

## НОВЫЕ ТЕКСТЫ

Е. С. Бердышева

# Социальное конструирование качества на московском рынке стоматологических услуг<sup>1</sup>



**БЕРДЫШЕВА Елена Сергеевна** — кандидат социологических наук, старший преподаватель департамента социологии, старший научный сотрудник Лаборатории экономико-социологических исследований Национального исследовательского университета «Высшая школа экономики». Адрес: 101000, Россия, г. Москва, ул. Мясницкая, д. 20.

**Email:** [eberdysheva@hse.ru](mailto:eberdysheva@hse.ru)

*Без вынесения суждений о качестве товара и оценки обоснованности его цены не может состояться купля-продажа. В этом смысле определение, стабилизация и институционализация категорий, раскрывающих содержание товара, — три кита в основе современных ценообразующих рынков. В данной статье реконструируются категории, операционализирующие содержание и качество медицинских услуг московского стоматологического рынка и раскрывающие суть действующего на нём социального порядка. Наряду с содержанием маркетинговых усилий, направляемых коммерческими клиниками на квалификацию своих услуг, в статье анализируются представления о качестве разных участников этого рынка — врачей, менеджеров клиник и пациентов. Особое внимание уделяется тому, как пациенты справляются с оценкой качества стоматологических услуг, выбирая клинику. С опорой на данные веб-сайтов клиник и глубинных интервью с участниками рынка демонстрируется, что на изучаемом рынке не существует консенсуса по поводу критериев качества, так как в пределе успешность стоматологического лечения, по мнению игроков разного типа, зависит от профессионализма врача. Под ним при этом понимается не уровень квалификации, но, скорее, мотивация к профессиональной деятельности, выдвигающая на первый план служение пациенту. В идеале качество стоматологической услуги предполагает реализацию комплексного подхода к лечению, способствующего поддержанию здоровья человека в целом. Однако в таком виде качество беспокоит врачей. Пациенты же зачастую приходят в клинику, когда проблемы с зубами уже нельзя игнорировать, и ради того, чтобы решить их быстро, надолго и в соответствии с современными представлениями о том, как должны выглядеть здоровые зубы. При этом независимо от того, сколько усилий клиника вкладывает в разъяснение своих конкурентных преимуществ, наибольшим доверием у клиентов пользуются оценки представителей их референтной группы, прочувствовавших качество стоматологических услуг на своём теле и кошельке. Впрочем, инвестиции клиник в квалификацию стоматологических услуг не пропадают даром. Усвоенные из рыночного дискурса категории используются пациентами и при выяснении подробностей о клинике у знакомых, и при возникновении сомнений относительно обоснованности заплаченной за лечение цены. Таким образом, конвенциональный лексикон стоматологического рынка задаётся параметрами, составляющими содержание стоматологических услуг и конституирующими их качество.*

**Ключевые слова:** товар; качество; рынок; неопределённость; цена; медицина.

<sup>1</sup> Данная статья подготовлена в рамках реализации проекта № 11-01-0162 «“Не больно ли дорого?": восприятие цен пациентами в коммерческой стоматологии г. Москвы (социологический анализ)», выполненного в рамках Программы «Научный фонд НИУ ВШЭ» в 2012–2013 гг.

## Введение

Экономическая теория интерпретирует проблему неопределённости качества рыночных продуктов как характерную для рынков с информационной асимметрией<sup>2</sup>. Экономическая социология, в свою очередь, концептуализирует её как универсальную и, более того, фундаментальную с точки зрения поддержания социального порядка любого рынка [Callon, Meadel, Rabeharisoa 2002; Beckert 2009; Aspers, Beckert 2011; Beckert, Musselin 2013]. Рынок возникает там, где ценность уникального и потому недоступного для регулярного обмена блага переводится на универсальный язык стандартного рыночного товара, где на место ценности товара приходят качество и соответствующая ему денежная цена. Рассчитывая на объективное качество продукта, рыночные акторы на деле руководствуются лишь суждениями о нём. Качество не задано от природы, но возникает вследствие коллективного процесса квалификации, в ходе которого продукты начинают видаться как обладающие определёнными характеристиками и занимающими особую позицию в торговом ассортименте [Beckert, Musselin 2013: 14].

В современной экономике, где доминирующей формой организации хозяйства являются ценообразующие рынки, обнаружить консенсус по поводу того, что именно выступает предметом купли-продажи и какие критерии оценки качества можно использовать, не задумываясь, достаточно сложно, и потому ключевым вопросом для социологии рынков оказывается то, как именно акторы рынка справляются с имеющейся, подчас радикальной, неопределённостью [Karpik 2011; Aspers 2013]. В данной статье предпринимается попытка пролить свет на этот вопрос на примере московского рынка стоматологических услуг. Целью нашей работы является реконструирование категорий, операционализирующих содержание и качество предлагаемых на стоматологическом рынке услуг, а также выявление специфики их использования разными типами рыночных акторов.

Структура наших рассуждений будет следующей: вначале мы кратко опишем теоретические идеи, задающие точку отсчёта для нашего исследования; далее остановимся на методологии исследования, особенностях сбора и анализа эмпирических данных; после этого приступим к изложению результатов. Полагая, что именно поставщики стоматологических услуг (клиники) являются основными инвесторами в процесс квалификации лечения зубов как рыночного товара, сначала мы обратимся к данным веб-сайтов московских коммерческих клиник. Основываясь на них, мы опишем пространство признаков, задающих содержание стоматологических услуг и возможные вариации их качества. Выводы, полученные по итогам анализа веб-сайтов клиник, будут дополняться и детализироваться с использованием данных интервью с врачами и менеджерами стоматологических клиник, в которых обсуждалось, как эти акторы интерпретируют понятие «качество стоматологической услуги». Взглянув на процесс квалификации стоматологических услуг глазами поставщиков, мы перейдём к обсуждению представлений пациентов. С помощью данных глубинных интервью покажем, как пациенты оценивают отдельные параметры стоматологической услуги, в какой мере связывают их с качеством, какие ожидания предъявляют в отношении содержания и качества стоматологических услуг и какую роль категория качества играет в их потребительском выборе на анализируемом рынке. В заключении мы суммируем полученные результаты, выдвигая тезис о том, что, хотя на московском рынке стоматологических услуг категория качества не детерминирует потребительский выбор напрямую, усилия клиник по квалификации стоматологических услуг и операционализации их качества не напрасны: благодаря им на рынке рождается система навигации, помогающая пациентам осуществлять информированный выбор, а также возникает категориальный язык, облегчающий достижение компромисса между пациентами и клиниками в ситуациях, когда на практике цена и качество стоматологического лечения вызывают сомнения.

<sup>2</sup> За опубликованную в 1970 г. статью «Рынок лимонов: неопределённость качества и рыночный механизм» в 2001 г. Дж. Акерлоф получил Нобелевскую премию по экономике [Akerlof 1970].

## Товаризация как социальный процесс: теоретическая рамка исследования

Динамика современных рынков в сильной степени задаётся постоянным определением и переопределением («позиционированием») содержания товаров [Callon, Muniesa 2005; Слейтер 2008]. Консенсус по поводу образа товара формирует рынок, стабилизирует его [Слейтер 2008: 39].

Для того чтобы стать товаром, благо должно пройти процесс квалификации: необходимо присвоить ему социально значимые признаки, через совокупность которых впоследствии и будет определяться соответствующий ему рыночный продукт [Копытофф 2006]. Подобный переход осуществляется в две стадии: (1) объективация и (2) сингуляризация [Callon, Muniesa 2005].

В результате объективации и сингуляризации благо перестаёт выглядеть абсолютно уникальным и становится соизмеримым с другими товарами; выстраивается связь между новоявленным предметом купли-продажи и рыночными акторами, их интересами и потребностями [Beckert, Musselin 2013]. Детерминирующие содержание товара категории начинают влиять на социальный порядок рынка, актуализируя одни социальные смыслы и оттесняя на задний план другие [Callon, Meadel, Rabeharisoa 2002; Beckert, Musselin 2013: 13–17].

В формате рыночного товара благо обретает такие характеристики, как качество и цена. При этом даже тогда, когда категории, квалифицирующие продукт и раскрывающие параметры его качества, определены и институционализированы, качество товара может оставаться неоднозначным — в силу ли того, что качество данного товара в принципе не поддаётся наблюдению, измерению, оценке до момента потребления; или потому, что на рынке в принципе отсутствует консенсус по поводу того, какие факторы конституируют качество товара [Beckert, Musselin 2013: 14]. Дополнительную путаницу может вносить нестабильность границ между качеством товара и социальной ценностью скрытого за ним блага.

Понятие «качество» (*quality*) отсылает нас к продукту, ставшему предметом регулярных рыночных сделок, в то время как понятие «ценность» (*value*), скорее, соотносится с социальными значениями, вменяемыми продукту и соответствующему благу обществом [Aspers 2013]. Поясняя данное различие, Патрик Асперс приводит пример рынка древесины, где можно говорить о качестве брёвен, но не деревьев. Деревья оцениваются в другом регистре, например, в свете их роли для поддержания стабильности экосистемы на планете Земля [Aspers 2013: 61]. Ценность и качество товара, таким образом, сопряжены друг с другом, но не синонимичны. При этом связь между ними порождает дополнительные сложности выработки суждений о качестве, вносит ощутимые помехи в функционирование рынков. Особенно это касается рынков, где сама возможность перехода от уникального и потому бесценного блага к массовому, но доступному только за деньги рыночному товару вызывает социокультурное сопротивление. На рынках сингулярностей, фиктивных благ, а также благ, связанных с жизнью и телом человека, вынесение суждений о качестве и осуществление информированного выбора затруднены. Хотя и на стандартных рынках весьма востребованы инструменты, которые организовывали бы и подтверждали надёжность когнитивных категорий, оформляющих суждения о качестве (*judgment devices*) и способствующих преодолению радикальной неопределённости [Karpić 2011: 71]. Роль таких инструментов могут играть, например, социальные сети, способствующие обмену информацией между индивидами. И тогда особое значение приобретают уровень когнитивной компетентности и культурного капитала информанта (чтобы оценить качество вина, не обязательно быть сомелье, но разобраться в том, по каким параметрам вино в принципе может различаться и оцениваться, придётся [Beckert, Rossel 2013]). Наряду с системами оценки качества, в основе которых лежит персонализированное доверие, на рынке могут действовать и деперсонализированные, институционально закреплённые инструменты, как, например, рейтинги, сертификаты, оценки экспертов. В данном ключе стоило бы вспомнить и о цене, которая на отдельных рынках тоже может быть свидетельством качества товара. Однако взаимоотношения цены и качества в современной экономике также сложны и неоднозначны.

Ценовые сигналы не всегда информативны относительно качества. В одних случаях это связано с противоречивостью природы товара, в других — с тем, что производители товаров намеренно лишают цены статуса индикаторов качества [Долгин 2006; Вельтус 2008]. И тем не менее, как показывают исследования, потребители учитывают цену, определяя качество товара чаще, чем кажется аналитикам [Dodds, Monroe, Grewal 1991]. В условиях неопределённости и дефицита информации о других детерминантах качества людям не остаётся ничего другого, как опереться на конкурентный закон спроса и предложения [Monroe 1973: 72; Dodds, Monroe, Grewal 1991: 308]. И тогда заниженность цены сразу поставит качество товара под подозрение [Gabor, Granger 1966].

Конструирование образа рыночного товара (а значит, и рынка) представляет собой распределённый процесс [Callon, Muniesa 2005]. В основе его — организованные стратегии, используемые акторами для квалификации благ [Beckert, Musselin 2013]. Возможности для участия в калькуляции у игроков неодинаковы и зависят от объёма располагаемой рыночной власти.

В той мере, в какой товар может быть стратегическим фактором в конкурентной борьбе за установление концепций рыночного контроля, приоритетная роль в настраивании товаризируемых благ чаще всего приписывается производителям, продавцам, маркетологам, дизайнерам, мерчендайзерам и т. п. Ключевыми посредниками в процессе квалификации (*market intermediaries*) являются «рыночные профессионалы» — маркетологи, дизайнеры, мерчендайзеры, которые занимаются разработкой и стабилизацией категорий, идентифицирующих качество рыночного продукта [Dubuisson-Queiller 2013]. В таком ракурсе содержание маркетинговых стратегий фирм оказывается значимым источником социологической информации о том, как продавцы обучают своих клиентов критериям оценки содержания их продуктов, то есть создают базу для выработки ими информированных суждений о качестве [Zelizer 2005].

Сказанное, однако, не означает, что запросы и ожидания потребителей совершенно не влияют на содержание рыночных продуктов. Высокий спрос на маркетинговые исследования априори подтверждает, что тем или иным образом продавцы пытаются учитывать мнения и реакции потребителей при управлении своими товарами на рынке. В это же время каждый индивид, работающий на стороне предложения, является и потребителем тоже [Marchand 1985]. Хотя, как свидетельствуют некоторые исследования, на отдельных рынках и простым потребителям удаётся обернуть калькулятивную асимметрию в свою пользу. Ярким примером такого рода можно счесть рынок контрафактных товаров, где социальный статус покупателя может как подтверждать аутентичность используемого товара, так и фальсифицировать его. Подлинная сумка высокого бренда у человека скромного достатка обнаружит сомнения окружающих в её подлинности, в то время как контрафактная сумка у человека состоятельного будет кричать о его высоком статусе [Wehinger 2013]. Качество товара, таким образом, обнаруживает свою зависимость от социальной идентичности потребителя. Усваивая или отвергая навязываемые продавцами установки в отношении качества, покупатели становятся сопроизводителями товара (*prosumers*), а процесс квалификации товара при этом будет совместным производством (*co-production*) [Callon, Meadel, Rabeharisoa 2002].

## Методология исследования

### Выбор исследовательского объекта

Рынок стоматологических услуг является классическим примером рынка с неопределённым качеством продукта, а также с информационной асимметрией между продавцами и покупателями. Первое вытекает из принадлежности этого рынка к сервисному сектору и экономике услуг; второе — из экспертной позиции врача по отношению к пациенту.

Слабовещественный характер стоматологических услуг не позволяет пациенту предварительно оценить необходимую компетентность врача. Медицинская специфика стоматологического лечения обуславливает проблематичность выработки оценок доброкачественности услуг даже после их получения. При этом потребность в получении подобных оценок на рынке стоматологических услуг оказывается жизненно важным вопросом. Здоровье зубов не просто влияет на общее физическое самочувствие индивида, но вносит существенный вклад в его общее здоровье, усиливая риски развития таких серьёзных заболеваний, как диабет, инфекции и т. д. Иначе говоря, доступ к стоматологическим услугам — это не просто доступ к избавлению от боли, но путь к восстановлению здоровья как такового. Такая задача роднит их с прочими медицинскими услугами, в том числе и потому, что доступ к стоматологическому лечению является вопросом социальной справедливости. Кроме того, дентальное здоровье способно влиять на социальную успешность индивида, что делает доступ к этим услугам дополнительным фактором, способным внести вклад в социальное неравенство.

Стоматологическое лечение связано не только с вмешательством в тело человека, но и с риском для жизни: смерть в стоматологическом кресле (часто от анестезии или после удаления зуба) является нечастым, но статистически фиксируемым фактом. А вопросы жизни и смерти парализуют логику стандартной рыночной сделки [Зелизер 2010].

Несмотря на выраженность проблемы неопределённости качества, рынок стоматологических услуг — один из примеров успешной маркетинговой стратегии медицинских услуг в России. Стоматологические клиники составляют сегодня 43,5% частных амбулаторно-поликлинических учреждений в России [Шишкин, Потапчик, Селезнёва 2013: 97]. По экспертным оценкам, объём российского рынка стоматологии в 2011 г. составил около 250 млрд руб. [Российский рынок стоматологических услуг... 2012]. Стоматологические услуги включены в программу общего медицинского страхования россиян в очень ограниченном объёме; как следствие, россияне давно привыкли за них платить [Иванова 2007]. Денежные расходы на стоматологическую помощь при этом составляют пятую часть совокупных расходов на медицинские услуги [Шишкин, Потапчик, Селезнёва 2014: 32].

Коммерческая стоматология даёт благодатную почву для понимания процесса квалификации медицинских услуг как рыночного продукта и изучения функционирования рынка, где надёжность оценок качества услуг в пределе означает телесное благополучие и здоровье человека. В России такого рода информация имеет высокую практическую ценность, поскольку всё больший процент населения демонстрирует неудовлетворённость качеством медицинского обслуживания в рамках обязательного медицинского страхования, а на фоне неразвитости рынка добровольного медицинского страхования частная медицина оказывается главной альтернативой бюджетной.

В данной работе мы обратились к московскому рынку стоматологических услуг. Доля Москвы в российском рынке стоматологических услуг составляет 30–35%, что, на наш взгляд, позволяет надеяться: полученные на его примере выводы в значительной мере отвечают общей картине российского стоматологического рынка [Российский рынок стоматологических услуг... 2012].

### *Эмпирическая база исследования*

Опишем эмпирические данные, составляющие основу наших дальнейших рассуждений.

Для выявления характеристик, которыми клиники описывают качество своих услуг, в 2008–2009 гг. был проведён анализ содержания сайтов 184 московских стоматологических клиник<sup>3</sup> (список характеристик клиник представлен в приложении 1). Выбор в пользу анализа веб-сайтов сделан, исходя из

<sup>3</sup> К 2010 г. в Москве действовали 1280 коммерческих стоматологических клиник.

предположения, что эти электронные документы отражают результаты направленных усилий поставщиков услуг по квалификации своего продукта. Через веб-сайты клиники сообщают потенциальным пациентам о том, какими признаками обязательно должна обладать коммерческая стоматологическая услуга и как эти характеристики соотносятся с потребностями самого пациента.

Кодированию подвергалось содержание разделов «О клинике», в которых стоматологические организации в текстовой форме презентуют себя, суть своих услуг и их преимущества.

Проявившиеся в ходе анализа сайтов категории обсуждались в рамках 25 глубинных интервью с врачами и управляющими московских стоматологических клиник, проведенных автором данной статьи в 2008–2009 гг. (характеристики респондентов представлены в приложении 2). Доступ в клиники стал возможным благодаря сотрудничеству автора с Ассоциацией частных стоматологических клиник Москвы<sup>4</sup>. В выборку для интервью попали организации, входящие в эту ассоциацию. Для проведения интервью из списка контактов набирались клиники с контрастными организационными характеристиками. Нам важно было увидеть максимально разнообразную картину рынка, а потому получить доступ к сетевым и одиночным клиникам; к клиникам, расположенным в центре Москвы и на окраинах; к клиникам, позиционирующим себя в различных ценовых сегментах рынка — эконом, среднем и престижном. Ассоциация предоставила контакты генеральных директоров и управляющих клиник. В ряде организаций автору была дана возможность договориться о встрече и с одним из врачей. Процедура интервью выстраивалась в два хода. Первый касался истории создания клиники и — особенно — выработки её ценовых стратегий и управления ими; второй был сфокусирован на вопросах гайда, пополняющихся после каждого интервью.

Для того чтобы составить картину ожиданий пациентов в отношении содержания стоматологических услуг, параметров их качества и уровня цены, в 2012–2013 гг. были проведены 23 глубинных интервью с пациентами московских коммерческих клиник (их характеристики описаны в приложении 3). Базовым условием попадания респондента в выборку был опыт прохождения лечения в коммерческой стоматологической клинике в течение года, предшествующего моменту интервью. Далее важно было выявить представления пациентов с различными социально-демографическими и клиническими характеристиками. Первые интервью не позволили увидеть существенных различий в мнениях респондентов разного пола, возраста, дохода. Что касается клинических характеристик, то мнения пациентов с разным уровнем самооценки дентального здоровья также были сопоставимы. Принципиальным же для дальнейшего отбора параметром оказался способ попадания в клинику — по рекомендации знакомых, по внешней рекламе, по полису добровольного медицинского страхования (ДМС). Также важным было, чтобы респонденты оплачивали последний случай лечения из собственных средств — полностью или частично (в случае следования страховой программе). Процедура интервью с пациентами включала два этапа. Первый представлял собой лейтмотивное интервью, где нас интересовал краткий эпизод жизненного пути пациента — его опыт хронологически последнего посещения коммерческой стоматологической клиники в Москве, начиная с момента осознания потребности пройти стоматологическое лечение и заканчивая субъективными оценками этого опыта по прошествии времени. Вторым этапом интервью предполагал беседу с респондентом, направляемую расширяемым и уточняемым после каждого нового интервью гайдом.

## *Анализ данных*

Все полученные качественные данные были транскрибированы, агрегированы в текстовые массивы и подвергнуты осевому и категориальному кодированию. Для анализа использовалась программа Weft

<sup>4</sup> См. подробнее URL: <http://www.stomas.ru/content/zadachi-assotsiatsii/>

QDA, находящаяся в открытом доступе<sup>5</sup>. Это программное обеспечение позволяет осуществлять процедуру систематического анализа качественных данных путём применения процедур осевого и категориального кодирования, разработанных А. Страусом и Б. Глейзером [Strauss 1967; Glaser 1978].

Анализ данных веб-сайтов направлялся поиском предлагаемого клиниками ответа на вопрос о том, какие характеристики их услуг отражают конкурентные преимущества конкретной организации на рынке. В данных интервью с представителями клиник мы, во-первых, искали ответы на вопросы о том, в чём акторам видится общее содержание их деятельности, какое благо, на их взгляд, они обеспечивают, и, во-вторых, как они мыслят себе качественную стоматологическую услугу. Работая с транскриптами интервью с пациентами, мы отталкивались от рефлексии ими хронологически последнего опыта посещения клиники и особенно заплаченной за лечение цены. Нас интересовали, во-первых, представления пациентов о месте стоматологического лечения в общей программе заботы о здоровье и внешности, а во-вторых, их ожидания относительно содержания коммерческих стоматологических услуг. Мы также пытались выявить интерпретации отдельных аспектов стоматологической услуги и реконструировать представления клиентов клиник о детерминантах качества стоматологических услуг. Кроме того, принципиально важно было определить, в каком виде категория качества стоматологической услуги влияет на выбор пациентами клиники и врача для прохождения лечения.

## **Квалификация стоматологической услуги: вектор маркетинговых усилий коммерческих клиник**

### *Здоровье зубов и содержание стоматологической услуги*

Разговор о качестве стоматологических услуг невозможен без отсылки к той социальной ценности, которая, в принципе, порождает спрос на такого рода продукт, а именно к ценности здоровых зубов. Тем более что история развития стоматологии, в том числе и в России, даёт основания полагать: социальные критерии здоровья зубов и рыночные индикаторы высококачественной стоматологической услуги на протяжении XX века взаимно обогащали и динамизировали друг друга.

Состояние зубов является неотъемлемой частью социального перформанса индивида, составляющей того образа, который человек намерен создать о себе в глазах других.

Идеал здоровых зубов едва ли носит объективный характер, но, скорее, варьируется в различных обществах, в различные исторические периоды. Так, например, в Европе в XVI и XVII веков зубы с явными признаками кариеса указывали на высокое благосостояние их обладателя, который может позволить себе потребление сахара. Сегодня же интерпретация этого заболевания негативна: плохо пролеченные зубы ассоциируются с бедностью [Gibson 2008].

Чтобы уяснить, как сегодня на московском стоматологическом рынке толкуется идея здоровья зубов, необходимо осветить её трансформации в России на протяжении XX века.

В советский период основной параметр здоровья зубов состоял в том, чтобы они не болели и не препятствовали работоспособности населения [Пашков 2008b]. Первоначально самой распространённой стоматологической процедурой в России было удаление зубов, которое проводилось даже цирюльниками [Пашков 2008а; Пашков 2011]. Развитие стоматологической профессии и сопутствующие достижения в области медицинской науки со временем способствовали смене курса: появление терапии открывало новые возможности для сохранения зубов. Чуть позже и в советской стоматологии возникла ортопедия, нацеленная не только на восполнение функций жевательного аппарата, но и на маскировку

<sup>5</sup> См. URL: [http://onlineqda.hud.ac.uk/Step\\_by\\_step\\_software/Wefit/](http://onlineqda.hud.ac.uk/Step_by_step_software/Wefit/)

его физических недостатков. Ассортимент доступных советским стоматологам материалов и технологий был весьма ограниченным. Престижным в этот период считалось иметь золотые зубы — коронки с соответствующим напылением ставились даже на здоровые зубы

В начале 1990-х гг. в российской стоматологии начали активно развиваться такие области, как имплантология, ортодонтия и эстетическая стоматология, чему в значительной мере способствовали фирмы-поставщики европейских и американских зуболечебных материалов и методик, с которыми начинали работать коммерческие клиники. Осваивая европейские и американские приёмы лечения, российские стоматологи готовили почву для нового поворота — от поддержания функциональности зубов к активному управлению их красотой. В этот период метафорой идеального дентального здоровья являлась заимствованная из американской стоматологии безупречно белая и ровная, зачастую протезированная, то есть предполагающая устранение любого природного изъяна, так называемая голливудская улыбка. Как пояснял в интервью один из наших респондентов, *«изготовление “голлливудской улыбки” предполагает, что протезы будущих клыков будут сформированы по образу резцов. Белизна голливудской улыбки стремится “к белизне холодильника”, не предполагаемой на шкале естественных расцветок»* (интервью, 2009, Игорь, владелец клиники, действующий врач-ортопед, одиночная клиника, станция метро «Белорусская»). К здоровью в физическом смысле «голлливудская улыбка» имела весьма отдалённое отношение; скорее, предполагая частичное принесение его в жертву (удаление интактных клыков ради эстетического эффекта). За «голлливудской улыбкой», таким образом, стоял не совершенный образ природы, а образ искусственной реальности демонстративного потребления. Однако медицина не стоит на месте и постоянно обретает неведомые ранее шансы на сохранение зубов. Эталону «голлливудской улыбки» также суждено было утратить свою силу.

Предпринятый в 2008–2009 гг. анализ содержания веб-сайтов московских стоматологических клиник позволяет увидеть, что новым маяком для российской коммерческой стоматологии стало движение в сторону «неотличимости» искусственного от естественного. Иметь здоровые зубы на языке поставщиков услуг московского стоматологического рынка сегодня означает чувствовать и выглядеть так, как будто зубы идеальны от природы: *«Главное, чтобы зубы были и выглядели, как настоящие или даже лучше, чем настоящие, чтобы пациент мог жевать и улыбаться»* (интервью, 2009, Лариса, владелец, руководитель, действующий врач-ортопед, одиночная клиника, станция метро «Коньково»).

Квинтэссенцией новой идеи здоровых зубов стал принцип «эстетика плюс функциональность», выраженный в достаточно типичном для коммерческой стоматологии рекламном слогане: *«Друзья, помните, что быть беззубым не только неудобно, незстетично, непрестижно, но и вредно для здоровья»*<sup>6</sup>. Клиники не жалеют усилий, чтобы выйти за пределы прагматичного назначения медицины, переопределить эту область в терминах искусства (к слову, существенно более дорогостоящего). Показательным в связи с этим является, например, и такое промо стоматологической клиники: *«Современный стоматолог объединяет в себе врача, художника и скульптора, поэтому мы стараемся постепенно исключить из своего лексикона понятие “пломбирование зуба” и заменить его на слова “реставрация” и “реконструкция”»* (веб-сайт клиники «СтомИдеал»)<sup>7</sup>.

Какие параметры стоматологических услуг дают надежду на практическое воплощение современного идеала здоровых зубов? Рассмотрим их, опираясь опять же на данные веб-сайтов московских стоматологических клиник.

<sup>6</sup> См. URL: [http://www.dentalmechanic.ru/index/news\\_102.html](http://www.dentalmechanic.ru/index/news_102.html)

<sup>7</sup> См. URL: [http://stomideal.ru/estetichaskaya\\_stomatologiya](http://stomideal.ru/estetichaskaya_stomatologiya)



## Оборудование и материалы

Московские стоматологические клиники, информируя пациента о своих преимуществах, акцентируют внимание на качестве оборудования, которое должно быть *высококласным и новейшим*. Распространены ссылки на то, что используемое оборудование сходно с тем, что установлено в европейских клиниках. Измеримым индикатором качества оборудования является страна-производитель. Оценка осуществляется по номинальной шкале, где отрицательные значения задаются отечественным оборудованием и оборудованием из Китая, а положительные ассоциируются с установками из Германии и Швейцарии.

Фактором качества стоматологических услуг веб-сайты клиник объявляют и качество лечебных материалов. Как и в случае с техническим оснащением, особое значение имеет страна-производитель, и потому ключевым различием оказывается дихотомия «отечественные — западные». Акцент именно на импортном (европейском, японском) производстве материалов, вероятно, призван не только дать ссылку на более развитую зарубежную стоматологию, но и дистанцироваться от бюджетных стоматологических *лечебно-профилактических учреждений* (ЛПУ), где совсем недавно даже светоотверждаемые пломбы покупались врачами на личные деньги. Важным критерием качества лечебных материалов является также их прогрессивность: «*самые современные*», «*последнего поколения*». Клиники заинтересованно заверяют пациента в том, что используемые ими материалы обладают *высокой биосовместимостью*, а сами клиники работают с *биоинертными и бионейтральными технологиями*. Усовершенствованные физические свойства стоматологических материалов (совместимость с живыми тканями, коэффициент расширения, степень прозрачности и т. д.) — ключ к восстановлению зубов в максимально естественном виде.

«Новое» в стоматологии, похоже, оказывается синонимом «лучшего» и приветствуется. Гонка за прогрессивными материалами и методиками лечения ведётся непрерывно. Достаточно сказать, что крупные стоматологические выставки, на которых врачей и руководителей информируют о последних достижениях в стоматологии, перспективных методиках лечения, технологических новинках, проходят в Москве каждые полгода. В связи с этим неудивительно, что для стоматологического рынка типично быстрое моральное устаревание материалов: «*Высокая цена изначально ставится на прогрессивные материалы, например, стекловолокно. Потом “приедается”, и цена идёт вниз*» (интервью, 2009, Евгений, ортопед, одиночная клиника, станция метро «Арбатская»).

Современные оборудование и медикаменты делают возможными обещания безболезненного лечения, ведь страх боли — *dental phobia* — всё ещё является фактором, сдерживающим спрос на стоматологические услуги [Nettleton 1989; Ларенцова, Смирнова 2000]. Сайты расписывают чудодейственность современных анестетиков. Благодаря таким препаратам, к слову, удаётся сажать в стоматологическое кресло даже тех пациентов, которые в былые времена его миновали. Так, аллергикам и беременным предлагается анестезия без адреналина, а тем, кто с трудом доводит себя до клиники из-за страха, — общий наркоз.

## Безопасность лечения

Отдельным важным аспектом содержания стоматологической услуги является *безопасность лечения*, на которую клиники постоянно обращают внимание пациентов. В первую очередь речь идёт о безопасности в плане соблюдения гигиены (информация о том, что стоматологическое лечение сопряжено с риском для жизни и клиники борются с этими рисками, ни на одном из веб-сайтов не обнаружена)<sup>8</sup>.

<sup>8</sup> Хотя по опыту работы автора в стоматологических клиниках, а также по опыту посещения стоматологов для прохождения лечения, на практике избегание рисков для жизни пациента артикулируется в корпоративной культуре клиник, строго предписывающей, например, врачам не оставлять пациента одного в кресле во время действия анестезии.

На сайтах пациентам предоставляется подробная информация о том, какие антисептики используются в клинике, каким образом стерилизуются инструменты, как обеспечивается защита от СПИДа и гепатита, гарантируется отсутствие рисков получения иных инфекций и т. д. Выставляя на передний план гигиеническую безопасность, клиники, конечно, умалчивают о том, что данный параметр строго контролируется государством — ещё одним актором, без которого не обходится квалификация коммерческих медицинских услуг.

### *Индивидуальный подход*

Анализ веб-сайтов позволяет зафиксировать, что клиники всеми силами стремятся сингуляризировать стоматологическую услугу, коммуницируя своё персонализированное отношение к пациентам. Внимание потенциальных клиентов акцентируется на том, что в клинике их ждёт *тёплая, доброжелательная, домашняя, комфортная атмосфера*. Декларируется стремление относиться к пациенту «как к человеку», что априори страхует клиники от обвинений в объектном подходе к посетителям. Веб-сайты убеждают пациентов в том, что в клинике им обеспечено *искреннее сочувствие, порядочность, чуткость и честность врачей, гарантирован индивидуальный подход, исключено равнодушное отношение*.

Выдвигая на первый план намерение ответственно заботиться о пациенте, клиники пытаются обойти двусмысленность маркетинга здоровья, а именно — проблему сохранения уникальной ценности человека даже в условиях, когда всё продаётся и покупается. Один из медиков в ходе интервью сказал: *«Приходят пациенты, общаются и видят, что их ведут только за деньги. Люди такие вещи чувствуют. Мне пациентка рассказывала, что с неё запросили 120 тысяч. И даже не говорит, что ей это дорого, а только о том, что с ней так пообщались, что было ясно: их интересуют только деньги. В итоге пациентка у нас получилась и оставила даже больше денег. Получилось вроде и дороже, но когда она понимает, что при выборе думали о ней, как ей будет лучше, а не о том, как больше заработать, реакция другая»* (интервью, 2009, Александр, владелец, руководитель, врач, станция метро «Марьино»).

### *Профессионализм врачей*

В центре позиционирования стоматологических услуг находится личность специалиста, что нередко видно даже по названию клиник, как, например, в случае с «Клиникой доктора Осиповой», «Клиникой доктора Жака», «Клиникой профессора Ушакова» и т. д. Часто подчёркивается, что приём ведут *профессионалы; врачи клиники имеют множество дипломов и сертификатов; в клинике работают врачи высшей категории, специалисты экстра-класса*.

Профессионализм врачей связывается на сайтах клиник с их научной деятельностью, с наличием учёных степеней. Информация о том, что клиника организована каким-нибудь профессором или сотрудничает с российскими или западными стоматологическими институтами, в том числе исследовательскими, обязательно выносится на передний план. Значение имеет не только уже полученная степень, но и то, что врачи владеют передовыми методиками и постоянно осваивают новые, проходя стажировки в России и на Западе, например.

Гипотеза о том, что профессионализм врача составляет фундамент качественной стоматологической услуги, находит подтверждение и в интервью. Для многих клиник врач, его время и навыки являются главным капиталом: *«Поскольку наша система считает, что профессионализм врача стоит на первом месте, мы смотрим и оцениваем сотрудников по всем критериям, которые важны для пациента. Нам важно, чтобы врач не только умел работать, но и соблюдал правила безопасности. От него же зависят забота и понимание пациента»* (интервью, 2009, Александр, руководитель, сетевая

клиника, станция метро «Шаболовская»). Высокий уровень квалификации врача позволяет не беспокоиться о том, насколько обоснованно высокими выглядят цены: *«Если хорошие доктора, можно спокойно держать цены»* (интервью, 2008, Николай, руководитель, одиночная клиника, станция метро «Тушинская»).

Вместе с тем профессионализм в стоматологии — это не то, что можно обрести раз и навсегда. Прогрессивный характер этой отрасли медицины требует от врача постоянного развития навыков, постоянного повышения квалификации, инвестирования в себя: *«Не ходит на регулярную учёбу — для врача дурной тон; это значит, он не развивается как специалист, не в курсе новых технологий»* (интервью, 2009, Евгений, врач-ортопед, одиночная клиника, станция метро «Арбатская»).

По словам менеджеров клиник, борясь за лояльность хорошего врача, клиники берут на себя материальные издержки по повышению его квалификации. Помимо позитивно влияющего на прибыль прироста технологических навыков, они эксплуатируют и символический капитал престижных медицинских дипломов. Инновационность, привносимая в клинику профессионализмом врача, оказывается значимым инструментом символической легитимации рыночной деятельности, и потому клиники готовы в неё инвестировать.

### *Сервис и комфортность лечения*

Квалификация стоматологических услуг осуществляется в том числе через попытку соотнести их с сервисным сектором. Как следствие, на многих сайтах пациентам сообщают, что в клинике их ждёт «высококласный сервис», включающий приём пациентов по предварительной записи, без очередей и ожидания приёма. В данном случае клиники вновь проговаривают свои преимущества по сравнению с бюджетными стоматологическими поликлиниками.

Упоминается на сайтах и комфортность интерьера клиники, хотя нередко отдельно подчёркивается, что этот параметр никак не сказывается на стоимости услуг.

Отдельно на веб-страницах говорится, что взаимодействие между пациентом и клиникой оформляется юридически. Заключаемый контракт выполняет функции гарантийного обязательства. Сроки исполнения работ и долговременность гарантий также позиционируются клиниками, которые их декларируют как значимые сервисные преимущества.

Ещё один сервисный параметр, на который обращают внимание авторы сайтов — это удобство расположения клиники, наличие собственной парковки и т. д.

### *Уровень престижа*

Некоторые клиники, сайты которых были проанализированы в ходе исследования, ссылаются на то, что среди их пациентов есть публичные люди с высоким социальным статусом. Смысл сообщений типа *«нас выбирает семья президента»* можно интерпретировать различными способами. С одной стороны, параметр престижности отражает сервисный характер коммерческих стоматологических услуг, то есть заложенную в них возможность удовлетворения потребностей пациентов в престижном потреблении за счёт особых условий обслуживания. С другой стороны, на примере самопозиционирования так называемых VIP-клиник можно видеть, как в условиях неопределённости качества и непрозрачности цены стоматологических услуг для пациента московский рынок стоматологических медицинских услуг превращается в рынок репутаций клиник. В случае с VIP-клиниками эта репутация подтверждается эксплуатацией публичной известности отдельных пациентов, чей негативный опыт лечения в

данной клинике стал бы достоянием широкой общественности, а отсутствие негативной информации является косвенным подтверждением того, что опыт лечения в данной клинике был позитивным. Таким образом, премиум-статус стоматологической клиники на рынке призван гарантировать не только эксклюзивное обслуживание, но и, что более востребовано и ценно, прогнозируемое качество лечения. Примечательно при этом, что сами высокостатусные пациенты зачастую лечатся в клиниках со значительными скидками в обмен на фотографии, которые впоследствии руководство сможет разместить на стенах<sup>9</sup>.

Элитарность клиники конструируется на веб-сайтах не только ссылками на высокостатусных пациентов, но её месторасположением в городе, степенью престижности района, где открывается клиника.

Суммируя данные веб-сайтов московских стоматологических клиник, можно заключить, что коммерческие стоматологические услуги квалифицируются в пространстве таких характеристик, как уровень технологического оборудования (с акцентом на стране-производителе), характер используемых лечебных материалов (с фокусом на их происхождении и инновационности), безболезненность, гигиеническая безопасность стоматологического лечения, индивидуальный подход к пациенту, профессионализм врачей (наличие у докторов учёных степеней, дипломов о повышении квалификации и т. д.), высокий уровень обслуживания (в форме отсутствия очередей, удобного расписания приёма и т. д.) и уровень престижности клиники (месторасположение, социальный статус посетителей). Перечисленные параметры дают основания для предположительной дифференциации клиник относительно качества предлагаемого в них лечения. Однако, как мы и говорили изначально, информация на веб-сайтах клиник носит декларативный характер. Чтобы оценить, в какой мере категория качества стоматологической услуги конституирует социальный порядок рынка, необходимо увидеть, как она интерпретируется действующими на нём акторами. Данные глубинных интервью с врачами, менеджерами и пациентами московских стоматологических клиник позволят нам сделать это в следующих разделах статьи.

## **Качество стоматологической услуги в нарративах врачей и менеджеров московских стоматологических клиник**

Для начала важно зафиксировать различия в интерпретации содержания медицинской услуги врачами и менеджерами стоматологических клиник.

Менеджеры склонны рассматривать медицинскую услугу как набор сервисных параметров: *«Содержание услуги начинается с момента звонка в клинику. Как вам ответили, насколько хорошо все объяснили. Потом, было ли скользко на крыльце зимой, как вас встретили, как проводили к врачу. Как врач с вами поговорил (объяснял всё понятно или сыпал профессиональными терминами), внимательно ли отнёсся. Потом, как вас полечили — больно или не больно, насколько красиво выглядит зуб и т. д.»* (интервью, 2008, Дмитрий, руководитель, одиночная клиника, станция метро «Профсоюзная»).

Для докторов же, занятых в коммерческом секторе, понятие «медицинская услуга» ценностно окрашено: *«Можно ввести такой критерий, как степень искусства, вложенного в работу, степень души, степень мастерства. Ведь можно сделать мужественную улыбку, можно сделать романтическую улыбку, а можно сделать просто функциональную улыбку, в конце концов»* (интервью, 2009, Сергей, терапевт, ортопед, одиночная клиника, станция метро «Добрынинская»).

Даже управляя клиниками, врачи не могут пренебречь нормами своей профессии, стремятся к выполнению медицинских стандартов, а подчас и своего профессионального долга: *«Мы сами врачи, а там,*

<sup>9</sup> Из опыта работы автора в стоматологических клиниках.

*где менеджеры приходят управлять клиникой, они совсем под другим углом смотрят»* (интервью, 2009, Игорь, владелец клиники, ортопед, одиночная клиника, станция метро «Белорусская»).

Значимой для врачей-стоматологов остаётся категория помощи. Коммерческие стоматологи не перестают быть медиками, неся человеку избавление от зубной боли, излечивая его от физических недостатков, улучшая его внешний вид. Выясняется, что «хороший» врач должен не только владеть технологиями, но и быть психологом: *«Доктор не просто должен оказать услугу, но и предварительно рассказать о ней, взять информированное согласие с пациента, да ещё и не напугать его, потому что негативные последствия существуют у любой медицинской услуги. Стопроцентной гарантии нет, и врач должен это донести. Общение — немаловажная часть качества, не в экономической части, а в лечебной. Важно снять с пациента стресс, потому что от этого качество лечения тоже зависит»* (интервью, 2008, Николай, руководитель, одиночная клиника, станция метро «Тушинская»).

В ходе интервью врачи фокусировали внимание не столько на своих медицинских компетенциях, сколько на этическом содержании работы. Фундамент этики врача коммерческой клиники составляют два принципа. Первый из них предписывает видеть в пациенте цель, а не средство деятельности. Так врачи стремятся подчеркнуть медицинскую, гуманную составляющую бизнеса, в рамках которого работают: *«Есть клиники, где врача делают профессиональным продавцом. Ставят дешёвые материалы и... вперёд. И раньше, и сейчас были маркетинговые компании, которые напрямую говорили: "Давайте мы научим ваших врачей торговать услугами". Всё это направлено на врача-продавца. Но это не должно выглядеть, как в торговле. Торговля в медицине недопустима. Всё вокруг пациента должно быть. Всё для него. Больше пациентов, больше отдача от пациентов — это нормально, мы коммерческие организации. Но если только этим путём идти, не учитывать, что здоровье — это особая категория ценности, мы споткнёмся»* (интервью, 2008, Геннадий, руководитель, врач-ортопед, сетевая клиника, станция метро «Домодедовская»).

Второй принцип этического поведения врача коммерческой клиники предписывает не потерять в качестве, погнавшись за количеством. Так проблема качества стоматологических услуг обретает темпоральное измерение. Слишком малый объём времени, выделяемый в условиях высокого потока пациентов на лечение каждого больного, зачастую не позволяет врачам достичь желаемого уровня качества работы. По словам врачей, наивысший медицинский стандарт может быть достигнут лишь при условии реализации комплексного подхода к стоматологическому лечению: *«Пациента должны осматривать все. Терапевт, пародонтолог, хирург, ортопед. Лечение кариеса и десен, гигиена рта, выправление прикуса, и лишь после этого — этап протезирования»* (интервью, 2009, Владимир, врач-хирург, имплантолог, одиночная клиника, станция метро «Парк Победы»).

Однако воплотить комплексный подход к лечению в условиях рынка затруднительно. Во-первых, из-за временных и материальных затрат, которые потребуются от пациентов: *«Есть комплексный подход к лечению. Чтобы грамотно вылечить, нужно вылечить всё. Готов ли пациент несколько лет лечиться и платить за это? Вот в Твери есть клиника профессора Безвестного... Он сделал клинику, шикарная клиника, подход грамотный, но пациент приходит на консультацию, и консультация стоит около 40–50 тысяч»* (интервью, 2009, Ирина, владелец клиники, одиночная клиника, станция метро «Каховская»).

Ещё одно препятствие на пути к воплощению медицинского идеала качественного стоматологического лечения заключается в отсутствии в российской стоматологии институционализированных стандартов лечения. При этом стандарты, хотя бы в формате «лучше можно, хуже нельзя», оказываются весьма востребованными, в первую очередь игроками коммерческого сектора. Врачи говорят о необходимости интегрировать и новейшее, и накопленное с опытом знание о стоматологических процедурах в

практику, заявляя о необходимости постоянного пересмотра, обновления процедур стоматологического лечения: *«Я считаю, что сейчас химические пломбы уже не нужны, только композиты светового отверждения. Таким должен быть минимальный стандарт. Как и штампованные коронки, мы от них уже отказались. Минимум это металлокерамика»* (интервью, 2009, Игорь, владелец клиники, врач-ортопед, станция метро «Белорусская»).

На фоне сосуществования в российской стоматологии коммерческих клиник и бюджетных ЛПУ отсутствие стандартов, по свидетельствам врачей, провоцирует ещё большую дифференциацию и неопределённость качества на рынке: *«Стоматологи уже давно разделены, как пилоты в авиации: некоторые летают на кукурузниках, а некоторые на эйрбасах. И вопрос не в цене билета, а в расстоянии и высоте полёта. Нередко на кукурузниках намолачивают большие, особенно если аэродром и бензин за счёт государства»* (из интернет-дискуссии на одном из стоматологических форумов, 2013).

Артикулируемый врачами коммерческих клиник спрос на медицинские стандарты является косвенным подтверждением того, что подвижность понятия «качество стоматологического лечения» осознаётся данными акторами как проблема рынка. Возникающие в таком ключе разночтения лечебных планов осложняют установление доверительных отношений с пациентами: *«Бывают ситуации, когда приходит пациент к доктору, а доктор говорит: “Вам нужно зуб удалять”. Пациент идёт к другому врачу, тот ему говорит, что удалять можно, но можно полечить и года три ходить с этим зубом. Как здесь быть? Или лучше, чтобы не было вот этого выбора лишнего. Был бы стандарт — удалить, значит, врач удаляет»* (интервью, 2009, Матвей, врач-терапевт, одиночная клиника, станция метро «Текстильщики»). При этом доверие видится врачам одним из факторов успешного исхода стоматологического лечения. Как сказал один из медиков, *«если отношения с врачом хорошие, то и заживать всё будет лучше»* (интервью, 2009, Май, врач-ортопед, одиночная клиника, станция метро «Бульвар Рокоссовского»).

Данные нашего исследования позволяют уловить то обстоятельство, что качество на стоматологическом рынке является иллюзорным и идеализированным понятием. Как выразился один из проинтервьюированных врачей, *«отличного качества в стоматологии не бывает. При любой пломбировке есть пустоты, в любой пломбе есть поры, при любой хирургии травма могла бы быть меньше»* (интервью, 2009, Дмитрий, врач-ортопед, одиночная клиника, станция метро «Ленинский проспект»).

Со слов поставщиков услуг, понятие «качество» на стоматологическом рынке предстаёт континуумом, один из полюсов которого описывается как комплексный подход к стоматологическому лечению, реализованному по высшему стандарту медицинской этики, а другой указывает на услуги, оказанные с минимальными затратами времени на одного пациента, хотя и с соблюдением всех требований сервиса. Для того чтобы понять, как возникает зона согласия по поводу качества стоматологических услуг между поставщиками и потребителями, необходимо рассмотреть соответствующие представления пациентов. Что и будет сделано далее.

## **Представления пациентов о содержании и качестве стоматологических услуг**

Начнём с того, как посетители московских стоматологических клиник трактуют понятие «здоровые зубы», как формулируют свои нужды. Данные нашего исследования указывают на то, что эти акторы вполне усвоили разработанный клиниками словарь стоматологического рынка. Возможность вернуть себе данное природой состояние зубов видится пациентам главной ценностью, способной удостоверить высокое качество стоматологической услуги: *«Что такое шикарно сделанный зуб? Ну, во-первых, полностью восстановлена форма зуба, как будто это свой настоящий зуб, без всяких шершавостей. Его не чувствуешь как запломбированный зуб. Его во рту чувствуешь как полностью твой зуб»* (интервью, 2013, Ирина, пациентка, 49 лет, частная оплата, обращение к врачу — по рекомендации).

Здоровые зубы позволяют пациентам и себя чувствовать здоровыми. При этом, судя по данным наших интервью, здоровое тело для них — это тело, позволяющее полноценно жить, незаметное, не мешающее привычной повседневности. Пациенты признают и аспект социального перформанса, и физиологический аспект дентального здоровья. В интерпретации посетителей клиник здоровые зубы исправно исполняют свои жевательные функции, при этом красиво выглядят и не порождают проблем типа неприятного запаха или отгалкивающих с эстетической точки зрения деформаций, искажений речи. Парадоксально, но при соблюдении на практике всех вышеперечисленных условий зубы начинают видаться пациентам чем-то незначительным, такой *«маленькой функцией человеческой, которая даже и не сердце и без которой точно можно прожить»* (интервью, 2013, Юлия, пациентка, 26 лет, частная оплата, обращение к врачу — по рекомендации). До тех пор, пока зубы не беспокоят, о них нашим респондентам хочется забыть. Отсюда, например, вытекает пренебрежение профилактическими осмотрами: *«Посещаю только по боли, потому что нет времени, и неохота лишний раз, вроде нет нужды, вроде ничего не болит. Хотя я прекрасно понимаю, что нужно относиться по-другому»* (интервью, 2013, Анна, пациентка, 28 лет, частная оплата, обращение к врачу — экстренное, рядом с домом).

Состояние зубов становится проблемой либо в случае появления острой боли (*«лезла на стену от боли»*), либо когда их вид перестаёт соответствовать требованиям социального перформанса (*«выбила передний зуб за день до дня рождения»*), либо когда важность их физиологической функции становится очевидной на фоне иных тяжелых заболеваний (*«у меня сахарный диабет, и мне очень важно жевать»*). И если уж проблемы с зубами возникли, то решить их пациентам хочется поскорее и с минимальными затратами — временными и материальными: *«Нужно как-то сминимизировать на этих зубах дурацких, потому что жалко на них, если честно»* (интервью, 2013, Игорь, пациент, 40 лет, частная оплата, обращение к врачу — по рекламе).

Как следствие, одним из ключевых критериев качества полученного стоматологического лечения становится для пациентов принцип «чтобы не было проблем». Чем меньше сложностей актуализировалось в процессе и после лечения, тем выше оценивается его качество. Выходит, что о качестве лечения в смысле поддержания общего здоровья организма больше пекутся стоматологические клиники и главным образом врачи. И не всегда их заботы находят отклик у пациентов. Так, например, продвигаемый стоматологическими клиниками «комплексный подход к лечению», когда на первой консультации пациент обходит различных дентальных специалистов и получает основанный на всестороннем обследовании диагноз, в нарративах пациентов интерпретируется как попытка клиники увеличить свою прибыль:

Интервьюер. *Вы сказали, что Вас не совсем удовлетворили результаты лечения. А почему?*

Респондент. *Ну, там как-то начали разводить на какие-то дополнительные услуги, давайте это, давайте то... Приходите завтра... У Вас тут всё запущено...* (интервью, 2013, Игорь, пациент, 40 лет, частная оплата, обращение к врачу — по рекламе).

Похожим образом у пациентов вызывают подозрения ситуации, когда лечение зуба осуществляется в несколько приёмов (что нередко предусмотрено технологией лечения): *«То есть получается, в более таких, скажем так, дешёвых клиниках, денег всё равно отдашь столько же, только ещё будешь ходить три раза»* (интервью, 2013, Полина, пациент, 50 лет, частная оплата, обращение к врачу — по рекомендации).

Медицинские ошибки, риск которых всегда существует, делают категорию качества очень хрупкой в восприятии пациентов, так как могут интерпретироваться как причинение врачом намеренного вреда:

«Ну, например, в последний раз мне показалось, что он мне специально зуб сломал, чтобы я потом сделал имплантат. Ну, то есть визуально я считал, что у меня более-менее нормально, что его можно просто запломбировать, а он сверлил-сверлил, в результате зуб треснул, и он сказал, что с ним не стоит заниматься, легче имплантат вставить» (интервью, 2013, Николай, пациент, 36 лет, частная оплата, обращение к врачу — по рекомендации).

Для понимания того, как пациенты выстраивают суждения о качестве стоматологических услуг, важно, что они противопоставляют стоматологическую услугу стоматологическому лечению. За этим различием скрыто два значимых смысловых пласта. Во-первых, оно отличает друг от друга параметры сервиса и параметры непосредственно лечения. Во-вторых, оно означает дистанцированность в глазах пациента клиники и лечащего врача как двух отдельных субъектов взаимодействия.

По-видимому, пациенты рассматривают ситуацию лечения как коалицию с врачом, которая может выстраиваться и против клиники, её руководства: «Сейчас многие платят доктору лично. Выходит где-то в два раза дешевле, чем через кассу. У меня так все знакомые и родственники лечатся. И доктору хорошо, и нам хорошо. Плохо только навороченной клинике» (из дискуссии в блоге, 2012)<sup>10</sup>. При этом функция сервиса в восприятии пациентов закрепляется за клиникой, «персоналом», а функция лечения — за врачом. Такое разделение кажется логичным следствием разделения труда между указанными акторами, но на деле оно обладает особым смыслом для пациентов, так как позволяет вытеснить экономический аспект получения стоматологической услуги за пределы прямого взаимодействия с врачом и адресовать все денежные вопросы и связанные с ними сомнения и недовольство менеджерам. Косвенно об этом свидетельствует то, например, что именно роль управляющих, но не врачей оказывается демонизированной в глазах пациентов. Клиники, по мнению пациентов, не только сами практикуют такие недобросовестные стратегии, как, например, занижение стоимости лечения в рекламе или установление финансовых планов, но и навязывают такое поведение врачам: «Все честные люди из этих клиник уходят, потому что им прямо в открытую говорят, что пациентов “надо разводиться”, то есть навязывать им ненужные услуги, кучу разных диагностик, которые очень дороги. Честная медицина не может быть прибыльной. Или ты делаешь деньги бессовестным образом и разводил пациентов и наживаешься на них, или ты занимаешься медициной, но тогда у тебя прибыли практически не будет» (интервью, 2013, Ирина, пациентка, 49 лет, частная оплата, обращение к врачу — по рекомендации).

Если посмотреть, как пациенты выбирают клинику, в какой мере они при этом учитывают разные аспекты качества стоматологической услуги, то мы столкнёмся с тем, что заявляемые клиниками характеристики своих услуг и конкурентных преимуществ не являются в глазах пациентов безоговорочными сигналами качества и факторами выбора клиники и врача. В то же время анализ ожиданий пациентов в отношении содержания и качества коммерческих стоматологических услуг, а также представлений о факторах вариации стоимости этих услуг в различных клиниках не оставляет сомнений в том, что пациенты не просто активно оперируют категориями, функционирующими на московском стоматологическом рынке благодаря квалификационным усилиям клиник, но и активно рефлексировали, наполняя эти категории новым смыслом. Рассмотрим оба указанных аспекта подробнее.

В случаях, когда пациенты лечат зубы по полису ДМС, клиника предписана страховой программой. Если же пациенты платят за лечение из личных средств, предпочтительной стратегией поиска врача для прохождения планового стоматологического лечения (экстренно люди обращаются и в незнакомые клиники) видится поиск врача по рекомендации знакомых. Данные наших интервью позволяют выдвинуть тезис о том, что именно эта стратегия оказывается наиболее успешной с точки зрения уровня итоговой удовлетворённости качеством лечения и обслуживания и его ценой. Анализ оценок, которые пациенты дают цене, заплаченной за недавний визит, позволяет зафиксировать эту закономерность.

<sup>10</sup> См.: URL: <http://lebed.com/2012/art6036.htm>



В нарративах респондентов, которые выбирали врача, используя свои социальные связи, дискурс о цене проявляется пунктирно, и это, по нашему мнению, можно считать признаком того, что взаимодействие по поводу получения коммерческой стоматологической услуги прошло гладко<sup>11</sup>. Полагая, что качество услуги — ядро взаимодействия «врач — пациент», мы делаем следующий вывод: удовлетворённость ценой стоматологической услуги свидетельствует и об удовлетворённости её качеством. Основываясь на данных интервью, мы видим три возможные причины, объясняющие, почему именно рекомендации знакомых ведут к наилучшему результату выбора клиники.

Во-первых, срабатывает эффект референтной группы, ощущение социальной близости к которой влияет на то, как индивид формулирует свои желания и потребности. Как сформулировал один из респондентов, *«действительно хорошего врача тебе порекомендуют только такие же, как ты, нормальные люди»* (интервью, 2013, Кристина, пациентка, 37 лет, частная оплата, посещает «своего» врача). Во-вторых, вероятность успешного исхода лечения у врача, чья компетентность была косвенно апробирована на знакомых, также оказывается более высокой, ведь рекомендатель не просто обладает неким мнением, но способен непосредственно продемонстрировать результат работы врача: *«Я просто увидела, как одна знакомая сделала передний зуб. Этот зуб был наращён очень профессионально. И я сразу, конечно, спросила: “Где ты делала?”. Она рассказала»* (интервью, 2013, Ирина, пациентка, 49 лет, частная оплата, обращение к врачу — по рекомендации).

И, в-третьих, получение информации о врачах через знакомых означает доступ к подробным сведениям о любых, даже с трудом поддающихся измерению условиях обслуживания в клинике и т. п.: *«Всегда нужно, как мне кажется, ориентироваться на рекомендации тех, кто был и кто может тебе действительно сказать, что это врач от Бога»* (интервью, 2012, Вера, пациентка, 45 лет, частная оплата, обращение к врачу — по рекомендации другого медика).

Ожидания пациентов, пришедших в клинику по рекомендации, изначально оказываются очень реалистичными. При этом не стоит думать, будто они полностью застрахованы от неожиданностей в ходе лечения или абсолютно счастливы заплаченной ценой. Скорее, в таких обстоятельствах происходит смещение локуса оценки опыта посещения клиники с внутреннего взаимодействия на внешние обстоятельства, не зависящие от участников. Так, например, сомнения по поводу стоимости лечения перемещаются в другой фрейм, не связанный непосредственно со взаимодействием с клиникой и врачом. Похожим образом накладки с лечением объясняются пациентами особенностями собственного организма, а не ошибкой врача, и даже оправдываются.

Таким образом, данные нашего исследования позволяют предположить, что ключевым инструментом выработки суждений о качестве на московском стоматологическом рынке являются социальные связи. При этом надёжность получаемой информации определяется тем фактом, что рекомендатель прошёл через ситуацию получения коммерческой стоматологической услуги своим телом и кошельком.

В случаях, когда респонденты попадали к врачу по внешним каналам, через полис ДМС (по которому пришлось доплачивать) или просто по внешней рекламе, размышления о соответствии заплаченной цены качеству полученного лечения начинали звучать отчётливее. По-видимому, ожидания, сформированные на основе данных просмотренного прейскуранта или ответа администратора по телефону, были изначально менее точными, поэтому входили в противоречие с реальной практикой. В данном случае вопрос цены, как свидетельствуют интервью, становился уже поводом для обсуждения с врачом и администратором клиники. И тогда возникали два варианта развития событий.

<sup>11</sup> Рассуждая так, мы основываемся на соображении Г. Гарфинкеля о том, что возникновение у участников взаимодействия бурных отрицательных эмоций сигнализирует: скрытые конвенции, цементирующие рутинность социального порядка, находятся под угрозой [Гарфинкель 2007].

Первый вариант основан на том, что качество полученной стоматологической услуги в целом устроило пациента. В этом случае в основном взаимодействие проходит гладко, но остаются сомнения. Как выразился один из респондентов, *«зуб полечили хорошо, но будто где-то обманули»* (интервью, 2012, Максим, пациент, частная оплата, обращение к врачу — по внешней рекламе). Подобные сомнения могут и не возникнуть, если доктор и клиника предусмотрительно обеспечат пациента подробной и убедительной информацией о плане лечения и основаниях его стоимости. Особенно востребованной в подобных ситуациях оказывается циркулирующая на рынке информация о возможном качестве лечения, обеспечиваемом различным типом стоматологических материалов. Фактически в коммерческой стоматологии мы обнаруживаем знакомую по ситуациям лечения за неформальную плату в бюджетных ЛПУ схему: *«Вам пломбу подешевле, но похуже, или подороже, но получше?»*. Как правило, рассуждая о стоматологических услугах, вариациях их цены и качества, пациенты опираются на категории, созвучные тем, что мы обнаруживаем, общаясь с представителями клиник: *«Если везде одна цена, а в какой-то клинике она существенно ниже, значит, либо материалы некачественные, либо инструменты, либо работают не профессионалы, люди, которые приехали издалека и пытаются свою копеечку маленькую заработать»* (интервью, 2013, Елена, пациентка, около 30 лет, частная оплата, обращение к врачу — по внешней рекламе). Второй вариант развивается тогда, когда пациент разочарован опытом полученного стоматологического лечения. Проявление подобных ситуаций в рамках интервью использовалось нами в качестве повода, чтобы поговорить с пациентами о том, какие их ожидания в отношении содержания и качества стоматологических услуг остались нереализованными. Описывая их, мы попробуем соотнести представления пациентов с содержанием стоматологических услуг, каким оно предстаёт на веб-сайтах клиник и в интервью с их представителями.

### *Индивидуальный подход*

Принципиальные ожидания в отношении содержания стоматологических услуг ассоциируются пациентами с собственным возможным статусом в ходе взаимодействия с врачом и клиникой. Альтернатива в данном случае связана с ощущением себя *«своим пациентом»*, что противоположно пребыванию в состоянии *«обычного клиента, с улицы»*: *«Здесь стоит вопрос о том, что я денежку платила врачу. И, возможно, это сыграло свою роль, что ко мне относились...ну, как к своему пациенту»* (интервью, 2012, Тамара, пациентка, 56 лет, обращение к врачу — по программе ДМС).

В ситуациях, когда особого отношения к пациенту не демонстрируется, пациенты чувствуют себя разочарованными: *«Мой товарищ рассказывал: он пришёл в одну клинику и ожидал что-то индивидуальное. А к нему отнеслись более приземлённо, чуть ли не в каком-то коридорчике, кресле его обслужили»* (интервью, 2013, Николай, пациент, 36 лет, частная оплата, обращение к врачу — по рекомендации).

Представляется, что семантическое различие «пациент–клиент» обретает особое значение в «отрицающей экономику» коммерческой медицине и согласуется с подмечаемыми в исследованиях стремлениями врачей защитить профессиональный фрейм медицинского лечения от вызовов маркетинга [Бердышева 2012]. Клиент — это актор экономики услуг, не обременённый ценностными противоречиями. Этимологически быть клиентом означает, с одной стороны, быть свободным в выборе контрагента, а с другой — вступать в зависимые отношения с патроном [Головин 1998]. В это же время словарь психологических терминов прямо противопоставляет понятия «клиент» и «пациент», полагая, что первое акцентирует то, что клиент платит за услуги и в этом смысле имеет права и ответственность, а второй оказывается в подчинённом положении у медицинского эксперта-врача. Вероятно, рассмотрение статуса пациента, причём с особой предысторией отношений «своего пациента», как более предпочтительного по сравнению с клиентским, указывает на то, что пациенты стремятся фреймировать взаимодействие с врачом как направляемое медицинской этикой, а не правилами конsumerизма, где пациент как платящий клиент хотя и прав, но несёт все риски сделки, совершенно нежелательные тогда, когда речь идёт о здоровье, внешности и теле.

## Профессионализм врача

Профессионализм врача составляет ключевое ожидание пациентов. Они ждут от врача инициативы и проактивности в проведении лечения. Эти качества для них и индикатор профессионализма, и гарантия того, что лечение будет выполнено с необходимой содержательной мотивацией со стороны врача, воспринимающего пациента как целостную личность, перед которой он несёт ответственность. *«“Качество” — это когда я знаю, доктор надёжный, знаю, как она лечит, не больно и заботливо, что пломбы долго стоят, и врач умеет отреставрировать самый сложный зуб. То есть профессионализм врача даёт какое-то ощущение гарантии»* (интервью, 2013, Кристина, пациентка, 37 лет, частная оплата, посещает «своего» врача).

Понятие «профессионализм» в глазах пациентов окружено магическим ореолом. Говоря о нём, они рассуждают в терминах призвания и искусства, а не измеряют уровень квалификации. Профессиональный врач — это *«врач от Бога», «мастер», обладатель «лёгких рук», «творец», проводник «ауры приятных движений и аккуратных прикосновений»: «Находясь в кресле, правда же, вы доверяетесь только врачу и его рукам. Это есть, было и будет. А “железные собратья” — только приложения к человеческим талантам»* (интервью, 2013, Денис, пациент, 28 лет, частная оплата, обращение к врачу — по рекламе).

За таким пониманием профессионализма скрыта и уверенность в том, что врач настроен и мотивирован развиваться в своей профессии, постоянно учиться новому; и большой практический опыт, позволяющий подходить к лечению каждого пациента индивидуально, учитывая сложность и необычность ситуации; и неукоснительное следование этике во взаимодействии с пациентами, той этике, которая *«элемент не только морали, но профессионализма»: «Любое мастерство, не только у врача, складывается из того, что человек должен быть на своём месте. А когда на своём месте, будет желание работать и будет профессионализм»* (интервью, 2012, Татьяна, пациентка, 55 лет, частная оплата, обращение к врачу — по рекомендации).

Уровень образования, опыт повышения квалификации на стажировках, наличие учёных степеней, внешность и даже человеческие качества — всё это в глазах пациентов усиливает авторитет врача, которого они считают профессионалом. Однако эти же признаки становятся простой формальностью, если профессиональный статус врача не вызывает доверия. Уровень образования сразу толкуется как недостаточный, ведь *«человек после высшего учебного заведения всё равно остаётся недоспециалистом. И получается, что они идут и на пациентах учатся»* (интервью, 2012, Тамара, пациентка, 56 лет, обращение к врачу — по программе ДМС). Написание диссертации интерпретируется как дань абстрактной науке, подкреплённая недобросовестностью диссертационных советов: *«Конечно, может быть, что действительно человек о чём-то думает, и что-то там пытается новое внедрить, и как-то это изучает; а может быть опять же чисто формальный подход. Как у нас кандидатские защищаются, я тоже знаю»* (интервью, 2013, Кристина, пациентка, 37 лет, частная оплата, посещает «своего» врача).

Антиномией профессионализму выступает проведение стоматологического лечения по заранее заданному медицинскому протоколу. В то время как медики заявляют о необходимости закрепления медицинских стандартов и разработке обязательных протоколов лечения, в глазах пациентов эти протоколы маркируются негативно. Данные интервью позволяют предположить, что за подобным недоверием к протоколам скрываются представления пациентов о темпоральном аспекте качества стоматологического лечения. Как врачи противятся потоковому характеру деятельности, так и больные настаивают на том, что время визита должно регулироваться потребностями лечения, а не внешними факторами. В результате заложенная в самой идее лечения по готовому медицинскому протоколу механистичность воспринимается как угроза: *«А оплаченное время на операцию по страховке отводится в среднем по*

*отрасли...»* (интервью, 2013, Владимир, пациент, 67 лет, доплата из личных средств, обращение к врачу — по программе ДМС).

### **Сервис, комфорт**

Стоматологическая услуга в восприятии пациентов включает лечение, но особым образом акцентирует сервисную составляющую посещения стоматологической клиники.

Граница между индивидуальным подходом и сервисом для пациентов может быть сведена к различию между *внимательностью* и *любезностью*. Независимо от того, ищет ли пациент дополнительного комфорта или намерен сэкономить на удобствах обслуживания, он хочет, чтобы врач был не просто вежлив и дружелюбен, но внимателен по отношению к нему: *«Мне понравилось, что со мной разговаривали, что мне хотели помочь, что реально я платила деньги не просто так»* (интервью, 2013, Елена, пациентка, около 30 лет, частная оплата, обращение к врачу — по внешней рекламе). Категория внимательности в данном случае по своей сути приближается к вниманию как физиологическому процессу. Быть достаточно внимательным к пациенту значит быть сфокусированным на нём, заметить его личность: *«Бывает даже доктор хорошо делает, но на своей работе очень сильно сконцентрирован, и ты чувствуешь изоляцию такую»* (интервью, 2013, Анна, пациентка, 28 лет, частная оплата, обращение к врачу — экстренное, рядом с домом).

Пациенты противятся подмене лечения сервисом. Комфортное обслуживание рассматривается как не связанная с качеством лечения и потому второстепенная составляющая. *«У меня было огромное количество друзей, которые были застрахованы в дорогом американском медицинском центре. И все они говорят, что единственное, что в этой клинике хорошо, это то, что, когда ты придёшь, тебя всегда напоят кофе и не обругают матом»* (интервью, 2013, Марина, пациентка, 35 лет, частная оплата, обращение к врачу — по рекомендации).

Если уровень лечения в пределе рассматривается пациентами как направляемый медицинскими требованиями, то на неограниченном по возможности развитии сервисе, по их мнению, при случае можно и сэкономить. *«Я слышал, что в дорогих клиниках пациенты друг с другом вообще не пересекаются, у каждого там отдельный врач. Это тоже как бы имидж, антураж. На качестве обслуживания он сказывается, но не на качестве лечения»* (интервью, 2013, Никита, 21 год, оплата — из средств родителей, выбор врача — по веб-сайту клиники).

### **Престижность клиники**

Как видно из приведённой выше цитаты, фактор престижности, вербализуемый на веб-сайтах московских стоматологических клиник, находит место и в рассуждениях пациентов. Именно он первым приходит на ум респондентам, если перед ними встаёт задача объяснить причины высокой неоднородности цен на московском стоматологическом рынке.

*Интервьюер. С чем, по Вашему мнению, связано то, что зубы в Москве можно полечить за очень разные деньги?*

*Респондент. Разница в клинике — первое, о чем я подумала. Ну, то есть в любом случае, я буду понимать, что за 10 тысяч — это брендовая клиника, за 5000 — это как бы среднебрендовая, не самая распиаренная клиника, ну, и 3000 рублей — это, возможно, вообще государственная клиника* (интервью, 2013, Кристина, пациентка, 37 лет, частная оплата, посещает «своего» врача).

Пациенты легко считывают с цены связь между престижностью «*всяких там “Мастер-Бентли”*»<sup>12</sup>, куда люди несут деньги просто как в Сбербанк» и их местоположением. При этом заявляемый клиниками уровень престижа не просто не убеждает пациентов в высоком качестве их услуг, но даже усугубляет сомнения в добросовестности этих клиник. За выбором VIP-сегмента для деятельности клиники пациенты видят стратегический ход, нацеленный на получении дополнительной прибыли с пациентов высокого достатка (которые тем не менее приходят в клинику как люди, нуждающиеся в помощи): «Видимо, для руководства этой клиники является первым стимулом то, что они открываются в центре. Там, наверное, живут более богатые люди, которые при первой необходимости побегут в эту клинику. Руководство делает ставку на это» (интервью, 2013, Анна, пациентка, 28 лет, частная оплата, обращение к врачу — экстренное, рядом с домом). Как и при интерпретации прочих аспектов стоматологической услуги, восприятие пациентов модулируется в первую очередь желанием почувствовать, что ядром медицинского взаимодействия, даже в коммерческом секторе, является забота об их потребностях и интересах.

## Заключение

В данной работе мы, полагая, что квалификация рыночного блага лежит в основе социального порядка рынка, предприняли попытку взглянуть на социальное устройство московского рынка стоматологических услуг сквозь призму категории качества. Стремясь обнажить суть социальных конвенций, скрытых за маркетизацией медицины, мы изучили представления разных акторов — врачей, менеджеров клиник, пациентов — о содержании и качестве стоматологических услуг и попытались соотнести их между собой.

Исследование показало, что содержание коммерциализированной стоматологической услуги может быть представлено как органичное сочетание её технологического и отношенческого аспектов. Первый из этих аспектов помогает акторам калькулировать стоматологическую услугу, выдвигать предположения относительно качества услуг в разных клиниках, сравнивать клиники между собой, выстраивать оценки обоснованности наблюдаемой в клиниках цены. Второй призван смягчить напряжённость, сопровождающую процесс маркетизации стоматологической услуги, как тесно связанной с телом и здоровьем человека. Слияние технологического и отношенческого в стоматологической услуге происходит через категорию профессионализма врача. Это понятие сочетает в себе медицинскую компетентность в плане выполнения технологии лечения и этику. Мы увидели, что врачи мыслят свои услуги в терминах оказания квалифицированной помощи по восстановлению здоровья, интерпретируют свою рыночную деятельность как исполнение профессионального долга и реализацию профессиональных талантов. В пределе профессия понимается ими как призвание и служение нуждам пациента. Пациенты, в свою очередь, ищут возможность пройти лечение у настоящего профессионала, что, в их понимании, означает владение *магией* квалификации и опыта проведения лечения<sup>13</sup>, приверженность этике общения с пациентом как с целостной личностью, готовность медика выстраивать долгосрочное сотрудничество, гарантирующее, что в роли больного он получит в клинике не только достаточно времени на требуемое лечение, но и внимательное, искренне заинтересованное, учитывающее уникальность его организма и медицинской проблемы отношение. Пациенты внемлют языку специалистов стоматологического рынка. Желая жить без боли и физиологических проблем и к тому же успешно конструировать при помощи здоровых зубов свой социальный перформанс, они заявляют о дефиците временных ресурсов на поддержание такой «незначительной» части тела, как зубы. От тела ожидается быть незаметным в своей функциональности, и потому возникновение недомоганий воспринимается пациентами не в ракурсе заботы о здоровье, но в терминах непредвиденных издержек, требующихся

<sup>12</sup> Отсылка к сети московских стоматологических клиник «Мастер-Дент», до недавнего времени двигающейся по городу очень экспансивно.

<sup>13</sup> Как и во многих иных социальных областях, магия и технология сливаются воедино (см., например: [Gell 2002]).

для выравнивания ситуации. Если врач приводит зубы в порядок с наименьшими осложнениями в процессе и после лечения, если результат внешне эстетичен и, что очень важно, удерживается в течение длительного времени, если заплаченная цена пусть и высоковата, но не заставляет сомневаться в том, что врач приложил все усилия по избавлению пациента от проблем, а не отделался внешней любезностью, опыт получения стоматологических услуг в коммерческой клинике оценивается как успешный.

Акцент на сервисных и технологических параметрах стоматологической услуги характерен, скорее, для менеджеров клиник и зачастую выстраивается в логике дистанцирования от бюджетных стоматологических ЛПУ. Пациенты, во-первых, приписывают сервис функционированию клиники, отличая его от лечения, осуществляемого врачом, а во-вторых, воспринимают его как приятное, но все не обязательное дополнение. Даже самый высокий уровень дружелюбия в клинике не способен компенсировать механистический подход к лечению, деперсонализированность, невнимательность и поверхностность отношения к пациенту со стороны врача. В этом случае медицинский контекст взаимодействия ставится под угрозу, посещение стоматологической клиники начинает интерпретироваться в терминах получения услуг, а не прохождения лечения, а все до поры до времени дремлющие опасения по части негативных эффектов маркетизации медицины (объектный подход к больному, раздувание спроса, использование нужд пациента ради увеличения прибыли клиники) активизируются. Хотя пациенты и способны рассуждать о качестве стоматологической услуги в терминах различных её параметров, большинство из вовлечённых в их дискурс характеристик едва ли могут быть с уверенностью оценены пациентами на практике. И потому неудивительно, что, планируя стоматологическое лечение, пациенты предпочитают искать клинику и врача через своих знакомых. С одной стороны, такой путь позволяет получить детализированную, удостоверенную социальной общностью с рекомендателем и, что важно, наглядную информацию о качестве стоматологических услуг. С другой стороны, мы, по-видимому, имеем дело с подмеченным Е. Богдановой рыночным механизмом, когда отсутствие стабильных критериев качества товара ведёт к тому, что акторы переключаются с преодоления неопределённости качества на поиск возможностей повысить доверие (*confidence*) вопреки этой неопределённости [Bogdanova 2013: 171]. Результаты нашего исследования также согласуются с выводами исследователей, изучающих специфику социального порядка на рынках услуг. На примере стоматологического рынка прослеживается, как незначительный характер услуг, неразрывность их производства и потребления способствуют тому, что во главу рыночной сделки ставятся взаимоотношения между продавцом и покупателем и возникает понятие «социальные отношения услуги» (*social relationships of services*). Исход рыночного обмена начинает зависеть от наличия доверия между контрагентами [Gadrey 1987: 71]. Едва ли на стоматологическом рынке когда-нибудь удастся создать измеряемые предикторы доверия. В любом случае, пока что клиентам клиник намного легче довериться врачу, которому доверяют такие люди, как они, их знакомые. Тем более что, приходя в стоматологическую клинику, пациенты настроены чутко следить за тем, насколько представителями коммерческой клиники выполняются отношенческие элементы стоматологических услуг. Развитие институционализированных систем выстраивания суждений о качестве рыночных продуктов происходит в рамках дискурса об объективности, которая якобы может быть обеспечена путём выработки коллективных оценок, не искажённых притязаниями каких-либо акторов на оптимизацию личного интереса [Zhou 2005]. Однако пример московского рынка стоматологических услуг согласуется с выводами исследователей о том, что в действительности дискурс об объективности не столько является руководством к практическому действию, сколько используется акторами для легитимации решений, основанных на субъективных оценках [Gerlach 2013; Marchal 2013]. Там, где качество мыслится как зависящее в первую очередь от мотивации поставщика услуг, а суждения о качестве выносятся в зависимости от наличия или отсутствия доверия между участниками медицинского взаимодействия, особую прагматическую ценность обретает субъективность во взаимоотношениях, способствующая их персонализации.

В заключение нам хотелось бы сказать пару слов о статусе выводов, изложенных в данной работе. Мы предвкушаем вопросы читателей о том, в какой мере представленная картина конструирования содержания и качества стоматологической услуги и роли этого процесса с точки зрения поддержания социального порядка стоматологического рынка отвечает всему многообразию возможных на практике ситуаций, связанных с куплей-продажей коммерческих стоматологических услуг. Вероятно, наш ответ разочарует. Стремясь к максимальной внутренней валидности предлагаемых выводов, мы тем не менее ставили своей задачей лишь обнаружение ключевых реперных точек, которые высвечивали бы возможные развилки для выстраивания суждений о качестве стоматологических услуг на московском рынке, а также позволяли бы отслеживать вероятные траектории формирования этих суждений и описывать их на конвенциональном для московского стоматологического рынка категориальном языке.

**Приложение 1**

*Характеристики клиник*

Признак	Градации признака	Частотное распределение в выборке клиник, N = 184, в %
Уровень технологического оборудования	Новейшее	70
	Не новейшее (необходимое)	30
Качество используемых лечебных материалов	Прогрессивные материалы	71
	Не новейшие (необходимые)	29
Наличие у врачей учёной степени	Есть	30
	Нет	70
Стаж врачей	Указан	22
	Не указан	78
Опыт повышения квалификации врачей в российских центрах	Есть	48
	Нет	52
Опыт повышения квалификации врачей в зарубежных центрах	Есть	39
	Нет	60
Человекоориентированная атмосфера в клинике	Есть (указана)	44
	Нет (не указана)	56
Выраженный профессионализм (ссылки на сотрудничество с исследовательскими центрами, научные разработки, сертификаты врачей)	Есть (указан)	73
	Нет (не указан)	27
Декларированный VIP-статус клиники (прямое декларирование, ссылки на высокостатусных пациентов)	Есть (декларируется)	10
	Нет (не декларируется)	90
Месторасположение	В центре	41
	Не в центре	59
Организационный формат (сетевая клиника или одиночная)	Сеть	28
	Не сеть (одиночная клиника)	72
Наличие у клиники призов за качество работы, патентов	Есть (указаны)	14
	Нет (не указаны)	86



Приложение 2

*Характеристики представителей стоматологических клиник, глубинные интервью*

Имя	Управляющий	Врач по образованию	Лечащий врач	Число филиалов клиники	Месторасположение клиники (станции метро)
Лариса	+	+	+	2	«Коньково»
Николай	+	–	–	1	«Тушинская»
Владимир	–	+	+	1	«Парк Победы»
Игорь	+	+	+	1	«Коломенская»
Александр	+	–	–	7	Место проведения интервью — станция метро «Шаболовская»; клиники сети расположены по всей Москве
Евгений	–	+	+	1	«Арбатская»
Марина	–	+	+	1	«Бунинская аллея»
Александр	+	+	+	2	«Марьино», «Жулебино» (интервью не в клинике)
Тихон	+	+	–	4	Место проведения интервью — станция метро «Кузьминки»; клиники сети расположены по всей Москве
Геннадий	+	+	–	4	Место проведения интервью — станция метро «Домодедовская»; клиники сети расположены по всей Москве
Сергей	–	+	+	1	«Добрынинская»
Матвей	–	+	+	1	«Текстильщики»
Кирилл	+	+	+	1	«Серпуховская»
Игорь	+	+	+	1	«Белорусская»
Виктор	Президент Ассоциации частных стоматологических клиник г. Москвы	–	–	–	–
Май	–	+	+	1	«Бульвар Рокоссовского»
Елена	–	+	+	1	«Речной вокзал»
Николай	+	–	–	1	«Медведково»
Ашот	+	+	+	1	«Щёлковская»
Светлана	–	+	+	12	Место проведения интервью — станция метро «Цветной бульвар»; клиники сети расположены по всей Москве
Ирина	+	+	+	1	«Каховская»
Дмитрий	+	+	+	1	«Ленинский проспект»
Софья	+	+	–	2	«Новогиреево»
Светлана Г.	–	+	+	1	Интервью не в клинике; месторасположение клиники не уточнялось
Камал	–	+	+	1	Интервью не в клинике; месторасположение клиники не уточнялось

Приложение 3

*Характеристики пациентов, глубинные интервью*

Имя	Возраст	Тип оплаты за последний визит	Способ обращения в клинику, последний визит	Примечания
Ирина	49 лет	Из личных средств	По рекомендации	Опыт работы бухгалтером в коммерческой медицинской клинике, не в стоматологической
Владимир	67 лет	По ДМС, доплата из личных средств	По ДМС	
Игорь	40 лет	Из личных средств	По рекламе	Место проживания: Химки
Кристина	37 лет	Из личных средств	Свой врач	Опыт работы в рекламе
Вера	45 лет	Из личных средств	По рекомендации другого врача	Опыт работы в торговле
Тамара	56 лет	По ДМС	Ведомственная поликлиника в рамках ДМС	
Николай	36 лет	Из личных средств	По рекомендации	
Татьяна	55 лет	Из личных средств	Знакомый врач	
Анна	28 лет	Из личных средств	Последний раз обращалась в частную клинику, рядом с домом, экстренно	Врач-офтальмолог
Юлия	25 лет	Из личных средств	По рекомендации	
Марина	35 лет	Из личных средств	По рекомендации	Актриса
Галина	51 год	Из личных средств	По рекомендации	
Никита	21 год	Средства родителей	Выбор клиники по веб-сайтам	Студент
Елена	Около 30 лет	Из личных средств	По внешней рекламе	
Полина	50 лет	Из личных средств	По рекомендации	
Денис	28 лет	Из личных средств	По рекламе	
Виктория	22 года	Средства родителей	По рекомендации	Студент
Максим	26 лет	Из личных средств	По внешней рекламе	

Приложение 3. Окончание

Имя	Возраст	Тип оплаты за последний визит	Способ обращения в клинику, последний визит	Примечания
Роман	26 лет	Из личных средств	По рекламе в журнале	Место проживания: Тверь
Елена	26 лет	Из личных средств	Свой врач	Место проживания: Тверь
Надежда	49 лет	Из личных средств	Клиника у дома	Место проживания: Московская область
Ольга	24 года	По ДМС, частичная оплата	По ДМС	
Евгения	27 лет	По ДМС, частичная оплата	По ДМС	

## Литература

- Бердышева Е. 2012. «Здоровье не купишь»: о противоречиях маркетизации жизненно важных благ на примере рынка стоматологических услуг в Москве. *Laboratorium. Журнал социальных исследований*. 2: 91–114. URL: <http://www.soclabo.org/index.php/laboratorium/article/view/35/109>
- Вельтус О. 2008. Символические значения цены: конструирование ценности современного искусства в галереях Амстердама и Нью-Йорка. *Экономическая социология*. 9 (3): 33–59. URL: <http://ecsoc.hse.ru/issues/2008-9-3/index.html>
- Гарфинкель Г. 2007. *Исследования по этнометодологии*. СПб.: Питер.
- Гераскин В. 2003. *Перспективная модель стоматологической практики (Dental Management Group)*. URL: <http://www.edentworld.ru/lib.pl-cid=&DocID=1261.htm>
- Головин С. 1998. *Словарь практического психолога*. М.: АСТ; Харвест.
- Долгин А. Б. 2006. *Экономика символического обмена*. М.: Инфра-М.
- Зелизер В. 2010. Человеческие ценности и рынок: страхование жизни и смерть в Америке XIX века. *Экономическая социология*. 11 (2): 54–72. URL: <http://ecsoc.hse.ru/2010-11-2.html>
- Иванова М. 2007. Услуги стоматолога — платные и бесплатные. *Доминанты. Поле мнений*. 41 (11 октября). URL: <http://bd.fom.ru/map/projects/dominant/dominant2007/dom0741>
- Коммерческая стоматология Москвы в 2003 г.: аналитический обзор*. 2003. Dental Management Group URL: <http://www.edentworld.ru/lib.pl-cid=&DocID=1266.htm>
- Копытофф И. 2006. Культурная биография вещей: товаризация как процесс. В кн. Вахштайн В. (ред.) *Социология вещей: сборник статей*. М.: Изд. дом «Территория будущего»; 134–166.
- Ларенцова Л. И., Смирнова Н. Б. 2000. Пациент и стоматолог глазами друг друга. *Журнал практической психологии и психоанализа*. 4. URL: [http://www.medicus.ru/stomatology/spec/?cont=article&art\\_id=5167](http://www.medicus.ru/stomatology/spec/?cont=article&art_id=5167).

- Максимовский Ю. et al. 2004. *Современные принципы организации работы стоматологических учреждений России*. М.: МЦФЭР.
- Рынок стоматологии Москвы в 2008–2011 гг. с учётом влияния мирового экономического кризиса*. 2009. Отчёт маркетингового исследования ЭКЦ «Инвест-Проект».
- Российский рынок стоматологических услуг в 2012 г.* 2012. Аналитический обзор (Демоверсия). М.: РБК. URL: [http://marketing.rbc.ru/download/research/demofile\\_562949984179770](http://marketing.rbc.ru/download/research/demofile_562949984179770)
- Пашков К. 2008а. *Зубоврачевание и стоматология в России IX–XX веков. Основные направления развития*. М.: МГМСУ.
- Пашков К. 2008б. Подготовка специалистов стоматологического профиля — зубных врачей и врачей-стоматологов в советский и постсоветский период. *Российский стоматологический журнал*. 1: 42–45.
- Пашков К. 2011. Основные направления и тенденции исторического развития отечественной стоматологии. *Практическая медицина*. 4 (52): 163–167.
- Слейтер Д. 2008. Забирая рынок у экономистов. *Экономическая социология*. 9 (2): 29–45. URL: <http://ecsoc.hse.ru/2008-9-2/26594745.html>
- Страусс А., Корбин Дж. 2001. *Основы качественного исследования: обоснованная теория, процедуры и техники*. М.: Эдиториал УРСС.
- Столяров С. А. 2002. *Рынок медицинских услуг: некоторые его характеристики, проблемы и аспекты управления*. Барнаул: Аз Бука.
- Шишкин С. В., Селезнёва Е. В., Потапчик Е. Г. 2013. Частный сектор здравоохранения в России: состояние и перспективы развития. *Вопросы экономики*. 4: 94–112.
- Шишкин С. В., Потапчик Е. Г., Селезнёва Е. В. 2014. *Оплата пациентами медицинской помощи в российской системе здравоохранения*. Препринт ВШЭ. Серия WP8 «Государственное и муниципальное управление». М.: Изд. дом ВШЭ. URL: [http://www.hse.ru/data/2014/05/30/1325391100/WP8\\_2014\\_03\\_\\_.pdf](http://www.hse.ru/data/2014/05/30/1325391100/WP8_2014_03__.pdf)
- Akerlof G. A. 1970. The Market for «Lemons»: Quality Uncertainty and the Market Mechanism. *Quarterly Journal of Economics*. 84: 488–500.
- Anderson R., Thomas D. W. 2003. «Toothache Stories»: A Qualitative Investigation of Why and How People Seek Emergency Dental Care. *Community Dental Health*. 20 (2): 106–111.
- Aspers P. 2013. Quality and Temporality in Timber Markets. In: Beckert J., Musselin Ch. (eds). *Constructing Quality: The Classification of Goods in Markets*. Oxford: Oxford University Press; 58–76.
- Aspers P., Beckert J. 2011. Value in Markets. In: Aspers P., Beckert J. (eds). *The Worth of Goods: Valuation and Pricing in the Economy*. New York: Oxford University Press; 3–40.
- Barford V. 2008. *American vs British Teeth*. BBC News. URL: <http://news.bbc.co.uk/1/hi/magazine/7633254.stm>

- Beckert J. 2009. The Social Order of Market. *Theory and Society*. 38: 245–269.
- Beckert J., Musselin Ch 2013. Introduction. In: Beckert J., Musselin Ch. (eds). *Constructing Quality: The Classification of Goods in Markets*. Oxford: Oxford University Press; 1–30.
- Beckert J., Rossel J. 2013. Quality Classifications in Competition: Price Formation in the German Wine Market. In: Beckert J., Musselin Ch. (eds). *Constructing Quality: The Classification of Goods in Markets*. Oxford: Oxford University Press; 288–318.
- Bogdanova E. 2013. Account of the Past: Mechanisms of Quality Construction in the Market for Antiquities In: Beckert J., Musselin Ch. (eds). *Constructing Quality: The Classification of Goods in Markets*. Oxford: Oxford University Press; 154–173.
- Bolton L. E., Warlop L., Alba J. W. 2003. Consumer Perceptions of Price (Un)Fairness. *Journal of Consumer Research*. 29: 474–491.
- Callon M., Muniesa F. 2005. Economic Markets as Calculative Collective Devices. *Organization Studies*. 26 (8): 1229–1250.
- Callon M., Meadel C., Rabeharisoa V. 2002. The Economy of Qualities. *Economy and Society*. 31: 194–217.
- Darke P. R., Dahl D. W. 2003. Fairness and Discounts: The Subjective Value of a Bargain. *Journal of Consumer Psychology*. 13 (3): 328–338.
- Davies A., Ware J. 1981. Measuring Patient Satisfaction with Dental Care. *Social Science and Medicine*. 15A: 751–760.
- Davis P. 1980. *The Social Context of Dentistry*. London: Croom Helm Ltd.
- Dodds W. B., Monroe K. B., Grewal D. 1991. Effects of Price, Brand, and Store Information on Buyers' Product Evaluations. *Journal of Marketing Research*. 28 (3): 307–319.
- Dubuisson-Queiller S. 2013. From Qualities to Value: Demand Shaping and Market Control in Mass Consumption Markets. In: Beckert J., Musselin Ch. (eds). *Constructing Quality: The Classification of Goods in Markets*. Oxford: Oxford University Press; 247–267.
- Exley C. 2009. *Bridging a Gap: The (Lack of A) Sociology of Oral Health and Healthcare*. *Sociology of Health and Illness*. 31 (7): 1093–1108. URL: <http://onlinelibrary.wiley.com/enhanced/doi/10.1111/j.1467-9566.2009.01173.x/#b46>
- Featherstone M. 1982. *The Body in Consumer Culture*. *Theory, Culture and Society*. 19 (2): 206–211.
- Gabor A., Granger C. W. J. 1966. Price as an Indicator of Quality: Report on an Enquiry. *Economica*. 33 (129): 43–70.
- Gadrey J. 1987. The Double Dynamics of Services. *Service Industrial Journal*. 7 (4): 125–138.
- Gell A. 2002. Technology and Magic. In: Benthall J. (ed.) *The Best of Anthropology Today* (with a preface by M. Sahlins). London; New York: Routledge; 280–287.

- Gibson B. 2008. Cultural History of the Mouth and Teeth. In: Pitts-Taylor V. (ed.) *Cultural Encyclopaedia of the Body*. Westport: Greenwood Press. URL: <http://ru.scribd.com/doc/75576414/Cultural-Encyclopedia-of-the-Body>
- Gregory J., Gibson B, Robinson P. G. 2005. Variation and Change in the Meaning of Oral Health Related Quality of Life: A «Grounded» Systems Approach. *Social Science and Medicine*. 60: 1859–1868.
- Gerlach Ph. 2013. Evaluation Practices in Internal Labor Markets: Constructing Engineering Managers' Qualification in French and German Automotive Firms. In: Beckert J., Musselin Ch. (eds) *Constructing Quality: The Classification of Goods in Markets*. Oxford: Oxford University Press; 126–152.
- Glaser B. G. 1978. *Theoretical Sensitivity: Advances in the Methodology of Grounded Theory*. Mill Valley (CA): Sociology Press.
- Guyer J. I. 2009. Composites, Fictions, and Risk: Toward an Ethnography of Price. In: Hann Ch., Hart K. (eds). *Market and Society: The Great Transformation Today*. New York: Cambridge University Press; 203–220.
- Haws K. L., Bearden W. O. 2006. Dynamic Pricing and Consumer Fairness Perceptions. *Journal of Consumer Research*. 33 (3): 304–311.
- Karpik L. 2011. What is the Price of Scientific Paper? In: Aspers P., Beckert J. (eds). *The Worth of Goods: Valuation and Pricing in the Economy*. New York: Oxford University Press; 63–85.
- Marchand R. 1985. *Advertising the American Dream*. Berkeley: University of California Press.
- Marchal E. 2013. Uncertainties Regarding Applicant Quality: The Anonymous Resume Put to the Test. In: Beckert J., Musselin Ch. (eds). *Constructing Quality: The Classification of Goods in Markets*. Oxford: Oxford University Press; 103–126.
- Monroe K. B. 1973. Buyers' Subjective Perceptions of Price. *Journal of Marketing Research*. 10 (1): 70–80.
- Nettleton S. 1989. Power and Pain: The Location of Pain and Fear in Dentistry and the Creation of a Dental Subject. *Social Science and Medicine*. 29 (10): 1183–1190.
- Strauss A. L. 1967. *The Discovery of Grounded Theory: Strategies of Qualitative Research*. Chicago: Aldine.
- Walzer M. 1983. *Spheres of Justice*. New York: Basic Books Inc.
- Wehinger F. 2013. Fake Qualities: Assessing the Value of Counterfeit Goods. In: Beckert J., Musselin Ch. (eds). *Constructing Quality: The Classification of Goods in Markets*. Oxford: Oxford University Press; 268–287.
- Zelizer V. 2005. Culture and Consumption. In: Smelser N., Swedberg R. (eds) *The Handbook of Economic Sociology*. Princeton: Princeton University Press; 331–354.
- Zhou X. 2005. The Institutional Logic of Occupational Prestige Ranking: Reconceptualization and Reanalyses. *American Journal of Sociology*. 111: 90–140.

## NEW TEXTS

Elena Berdysheva

# Social Construction of Quality in Moscow Dental Market

**BERDYSHEVA, Elena Sergeevna** — Candidate of Science in Sociology, Senior Lecturer, Department of Sociology; Senior Research Fellow, Laboratory for Studies in Economic Sociology, National Research University Higher School of Economics. Address: 20 Myasnitskaya str., Moscow, 101000, Russian Federation.

**Email:** [eberdysheva@hse.ru](mailto:eberdysheva@hse.ru)

## Abstract

*The acts of purchase and sale cannot be realized without product quality evaluation and price “reasonableness” analysis. In this respect, the processes of definition, stabilization and institutionalization of categories and revealing the contents of market commodities turn out to be of key importance in the framework of contemporary markets. This article reconstructs categories that operationalize the content and quality of Moscow dental market health services in an attempt to reveal the effective social order. The article is to depict clinics’ marketing efforts directed at their services’ qualifications and to represent ideas about quality and its determinants, as used by different actors (doctors, clinic managers and patients). Special attention is given to the way patients evaluate medical service quality when choosing a clinic. With data from clinic websites and in-depth interviews with market participants, it can be concluded that there is no quality criteria consensus in the studied market. According to respondents with different backgrounds, the success of any given dental treatment depends on the professionalism of the doctor. The latter is interpreted as the motivation of the doctor towards professionalism rather than his or her skill and experience level. As far as doctors are concerned, the quality of dental services requires an integrated approach to treatment contributing to a person’s general health. Conversely, patients will often only visit a clinic when their dental problems can no longer be ignored, and they want a quick solution, permanently and in line with modern ideas about how healthy teeth should look. No matter how much effort clinics make to explain their competitive advantages, customers tend to base their qualitative judgments on the opinions of members of their reference group, people who had already experienced the quality of dental services through their body and wallet. Although, the investments clinics make in the qualification of quality in the market are not in vain. Patients use cognitive categories obtained from this discourse when asking for details about the clinic from friends and if they doubt how reasonable the cost of the treatment is. Thus, the conventional lexicon of Moscow’s dental market is defined by parameters that comprise dental services and constitute their quality.*

**Keywords:** commodity; quality; market; uncertainty; price; medicine.

## Acknowledgements

This article was prepared within the framework of the project No. 11-01-0162 “Isn’t It Too Expensive?: Patients’ Price Perception in Private Dental Clinics of Moscow (An Sociological Analysis)”, provided by “Science Foundation of NRU HSE” in 2012–2013.

## References

Akerlof G. (1970). The Market for “Lemons”: Quality Uncertainty and the Market Mechanism. *Quarterly Journal of Economics*, no 84, pp. 488–500.

- Anderson R., Thomas D. W. (2003) "Toothache Stories": A Qualitative Investigation of Why and How People Seek Emergency Dental Care. *Community Dental Health*, vol. 20, no 2, pp. 106–111.
- Aspers P., Beckert J. (2011) Value in Markets. *The Worth of Goods: Valuation and Pricing in the Economy* (eds. P. Aspers, J. Beckert), New York: Oxford University Press, pp. 3–40.
- Aspers P. (2013) Quality and Temporality in Timber Markets. *Constructing Quality: The Classification of Goods in Markets* (eds. J. Beckert, Ch. Musselin), Oxford: Oxford University Press, pp. 58–76.
- Barford V. (2008) *American vs British Teeth*. BBC News. Available at: <http://news.bbc.co.uk/1/hi/magazine/7633254.stm> (accessed 17 November 2014).
- Beckert J. (2009) The Social Order of Market. *Theory and Society*, no 38, pp. 245–269.
- Beckert J., Musselin Ch. (2013) Introduction. *Constructing Quality: The Classification of Goods in Markets* (eds. J. Beckert, Ch. Musselin), Oxford: Oxford University Press, pp. 1–30.
- Beckert J., Rossel J. (2013) Quality Classifications in Competition: Price Formation in the German Wine Market. *Constructing Quality: The Classification of Goods in Markets* (eds. J. Beckert, Ch. Musselin), Oxford: Oxford University Press, pp. 288–318.
- Berdysheva E. (2012) "Zdorov'e ne kupish'": o protivorechiyah marketizatsii zhiznenno vazhnykh blag na primere rynka stomatologicheskikh uslug v Moskve» [Health is a Blessing that Money Cannot Buy: Contradictions of Vital Goods Marketization, Moscow Dental Market Case]. *Laboratorium. The Journal of Social Studies*, no 2, pp. 91–114. Available at: <http://www.soclabo.org/index.php/laboratorium/article/view/35/109> (accessed 17 November 2014) (in Russian).
- Bogdanova E. (2013). Account of the Past: Mechanisms of Quality Construction in the Market for Antiques. *Constructing Quality: The Classification of Goods in Markets* (eds. J. Beckert, Ch. Musselin), Oxford: Oxford University Press, pp. 154–173.
- Bolton L. E., Warlop L., Alba J. W. (2003) Consumer Perceptions of Price (Un)Fairness. *Journal of Consumer Research*, no 29, pp. 474–491.
- Callon M., Muniesa F. (2005) Economic Markets as Calculative Collective Devices. *Organization Studies*, vol. 26, no 8, pp. 1229–1250.
- Callon M., Meadel C., Rabeharisoa V. (2002) The Economy of Qualities. *Economy and Society*, no 31, pp. 194–217.
- Darke P. R., Dahl D. W. (2003) Fairness and Discounts: The Subjective Value of a Bargain. *Journal of Consumer Psychology*, vol. 13, no 3, pp. 328–338.
- Davies A., Ware J (1981) Measuring Patient Satisfaction with Dental Care. *Social Science and Medicine*, vol. 15A, pp. 751–760.
- Davis P. (1980) *The Social Context of Dentistry*, London: Croom Helm Ltd.
- Dodds W. B., Monroe K. B., Grewal D. (1991) Effects of Price, Brand, and Store Information on Buyers' Product Evaluations. *Journal of Marketing Research*, vol. 28, no 3, pp. 307–319.



- Dolgin A. B. (2006) *Ekonomika simvolicheskogo obmena* [The Economics of Symbolic Exchange], Moscow: Infra-M (in Russian).
- Dubuisson-Queiller S. (2013). From Qualities to Value: Demand Shaping and Market Control in Mass Consumption Markets. *Constructing Quality: The Classification of Goods in Markets* (eds. J. Beckert, Ch. Musselin), Oxford: Oxford University Press, pp. 247–267.
- Exley C. (2009) Bridging a Gap: The (Lack of A) Sociology of Oral Health and Healthcare. *Sociology of Health and Illness*, vol. 31, no 7, pp. 1093–1108. Available at: <http://onlinelibrary.wiley.com/enhanced/doi/10.1111/j.1467-9566.2009.01173.x/#b46> (accessed 17 November 2014).
- Featherstone M. (1982) The Body in Consumer Culture. *Theory, Culture and Society*, vol. 19, no 2, pp. 206–211.
- Gabor A., Granger C. W. J. (1966) Price as an Indicator of Quality: Report on an Enquiry. *Economica*, vol. 33, no 129, pp. 43–70.
- Gadrey J. (1987) The Double Dynamics of Services. *Service Industrial Journal*, vol. 7, no 4, pp. 125–138.
- Garfinkel' G. (2007) *Issledovaniya po jetnometologii* [Studies in Ethnomethodology], Saint Petersburg: Piter (in Russian).
- Gell A. (2002) Technology and Magic. *The Best of Anthropology Today* (ed. J. Benthall; with a preface by M. Sahllins), London, New York: Routledge, pp. 280–287.
- Geraskin V. *Perspektivnaya model' stomatologicheskoy praktiki* [A Perspective Model of Dental Practice], Dental Management Group. Available at: <http://www.edentworld.ru/lib.pl-cid=&DocID=1261.htm> (accessed 17 November 2014) (in Russian).
- Gibson B. (2008) Cultural History of the Mouth and Teeth. *Cultural Encyclopedia of the Body* (ed. V. Pitts-Taylor), Westport: Greenwood Press. Available at: <http://ru.scribd.com/doc/75576414/Cultural-Encyclopedia-of-the-Body> (accessed 17 November 2014).
- Golovin S. (1998) *Slovar' prakticheskogo psikhologa* [Dictionary of Practical Psychology], Moscow: AST; Harvest (in Russian).
- Gregory J., Gibson B., Robinson P. G. (2005) Variation and Change in the Meaning of Oral Health Related Quality Of Life: A 'Grounded' Systems Approach. *Social Science and Medicine*. no 60, pp. 1859–1868.
- Gerlach Ph. (2013). Evaluation Practices in Internal Labor Markets: Constructing Engineering Managers' Qualification in French and German Automotive Firms. *Constructing Quality: The Classification of Goods in Markets* (eds. J. Beckert, Ch. Musselin), Oxford: Oxford University Press, pp. 126–152.
- Glaser B. G. (1978) *Theoretical Sensitivity: Advances in the Methodology of Grounded Theory*, Mill Valley, CA: Sociology Press.
- Guyer J. I. (2009) Composites, Fictions, and Risk: Toward an Ethnography of Price. *Market and Society: The Great Transformation Today* (eds. Ch. Hann, K. Hart), New York: Cambridge University Press, pp. 203–220.

- Haws K. L., Bearden W. O. (2006) Dynamic Pricing and Consumer Fairness Perceptions. *Journal of Consumer Research*, vol. 33, no 3, pp. 304–311.
- Ivanova M. (2007) Uslugi stomatologa — platnye i besplatnye [Dental Services: Commercial and Free]. *Dominantny. Pole mneniy*, no 41 (11th of October, 2007). Available at: <http://bd.fom.ru/map/projects/dominant/dominant2007/dom0741> (accessed 17 November 2014) (in Russian).
- Karpik L. (2011) What is the Price of Scientific Paper? *The Worth of Goods: Valuation and Pricing in the Economy* (eds. P. Aspers, J. Beckert), New York: Oxford University Press, pp. 63–85.
- Kommercheskaya stomatologiya Moskvyy v 2003 g.: analiticheskiy obzor* (2003) [Commercial Dentistry in Russia in 2003: Analytical Review]. Dental Management Group. Available at: <http://www.edentworld.ru/lib.pl-cid=&DocID=1266.htm> (accessed 17 November 2014) (in Russian).
- Kopytoff I. (2006) Kul'turnaya biografiya veshchey: tovarizatsiya kak protsess [The Cultural Biography of Things: Commoditization as a Process]. *Sotsiologiya veshchey: sbornik statey* [Sociology of Things: A Collection of Articles] (ed. V. Vakhshayn), Moscow: Izdatel'skiy dom "Territoriya budushchego", pp. 134–166 (in Russian).
- Larentsova L. I., Smirnova N. B. (2000) Patsient i stomatolog glazami drug druga [Patients and Dentists: Looking at Each Other]. *Zhurnal prakticheskoy psikhologii i psikhoanaliza*, no 4. Available at: [http://www.medicus.ru/stomatology/spec/?cont=article&art\\_id=5167](http://www.medicus.ru/stomatology/spec/?cont=article&art_id=5167) (accessed 17 November 2014) (in Russian).
- Maksimovskiy Yu., Avanesov A., Doynikov A., Sagina O. (2004) *Sovremennyye printsipy organizatsii raboty stomatologicheskikh uchrezhdeniy Rossii* [Contemporary Principles of Dental Clinics Arrangements in Russia], Moscow: MCFJeR (in Russian).
- Marchand R. (1985) *Advertising the American Dream*, Berkeley: University of California Press.
- Marchal E. (2013). Uncertainties Regarding Applicant Quality: The Anonymous Resume Put to the Test. *Constructing Quality: The Classification of Goods in Markets* (eds. J. Beckert, Ch. Musselin), Oxford: Oxford University Press, pp. 103–126.
- Monroe K. B. (1973) Buyers' Subjective Perceptions of Price. *Journal of Marketing Research*, vol. 10, no 1, pp. 70–80.
- Nettleton S. (1989) Power and Pain: the Location of Pain and Fear in Dentistry and the Creation of a Dental Subject. *Social Science and Medicine*, vol. 29, no 10, pp. 1183–1190.
- Pashkov K. (2008a) *Zubovrachevanie i stomatologiya v Rossii IX–XX vekov. Osnovnyye napravleniya razvitiya* [Russian Dentistry in IX–XX Centuries: Main Directions of Development], Moscow: MGMSU (in Russian).
- Pashkov K. (2008b) Podgotovka spetsialistov stomatologicheskogo profilya — zubnykh vrachey i vrachey-stomatologov v sovetskiy i postsovetskiy period [Dental Education in Russia: Soviet and Post-Soviet Periods]. *Rossiyskiy stomatologicheskii zhurnal*, no 1, pp. 42–45 (in Russian).
- Pashkov K. (2011). Osnovnyye napravleniya i tendentsii istoricheskogo razvitiya otechestvennoy stomatologii [Historical Development of Russian Dentistry: Main Directions and Tendencies]. *Prakticheskaya meditsina*, vol. 4, no 52, pp. 163–167 (in Russian).

- Rossiyskiy rynek stomatologicheskikh uslug v 2012 g. (2012) Analiticheskiy obzor (Demo version) [Russian Dental Market in 2012. Analytical Review, Trial Version], Moscow: RBC. Available at: [http://marketing.rbc.ru/download/research/demofile\\_562949984179770](http://marketing.rbc.ru/download/research/demofile_562949984179770) (accessed 17 November 2014) (in Russian).
- Rynek stomatologii Moskvy v 2008–2011 gg. s uchetom vliyaniya mirovogo ekonomicheskogo krizisa (2009) Otchet marketingovogo issledovaniya [Moscow Dental Market in 2008–2011: A Glance in Time of Economic Crisis. Marketing Report], Moscow: Invest-Proekt (in Russian).
- Shishkin S. V., Selezneva E. V., Potapchik E. G. (2013). Chastnyy sektor zdravookhraneniya v Rossii: sostoyanie i perspektivy razvitiya [Private Medicine in Russia: Tendencies and Prospective]. *Voprosy ekonomiki*, no 4, pp. 94–112 (in Russian).
- Shishkin S. V., Potapchik E. G., Selezneva E. V. (2014) *Oplata patsientami medicinskoy pomoshchi v rossiyskoy sisteme zdravookhraneniya* [Patients' Payments for Medical Services in Russian Healthcare System]. Preprinty. Vysshaya shkola ekonomiki. Seriya WP8 "Gosudarstvennoe i munitsipal'noe upravlenie", Moscow: HSE. Available at: [http://www.hse.ru/data/2014/05/30/1325391100/WP8\\_2014\\_03\\_.pdf](http://www.hse.ru/data/2014/05/30/1325391100/WP8_2014_03_.pdf) (accessed 20 November 2014) (in Russian).
- Slater D. (2008) Zabiraya rynek u ekonomistov [Capturing Market from the Economists]. *Ekonomicheskaya sotsiologiya = Journal of Economic Sociology*, vol. 9, no 2, pp. 29–45. Available at: <http://ecsoc.hse.ru/en/2008-9-2/26594745.html> (accessed 17 November 2014) (in Russian).
- Stolyarov S. A. (2002). *Rynek meditsinskikh uslug: nekotorye ego kharakteristiki, problemy i aspekty upravleniya* [The Market of Medical Services: Its Features, Problems and Management Aspects], Barnaul: Az Buka (in Russian).
- Strauss A. L. (1967). *The Discovery of Grounded Theory: Strategies of Qualitative Research*, Chicago: Aldine.
- Strauss A., Korbin J. (2001) *Osnovy kachestvennogo issledovaniya: obosnovannaya teoriya, protsedury i tekhniki* [Basics of Qualitative Research Techniques and Procedures for Developing Grounded Theory], Moscow: Editorial URSS (in Russian).
- Velthuis O. (2008) Simvolicheskie znacheniya tseny: konstruirovaniye tsennosti sovremennogo iskusstva v galereyakh Amsterdama i N'yu-Yorka [Symbolic Meanings of Prices. Constructing the Value of Contemporary Art in Amsterdam and New York Galleries]. *Ekonomicheskaya sotsiologiya = Journal of Economic Sociology*, vol. 9, no 3, pp. 33–59. Available at: <http://ecsoc.hse.ru/issues/2008-9-3/index.html> (accessed 17 November 2014) (in Russian).
- Walzer M. (1983) *Spheres of Justice*, New York: Basic Books Inc.
- Wehinger F. (2013) Fake Qualities: Assessing the Value of Counterfeit Goods. *Constructing Quality: The Classification of Goods in Markets* (eds. J. Beckert, Ch. Musselin), Oxford: Oxford University Press, pp. 268–287.
- Zelizer V. (2005) Culture and Consumption. *The Handbook of Economic Sociology* (eds. R. Swedberg, N. Smelser), Princeton: Princeton University Press, pp. 331–354.

Zelizer V. (2010) Chelovecheskie tsennosti i rynok: strakhovanie zhizni i smert' v Amerike XIX veka [Human Values and the Market: The Case of Life Insurance and Death in 19th-Century America]. *Ekonomicheskaya sotsiologiya = Journal of Economic Sociology*, vol. 11, no 2, pp. 54–72. Available at: <http://ecsoc.hse.ru/2010-11-2.html> (accessed 17 November 2014) (in Russian).

Zhou X. (2005) The Institutional Logic of Occupational Prestige Ranking: Reconceptualization and Reanalyses. *American Journal of Sociology*, no 111, pp. 90–140.

**Received:** June 21, 2014

**Citation:** Berdysheva E. (2014) Sotsial'noe konstruirovaniye kachestva na moskovskom rynke stomatologicheskikh uslug [Social Construction of Quality in Moscow Dental Market]. *Ekonomicheskaya sotsiologiya = Journal of Economic Sociology*, vol. 15, no 5, pp. 9–44. Available at: <http://ecsoc.hse.ru/2014-15-5.html> (in Russian).