СОЦИАЛЬНЫЕ РЕАЛЬНОСТИ И СОЦИАЛЬНЫЕ ПЕРСПЕКТИВЫ

«Неформальное здравоохранение» в современной России и факторы его развития (по материалам пилотного исследования)

Ю.А. КРАШЕНИННИКОВА*

***Крашенинникова Юлия Александровна** – эксперт, Лаборатория муниципального управления, НИУ ВШЭ; доцент, Департамент менеджмента, НИУ ВШЭ (Пермский кампус). Адрес: 101000, Москва, ул. Мясницкая, д. 20. E-mail: decrua@gmail.com

Цитирование: Krasheninnikova Yu. (2015) "Informal Healthcare" in Modern Russia and Its Developmental Factors —Evidence from a Pilot Study. *Mir Rossii*, vol. 24, no 4, pp. 99–122 (in Russian)

В современной России за рамками официальной системы медико-санитарной помощи населению существует множество замещающих или дополняющих ее практик поддержания здоровья и обслуживающих их экономических агентов. С учетом содержательных проблем термина «альтернативная медицина» в статье предлагается рассмотреть данную сферу как «неформальное здравоохранение», сфокусировав внимание на деятельности поставщиков товаров и услуг, к которым обращаются люди для решения проблем со здоровьем. С опорой на результаты глубинных интервью и наблюдений, проведенных в рамках пилотного социографического исследования в Пермском крае[1]*, показано, как меняется ситуация в «неформальном здравоохранении» в зависимости от размера и статуса населенных пунктов. В целом, города, где выше уровень доходов населения и более развита социальная и досуговая инфраструктура, оказываются более благоприятной средой для развития «неформального здравоохранения», чем сельская местность, вопреки тому, что на селе качественные медицинские услуги менее доступны. Исключение составляют поселения с особыми природными и иными ресурсами, обеспечивающими постоянный поток туристов.*

[1] Проект под названием «Экономика "неформального здравоохранения" в современной России (пилотное исследование)» был реализован за счет средств, предоставленных Фондом поддержки социальных исследований «Хамовники». В полевых работах принимали участие О.М. Макарова, А.А. Масленников, М.И. Окунева, М.О. Цевилева, А.Р. Ягудина, Д.В. Субботин, Д.Л. Сюзев, Н.С. Опарин, Е.В. Шуралева, А.А. Шаврин, А.Е. Колонуто под руководством автора данной статьи и Е.Л. Зуевой (к.э.н., доцент департамента менеджмента Пермского филиала НИУ ВШЭ). Основные положения данной статьи ранее были представлены в докладе на XV Международной апрельской научной конференции по проблемам развития экономики и общества НИУ ВШЭ (1–4 апреля 2014 г., Москва).

Ключевые слова: здравоохранение, комплементарная и альтернативная медицина, традиционная (народная) медицина, неформальная экономика, самолечение, товары для здоровья, здравоохранительная политика

Постановка проблемы и параметры пилотного исследования

Инициатива эмпирического исследования, о котором идет речь в настоящей статье, была продиктована стремлением найти ответ на тривиальный, на первый взгляд, вопрос об одном из элементов окружающей нас действительности. Как и с чьей помощью россияне борются сегодня с болезнями и поддерживают свое здоровье вне системы здравоохранения? Если говорить о системе здравоохранения в узком смысле[2], то есть как об организованной и упорядоченной совокупности публичных институтов медико-санитарной помощи гражданам, то очевидно, что за ее рамками существует множество замещающих или дополняющих ее практик здравоохранительного поведения и обслуживающих их экономических агентов.

Понять, насколько масштабной является эта сфера и как она устроена, можно, на наш взгляд, лишь после рутинной социографической работы, направленной на обнаружение, структурирование и феноменологическое описание[3] элементов этого многообразия. Такая работа необходима, поскольку ни официальная статистика, ни отечественные социальные науки на сегодняшний день не дают цельного ответа на вопрос, поставленный в первом абзаце статьи. Несмотря на интерес исследователей к отдельным институтам и практикам, замещающих систему здравоохранения и официальную медицину в современной России, данная сфера слабо изучена и весьма фрагментарно описана[4].

На наш взгляд, первоначальная сложность такого описания – терминологическая, и связана с именованием объекта исследования. Эта сфера не может быть названа *системой*, поскольку представляет собой стихийное многообразие институтов и практик, которые далеко не всегда связаны друг с другом. Обозначение ее как отдельного *рынка* было бы неполным, так как в ней не последнюю роль играет некоммерческая деятельность в рамках семейных или общинных отношений. Хотя,

---

[2] Смыслы, вкладываемые в понятие «система здравоохранения» участниками отношений в сфере поддержания здоровья, на наш взгляд, представляют интерес как самостоятельный предмет исследования для социальных ученых. Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) и национальное законодательство дают предельно широкие определения данного понятия, которые включают все аспекты социальной жизни, связанные со здоровьем человека. Однако в публичной и обыденной речи оно чаще используется для обозначения институтов медико-санитарной помощи населению, находящихся в сфере публичного управления. Именно поэтому систему здравоохранения можно «развивать» или «модернизировать» с помощью мер государственной политики и бюджетного финансирования. Далее в настоящей работе речь о «системе здравоохранения» будет идти во втором, более узком значении.

[3] При постановке задачи такого описания мы исходим из методики, разработанной и применяемой в эмпирических исследованиях Лаборатории муниципального управления НИУ ВШЭ под руководством С.Г. Кордонского [*Кордонский, Плюснин, Крашенинникова, Тукаева, Моргунова, Ахунов, Бойков* 2011].

[4] Помимо узко специализированного изучения знахарства в рамках этнографии и антропологии работы российских исследователей касаются в основном социального статуса отдельных агентов, оказывающих альтернативные услуги по поддержанию здоровья, и процессов профессионализации их деятельности [*Волкова* 2007; *Колонуто*, *Крашенинникова* 2012; *Садыков* 2013; *Сало* 2008; *Самарская*, *Тепер* 2007; *Кошкарова* 2012; *Ярская-Смирнова* 2011]. Также необходимо отметить исследования, в которых рассматривается отношение населения и медиков-профессионалов к практикам альтернативной медицины в различные периоды постсоветской истории [*Brown, Rusinova* 2002; *Iarskaia-Smirnova, Romanov* 2008; *Stickley, Koyanagi, Richardson, Roberts, Balabanova, McKee* 2013].

как будет показано далее, можно говорить о складывании специфических рынков вокруг отдельных способов поддержания здоровья. Относительно успешно применяемое к изучению здравоохранения [*Скотт* 2007] понятие «организационное поле» также не является оптимальным методологическим инструментом: базовой «ячейкой» в нем представляются организации, между которыми существуют взаимосвязи, есть понимание совместной активности. В нашем случае организационные поля с той или иной степенью структурации обнаруживаются внутри изучаемой сферы, но не охватывают ее полностью.

Для целей социографической работы также не подходит наиболее часто используемое в данном контексте понятие «альтернативная медицина». Если мы посмотрим на проблематику обширного корпуса зарубежных и российских научных работ, посвященных этой теме, то увидим, что речь об альтернативной медицине идет в двух случаях: общего анализа ее отношений с официальной медициной и государством или исследования отдельных конкретных кейсов. Задачу внутреннего структурирования и описания пространства альтернативной медицины ученые обходят стороной. Представляется, что это связано с негативной природой понятия. Эффективное в аналитических процедурах противопоставления, оно оказывается недостаточным для систематизации знаний о предмете. Ведь далеко не все агенты, которые помогают больным или обслуживают практики самолечения и при этом находятся вне системы здравоохранения, при ближайшем рассмотрении могут быть названы представителями альтернативной медицины.

Кроме того, для научного термина выражение «альтернативная медицина» слишком нагружено политическими смыслами. Сам выбор прилагательного – народная/альтернативная/традиционная/нетрадиционная/неортодоксальная – зависит от позиции говорящего. Если чиновники и эксперты ВОЗ видят в них лишь синонимы, употребление которых зависит от особенностей разных стран[5], то для сторонников и противников альтернативной медицины принципиально важна разница между словами. «Традиционная» – подчеркивает право на существование наравне с обычной медициной как части национальной системы здравоохранения [*Карпеев, Киселева* 2003]. «Альтернативная» или «нетрадиционная» – относит деятельность на периферию системы здравоохранения или даже в гетто для тех, кто готов рисковать своим здоровьем. Как отмечает британский исследователь М. Сакс, понимание того, что такое альтернативная медицина, формируется исходя из политической легитимации тех или иных практик лечения: признанные государством входят в ортодоксальную медицину, политически маргинальные – в альтернативную [*Saks* 2003, p. 3].

Из этих соображений далее в тексте мы будем говорить об альтернативной медицине в узком смысле – как о специализированной области знаний и практик лечения, которые воспринимаются самими агентами, их пациентами и конкурентами как особый вид медицины, отличный от западной биомедицинской модели. В этом значении услуги альтернативной медицины будут не тождественны услугам

---

[5] В Стратегии ВОЗ в области народной медицины на 2002–2005 гг. констатировалось: «Очевидно, что на глобальном уровне народная медицина не поддается точному описанию или дефиниции, соединяя зачастую самые противоречивые, иногда даже конфликтующие параметры и точки зрения» [Стратегия ВОЗ в области народной медицины 2002, с. 7]. В Пекинской декларации Конгресса ВОЗ по традиционной (народной) медицине (2008 г.) также утверждается, что «термин “народная медицина” охватывает широкий спектр видов лечения и практических методов, которые могут значительно варьироваться между странами и регионами, и что народная медицина может также именоваться альтернативной или комплементарной медициной» [Пекинская декларация 2008, с. 2].

по поддержанию здоровья, альтернативным системе здравоохранения. К последним, например, относится массаж в салонах красоты, где умелый мастер «лечит спину», или религиозные обряды исцеления, выполняемые священнослужителями.

Учитывая перечисленные сложности, мы используем для обозначения изучаемой сферы метафору «неформальное здравоохранение». Кавычки в данном случае необходимы, чтобы подчеркнуть, что исследуемое стихийное многообразие институтов и практик – сама противоположность какой-либо организованной системе, а их обобщение в данном случае – лишь аналитический инструмент. Разумеется, применение метафоры не является оптимальным решением проблемы, и терминологический поиск в перспективе должен быть продолжен. Однако для целей настоящей работы она представляется вполне рабочей конструкцией.

При поиске ответа на вопрос о том, как и с чей помощью жители современной России борются с болезнями и поддерживают свое здоровье вне системы здравоохранения, мы исходим из следующих положений:

- «Неформальное здравоохранение» – это не единая система или организационное поле, противостоящее системе здравоохранения. Более того, границы между ними подвижны, и само изменение границ представляет особый интерес для понимания этой сферы.
- В рамках «неформального здравоохранения», по аналогии со здравоохранением как таковым, мы можем говорить о деятельности экономических агентов, обслуживающих социальные практики поддержания здоровья. Соответственно, можно исследовать эту сферу через изучение поведения либо потребителей, либо поставщиков товаров и услуг.
- Неформальный характер эта деятельность приобретает в присутствие норм, которые задают институты официальной медицины и государства. Первые оценивают достоверность знаний и эффективность методов лечения. Вторые устанавливают правила социально-экономической деятельности и контролируют их соблюдение.
- В «неформальном здравоохранении» присутствуют не только структуры альтернативной медицины, но и иные общественные институты, которые в силу разных обстоятельств выполняют несвойственную им функцию, а именно замещают обращение пациента к врачу (религиозные организации, аптеки, в том числе ветеринарные, СМИ, досуговые учреждения и др.).

Пилотная попытка зафиксировать, систематизировать и описать существующее сегодня в российском социуме многообразие феноменов «неформального здравоохранения» была предпринята в рамках проекта «Экономика “неформального здравоохранения” в современной России», реализованного при поддержке фонда «Хамовники».

Полевые работы проводились в мае–ноябре 2013 г. в Пермском крае. Мы изучали и сравнивали ситуацию в населенных пунктах различного масштаба и административного статуса. География полевых работ включала один город-миллионник (Пермь), три города с населением 50–70 тыс. чел., три административных центра муниципальных районов (до 10 тыс. чел.), четыре центра сельских поселений (до 3 тыс. чел.), а также пять деревень и небольших сел (до 500 чел.). Чтобы проследить зависимость именно от размера и статуса населенных пунктов, отбирались территории с относительно средними показателями развития экономики, социальной сферы и состояния здоровья населения (за исключением отдельных параметров), а также со средними расстояниями до Перми. Были выбраны две зоны: сельскохозяйственная на юго-востоке и промышленная на северо-востоке от краевой столицы.

При обследовании населенных пунктов использовались качественные методы: глубинные интервью и неформальные беседы с экспертами, самими агентами «неформального здравоохранения» и местными жителями (в общей сложности – около 370 интервью и бесед), наблюдения в местах предоставления товаров и услуг «неформального здравоохранения», поиск информации в местных СМИ, Интернет-форумах, социальных сетях, публичных местах и т. д.

Очевидно, что было бы некорректно экстраполировать на общероссийскую ситуацию данные, полученные в одном регионе. Однако Пермский край не входит в число явных лидеров или аутсайдеров среди субъектов РФ. По уровню социально-экономического развития он скорее относится к благополучным территориям, а по состоянию здоровья населения и системы здравоохранения краевые показатели в основном ниже средних по России, но не так существенно, как в ряде других регионов[6]. С учетом этого можно предполагать, что в «неформальном здравоохранении» на региональном уровне будет больше общероссийских черт, чем какой-то местной специфики.

Формат научной статьи вряд ли позволяет представить полные результаты такого рода описаний, поэтому далее мы сфокусируемся на двух проблемах. Во-первых, *как можно дать общую характеристику «неформального здравоохранения»*? Здесь следует говорить о критериях отнесения тех или иных феноменов социальной жизни к данной сфере. Во-вторых, *насколько отличается ситуация в населенных пунктах разного масштаба*? Последнее сравнение выводит на *вопрос о факторах развития «неформального здравоохранения»*: является ли его главным стимулом плохое состояние отечественной системы здравоохранения, которое заведомо хуже в сельской местности, чем в крупных городах, или значение имеют другие факторы?

Следует оговориться, что точно оценить масштабы «неформального здравоохранения» (сколько людей задействовано в данной сфере, каковы объемы денежных расходов и т.д.) на данный момент не представляется возможным в силу его неформальности. На наш взгляд, те цифры, которые появляются периодически в СМИ[7], ни на каких серьезных расчетах не основаны и не могут быть основаны. В ходе исследования мы часто сталкивались с сознательным искажением фактов информантами или просто с нежеланием давать информацию. Последнее мотивировалось опасениями, например, такого рода: «*Не хочу привлекать внимание государственных структур»*. В ответах также прослеживается влияние социальных установок об опасности альтернативной медицины и предосудительности обращения к ней. Порой наши собеседники заявляли о приверженности официальной медицине, а в ходе разговора выяснялось, что у них есть личный и позитивный опыт использования иных лечебных практик. Данные обстоятельства вынуждают с осторожностью подходить к данным массовых социологических опросов.

---

[6] Например, в одном из рейтингов субъектов РФ на 2012 г. по социально-экономическому положению он находится на 11-м месте, по ожидаемой продолжительности жизни – на 52-м месте [Рейтинг социально-экономического положения субъектов РФ 2013]. Согласно данным Пермьстата, в 2011 г. регион занимал 19-е место в России по среднедушевым доходам и расходам населения; 55-е место – по коэффициенту смертности [Статистический ежегодник 2013].

[7] Так, в марте 2013 г. было широко растиражировано не подкрепленное фактами заявление главного кардиолога Москвы о том, что ежегодно россияне тратят более 30 млрд долл. на экстрасенсов, колдунов и т.д. [Россияне тратят $30 млрд 2011]. Также взятым «с потолка» выглядит более раннее заявление депутата Госдумы РФ Татьяны Яковлевой о том, что в стране насчитывается 800 тыс. экстрасенсов [В России объявлена охота на ведьм 2011].

Исследователи этой сферы не раз констатировали, что формулировки вопросов могут быть по-разному интерпретированы респондентами, что снижает их репрезентативность [*Iarskaia-Smirnova, Romanov* 2008; *Stickley, Koyanagi, Richardson, Roberts, Balabanova, McKee* 2013]. Таким образом, для решения нашей задачи – сравнения развития «неформального здравоохранения» в населенных пунктах разного масштаба – мы можем делать лишь предположения о размерах и разнообразии рынков, основываясь на количестве выявленных агентов, их деловой активности и ценах на услуги.

Общая характеристика «неформального здравоохранения»: границы и внутренняя систематизация

Чтобы определить, относятся ли те или иные виды деятельности к предмету исследования, они оценивались по трем направлениям:

– предлагаются ли товары и услуги потребителю как имеющие целебный эффект;
– насколько они интегрированы в официальную медицину;
– насколько они соответствуют действующим правовым нормам Российской Федерации (т.е. признаны государством).

Важность первого критерия определяется тем, что именно целебный эффект делает для пациента равнозначным обращение за помощью в медицинское учреждение или куда-то еще, где ему обещают выздоровление с помощью веры, особых энергий, ресурсов природы, психологического настроя, физических упражнений и много другого. Насколько это ему поможет, зависит от многих факторов, среди которых немаловажную роль играют ожидания больного, рассчитывающего на эффективность этих средств. На таких ожиданиях, по словам Дж. Смита, и основано лечебное воздействие любого плацебо [*Смит* 2011].

Грань между официальным статусом «оздоровительных» (т.е. формально к медицине не имеющих отношения) товаров и услуг и наделением их свойствами медицинских изделий и манипуляций очень тонкая. Она постоянно нарушается под давлением запросов потребителей и рекламных устремлений поставщиков. Например, биологически активные добавки к пище (БАДы), как и обогащенные продукты питания, формально предназначены для восполнения дефицита отдельных витаминов и микроэлементов в организме, а небольшая дозировка витаминов в БАДах исключает какой-либо их терапевтический эффект. Однако реклама БАДов постоянно «соскальзывает» в демонстрацию их целебных свойств даже в отношении тех заболеваний, перед которыми современная медицина бессильна. Практически каждый распространитель оздоровительной продукции, с которым мы общались в ходе нашего исследования, рассказывал о личной или семейной истории избавления от тяжелого хронического недуга с помощью добавок.

Что касается двух других критериев феноменов «неформального здравоохранения», то наиболее просто дело обстоит с теми явлениями, которые медики считают шарлатанством, а государство – правонарушением: целительство колдунов и экстрасенсов, телефонные продажи «чудо-приборов» доверчивым старушкам и т.п. Однако помимо этого в России также распространены услуги, лечебный эффект которых признает медицинская наука, но при этом они оказываются

с нарушением законодательства (например, иглоукалывание или массаж на дому). Какие-то практики, напротив, находятся в правовом поле, но вне зоны компетенции и влияния медиков: журналы «народных советов» по борьбе с болезнями, молебны и другие религиозные ритуалы, направленные на исцеление, и т.д. Степень признания может быть разной, что позволяет выстраивать сложную, многомерную картину этой сферы.

Говоря об официальной медицине, мы имеем в виду мейнстрим западной биомедицины как системы специализированных знаний и практик, отличающихся сугубо материалистическим подходом к природе человека и фокусом на его физиологии. В англоязычной научной литературе применительно к ней широкое распространение получила формулировка «ортодоксальная медицина». Как отмечали Р. Хан и А. Клеймен, в оценке практиков биомедицины и ее пациентов она собственно и воспринимается как просто медицина, а остальные социокультурные модели медицины обозначаются с помощью прилагательных – китайская медицина, восточная медицина и т.д. [*Hahn, Kleinman* 1983, p. 312]. Последние десятилетия задачу придания западной биомедицине б*о*льшей научной обоснованности решает доказательная медицина (*evidence-based medicine*), которая ставит во главу угла подтверждение эффективности тех или иных медицинских вмешательств. Медицинская практика стандартизируется, а приоритет в знаниях отводится результатам рандомизированных контролируемых клинических исследований [*Timmermans, Kolker* 2004; *Sackett, Rosenberg, Gray, Haynes, Richardson* 1996]. Такой акцент на научном знании сужает возможности для признания альтернативных медицинских практик с их холистическим подходом к пониманию человека, особенно их шансы на интеграцию в национальные системы здравоохранения [*Villanueva-Russell* 2005]. Российская, как и ранее советская, медицина развивалась в том же русле, что и западная [*Ярская-Смирнова* 2011].

Соответственно, если выстраивать градацию признания тех или иных методов лечения в официальной медицине, то с одной стороны шкалы будет их полное неприятие, с другой – одобрение доказательной медициной на основе научных исследований. Для методов, взятых из альтернативной медицины и получивших частичное признание, в медицинском профессиональном дискурсе применяется слово «комплементарные». В такой формулировке зафиксирована их вспомогательная, дополняющая, маргинальная роль по отношению к лекарственному или хирургическому лечению, на которое делает ставку ортодоксальная медицина.

Необходимо учитывать, что отношение официальной медицины к тем или иным методам определяется прежде всего корпоративной логикой профессионализации медицинского сообщества, в основе которой лежит закрепленная юридически монополия на знание об организме человека и на манипуляции с ним [*Сакс, Олсон* 2003; *Saks* 2003; *Larkin* 1983; *Berlant* 1975]. Одобрение каких-то способов поддержания здоровья медицинской наукой приводит к тому, что, во-первых, выхолащивается их идейное содержание: например, йога воспринимается как лечебно-оздоровительная физкультура, лишенная духовно-философской составляющей[8]. Во-вторых, медицинские специалисты присваивают себе исключительное право эти методы применять, либо же у врачей появляется функция присматривать

[8] Вот как видит ситуацию один из участников наших интервью, молодой врач-невролог: «Нет, ну почему йога – нетрадиционная? В ней же есть положение растяжек определенное, физические упражнения, дыхательная гимнастика».

за правильным их применением, и в таком случае лечение без участия или надзора врача остается, по мнению медиков, шарлатанством: например, фитотерапия – одобряемый и используемый в официальной медицине метод сопутствующего лечения многих заболеваний. Однако за рамками признания находится травничество, заменяющее медикаментозное лечение, особенно если пациент принимает сборы знахаря-травника или без разрешения врача руководствуется народными советами из журналов о здоровье.

В чем же выражается признание тех или иных методов официальной медициной? В каких случаях можно говорить, что они одобряются? Если ориентироваться на формальные критерии вроде упоминания в научных публикациях, то, на наш взгляд, есть опасность искаженного понимания ситуации. Дело в том, что маркетинговые стратегии некоторых агентов «неформального здравоохранения» построены на создании собственных структур производства и воспроизводства знания и кадров, по внешнему виду схожих с классическими научными процедурами. Эти структуры авторитетны лишь среди своих сторонников, но не признаны научным сообществом в целом. Важную роль здесь играют профессиональные ассоциации, научные журналы, ученые степени и патенты на изобретения. Это характерно как для альтернативной и комплементарной медицины[9], так и для сфер деятельности, которые с точки зрения ортодоксальной медицины являются абсолютным шарлатанством, например, целительства с помощью магии. Следует учитывать и то обстоятельство, что на индивидуальном уровне отношение медицинских профессионалов к альтернативным практикам борьбы с болезнями может быть противоположным: от категорического неприятия до одобрения и активного участия.

Поэтому при определении степени интеграции методов лечения в ортодоксальную медицину приходится использовать плохо измеряемые характеристики, такие как присутствие их в массовой медицинской практике и в клинических руководствах, а также отсутствие имиджа маргинальной области медицинского знания. С учетом того что в нашей стране нормы врачебной деятельности задает государство, а не саморегулируемое профессиональное сообщество, то важным показателем является и упоминание методов в нормативных правовых актах, регламентирующих работу медиков, таких как стандарты лечения и перечни разрешенных видов медицинских услуг. Наконец, значение имеет и собственная позиция сторонников тех или иных методов: противопоставляют ли они себя мейнстриму современной медицины или нет.

Если говорить о третьем критерии феноменов «неформального здравоохранения» – признании со стороны государства, то соответствие правовым нормам также может быть различным. Причем ситуации заметно варьируются в разных странах в зависимости от модели здравоохранения, уровня развития медицинского сообщества и других факторов. Например, в Юго-Восточной Азии традиционная китайская медицина интегрирована в систему здравоохранения, признается и учитывается везде, где обеспечивается медико-санитарная помощь [Стратегия ВОЗ

---

[9] В постсоветской России ключевую роль в «онаучивании» методов, непризнаваемых ортодоксальной медициной, играл ликвидированный в 2009 г. Федеральный научный клинико-экспериментальный центр традиционных методов диагностики и лечения Росздрава России, от имени которого выпускались методические руководства, проводились исследования и т.п. Директор центра А.А. Карпеев также является главным редактором журнала «Традиционная медицина» (http://www.tradmed.ru), который входит в перечень ведущих научных изданий, в которых должны публиковаться соискатели на кандидатские и докторские степени.

в области народной медицины 2002, с. 9–11]. Даже в странах со сходными параметрами (Великобритания, США) официальный статус специалистов альтернативной медицины заметно различается [*Saks* 2003].

В отечественном правовом поле медицина идентифицируется с ортодоксальной биомедициной. Об этом ясно говорит определение понятия «здоровье» в профильном законе «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (№ 323-ФЗ, ст. 2): это «состояние физического, психического и социального благополучия человека, при котором отсутствуют заболевания, а также расстройства функций органов и систем организма». Медицинские услуги и рынок медицинских товаров в РФ жестко регулируются: здесь необходимо получать лицензию, соблюдать особые требования к помещениям и образованию сотрудников, ограничивать рекламу своих товаров и услуг и т.д. Поэтому очень немногие альтернативные агенты в сфере поддержания здоровья соответствуют всем регуляторным требованиям.

При этом несоответствие правовым нормам усиливается тогда, когда практики поддержания здоровья профессионализируются и коммерциализируются. В «неформальном здравоохранении» есть значительный нерыночный пласт, где помощь больным оказывается на уровне соседской или общинной взаимовыручки по принципу «услуга за услугу» либо в обмен на благодарность. Так, в частности, на селе консультируют своих соседей медицинские работники и помогают бабушки-знахарки, они зачастую не осознают эту свою работу как особую профессиональную деятельность. При этом с расширением круга клиентов, установлением фиксированной или рыночной платы за услуги возрастает и вероятность нарушения установленных государством правил.

Основная коллизия состоит в том, что если определенные услуги рекламируются как лечебные, то их должны оказывать медики, а юридическое лицо обязано иметь лицензию на медицинскую деятельность. Если по своей сути это не медицинские, а оздоровительные услуги, то их реклама как лечебных вводит в заблуждение потребителя. Аналогичная ситуация складывается и с продажами товаров для здоровья.

Поэтому можно смело говорить, что «неформальное здравоохранение» в значительной степени относится к неформальной экономике, находящейся вне государственного контроля и учета[10]. Помимо несоответствия законодательству в сфере охраны здоровья, в данной сфере также распространены теневые практики, характерные и для других областей российского предпринимательства: уклонение от уплаты налогов, от ведения и предоставления бухгалтерской и статистической отчетности; бизнес без получения статуса ИП/юридического лица или работа через фирмы-«однодневки»; несанкционированная торговля; браконьерство и т.д.

У контрольных органов нет достаточных ресурсов, чтобы выявлять и пресекать такую деятельность, поэтому они предпочитают закрывать глаза на нарушения, если нет прямых жалоб со стороны потребителей. Показательна ситуация с регулированием розничной торговли биологически активными добавками.

---

[10] Под неформальной экономикой в данном случае понимается «многообразие качественно разнородных видов деятельности, объединенных дистанцией, полной или частичной, от государственного регулирования и статистического учета» [*Барсукова* 2003, с. 23]. Отметим, что помимо коммерческой деятельности рыночных агентов, нарушающих правовые нормы, сферу «неформального здравоохранения» в значительной степени конституируют практики борьбы с болезнями, которые можно отнести к экономике дара или домашней экономике (помимо уже упомянутой безвозмездной помощи сельских целителей, это обмен рецептами и советами, деятельность неформальных «групп здоровья» для пенсионеров и представителей оздоровительных учений, заготовка лекарственных растений для своих нужд и т.д.).

Согласно СанПиН 2.3.2.1290-03 «Требования к обороту БАД к пище», правонарушением являются продажи БАДов в интернет-магазинах, сетевое распространение (через знакомых), на выездных ярмарках, в магазинах промышленных товаров или даже в супермаркетах, где нет специальных секций или отделов. Для противодействия этим нарушениям у Роспотребнадзора есть два инструмента: плановые ревизии и проверки по обращениям граждан. Первые проводятся только в аптечных учреждениях, а потому никак не влияют на теневые продажи. Число вторых ничтожно мало, поскольку граждане редко жалуются в контрольные органы, даже если у них есть претензии к продавцам добавок: так, по данным Пермского ТУ Роспотребнадзора, в год к ним поступает лишь 2–3 таких жалобы.

Так или иначе, при использовании выбранных критериев видно, что границы между изучаемой сферой и собственно системой здравоохранения очень зыбкие и ситуационно обусловлены. Поэтому целостное описание «неформального здравоохранения» невозможно без анализа пограничных зон. Деятельность отдельных институтов становится неформальной в некоторых случаях, когда они, подстраиваясь под запросы потребителей, начинают выполнять несвойственную им функцию. Например, аптечные учреждения превращаются в агентов «неформального здравоохранения» в тот момент, когда провизоры подменяют врачей, назначая те или препараты по описанным посетителем симптомам. По словам сотрудников аптек, проинтервьюированных в ходе полевых работ в Пермском крае (30 чел.), на клиентов, которые приходят к ним за консультацией вместо визита в поликлинику, приходится от четверти до половины всех посетителей.

Также необходимо учитывать изменения во времени, которые претерпевала государственная политика в отношении допуска методов, альтернативных классической биомедицине, в разрешенную медицинскую практику. Так, в первом перечне лицензируемых видов медицинской деятельности в постсоветской России был отдельный раздел «Традиционная медицинская деятельность», позднее переименованный в «традиционную (народную) медицину» [Приказ Минздравмедпрома РФ 1996]. В приложении к нему перечислялись все известные на тот момент альтернативные методы диагностики и лечения (начиная от гомеопатии и гирудотерапии и заканчивая «воздействием “концентраторами” и “трансформаторами” космической энергии»). Фактически этот документ максимально широко распахивал двери медицинских учреждений для альтернативной медицины. Такие правовые нормы на тот момент выглядели естественно на фоне резкого всплеска интереса россиян к паранормальным явлениям [*Романов, Ярская-Смирнова* 2007] и активного продвижения альтернативных методов, маргинализированных в СССР, в профессиональной медицинской периодике [*Ярская-Смирнова* 2011].

С 2002 г. в нормативных актах по лицензированию уже разделяют мануальную терапию, рефлексотерапию, медицинский массаж и «методы традиционной медицины» без дифференциации внутри последних [Приказ Минздрава РФ 2002; Постановление Правительства РФ 2007]. Наконец, в последнем перечне работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность, «традиционная медицина» вообще не упоминается [Постановление Правительства РФ 2012]. В детализированной номенклатуре медицинских услуг, подготовленной Минздравсоцразвития РФ в конце 2011 г., также отсутствует какое-либо специальное выделение услуг традиционной или народной медицины. Рубрикация услуг там построена строго в духе биомедицины [Приказ Минздравсоцразвития РФ 2011]. Таким образом, у врачей, специализирующихся на оказании в медицинских учреждениях

услуг гирудотерапии, апитерапии, гомеопатии, биорезонансной терапии, изменяется статус. Фактически с середины 2000 гг. мы наблюдаем последовательное стремление государства к размежеванию официальной и альтернативной/традиционной медицины.

С учетом всех нюансов в определении границ «неформального здравоохранения» внутренняя систематизация феноменов данной сферы может быть, на наш взгляд, введена только для удобства описания в рамках исследования, с целью чего мы выделяем пять основных сегментов в зависимости от основного продукта, который предлагается потребителю: произведенная продукция, природные средства, идеи/учения, услуги и информация (*таблица 1*).

Таблица 1. **Сегменты «неформального здравоохранения»**

Сегмент	Основные направления деятельности агентов
Производство и распространение товаров для здоровья	• Производство БАДов, «оздоровительных» приборов, одежды, бальзамов и т.п. • Сетевой маркетинг товаров для здоровья. • Специализированная и выездная торговля товарами для здоровья.
Сбор и распространение природных оздоровительных средств	• Собирательство и выращивание лекарственных растений, их реализация. • Разведение пчел и реализация продуктов пчеловодства. • Охотничьи промыслы и реализация дериватов животных (барсучий жир, медвежья желчь, струя кабарги и т.д.).
Оказание лечебных услуг	• Услуги, основанные на сверхъестественных способностях лекаря, которым современная наука не дает объяснения (целители, экстрасенсы, мастера Рейки, костоправы и т.д.). • Услуги комплементарной и альтернативной медицины (КАМ), оказываемые на базе медицинских учреждений или в частном порядке (гомеопатия, гирудотерапия, биорезонансная терапия и др.). • Лицензируемые услуги КАМ, монополизированные медиками (мануальная терапия, рефлексотерапия, медицинский массаж). • Услуги частных психологов и психотерапевтов, которые подменяют медикаментозное лечение заболеваний как физических, так и психических.
Религиозные практики и оздоровительные учения	• Участие религиозных объединений в поддержании здоровья своих членов (духовная помощь при болезнях, правила здорового образа жизни, методики избавления от недугов). • Восточные оздоровительные практики, которые приобрели относительную самостоятельность от религиозных движений (йога, цигун и др.). • Авторские учения, движения и школы, в центре которых находятся вопросы поддержания здоровья («системы оздоровления организма» и т.п.).
Предоставление информации о способах поддержания здоровья	• Производство и распространение печатных изданий о здоровье (книжное дело, СМИ, розничная торговля печатной продукцией, подписка, библиотеки). • Теле- и радиопередачи о здоровье. • Интернет-сайты медицинской и околомедицинской тематики. • Посредничество между потребителями и агентами «неформального здравоохранения» (организация «оздоровительного» туризма и др.).

Такое сегментирование в значительной степени условно, поскольку одни и те же агенты «неформального здравоохранения» нередко предлагают своим потребителям товары и услуги разной природы. Преимущество данного подхода, на наш взгляд, состоит в том, что он позволяет увидеть, насколько разнопланова деятельность этих агентов и как они коммуницируют друг с другом.

Скажем, основная функция компаний сетевого маркетинга (*MLM – multi-level marketing*) – продажа товаров для здоровья. Однако вокруг этой торговли выстраивается цельная система, альтернативная государственной системе здравоохранения. В ней есть своя диагностика патологий организма, свои консультанты, заменяющие врача: медики или люди без специального образования, но считающие себя компетентными в вопросах медицины, поскольку «*собаку на этом съели»*. Некоторые дистрибьюторы формируют на базе своих офисов целые клиники альтернативной медицины. В сетях распространителей идет активный обмен информацией о методах лечения и идеях оздоровления. Наконец, в своей рекламной активности MLM-компании подменяют профилактическую работу медицинских учреждений и создают свой рынок печатной продукции о здоровье.

«Неформальное здравоохранение» в населенных пунктах разного масштаба и факторы его развития: результаты эмпирических исследований в Пермском крае

Гипотетически развитие «неформального здравоохранения» определяется востребованностью входящих в данную сферу товаров и услуг и возможностями их предоставления. Востребованность зависит от состояния системы здравоохранения и здоровья населения, от культурных и мировоззренческих установок людей, в силу которых они не доверяют официальной медицине, а также, если речь идет о коммерческих практиках, от уровня доходов людей, позволяющих им инвестировать свое время и деньги в поддержание здоровья. Возможности в свою очередь связаны с наличием специфических природных и иных ресурсов, на базе которых могут работать агенты «неформального здравоохранения» (целебные источники, лекарственные дикоросы, социальная инфраструктура, например, физкультурно-оздоровительные учреждения и т.д.). Связаны ли эти факторы с размерами и административным статусом населенных пунктов?

Наиболее четкая зависимость прослеживается в отношении доступности официальной медицины, поскольку распределение ресурсов в российской системе здравоохранения идет в соответствии с административно-территориальной структурой страны. Чем меньше населенный пункт, тем меньше у его жителей возможностей для получения специализированной медицинской помощи, включая консультации узких специалистов и диагностических обследований [*Бурдяк, Селезнева, Шишкин* 2008; *Черкашина* 2014]. Официальная статистика говорит о существенной разнице в ресурсном обеспечении здравоохранения. В частности, в Пермском крае разница в некоторых показателях за 2012 г. между региональной столицей и обследуемыми сельскими районами была очень заметной: обеспеченность больничными койками на 10 тыс. чел. – почти в 3 раза, численность врачей на 10 тыс. чел. – в 3–4 раза [Здравоохранение в Пермском крае 2013]. Добавим, что аптеки в сельской местности можно встретить лишь в крупных населенных пунктах, а круглосуточные аптечные пункты работают только в городах.

Ситуация с состоянием здоровья населения, уровнем доходов и развитием социальной инфраструктуры также в целом более благоприятна в крупных населенных пунктах (хотя здесь могут быть исключения, связанные с особой экологической ситуацией или депрессивной экономикой территории). О состоянии

здоровья наглядно говорят демографические показатели. Согласно данным Росстата, последние десятилетие разница в ожидаемой продолжительности жизни при рождении у городского и сельского населения в РФ составляла более двух лет. В Прикамье эта разница еще больше, чем в среднем по России: на 2012 г. – 3,41 года против 2,22 лет [ЦБСД Росстата 2014]. Доступный по обследованным муниципалитетам Пермского края показатель смертности трудоспособного населения от всех причин на 100 тыс. чел. также показывает существенную разницу между краевым центром и сельскими районами [Здравоохранение в Пермском крае 2013]. Что касается уровня доходов населения, то в Пермском крае разница в среднемесячной номинальной зарплате работников крупных, средних предприятий и НКО за 2012 г. между сельскими территориями и региональной столицей была примерно в два раза [Статистический ежегодник Пермского края 2013].

Физкультурно-оздоровительная инфраструктура, на базе которой могут развиваться услуги «неформального здравоохранения», также более развита в городах. Это касается в первую очередь частных фитнес-центров, салонов красоты, спортивных клубов, бассейнов и за некоторыми исключениями – муниципальных ресурсов (физкультурно-оздоровительные комплексы и т.п.). Например, в Перми мы насчитали более 70 фитнес-центров, где за плату может заниматься любой желающий. В обследованных средних городах их не более десятка. В сельских же районах частная индустрия фитнеса, не рассчитанная на туристов, вообще отсутствует; за здоровый образ жизни здесь отвечают (в меру своих финансовых возможностей) исключительно местные власти.

Наиболее сложно в нашем случае определить, как связаны особенности мировоззрения людей, стимулирующие обращение к альтернативным практикам поддержания здоровья (религиозность, доверие к эзотерическому знанию и скептицизм в отношении современной науки) с типом населенных пунктов. Доступные данные всероссийских социологических опросов не позволяют говорить о существенной разнице в религиозности жителей села и городов. Также нет четкого тренда на снижение или укрепление веры в сверхъестественные явления, отвергаемые наукой, в поселениях разного масштаба (см.: [Курьер 2009–07 2009; Курьер 2011–03 2011; Традиционная и нетрадиционная медицина 2002]). Различия есть в уровне образования населения. По данным Всероссийской переписи населения-2010, доля людей с высшим образованием в городах существенно выше, чем в сельской местности: 22,4% против 9,2% [Социально-демографический портрет России 2012]. Однако наличие высшего образования, на наш взгляд, само по себе не обуславливает скептицизм в отношении недоказанных методов лечения, напротив, как показало исследование в Пермском крае, среди агентов и клиентов «неформального здравоохранения» довольно много представителей научно-технической интеллигенции, педагогов и медиков. Таким образом, принимая во внимание гипотетическую значимость мировоззренческих установок людей для развития «неформального здравоохранения», мы не можем напрямую подтвердить или опровергнуть ее в эмпирическом исследовании при выбранной методике, где сравнивается ситуация в разных населенных пунктах.

Наконец, наличие особых природных ресурсов (лечебные грязи и минеральные источники, религиозные символы, которым приписывается целебная сила, а также природные аномалии) само по себе не зависит от размера и статуса населенных пунктов. Поэтому мы брали для сравнения поселения схожего масштаба, где отсутствуют и присутствуют такие ресурсы.

В целом на основании собранного эмпирического материала в Пермском крае можно говорить о том, что масштабы «неформального здравоохранения» и разнообразие видов деятельности по предоставлению оздоровительных товаров и услуг возрастают в городской среде по сравнению с сельской местностью. В первую очередь речь идет о коммерческих практиках. Это опровергает наше первоначальное предположение о том, что плохая доступность официальной медицинской помощи является одним из основных стимулов развития изучаемой среды.

Таблица 2. **Некоторые агенты «неформального здравоохранения» в обследованных населенных пунктах Пермского края (обобщенные данные)**

Поставщики услуг и товаров «неформального здравоохранения»	Пермь (1 млн чел.)	Города (<50 тыс. чел.)	Райцентры (>10 тыс.)	Центр сельского поселения (>3 тыс. чел)	Н.п. в составе сельского поселения (>500 чел.)
MLM-компании товаров для здоровья (наименований)	не менее 35	7–10	3–5	0–1	0
Центры (клиники) альтернативной медицины	не менее 10	1–2	0	0	0
Люди, лечащие с помощью паранормальных способностей/явлений (целители, костоправы, экстрасенсы)	не менее 35	4–7	2–5	0–2	0–2
Массажные кабинеты/ салоны	около 30	5–7	0–1	0–1	0
Места, где регулярно проводятся занятия йогой	не менее 55	2–4	0	0	0
Объединения вокруг оздоровительных и эзотерических учений	не менее 15	2–5	0–2	0	0
Точки торговли литературой и прессой о здоровье	<200 газетных киосков, <60 книжных магазинов, 65 почтовых отделений	8–10 почтовых отделений, до 15 киосков, 3–5 книжных магазинов	1 магазин, 1–3 киоска, 1–2 почтовых отделения	1 почтовое отделение	0

В *таблице 2* представлены средние цифры количества некоторых агентов «неформального здравоохранения» и площадок для их деятельности, которые мы зафиксировали в ходе полевых работ в обследованных населенных пунктах.

Наибольшие масштабы и диверсификация коммерческих практик наблюдаются в региональном центре, где состояние государственной системы здравоохранения существенно лучше, чем в других населенных пунктах края. Это касается всех сегментов «неформального здравоохранения», которые мы выделяем. Так, в сфере торговли немедицинскими товарами, которым приписывается целебная сила, в Перми работает гораздо больше агентов, чем в других обследованных населенных пунктах. Мы насчитали более пятидесяти компаний, работающих постоянно. Только одних MLM-компаний, занимающихся сетевым распространением

оздоровительной продукции, обнаружено тридцать пять. Многие из них, помимо сети независимых дистрибьюторов, работают через дилерские центры, консультационные офисы, выставочные залы и постоянные специализированные отделы в крупных торговых центрах. Таких центров может быть в городе до десяти и более.

Наиболее разнообразны в крупном городе и каналы продаж: помимо точек продаж сетевых компаний, есть Интернет-магазины и мелкие лавочки товаров для здоровья от разных производителей, обслуживающих городскую моду на здоровый образ жизни в разных ее вариациях. Присутствует и выездная торговля в некоторых дворцах культуры, на центральном городском рынке или организованных выставках-ярмарках.

В сельской местности круг торговцев БАДами и другой оздоровительной продукцией резко сужается. В райцентрах не последнюю роль в «неформальном здравоохранении» играют «гастролеры» – приезжающие раз в неделю, в месяц или в полгода торговцы целебными средствами, оздоровительными устройствами, слуховыми аппаратами. В небольших селах и деревнях они регулярно не появляются, видимо, потому, что нет достаточного количества потребителей. Исключение составляют лишь заезжие продавцы портативных физиотерапевтических устройств, которые обходят дома в деревнях.

В крупном городе более заметно и развитие лечебных услуг, которые оказываются больным с помощью паранормальных способностей и явлений, а также методов традиционной (альтернативной) медицины. Мониторинг рекламных объявлений показал, что в Перми оказывают коммерческие услуги не менее 35 экстрасенсов, целителей и магов. Также здесь работает не менее десятка известных бабушек-знахарок. В обследованных средних городах и районных центрах насчитывается от двух до семи известных знахарей, которые помогают больным с помощью заговоров, магических ритуалов или собственных методик мануальной терапии и остеопатии. Некоторые виды альтернативной медицины, например, гомеопатия, из всех обследованных поселений есть только в Перми. Увлечение восточными оздоровительными практиками и нетрадиционными духовными учениями с оздоровительной компонентой – также сугубо городской феномен.

Благодаря телевидению и Интернету рынок информации о способах поддержания здоровья, обслуживающий массовые практики самолечения, сегодня является общероссийским, что выравнивает различия между селом и городом, однако сегмент печатной продукции более развит в городах и по числу торговых точек, и по ассортименту литературы на темы здоровья в книжных магазинах и церковных лавках.

В сельской местности дефицит информации компенсируют муниципальные библиотеки, на базе которых действуют клубы здоровья и общения. Именно там местные жители (в основном, пенсионерки) знакомятся с авторскими методиками оздоровления, ищут рецепты народной медицины и обмениваются ими. Ситуацию здесь можно резюмировать цитатой из интервью с библиотечным работником: «*...для бабушек нетрадиционная медицина на 100% продвигается через обзоры периодических изданий в таких вот клубах»*.

Пожалуй, единственная сфера, которая более развита в сельской местности, – сбор природных оздоровительных средств, но распространение и потребление лекарственных трав и других даров природы здесь носит в основном ситуационный характер. Людей, профессионально занимающихся травничеством, лечением с помощью продуктов пчеловодства или дериватов животных, – буквально единицы на муниципальный район.

Наиболее интересной оказалась ситуация в городах с населением 50–70 тыс. чел. (Кунгур, Лысьва, Чусовой). Такие места становятся центрами рынков «неформального здравоохранения», обслуживающих близлежащие сельские районы. Например, распространители БАДов из Кунгура ездят в соседние райцентры, где торгуют на центральном (бывшем колхозном) рынке либо работают через знакомых. С другой стороны, сюда приезжают сельские жители, чтобы продать продукты пчеловодства и другие природные оздоровительные средства в местах несанкционированной уличной торговли. Кроме того, такие города включаются в маршруты «гастролирующих» специалистов альтернативной медицины, распространителей учений и идей, продавцов целебных бальзамов и аппаратов. Обычно они дают рекламные объявления не только в местной газете, но и в «районках» соседних территорий, чтобы привлечь внимание сельских жителей. Наконец, здесь появляются единичные представители практик поддержания здоровья и оздоровительных услуг, «экспортированных» из крупных городов: делаются попытки открытия «дочек» эзотерических центров из Перми, организуются семинары индийских астрологов или лекции протестантских проповедников-целителей и так далее.

Анализ ситуации в обследованных поселениях позволяет говорить, что состояние здоровья населения незначительно влияет на развитие «неформального здравоохранения», за исключением одной сферы – алкогольной и наркотической зависимости. Здесь рынок чутко реагирует на потребности населения и недостаток качественной медицинской помощи, предлагая самые разные варианты избавления от алкоголизма и пристрастия к наркотикам. В сельской местности, где актуальна проблема пьянства, работают целители, причем география их клиентов не ограничивается населенным пунктом или районом. Например, жители Кунгурского, Кишертского и Суксунского районов ездят к целительнице из Суксуна, которая лечит «бесконтактным массажем по методу Джуны», а жители Лысьвы и Чусового – за 100 км в поселок Промыслы Горнозаводского района, где живет известная бабушка Мария.

Круг специалистов в городах, к которым обращаются за кодированием, включает также психотерапевтов-«гастролеров», которые раз в месяц арендуют помещение в местных учреждениях культуры или образования, в основном они приезжают из Перми. Некоторые специализируются только на работе с зависимостями, другие берутся за широкий круг психологических проблем (заикание и т.д.). Как правило, они работают без лицензии на медицинскую деятельность в сфере наркологии или психиатрии.

Избавление от наркотической зависимости обещают различные некоммерческие реабилитационные центры, большинство которых на обследованных территориях основаны пятидесятническими или неопятидесятническими религиозными общинами, причем рост численности общин идет как раз за счет посетителей таких реабилитационных центров.

Завершая сравнение ситуации в населенных пунктах различного масштаба, остановимся на значении особых природных и культурных ресурсов, привлекающих иногородних. Материал, собранный в Прикамье, свидетельствует, что этот фактор заметно стимулирует развитие «неформального здравоохранения». Даже если сами ресурсы не имеют отношения к медицине, на их базе возникают рассчитанные на туристов предложения оздоровительных товаров и услуг, как это было можно наблюдать в селе Молебка Кишерского района (рядом находится место, куда, по мнению уфологов, прилетали инопланетяне) или в Кунгуре (где располо-

жен известный природный памятник Кунгурская ледяная пещера). Такую же роль играют и места религиозного поклонения.

Спрос на религиозное чудо как способ решения проблем со здоровьем в российском православии сегодня удовлетворяют главным образом монастыри, где находятся привлекающие паломников святыни, к которым чаще всего адресованы просьбы верующих об исцелении. Помимо духовной помощи больным, монастыри являются активными участниками и другого сегмента «неформального здравоохранения»: они производят и продают оздоровительные средства на основе лекарственных растений и продуктов пчеловодства (травяные сборы, мази, масла и настойки). Такая кустарная «фармацевтика» освящена, но полностью исключена из государственной системы контроля качества и безопасности продукции. Данная тема заслуживает отдельного изучения. Отметим лишь, что производство и сбыт товаров для здоровья как часть экономики религиозных объединений характерны не только для православия, но для других религиозных институтов, в том числе тех, кого РПЦ считает сектами.

Заключение

Зафиксируем основные результаты пилотного эмпирического исследования и связанных с ним теоретических построений, которые, на наш взгляд, заслуживают дальнейшей разработки.

Для понимания того, кто и как обслуживает запрос населения на решение проблем со здоровьем помимо системы медико-санитарной помощи, мы предложили использовать метафору «неформальное здравоохранение», в котором можно выделить ядро нелегальных и опасных (с точки зрения ортодоксальной медицины) практик, а также промежуточные зоны, более или менее близко расположенные к официально признанной медицинской или оздоровительной деятельности. Границы между этой сферой и обычным здравоохранением подвижны и часто оказываются ситуативно обусловлены, в том числе эволюцией законодательства или жизненными обстоятельствами отдельных поставщиков товаров и услуг по поддержанию здоровья. В «неформальном здравоохранении» можно обнаружить и отдельные организационные поля, например, вокруг компаний сетевого маркетинга оздоровительных средств, которые стремятся сформировать на своей базе полноценную замену медицинским учреждениям.

Все многообразие способов управления здоровьем в рамках «неформального здравоохранения» имеет свое выражение во временных, денежных и иных затратах. Их масштабы скрыты от властей, поскольку не отражаются в системе статистического учета. Соответственно, они не учитываются при разработке и реализации здравоохранительной политики в стране, хотя фактически «неформальное здравоохранение» обслуживает часть невыполненных социальных обязательств государства. Здесь складываются и отдельные теневые рынки слуховых аппаратов, различных оздоровительных приборов, лекарственных трав, услуг «гастролирующих» психотерапевтов и так далее.

Как показал проект в Пермском крае, направленный на выявление и детализированное описание феноменов «неформального здравоохранения» в населенных пунктах разного масштаба, города являются более благоприятной средой для

развития этой сферы, чем сельская местность. Исключение составляют поселения с особыми ресурсами, обеспечивающими постоянный поток приезжих. На селе отсутствие предложений со стороны агентов «неформального здравоохранения» или недоверие к ним приводят к тому, что значительное число людей предпочитает никак не решать свои проблемы со здоровьем. Частично невозможность получить качественные медицинские услуги в своем населенном пункте люди компенсируют самолечением при помощи рецептов народной медицины, почерпнутых из популярной прессы, и аптечных лекарств, обращением к знахаркам и религиозным организациям. В городской среде спектр способов поддержать здоровье, альтернативных визиту к врачу, гораздо шире – на любой вкус (включая идеологические и религиозные убеждения) и кошелек: свои услуги предлагают центры восточных оздоровительных практик, клиники альтернативной медицины, разнообразные духовные учителя и многие другие агенты.

Однако нельзя утверждать, что уровень доходов граждан и размер населенного пункта напрямую стимулируют развитие «неформального здравоохранения». Можно предположить, что последнее зависит от наличия критической массы людей с определенным мировоззрением и образом жизни – столкнувшихся с неэффективностью системы здравоохранения, ценящих свое здоровье, находящихся в самостоятельном поиске иных скрытых знаний и увлекающихся эзотерикой. Они являются одновременно активными потребителями и поставщиками товаров и услуг «неформального здравоохранения». Такие люди есть везде: в маленьком селе они, например, объединяются в «группу здоровья» при местном клубе или библиотеке, однако в крупном городе их объективно больше.

Наконец, пилотное эмпирическое исследование продемонстрировало, что реальная картина существенно расходится с бытующими в СМИ и в общественном сознании представлениями об альтернативах системе здравоохранения. Там, где воображение рисует магов или мошенников, обнаруживаются обыденные практики, которые не воспринимаются их участниками как нечто альтернативное.

Литература

Барсукова С.Ю. (2003) Неформальная экономика: понятие, структура // Экономическая социология. Т. 4. № 4. С. 15–36.

Бурдяк А.Я., Селезнева Е.В., Шишкин С.В. (2008) Различия в доступности медицинской помощи для населения России // SPERO. № 8. С. 135–158.

В России объявлена охота на ведьм (2011) // Московский комсомолец. 5.04.2011 // http://www.mk.ru/politics/russia/article/2011/04/04/578224-v-rossii-obyavlena-ohota-na-vedm.html

Волкова О.А. (2007) Целители как специфическая социальная группа // Социологические исследования. № 3. С. 86–88.

Здравоохранение в Пермском крае (2013). Статистический сборник. Пермь: Территориальный орган Федеральной службы государственной статистики по Пермскому краю (Пермьстат).

Карпеев А.А., Киселева Т.Л. (2003) Лицензионные требования и условия работ и услуг по применению методов традиционной медицины. Методические указания. М.: Федеральный научный клинико-экспериментальный центр традиционных методов диагностики и лечения Минздрава России // http://www.gommed.ru/litsenzionnye-trebovaniya-i-usloviya-rabot-i-uslug-po-primeneniyu-metodov-traditsionnoj-meditsiny.html

Кордонский С. Г., Плюснин Ю. М., Крашенинникова Ю. А., Тукаева А. Р., Моргунова О. М., Ахунов Д. Э., Бойков Д. В. (2011) Российская провинция и ее обитатели (опыт наблюдения и попытка описания) // Мир России. Т. 20. № 1. С. 3–33.

Кошкарова И.В. (ред.) (2012) Система поддержания здоровья в современной России. Сборник статей и материалов полевых исследований. М.: Страна Оз.

Колонуто А.Е., Крашенинникова Ю.А. (2012) Целители на селе: образ жизни и роль в местном сообществе // Крестьяноведение. Теория. История. Современность. Ученые записки. Выпуск 7. М.: Дело. С. 361–374.

Курьер 2009–07 (2009). Результаты всероссийского опроса общественного мнения // Левада-Центр // http://sophist.hse.ru

Курьер 2011–03 (2011). Результаты всероссийского опроса общественного мнения // Левада-Центр // http://sophist.hse.ru

Пекинская декларация (2008) // Конгресс ВОЗ по народной медицине. Пекин, 8 ноября 2008 года // http://www.who.int/medicines/areas/traditional/TRM_BeijingDeclarationRU.pdf

Постановление Правительства РФ (2007) «Об утверждении Положения о лицензировании медицинской деятельности» от 22.01.2007 № 30 // Российская газета. 31.01.2007.

Постановление Правительства РФ (2012) «О лицензировании медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра “Сколково”)» от 16.04.2012 № 291 // Российская газета. 24.04.2012.

Приказ Минздрава РФ (2002) «Об организации лицензирования медицинской деятельности» от 26.07.2002 № 238 // Российская газета. 23.10.2002.

Приказ Минздравмедпрома РФ (1996) «Об утверждении временного перечня видов медицинской деятельности, подлежащих лицензированию в Российской Федерации» от 01.07.1996 № 270 // Здравоохранение, № 8. .

Приказ Минздравсоцразвития РФ (2011) «Об утверждении номенклатуры медицинских услуг» от 27.12.2011 № 1664н // Российская газета. 8.02.2012.

Рейтинг социально-экономического положения субъектов РФ. Итоги 2012 года (2013) // РА «Рейтинг» // http://riarating.ru/infografika/20130610/610567256.html

Романов П., Ярская-Смирнова Е. (2007) Социальное как иррациональное? (Диагнозы 1990 года) // Новое литературное обозрение. № 3. С. 205–226.

Россияне тратят $30 млрд на колдунов и экстрасенсов (2013) // Interfax.ru. 20.03.2013 // http://www.interfax.ru/russia/296568

Садыков Р.А. (2013) Практики и перспективы профессионализации гомеопатии в России // Романов П.В., Ярская-Смирнова Е.Р. (ред.) Профессии социального государства. М.: Вариант, ЦСПГИ. С. 116–136.

Сакс М., Олсоп Дж. (2003) Социология профессий: государство, медицина и рынок в Великобритании // Мансуров В.А. (ред.) Профессиональные группы интеллигенции. М.: ИС РАН. С. 79–104.

Сало Е.П. (2008) Опыт изучения социального статуса специалистов традиционной медицины // Социология: 4М. № 26. С. 139–167.

Самарская Т.А., Тепер Г.А. (2007) Альтернативная медицина российской провинции // Журнал исследований социальной политики. Т 5. № 1. С. 87–103.

Скотт Р. (2007) Конкурирующие логики в здравоохранении: профессиональная, государственная и менеджериальная // Экономическая социология. Т. 8. № 1. С. 27–44.

Смит Дж. (2011) Псевдонаука и паранормальные явления: Критический взгляд. М.: Альпина нон-фикшн.

Социально-демографический портрет России (2012). По итогам Всероссийской переписи населения 2010 года. Федеральная служба государственной статистики. М.: Статистика России.

Статистический ежегодник Пермского края (2013). Статистический сборник. Пермь: Территориальный орган Федеральной службы государственной статистики по Пермскому краю (Пермьстат).

Стратегия ВОЗ в области народной медицины, 2002–2005 гг. (2002) (WHO/EDM\TRM/2002.1) // Всемирная организация здравоохранения // http://www.who.int/publications/list/who_edm_trm_2001_1/ru

Традиционная и нетрадиционная медицина (2002). Отчет об опросе населения от 25.07.2002 // Фонд «Общественное мнение» // http://bd.fom.ru/report/cat/beruf/doc/dd022932
ЦБСД Росстата (2014) [Центральная база статистических данных Федеральной службы государственной статистики] // http://cbsd.gks.ru
Черкашина Т. Ю. (2014) Оценка неравенства населения по потреблению медицинских услуг. // Ясин Е.Г. (ред.) XIV Апрельская международная научная конференция по проблемам развития экономики и общества: в 4-х книгах. Книга 3. М.: ВШЭ. С. 718–729.
Ярская-Смирнова Е.Р. (ред.) (2011) Традиционная медицина: политика и практика профессионализации. М.: Вариант, ЦСПГИ.
Berlant J.L. (1975) Profession and Monopoly: A Study of Medicine in the United States and Great Britain. Berkeley: University of California Press.
Brown J.V., Rusinova N.L. (2002) "Curing and Cripping": Biomedical and Alternative Healing in Post-Soviet Russia // Annals of the American Academy of Political and Social Science, vol. 583, pp. 160–172.
Hahn R., Kleinman A. (1983) Biomedical Practice and Anthropological Theory: Framework and Directions // Annual Review of Anthropology, vol. 12, pp. 305–333.
Iarskaia-Smirnova E., Romanov P. (2008) Culture Matters: Integration of Folk Medicine in Health Care in Russia // Kuhlmann E., Saks M. (eds.) Rethinking Professional Governance: International Directions in Health Care. Bristol: The Policy Press, pp. 141–154.
Larkin G. (1983) Occupational Monopoly and Modern Medicine. Tavistok Publications. London and N-Y.
Sackett D.L, Rosenberg W., Gray M., Haynes B., Richardson S. (1996) Evidence Based Medicine: What It Is and What It Isn't // British Medicine Journal, vol. 312, no 7023, pp. 71–72.
Saks M. (2003) Orthodox and Alternative Medicine: Politics, Professionalization, and Health Care. London: Sage.
Stickley A., Koyanagi A., Richardson E., Roberts B., Balabanova D., McKee M. (2013) Prevalence and Factors Associated with the Use of Alternative (Folk) Medicine Practitioners in 8 Countries of the Former Soviet Union // BMC Complementary and Alternative Medicine, 13:83.
Timmermans St., Kolker E.S. (2004) Evidence-Based Medicine and the Reconfiguration of Medical Knowledge // Journal of Health and Social Behavior, vol. 45, pp. 177–193.
Villanueva-Russell Y. (2005) Evidence-Based Medicine and its Implications for the Profession of Chiropractic // Social Science & Medicine, no 60, pp. 545–561.

"Informal Healthcare" in Modern Russia and Its Developmental Factors —Evidence from a Pilot Study

Yu. KRASHENINNIKOVA*

***Yulia Krasheninnikova** – Expert, Laboratory for Local Administration, Higher School of Economics; Associate Professor, Department of Management, Higher School of Economics (HSE Campus in Perm). Address: 20, Myasnitskaya St., Moscow, 101000, Russian Federation. E-mail: decrua@gmail.com

Citation: Krasheninnikova Yu. (2015) "Informal Healthcare" in Modern Russia and Its Developmental Factors —Evidence from a Pilot Study. *Mir Rossii*, vol. 24, no 4, pp. 99–122 (in Russian)

Abstract

There are various economic agents providing goods and services for health and healing practices in contemporary Russia outside orthodox medicine. The author defines this sphere as "informal healthcare" which is functionally replacing the network of public healthcare organizations and institutions, but lacks inner coherence or a fixed structure. This sphere is wider than what is implied by "alternative medicine". It also includes non-medical social institutions offering services which substitute for traditional appointments with doctors (such as religious organizations, pharmacies, the mass media). In "informal healthcare" different types of products are supplied to consumers: manufactured goods, natural remedies, services, ideas and doctrines, and information and knowledge.

We use three criteria to match empirical references (different phenomena or practices) with the object of study: 1) the emphasis on the therapeutic effect of products and services; 2) the degree of recognition by orthodox medicine; 3) the degree of recognition by the Russian legal framework. Within this framework "informal healthcare" appears as a heterogeneous system, the core of which comprises illegal activities and practices on the border of legal medical or health-provision services. The boundaries between this sphere and public healthcare system are flexible. In particular, they depend on the state of the legal framework and the circumstances surrounding its agents.

The article presents the results of a pilot sociographic study of "informal healthcare" in the Perm region. The data was collected through in-depth interviews and observations in towns and villages of different sizes. The study revealed that "informal healthcare" tends to flourish in bigger towns, rather than small settlements. This is somewhat counter-intuitive, since public health services in urban areas are known to be better than in the countryside. Presumably, one of the key factors stimulating demand for informal healthcare is not the quality of medical services and health facilities, but the presence of a certain number of people with specific systems of beliefs and attitudes towards health. These people are both active consumers and suppliers of goods and services in informal healthcare. An exception are settlements, which have special natural or other resources (healing springs, holy items and places, geographic anomalies) which attract tourists. "Informal healthcare" markets which focus specifically on visitors emerge from these resources, even if these resources have nothing to do with orthodox medicine.

Keywords: healthcare, complementary and alternative medicine, traditional (folk) medicine, informal economy, self-treatment, health products, health policy

References

Barsukova S. (2003) Neformal'naya ekonomika: ponyatie, struktura [Informal Economy: Concepts, Structure]. *Ekonomicheskaya sotsiologiya*, vol. 4, no 4, pp. 15–36.

Berlant J.L. (1975) *Profession and Monopoly: A Study of Medicine in the United States and Great Britain*, Berkeley: University of California Press.

Brown J.V., Rusinova N.L. (2002) "Curing and Cripping": Biomedical and Alternative Healing in Post-Soviet Russia. *Annals of the American Academy of Political and Social Science,* vol. 583, pp. 160–172.

Burdyak A., Selezneva E.V., Shishkin S.V. (2008) Razlichiya v dostupnosti meditsinskoi pomoshchi dlya naseleniya Rossii [Differences in Access to Healthcare for the Population of Russia]. *SPERO. Sotsial'naya politika: ekspertiza, rekomendatsii, obzory*, no 8, pp. 135–158.

CBSD Rosstata (2014) [CSD of FSSS: The Central Statistical Database of the Federal State Statistics Service of the Russian Federation]. Available at: http://cbsd.gks.ru, accessed 30 May 2015.

Cherkashina T. (2014) Otsenka neravenstva naseleniya po potrebleniyu meditsinskikh uslug [Estimate Inequality in the Consumption of Health Services]. *XIV Aprel'skaya mezhdunarodnaya nauchnaya konferentsiya po problemam razvitiya ekonomiki i obshchestva: v 4-h knigakh. Kniga 3* [XIV April International Academic Conference on Economic and Social Development: in 4 books. Book 3], Moscow: HSE, pp. 718–729.

Hahn R., Kleinman A. (1983) Biomedical Practice and Anthropological Theory: Framework and Directions. *Annual Review of Anthropology*, vol. 12, pp. 305–333.

Iarskaia-Smirnova E., Romanov P. (2008) Culture Matters: Integration of Folk Medicine in Health Care in Russia. *Rethinking Professional Governance: International Directions in Health Care* (eds. Kuhlmann E., Saks M.), Bristol: The Policy Press, pp. 141–154.

Iarskaia-Smirnova E.R. (ed.) (2011) *Traditsionnaya meditsina: politika i praktika professionalizatsii* [Traditional Medicine: Politics and Practice of Professionalization], Moscow: Variant, CSPGI.

Karpeev A.A., Kiseleva T.L. (2003) *Litsenzionnye trebovaniya i usloviya rabot i uslug po primeneniyu metodov traditsionnoi meditsiny. Metodicheskie ukazaniya* [Licensing Requirements and Conditions of Work and Services on the Application of Methods of Traditional Medicine. Methodical Instructions]. Moscow: Federal'nyi nauchnyi kliniko-eksperimental'nyi tsentr traditsionnykh metodov diagnostiki i lecheniya Minzdrava Rossii. Available at: http://www.gommed.ru/litsenzionnye-trebovaniya-i-usloviya-rabot-i-uslug-po-primeneniyu-metodov-traditsionnoj-meditsiny.html, accessed 30 May 2015.

Kolonuto A.E., Krasheninnikova Yu.A. (2012) Tseliteli na sele: obraz zhizni i rol' v mestnom soobshchestve [Healers in Countryside: Lifestyle and Role in the Local Community]. *Krest'yanovedenie. Teoriya. Istoriya. Sovremennost'*. Vypusk 7 [*Peasant Studies*. Theory. History. Modernity. Issue 7], Moscow: Delo, pp. 361–374.

Kordonskii S.G., Plyusnin Ju.M., Krasheninnikova Yu.A., Tukaeva A.R., Morgunova O.M., Ahunov D.Je., Boikov D.V. (2011) Rossiiskaya provintsiya i ee obitateli (opyt nablyudenija i popytka opisaniya) [Russian Province and its Inhabitants (an Observation Experience and an Attempt of Description)]. *Mir Rossii*, vol. 20, no 1, pp. 3–33.

Koshkarova I.V. (ed.) (2012) *Sistema podderzhaniya zdorov'ya v sovremennoi Rossii* [Health Maintenance System in *Contemporary Russia*], Moscow: Strana Oz.

Kur'er 2009–07 (2009). Rezul'taty vserossiiskogo oprosa obshchestvennogo mneniya [Courier 2009–07. Results of a Nationwide Survey of Public Opinion]. *Levada-Centre*. Available at: http://sophist.hse.ru, accessed 30 May 2015.

Kur'er 2011–03 (2011). Rezul'taty vserossiiskogo oprosa obshchestvennogo mneniya [Courier 2011–03. Results of a Nationwide Survey of Public Opinion]. *Levada-Centre*. Available at: http://sophist.hse.ru, accessed 30 May 2015.

Larkin G. (1983) *Occupational Monopoly and Modern Medicine*, London, N-Y.: Tavistok Publications.

Pekinskaya deklaratsiya (2008) [Beijing Declaration]. *Kongress VOZ po narodnoi meditsine*. Kitai, 8 noyabrya 2008 goda [WHO Congress on Traditional Medicine, Beijing, China, 8 November 2008]. Available at: http://www.who.int/medicines/areas/traditional/TRM_BeijingDeclarationRU.pdf, accessed 30 May 2015.

Postanovlenie Pravitel'stva RF (2007) "Ob utverzhdenii Polozheniya o litsenzirovanii meditsinskoi deyatel'nosti" ot 22.01.2007 № 30 [Decree of the Government of the Russian Federation No. 30 dated January 22, 2007 "On Approval of the Regulations on the Licensing of Medical Activities"]. *Rossiyskaya gazeta*, 31 January 2007.

Postanovlenie Pravitel'stva RF (2012) "O litsenzirovanii meditsinskoi deyatel'nosti (za isklyucheniem ukazannoi deyatel'nosti, osushchestvlyaemoi meditsinskimi organizatsiyami i drugimi organizatsiyami, vkhodyashchimi v chastnuyu sistemu zdravookhraneniya,

na territorii innovatsionnogo tsentra "Skolkovo")" ot 16.04.2012 № 291 [Decree of the Government of the Russian Federation No. 291 dated April 16, 2012 "On the Licensing of Medical Activities..."]. *Rossiyskaya gazeta*, 24 April 2012.

Prikaz Minzdravmedproma RF (1996) "Ob utverzhdenii vremennogo perechnya vidov meditsinskoi deyatel'nosti, podlezhashchikh litsenzirovaniyu v Rossiiskoi Federatsii" ot 01.07.1996 № 270 [Order of the Ministry of Health Care and Medical Industry of the Russian Federation No. 270 dated July 1, 1996 "On Approval of the Temporary List of Medical Activities Subject to Licensing in the Russian Federation"]. *Zdravookhranenie*, no 8.

Prikaz Minzdrava RF (2002) "Ob organizatsii litsenzirovaniya meditsinskoi deyatel'nosti" ot 26.07.2002 № 238 [Order of the Ministry of Health Care of the Russian Federation No. 238 dated July 26, 2002 "On the Organization of the Licensing of Medical Activities"]. *Rossiyskaya gazeta*, 23 October 2002.

Prikaz Minzdravsotsrazvitiya RF (2011) "Ob utverzhdenii nomenklatury meditsinskikh uslug" ot 27.12.2011 № 1664n [Order of the Ministry of Health Care and Social Development of the Russian Federation No. 1664n dated December 27, 2011 "On Approval of the Nomenclature of of Health Services"]. *Rossiyskaya gazeta*, 8 February 2012.

Reiting sotsial'no-ekonomicheskogo polozheniya sub'ektov RF. Itogi 2012 goda (2013) [Socio-economic Status Rating of Subjects of the Russian Federation in 2012]. *RA "Reiting"*. Available at: http://riarating.ru/infografika/20130610/610567256.html, accessed 30 May 2015.

Romanov P., Jarskaya-Smirnova E. (2007) Sotsial'noe kak irratsional'noe? (Diagnozy 1990 goda) [Social as Irrational? (Diagnosis of 1990)]. *Novoe literaturnoe obozrenie*, no 3, pp. 205–226.

Rossiyane tratyat $30 mlrd na koldunov i ekstrasensov. 20.03.2013 [Russians Spend $30 billion on Witches and Psychics]. *Interfax.ru,* 10 March 2013. Available at: http://www.interfax.ru/russia/296568, accessed 30 May 2015.

Sackett D.L, Rosenberg W., Gray M., Haynes B., Richardson S. (1996) Evidence Based Medicine: What It Is and What It Isn't. *British Medicine Journal*, vol. 312, no 7023, pp. 71–72.

Sadykov R.A. (2013) Praktiki i perspektivy professionalizatsii gomeopatii v Rossii [Practices and Perspectives of the Professionalization of Homeopathy in Russia]. *Professii sotsial'nogo gosudarstva* [Professions of the Welfare State] (eds. Romanov P.V., Yarskaya-Smirnova E.R.), Moscow: Variant, CSPGI, pp. 116–136.

Saks M. (2003) *Orthodox and Alternative Medicine: Politics, Professionalization, and Health Care*, London: Sage.

Saks M., Allsop J. (2003) Sotsiologiya professii: gosudarstvo, meditsyna i rynok v Velikobritanii [Sociology of Professions: State, Medicine and Market in the United Kingdom]. *Professional'nye gruppy intelligentsii* [Professional Groups of Intellectuals] (ed. Mansurov V.A.), Moscow: IS RAS, pp. 79–104.

Salo E.P. (2008) Opyt izucheniya sotsial'nogo statusa spetsialistov traditsionnoi meditsiny [Experience in the Study of the Social Status of Traditional Medicine Specialists]. *Sotsiologiya: 4M*, no 26, pp. 139–167.

Samarskaya T.A., Teper G.A. (2007) Al'ternativnaya meditsyna rossiiskoi provintsii [Alternative Medicine of the Russian Province]. *Zhurnal issledovaniya sotsial'noi politiki*, vol. 5, no 1, pp. 87–103.

Scott R. (2007) Konkuriruyushchie logiki v zdravookhranenii: professional'naya, gosudarstvennaya i menedzherial'naya [Competing Logics in Health Care: Professional, State, and Managerial]. *Ekonomicheskaya sotsiologiya*, vol. 8, no 1, pp. 27–44.

Smith J. (2011) *Psevdonauka i paranormal'nye yavleniya: Kriticheskii vzglyad* [*Pseudoscience* and Extraordinary Claims of the Paranormal: A Critical Thinker's Toolkit], Moscow: Al'pina non-fikshn.

Sotsial'no-demograficheskii portret Rossii (2012). Po itogam Vserossiiskoi perepisi naseleniya 2010 goda [Russia`Socio-demographic Profile. The Results of National Census-2010], Moscow: Statistika Rossii.

Statisticheskii ezhegodnik Permskogo kraya (2013). *Statisticheskii sbornik* [Annual Abstract of Statistics in Perm Region. Statistical Yearbook], Perm': Territorial'nyi organ Federal'noi sluzhby gosudarstvennoi statistiki po Permskomu krayu (Perm'stat).

Stickley A., Koyanagi A., Richardson E., Roberts B., Balabanova D., McKee M. (2013) Prevalence and Factors Associated with the Use of Alternative (Folk) Medicine Practitioners in 8 Countries of the Former Soviet Union. *BMC Complementary and Alternative Medicine*, 13:83.

Strategiya VOZ v oblasti narodnoi meditsyny, 2002–2005 gg. (2002) [WHO Traditional Medicine Strategy 2002–2005] (WHO/EDM\TRM/2002.1). *Vsemirnaya organizatsiya zdravookhraneniya* [World Health Organization]. Available at: http://www.who.int/publications/list/who_edm_trm_2001_1/ru, accessed 30 May 2015.

Timmermans St., Kolker E.S. (2004) Evidence-Based Medicine and the Reconfiguration of Medical Knowledge. *Journal of Health and Social Behavior*, vol. 45, pp. 177–193.

Traditsionnaya i netraditsionnaya meditsina (2002). Otchet ob oprose naseleniya ot 25.07.2002 [Traditional and Alternative Medicine. Report on the Population Survey of 25.07.2002]. *Fond "Obshchestvennoe mnenie"*. Available at: http://bd.fom.ru/report/cat/beruf/doc/dd022932, accessed 30 May 2015.

V Rossii ob'yavlena okhota na ved'm (2011) [A Witch Hunt Is Declared in Russia]. *Moskovskii komsomolets*, 5 April 2011. Available at: http://www.mk.ru/politics/russia/article/2011/04/04/578224-v-rossii-obyavlena-ohota-na-vedm.html, accessed 30 May 2015.

Villanueva-Russell Y. (2005) Evidence-based Medicine and its Implications for the Profession of Chiropractic. *Social Science & Medicine,* no 60, pp. 545–561.

Volkova O.A. (2007) Tseliteli kak spetsificheskaya sotsial'naya gruppa [Healers as a Special Social Group]. *Sotsiologicheskie issledovaniya*, no 3, pp. 86–88.

Zdravoohranenie v Permskom krae (2013) Statisticheskii sbornik [Healthcare in Perm Region. Statistical Yearbook], Perm': Territorial'nyi organ Federal'noi sluzhby gosudarstvennoi statistiki po Permskomu krayu (Perm'stat).