



БЮДЖЕТНЫЕ ГОСПИТАЛЬНЫЕ РОДЫ В РОССИЙСКОЙ СИСТЕМЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ: РАЗЛИЧИЯ В ПОДХОДАХ

Анастасия Андреевна Новкунская

Европейский университет в Санкт-Петербурге
6/1А Гагаринская ул., Санкт-Петербург, Россия
anovkunskaia@eu.spb.ru

Аннотация: В статье рассматривается разнообразие внутреннего устройства родовспоможения на уровне работы конкретных медицинских учреждений и профессионалов, вовлеченных в нее. В качестве концептуальной рамки используется модель «переговорного порядка» (*negotiated order*), понимаемого как процесс переговоров и взаимодействия между разными акторами в рамках медицинских организаций (медицинские работники, менеджеры здравоохранения, пациенты и их родственники), а также как результат этих интеракций. Эмпирические данные были собраны в рамках индивидуального исследовательского проекта, проведенного в нескольких малых городах России с использованием методов полуструктурированных глубинных интервью, двух серий включенных наблюдений, а также экспертных интервью и анализа документов. Материалы исследования позволяют говорить о разных «переговорных порядках», складывающихся в структурно схожих учреждениях. В процессе анализа эмпирических данных выделяются четыре измерения, между полюсами которых наблюдается несколько моделей взаимодействия разных социальных акторов: представления об идеальной модели здравоохранения, профессиональное образование, отношения с пациентами и автономия акушеров как профессиональной группы.

Ключевые слова: система родовспоможения, госпитальные роды, альтернативные подходы, медицинские профессионалы, реформы здравоохранения.

Для ссылок: Новкунская А. Бюджетные госпитальные роды в российской системе здравоохранения: различия в подходах // Антропологический форум. 2018. № 37. С. 177–197.

doi: 10.31250/1815-8870-2018-14-37-177-197

URL: <http://anthropologie.kunstkamera.ru/files/pdf/037/novkunskaia.pdf>

STATE-FUNDED FACILITY-BASED CHILDBIRTH IN THE RUSSIAN SYSTEM OF HEALTHCARE: DIVERSITY OF APPROACHES

Anastasia Novkunskaia

European University at St Petersburg
6/1A Gagarinskaya Str., St Petersburg, Russia
anovkunskaia@eu.spb.ru

Abstract: Maternity services in modern Russia are formally regulated and coordinated by decrees of the Ministry of Health, by orders of the regional authorities and by internal orders of medical institutions. However, formally homogeneous facility-based childbirth in Russia shows considerable differences in the way healthcare professionals interact with each other and with their patients.

This paper is based on empirical data of semi-structured interviews, participant observations, document analysis and expert interviews, which were collected in maternity facilities located in small Russian towns. It adopts as a conceptual framework the model of “negotiated order” and investigates how various types of interactions are practiced in different maternity wards of central district hospitals. Variations are analyzed across four key dimensions — notions of the ideal model of childbirth (“Soviet” vs. “Western”), openness to new approaches and methods, relations with patients and their families, and opportunities for midwives’ professional autonomy.

Results of the investigation allow allocation of at least two possible models of negotiated order produced in two studied cases. The first, more rigid and conservative implies orientation towards the “Soviet” model of healthcare, a more closed disposition concerning new recommendations and approaches, and reproduction of a strong professional hierarchy and reluctance to the inclusion of the patient perspective. An opposite negotiated order appeared to be more open and flexible in terms of the adaptation of new approaches and methods, inclusive in terms of interactions with patients and their relatives, and favorable for the midwives’ professional autonomy.

Key words: system of obstetrics, facility-based childbirth, alternative approaches, healthcare professionals, healthcare reforms, recommendations of research centers and institutes.

To cite: Novkunskaia A., ‘Byudzhethnye gospiatalnye rody v rossiyskoy sisteme zdравookhraneniya: razlichiya v podkhodakh’ [State-Funded Facility-Based Childbirth in the Russian System of Healthcare: Diversity of Approaches], *Antropologicheskij forum*, 2018, no. 37, pp. 177–197.

doi: 10.31250/1815-8870-2018-14-37-177-197

URL: <http://anthropologie.kunstkamera.ru/files/pdf/037/novkunskaia.pdf>

Анастасия Новкунская

Бюджетные госпитальные роды в российской системе здравоохранения: различия в подходах

В статье рассматривается разнообразие внутреннего устройства родовспоможения на уровне работы конкретных медицинских учреждений и профессионалов, вовлеченных в нее. В качестве концептуальной рамки используется модель «переговорного порядка» (*negotiated order*), понимаемого как процесс переговоров и взаимодействия между разными акторами в рамках медицинских организаций (медицинские работники, менеджеры здравоохранения, пациенты и их родственники), а также как результат этих интеракций.

Эмпирические данные были собраны в рамках индивидуального исследовательского проекта, проведенного в нескольких малых городах России с использованием методов полуструктурированных глубинных интервью, двух серий включенных наблюдений, а также экспертных интервью и анализа документов. Материалы исследования позволяют говорить о разных «переговорных порядках», складывающихся в структурно схожих учреждениях. В процессе анализа эмпирических данных выделяются четыре измерения, между полюсами которых наблюдается несколько моделей взаимодействия разных социальных акторов: представления об идеальной модели здравоохранения, профессиональное образование, отношения с пациентами и автономия акушеров как профессиональной группы.

Ключевые слова: система родовспоможения, госпитальные роды, альтернативные подходы, медицинские профессионалы, реформы здравоохранения.

Введение

Социальные исследования нередко проблематизируют вариативность практик родовспоможения и многообразие подходов к нему. Однако в сравнительных изучениях форм социальной организации и методик родовспоможения зачастую «национальная» система рассматривается как гомогенная [Benoit et al. 2005; Kuhlmann et al. 2009]. Если же внутри формально одного поля обнаруживаются расхождения, то они в основном определяются в связи со структурными различиями — условиями оказания медицинских услуг, их финансирования и устройством самих учреждений.

В российской системе здравоохранения по этим параметрам выделяются четыре основных типа институтов, обеспечивающих оказание медицинских услуг: а) система бюджетного здравоохранения, б) «параллельная» система подведомственных учреждений или учреждений, оказывающих помощь привилегированным социальным группам, в) частные медицинские

Анастасия Андреевна Новкунская

Европейский университет
в Санкт-Петербурге,
Санкт-Петербург, Россия
anovkunska@eu.spb.ru

и г) некоммерческие организации (НКО) [Cook 2017]. Также внутри бюджетных организаций можно выделить коммерческий сектор, логика работы которого приближена к частным клиникам и центрам [Темкина 2016: 78]. Кроме того, как отмечают исследователи, вариации могут возникать в связи с «мощностью» и обеспеченностью конкретных учреждений, которые зависят от их административной принадлежности. Так, больницы и поликлиники, расположенные в разных регионах или внутри одного региона, но в разных типах поселений (крупный город или сельская местность), будут предоставлять разные объем и качество медицинской помощи [Shuvalova et al. 2015].

Российская служба родовспоможения как комплекс учреждений, оказывающих социальную и медицинскую помощь беременным женщинам, роженицам и новорожденным, до сих пор претерпевает изменения. В период перестройки здравоохранение в целом характеризовалось децентрализацией регулирования, начиная с 1990-х гг. появился коммерческий сектор медицинских услуг в области акушерства и гинекологии [Темкина 2016: 78]. На практике возросла региональная гетерогенность, а также усилилась разрозненность самих учреждений, как между амбулаторным и стационарным звеном [Rivkin-Fish 2005], так и в рамках одного звена между географически разнесенными организациями. Тем не менее формально служба «охраны здоровья матери и ребенка» остается институционально более однородной, чем здравоохранение в целом. До сих пор в этой сфере практически отсутствуют как некоммерческие организации, так и «параллельная» система элитных учреждений, а частные родильные дома по-прежнему немногочисленны и работают только в нескольких региональных центрах [Бороздина 2016].

В основном стационарная помощь роженицам оказывается в бюджетных (государственных) родильных домах и отделениях, деятельность которых регулируется общим для всех регионов порядком Министерства здравоохранения¹. Институционально отличающиеся формы акушерской помощи, такие как домашние роды, роды с доулой² и др., остаются не- или полужурформальными, а в некоторых случаях даже незаконными [Бороздина 2014]. Во многом такая однородность услуг в области акушерства связана с принципом универсализма в доступе к медицинской помощи, номинально закрепленном в Конституции и других законодательных актах Российской Федера-

¹ Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 1 ноября 2012 г. № 572н «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи по профилю “акушерство и гинекология (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий)”».

² Доула — профессиональная помощница в родах, как правило, не имеющая медицинского образования.

ции¹, а также с пронаталистской риторикой государства [Cook 2007; Kulmala 2014], усиливающей символическую значимость деторождения и относящихся к ней институтов.

Вместе с тем в условиях множественности регулирующих инстанций, различий ресурсных возможностей конкретных институций и профессионалов, работающих в них, на практике учреждения по сложившемуся в них набору подходов оказываются неоднотипными. Тот или иной роддом (родильное отделение), формально оказывая одну и ту же услугу, соответствующую бюрократическим стандартам, фактически предлагает особый набор сервисов, формируя свою репутацию и клиентуру. На этом основании возникает своеобразный рынок услуг в коммерческом секторе родовспоможения, и параллельно с ним возникает квазирынок «бюджетных» родов [Темкина 2016], не менее разнообразный по взглядам на процесс деторождения и практикуемым методам родоразрешения.

В статье я попробую предложить социологическое описание возможных вариаций в методиках и практиках родовспоможения, которые можно наблюдать в формально однородном секторе «бесплатных» (бюджетных) госпитальных родов. Кроме того, я ставлю задачу обозначить различия в моделях социального взаимодействия внутри исследуемых учреждений, которые формируются в зависимости от вовлечения в него разных социальных акторов (администраторов, врачей, акушерок, пациентов), а также от возможностей действия, которые им предоставляются.

Концептуальная модель и методология исследования

Как было обозначено во введении, в формально гомогенной системе родовспоможения в России существуют значительные вариации на уровне организационной культуры конкретных учреждений и порядка взаимодействия между его сотрудниками, администрацией и пациентами. Несмотря на централизованные и унифицированные стандарты оказания помощи в родах, возникают разные системы знания, подходы и модели родовспоможения, находящиеся на разных позициях шкалы устойчивости / изменчивости. В своем исследовании я исхожу из предположения, что в структурно идентичных учреждениях, и даже в рамках одного из них, представления о том, каким образом должна осуществляться забота о пациентах, а также практики могут отличаться. Я также предполагаю, что в тех ор-

¹ Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ (ред. от 29.12.2017) «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

ганизациях, где во взаимодействие включены разнообразные категории социальных акторов и большинство из них открыты новым подходам, порядок может быть достаточно подвижным.

В качестве концептуальной модели этой работы, которая позволяет изучить множественность и изменчивость норм и практик, выбрана концепция «переговорного порядка» (*negotiated order*), впервые введенная представителями символического интеракционизма [Strauss et al. 1963]. В рамках этого подхода предполагается, что порядок внутри любой организации ситуативен и изменчив, а его регулирование осуществляется не только на уровне формальных правил и устойчивого воспроизводства социальной структуры, но и на уровне индивидуального взаимодействия вовлеченных в деятельность данной организации участников. Изучая работу психиатрической клиники, А. Страусс и его коллеги наблюдали, что социальное устройство учреждения формируется в том числе в результате переговоров разных медицинских профессионалов, администраторов и пациентов [Ibid.: 152–153]. Таким образом, внутренний порядок организации оказывается постоянно меняющимся и зависящим как от вовлеченных в его работу и регулирование акторов (их идеологических установок, взаимоотношений, диспозиций), так и от успешности переговоров между ними.

Задача статьи — изучить вариации в знаниях, практиках и подходах к родовспоможению, которые обнаруживаются на уровне работы конкретного учреждения. Переговорный порядок рассматривается здесь как процесс обсуждений и взаимодействий исполнителей разных социальных ролей, вовлеченных в работу родильных отделений, а также как результат этих интеракций. Каждое учреждение будет рассматриваться как уникальный контекст, формируемый на основании различных систем знания [Svensson 1996: 384].

Таким образом, интеракции представителей разных профессий и других акторов (администрации, пациентов и их родственников) будут изучаться не как зафиксированная и устойчиво воспроизводящаяся социальная структура, а как ситуативные отношения врачей, акушеров, беременных женщин, руководства. Сам по себе контекст медицинского учреждения также представляется комплексом изменчивых условий работы [Allen 1997: 506], которые задаются иногда вопреки формальным правилам.

Такая концептуальная модель позволяет обнаружить различия профессиональных практик и организационной культуры (микроуровня) в институционально схожих условиях, регулируемых одинаковыми правилами и законами. Я полагаю, что различия переговорных порядков влияют не только на разницу

в формах социального взаимодействия или в регулирующих их формальных и неформальных правилах, но и на сами медицинские практики и подходы к ведению родов. Особенности социального порядка в организациях здравоохранения сказываются на возможности беременной женщины участвовать в переговорах относительно ведения ее родов, иметь доступ к их организации и вовлекать в этот процесс свою семью. Социальный порядок также дает разные возможности представителям медицинских профессий влиять на условия их труда и способы профессиональной реализации, что будет подробнее описано в следующем разделе статьи.

Работа основывается на эмпирических материалах, собранных в рамках индивидуального исследовательского проекта «Трансформация родовспоможения в современной России». Проект был составлен как исследование множественных случаев (*multiple case study*) [Stake 2006; Yin 2009], позволяющее изучить, как разные институциональные контексты формируют различия в условиях и формате работы самих учреждений родовспоможения. В качестве каждого случая рассматривалась система организаций здравоохранения, обеспечивающих заботу о репродуктивном здоровье, наблюдение (мониторинг) беременности, а также медицинскую помощь беременным женщинам, роженицам и новорожденным, в одном из медицинских районных центров.

Исследование проводилось в 2011–2012 и 2015–2016 гг. (в одном районе Центрального федерального округа и двух районах Северо-Западного) в рамках качественной методологии. Здесь будут использованы материалы двух исследуемых случаев, доступ к которым оказался наиболее открытым, что позволило провести как интервью с медицинскими работниками, так и включенное наблюдение в самих учреждениях — женской консультации и родильном отделении, расположенных в двух разных районных центрах. Для изучения институционального устройства родовспоможения в России был проведен анализ документов — федеральных законодательных актов и приказов, регулирующих организацию и финансирование службы, и региональных постановлений, местных порядков и внутренних уставов учреждений. Для уточнения данных по организации системы родовспоможения внутри региона дополнительно была проведена серия экспертных интервью с врачом, в течение десяти лет занимавшим должность главного акушера-гинеколога одного из регионов (Северо-Западный федеральный округ).

Основным инструментом сбора данных были полуструктурированные глубинные интервью, проводившиеся с медицин-

скими профессионалами, работающими в родильных отделениях центральных районных больниц (ЦРБ), расположенных в удаленных от региональных центров малых городах. Принцип отбора информантов предполагал сплошную выборку за исключением недоступных на момент проведения исследования сотрудников (декретный отпуск, летний отпуск, больничный, обучение в другом месте). Всего были проинтервьюированы 26 человек: главврач одной из больниц (по специальности акушер-гинеколог, дежурant родильного отделения), заведующие женскими консультациями, родильными, гинекологическими и неонатологическими отделениями, районные специалисты (главные акушеры-гинекологи), акушеры-гинекологи и неонатологи, старшие акушерки родильных отделений, акушерки и медицинские сестры. Путеводитель интервью включал в основном открытые вопросы, позволяющие выявить перспективу самих медицинских профессионалов.

Дополнительно в исследовании использовался метод включенного наблюдения, хотя степень вовлечения в деятельность учреждений родовспоможения была институционально ограничена (т.к. это достаточно закрытые организации). В одном из исследуемых случаев была проведена серия включенных наблюдений в женской консультации районной центральной больницы (общей продолжительностью 60 часов). В другом случае наблюдения проводились в родильном отделении межрайонной центральной больницы (25 часов). При проведении наблюдения исследователь выполнял задачи помощника в оформлении медицинских документов, все сотрудники учреждений были осведомлены об исследовательской позиции автора. В третьем исследуемом случае доступ оказался ограничен (не было получено разрешение на включенное наблюдение и на интервью с медицинскими работниками), поэтому данные об этом учреждении при анализе не использовались.

Применение разных инструментов сбора эмпирических данных позволило провести методологическую триангуляцию. Некоторые ответы, полученные в интервью с медицинскими работниками, и материалы включенного наблюдения обнаруживали противоречия между профессиональными практиками и нарративами о них. Здесь будут в основном использоваться материалы глубинных интервью без дополнительного анализа того, в чем они могут расходиться с наблюдавшимися внутри учреждений практиками. Такое ограничение связано в первую очередь с тем, что включенное наблюдение проводилось в разных ситуациях и с разной продолжительностью (амбулаторный прием в женской консультации и стационар родильного отделения), поэтому буквальное сопоставление этих данных затруднительно. Материалы интервью были собраны с использованием единого

путеводителя и тем самым предоставляют больше возможностей для систематического сравнения. Кроме того, проблема несоответствий разного типа данных является аналитически объемной и напрямую не соотносится с задачами статьи.

Разные подходы в схожих контекстах

Основная задача этого раздела — показать несколько измерений того, как могут отличаться профессиональные практики и представления врачей и акушерок, работающих в институционально схожих условиях. Эти условия, т.е. система родовспоможения в малых городах России, регламентируются достаточно единообразно. Основным законом, регулирующим «отношения, возникающие в сфере охраны здоровья граждан в Российской Федерации», является Федеральный закон № 323-ФЗ¹. В нем, кроме общих положений относительно прав и обязанностей медицинских учреждений, медицинских сотрудников и пациентов, а также основных принципов здравоохранения, указано, что порядок оказания медицинской помощи и критерии оценки ее качества разрабатываются по отдельным профилям.

Для профиля акушерской и гинекологической помощи таким порядком является Приказ Министерства здравоохранения № 572н². Согласно ему, служба «охраны материнства и детства» внутри каждого региона организуется как трехуровневый комплекс с крупными и независимыми родильными домами (перинатальными центрами) третьего уровня, расположенными в региональных центрах, и родильными отделениями, уменьшающимися по мощности и размеру по направлению к периферии. Учреждения первого уровня — маломощные родильные отделения центральных районных больниц с наименьшим количеством акушерских коек и обслуживающего их персонала (принимают не более 500 родов в год), оснащенные для помощи с физиологическими родами без патологий и серьезных осложнений. Родильные дома и отделения второго уровня могут находиться как в районных, так и в региональных центрах и, как правило, располагают реанимационными отделениями и оборудованы для родовспоможения с определенными патологиями и осложнениями. Такая модель предполагает маршрутизацию (плановую госпитализацию в учреждение соответ-

¹ Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ (ред. от 29.12.2017) «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

² Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 1 ноября 2012 г. № 572н «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи по профилю “акушерство и гинекология (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий)”».

ствующего уровня) беременных в соответствии с индивидуальной степенью риска, определенной в женской консультации.

Техническое оснащение и количество медицинского персонала определено тем же федеральным законом. Вне зависимости от уровня учреждения госпитальные «бюджетные» роды проходят под наблюдением врача — акушера-гинеколога с участием акушерки и врача-неонатолога. Ответственным за принятые медицинские решения является врач — акушер-гинеколог, а независимая акушерская практика (т.е. без наблюдения врача) в России законодательно запрещена. Однако, несмотря на описанную выше упорядоченность службы, регулирование многих медицинских и социальных аспектов родовспоможения происходит на уровне международных рекомендаций, региональных положений, внутренних уставов учреждений и неформальных правил.

Так, некоторые рекомендации Всемирной организации здравоохранения¹ отчасти отражены в Порядке оказания акушерской помощи: «в акушерских стационарах рекомендуются семейно-ориентированные (партнерские) роды»; «в родильном зале рекомендуется обеспечить первое прикладывание ребенка к груди не позднее 1,5–2 часов после рождения продолжительностью не менее 30 минут и поддержку грудного вскармливания. В послеродовых отделениях рекомендуется совместное пребывание родильниц и новорожденных, свободный доступ членов семьи к женщине и ребенку»². Однако они не имеют обязательной силы и могут быть опционально интегрированы в медицинскую практику целого учреждения или конкретного специалиста.

Таким образом, в институционально схожих условиях — родильных отделениях первого и второго уровней, расположенных в удаленных районных центрах, — могут (со)существовать разные подходы к родовспоможению как медицинской и социальной практике. Используемая в статье концептуальная модель «переговорного порядка» позволяет увидеть эти различия как связанные с разными системами знания, на которые ориентируются врачи и акушерки. Далее я рассмотрю несколько измерений социального устройства, сформированного

¹ Глобальная стратегия по кормлению детей грудного и раннего возраста / Всемирная организация здравоохранения; ЮНИСЕФ. Женева, 2003. 34 с. <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/85457/9241562218_rus.pdf?sequence=1>; Рекомендации ВОЗ по индукции родов / Всемирная организация здравоохранения. Женева, 2014. 42 с. <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/9789241501156/ru/>.

² Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 1 ноября 2012 г. № 572н «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи по профилю “акушерство и гинекология (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий)”», п. 31 и 32.

и поддерживаемого в разных учреждениях родовспоможения. Для описания каждого из них будет обозначено два условных полюса, иллюстрирующих достаточно широкое поле переговорного порядка, понимаемого как баланс между порой противоположными взглядами и интересами вовлеченных во взаимодействие сторон.

Идеальная модель: СССР vs. Запад

Врачи и акушерки родильных отделений по-разному описывают идеальную модель здравоохранения. Одной из основных референций для определения наиболее желаемых и предпочтительных условий работы является противопоставление «советской» и «западной» систем здравоохранения. По отношению к этому выстраивается нарратив о том, какими именно должны быть организация и финансирование родовспоможения.

Так, в одном из исследуемых случаев советское устройство здравоохранения представлялось идеальной моделью с медицинской и экономической точек зрения и описывалось как объект ностальгии.

Вот раньше было время, мы жили, вот потом, знаете, как, значит, во-первых, лекарств было достаточно, было профилактическое направление медицины, всем делали эти исследования, оно было полностью бесплатным, медицина... Разве это не заслуга какого-то времени определенного, что все бесплатно? Или потом сказали, что это блеф, такого быть не может, все должно быть за деньги. Но вот теперь за деньги и есть. Куда ни сунься, везде надо платить, не в кассу, дак в карман (акушер-гинеколог, заведующий родильным отделением ЦРБ, районный акушер-гинеколог, муж. 1952 г.р.).

В этом измерении непосредственно медицинская практика может оцениваться не с точки зрения ее эффективности и обоснованности, а с точки зрения «культурной» уместности. Например, новые методики отделения последа (ведение третьего периода родов), введенные в практику одного из родильных отделений, описывались информанткой как неуместные и неоправданные, поскольку были разработаны для других социальных условий.

Я за то, чтобы и мячики были, и коврики, но активное отделение [последа] — для меня это дико!.. Откуда они все эти методики берут?! Наверное, из Америки! Какие новшества?! Тем более в акушерстве! Слишком много смотрим на Запад. У нас и опыт свой, и совершенно другая медицина — не должно быть того, как на Западе (акушерка родильного отделения, жен. 1963 г.р.).

Работники другого родильного отделения, напротив, описывали особенности своего подхода как современные, в противоположность устаревшему, «советскому» родовспоможению. Информанты критиковали своих коллег за неготовность изменять свои профессиональные взгляды и методики и совершенствовать свою практику. Эпитет «советский» здесь использовался как синоним необоснованного, консервативного подхода к родовспоможению или устаревших взглядов на него.

Но и потом — люди. Самое главное ведь — люди, вы сами понимаете. Есть доктора, которым, скажем так, уже под 70 лет. То есть у них еще такие представления советские о родовспоможении. Сейчас очень многое изменилось. У них давно нет родильного, и они, наверное, уже и не представляют, как происходит родовспоможение. Они по таким старым законам и живут, скажем так (акушер-гинеколог, заведующая родильным отделением ЦРБ, жен. 1965 г.р.).

При этом возраст информантов не всегда являлся ключевым фактором, определявшим отношение к советскому прошлому, в обоих учреждениях среди медиков встречались и те, кто проходил профессиональную социализацию еще в советской системе здравоохранения, и те, кто только начал работать в 1990-е гг. или позже. Более значимым обстоятельством оказалось то, что во втором родильном отделении в течение последних десяти лет происходил последовательный переход к новой системе родовспоможения, ориентированной на сотрудничество с пациентами и их семьями, вводились более мягкие методики родоразрешения и приоритет грудного вскармливания, рекомендованные ВОЗ и ЮНИСЕФ в рамках инициативы «больницы, доброжелательной к ребенку»¹.

Под влиянием этой инициативы была проведена значительная реорганизация как материальных условий самого учреждения, так и медицинских и социальных практик работающих в нем профессионалов. Символически новый подход также противопоставляется предыдущей, советской системе:

Мы, во-первых, с Т. [родильное отделение соседнего района] работаем абсолютно по разным направлениям, у нас больница доброжелательного отношения к ребенку, мы работаем по проекту «Мать и дитя», по ВОЗовскому... Т. работает больше... больше по традиционной советской медицине (старшая акушерка родильного отделения, жен. 1972 г.р.).

¹ Baby-Friendly Hospital Initiative. Revised, updated and expanded for integrated care / UNICEF; World Health Organization. Geneva, 2009. <https://www.unicef.org/nutrition/files/BFHI_2009_s1.pdf>.

Такая ориентация на идеологически и символически противоположные модели родовспоможения, которые медицинские профессионалы определяют как идеальные и желаемые в своей практике, также задает и траекторию возможных изменений в подходах, особенности переговорного порядка внутри учреждений, и набор участников, вовлеченных в него. Далее я в деталях рассмотрю вариации профессиональных диспозиций по этим и другим измерениям.

Профессиональное образование и обучение

Другим значимым измерением возможных различий в практиках медицинских профессионалов и их взглядах на устройство здравоохранения в России является отношение к профессиональному образованию и необходимости постоянно проходить дополнительное обучение. Информанты, в нарративах которых модель советской медицины описывалась как идеальная или предпочтительная и уместная, критиковали современную систему профессионального медицинского образования как не обеспечивающую необходимую для практической деятельности квалификацию.

Вот, например, акушер, вот пришел, кто тебе нужен — главный врач, акушер. Вот он, такого и посадят в акушеры <...> А он ничего не знает... А он две недели на четвертом курсе и две недели на пятом [изучал специальность] — все. Вот его с чистого листа и начинаешь обучать. Вот тебе книжка, вот тебе ручка... Вот тебе писк... (акушер-гинеколог, заведующий родильным отделением ЦРБ, районный акушер-гинеколог, муж. 1952 г.р.).

Врачи в этом случае также критиковали необходимость постоянно изменять порядок оказания медицинских услуг, следуя новым рекомендациям Министерства здравоохранения. Информанты рассказывали, что присылаемые рекомендации зачастую содержат противоречия и расходятся с их профессиональным опытом, которому они доверяют. Это расхождение приводит к тому, что все новые рекомендации рассматриваются как нарушающие или затрудняющие привычный порядок работы учреждения.

Нет, они [Министерство здравоохранения] как раз рекомендуют, что не надо его использовать [препарат], а я с ними не согласен и считаю, что надо, что он эффективен, а окситоцин менее эффективен. То же самое перинатальная медицина — да мало ли кто там что напишет?! Профессор! А может, он чокнутый? Вы уверены, что они все здравомыслящие люди? Где гарантия их здравомыслия? (акушер-гинеколог, заведующий родильным отделением ЦРБ, районный акушер-гинеколог, муж. 1952 г.р.).

Врачи и акушерки родильного отделения, ориентированного на введение и адаптацию современного подхода к родовспоможению, напротив, рассказывали о необходимости постоянно узнавать новые рекомендации и повышать свое образование не только в рамках обязательной системы подтверждения или повышения квалификации, но и дополнительно — посредством участия в профильных мероприятиях и чтения научной литературы.

Заведующая у нас грамотная, образованная, учится постоянно, ей это интересно! У нее вот интерес к женщине, ей хочется, чтобы удовлетворение от родов у нее было! Везде и читает, и ездит, во всяких конференциях и видео участвует (старшая акушерка родильного отделения, жен. 1972 г.р.).

В этом случае врачи и акушерки критиковали коллег из других, известных им учреждений, которые оказались не готовы к введению альтернативных методик родоразрешения — в значительной степени из-за того, что пытались освоить их «по книжке», т.е. без дополнительного обучения. Непосредственные практические изменения, которые произошли в данном родильном отделении, во многом стали возможны благодаря личной инициативе медицинских профессионалов, их готовности самостоятельно и независимо действовать в поле родовспоможения.

Там тренинги были, мастер-классы были, там все было. Они не ездили, они решили по книжке научиться. Конечно, они ушли от этой методике, они ее не используют. Много всего — подходы к лечению изменились, скажем так. Меня что радует — когда мы начинали это в шестом, седьмом, восьмом году [2006–2008 гг.], мы действовали на свой страх и риск. В области это было неприятно. В области работало традиционное акушерство. С учетом того, что район у нас дальний — к нам очень редко ездят всякие проверки, мы тут варимся в собственном соку. Победителей не судят, скажем так, поэтому мы потихоньку все тут делали сами (старшая акушерка родильного отделения, жен. 1972 г.р.).

В классических подходах в социологии профессии образование рассматривается как один из основных компонентов профессиональной автономии [Freidson 1988; Saks 2012]. Приведенные выше цитаты показывают, насколько по-разному могут описываться задачи образования и обучения в нарративах медицинских специалистов. Открытость новым подходам и готовность вводить их в практику — важные условия для перемен в родовспоможении. Обратный тренд, который характеризуют постоянство взглядов на методики родовспоможения и сопротивление нововведениям, консервирует в том числе и переговорный порядок учреждения. Так поддерживаются или заново создаются условия, в которых социальное взаимодействие оказывается

в различной степени открытым для участия других акторов, в частности пациентов и их родственников.

Взаимодействие с пациентами

Согласно эмпирическим материалам исследования, взаимодействие медицинского персонала с пациентами и их семьями является значимым измерением различий в подходах к родовспоможению. Врачи родильного отделения, не изменившие свои профессиональные взгляды на акушерскую практику и продолжающие ориентироваться на советскую модель здравоохранения, жаловались на возрастающую информированность и автономию своих пациенток. Знания беременных женщин о течении родов, полученные из альтернативных источников, описываются как угроза доверию между врачом и пациентом и дополнительное затруднение работы первого.

Но знаете, больше доверяли врачу. Что раз врач говорит, то так и надо, значит, сделать. А ведь сейчас, начитавшись интернета, посмотревшись, начитавшись литературы, они приходят, иногда порой диктуют тебе в общем-то методики их родоразрешения. Предположим: я вот этого не хочу, давайте вот это, нет, давайте вот так. В конечном итоге ты склоняешь его на свою сторону. Я это о том, что люди-то в общем дилетанты начитавшиеся... (акушер-гинеколог, заведующий родильным отделением ЦРБ, районный акушер-гинеколог, муж. 1952 г.р.).

Такой патерналистский подход к взаимодействию с пациентками связан также и с представлением о том, кто включается во взаимодействие в течение родов как партнер и какова степень его возможного вовлечения в этот процесс. Для тех медицинских профессионалов, которые с недоверием относятся к новым рекомендуемым методикам и неохотно признают автономию пациентов, родственники последних воспринимаются как незначимые участники процесса родов и даже как помеха самой акушерской практике.

Ну психологически — конечно, сложнее. Потому что тут и на мужа надо внимание обращать, не только на женщину беременную. Лишний человек, он не нужен. Это по-нашему. А для женщины — если она хочет с мужем — ну, пожалуйста, рожайте. Эти мужья начинают переживать, нервничать из-за пустяков, из-за того, что ей больно, — они же не понимают этого ничего, тонкостей, что и как должно быть. Паника у них начинается. Приходится не только женщину успокаивать, но и ее мужа. Поэтому психологически с ними хуже. Кому-то худится во время родов. Поэтому и их спасать приходится, а зачем нам это надо? (аку-

шер-гинеколог родильного отделения, врач УЗИ-диагностики, жен. 1979 г.р.).

В другом исследуемом случае, напротив, вовлечение пациенток и их родственников в принятие решений относительно ведения родов описывается как условие, упрощающее работу. Переговорный порядок, в который включены беременные женщины (роженицы) и их семьи, оказывается более гибким и позволяет обеспечивать интересы всех сторон.

Женщина в этом процессе не участвовала практически [до введения нового подхода в 2007 г.]. Ну за некоторым исключением. Сейчас, конечно, совершенно все повернулось с ног на голову. Каждая манипуляция оговаривается с женщиной обязательно <...> Вообще стало работать, скажем так, спокойнее — ты уже не чувствуешь себя таким террористом — да? Ты понимаешь, что вроде как с женщиной ты советуешься: она участвует в процессе. Партнерские роды — это вообще красота. Которых мы дико боялись, что кто-то будет стоять посторонний, следить за нами, видеть, что мы тут делаем — да? Может быть, будут какая-то ругань, какие-то споры, там, с родственниками. Я не понимаю, чего мы боялись. Оказывается, что муж, как правило, поддерживает нас, он встает на нашу сторону, он руководит женщиной, он верит нам так же, как и женщина — ну за редким исключением, скажем так. Женщина находится под постоянным наблюдением: если двое-трое родов, если родственник рядом — это очень хорошо (акушер-гинеколог, заведующая родильным и гинекологическим отделениями, районный акушер-гинеколог, жен. 1965 г.р.).

При таком порядке автономия и информированность пациенток не только приветствуются, но и оцениваются как важные условия обеспечения здоровья.

У нас народ сейчас очень грамотный, в интернетах читает, все это понимает... В основном и мамы стали лучше, и девочки стали более просвещенней — появился интернет, появилось больше информации. Сейчас мамочки стали другие! Больше читают, узнают — они молодцы! (старшая акушерка родильного отделения, жен. 1972 г.р.).

Ориентация на большее вовлечение в процесс принятия решений пациенток и их семей во многом предзадана открытостью медицинских профессионалов к новым подходам и более мягким методикам. В крупных региональных центрах это может стать одной из опций медицинского обслуживания или услугой, за которую необходимо дополнительно заплатить [Темкина 2017]. Контекст родильных отделений, расположенных в малых городах России, где платные услуги, как правило, формально отсутствуют, позволяет обнаружить и альтернативное значение

такого подхода. Признание важности индивидуальных представлений пациенток о течении родов и внимании к их желаниям и нуждам становятся в некоторых случаях не дополнительной коммерческой услугой, а основанием для определения и развития профессионализма внутри медицинской организации.

Автономия акушерки

Обнаруженное в исследовании различие в походах к родовспоможению во многом связано и с другими особенностями переговорного порядка, существующего внутри родильных отделений, в частности с иерархией вовлеченных в него акторов. В одном из родильных отделений, врачи и акушерки которого ориентировались в своей практике на советскую систему здравоохранения и неохотно включали в переговоры своих пациентов, сохранилась достаточно жесткая межпрофессиональная иерархия. Врачи этого учреждения описывали свое взаимодействие с акушерками в категориях *начальник / подчиненный*, настаивая на том, что переговоры с персоналом сестринского звена скорее вынужденная мера, применяемая в тех случаях, когда сами акушерки нарушают формальные правила или негласные договоренности.

Гендерный аспект этой иерархичности также кажется интересным (как с эмпирической, так и с аналитической точки зрения), поскольку сама специальность акушерки является гендерно маркированной. Получают соответствующее образование и работают акушерками только женщины, а среди врачей со специальностью «акушер-гинеколог» встречаются и мужчины. Таким образом, профессиональная иерархия в некоторых случаях воспроизводит властную асимметрию, существующую в гендерном измерении. Однако на основании собранных полевых материалов нельзя сделать заключение, что в формировании переговорных порядков этот аспект ключевой. Между акушерами-гинекологами (как мужчинами, так и женщинами) и акушерками, исходя из эмпирических данных, нередко выстраивались отношения, асимметричные с точки зрения распределения власти, но при этом они не во всех случаях были связаны с гендером того или иного специалиста. Например, следующий фрагмент о необходимости соблюдения субординации с акушерками взят из интервью с женщиной — акушером-гинекологом.

Инф.: Ну строго так никто особо с ними [акушерками] не разговаривает, но они знают свою работу, они с большим опытом. Все что скажешь, все выполняют. Просто есть акушерки, которые слабо соображают, надо сказать так строго и громко, чтобы они начали делать, а другие сами знают — там скажешь, и они уже сами знают, что делать.

Соб.: *А там, если, наоборот, акушерка пытается вам что-нибудь посоветовать?*

Инф.: *Может, да, посоветовать. Но все равно — не ей же решать-то. Советуют, они любят советовать.*

Соб.: *И как вы, ну то есть у вас с какими-то акушерками больше такая командная работа?*

Инф.: *Да не, не командная, спокойно все решается. Все равно мы отвечаем-то, а не они... (акушер-гинеколог родильного отделения, врач УЗИ-диагностики, жен. 1979 г.р.).*

Другим полюсом в этом измерении является такой переговорный порядок, при котором акушерка включается в обсуждение организационных и медицинских вопросов и вовлечена в принятие ключевых решений относительно ведения родов. В некоторых случаях иерархия имеет обратную структуру. Например, по словам одной информантки, акушеры-гинекологи, работающие постоянно в женской консультации и приходящие в родильное отделение на дежурство, действуют скорее, наоборот, как помощники опытных акушерок, хотя юридическая ответственность и последнее слово все равно остается за врачом.

Доктора, которые дежуряны, приходят из консультации, они не будут вмешиваться в процесс. Если где-то что-то, то акушерка ставит перед фактом: мне не нравится то-то, то-то, давайте попробуем сделать то-то, то-то. Врач дает согласие. Не было такого, чтобы... у нас опыта уже больше 25 лет стажа (старшая акушерка родильного отделения, жен. 1972 г.р.).

В данном случае автономия профессиональной группы акушерок была также связана с личным авторитетом и инициативностью старшей акушерки родильного отделения, компетентность и значимость работы которой признавались как работниками сестринского звена, так и врачами — акушерами-гинекологами и администрацией учреждения. Сама старшая акушерка также говорит о своем влиянии и деятельности по переустройству работы медицинского учреждения, введению в нее новых подходов и методик.

Я в больших городах не работала, поэтому мне трудно сравнивать. У меня место работы — один роддом. Поэтому я не знаю модель работы больших городов. У меня создана та модель, которую я хотела здесь видеть, я ее создала. А дальше уже как-то вот, я не могу сравнить (старшая акушерка родильного отделения, жен. 1972 г.р.).

Из этого можно заключить, что акушерки как профессиональная группа даже при схожих административном регулировании и институциональном устройстве могут занимать разное положение относительно переговорного порядка и оказывать различное

влияние на выстраиваемую модель родовспоможения. Рассмотренные случаи не дают основания заключить, какое именно из изученных измерений является наиболее значимым и влияющим на вариации по остальным параметрам. Тем не менее обнаруженные «полюса» отношений к профессиональному образованию, идеальной модели здравоохранения, перспективе пациента и автономии акушерок позволяют говорить о серьезных различиях между переговорными порядками, выстраиваемыми во взаимодействиях социальных акторов внутри родильных отделений.

Заключение

В соответствии с используемым определением «переговорного порядка» на материале полуструктурированных глубинных интервью и других данных были рассмотрены разные модели взаимодействия, сформированные в родильных отделениях под влиянием того, какие социальные акторы и в какой степени вовлечены в него. Как показал анализ эмпирических данных, несмотря на сходство формального регулирования, институциональной организации и распределения ресурсов, в разных учреждениях могут быть распространены противоположные подходы к родовспоможению и практики взаимодействия.

Были рассмотрены четыре измерения переговорного порядка: представления об «идеальной модели» родовспоможения, открытость к новым подходам или отношение к профессиональному образованию, готовность к вовлечению пациентов и их родственников в процесс принятия ключевых решений, а также возможности профессиональной автономии акушерки. По этим параметрам можно условно выделить две модели переговорного порядка, поскольку в двух исследованных случаях представления о каждом из них тяготеют к противоположным полюсам.

Первый переговорный порядок можно обозначить как «закрытый», или «консервативный»: врачи и акушерки в качестве идеальной модели здравоохранения называют советское устройство медицины, с недоверием относятся к новым рекомендациям относительно медицинской практики и введению альтернативных подходов. В такой переговорный порядок пациенты практически не включены как равнозначные участники, поскольку по определению медперсонала им недостает компетенции. Кроме того, участие акушерок в принятии ключевых решений оказывается ограничено в силу жесткой иерархической структуры.

В другом учреждении сложился более гибкий и открытый переговорный порядок, при котором врачи и акушерки участвуют в принятии решений практически на равных, а авторитет старшей акушерки признается представителями других про-

фессиональных групп. Медицинские специалисты, работающие в этом отделении, открыты введению новых подходов и методик родовспоможения, в том числе ориентированных на более доверительное и партнерское сотрудничество с пациентами и их семьями. В процессе перехода на новое устройство отделения и адаптации нового подхода врачи и акушерки говорят о необходимости продолжать свое образование и получать новую информацию о медицинской практике и социальных взаимодействиях, с ней связанных.

Комплекс обнаруженных отличий и выстроенные на их основании модели могли бы в дальнейшем использоваться для изучения работы родильных отделений в России, однако эмпирических данных исследования недостаточно для того, чтобы определить, какое именно условие является ключевым и может стать основанием для изменения остальных измерений.

Сокращения

ВОЗ — Всемирная организация здравоохранения

НКО — некоммерческая организация

УЗИ-диагностика — ультразвуковая диагностика

ЦРБ — центральная районная больница

ЮНИСЕФ — Детский фонд ООН (англ. UNICEF — United Nations International Children's Emergency Fund)

Библиография

- Бороздина Е.А.* Социальная организация естественных родов (случай центра акушерского ухода) // Журнал исследований социальной политики. 2014. Т. 12. № 3. С. 413–428. <<https://jsps.hse.ru/article/view/3378/2950>>.
- Бороздина Е.А.* Забота в родовспоможении: выгоды и издержки профессионалов // Журнал исследований социальной политики. 2016. Т. 14. № 4. С. 479–492. <<https://jsps.hse.ru/article/view/3246/2815>>.
- Темкина А.А.* Оплачиваемая забота и безопасность: что продается и покупается в родильных домах? // Социология власти. 2016. Т. 28. № 1. С. 76–106.
- Темкина А.А.* «Экономика доверия» в платном сегменте родовспоможения: городская образованная женщина как потребитель и пациентка // Экономическая социология. 2017. Т. 18. № 3. С. 14–53.
- Allen D.* The Nursing-Medical Boundary: A Negotiated Order? // *Sociology of Health and Illness*. 1997. Vol. 19. No. 4. P. 498–520.
- Benoit C., Wrede S., Bourgaelt I., Sandall J., DeVries R., van Teijlingen E.R.* Understanding the Social Organization of Maternity Care Systems: Midwifery as a Touchstone // *Sociology of Health and Illness*. 2005. Vol. 27. No. 6. P. 722–737.

- Cook L.J.* Postcommunist Welfare States: Reform Politics in Russia and Eastern Europe. Ithaca: Cornell University Press, 2007. 288 p.
- Cook L.J.* Constraints on Universal Health Care in the Russian Federation: Inequality, Informality and the Failures of Mandatory Health Insurance Reforms // Yi I. (ed.). Towards Universal Health Care in Emerging Economies. L.: Palgrave Macmillan, 2017. P. 269–296.
- Freidson E.* Profession of Medicine: A Study of the Sociology of Medicine as Applied Knowledge. Chicago, IL: The University of Chicago Press, 1988. 419 p.
- Kuhlmann E., Allsop J., Saks M.* Professional Governance and Public Control: A Comparison of Healthcare in the United Kingdom and Germany // Current Sociology. 2009. Vol. 57. No. 4. P. 511–528.
- Kulmala M., Kainu M., Nikula J., Kivinen M.* Paradoxes of Agency: Democracy and Welfare in Russia // Demokratizatsiya: The Journal of Post-Soviet Democratization. 2014. Vol. 22. No. 4. P. 523–552.
- Rivkin-Fish M.* Women's Health in Post-Soviet Russia: The Politics of Intervention. Bloomington, IN: Indiana University Press, 2005. 253 p.
- Saks M.* Defining a Profession: The Role of Knowledge and Expertise // Professions and Professionalism. 2012. Vol. 2. No. 1. P. 1–10.
- Shuvalova M.P., Yarotskaya E.L., Pismenskaya T.V., Dolgushina N.V., Baibarina E.N., Sukhikh G.T.* Maternity Care in Russia: Issues, Achievements, and Potential // Journal of Obstetrics and Gynaecology. 2015. Vol. 37. No. 10. P. 865–871.
- Stake R.E.* Multiple Case Study Analysis. N.Y.; L.: Guilford Press, 2006. 342 p.
- Strauss A., Schatzman L., Ehrlich D., Bucher R., Sabshin M.* The Hospital and Its Negotiated Order // Freidson E. (ed.). The Hospital in Modern Society. N.Y.: Free Press, 1963. P. 147–169.
- Svensson R.* The Interplay Between Doctors and Nurses — a Negotiated Order Perspective // Sociology of Health and Illness. 1996. Vol. 18. No. 3. P. 379–398.
- Yin R.K.* Case Study Research: Design and Methods. 4th ed. Thousand Oaks, CA: Sage Publications, 2009. 312 p.

State-Funded Facility-Based Childbirth in the Russian System of Healthcare: Diversity of Approaches

Anastasia Novkunskaya

European University at St Petersburg
6/1A Gagarinskaya Str., St Petersburg, Russia
anovkunskaya@eu.spb.ru

Maternity services in modern Russia are formally regulated and coordinated by decrees of the Ministry of Health, by orders of the regional authorities and by internal orders of medical institutions.

However, formally homogeneous facility-based childbirth in Russia shows considerable differences in the way healthcare professionals interact with each other and with their patients.

This paper is based on empirical data of semi-structured interviews, participant observations, document analysis and expert interviews, which were collected in maternity facilities located in small Russian towns. It adopts as a conceptual framework the model of “negotiated order” and investigates how various types of interactions are practiced in different maternity wards of central district hospitals. Variations are analyzed across four key dimensions — notions of the ideal model of childbirth (“Soviet” vs. “Western”), openness to new approaches and methods, relations with patients and their families, and opportunities for midwives’ professional autonomy.

Results of the investigation allow allocation of at least two possible models of negotiated order produced in two studied cases. The first, more rigid and conservative implies orientation towards the “Soviet” model of healthcare, a more closed disposition concerning new recommendations and approaches, and reproduction of a strong professional hierarchy and reluctance to the inclusion of the patient perspective. An opposite negotiated order appeared to be more open and flexible in terms of the adaptation of new approaches and methods, inclusive in terms of interactions with patients and their relatives, and favorable for the midwives’ professional autonomy.

Keywords: system of obstetrics, facility-based childbirth, alternative approaches, healthcare professionals, healthcare reforms, recommendations of research centers and institutes.

References

- Allen D., ‘The Nursing–Medical Boundary: A Negotiated Order?’, *Sociology of Health and Illness*, 1997, vol. 19, no. 4, pp. 498–520.
- Benoit C., Wrede S., Bourgaault I., Sandall J., DeVries R., van Teijlingen E. R., ‘Understanding the Social Organization of Maternity Care Systems: Midwifery as a Touchstone’, *Sociology of Health and Illness*, 2005, vol. 27, no. 6, pp. 722–737.
- Borozdina E. A., ‘The Social Organization of Natural Childbirth: The Case of Center for Midwifery Care’, *The Journal of Social Policy Studies*, 2014, vol. 12, no. 3, pp. 413–428. <<https://jsps.hse.ru/article/view/3378/2949>>.
- Borozdina E. A., ‘Zabota v rodovspomozhenii: vygody i izderzhki professionalov’ [Professional Care in Maternity Hospitals: Benefits and Challenges], *The Journal of Social Policy Studies*, 2016, vol. 14, no. 4, pp. 479–492. <<https://jsps.hse.ru/article/view/3246/2815>>. (In Russian).
- Cook L. J., *Postcommunist Welfare States: Reform Politics in Russia and Eastern Europe*. Ithaca: Cornell University Press, 2007, 288 pp.

- Cook L. J., ‘Constraints on Universal Health Care in the Russian Federation: Inequality, Informality and the Failures of Mandatory Health Insurance Reforms’, Yi I. (ed.), *Towards Universal Health Care in Emerging Economies*. London: Palgrave Macmillan, 2017, pp. 269–296.
- Freidson E., *Profession of Medicine: A Study of the Sociology of Medicine as Applied Knowledge*. Chicago, IL: The University of Chicago Press, 1988, 419 pp.
- Kuhlmann E., Allsop J., Saks M., ‘Professional Governance and Public Control: A Comparison of Healthcare in the United Kingdom and Germany’, *Current Sociology*, 2009, vol. 57, no. 4, pp. 511–528.
- Kulmala M., Kainu M., Nikula J., Kivinen M., ‘Paradoxes of Agency: Democracy and Welfare in Russia’, *Demokratizatsiya: The Journal of Post-Soviet Democratization*, 2014, vol. 22, no. 4, pp. 523–552.
- Rivkin-Fish M., *Women’s Health in Post-Soviet Russia: The Politics of Intervention*. Bloomington, IN: Indiana University Press, 2005, 253 pp.
- Saks M., ‘Defining a Profession: The Role of Knowledge and Expertise’, *Professions and Professionalism*, 2012, vol. 2, no. 1, pp. 1–10.
- Shuvalova M. P., Yarotskaya E. L., Pismenskaya T. V., Dolgushina N. V., Baibarina E. N., Sukhikh G. T., ‘Maternity Care in Russia: Issues, Achievements, and Potential’, *Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 2015, vol. 37, no. 10, pp. 865–871.
- Stake R. E., *Multiple Case Study Analysis*. New York; London: Guilford Press, 2006, 342 pp.
- Strauss A., Schatzman L., Ehrlich D., Bucher R., Sabshin M., ‘The Hospital and Its Negotiated Order’, Freidson E. (ed.), *The Hospital in Modern Society*. New York: Free Press, 1963, pp. 147–169.
- Svensson R., ‘The Interplay Between Doctors and Nurses — a Negotiated Order Perspective’, *Sociology of Health and Illness*, 1996, vol. 18, no. 3, pp. 379–398.
- Temkina A., ‘Oplachivaemaya zabota i bezopasnost: chto prodaetsya i pokupaetsya v roditelnykh domakh?’ [Paid Care and Safety: What Is on Purchase in Maternity Hospitals?], *Sotsiologiya vlasti*, 2016, no. 1, pp. 76–106. (In Russian).
- Temkina A., “‘Ekonomika doveriya” v platnom segmente rodovspomozheniya: gorodskaya obrazovannaya zhenshchina kak potrebitel i patsientka’ [“Economy of Trust” in Commercial Obstetric Care: Educated Urban Women as Consumers and Patients], *Ekonomicheskaya sotsiologiya*, 2017, vol. 18, no. 3, pp. 14–53. (In Russian).
- Yin R. K., *Case Study Research: Design and Methods*. 4th ed. Thousand Oaks, CA: Sage Publications, 2009, 312 pp.