимодействий, с одной стороны, и наличие официального договора — с другой, определяют отношения с профессионалом и с институцией:

Ты знаешь врача, с которым ты будешь, что ты его выбрал; ты знаешь, к кому ты пойдёшь <...> Больше уверенности, стабильность (информантка № 14).

Официальный договор — это также гарантия того, что женщину примет конкретный роддом.

Заметим, что в ряде случаев выбор платных услуг и принятие на себя роли покупателя сервиса оказались вынужденными или относительно случайными, не связанными непосредственно со стратегией максимизации доверия и признания авторитета. У некоторых женщин не было другой альтернативы, поскольку определённые обстоятельства не позволяли им получить бесплатную помощь. В такой ситуации оказываются иностранные граждане и беременные со сложными множественными патологиями. У некоторых женщин не было чётких предпочтений и выработанной стратегии, они рассказывали о колебаниях выбора между бесплатной и платной помощью, между ориентацией на тщательную организацию родов и их оплату или спонтанностью, когда в больницу доставляет «Скорая помощь», а роды принимает дежурная бригада. Такие установки предполагают базовое доверие к врачам:

Если уж они в роддоме работают, наверное, они все умеют роды принимать (информантка № 3).

Считается, что заранее договариваться с врачами не так важно, бесплатная медицина, хотя и с некоторыми оговорками, признается релевантной.

Среди наших информанток есть и такие, которые в целом выражают сомнение в медицине и профессиональной роли врача независимо от факта оплаты. Протекание родов, считают они, настолько непредсказуемо, что этот процесс невозможно взять под контроль ни при каких условиях. Такие аргументы выдвигаются как обоснование отказа от предварительного планирования и тщательного расчёта:

Я решила, что я буду относиться фаталистически к этому, потому что это единственный способ, потому что рассчитать тут невозможно (информантка № 5).

Решение зачастую принимается в последний момент, оплата часто следует за родами как благодарность — за благополучным исходом, а не предшествует им. В данном случае признаётся базовое доверие к профессиональной роли акушеров, а если такого доверия нет, то женщины видят весьма ограниченные возможности воздействовать на ситуацию.

Итак, важной причиной выбора платных услуг является оценка процесса родов как события повышенного риска в ситуации дефицита доверия к бесплатной медицине и врачам в их абстрактной роли. Когда женщина оплачивает роды, она хочет создать для себя привилегированные условия, преодолевающие данный дефицит, подтверждая, что готова вступить в доверительные отношения с медицинским персоналом, переходя в новую «пациентскую ипостась».

4.2. «Экономика доверия» в роддоме: женщина как пациентка vs потребитель

Теперь рассмотрим, как выстраивается «экономика доверия» и воплощаются намерения женщин в непосредственном взаимодействии со специалистами.

Будущая мать, вступая в переговоры с медицинским персоналом, обсуждая предстоящие роды, заключая официальный договор и оплачивая услугу, находится в ситуации баланса двойственных позиций. С одной стороны, это позиция рационального рефлексивного потребителя: женщины изучают и сопоставляют цены и качество услуг, делают вложение в своё здоровье и здоровье ребёнка, стремятся получить определённый сервис. С другой стороны, это позиция пациентки, которая персонифицирует отношения с врачом, устанавливает доверительные отношения, признаёт его авторитет и делегирует ему принятие решений. Данная двойственность неготируется — в процессе взаимодействия идут «переговоры» по поводу границы между услугой (позиция провайдер — покупатель) и помощью (позиция врач — пациент).

Выстраивание доверия: персонификация врача и делегирование контроля

Индивидуальное платное ведение родов предполагает, что врач и акушерка, с которыми заключён официальный договор, берут на себя обязательства приехать на роды в тот момент, когда они начнутся, и оставаться с женщиной до тех пор, пока они не закончатся. Врач на индивидуальных родах присутствует от начала до их завершения, не передавая роженицу другой смене. Для контраста отметим, что в стандартной ситуации родов по ОМС женщина поступает в роддом, и роды принимает дежурная бригада, состоящая из врача-акушера, акушерки и других специалистов в случае необходимости. Если роды не завершатся в их смену, роженица чаще всего будет передана другой дежурной бригаде.

Будущие матери хотят не только найти «правильного» врача, который будет вести роды, но и установить с ним личные отношения, познакомиться, проконсультироваться по интересующим вопросам, получить личный номер мобильного телефона и договориться о последующих действиях. В большинстве случаев не требуется посредник для того, чтобы обратиться к выбранному врачу в коммерческом сегменте; для этого достаточно получить контакты и время приёма в платной поликлинике при родильном доме. Установление личного контакта — одно из условий персонификации отношений, превращения родов из «лотереи» в более предсказуемый и контролируемый процесс взаимодействия.

Потребность установить контакт с врачом до начала родов реализуется в условиях, которые структурно не предполагают предварительного знакомства. Врач и акушерка, как правило, не ведут беременность (за исключением Центра акушерского ухода) и в момент родов оказываются для будущей матери «незнакомцами», как и любые другие врачи при разовом обращении. Многие женщины сомневаются в том, что эти «случайные» анонимизированные люди будут достаточно профессионально компетентны

и внимательны к их потребностям. Женщины, оплачивающие роды, хотят быть уверены в том, что конкретный врач будет выполнять свою профессиональную роль надлежащим образом и у него будут все условия для ее выполнения (то есть он не будет вести сразу несколько родов «на конвейере»¹⁰). Комментируя данный аспект, одна из акушерок отметила: женщины платят деньги за то, чтобы врач просто выполнял свои обязанности, но именно так, как положено. Женщины также надеются на гуманизацию отношений в случае их персонификации.

При личной встрече женщины стремятся оценить профессионализм врача, обращая внимание на его репутацию, опыт, квалификацию, иногда на должностной статус, на то, как он выстраивает общение, изучает проблему и документы, даёт советы, отвечает на поставленные вопросы. Однако при сохранении асимметрии знания женщинам во многом приходится полагаться на не вполне осознанный и отрефлексированный выбор на основе «аккумулированного жизненного опыта» на фоне нехватки осведомлённости аналогично тому, что описывает П. Штомпка: «Иногда основой доверия является интуиция, таинственная способность, позволяющая нам почувствовать, кто достоин, а кто недостоин доверия» [Штомпка 2016: 241, 242].

Интервьюер. А на основании чего ты принимаешь это решение?

Информантка (смеётся). Не знаю. Ну... какой-то интуиции. Но я всё равно понимаю, что я не медик. У меня нет медицинского образования, все эти нюансы я в любом случае не просчитаю и не пойму <...> Доверяю опыту. Ну, может быть, мнению близких тоже (информантка № 28).

Чаще всего информантки принимали решение о заключении договора услуг уже при первой встрече и рассказывали о том, что врач им «сразу подошёл». Они признают авторитет данного специалиста и готовы делегировать ему управление ситуацией. Информантка Ольга, которая осуществляла очень тщательный разносторонний предварительный поиск, рассказывает про первую встречу:

Когда я пришла к своему (будущему) врачу, она мне сказала: «Слушай, ты будешь слушать меня внимательно, и всё у тебя будет хорошо» (информантка № 9).

Для успешного прохождения родов, как говорили многие информантки, в дальнейшем нужно следовать инструкциям врача:

Надо слушать то, что говорит врач <...> Врач плохого не посоветует <...> Слушать и делать (информантка № 2);

Главное, как я понимаю, слушаться врача, доверять (информантка № 14);

Я делегировала... Я доверилась ей, я действительно доверилась (информантка № 6);

Когда я уже пришла к своему врачу, то я его безоговорочно слушалась (информантка № 13);

Раз уж ты доверилась нам, значит, вот, доверяй (информантка № 31).

Говоря о доверии в данном случае, женщины указывают на признание авторитета врача и делегирование ему полномочий. Этот момент сопряжён с тем, что информантки назвали «отключение мозга»:

¹⁰ Такие ожидания, как рассказывают информантки, не всегда оправдываются; врач может работать на суточном дежурстве в дежурной бригаде и параллельно вести индивидуальные роды. Врач не всегда внимателен и вступает в диалог, даже если услуги родовспоможения оплачены.

В какой-то момент на родах мой мозг отключился, я перестала всё помнить (информантка № 2).

Женщины в основном утрачивают контроль над происходящим:

Когда у тебя мозг полностью сосредоточен на ребёнке, тебя, в принципе, остальное уже не интересует, ты не можешь сосредоточиться <...> Ты не воспринимаешь информацию. Тебе говорят одно, ты слышишь абсолютно другое (информантка № 3).

Делегирование — это способ совладания с аффектами и уязвимостью тела через передачу контроля профессионалу, к которому есть доверие.

Оплата направлена в том числе и на гуманизацию отношений, на то, чтобы получить к себе внимательное и уважительное отношение, однако женщины признают, что интенсивное эмоциональное воздействие и практики послушания могут приносить пользу:

Был момент, когда совсем было плохо, она (акушерка) на меня так наехала. Накричала, чтобы я взяла себя в руки, потому что я совсем расклеилась <...> в этот момент сам ведёшь себя неадекватно. И она меня так встряхнула <...> Я считаю, что она как бы правильно сделала (информантка № 1).

Информантка, которая рожала второй раз у одного специалиста, говорила:

Она (врач) ещё и наорать может <...> Просто доверилась врачу, и всё (информантка № 11).

В основном женщины не сомневаются в том, что такого рода действия медицинского персонала осуществляются во имя их блага и блага ребёнка.

В момент непосредственных медицинских взаимодействий факт оплаты выносится за скобки (*bracketing*, по Гофману):

У меня не было ощущения, что ко мне относятся как к клиенту с большими деньгами (информантка № 1).

Многие информантки подчёркивают, что наблюдали одинаковое отношение во время родов в роддоме и к платным, и к бесплатным пациенткам. Хотя с этим мнением согласны не все. Оплачивая сервис, некоторые женщины чувствуют себя привилегированными, но связывают это не столько с субстантивной медицинской помощью, сколько с уделяемым им вниманием со стороны медицинских работников и осуществляемой эмоциональной работой. Иногда они говорят о том, что хорошее отношение — предмет покупки:

Они как-то там понимающе смотрят, улыбаются, ну, видимо, понимают, что человек заплатил деньги и вот надо его хотя бы выслушать, с его там глупостями (информантка № 29);

Оплата <...> хорошее отношение даёт, уважение, ты покупаешь уважение к себе во время родов (информантка № 34).

Иными словами, вынесение денежных отношений «за скобки» не является чётко определённым.

Доверие к врачу как признание авторитета и следование его инструкциям не означает, что женщины действуют как пассивные реципиенты помощи. Напротив, они стремятся участвовать в диалоге, обсуждать с врачом представления о желаемых родах, на всех этапах они хотят знать, что с ними происходит, какие действия и для чего осуществляются. Пациентки всё более представляют роды как «переговорный» процесс, при котором их мнение учитывается:

Я ожидала от медперсонала помощи и поддержки, если она нужна, не вмешиваться без необходимости, обсуждать и объяснять все свои действия, соответственно, спрашивать разрешение на произведение каких-то манипуляций (информантка № 32).

При сохранении асимметрии медицинского знания и признания авторитета врача создаются также условия для уменьшения его авторитарности и усиления партисипаторности и осведомлённости пациенток.

У меня не было такого <...> что со мной что-то делают против моей воли. <...> Всё было так чётко, понятно, почему это нужно. И отношение врача этому способствует. То есть когда врач тебе всё объясняет <...> На платном отделении такая политика. Не то что пациент должен выпрашивать, зачем это нужно и почему. Тебе сперва объясняют <...> То есть какой-то нормальный, внятный диалог (информантка № 35).

Значение переговоров между пациентками и врачами признают и медицинские работники, которые отмечают, что стараются обсуждать и учитывать по возможности потребности любых пациенток (и платных, и бесплатных), однако институциональные условия позволяют в полной мере делать это только при платных родах, да и то не всегда. Ситуацию диалога подчёркивали и те женщины, которые рожали в Центре акушерского ухода (см.: [Бороздина 2014]). Выбор, интенции и спрос потребителя изменяют условия родов и способствуют их гуманизации. Врачи демонстрируют навыки отношения к будущей матери как к личности, а не как к объекту профессиональных манипуляций. По словам одного акушера, чтобы достигнуть доверия, нужно уметь разговаривать с женщинами так, «чтобы пациент не чувствовал себя... как это сказать (подбирает слово)... вещью, которую просто тупо передвигают» (врач № 2).

Оплата ведения родов: рыночная услуга vs профессиональная помощь

Ещё один важный вопрос, который необходимо прояснить: как соотносятся непосредственная оплата родов и взаимодействие с врачом по поводу оказания профессиональной помощи?

В интервью мы зафиксировали широкий спектр способов оплаты медицинских услуг: преобладала официальная оплата «в кассу», предполагающая заключение договора с роддомом и (или) с конкретными специалистами. Были представлены случаи дарения — подарки разной стоимости, оплата в качестве благодарности, неформальные договорённости, оплата по полису добровольного медицинского страхования (ДМС). Сосредоточимся преимущественно на тех услугах, которые были оплачены по официальному договору. В 2010-х гг. в роддомах города институционализированы хозрасчётные отделения, которые функционируют на постоянной основе¹¹. Распространённости официальных контрактов способствовали специальные меры по борьбе с неформальными платежами¹². Неформальные тарифные (предварительно оговорённые) платежи (зафиксировано также в исследовании: [Чирикова,

¹¹ В качестве примера приведу данные по одному из родильных домов в Санкт-Петербурге. В сентябре 2015 г. из 304 принятых родов 190 составляли «бюджетные» (бесплатные для пациентки), 114 — «хозрасчётные» (платные услуги), в октябре 2015 г. из 342 родов 212 — «бюджетные», 130 — «хозрасчётные» (дневник наблюдения, 2 ноября 2015 г.).

¹² В частности, врачам без официального индивидуального договора запрещено принимать роды не в свою смену и находиться на территории роддома.

Шишкин 2014]) используются преимущественно тогда, когда есть «надёжные» договорённости со знакомыми или через посредников.

Большинство информанток оформляли официальный договор на индивидуальное ведение родов акушером и улучшенную палату, они, как и многие медработники, признали, что официальная система оплаты устраивает их в большей степени. Как преимущества отмечаются прозрачность, легальность и гарантированность данной формы оплаты:

(Платили) абсолютно официально. И нас это очень радовало, что это всё официально; что не надо там какие-то взятки давать. Мы были счастливы, что это всё можно сделать через кассу (информантка № 1).

Врачи также говорили в интервью, что в основном (хотя и с некоторыми исключениями) предпочитают работать с официальной оплатой, которая при наличии репутации и потока платных пациентов означает регулярное повышение дохода.

При заключении официального договора и оплате за роды деньги обезличиваются. Согласно разъяснениям врачей и акушерок, при стоимости, например, ведения родов в 90 тыс. руб., врач-акушер получает дополнительные начисления к заработной плате с каждого индивидуального родов (примерно 7–10 тыс. руб.), он не может влиять на цену услуг родовспоможения или размер начислений. Врач выступает не столько как «продавец» собственных услуг, сколько как посредник между продавцом (роддомом) и покупателем (будущей матерью). Его основная роль иная — профессиональная, хотя он заинтересован в платных пациентах.

Стоимость родов не является предметом переговоров между пациентом и врачом. Однако типичным исключением является ситуация, когда врач предлагает дополнительно оплатить работу акушерки (которой официально будет начислено около 5 тыс. руб.). Врачи объясняют пациентам необходимость доплаты соображениями эффективной командной работы с конкретной акушеркой; в интервью они также объясняли, что акушеркам платят недостаточно, и это несправедливо. Но для пациентов это дополнительные расходы. Те женщины, которые доверяют врачу, скорее, склонны согласиться, но некоторые пациентки воспринимают предложение оплаты работы акушерки как «раскручивание их на дополнительные деньги» (врач № 1). При этом иногда врачи отговаривают женщин от ненужных, с их точки зрения, трат, например, от оплаты обезболивания.

Врачу приходится балансировать между ролями «профессионала», оказывающего медицинскую помощь, и «продавца-менеджера», принимающего во внимание пожелания потребителя услуги. Двойственная семантика рекламы платных услуг соответствует дуальности (а иногда и конфликту) ролевого поведения. На сайтах роддомов — в разделах, посвящённых платному родовспоможению, используются термины «ведение родов», «медицинская помощь», «профессиональная помощь», но также «медицинские услуги» и «медицинский сервис».

Врачи и акушерки, которые работают с 1990-х гг., рассказывают о том, что первоначально платные услуги воспринимались настороженно:

С опаской... Доктора побаивались, потому что понимали, что зона ответственности другая <...> Ты уже как бы один на один <...> (врач № 1).

В конце 1990-х гг. началось переоборудование палат, изменялись условия пребывания рожениц в роддоме. Изменялось и отношение медицинских работников к платным услугам:

Потихонечку втянулись... Для докторов это тоже, конечно, возможность заработать (врач № 1).

В настоящее время женщин всё больше интересуют не условия и присутствие мужа на родах, а индивидуальное ведение родов конкретным врачом. При этом акушеры и акушерки критически относятся к новым тенденциям, когда некоторые врачи начинают походить на предпринимателей:

Есть пациенты, и их много, которые принимают уже, как будто бы <...> мы обслуживающий персонал (врач № 1).

Требования пациенток растут, и медики сожалеют о том, что пропало «благоговение» перед доктором, то есть безусловное доверие к врачу и признание его авторитета. Специалисты продолжают считать профессиональную помощь и свою работу не связанной непосредственно с её дополнительной оплатой, они подчёркивают, что одинаково относятся и к платным, и к бесплатным пациенткам.

Такая же двойственность ролей характерна и для женщин. В роли покупателя будущая мать интересуется, например, скидками, специальными предложениями или дополнительными услугами, которые предлагает роддом как коммерческое предприятие. Она определяет то, что она хочет получить, и действует в соответствии со своими запросами. Рыночная риторика присутствует в описании не только выбора условий пребывания, но и выбора специалистов. Женщины могут, например, говорить о «заказе» разных специалистов и о сделке с ними:

Оплатить без проблем роды с профессором, вот этих заказать специалистов (информантка № 16);

Увереннее себя чувствовать, что ты получишь то, что заказывал <...> Ты знаешь, что ты платишь деньги, и ты знаешь, что ты получишь (информантка № 14).

В иной роли будущая мать выступает как пациентка, получающая профессиональную помощь, доверяющая доктору и следующая его предписаниям. Оплата медицинской помощи выступает способом конституирования доверия в профессиональных отношениях врача и пациента. Медицинские работники при оплате становятся «своими»; сходным образом в предшествующие десятилетия происходила персонификация и преодолевалась анонимность отношений через систему блага¹³. «Благоговение» и эмоциональные обмены не исчезают из общения, воплощаясь, в частности, в благодарности и подарках разного рода. Но доверие и признание авторитета не являются безусловными.

Рыночные отношения и рост медицинской осведомлённости пациентов уменьшают дисбаланс власти. Однако относительное выравнивание во взаимодействиях осуществляется не буквально через торговую сделку («За деньги-то — любой каприз», — иронично говорили информантки, например, информантка № 14), а через переговоры и персонификацию медицинских взаимодействий. Рассматриваемые взаимодействия подчиняются двойственной логике. Они одновременно и являются, и не являются рыночными. Многие информантки — в роли пациенток — испытывают благодарность и в том случае, когда они официально оплачивают медицинскую помощь. Женщины подчёркивают теплоту, дружелюбие, внимательность врачей, акушеров и медсестёр, профессионализм которых зачастую превышает ожидания. Они вознаграждают полученную заботу подарками:

¹³ Получая подарки и неформальные вознаграждения, врачи брали на себя личные обязательства, что обеспечивало женщинам дополнительное внимание [Rivkin-Fish 2005:154–155].

Там классный детский врач. Было какое-то ощущение суперпрофессионализма. И приятно было кому-то подарить цветы (информантка № 35);

Эти люди для меня были такие... Как волшебники! Мне было приятно им что-то <...> сделать приятное (информантка № 9).

В этом случае «эмоции <...> становятся частью рыночного обмена» [Симонова, Ядрова 2013: 112]. Благодарность, кроме формы подарков (как символических, так и дорогостоящих), принимает и денежное выражение. В такой ситуации врач не устанавливает цену на услуги и не влияет на неё (кроме случаев неформальной договорённости, но это предмет отдельного исследования), а благодарность подтверждает признание его профессионализма [Rivkin-Fish 2005; Чирикова, Шишкин 2014].

Таким образом, выбор покупателя-потребителя становится условием и подтверждением готовности довериться медицинским работникам, признать их авторитет и установить с ними диалоговые персонализированные отношения, что является способом конституирования межличностного доверия.

Заключение

Итак, я ставила задачу рассмотреть, как возможность выбора платных родов меняет позиции будущих матерей в медицинских взаимодействиях. Исследование показало, что их позиции двойственны: женщины выступают в роли и потребителя, и пациента. Первая роль осуществляется на этапе подготовки и «входа» в роддом, когда устанавливаются условия для создания последующего доверия во взаимодействиях в самом роддоме. Язык доверия используется для того, чтобы обозначить признание авторитета конкретных институций и врачей, которым женщины готовы делегировать ответственность и подчиниться в их профессиональной роли.

Данное исследование подтверждает, что городские женщины среднего класса становятся рефлексивными и требовательными пациентками. Для многих организация родов — это жизненный проект семьи и будущего материнства. Растут требования, предъявляемые к ответственному материнству и обеспечению репродуктивного здоровья. Женщины всё более действуют как потребители сервиса, однако это не приводит к тому, что отношения будущих матерей с системой родовспоможения полностью превращаются в «шопинг».

Согласно результатам эмпирического анализа, будущие матери интерпретируют роды как событие повышенного риска, которое требует гарантий безопасности. Наряду с общими рисками беременности и родов информантки выделяют риски, которые связаны с советским наследием в организации здравоохранения, плохими условиями, авторитарностью и некомпетентностью врачей, пренебрежением потребностями пациентов, а также с нарушением нормативных предписаний «ответственной матери». Женщины выбирают платный сервис, стремясь создать доверие в медицинских взаимодействиях, указанных в сегменте платных услуг. Некоторые информантки не обращаются к бесплатной медицине (и это не только представительницы высокообеспеченных слоёв), другие комбинируют платное и бесплатное ведение беременности и родов. Чтобы произвести оплату услуги, женщины (родители) осуществляют калькуляции, определяя свои приоритеты и потребности. Они выделяют из семейного бюджета целевую сумму, соотнося её с доходами и другими тратами при появлении ребёнка. В том случае, если сумма тяготеет к месячному бюджету супругов, она представляется высокой, но оправданной.

Для того чтобы получить надёжный сервис, женщины тщательно собирают информацию о репутации роддомов и врачей, сравнивают цены и пакеты услуг, выбирают роддом, врача и (или) акушерку, родзал и палату в послеродовом отделении. И в этом случае они выступают как рациональные агенты,

рефлексивные индивиды, осуществляющие тактики наподобие маркетинга. Женщины несут индивидуальную (семейную) ответственность за производимый выбор и калькуляции.

После того как выбор сделан, будущая мать вступает в переговоры с врачом и (или) акушеркой, анализируя отношения, обсуждает роды и заключает договор. Об уровне профессионализма в условиях асимметрии знаний специалистов судят не только на основе проверенной информации, но и на основе не вполне рационализируемых мотивов и под воздействием аффектов. Цель женщин — выбрать и оплатить услуги того врача, которому можно доверять как профессионалу и личности. Признав врача «заслуживающим доверия», то есть сочтя его авторитетным, будущие матери делегируют врачу контроль и подчиняются его инструкциям. Активные действия и контроль взаимодействий со стороны женщины становятся затруднёнными из-за асимметрии знаний, вовлечённости аффектов, уязвимости тела, непредсказуемости процесса. Рефлексивный выбор потребителя во многом становится выбором доверия к конкретному врачу, конституируя «экономику доверия» в платном сегменте родовспоможения. При этом женщины не остаются пассивными реципиентами медицинской помощи, но стремятся к более равноправным отношениям. В итоге женщины действуют, с одной стороны, как потребители медицинских услуг, калькулирующие затраты и выгоды при организации родов, а с другой — как пациентки, которые через оплату создают доверие к специалистам, ведущим роды.

Приложение

В таблицах приводятся данные не всех информантов (как женщин, так и врачей), а только тех, интервью с которыми цитируются в статье. Номера присваивались во время проведения полевого исследования; те же номера сохранены в таблицах.

Таблица П.1

Список информантов, интервью с которыми процитированы в статье

Номер	Возраст (полных лет)	Брачный статус	Количество детей	Стоимость услуг (руб.)*	Дата проведения ин- тервью
1	28	Замужем	1	110 тыс.	8 октября 2015 г.
2	29	Замужем	1	80 тыс.	20 октября 2015 г.
3	26	Замужем	1	97 тыс.	18 октября 2015 г.
4	25	Замужем	1	100 тыс.	21 октября 2015 г.
5	26	В граждан- ском браке	1	Отказалась от пред- варительно плани- руемой оплаты	23 октября 2015 г.
6	34	Замужем	1	100 тыс.	20 октября 2015 г.
9	30	Замужем	2	136 тыс.	20 октября 2015 г.
11	32	Замужем	3 (2-е роды — близнецы)	130 тыс.	2 ноября 2015 г. В интервью принимал участие муж
12	40	Незамужем	1	ДМС + 90 тыс.	2 ноября 2015 г.
13	35	Замужем	2	45 тыс.	3 ноября 2015 г.
14	29	Замужем	1	137 тыс.	2 ноября 2015 г.
15	30	Замужем	2	50 тыс.	13 ноября 2015 г. В интервью принимал участие муж
16	40	Замужем	1	160 тыс.	16 ноября 2015 г.
17	44	Замужем	3	120 тыс.	16 ноября 2015 г.
23	25	Замужем	1	58 тыс.	23 ноября 2015 г.
26	27	Замужем	1	85 тыс.	30 ноября 2015 г.
28	34	Замужем	1 (2-е роды)	40 тыс.	2 декабря 2015 г.
29	29	Замужем	1	45 тыс.	30 ноября 2015 г.
31	27	Замужем	1	47 тыс.	3 декабря 2015 г.
32	27	Замужем	1	63 тыс.	10 декабря 2015 г.
34	28	Замужем	2	110 тыс.	14 декабря 2015 г.
35	31	Замужем	2	94 тыс.	23 декабря 2015 г.

* Кроме родов, включает дородовое (если было) и послеродовое пребывание в роддоме.

Таблица П.2

Список врачей, интервью с которыми процитированы в статье

Номер	Возраст (полных лет)	Пол	Специальность	Место работы	Дата проведения интервью
1	49	Ж	Акушер-гинеколог	Государственный роддом, бюджетное и хозрасчётное отделение	24 марта 2016 г.
2	38	М	Акушер-гинеколог	Государственный роддом, бюджетное и хозрасчётное отделение	11 апреля 2016 г.

Литература

- Аронсон П. 2006. Утрата институционального доверия в российском здравоохранении. *Журнал социологии и социальной антропологии*. 2: 120–131.
- Бердышева Е. С. 2012а. От критики к аналитике: коммодификация жизненно важных благ как актуальная исследовательская проблема в новой экономической социологии. *Экономическая социология*. 13 (1): 67–85. URL: <https://ecsoc.hse.ru/2012-13-1/55567728.html> (доступ 5 05 2017).
- Бердышева Е. С. 2012b. «Здоровье не купишь»: о противоречиях маркетинга жизненно важных благ на примере рынка стоматологических услуг в Москве. *Лабораториум*. 2: 91–114.
- Бороздина Е. 2010. Как работает родовой сертификат? Реализация программы на примере региональной женской консультации. *Частный корреспондент*. 22 декабря. URL: http://www.chaskor.ru/article/kak_rabotaet_rodovoj_sertifikat_21674 (доступ 5 05 2017).
- Бороздина Е. 2014. Социальная организация естественных родов (случай центра акушерского ухода). *Журнал исследований социальной политики*. 12 (3): 413–428.
- Бредникова О. 2009. Покупая компетенцию и внимание: практики платежей во время беременности и родов. В сб.: Здравомыслова Е., Тёмкина А. (ред.) *Здоровье и доверие: гендерный подход к репродуктивной медицине*. СПб.: Изд-во ЕУСПб; 211–233.
- Бугрезова Е. 2016. Роль социальных медиа в формировании практик заботы о здоровье среди российской молодёжи. *Экономическая социология*. 17 (5): 103–129. URL: <https://ecsoc.hse.ru/2016-17-5/197624606.html>
- Годованная М., Тёмкина А. 2017. «Мать — ты навечно, но и художница — всегда»: творчество в условиях интенсивно-расширенного материнства. *Лабораториум*.
- Здравомыслова Е. 2009. Няни: коммерциализация заботы. В сб.: Здравомыслова Е., Роткирх А., Тёмкина А. (ред.) *Новый быт в современной России: гендерные исследования повседневности*. СПб.: Изд-во ЕУСПб; 94–136.
- Здравомыслова Е., Тёмкина А. 2009. «Врачам я не доверяю», но... Преодоление недоверия к репродуктивной медицине. В сб.: Здравомыслова Е., Тёмкина А. (ред.) *Здоровье и доверие: гендерный подход к репродуктивной медицине*. СПб.: Изд-во ЕУСПб; 179–210.

- Зелизер В. 2010 (1978). Человеческие ценности и рынок: страхование жизни и смерть в Америке XIX века. *Экономическая социология*. 11 (2): 54–72. URL: <https://ecsoc.hse.ru/2010-11-2.html> (доступ 5 05 2017).
- Моисеева Е. Н. 2010. Рынок ритуальных услуг: трансформация правил ритуала в правила рынка. *Экономическая социология*. 11 (3): 84–99. URL: <https://ecsoc.hse.ru/2010-11-3/26592168.html> (доступ 5 05 2017).
- Моисеева Е. Н. 2011. Аффективно насыщенные рынки. *Социологические исследования*. 7: 132–139.
- Симонова О., Ядрова Е. 2013. Сообщество средних медицинских сотрудников в области кардиохирургии: социологический анализ эмоционального труда. В сб.: Романов П., Ярская-Смирнова Е. (ред.) *Профессии социального государства*. М.: ООО «Вариант», ЦСПГИ; 91–115.
- Скотт Р. 2007. Конкурирующие логики в здравоохранении: профессиональная, государственная и менеджериальная. *Экономическая социология*. 8 (1): 27–44. URL: <https://ecsoc.hse.ru/2007-8-1/26594182.html> (доступ 5 05 2017).
- Тёмкина А. 2014. Медикализация репродукции и родов: борьба за контроль. *Журнал исследований социальной политики*. 12 (3): 321–336.
- Тёмкина А. 2016. Оплачиваемая забота и безопасность: что продаётся и покупается в родильных домах? *Социология власти*. 1: 76–106.
- Ткач О. 2009. Уборщица или помощница? Варианты гендерного контракта в условиях коммерциализации быта. В сб.: Здравомыслова Е., Роткирх А., Тёмкина А. (ред.) *Новый быт в современной России: гендерные исследования повседневности*. СПб.: Изд-во ЕУСПб; 137–188.
- Чирикова А, Шишкин С. 2014. Взаимодействие врачей и пациентов в современной России: векторы изменений. *Мир России*. 2: 154–182.
- Шейман И. М., Шишкин С. В. (отв. ред.) 2012. *Расширение потребительского выбора в здравоохранении: теория, практика, перспективы*. М.: Изд. дом ВШЭ.
- Шишкин С. В. (отв. ред.) 2002. *Неформальные платежи за медицинскую помощь в России*. М.: Независимый институт социальной политики.
- Шишкин С.В. et al. 2004. *Российское здравоохранение: оплата за наличный расчет*. М.: Независимый институт социальной политики.
- Шишкин С. В., Бурдяк А. Я., Потапчик Е. Г. 2014. *Роль выбора пациентов в российской системе здравоохранения*. Препринт WP8/2014/02. Серия WP8 (Государственное и муниципальное управление). М.: Изд. дом ВШЭ. URL: https://www.hse.ru/data/misc/library/WP8_2014_02.pdf
- Шишкин С., Потапчик Е., Селезнёва Е. 2014. *Оплата пациентами медицинской помощи в российской системе здравоохранения*. Препринт WP8/2014/03. Серия WP8 (Государственное и муниципальное управление). М.: Изд. дом ВШЭ. URL: https://www.hse.ru/data/2014/05/30/1325380472/WP8_2014_03_.pdf

- Штомпка П. 2016. *Доверие — основа общества*. М.: Логос.
- Щепанская Т. Б. 1999. Мифология социальных институтов: родовспоможение. В сб.: *Мифология и повседневность*. Вып. 2. Материалы научной конференции. СПб.: ИРЛИ РАН; 389–423.
- Armstrong D. 2014. Actors, Patients and Agency: a Recent History. *Sociology of Health & Illness*. 36 (2): 163–174.
- Brown P., Meyer S. 2015. Dependency, Trust and Choice? Examining Agency and ‘Forced Options’ within Secondary Health Care Contexts. *Current Sociology*. 63 (5): 729–745.
- Bryers H., Van Teijlingen E. 2010. Risk, Theory, Social and Medical models: A Critical Analysis of the Concept of Risk in Maternity Care. *Midwifery*. 26 (5): 488–496.
- Carter S. 2010. Beyond Control: Body and Self in Women’s Childbearing Narratives. *Sociology of Health & Illness*. 32 (7): 993–1009.
- Chadwick R., Foster D. 2014. Negotiating Risky Bodies: Childbirth and Constructions of Risk. *Health, Risk & Society*. 16 (1): 68–83.
- Collyer F. M. 2012. *Mapping the Sociology of Health and Medicine: America, Britain and Australia Compared*. Basingstoke: Palgrave Macmillan.
- Collyer F. et al. 2015. Healthcare Choice: Bourdieu’s Capital, Habitus and Field. *Current Sociology*. 63 (5): 685–699.
- Crossley M. L. 2007. Childbirth, Complications and the Illusion of ‘Choice’: A Case Study. *Feminism & Psychology*. 17 (4): 543–563.
- Davis-Floyd R. 1992. *Birth as an American Rite of Passage*. Berkeley: University of California Press.
- Davis-Floyd R. 2004. Consuming Childbirth: The Qualified Commodification of Midwifery Care. In: Taylor J., Layne L., Wozniak D. (eds) *Consuming Motherhood*. New Brunswick, NJ: Rutgers University Press; 211–248.
- De Vries R. 2005. *A Pleasing Birth: Midwives and Maternity Care in the Netherlands*. Philadelphia: Temple University Press.
- Greener I. 2003. Patient Choice in the NHS: The View from Economic Sociology. *Social Theory and Health*. 1 (1): 72–89.
- Freidson E. 1970. *Profession of Medicine: A Study of the Sociology of Applied Knowledge*. Chicago: University of Chicago Press.
- Jordan B. 1997. Authoritative Knowledge and its Construction. In: Davis-Floyd R.E., Sargent C., Rapp R. (eds) *Childbirth and Authoritative Knowledge*. Berkeley: University of California Press; 55–79.
- Hardey M. 1999. Doctor in the House: the Internet as a Source of Lay Health Knowledge and the Challenge to Expertise. *Sociology of Health & Illness*. 21 (6): 820–835.

- Hays Sh. 1996. *The Cultural Contradictions of Motherhood*. New Haven: Yale University Press.
- Kitzinger S. 2001. Who Would Choose to Have a Caesarean? *British Journal of Midwifery*. 9 (5): 284–286.
- Lazarus E. 1994. What Do Women Want? Issues of Choice, Control, and Class in Pregnancy and Childbirth. *Medical Anthropology Quarterly*. 8 (1): 25–46.
- Lowe P. 2016. *Reproductive Health and Maternal Sacrifice: Women, Choice and Responsibility*. London: Palgrave Macmillan.
- Lupton D. 1997. Consumerism, Reflexivity and the Medical Encounter. *Social Science and Medicine*. 45 (3): 373–381.
- Lupton D. 1999. Risk and the Ontology of Pregnant Embodiment'. In: Lupton D. (ed.). *Risk and Sociocultural Theory: New Directions and Perspectives*. Cambridge: Cambridge University Press; 59–85.
- Lupton D. 2011. The Best Thing for the Baby: Mothers' Concepts and Experiences Related to Promoting their Infants' Health and Development. *Health Risk & Society*. 13 (7–8): 637–651.
- Lupton D. 2013. *Risk*. London; New York: Routledge.
- Malacrida C., Boulton T. 2012. Women's Perceptions of Childbirth 'Choices': Competing Discourses of Motherhood, Sexuality, and Selflessness. *Gender & Society*. 26 (5): 748–772.
- Malacrida C., Boulton T. 2014. The Best Laid Plans? Women's Choices, Expectations and Experiences in Childbirth. *Health*. 18 (1): 41–59.
- Martin E. 1987. *The Woman in the Body: A Cultural Analysis of Reproduction*. Boston: Beacon Press.
- Morris J., Polese A. 2013. *The Informal Post-Socialist Economy Embedded Practices and livelihoods*. London; New York: Routledge.
- Natalier K., Willis K. F. 2008. Taking Responsibility or Averting Risk? A Socio-Cultural Approach to Risk and Trust in Private Health Insurance Decisions. *Health, Risk & Society*. 10 (4): 399–411.
- Nettleton S., Burrows R. 2003. E-Scaped Medicine? Information, Reflexivity and Health. *Critical Social Policy*. 23 (2): 165–185.
- Parsons T. 1951. *The Social System*. New York: The Free Press.
- Possamai-Inesedy A. 2006. Choice and Responsibility in Childbirth in a Risk Society. *Health Sociology Review*. 15 (4): 406–414.
- Reiger K., Dempsey R. 2006. Performing Birth in a Culture of Fear: an Embodied Crisis of Late Modernity. *Health Sociology Review*. 15 (4): 364–373.
- Riewpaiboon W. et al. 2005. Private Obstetric Practice in a Public Hospital: Mythical Trust in Obstetric Care. *Social Science & Medicine*. 61 (7): 1408–1417.

- Rivkin-Fish M. 2005. *Women's Health in Post-Soviet Russia: The Politics of Intervention*. Bloomington, IN: Indiana University Press.
- Rothman B. 2014. Pregnancy, Birth and Risk: An Introduction. *Health, Risk & Society*. 16 (1): 1–6.
- Stepurko T. et al. 2013. Informal Patient Payments in Maternity Hospitals in Kiev, Ukraine. *The International Journal of Health Planning and Management*. 28 (2): 169–187.
- Sztompka P. 1998. *Trust: A Sociological Theory*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Zadoroznyj M. 1999. Social Class, Social Selves and Social Control in Childbirth. *Sociology of Health and Illness*. 21 (3): 267–289.
- Zadoroznyj M. 2001. Birth and the 'Reflexive Consumer': Trust, Risk and Medical Dominance in Obstetric Encounters. *Journal of Sociology*. 37 (2): 117–139.

NEW TEXTS

Anna Temkina

“Economy of Trust” in Commercial Obstetric Care: Educated Urban Women as Consumers and Patients

TEMKINA, Anna — PhD, Professor, European University at St. Petersburg. Address: 3a Gagarinskaya str., 191187, St. Petersburg, Russian Federation.

Email: atemkina@gmail.com

Abstract

This article provides insight into the shaping of the position of urban educated women, which is twofold: As reflexive actors and consumers, these women make an informed choice and pay for childbirth services in maternity hospitals; however, as patients, they trust to their “own” reliable obstetrician. I carry out a contemporary sociological discussion on patients’ choices and their limitations under the influence of neoliberalism and the commercialization of medical care, including for childbirth. Research on paid childbirth care

in maternity hospitals is based on in-depth interviews with 35 mothers and 14 obstetricians and midwives who work in commercial health care, as well as observation in two hospitals (St. Petersburg 2015). The empirical data give evidence concerning mothers’ perception of childbirth as an extremely risky process wherein guaranties of safety are needed. These mothers choose the paid service due to their lack of trust of free-of-charge medicine and the abstract social role of professionals. To cover the cost of childbirth, women (parents) calculate their family resources; they consider the expenditure as heavy budget burden, but they perceive it as inevitable for them. To choose and receive reliable service, they collect thorough information about the reputations of maternity hospitals and obstetricians. After her decision is made, the future mother meets with an obstetrician and midwife in person to negotiate the conditions of delivery and draw up a contract; this has the effect of personalizing the relationship. Attitudes toward professionalism are based on information, experience, and affects. Once the professionals have gained her trust, the future mother delegates them control; the issues of payment are mostly reduced to the brackets of medical interactions. However, women do not behave as passive recipients of medical care; rather, they try to be more active in the negotiations. Ultimately, women act as both consumers of medical services and as patients, establishing trust in professionals by purchasing the care. Together, these phenomena work as an “economy of trust”.

Keywords: “economy of trust”; paid childbirth; choice; patient; consumer; social role of obstetrician; doctor as professional; childbirth; control; motherhood.

Acknowledgments

The data were collected in the project “Payments, Health and Care in Childbirth” in fall 2015 — spring 2016 under author’s supervision. This project was implemented by chair in Public Health in Gender, Gender Studies Program, European University at St. Petersburg. Seven graduate, MA and PhD students, and author as well collected interviews, and all interviewers participated in the discussion on field procedures and data interpretation.

I am very grateful to chief midwife Viktoria Kuznetsova, without her help and support this project hardly could be implemented. I express my gratitude to Elena Zdravomyslova, Michel Rivkin-Fish, Yulia Gradska, Ekaterina Borozdina, Asya Novkunskaya, Maria Godovannya, Anya Klimova, to all colleagues, who made this project possible, and to anonymous reviewers for their comments. I thank the women, their partners, midwives and obstetricians, who shared stories with us.

References

- Armstrong D. (2014) Actors, Patients and Agency: A Recent History. *Sociology of Health & Illness*, vol. 36, no 2, pp. 163–174.
- Aronson P. (2006). Utrata institutsional'nogo doveriya v rossiyskom zdravookhraneni [The Loss of Institutional Trust in the Russian Health Care]. *Zhurnal sotsiologii i sotsial'noy antropologii = The Journal of Sociology and Social Anthropology*, no 2, pp. 120–131 (in Russian).
- Berdysheva E. S. (2012a) Ot kritiki k analitike: kommodifikatsiya zhiznenno vazhnykh blag kak aktual'naya issledovatel'skaya problema v novoy ekonomicheskoy sotsiologii [From Criticism toward Analytics: Commodification of Vital Goods as an Actual Research Problem in the New Economic Sociology]. *Journal of Economic Sociology = Ekonomicheskaya sotsiologiya*, vol. 13, no 1, pp. 67–85. Available at: <https://ecsoc.hse.ru/2012-13-1/55567728.html> (accessed 5 May 2017) (in Russian).
- Berdysheva E. S. (2012b) “Zdorov'e ne kupish'”: o protivorechiyakh marketizatsii zhiznenno vazhnykh blag na primere rynka stomatologicheskikh uslug v Moskve [Health is Better than Wealth Controversies of the Marketization of Vital Goods (The Case of Moscow Dental Market)]. *Laboratorium*, no 2, pp. 91–114 (in Russian).
- Borozdina E. (2010) Kak rabotaet rodovoy sertifikat? Realizatsiya programmy na primere regional'noy zhen'skoy konsul'tatsii [How does Birth Certificate Work?]. *Chastnyy correspondent*. 22 December. Available at: http://www.chaskor.ru/article/kak_rabotaet_rodovoj_sertifikat_21674 (accessed 5 May 2017) (in Russian).
- Borozdina E. (2014) Sotsial'naya organizatsiya estestvennykh rodov (sluchay tsentra akusherskogo ukhoda) [The Social Organization of Natural Childbirth: The Case of Center for Midwifery Care]. *Zhurnal issledovaniy sotsial'noy politiki = The Journal of Social Policy Studies*, vol. 12, no 3, pp. 413–428 (in Russian).
- Brednikova O. (2009) Pokupaya kompetentsiyu i vnimanie: praktiki platezhei vo vremia beremennosti i rodov [Buying Competence and Care: Purchase during Pregnancy and Delivery]. *Zdorov'e i doverie: gendernyy podkhod k reproduktivnoy meditsine* [Health and Trust: the Gender Approach to Reproductive Medicine] (eds. E. Zdravomyslova, A. Temkina), St. Petersburg: EUSPb Publishing House, pp. 211–233 (in Russian).
- Brown P., Meyer S. (2015) Dependency, Trust and Choice? Examining Agency and 'Forced Options' within Secondary Health Care Contexts. *Current Sociology*, vol. 63, no 5, pp. 729–745.
- Bryers H., Van Teijlingen E. (2010) Risk, Theory, Social and Medical Models: A Critical Analysis of the Concept of Risk in Maternity Care. *Midwifery*, vol. 26, no 5, pp. 488–496.
- Bugrezova E. (2016). Rol' sotsial'nykh media v formirovani praktiki zaboty o zdorov'e sredi rossijskoy molozhzi [The Social Media Contribution into Healthcare Practices among Russian Young People]. *Journal of Economic Sociology = Ekonomicheskaya sotsiologiya*, vol. 17, no 5, pp. 103–129. Available at: <https://ecsoc.hse.ru/2016-17-5/197624606.html> accessed 5 05 2017 (accessed 5 May 2017) (in Russian).
- Carter S. (2010) Beyond Control: Body and Self in Women's Childbearing Narratives. *Sociology of Health & Illness*, vol. 32, no 7, pp. 993–1009.

- Chadwick R., Foster D. 2014. Negotiating Risky Bodies: Childbirth and Constructions of Risk. *Health, Risk & Society*, vol. 16, no 1, pp. 68–83.
- Chirikova A., Shishkin S. (2014) Vzaimodeystvie vrachey i patsientov v sovremennoy Rossii: vektory izmeneniy [Interaction Between Doctors and Patients in Russia: Vectors of Change]. *Mir Rossii = The Russian World*, no 2, pp. 154–182 (in Russian).
- Collyer F. M. (2012) *Mapping the Sociology of Health and Medicine: America, Britain and Australia Compared*, Basingstoke: Palgrave Macmillan.
- Collyer F., Willis K., Franklin M., Harley K., Short S. (2015) Healthcare Choice: Bourdieu's Capital, Habitus and Field. *Current Sociology*, vol. 63, no 5, pp. 685–699.
- Crossley M. L. (2007) Childbirth, Complications and the Illusion of 'Choice': A Case Study. *Feminism & Psychology*, vol. 17, no 4, pp. 543–563.
- Davis-Floyd R. (1992) *Birth as an American Rite of Passage*, Berkeley: University of California Press.
- Davis-Floyd R. (2004) Consuming Childbirth: The Qualified Commodification of Midwifery Care. *Consuming Motherhood* (eds. J. Taylor, L. Layne, D. Wozniak), New Brunswick, NJ: Rutgers University Press, pp. 211–248.
- De Vries R. (2005) *A Pleasing Birth: Midwives and Maternity Care in the Netherlands*, Philadelphia: Temple University Press.
- Freidson E. (1970) *Profession of Medicine: A Study of the Sociology of Applied Knowledge*, Chicago: University of Chicago Press.
- Godovannaya M., Temkina A. (2017. Forthcoming). "Mat' — ty navechno, no i khudozhnitsa — vseгда": tvorchestvo v usloviyakh intensivno-rasshirennoy materinstva ["As a Mother — You are Forever, but as an Artist — You are Always": Balance of Gender Roles: Art Practice in Situation of Intensive-Extended Mothering]. *Laboratorium* (in Russian).
- Greener I. (2003) Patient Choice in the NHS: The View from Economic Sociology. *Social Theory and Health*, vol. 1, no 1, pp. 72–89.
- Jordan B. (1997) Authoritative Knowledge and its Construction. *Childbirth and Authoritative Knowledge* (eds. R. Davis-Floyd, C. Sargent, R. Rapp), Berkeley: University of California Press, pp. 55–79.
- Hardey M. (1999) Doctor in the House: The Internet as a Source of Lay Health Knowledge and the Challenge to Expertise. *Sociology of Health & Illness*, vol. 21, no 6, pp. 820–835.
- Hays S. (1996) *The Cultural Contradictions of Motherhood*, New Haven: Yale University Press.
- Kitzinger S. (2001) Who Would Choose to Have a Cesarean? *British Journal of Midwifery*, vol. 9, no 5, pp. 284–286.
- Lazarus E. (1994) What Do Women Want? Issues of Choice, Control, and Class in Pregnancy and Childbirth. *Medical Anthropology Quarterly*, vol. 8, no 1, pp. 25–46.

- Lowe P. (2016) *Reproductive Health and Maternal Sacrifice: Women, Choice and Responsibility*, London: Palgrave Macmillan.
- Lupton D. (1997) Consumerism, Reflexivity and the Medical Encounter. *Social Science and Medicine*, vol. 45, no 3, pp. 373–381.
- Lupton D. (1999) Risk and the Ontology of Pregnant Embodiment'. *Risk and Sociocultural Theory: New Directions and Perspectives* (ed. D. Lupton), Cambridge: Cambridge University Press, pp. 59–85.
- Lupton D. (2011) The Best Thing for the Baby: Mothers' Concepts and Experiences Related to Promoting their Infants' Health and Development. *Health Risk & Society*, vol. 13, no 7–8, pp. 637–651.
- Lupton D. 2013. *Risk*, London; New York: Routledge.
- Malacrida C., Boulton T. (2012) Women's Perceptions of Childbirth 'Choices': Competing Discourses of Motherhood, Sexuality, and Selflessness. *Gender & Society*, vol. 26, no 5, pp. 748–772.
- Malacrida C., Boulton T. (2014) The Best Laid Plans? Women's Choices, Expectations and Experiences in Childbirth. *Health*, vol. 18, no 1, pp. 41–59.
- Martin E. (1987) *The Woman in the Body: A Cultural Analysis of Reproduction*, Boston: Beacon Press.
- Moiseeva E. N. (2010) Rynok ritual'nykh uslug: transformatsiya pravil rituala v pravila rynka he [Market for Funeral Services: Transformation of Ritual Rules into Market Rules]. *Journal of Economic Sociology = Ekonomicheskaya sotsiologiya*, vol. 11, no 3, pp. 84–99. Available at: <https://ecsoc.hse.ru/2010-11-3/26592168.html> (accessed 5 May 2017) (in Russian).
- Moiseeva E. N. (2011) Affektivno nasyshchennye rynki [Affective Markets]. *Sotsiologicheskie issledovaniya*, no 7, pp. 132–113 (in Russian).
- Morris J., Polese A. (2013) *The Informal Post-Socialist Economy Embedded Practices and livelihoods*, London; New York: Routledge.
- Natalier K., Willis K.F. (2008) Taking Responsibility or Averting Risk? A Socio-Cultural Approach to Risk and Trust in Private Health Insurance Decisions. *Health, Risk & Society*, vol. 10, no 4, pp. 399–411.
- Nettleton S., Burrows R. (2003) E-Scaped Medicine? Information, Reflexivity and Health. *Critical Social Policy*, vol. 23, no 2, pp. 165–185.
- Parsons T. (1951) *The Social System*, New York: The Free Press.
- Possamai-Inesedy A. (2006) Choice and Responsibility in Childbirth in a Risk Society. *Health Sociology Review*, vol. 15, no 4, pp. 406–414.
- Reiger K., Dempsey R. (2006) Performing Birth in a Culture of Fear: An Embodied Crisis of Late Modernity. *Health Sociology Review*, vol. 15, no 4, pp. 364–373.
- Riewpaiboon W., Chuengsatiansup K., Gilson L., Tangcharoensathien V. (2005) Private Obstetric Practice in a Public Hospital: Mythical Trust in Obstetric Care. *Social Science & Medicine*, vol. 61, no 7, pp. 1408–1417.

- Rivkin-Fish M. (2005) *Women's Health in Post-Soviet Russia: The Politics of Intervention*. Bloomington, IN: Indiana University Press.
- Rothman B. (2014) Pregnancy, Birth and Risk: An Introduction. *Health, Risk & Society*, vol. 16, no 1, pp. 1–6.
- Scott R. (2007) Konkuriyushchie logiki v zdravookhraneni: professional'naya, gosudarstvennaya i menedzherial'naya [Competing Logics in Health Care: Professional, State, and Managerial]. *Journal of Economic Sociology = Ekonomicheskaya sotsiologiya*, vol. 8, no 1, pp. 27–44. Available at: <https://ecsoc.hse.ru/2007-8-1/26594182.html> (accessed 5 May 2017) (in Russian).
- Sheyman I. M., Shishkin S. V. (eds) (2012) *Rasshirenie potrebitel'skogo vybora v zdravookhraneni: teoriya, praktika, perspektivy* [The Extension of Consumer Choice in Health Care: Theory, Practice and Prospects], Moscow: HSE Publishing House (in Russian).
- Shchepanskaia T. (1999) Mifologiya sotsial'nykh institutov: Rodovspomozhenie [Mythology of Social Institutions: Childbirth Health Care]. Mifologiya i povsednevnost [Mythology and Everyday Life], Iss. 2, St. Petersburg: Institute of Russian Literature (the Pushkin House), Russian Academy of Sciences, pp. 389–423 (in Russian).
- Shishkin S. V., Besstremyannaya G. E., Krasil'nikova M. D., Ovcharova L. N., Chernec V. A., Chirikova A. E., Shilova L. S. (2004) *Rossiyskoe zdravookhranenie: oplata za nalichnyy raschet*. [Health Care in Russia: Payments in Cash], Moscow: Nezavisimyy institut sotsial'noy politiki (in Russian).
- Shishkin S. V., Bogatova T. V., Potapchik E. G., Chernec V. A., Chirikova A. E., Shilova L. S. (2002) *Neformal'nye platezhi za medicinskuyu pomoshh' v Rossii* [In Cash Payment for Medical Care in Russia], Moscow: Nezavisimyy institut sotsial'noy politiki (in Russian).
- Shishkin S. V., Burdyak A. Y., Potapchik E. (2014) *Rol' vybora patsientov v rossiyskoy sisteme zdravookhraneniya* [Patient Choice in the Russian Health Care System]. Preprint WP8/2014/02. Seriya WP8 "Gosudarstvennoe i municipal'noe upravlenie", Moscow: HSE Publishing House. Available at: https://www.hse.ru/data/misc/library/WP8_2014_02.pdf (accessed 5 May 2017) (in Russian).
- Shishkin S., Potapchik E., Selezneva E. (2014) *Oplata patsientami medicinskoj pomoshhi v rossiyskoy sisteme zdravookhraneniya* [Out-of-Pocket Payments in the Russian Health Care System]. Preprint WP8/2014/03. Seriya WP8 "Gosudarstvennoe i munitsipal'noe upravlenie", Moscow: HSE Publishing House. Available at: https://www.hse.ru/data/2014/05/30/1325380472/WP8_2014_03_.pdf (accessed 5 May 2017) (in Russian).
- Simonova O., Yadrova E. (2013) Soobshchestvo srednikh meditsinskikh sotrudnikov v oblasti kardiokhirurgii: sotsiologicheskij analiz emotsional'nogo truda [Community of Hospital Nurses in Cardiosurgical Departments: Sociological Analysis of Emotional Labour]. *Professii sotsial'nogo gosudarstva* (eds. P. V. Romanov, E. R. Yarskoy-Smirnova), Moscow: Variant; CSPGI, pp. 91–115 (In Russian).
- Stepurko T., Pavlova M., Levenets O., Gryga I., Groot W. (2013) Informal Patient Payments in Maternity Hospitals in Kiev, Ukraine. *The International Journal of Health Planning and Management*, vol. 28, no 2, pp. 169–187.
- Sztompka P. (1998) *Trust: A Sociological Theory*, Cambridge: Cambridge University Press.

- Sztompka P. (2016) *Doverie — osnova obshhestva* [Trust as Society's Fundament], Moscow: Logos (in Russian).
- Temkina A. (2014) *Medikalizatsiya reproduktsii i rodov: bor'ba za kontrol'* [Medicalization of the Childbirth: A Struggle for Reproduction and Control], *Zhurnal issledovaniy sotsial'noy politiki* [The Journal of Social Policy Studies], vol. 12, no 3, pp. 321–336 (in Russian).
- Temkina A. (2016) *Oplachivaemaya zabota i bezopasnost': chto prodaetsya i pokupaetsya v roditel'skikh domakh?* [Paid Care and Safety: What is on Purchase in Maternity Hospitals?]. *Sotsiologiya vlasti* [Sociology of Power], no 1, pp. 76–106 (in Russian).
- Tkach O. (2009). *Uborshchica ili pomoshchnitsa? Varianty gendernogo kontrakta v usloviyakh kommersializatsii byta* [Cleaner or Assistant? Variations of Gender Contracts in the Context of Commercialization of Everyday Life]. *Novyy byt v sovremennoy Rossii: gendernye issledovaniya povsednevnosti* [New Way of Life in Russia: Gender Research of Everyday Life] (eds. E. Zdravomyslova., A. Rotkirh, A. Temkina), St. Petersburg: EUSPb Publishing House, pp. 137–188 (in Russian).
- Zadoroznyj M. (1999) Social Class, Social Selves and Social Control in Childbirth. *Sociology of Health and Illness*, vol. 21, no 3, pp. 267–289.
- Zadoroznyj M. (2001) Birth and the 'Reflexive Consumer': Trust, Risk and Medical Dominance in Obstetric Encounters. *Journal of Sociology*, vol. 37, no 2, pp. 117–139.
- Zdravomyslova E. (2009). *Nyani: kommersializatsiya zaboty*. [Nannies: Commercialization of Care]. *Novyy byt v sovremennoy Rossii: gendernye issledovaniya povsednevnosti* [New Way of Life in Russia: Gender Research of Everyday Life] (eds. E. Zdravomyslova., A. Rotkirh, A. Temkina), St. Petersburg: EUSPb Publishing House, pp. 94–136 (in Russian).
- Zdravomyslova E., Temkina A. (2009) "Vracham ya ne doveryayu", no... Preodolenie nedoveriya k reproduktivnoy meditsine ["I don't Trust Doctors," but... Establishing Trust in Reproductive Medicine]. *Zdorov'e i doverie: gendernyy podkhod k reproduktivnoy meditsine* [Health and Trust: The Gender Approach to Reproductive Medicine] (eds. E. Zdravomyslova, A. Temkina), St. Petersburg: EUSP, pp. 179–210 (in Russian).
- Zelizer V. (2010 [1978]) *Chelovecheskie tsennosti i rynek: strakhovanie zhizni i smert' v Amerike XIX veka*. [Human Values and the Market: The Case of Life Insurance and Death in 19th-Century America], *Journal of Economic Sociology = Ekonomicheskaya sotsiologiya*, vol. 11, no 2, pp. 54–72. Available at: <https://ecsoc.hse.ru/2010-11-2.html> (accessed 5 May 2017) (in Russian).

Received: February 14, 2017.

Citation: Temkina A. (2017) "Ekonomika doveriya" v platnom segmente rodovspomozhenii: gorodskaya obrazovannaya zhenshhina kak potrebitel' i patsientka ["Economy of Trust" in Commercial Obstetric Care: Educated Urban Women as Consumers and Patients], *Journal of Economic Sociology = Ekonomicheskaya sotsiologiya*, vol. 18, no 3, pp. 14–53. Available at: <https://ecsoc.hse.ru/2017-18-3.html> (in Russian).