ЭКОНОМИКА «НЕФОРМАЛЬНОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ» В СОВРЕМЕННОЙ РОССИИ (ПИЛОТНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ)

АНАЛИТИЧЕСКИЙ ОТЧЕТ

1. Постановка проблемы

В настоящее время в России, помимо системы здравоохранения и официальной медицины, существует огромное поле иных институтов и практик, с помощью которых люди борются с болезнями и поддерживают свое здоровье. Это поле относится слабо изучено и весьма фрагментарно описано в отечественных гуманитарных науках. Эта сфера также не представлена в официальной картине мира, формируемой государственной статистикой. Вместе с тем, речь идет о важной части повседневной жизни россиян, влияющей на состояние их здоровья, и о целом пласте социально-экономических отношений.

На наш взгляд, продуктивным может оказаться подход к изучению данного поля как общей сферы предоставления товаров и услуг, альтернативной системе оказания медицинской помощи, регулируемой государством. Для обозначения этой сферы мы используем, за неимением устоявшихся научных терминов, 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.

Первоочередной задачей в изучении данного поля нам видится довольно рутинная работа по сбору и упорядочению эмпирических данных — выявление и детализированное описание феноменов "неформального здравоохранения", существующих сегодня в нашей стране.

Такая социографическая деятельность в условиях распространения медийных мифов и вакуума достоверной информации является необходимым этапом на пути к построению концепций, объясняющих, что и почему происходит в российском обществе.

Причем это должно быть описание не особенностей альтернативных методов лечения (с точки зрения их полезности или вредности), а социально-экономических отношений, возникающих вокруг этих методов лечения. Как и почему люди, оказывающие услуги и продающие товары в этой сфере, стали заниматься этим? Кто потребитель? В каких случаях практики "неформального здравоохранения" носят безвозмездный характер, и когда и

почему они коммерциализируются? Как формируется цена? Кто обслуживает те или потребности людей, страдающих определенными недугами или старающихся в целом поправить свое здоровье? Почему в роли товаров для поддержания здоровья нередко выступают вещи, прямого отношения к медицине не имеющие? Таков неполный перечень вопросов, которыми должен задаваться исследователь при описании "неформального здравоохранения".

В какой-то степени эти вопросы затрагивались в рамках исследовательской программы по изучению системы поддержания здоровья, которая была поддержана фондом "Хамовники" в 2010-2012 годах и реализовывалась на базе лаборатории муниципального управления НИУ ВШЭ (проекты «Система поддержания здоровья в современной России» и «Здравоохранение как распределение ресурса «здоровье»). В рамках тех полевых исследований деятельность альтернативных агентов борьбы с болезнями описывалась наряду с медицинскими учреждениями, как один из элементов системы поддержания здоровья. Однако они не являлись главным объектом изучения, а география работ охватывала преимущественно малые города и сельскую местность. В настоящем исследовании им отводится центральное место. Кроме того, мы целенаправленно сравнивали ситуацию в населенных пунктах различного масштаба: от деревни до города-миллионника. Это позволило существенно уточнить понимание причин, влияющих на формирование рынков альтернативных услуг поддержания здоровья.

2. Цели и задачи исследовательского проекта

Цель - описание рынков, сложившихся вокруг неформальных практик поддержания здоровья. Под неформальными понимаются такие оздоровительные практики, которые находятся за рамками и вне прямого контроля государственной системы здравоохранения и официальной медицины.

Задачи:

- Систематизировать представления о существующих феноменах "неформального здравоохранения", построить их классификацию;
- Уточнить различия между безвозмездными общественными практиками поддержания здоровья и их бизнес-модификациями;
- Провести детальные описания рынков "неформального здравоохранения" в населенных пунктах различного уровня и сопоставить их.

3. Основные параметры исследования

Для проекта выбран формат пилотного исследования, поскольку сам инструментарий описания феноменов "неформального здравоохранения", которые находятся вне зоны действия государственного учета и не отражаются в официальной статистике, еще необходимо разработать. Это мы попытались сделать на локальном эмпирическом материале, обследовав поселения различного масштаба в Пермском крае.

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 российских регионов. По уровню социально-экономического развития он относится к скорее 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. С учетом этого можно предполагать, что в описываемой нами сфере "неформального здравоохранения" на региональном уровне будет больше общероссийских черт, чем какой-то местной специфики.

Схема реализации проекта включала несколько этапов:

1. Подготовительный этап (март - апрель 2013), в ходе которого был разработан инструментарий, а также предложено, на основании анализа данных из открытых источников, общее описание "неформального здравоохранения" в современной России.

2. Полевой этап (май - сентябрь 2013), основное содержание которого составило обследование поселений в Пермском крае с использованием качественных методов (полуформализованные интервью с экспертами, агентами «неформального здравоохранения» и местными жителями, а также наблюдения).

3. Аналитический этап (октябрь 2013 - май 2014), в ходе которого шла обработка полученных эмпирических данных, проведение дополнительных полевых работ, подготовка научных публикаций и работа по представлению отдельных результатов исследования общественности.

4. Границы предмета исследования и подход к систематизации описываемых явлений

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 соответствуют действующим правовым нормам;
- насколько они интегрированы в официальную медицину.

Степень признания/непризнания со стороны государства и медиков может быть разной, что позволяет выстраивать сложную, многомерную картину этой сферы.

Например, какие-то идеи оздоровления оцениваются медиками как однозначно вредные (лечение перекисью водорода и т.д.). Целительские практики религиозных организаций (лечение молитвой, изгнание бесов и др.) воспринимаются в основном как действия, имеющие эффект плацебо. Некоторые методы признаются полезными, прошли «онаучивание» и частично интегрированы в официальную медицину (йога, траволечение). Отдельные услуги монополизированы врачами (гирудотерапия, гомеопатия и др.), однако не соответствуют критериям доказательной медицины и принимаются далеко не всеми врачами.

Признание со стороны государства также может быть различным. Какие-то виды деятельности в стране запрещены, какие-то допускаются при соблюдении специальных условий, какие-то разрешены в рамках общих требований к предпринимательской деятельности. Однако очень немногие альтернативные агенты в данной сфере соответствуют всем регуляторным требованиям, поскольку медицинские услуги и рынок лекарственных средств в России жестко регулируются государством (необходимо получение лицензии, особые требования к помещениям, образованию сотрудников, ограничения в рекламе и т.д.). Причем несоответствие правовым нормам усиливается тогда, когда практики поддержания здоровья профессионализируются и коммерциализируются. С расширением круга клиентов, установлением фиксированной или рыночной платы за услуги возрастает и вероятность нарушения установленных государством правил.

Для удобства описания в рамках исследования была введена систематизация феноменов «неформального здравоохранения» в зависимости от основного продукта, который предлагается потребителю: произведенная продукция, природные средства, идеи/учения, услуги и информация. Таким образом, анализировалась ситуация в пяти сегментах:

- производство и распространение оздоровительных товаров (биологически активные добавки, незарегистрированные пищевые добавки, средства наружного применения, массажеры, карманные физиотерапевтические приборы и многое другое);
- сбор и распространение природных оздоровительных средств (продукты приусадебного хозяйства, охоты и собирательства);
- религиозные практики и оздоровительные учения (духовная помощь при болезнях, правила здорового образа жизни, методики избавления от недугов);
- оказание лечебных услуг (целительство, услуги традиционной медицины);

- предоставление знаний о способах поддержания здоровья (рынок печатной продукции о здоровье и др.).

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

5. Кабинетное исследование: обзор феноменов «неформального здравоохранения» в современной России

На первом, подготовительном этапе работы мы попытались зафиксировать и рубрицировать существующее сегодня разнообразие практик поддержания здоровья и обслуживающих их рынков в России.

В качестве источников информации использовались: научные исследования по данной тематике, публикации СМИ, официальная статистика, обзоры рынков, нормативные акты, государственные реестры, сайты предприятий и организаций, различные справочники, материалы блогосферы. Результаты работы представлены в виде аналитического обзора. Над обзором работала Ю.А. Крашенинникова при участии А.Е. Колонуто.

На основании открытых источников мы можем судить о внешней активности основных групп агентов «неформального здравоохранения» и сделать некоторые предположения о размахе и особенностях их деятельности. Также это позволило выделить тенденции популярности тех или иных альтернативных практик лечения и способов зарабатывать на них деньги.

Однако необходимо учитывать, что таким образом мы можем воссоздать лишь картину, которая формируется различными заинтересованными сторонами, работающими публично (массмедиа, исследователями-социологами, правоохранительными и контрольными органами, пропагандистами и оппонентами методов альтернативной медицины). Поэтому в неё неизбежно заложен элемент искажений и мифотворчества в интересах этих заинтересованных сторон. Кроме того, общероссийское информационное поле всегда имеет перекос в сторону московских сюжетов и новостей из крупных городов. Для того, чтобы понять ситуацию в населенных пунктах разного масштаба, был проведен цикл полевых работ на территории одного из регионов России — Пермского края.

6. Полевые работы в Пермском крае

6.1. Рабочая группа

Для полевых исследований была сформировала рабочая группа, костяк которой составили студенты бакалавриата и магистратуры Пермского филиала НИУ ВШЭ. Решением организационных вопросов деятельности

исследователей в Перми занималась Зуева Е.Л., заведующая кафедрой государственного и муниципального управления НИУ ВШЭ — Пермь.

Участники полевых работ: Ю.А. Крашенинникова (руководитель проекта), Е.Л. Зуева (соруководитель пермской рабочей группы), 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.

6.2. География полевых работ

В ходе исследования мы сопоставляли ситуации в населенных пунктах различного масштаба. Именно масштаб/статус поселения — основной параметр для сравнения. В целом, от него зависит и ряд других переменных: в крупных городах выше уровень доходов людей, более доступна официальная медицина, более развита социальная инфраструктура поддержания здорового образа жизни. Однако эта типичная картина может быть искажена из-за влияния каких-то особых внешних факторов. При выборе территорий Пермского края для обследования мы исходили из необходимости их минимизировать. Поэтому изначально из списка были исключены отдаленные депрессивные районы севера и северо-востока региона, где уровень жизни даже в районных центрах заметно ниже, чем в селах в центральной части края. Также отсеивались «дачные» районы около Перми, жители которых активно используют ресурсы и инфраструктуру города-миллионника.

География полевых работ включала 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 от Перми и промышленная на северо-востоке от Перми. В первом случае это город Кунгур, где преимущественное развитие получила пищевая и обрабатывающая промышленность, а также торговля, и четыре сельскохозяйственных района около него: Кунгурский, Суксунский, Ординский и Кишертский. Во втором случае это два центра черной металлургии, расположенные в 13 км друг от друга города Лысьва и Чусовой, и их районы (Лысьвенский муниципальный район в 2012 году получил статус городского округа), где сельское хозяйство не так развито, а плотность населения заметно меньше, чем в зоне вокруг Кунгура. Таким образом, мы получили возможность сравнить развитие «неформального здравоохранения» в сельской и заводской социальной среде.

Также мы брали для сравнения несколько поселений, где есть особые ресурсы, на базе которых возможно развитие «неформального здравоохранения»: лечебные грязи и минеральные источники (курорт «Ключи», санаторий «Красный Яр»), религиозные символы, которым приписывается целебная сила (отдельно расположенные три православных

монастыря в Кунгурском и Чусовском районах), природные аномалии (Молебка, Кунгурская ледяная пещера). Как подтвердили полевые исследования, вокруг таких мест действительно образуются рынки оздоровительных товаров и услуг, причем их потребителями являются в основном приезжие (туристы, паломники, курортники), а не местные жители.

Всего были обследованы рынки «неформального здравоохранения» в 20 поселениях:

- Пермь — административный центр Пермского края с населением 1 млн.чел.;
- три города с населением более 50 тыс.чел. (Кунгур, Лысьва, Чусовой);
- три административных центра муниципальных районов, населенные пункты с населением не более 10 тыс.чел. (пгт. Суксун, с.Орда, с.Усть-Кишерть);
- четыре села, центры сельских поселений, с населением до 3 тыс.чел (с.Ключи Суксунского района, с.Калинино Кунгурского района, с.Кормовище Лысьвенского городского округа, с.Красный Ясыл Ординского района);
- пять небольших сел и деревень с населением до 500 чел. (д.Каменка и д.Красный Луг Суксунского района, д.Молебка, с.Спасо-Барда Кишертского района, с.Успенка Чусовского района);
- изолированно расположенные санаторий «Красный Яр» в Кишертском районе и три православных монастыря: Белогорский Свято-Николаевский монастырь в Кунгурском районе, Верхне-Чусовская Казанская Трифонова женская пустынь и Успенский мужской монастырь в Чусовском районе.

6.3. Схема сбора эмпирических данных

Обследование каждого поселения, за некоторыми исключениями, проходило по следующей схеме:

1. Сначала ситуация предварительно изучалась по открытым источникам. Информация собиралась на сайтах муниципальных образований, в местных газетах (при наличии их онлайн-версий), на сайтах-справочниках организаций, в социальной сети «Вконтакте», на местных интернет-форумах. По результатам поиска составлялась информационно-аналитическая справка о населенном пункте, в которой фиксировались факторы, способные оказать влияние на развитие рынков «неформального здравоохранения» на данной территории (социально-экономическое положение поселения, наличие особых природных ресурсов, состояние системы здравоохранения и муниципальной инфраструктуры здорового образа жизни), а также список потенциальных респондентов с их контактами.

2. Затем проводились выезды в поселения для сбора полевого материала. Программа каждой поездки включала в себя следующие виды работ:
    - Осмотр основных публичных мест, предположительно связанных с «неформальным здравоохранением» (рынок, центральные улицы и площади, спортивно-оздоровительные комплексы, крупные торговые центры, поликлиники, аптеки, дома/дворцы культуры или сельские клубы, публичные библиотеки, религиозные учреждения).
    - Проведение полуформализованных глубинных интервью с экспертами. В качестве экспертов рассматривались члены местного сообщества, которые по своей профессии или статусу предположительно обладают информацией о том, куда, помимо медицинских учреждений, обращаются в случае проблем со здоровьем жители поселений: медики, аптекари, местные чиновники, специалисты культурно-досуговых учреждений, представители религиозных учреждений и общественники, а также местные журналисты.
    - Проведение полуформализованных глубинных интервью с представителями «неформального здравоохранения»: целителями, распространителями биологически активных добавок и оздоровительных устройств, врачами-специалистами традиционной (альтернативной) медицины, охотниками, пчеловодами, травниками, религиозными деятелями, продавцами «оздоровительной» информации (книжные магазины, почтовые отделения, киоски печати) и т.д.
    - Проведение неформальных бесед с представителями «неформального здравоохранения» и местными жителями.
    - При возможности — организация скрытых наблюдений (под видом клиентов, посетителей) в местах оказания оздоровительных услуг или продажи оздоровительных товаров: посещение выездных ярмарок, наблюдения на рынках, на сеансе «гастролирующего» психотерапевта, на религиозных службах, на публичных мероприятиях распространителей оздоровительных средств и др.
    - Сбор статистической и иной информации в местных органах власти.
    - Приобретение и изучение местной прессы.
3. По итогам поездок участники проекта проводили первичную аналитическую обработку собранных материалов: писали дневники поездок с описанием своих наблюдений, расшифровывали аудиозаписи

интервью, систематизировали фотографии и печатные материалы, полученные в местах осмотра.

6.4. Особенности полевых работ в городе Перми

Из-за больших масштабов города Перми для его изучения была выбрана другая схема работы. Основную часть времени исследователи посвятили поиску информации из открытых источников (справочники/каталоги предприятий и организаций, официальные сайты организаций, СМИ, соцсеть «Вконтакте», городской интернет-форум teron.ru, объявления на улицах) об агентах «неформального здравоохранения» (организациях и физических лицах). Полученные сведения были структурированы в виде единой таблицы в соответствии со списком категорий агентов НЗ, с указанием их контактов, характеристики и масштаба деятельности. Количественный анализ этого массива данных позволил сформировать общую картину рынков «неформального здравоохранения» в городе.

Затем из базы отбиралось 1-2 представителя каждой категории для глубинных интервью и наблюдений на местах. По выборочному списку проходило также обследование объектов, где предположительно присутствуют агенты «неформального здравоохранения»: точки уличной торговли дарами природы и продуктами приусадебного хозяйства, дворцы культуры, крупные торговые центры, лечебно-профилактические учреждения, места отправления культа.

Кроме того, в Перми проводились интервью с представителями государственных органов власти (ТУ Роспотребнадзора, Минздрав Пермского края, Пермьстат) и головных организаций, работающих на территории Пермского края (региональные отделения и центральные офисы религиозных организаций, общественных организаций, компаний сетевого маркетинга). У них была также запрошена статистическая и иная информация по теме исследования.

6.5. Методика работы с респондентами

В разговорах с респондентами использовался общий гайд из 18-ти вопросов о представленности тех или иных институтов и практик «неформального здравоохранения» в данном населенном пункте. Кроме того, для основных групп респондентов (врачей, чиновников, целителей, аптекарей, священников, журналистов и т.д.) были сформированы отдельные блоки вопросов личного плана, позволяющие собрать сведения об отдельных сегментах «неформального здравоохранения» и оценить участие респондентов в них.

Интервью были полуформализованными, то есть представляли собой свободную беседу, в которой интервьюер мог варьировать формулировки вопросов, их порядок и уровень детализации в зависимости от ситуации.

Интервьюеры беседовали с респондентами лично, за исключением нескольких случаев телефонных бесед. Интервью проходили на условиях анонимности, хотя некоторые респонденты не возражали, чтобы их фамилии упоминались в публикациях по результатам исследования.

Деление респондентов на экспертов и не-экспертов оказалось несколько условным по ряду причин.

Во-первых, сами эксперты во многих случаях были вовлечены в социально-экономические отношения в сфере «неформального здравоохранения» в качестве поставщиков услуг или рядовых потребителей, а потому не всегда были объективны в своих экспертных оценках. Например, медики распространяют БАДы или занимаются пчеловодством, сотрудники муниципальных культурно-досуговых учреждений сдают аренду помещения «гастролирующим» продавцам БАДов и слуховых аппаратов и авторам оздоровительных методик и специалистам по «компьютерной диагностике всего организма», а местные СМИ публикуют на своих страницах рекламу этих приезжих агентов «неформального здравоохранения». Поэтому в интервью исследователи обычно совмещали просьбы дать экспертную оценку по той или иной проблеме и вопросы биографического характера.

Во-вторых, поставщики оздоровительных товаров и услуг, как показала практика, обычно владеют полной информацией о том, что происходит в других сегментах «неформального здравоохранения», поскольку интересуются самыми разными формами и практиками поддержания здоровья, и соответственно, могут выступать в качестве экспертов. Например, некоторые распространители БАДов увлекаются эзотерикой, общаются с целителями, интегрированы в религиозные структуры и охотно делятся с информацией по этим вопросам.

В некоторых случаях оказывалось более эффективным проводить сбор информации о рынках «неформального здравоохранения» не в ходе интервью, а при помощи неформальной беседы, когда исследователи под видом посетителей и потенциальных клиентов выясняли какие-то конкретные факты: цены, ассортимент товаров и услуг, спрос на них и т.п. Во избежание этических проблем полученная информация будет использоваться в публикациях по материалам исследования только в обобщенном виде. Также в категорию «неформальная беседа» мы относили ситуационные разговоры с респондентами, которые были проинформированы, что общаются с исследователями и знали о целях нашего исследования, но в разговоре не использовался гайд интервью.

Продолжительность интервью и неформальных бесед варьировалась от 10-15 минут до 2 часов в зависимости от занятости респондента и его желания поддерживать разговор. Средняя продолжительность разговоров — 30 минут.

Всего было проведено около 370 разговоров. Из них 191 интервью записано на диктофон, 63 интервью прошли без аудиозаписи (в основном по причине

отказа респондента от аудиозаписи, в нескольких случаях — из-за отсутствия физических возможностей для записи), остальные разговоры прошли в виде неформальных бесед.

7. Результаты исследования

7.1. Оценка выбранной методики исследования "неформального здравоохранения"

Проведенные полевые работы подтвердили адекватность качественных социологических методов при изучении сферы «неформального здравоохранения». Обнаружилось сильное влияние социальной нормы на ответы экспертов и информантов. Прибегать к услугам альтернативной медицины, а тем более самому оказывать услуги в этой области, судя по всему, является социально неодобряемым поведением. Поэтому исследователи нередко сталкивались с ситуациями, когда в начале разговора респонденты говорили, что являются сторонниками официальной медицины и предпочитают лечиться в поликлинике, а в конце беседы случайно выяснялось, что они, например, выписывают газету «Вестник ЗОЖ», активно практикуют самолечение или имеют личный опыт приема БАДов, «компьютерной диагностики всего организма» и обращения к целителям. Сами слова «БАДы», «знахарка», «магия» воспринимаются респондентами сквозь призму медийных мифов и стереотипов, формируемых центральным телевидением. Поэтому даже просто их употребление в разговоре может снизить достоверность получаемой информации. Кроме того, сами агенты «неформального здравоохранения» избегают использовать эти негативно окрашенные ярлыки. Так, распространители БАДов продвигают свою продукцию как «бальзамы», «целебные настойки» и т.д. При количественных методах исследования (анкетирование), где формулировки вопросов неизменны, а уточнения не предусмотрены, в этой ситуации высока вероятность неосознанных искажений и сознательной лжи при ответах респондентов.

Круг лиц, определенных нами изначально в качестве экспертов, оказался весьма разнородным. Неожиданно весьма ценными респондентами оказались сотрудники библиотек, причем как взрослых, так и детских. В большинстве случаев они обладали наиболее полной информацией о рынках альтернативной медицины и оздоровительных средств в своем поселении и охотно ей делились. После первой поездки посещение местной библиотеки в поселениях стало приоритетным пунктом нашей исследовательской программы. Менее результативными, чем ожидалось, оказались интервью с врачами и чиновниками, многие из которых предпочитали транслировать интервьюерам официальные установки (вроде «альтернативная медицина недопустима», «про БАДы я ничего не знаю», «у нас таких целителей нет»), нежели делиться информацией о реальной ситуации в поселении.

Непредвиденно «трудной» категорией респондентов оказались священнослужители, особенно православные. В ряде случаев интервьюеры получили отказ от интервью, нередко респонденты отказывались от аудиозаписи разговора.

Сотрудники аптечных учреждений были одной из самых массовых категорий наших респондентов. В небольших населенных пунктах была обследована каждая аптека. Однако в силу занятости фармацевтов их ответы на вопросы были чаще всего краткими и однотипными. В целом, выбранная тактика обследования аптек оказалась не очень эффективной. Напротив, интересные результаты дал мониторинг поведения посетителей аптек, с фиксацией запросов и покупок каждого клиента в течение рабочей смены. Такой мониторинг был проведен в порядке эксперимента в одной из аптек г.Перми.

Подтвердились изначальные опасения о недоступности официальной статистики о деятельности организаций и предприятий, которых мы относим к агентам «неформального здравоохранения». На это есть две причины.

Во-первых, подавляющая часть обнаруженных нами рынков «неформального здравоохранения» являются «теневыми», то есть находятся вне государственного контроля и учета. Активными их игроками являются сетевые распространители БАДов, не имеющие юрлица, ИП-«однодневки», занимающиеся «гастролями» по регионам России для продажи слуховых аппаратов, чудодейственных бальзамов или «компьютерной диагностики», религиозные учреждения, взимающие принудительные пожертвования.

Во-вторых, даже по оздоровительным услугам тех организаций, которые должны сдавать отчетность в органы статистики, нельзя получить точную картину в силу того, что эти услуги «зашиты» в кодах статистики либо в медицинские услуги, либо, чаще всего, в торговлю или услуги для населения в целом. Например, это массажисты, не имеющие медицинской лицензии и работающие в косметических салонах, или производители/распространители оздоровительных средств. Так, пермская компания сетевого маркетинга «Тенториум» производит ежегодно и распространяет около 770 тыс.тонн продукции (по данным СМИ на 2012 год). Ее товары выпускаются как «продукты пчеловодства» и не имеют государственной регистрации в реестре БАДов, хотя рекламируются и покупаются именно как уникальные целебные средства от различных болезней.

Отдельно следует отметить низкий уровень муниципальной статистики и вообще владения муниципальными органами управления информацией о ситуации о изучаемой нами сфере. В большинстве случаев мы не смогли получить сведения о количестве и основных экономических показателях интересующих нас предприятий. У муниципалитетов не было информации, например, о числе зарегистрированных массажных кабинетов или просто частных медицинских организаций, работающих на территории

муниципального образования. Объективным ограничением для муниципальной статистики является также то, что многие агенты «неформального здравоохранения» - приезжие, и могут быть зарегистрированы в других муниципалитетах и даже регионах. Как выяснилось, обычно местные органы власти даже не в курсе, что подведомственные им муниципальные учреждения (библиотеки, поликлиники, дома культуры) сдают свои помещения в аренду «гастролирующим» продавцам целебных бальзамов и слуховых аппаратов, психотерапевтам и специалистам «компьютерной диагностики».

В целом, это говорит о невозможности, к сожалению, получить на данном этапе изучения темы какие-то точные количественные оценки рынков «неформального здравоохранения».

7.2. Основные выводы исследования

Эмпирические данные не подтвердили нашу первоначальную гипотезу о том, что масштабы «неформального здравоохранения» будут возрастать по мере снижения доступности бесплатной качественной медицины. Напротив, разнообразие и объемы институтов и практик «неформального здравоохранения» оказались больше в крупных городах, чем в селах и деревнях, где государственная система здравоохранения практически не представлена.

Однако нельзя утверждать, что общий уровень доходов граждан и размер населенного пункта напрямую обуславливают предложение на рынках «неформального здравоохранения». Скорее, последнее зависит от наличия критической массы людей с определенным мировоззрением и социальным статусом — столкнувшихся с неэффективностью системы здравоохранения, ценящих свое здоровье, находящихся в самостоятельном поиске каких-то скрытых знаний и увлекающихся эзотерикой. Такие люди являются одновременно активными потребителями и поставщиками товаров и услуг, альтернативных официальной медицине.

Не менее важным выводом нашего пилотного эмпирического исследования можно считать то, что получаемая картина существенно расходится с представлениями об альтернативах официальной медицине, бытующими в средствах массовой информации и в общественном сознании. Там, где воображение рисует магов или мошенников (что было заметно и по ответам респондентов на вопрос, как они относятся к альтернативной медицине), - обыденные практики, которые не воспринимаются самими участвующими как нечто "альтернативное".

7.3. Публикация результатов исследования

По итогам проекта подготовлено две научные статьи (в печати). Основные

результаты исследования также были представлены в трех докладах на научных конференциях разного уровня и на специальном круглом столе «″Неформальное здравоохранение″ в Пермском крае: нужно и можно ли вывести из тени?», который прошел на базе Пермского кампуса НИУ ВШЭ. Собственно социографическое описание феноменов "неформального здравоохранения" на основании собранных эмпирических данных планируется представить в виде отдельной монографии.

Получатель: Крашенинникова Ю.А. /_____/

07.06.2014