

Н.С. Тимченко

Поле власти и поле медицины: проблемы взаимодействия в современном российском обществе

Происходящие в современном российском здравоохранении кардинальные изменения актуализируют поиски теоретико-методологических подходов, основываясь на которых можно сделать глубокий и комплексный анализ метаморфоз этого значимого социального института. Нам представляется, что плодотворная научная рефлексия процесса трансформации российского здравоохранения вполне осуществима, если обратиться к теоретическому наследию П. Бурдьё. Привлекательность его идей состоит в том, что в его концепции социоанализа предложен способ преодоления ограниченностей интерналистского и экстерналистского способов интерпретации социальных явлений.

Предваряя непосредственное обращение к социоанализу поля медицины, следует особо оговорить границы использования понятия «поле медицины» как имеющего двойной вариант концептуализации. С одной стороны, медицина представляет собой форму культурного производства, а потому на медицинскую науку с полным правом могут быть распространены рассуждения П. Бурдьё о поле науки в целом. Коллизии рождения, борьбы идей и отстаивающих их людей, превращение этих идей в конкретные инструментальные комплексы, воплощаемые в практической медицине, остаются за рамками нашего интереса, преимущественно сфокусированного на институциональной стороне медицины. В этом контексте понятия «поле медицины» и «поле здравоохранения» выступают как синонимичные конструкты.

Само понятие поля находится в одном ряду с понятиями «социальная практика», «габитус» и вместе с ними образует «несущую конструкцию» социоанализа П. Бурдьё. Фундаментом теоретических построений исследователя является методологический реляционизм, главная установка которого связана с акцентом на отношения / соотношения различных сторон социальной реальности. Для П. Бурдьё одинаково важно понять, как взаимодействуют поле и макроструктура, поле и габитус, находящий свое выражение в социальных практиках агентов.

Исходным тезисом социоанализа является утверждение о том, что в обществе существуют поля, имеющие свою логику и значимость для агентов. Анализируя культурное производство, например, П. Бурдьё замечает, что «...недостаточно полагаться на содержание произведенного текста, так же, как и недостаточно полагаться на социальный контекст,

довольствуясь установлением прямой зависимости между текстом и контекстом... Понятие поля здесь вводится для того, чтобы обозначить это относительно автономное пространство, этот микрокосм, наделенный своими собственными законами» [1, с. 64].

Система охраны здоровья представляет собой некоторую автономную область социальных отношений, структурно определенных и способных сохранять свою устойчивость и поддерживать свою специфичность по сравнению с другими социальными агрегациями, поэтому логично обозначить здравоохранение как поле действия социальных агентов. «Контекстом» для «текста» здравоохранения выступает само общество в многообразии действующих в нем социальных институтов, культурных, правовых установлений в их социогенетическом развитии. Этот «контекст», порожденный общей исторической судьбой и нашедший свою определенность в цивилизационной неповторимости социальной системы, одновременно един и многомерен, так как действующие в обществе институциональные формы не перекрывают друг друга, создают собственные поля отношений с полем медицины.

П. Бурдьё предлагает разворачивать социоанализ поля через поэтапное решение методологически значимых для реляционного подхода задач [2, с. 463], и на первом этапе следует рассмотреть взаимодействие поля с макроструктурой. Общая логика взаимодействия обнаруживает себя в сосуществовании двух противоположных по направленности действия механизмов. С одной стороны, макроструктура, «контекст», стремится к редукции автономности поля, замещению действующих в нем норм гетерономными нормами, пересмотру правил игры и т.д. С другой стороны, выражаемое в разной степени сопротивление поля служит сохранению его автономии, внутренней детерминации процессов функционирования и развития. «Одно из наиболее очевидных проявлений автономии поля, – пишет П. Бурдьё, – это его способность к рефракции, то есть способность переводить внешние принуждения и требования в их специфическую форму... Чем более автономно поле, тем сильнее его способность к рефракции, тем больше изменений претерпевают внешние воздействия, часто до такой степени, что становятся совершенно неузнаваемыми. Таким образом, в качестве главного индикатора уровня автономии поля выступает сила его рефракции и способность к преобразованию. И, наоборот, гетерономия поля в основном проявляется в том, что

внешние проблемы, особенно политические, находят в нем свое выражение» [1, с. 68].

В современных социальных системах, рассматриваемых как арена взаимодействия различных агентов и социальных институтов, иерархия властных отношений в рамках политического поля структурирует все другие поля. Поэтому П. Бурдьё конкретизирует первую задачу, сводя ее к анализу взаимодействия конкретного поля с полем политики. В заданных теоретическими построениями П. Бурдьё координатах это взаимодействие поля медицины и поля политики в современном российском обществе выглядят следующим образом. Ценностная переориентация российской системы здравоохранения стала не столько результатом внутреннего движения самой системы к новым горизонтам своей деятельности, сколько ответной реакцией на вызов извне, определенный логикой либеральной трансформации всей общественной жизни.

Предложенный политиками сценарий изменений в здравоохранении касается самого фундаментального его уровня. Доминировавшая в течение нескольких десятилетий советская модель медицинской помощи рассматривала здоровье граждан как социальную ценность, а потому отводила задачу попечения о здоровье к числу государственных проблем со всей обусловленной этим мерой ответственности. Такая постановка проблемы была не случайной, а продиктованной общим смыслом идеологической борьбы с капиталистическим миром. Сегодня последний стал реальностью нашей жизни, привнеся с собой в сферу медицины новые установки в виде принципов экономической эффективности и целесообразности и оставив человеку право самому распоряжаться собственным здоровьем.

Опираясь на теоретическое наследие М. Вебера, в частности на его типологию социального действия, можно говорить о том, что под влиянием политического поля в поле медицины происходит кардинальный переход от ценностно-рационального к целерациональному типу социального поведения. При этом П. Бурдьё отказывается от присущего М. Веберу универсалистского взгляда на социокультурную реальность, признавая существование связанных с автономностью самих полей норм и значимых явлений.

Образно говоря, сейчас в российском здравоохранении происходит тиранический акт, состоящий в утверждении в рамках одной системы ценностных установок, норм, преломляющихся в конкретные модели организации процесса и решения возникающих задач, принадлежащих другой системе. Экспансия экономической рациональности при всемерной поддержке политических агентов приводит к тому, что если прежде, в советское время, медицина, условно, была полем идеологических битв, то теперь она превращается в ристалище экономических интересов.

Политическое влияние на поле медицины не ограничивается символическим насилием в форме декла-

рации новой системы значений и ориентиров. Переопределение «правил игры» идет по линии создания экономических приоритетов и формирования ресурсного обеспечения деятельности поля медицины. Одним из факторов, который влияет на уровень автономии конкретного поля, выступает его ресурсная зависимость, определяемая объемом средств, необходимых для достижения реализуемых этим полем целей.

Здравоохранение безусловно можно отнести к тем сферам деятельности, ресурсные издержки и потери внутри которых достигают больших объемов. В качестве примера можно привести хотя бы процесс кадрового обеспечения системы здравоохранения. Он включает в себя не только высшее профессиональное образование, отличающееся от подготовки специалистов немедицинского профиля и по параметру временному, и по материальным затратам в процессе обучения молодого поколения врачей, но и систему повышения квалификации уже состоявшихся специалистов, потребность в которой связана с необходимостью соответствовать быстро меняющимся технологиям диагностики и лечения. Другие аспекты функционирования поля медицины (инфраструктура лечебных учреждений, лекарственное обеспечение, медицинское оборудование и т.д.) также требуют серьезных вложений средств. Все это делает поле медицины весьма зависимым от поля власти.

Таким образом, влияние поля власти не ограничивается выдвижением новых идейных установлений, они находят свое реальное подтверждение в ресурсном обеспечении процесса трансформации. Если этого не происходит, тогда декларации остаются лишь благими, но не имеющими шанса на жизнь пожеланиями. Причиной такого рассогласования по линии «цель – средство» может быть неверное представление о необходимых для реализации целей средствах, что напрямую связано с просчетами управленческого характера или неявной, завуалированной ревизией самих целей.

Так, жизнеспособность инициатив Президента РФ по улучшению состояния современного российского здравоохранения, в концентрированной форме нашедших отражение в Национальном проекте «Здоровье», во многом обусловлена готовностью государства к их реальной экономической поддержке. Но не меньшее значение имеет то, насколько методически грамотно эта программа будет «переведена» на язык конкретных действий, и как они затем будут осуществляться управленческими усилиями.

Оценивая уровень автономности поля современной российской медицины, ее способность к рефракции, необходимо обратиться к еще одному измерению – накопленному внутри него потенциалу к сопротивлению внешним детерминациям. Это предполагает переход к следующему этапу социанализа поля, а именно к выявлению объективной структуры отношений

между позициями внутри поля. Здесь так же, как и при анализе взаимодействия поля с макроструктурой, на первый план выходят вопросы власти, организующей само пространство поля медицины.

Медицинское пространство обнаруживает наличие двух граничных типов агентов, выделяемых по параметру силы властного воздействия на структуру поля медицины: с одной стороны, это обладатели большого объема специфического капитала (профессионального, медицинского) и небольшого объема политического капитала, с другой – обладатели большого объема политического (бюрократического) и небольшого объема специфического капитала. Характеризуя структуру поля современной российской медицины, не будет преувеличением сказать, что в нем виден не только разрыв, но и явное доминирование бюрократической власти над специфической, или собственно медицинской, властью.

Бюрократический капитал нельзя подвергать критике только на том основании, что он неспецифичен для поля медицины: позитивная функция бюрократии заключается в том, что ее усилия в идеале направлены на придание целенаправленности процессам, происходящим в поле медицины, на их синхронизацию и рационализацию. Угроза со стороны бюрократического капитала возникает тогда, когда его держатели перестают выполнять задачу перекодировки импульсов, идущих от поля политики, в аутентичные полю медицины смысловые ряды. Превращаясь в прямого проводника внешних детерминантов функционирования и развития поля, бюрократия составляет другой полюс сил, влияющих на структуру поля медицины.

Причин господства бюрократической власти в медицинском пространстве, как мыслится, несколько. Во-первых, это действие объективных законов поля, по которым, в частности, уровень автономии поля зависит от его «ресурсоемкости». Понятно, что по этому параметру поле медицины имеет низкую степень автономии, но высокую степень зависимости от поля политики, воспроизводящего внутри поля медицины свой тип власти. Во-вторых, это сама природа бюрократической власти. Мощь бюрократии вырастает на основе отлаженной системы отношений, позволяющих с большой эффективностью консолидировать собственные усилия, и в этом ее заметное отличие от диффузной медицинской среды. В-третьих, это специфические свойства поля здравоохранения и профессионального (медицинского) капитала. В меди-

цине следует различать сам процесс лечения и процесс коллективной выработки представлений о социально приемлемых вариантах, моделях оказания медицинской помощи людям. Удельный вес этих процессов в поле медицины неодинаков, явное преимущество здесь остается за медицинской деятельностью. «Социальная некомпетентность» медицины вызвана тем обстоятельством, что оказание помощи нуждающимся в ней – это сложный, трудоемкий процесс, и ответственность за его результаты крайне высока. Концентрируя всю силу вокруг этого, медицина гораздо меньше уделяет внимания процессу своего формообразования. Это высвобождает простор для появления и утверждения внешних программ деятельности, в слабой степени учитывающих специфику поля медицины.

Показателем слабой автономии поля современной российской медицины и его явной зависимости от поля политики является «сворачивание» собственно медицинской власти. Пожалуй, впервые за долгую историю медицинская сфера в нашем обществе осталась без собственной руководящей структуры на федеральном уровне, а образованное в качестве альтернативы ей Министерство социального развития, возглавляемое человеком, незнакомым с практическим здравоохранением, вызывает у медицинской общественности глухое неприятие и отторжение. Сам по себе этот факт оказался возможным вследствие распространения в рамках либерального проекта идеологии менеджерализма, суть которой состоит в переносе универсального принципа рациональной организации не только на производственно-экономические, но и на социальные и политические процессы. Это предъявляет более высокие требования к менеджерским компетенциям руководителя, но полагает необязательным наличие большого профессионального опыта в конкретной сфере деятельности. В конечном итоге создаются условия для утраты специфических для поля медицины норм активности, возникает опасность потери им собственной идентичности.

Преодоление угроз, обнаруживающихся в динамично изменяющемся сегодня медицинском поле, связано, на наш взгляд, с переосмыслением роли государства в «обустройстве» нового пространства медицины, осознанием ограничений либерального проекта реформирования российского здравоохранения, активизацией усилий медицинского профессионального сообщества в направлении отстаивания гуманистических традиций отечественной медицины.

Литература

1. Бурдые П. Клиническая социология поля науки // Социоанализ Пьера Бурдые : Альманах Российско-французского центра социологии и философии Российской академии наук. – М. ; СПб., 2001.

2. Ритцер Дж. Современные социологические теории. – СПб., 2002.