

© Л.А. Торлопова

РОССИЙСКАЯ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ЭКСПЕРТИЗА КАК ОБРЯД ПЕРЕХОДА

Ключевые слова: инвалидность, продуцирование инвалидности, медико-социальная экспертиза, медицинская антропология, медицинские практики, исследования инвалидности, исследования науки и технологий, STS

Статья посвящена антропологическим исследованиям практик медико-социальной экспертизы в процессе продуцирования инвалидности. Автором использован опыт включенного наблюдения за работой нескольких бюро МСЭ, который позволил при изучении особенностей включения агентов в процедуру МСЭ описать этапы получения человеком нового статуса. В статье показаны способы и эффекты соприкосновения повседневных практик различных агентов среды МСЭ, таких как “медики-эксперты”, “медики-лечебники”, иные специалисты и граждане – “получатели государственной услуги”, ведомства, онлайн-система, медицинские и юридические документы и проч.

DOI: 10.7868/S0869541518010050

В современной медицинской антропологии инвалидность конвенционально рассматривается не как неотъемлемый атрибут человека, но как достигаемый статус, обусловленный пространственными и временными рамками. Человек, получивший статус инвалида, может утратить его либо по истечении определенного срока, либо в результате пересечения границы государства. В связи с этим на первый план выходит исследование самого процесса конструирования инвалидности и агентов, вовлеченных в производство данного статуса. В статье конструирование инвалидности рассматривается на примере деятельности бюро медико-социальной экспертизы (МСЭ) как основного агента производства инвалидности.

Исследования конструирования инвалидности в России и на постсоветском пространстве остаются пока немногочисленными. Большинство работ о проблемах инвалидности¹ “не являются собственно антропологическими или социологическими исследованиями – скорее это практико-ориентированные обзоры и отчеты о правовом и социально-экономическом положении людей с инвалидностью” (Клепикова 2015: 222). Исключение составляет относительно небольшой корпус работ, посвященных моделям социальной политики (Тарасенко 2004), проблемам стигмы (Романов, Ярская-Смирнова 2006), культурным репрезентациям инвалидности (Ярская-Смирнова 1999; Клепикова 2015; Романов, Ярская-Смирнова 2011; Муравьева 2012; Шеманов 2012; Суковатая 2012). Однако практики МСЭ, являющиеся ядром процесса конструирования инвалидности в России, по-прежнему остаются неисследованными. Данная работа,

Любовь Андреевна Торлопова | <http://orcid.org/0000-0003-2809-9965> | lyubovtorloпова@gmail.com | младший научный сотрудник | НОЦ “Социально-политические исследования технологий”, НИ ТГУ (пр. Ленина 36, Томск, 634050, Россия)

Исследование проведено при финансовой поддержке следующих организаций и грантов: РГНФ, <https://doi.org/10.13039/100009094> [проект № 16-01-00145]

в которой рассматривается деятельность бюро МСЭ, с использованием при этом антропологической метафоры “обряд перехода”, стремится исправить этот пробел. Нижеследующие рассуждения и выводы являются результатом социально-этнографического исследования, проведенного автором в августе—октябре 2015 г. Полевые материалы включают в себя данные: 1) включенного наблюдения работы бюро МСЭ общего профиля; 2) глубинных полуструктурированных интервью со специалистами МСЭ; и 3) экспертных интервью со специалистами городских поликлиник, принимающими решения по экспертизе временной нетрудоспособности².

МСЭ как агент конструирования инвалидности. Медико-социальная экспертиза являлась неотъемлемой частью конструирования инвалидности на пространстве СССР³ и осталась таковой в ряде постсоветских стран. МСЭ в России — “один из видов медицинской экспертизы; устанавливает причину и группу инвалидности, степень утраты трудоспособности, определяет виды, объем и сроки проведения реабилитации и меры социальной защиты, дает рекомендации по трудовому устройству граждан. Производится учреждениями системы социальной защиты населения” (Сухарев и др. 2003: 490). Самоопределение медиков-экспертов (ПМА 2015: экспертное интервью 1) связано с общим понятием “экспертизы⁴ (Петраков 1974) как исследования, проводимого лицом, сведущим в науке, технике, искусстве или ремесле, привлеченным по поручению заинтересованных лиц, в целях ответа на вопросы, требующие специальных познаний”. Помимо необходимости экспертного знания, МСЭ как наследие советской эпохи мало изучалось еще и по той причине, что это была крайне закрытая сфера. Несмотря на стремление руководителей сделать процесс МСЭ открытым и доступным⁵, “это не так-то просто: всегда недостаточно, хочется сделать больше” (ПМА 2015: интервью 1).

В основе инвалидности всегда лежит врожденное или приобретенное заболевание, функциональное расстройство или дефект, которые должны быть зафиксированы органами государственного здравоохранения. Стоит отметить, что подразумевается существование только *человеческого* инвалидного тела с учетом особенностей медико-социального определения инвалидности как гражданского статуса. Сама “инвалидизация” — это длительная процедура, занимающая около пары месяцев. Она начинается с дополнительного обследования человека после травм или неуспешного лечения заболевания; согласия лечебного учреждения, где обслуживается человек, на необходимость проведения МСЭ, и затем следует само освидетельствование как обряд перехода (Геннеп 1999: 74), после чего образ жизни человека меняется. Начинается реабилитация человека, и в ход идут иные формы социальной защиты со стороны государства. Что касается оснований для решения о статусе инвалидности человека, то, на первый взгляд, все просто: есть три группы инвалидности и разные сроки, на которые инвалидность устанавливается бюро МСЭ до следующего переосвидетельствования. Кроме этого, существует четвертая, или лучше сказать, “нулевая группа” — от 10% до 30% ограничения жизнедеятельности, когда инвалидность “не дается”⁶. В связи с возрастными особенностями существует отдельная категория граждан — “ребенок-инвалид”, для которой существуют иные сроки инвалидности⁷.

Ритуализация процессов, фиксация реальности, стандартизированность поведения применяются для конструирования “объективно” *задействованной (enacted)* (Мол 2015) инвалидности. Механизм работы МСЭ можно представить следующим образом: человек сообщает о своем состоянии здоровья и влиянии этого на его жизнь, медики перерабатывают полученную информацию и выдают в ответ результат. Результат представляет собой подробные объяснения экспертами причин и основания принятого решения (со ссылкой на приказы, их пояснения и пр.) по итогам заседания МСЭ.

Существуют два сценария получения статуса инвалида: 1) в случае, если у человека ранее инвалидности не было, и он приходит на экспертизу впервые (из-за травмы, заболевания); МСЭ является обрядом перехода, а изменение статуса заключается

в получении соответствующего документа, удостоверяющего этот статус; 2) при повторном посещении МСЭ для переосвидетельствования или, например, в случае, когда человеку, являвшемуся инвалидом с детства, в силу ряда причин пришлось снова пройти МСЭ (ухудшилось здоровье). В любом из этих вариантов каждый человек проходит подготовку к МСЭ.

Подготовка к обряду: до встречи с бюро МСЭ. Лечебное учреждение проводит диагностику и реабилитацию пациента. В случае признания “неудачи в лечении” (ПМА 2015: экспертное интервью 2) человеку выдается справка врачебной комиссии (реже справку выдает служба социальной защиты) о “стойком нарушении функций организма”. Для этого существует отдельная форма документа по государственному стандарту, которая включает “данные о состоянии здоровья, состоянии компенсаторных возможностей организма, результаты (ре)-абилитации” (Постановление 2006).

Иногда инициативу по направлению пациента на МСЭ проявляет не медицинский работник, а сам стремящийся получить инвалидность. В такой ситуации возможен удовлетворительный ответ медиков лечебного учреждения на запрос пациента, но возможен и отказ в выдаче направления. Человек, желающий “оформить инвалидность”, еще до посещения бюро МСЭ сталкивается с клинико-экспертной комиссией⁸, которая проводит рабочие заседания в поликлиниках.⁹ Здесь принимается решение о достаточности основания для направления человека на медико-социальную экспертизу. Альтернатива направлению – справка об отказе в направлении на МСЭ, с которой человек, несогласный с решением врачебной комиссии, может самостоятельно пройти процедуру МСЭ.

Следующий шаг, который должен сделать гражданин, претендующий на статус инвалида (после обследования и сбора документов), – это обращение в бюро МСЭ по месту жительства. Для этого необходимо представить в незнакомую до сих пор институцию документы (заявление от своего имени, направление от поликлиники или службы социальной защиты), а также медицинские документы, фиксирующие следы нарушения здоровья. Затем он получает приглашение на “освидетельствование” с указанием даты, времени и места проведения экспертизы и с рекомендацией о наличии дополнительных документов. Эта информация предоставляется дистанционно от специалистов МСЭ, которые, в свою очередь, принимают документы, назначают дату и направляют приглашение.

В распоряжении институции МСЭ имеется ряд специально подготовленных ритуалов для организации обряда перехода человека в новый статус. Разработанный исследователями институциями МСЭ этикет для сотрудников МСЭ прописан в ряде специальных методических пособий. Например, в каждом бюро есть экземпляр “Этики и деонтологии” (Морозова и др. 2014). Критерии ущерба от нарушений здоровья для жизни человека также тщательно проработаны за последние десятилетия. Они прописаны в массивных нормативно-правовых актах, в частности в Приказе Минтруда России (Приказ 2015), имеющем, помимо практического, и символическое измерение. На этапах начала и окончания МСЭ Приказ играет ключевую роль среди объектов, обеспечивающих ритуализацию официального процесса. Среди идентификаторов обряда в виде облачения, отметим, например, такую любопытную деталь: белые халаты в пространстве МСЭ обязательны не только для медицинских работников, но и для других специалистов бюро МСЭ – психологов, специалистов по социальной работе или руководителей бюро.

Обратимся к операционному аспекту обряда, структурированного строгим регламентом действий. У специалистов МСЭ есть стандартная схема операции по предоставлению государственной услуги. Схема включает шесть этапов: 1) приветствие; 2) объяснение (в общих чертах) того, что будет происходить (в этот момент невольно складывается впечатление, что человек, попадая в неизвестное место, будто вырывается из повседневной реальности, как в романе Ф. Кафки “Замок”; правда, здесь ему

сразу объясняют происходящее); 3) вопросы “для статистики” (общие вопросы о возрасте, занятости, условиях проживания, которые также важны для определения степени ограничения жизнедеятельности); 4) вопросы о том, что беспокоит человека, — его жалобы; 5) в бюро общего профиля — просьба пройти к кушетке и показаться медикам (параллельно часто продолжают вопросы); свои особенности осмотра есть в бюро МСЭ по зрению; в бюро МСЭ по психическим расстройствам осмотр зачастую не предполагается; 6) просьба выйти в коридор для ожидания решения.

Присутствующие в кабинете члены бюро делятся на исполняющих стандартные для процедуры роли: есть гражданин, пришедший на освидетельствование, и комиссия, состоящая, как минимум, из трех медиков: один из которых — опрашивает человека, второй — вносит информацию в бумажные документы и заполняет электронную базу МСЭ. Руководитель бюро следит за выполнением регламента, начинает и заканчивает встречу. Медики, чаще всего без заметных знаков глазу нового посетителя, после окончания очередного приема обмениваются между собой ролями — “передают эстафету” другому, например, во время опроса посетителей после нескольких процедур освидетельствования, новый Печатающий начинает регламентированную коммуникацию, а предыдущий Опрашивающий начинает заниматься заполнением документов. Иногда на освидетельствование просят подойти штатного психолога или специалиста по социальной работе либо отправляют человека к ним в кабинет для подробного опроса или тестов, после чего специалист сжато отвечает на нужные экспертам вопросы. Иногда в данном процессе участвует “законный или уполномоченный представитель” обращающегося. Это происходит в случае, когда сам получатель услуги не может представлять свои интересы.

Приветствие и знакомство с “делом”. Процедура начинается с вопроса комиссии об имени и жалобах со стороны посетителя. Затем последнему устно поясняют содержание будущего процесса, согласно *порядку* (Постановление 2006), что *фиксируется* в акте освидетельствования. Далее в ряде случаев производят осмотр посетителя. В бюро общего профиля измеряют рост и вес обратившегося, а в других случаях акцентируют внимание на медицинских документах: обходной лист (бумага о посещении ряда специалистов), результаты анализов, тестов, УЗИ и пр. Фиксируются различные заболевания, дефекты, травмы. “Социально-бытовые условия”, такие как этаж проживания человека, его совместное или раздельное с близкими проживание и др., вместе с нарушением здоровья составляют основание для определения степени инвалидности. В этом, в первую очередь нормативное, отличие деятельности медико-социальной экспертизы от врачебно-трудовой экспертизы советского времени (ВТЭК).

После завершения этой части обряда человек выходит в коридор, чтобы дождаться решения специалистов бюро. На данном этапе активное участие получателя услуги заканчивается, а “старейшины” удаляются на заседание. Аллюзия на совет старейшин возникает потому, что в первобытных обществах именно старейшины совершают инициацию. На комиссии специалистов МСЭ лежит ответственность за ее экспертные решения — члены комиссии разделяют эту ответственность между собой и закрепляют свою позицию с помощью таких инструментов, как онлайн-база и документы.

Процесс принятия решения. За дверью кабинета в это время происходит обсуждение, в ходе которого рассматривается кандидатура для получения нового статуса, определяется группа и степень инвалидности, которые влекут за собой этот статус и выплаты со стороны государства. Двери, за которыми проходит обсуждение, закрыты, но в этой сцене возможны дополнительные участники, как по приглашению бюро МСЭ, так и со стороны человека, проходящего процедуру МСЭ “с правом совещательного голоса”, призываемые для консультации при сомнениях в частных вопросах.

Медицинские работники рассматривают документы, проводят анализ данных, как представленных посетителем, так и — в некоторых профилях бюро — собранных

только что при осмотре. Если информация неполная, эксперты могут предложить пройти дополнительное обследование. Это могут быть данные лечебного учреждения не только о состоянии здоровья пациента, но также о профессиональной деятельности человека, о быте и уровне его социализации. Если человек отказался от такой опции, то у него берут письменное подтверждение отказа, приобщают его к акту медико-социальной экспертизы, делают запись об особенности принятия решения (на основании имеющихся данных). Если дополнительное обследование состоялось, то посетитель приходит в бюро МСЭ повторно для возобновления процедуры.

Решение о статусе человека принимается “простым большинством голосов” специалистов, проводивших освидетельствование, после обсуждения результатов его медико-социальной экспертизы. Как в СССР, так и в настоящее время в большинстве постсоветских стран инвалидность до сих пор связывают не с заболеванием, а с трудоспособностью. Возникает, впрочем, вопрос: как придать статус нетрудоспособного уже нетрудоспособному человеку? В случае с Инной Сергеевной (пожилая женщина, у которой имелся ряд заболеваний, очевидно влияющих на ее самочувствие и жизнь в целом) эксперт вздыхает с сочувствием, говоря между делом: “Столько болячек, а взять нечего!” (ПМА 2015: тетр. 2). Речь здесь идет не об отсутствии инвалидности, а о “слабой” группе, которую получит женщина.

В так называемых “простых” случаях медики при выходе человека из комнаты чаще всего уже имеют очевидное для всех решение, им остается просмотреть всю имеющуюся у человека документацию, чтобы подтвердить свою гипотезу.

Обязательным аспектом фиксирования продуцированной инвалидности является также указание причины ее существования: это может быть “факт профессионального заболевания, трудового увечья, военной травмы” (Постановление 2006). Если нет ни одного вида оснований, попадающих под характеристику причин существования инвалидности человека, то его инвалидность фиксируется как следствие “общего заболевания”. Для бюро МСЭ важно обязательное присутствие причины заболевания, поскольку это дает выход на уровень *инвалидности населения*. Включение частной проблемы в множество проблем людей с инвалидностью как группы может казаться не ориентированным на будущее конкретного человека, но государство действует согласно логике заботы (Mol 2008), то есть включает в свои задачи заботу не только о настоящем времени, но и о будущем как этого конкретного гражданина, так и группы “инвалидного” населения в целом.

При создании нормативно-правовых актов МСЭ предполагается, что инвалидность обладает гибкостью, которая дает возможность коррекции состояния человека, а значит, и потенцию на изменение его статуса. Для этого попутно с оформлением акта освидетельствования и протокола заседаний “при исполнении государственной функции” составляется также программа реабилитации. Как и любые действия, документы, решения, данные, результаты консультаций приглашенных специалистов – то есть все операции или агенты – все *фиксируется*: документы “заносятся в акт медико-социальной экспертизы гражданина или приобщаются к нему”. Другой вид наблюдения и фиксации реальности – видео- и аудиозапись в комнате бюро. Единственное место, которое не должно быть видно на записи – место кушетки, где человек при необходимости осматривается. Все остальное – под наблюдением, о чем сообщает табличка, обычно стоящая на столе у одного из врачей.

Условиями фиксации существования инвалидности в России является сочетание трех компонентов: стойкие нарушения здоровья (телесная или ментальная часть), ограничение жизнедеятельности (инфраструктурная часть), необходимость социальной защиты, в том числе реабилитации (логика заботы). Ограничения жизнедеятельности включают в себя “полную или частичную утрату гражданином способности или возможности осуществлять самообслуживание, самостоятельно передвигаться,

ориентироваться, общаться, контролировать свое поведение, обучаться или заниматься трудовой деятельностью” (Постановление 2006).

Подводная часть айсберга МСЭ. Об этой триаде, а также о многих других деталях производства инвалидности в бюро МСЭ, можно узнать из того же источника, на который эксперты ссылаются при объявлении результатов экспертизы (Приказ 2015). Для посетителей бюро этот Приказ, как и целый ряд других объектов, не является влиятельным агентом. Особое отношение специалистов к важным объектам и общая атмосфера происходящего лишь символически намекают на массивные элементы, задействованные в производстве инвалидности. МСЭ взаимодействуют с несколькими видами документации, которые репрезентируют ряд ведомств, институций, иных агентов и сопряженных с их коммуникацией практик. Виды взаимодействия включают: заполнение электронной базы онлайн (IT-агент, глобализирующий региональное знание об инвалидности на местах), заполнение актов о проведении МСЭ (для отчетности внутри всей системы бюро, на любом уровне), заполнение документов для “гражданина” (справка и программа реабилитации), для социальной службы (в целях предоставления пенсии и иной материальной помощи, такой как “средства реабилитации”); выезды на дом в городском пространстве или в районы области (география институций, продуцирующих инвалидность, проникает и в отдаленные места).

Процесс принятия решения по конкретному делу может плавно перетекать из этапа общения медиков с человеком в завершение освидетельствования, затем – в трансфер документов и – с их помощью – в распространение знания о новом статусе человека на другие институции, вовлеченные в его поддержку (социальная защита, места реабилитации и другие агенты). Здесь можно наблюдать масштабность сети взаимодействия МСЭ. Помимо вышеупомянутых агентов, на производство инвалидности также влияют технические специалисты, создающие электронные базы и информационные ресурсы; отделы реабилитации, некоммерческие организации (НКО), отдельные социальные активисты; главные врачи и их заместители из поликлиник; участковые врачи и узкие специалисты, направляющие человека на МСЭ, врачебная комиссия в поликлиниках.

МСЭ – многослойная подвижная¹⁰ инсталляция со значимыми “подводными” элементами, которые скрыты для стороннего взгляда. Ее посетители видят лишь верхнюю часть айсберга, фундаментом которого являются институты на базе Федерального бюро МСЭ, такие как: Центр проектирования и производства протезно-ортопедических изделий, Методический центр комплексной реабилитации и абилитации, Научно-методический центр, Учебно-методологический центр, Центр информационно-справочной поддержки по вопросам инвалидности (ОНД МСЭ). Во взаимодействии друг с другом эти учреждения помогают организовать и обеспечивать функционирование МСЭ (как процесса и как формы знания). В соответствующих бюро научных институтов разрабатываются этика и деонтология, новые определения критериев инвалидности; анализируются данные по инвалидности населения.

В целом в системе МСЭ наблюдается два потока знаний. Первый поток – от централизованной институции – передача знания среди специалистов, например, с помощью методического письма (разъяснения) к приказу. Второй – с региональных позиций в федеральный “центр” – собирается локальное знание об особенностях производства инвалидности. Процессы, безусловно, имеют свои сложности, и эффективность остается за пределами данного описания исследования.

Мы можем сомневаться или отрицать, что *они* – другие, и речь в данном случае идет не о людях с инвалидностью, а об экспертах и прочих агентах МСЭ, повседневность которых является не-повседневностью для общества. Однако сегодня категория инаковости не только актуальна в репрезентации и восприятии людей с инвалидностью, но и применима для тех, кто принимает участие в производстве этого статуса. Встречаются противоречия и рабочие трудности между сотрудниками МСЭ, как,

например, недопонимание во взаимодействии с институциями. Например, в случае принятия новых нормативно-правовых актов требуется длительное время для урегулирования их “корректной”, с точки зрения *объективности*, интерпретации. Такая позиция достигается с помощью консультаций, обсуждений, дополнительного обучения. Другие сложности касаются взаимопонимания с получателями услуг, поскольку как для экспертов, так и “посетителей” бюро весь процесс является, безусловно, эмоционально-напряженным.

Завершение МСЭ: переход или отказ. Человека, прошедшего комплекс этапов освидетельствования, после обсуждения и принятия решения эксперты МСЭ снова приглашают в кабинет, где начиналось освидетельствование. Как было отмечено ранее, в МСЭ есть ритуалы приветствия и завершения встречи. Ритуал окончания мероприятия начинается с речи руководителя бюро. Руководитель представляет человеку короткий отчет с описанием проделанной экспертами работы, перечисляя нарушения здоровья, которые могут послужить основанием для инвалидности. Ссылаясь на Приказ (“согласно вот этому документу”) и на диагноз (на “выраженные нарушения”, зафиксированные в “документах, которые Вы предоставили на сегодняшний день...”) (ПМА 2015: тетр. 2), руководитель оглашает решение о степени инвалидности. Все присутствующие (эксперты бюро, гражданин и возможные иные специалисты) *заслушивают* руководителя бюро. После этого при наличии у человека вопросов он может их задать всем специалистам.

В последние годы отказы в статусе случаются значительно реже. Это связано с глобальным механизмом, который включает строгое отношение к экспертизе врачебной комиссии в поликлиниках (ПМА 2015: интервью 1). Те люди, чьи заболевания и условия жизни не входят в содержание Приказа, не попадают на МСЭ. На практике в первом исследовании пришлось наблюдать только один случай отказа в самом МСЭ, причем уже в экспертном бюро (повторно): женщина¹¹ говорит о том, что не может ходить и работать из-за травмы ноги, но при этом ей отказывают в фиксации наличия инвалидности. “Как же так?!” – следует ее вопрос. Здесь вступает в действие государственный механизм и его репрезентация в нормативно-правовых актах. Люди, выступающие в роли экспертов, не могут выходить за рамки: они “не находят” инвалидности в этой ситуации, поскольку критерии Приказа не совпадают с нарушениями здоровья женщины. Эксперты просто не могут квалифицировать эту ситуацию как инвалидную. Камнем преткновения становится также невозможность доказать субъективные ощущения, страдания человека. Данный конкретный случай не перешел на уровень коммуникационного конфликта. Значимый вклад для предотвращения конфликтных ситуаций вносят разработанные подробные инструкции должностных обязанностей и методических рекомендаций в поведении медиков и прочих специалистов бюро. Статус этих медиков накладывает на них повышенную ответственность за травмированность состояния человека в особо уязвимой ситуации. Прописанные правила (этикет) для медиков-экспертов в обращении с получателем услуги созданы для сглаживания психологических аспектов происходящего события. Этические принципы сформулированы на основании исследований работы МСЭ, проведенных группой экспертов в бюро МСЭ многих регионов. Результатом являются методические пособия, такие как “Этика и деонтология” (Морозова и др. 2014).

В случае принятия комиссией МСЭ положительного решения новоиспеченный “инвалид” получает траекторию для реабилитации и потенциального избавления от инвалидности в будущем – в виде письменного экземпляра индивидуальной программы реабилитации, которая носит рекомендательный характер. Человек, получивший новый статус, заслушивает цели, задачи, прогнозы реабилитационных мероприятий, что, как и любые другие действия, фиксируется в акте. Формально для обсуждения программы реабилитации должно назначаться отдельное собеседование. В реальности – это та же дата, и собеседование проводится тут же, после оглашения результата. Если вопросов к экспертам у человека с зафиксированной

инвалидностью не возникает, то его просят пройти в приемную — там секретарь готовит документы и сразу передает их владельцу. Второй пакет документов приобщается к акту освидетельствования, а третий — готовится для отправки в социальную службу¹². Итого в бумажной форме человек получает: справку, подтверждающую факт установления инвалидности и ее группы, индивидуальную программу реабилитации инвалида. При отказе комиссии МСЭ в признании статуса “инвалида” человек по желанию может запросить у бюро справку о результатах проведенной экспертизы. По письменной просьбе (заявлению) человек может получить “копию разделов акта медико-социальной экспертизы, отражающих состояние здоровья гражданина” (Постановление 2006).

Здесь стоит сделать ремарку: окончание процедуры освидетельствования и оглашение решения еще не означает окончания процесса продуцирования инвалидности. Далее следует взаимодействие человека с Фондом социального страхования, предоставляющим материальную поддержку в различных формах и с другими учреждениями, а через определенное время наступает момент для переосвидетельствования.

* * *

Данная статья описывает практики государственной логики заботы (Мол 2008) вслед за А. Мол, которая “стремится не определить заботу, но повысить чувствительность читателя к забото-специфичным практикам и инкорпорированной в них логике” (Кузнецов 2014: 475). МСЭ, как процесс перехода в новый образ жизни, несет в себе целостность упорядоченного символического поведения с неизбежными элементами патронажной модели в российской действительности. Несмотря на это, МСЭ, как область производства знания и конструирования инвалидности, полна неопределенностей и контроверз, решение которых лежит в области мультиагентной конвенции и взаимопроникновения различных языков описания реальности.

С точки зрения логики заботы инвалидность “формируется” постепенно — в процессах неудачных реабилитаций, а потом — в обследованиях, в подготовке документов, во взаимодействии между агентами поликлиник и социальных служб. Продолжается ее формирование с начала МСЭ до завершения обряда перехода, после которого происходит возвращение в повседневность с ее аптеками, отделами реабилитации, поликлиниками. Однако теперь человек приходит в эти места уже в новом статусе. Ритуализация данной процедуры, ее фиксации и стандартизованность включают “объективно” задействованную инвалидность.

На всех этапах в продуцировании инвалидности участвует множество агентов. На каждом — свои, и у них свои роли. Уходя в начале процесса от медиков-лечебников, после обряда перехода или отказа в нем человек в любом случае снова оказывается в повседневности. Повседневный опыт заботы о теле связан с терапевтами. А медики-эксперты выступают медиумами, проводящими человека из одной реальности в другую: они либо реализуют обряд перехода, либо подтверждают уже существующий статус, либо отказывают в новом статусе. Статус “инвалида” в российском обществе (и не только), с точки зрения социальных отношений, ниже, чем статус здорового человека. Принятие этого статуса является добровольным, но становится возможным благодаря специфике образа жизни, связанного с нездоровьем человека. Процедура МСЭ — это среда *не-повседневного опыта*, поэтому она вызывает особое волнение посетителей. У них складывается впечатление, что не они сами, не их тело, не их привычные лечащие врачи принимают решение о реальности их жизни, а они находятся во власти неизвестной им ранее стороны — медико-социальной экспертизы, — несмотря на то что решение зависит от всех предыдущих шагов, от последовательного конструирования нового опыта.

Благодарности

Автор статьи выражает благодарность В.А. Перминову (руководитель и главный эксперт бюро МСЭ Томской области), Т.Л. Варваренко (заместитель руководителя) и всем сотрудникам бюро МСЭ Томской области, принимавшим участие в полевом исследовании автора; а также Евгении Поповой, Классин Хорстман, Ольге Звонаревой, Ольге Мельниковой (и Администрации НИ ТГУ), создавшим возможность для прохождения стажировки в Университете Маастрихта по программе “Глобальное здоровье: Инновации”, которая послужила предтечей для проведения эмпирического исследования в ФКУ ГБ МСЭ ТО.

Примечания

¹ О зарубежных исследованиях инвалидности см.: *Торлопова 2017*.

² Данные: 1) исследование (методом включенного наблюдения) работы бюро МСЭ обшего профиля, где рассматриваются случаи инвалидности по причинам: “общее заболевание”, травмы, нарушения по слуху, онкологические заболевания; 2) глубинные полуструктурированные интервью, проведенные в октябре 2015 г. с руководящими лицами бюро, медиками-экспертами, со специалистом по социальной работе, психологом, врачом-статистом, в стенах ГБ МСЭ по Томской обл. А также экспертные интервью с руководящими лицами поликлиник г. Томска по экспертизе временной нетрудоспособности (август 2015 г.).

³ Принятое в те времена название “врачебно-трудовая экспертиза”.

⁴ Определение Большой медицинской энциклопедии (*Петраков 1970*), используется в материалах экспертов (ПМА 2015: Интервью 1).

⁵ Например, экспликация всех нормативно-правовых актов на сайтах МСЭ или обязательное толкование результатов заседания для устранения пробелов во взаимопонимании между экспертами и их посетителем.

⁶ «В зависимости от степени ограничения жизнедеятельности, устанавливается I, II или III группа инвалидности, а гражданину в возрасте до 18 лет – категория “ребенок-инвалид”» (Постановление 2006).

⁷ Категория “ребенок-инвалид” устанавливается на 1 год, 2 года, 5 лет либо до достижения гражданином возраста 18 лет.

⁸ Также ее называют врачебной.

⁹ Такова ситуация в городских лечебных учреждениях. В районных центрах пациент может направляться районным врачом.

¹⁰ Проследив историю МСЭ, особенно с 1990-х до 2010-х годов, можно в этом убедиться (История ФБ МСЭ).

¹¹ Наблюдение за работой экспертного бюро (ПМА 2015: тетр. 2). Получатель услуги – Нина Николаевна (имя изменено), 54 года.

¹² Территориальному органу Фонда социального страхования РФ, осуществляющему пенсионное обеспечение гражданина.

Источники и материалы

История ФБ МСЭ – История ФГУ “ФБ МСЭ” // Сайт ФГУ “ФБ МСЭ”. 29.11.2016. <http://fbmse.ru/istoriya-fgu-fb-mse>

Киняйкина и др. 2015 – Киняйкина М.А., Гончарова Л.И., Севостьянов А.В. Учимся жить вместе: Справочник для людей с ограниченными возможностями. Томск: Изд-во Томского ун-та, 2015.

ОНД МСЭ – Основные направления деятельности ФГБУ “ФБ МСЭ” // Сайт ФГБУ “ФБ МСЭ” Министерства труда и социальной защиты РФ. 31.01.2017. <http://fbmse.ru>

Петраков 1970 – Петраков Б.Д. Экспертиза // Большая медицинская энциклопедия. 1970 / Под ред. Б.В. Петровского. Изд.3. Онлайн-версия. 19.12.2016. <http://www.bme.org/index.php/ЭКСПЕРТИЗА>

- ПМА 2015 – Полевые материалы автора. Экспедиция в ГБ МСЭ по Томской обл., г. Томск, октябрь 2015 г. (тетрадь 2, Интервью 1–12). Интервью с руководящими лицами поликлиник, август 2015 г. (тетрадь 1, экспертные интервью 1–2).
- Постановление 2006 – Постановление Правительства РФ № 95 от 20.02.2006 (ред. от 10.08.2016) г. “О порядке и условиях признания лица инвалидом” // КонсультантПлюс. 31.01.2017. http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_58610
- Приказ 2015 – Приказ Минтруда России № 1024н от 17.12.2015 “О классификациях и критериях, используемых при осуществлении медико-социальной экспертизы граждан федеральными государственными учреждениями медико-социальной экспертизы” // Министерство труда и социальной защиты РФ. 26.01.2017. <http://www.rosmintrud.ru/docs/mintrud/orders/467>
- Суковатая 2012 – Суковатая В.А. Другое тело: инвалид, урод и конструкции дизабилити в современной культурной критике // Неприкосновенный запас. 2012. № 3 (83). 09.09.2015. <http://www.nlobooks.ru/node/2282>
- Сухарев, Крутских 2003 – Сухарев А.Я., Крутских В.Е. (ред.) Большой юридический словарь. М.: Инфра-М. 2003.
- 181-ФЗ 1995 – Федеральный закон № 181-ФЗ от 24.11.1995 “О социальной защите инвалидов в Российской Федерации” // КонсультантПлюс. 31.01.2017. http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_8559
- 442-ФЗ 2013 – Федеральный Закон № 442-ФЗ от 28.12.2013 “Об основах социального обслуживания граждан Российской Федерации” // Министерство труда и социальной защиты РФ. 19.12.16. <http://www.rosmintrud.ru/docs/laws/112>

Научная литература

- Геннеп А., ван. Обряды перехода. Систематическое изучение обрядов. М.: Восточная литература, 1999.
- Клепикова А.А. Рец. на: Disability in Eastern Europe and the former Soviet Union: History, Policy and Everyday Life / Eds. M. Rasell, E. Yarskaya-Smirnova. Oxon, 2014 // Антропологический форум. 2015. № 26. С. 222–244.
- Кузнецов А.Г. Дом, который построила Аннемари Мол. Архитектура исследования после акторно-сетевой теории // Журнал исследований социальной политики. 2014. 12 (3). С. 474–483.
- Мол А. Множественное тело // Социология власти. 2015. Т. 27 (1). С. 232–247.
- Морозова Е.В., Дымочка М.А., Козлов С.И., Жукова Е.В. Этика и деонтология в практической деятельности специалистов учреждений медико-социальной экспертизы, тактика бесконфликтного поведения. Методическое пособие. М., 2014.
- Муравьева М.Г. Калеки, инвалиды или люди с ограниченными возможностями? Обзор истории инвалидности // Журнал исследований социальной политики. 2012. Т. 10 (2). С. 151–166.
- Романов П.В., Ярская-Смирнова Е.Р. Политика инвалидности: Социальное гражданство инвалидов в современной России. Саратов: Научная книга, 2006.
- Романов П.В., Ярская-Смирнова Е.Р. Образ власти и власть образа. Большое тело в культуре // Теория моды: одежда, тело, культура. 2011. № 18. С. 91–116.
- Тарасенко Е.А. Социальная политика в области инвалидности: кросс-культурный анализ и поиск оптимальной концепции для России // Журнал исследований социальной политики. 2004. Т. 2 (1). С. 7–28.
- Торлопова Л.А. Генеалогия понятия “инвалидность” // Вестник Томского гос. ун-та. Философия. Социология. Политология. 2017. № 37. С. 92–102.
- Шеманов А.Ю. Другой как “неспособный”: социальный конструктивизм vs. медиализация // Культурологический журнал. 2012. № 1 (7). http://www.cr-journal.ru/rus/journals/112.html&j_id=9
- Ярская-Смирнова Е.Р. Социальное конструирование инвалидности // Социологические исследования. 1999. № 4. С. 38–45.
- Mol A. The Logic of Care: Health and the Problem of Patient Choice. Oxon: Routledge, 2008.

Research Article

Torloпова, L.A. Russian Socio-Medical Expertise as a Rite of Passage [Rossiiskaia mediko-sotsial'naia ekspertiza kak obriad perekhoda]. *Etnograficheskoe obozrenie*, 2018, no. 1, pp. 47–58. ISSN 0869-5415 © Russian Academy of Sciences © Nauka Publishers

Lyubov Torloпова | <http://orcid.org/0000-0003-2809-9965> | lyubovtorloпова@gmail.com | Tomsk State University (36 Lenina Ave., Tomsk, 634050, Russia)

Keywords:

disability, production of disability, socio-medical expertise, medical anthropology, medical practices, disability studies, science and technology studies, STS

Abstract:

The article discusses anthropological research on practices of socio-medical expertise (SME) involved in the process of disability production. Drawing on the participant-observation study of the work of several SME bureaus, I examine the ways in which agents participate in SME and describe the stages along which the “disability” status is produced. I further show the means and effects of intersection of common everyday practices among different agents as medical experts, medical doctors, or other professionals, and civil “recipients of public services”, departments, online systems, medical and legal documents.

Funding Information

This research was supported by the following institutions and grants:
Russian Foundation for Humanities, <https://doi.org/10.13039/100009094> [grant 16-01-00145]

DOI: 10.7868/S0869541518010050

References

- Gennep, A. van. 1999. *Obriady perekhoda. Sistematicheskoe izuchenie obriadov* [Rites of Passage: A Systematic Study of Rites]. Moscow: Vostochnaia literatura.
- Klepikova, A.A. 2015. Review of *Disability in Eastern Europe and the Former Soviet Union: History, Policy and Everyday Life*, edited by M. Rasell and E. Yarskaia-Smirnova. *Antropologicheskii forum* 26: 222–244.
- Kuznetsov, A.G. 2014. Dom, kotoryi postroila Annemari Mol. Arkhitektura issledovaniya posle aktorno-setevoi teorii [The House That Annemarie Mol Built: The Architecture of Research after the Actor-Network Theory]. *Zhurnal issledovaniia sotsial'noi politiki* 12 (3): 474–483.
- Mol, A. 2008. *The Logic of Care: Health and the Problem of Patient Choice*. Oxon: Routledge.
- Mol, A. 2015. Mnozhestvennoe telo [The Body Multiple]. *Sotsiologiya vlasti* 27 (1): 232–247.
- Morozova, E.V., M.A. Dymochka, S.I. Kozlov and E.V. Zhukova. 2014. *Etika i deontologiya v prakticheskoi deyatel'nosti spetsialistov uchrezhdenii mediko-sotsial'noi ekspertizy, taktika beskonfliktного povedeniia. Metodicheskoe posobie* [Ethics and Deontology in the Practical Activities of Specialists of Medical and Social Expertise Institutions, Tactics of Conflict-Free Behavior. Toolkit]. Moscow.
- Muravieva, M.G. 2012. Kaleki, invalidy ili liudi s ogranichennymi vozmozhnostiami? Obzor istorii invalidnosti [Cripples, Disabled Persons, or People with Disabilities? A Review of the History of Disability]. *Zhurnal issledovaniia sotsial'noi politiki* 10 (2): 151–166.
- Romanov, P.V., and E.R. Yarskaia-Smirnova. 2006. *Politika invalidnosti: sotsial'noe grazhdanstvo invalidov v sovremennoi Rossii* [Disability Policy: Social Citizenship of Persons with Disabilities in Modern Russia]. Saratov: Nauchnaya kniga.
- Romanov, P.V., and E.R. Yarskaia-Smirnova. 2011. Obraz vlasti i vlast' obraza. Bol'noe telo v kul'ture [The Image of Power and the Power of Image: The Sick Body in Culture]. *Teoriia mody: odezhd, telo, kul'tura* 18: 91–116.

- Shemanov, A. Yu. 2012. Drugoi kak “nesposobnyi”: sotsial’nyi konstruktivizm vs. medikalizatsiia [The Other as “Incapable”: Social Constructivism vs. Medicalization]. *Kul’turologicheskii zhurnal* 1 (7). http://www.cr-journal.ru/rus/journals/112.html&j_id=9
- Tarassenko, E.A. 2004. Sotsial’naia politika v oblasti invalidnosti: krosskul’turnyi analiz i poisk optimal’noi kontseptsii dlia Rossii [Social Policy in the Field of Disability: Cross-Cultural Analysis and the Search for the Optimal Concept for Russia]. *Zhurnal issledovaniï sotsial’noi politiki* 2 (1): 7–28.
- Torloпова, L.A. 2017. Genealogiia poniatiia “invalidnost” [The Genealogy of the Disability Concept]. *Vestnik Tomskogo gosudarstvennogo universiteta* 37: 92–102.
- Yarskaia-Smirnova, E.R. 1999. Sotsial’noe konstruirovaniie invalidnosti [The Social Construction of Disability]. *Sotsiologicheskie issledovaniia* 4: 38–45.