A HALAL PERSPECTIVE ON GENDER: BIRTH-GIVING AND FEMALE BODY IN PAID HEALTH CARE OPTIONS FOR MUSLIMS IN THE REPUBLIC OF TATARSTAN

Maria Vyatchina

maria.vyatchina@gmail.com

Using the example of the Republic of Tatarstan (Russia), this article discusses the emergence of the field of medical services for Muslims. It argues that genderisation of social interactions, in particular, of those between physicians and patients, has been one of the main principles of Muslim bioethics in the Republic. Among other measures, halal certification procedures are currently being developed by numerous religious experts in order to standardise and legitimise such genderisation. The analysis draws on data collected during multiple interviews with experts, medical professionals, Muslim patients, as well as on the qualitative study of regulatory documents. The article shows that the main feature of rules that govern certification procedures in Tatarstan today is the ongoing convergence between religious norms and biomedicine. As a particular example of medical services designed explicitly for Muslims in the Republic, the paper presents and analyses the service of “halal birth-giving”. This service combines commodification of religiosity and paid care for Muslim women, thereby heavily relying on their gender and religious identities, as well as their class status.

Keywords: *Halal, marketisation, the Republic of Tatarstan, public health, culture-specific healthcare services, culture sensitiveness, consumerism*

PhD student,
Tartu University (Estonia)
Maria Vyatchina

ГЕНДЕРНОЕ ИЗМЕРЕНИЕ ХАЛЯЛЯ: ЖЕНСКОЕ ТЕЛО И РОДОВСПОМОЖЕНИЕ В ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГАХ ДЛЯ МУСУЛЬМАН В РЕСПУБЛИКЕ ТАТАРСТАН

**Мария Васильевна
Вятчина**

maria.vyatchina@gmail.com

DOI: <http://dx.doi.org/10.24848/islm1g.11.1.05>

Данная статья посвящена появлению поля медицинских услуг для мусульман на примере Республики Татарстан. В качестве одного из главных принципов мусульманской биоэтики рассматривается гендерная специфика социальных взаимодействий, в частности взаимодействий между врачами и пациентами. Одним из инструментов продвижения медицинских услуг для мусульман становится религиозная сертификация. На основе интервью с экспертами, врачами и пациентами-мусульманами, а также анализа нормативных документов делается вывод о том, что основным свойством регламентирующих сертификацию правил является гибридизация религии и биомедицины.

Как пример медицинской услуги для мусульман представлена услуга «халяльные роды», сочетающая в себе коммерциализацию религиозности и оплачиваемую заботу о пациентках-мусульманках на основе их гендерного, религиозного и классового статуса.

Ключевые слова: *халяль, маркетингизация, Республика Татарстан, здравоохранение, культурно-специфичные медицинские услуги, культурная чувствительность, консьюмеризм*

**Мария
Васильевна
Вятчина**

*Аспирантка,
Университет Тарту
(Эстония)*

ВВЕДЕНИЕ¹

Культурная чувствительность — это один из элементов большого феномена пациентоориентированности в работе медицинских профессионалов (Mead, 2000; Borozdina, Novkunshaya, 2020). Для успешного лечения медицинскому персоналу важно не только применять универсальные схемы лечения, но и учитывать индивидуальные особенности пациента, в том числе его религиозные взгляды (Leininger, 1995). Боль-

1. Автор выражает искреннюю признательность всем собеседникам, которые приняли участие в исследовании, а также благодарит за помощь и поддержку Татьяну Куксу и Дениса Шедова.

шая часть исследований о культурной чувствительности медицинских услуг (Hasnain et al., 2011) фокусируются на том, как религиозные сообщества реагируют на попытки биомедицины дисциплинировать их тела — например, через кампании по распространению стандартизированных гигиенических норм или вакцинацию (Kasstan, 2018; Darko, 2021). Вписанные в интерсекциональную перспективу, эти работы показывают упомянутых пациентов через их усеченные возможности и множественные барьеры (правовые, финансовые, языковые и др.) перед лицом национальных систем здравоохранения (Tackett et al., 2018; Firdous et al., 2020). Тем самым исследования участвуют в создании образа религиозных пациентов преимущественно как представителей угнетенных меньшинств. Но что если посмотреть на территории, где религии являются видимой частью символического ландшафта?

Данное исследование расширяет понимание функционирования культурно-специфических медицинских услуг и демонстрирует региональный контекст (Республика Татарстан), в котором мусульмане не являются меньшинством, а наоборот — со всех сторон вовлечены в процессы оказания и получения медицинских услуг, способных учитывать религиозные правила. Обширный репертуар практик, маркированных как услуги для мусульман, в том числе с помощью сертификата «халяль», позволяет говорить о формировании в Татарстане поля культурно-специфических медицинских услуг. Однако такое культурно-специфическое потребление в сфере медицинских услуг оказывается классовой привилегией, доступной в основном для узкой группы пациентов.

Медицинские услуги в социальных исследованиях принято рассматривать с точки зрения моральной нагруженности. С одной стороны, большие дискуссии вызывает товаризация любых медицинских услуг, поскольку тем самым вопросы жизни и здоровья человека начинают оцениваться в денежном эквиваленте. Поэтому рынки любых медицинских услуг принято определять как аффективно насыщенные (Zelizer, 1979; Бердышева, 2012; Темкина, 2016). Помимо моральной нагруженности услуг, связанных с вопросами жизни и здоровья, для товаров, которые определяют как «халяльные», остро стоит вопрос о доверии и качестве (Тагибов, 2018; Benussi, 2021). Дело в том, что «халяльность» товара или услуги зачастую зависит от ненаблюдаемых процессов — таких как совершение молитвы, внутренний состав продуктов, условия содержания животных (Van Waarden et al., 2013). Этот вопрос (не)доверия призвана решать сертификация. Специальные сертификаты подтверждают соответствие ненаблюдаемых процессов как религиозным (халяль, кошер), так и любым другим этическим принципам (например, сертификаты, подтверждающие отсутствие в производственном цикле эксплуатации детского труда, отсутствие генно-модифицированных компонентов или стремление компании к сокращению углеродного следа).

Важным в определении приемлемости и допустимости любых социальных взаимодействий для мусульман является принцип гендеризированности, то есть постоянное внимание к гендеру в разных проявлениях. По определению Захры Аюби, ислам предлагает своим последователям гендеризированную этическую систему (Ayubi, 2019). Это означает, что гендер является определяющим фактором для самых разных сфер жизни мусульман. Поскольку один из принципов мусульманской биоэтики предлагает пациентам ставить в приоритет обращение к врачу своего пола, то гендерно обусловленными, то есть гендеризированными, становятся все социальные взаимодействия в медицинском контексте. Рассматривая появление и расширение рынка медицинских услуг для мусульман в Республике Татарстан, я ставлю вопрос о том, что определяет востребо-

ванность и устойчивость рынка медицинских услуг для мусульман в Татарстане, каким образом в этих услугах учитывается гендерная специфика социальных взаимодействий и как эта специфика воплощается в услуге «халяльных родов».

ЭМПИРИЧЕСКИЙ КОНТЕКСТ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Исследование рынка медицинских услуг для мусульман проводилось в 2018–2020 годах в рамках магистерского проекта. Территориальные границы исследования совпадают с границами Республики Татарстан. Выбор этого региона был обусловлен следующими характеристиками, которые, на мой взгляд, способствуют развитию поля медицинских услуг для мусульман:

1. Значительная доля татар (т. е. преимущественно мусульман) в населении республики, которые рассматриваются производителями как составная часть аудитории халяльных товаров и услуг (Всероссийская перепись, 2010).
2. Развитость рыночной инфраструктуры. Мусульманское население формулирует спрос, что в свою очередь позволяет активно развиваться инфраструктуре халяль в городах республики. Наличие обширных сегментов халяль-рынка (продукты питания, одежда, сервисы и услуги) создает возможности для объединения мусульманских предпринимателей. Города республики, таким образом, становятся благоприятной средой для развития рынков товаров и услуг для мусульман, относящихся в числе прочего и к медицине.
3. Политическая автономия и международные связи. Можно предположить, что Республика Татарстан в условиях угасающей федерализации (Faller, 2011; Yusupova, 2016) может продолжать подчеркивать автономный статус теперь уже неполитическими методами. Для поддержания этого автономного статуса религия играет важную символическую роль, в частности — способствует налаживанию партнерских связей в сфере экономики и культуры с мусульманскими государствами. Благодаря этим связям Татарстан рассматривает Ближний Восток, Турцию, Юго-Восточную Азию как источник инвестиционной поддержки и туристических потоков, а также как образец для трансфера различных технологий. Как выяснилось в процессе исследования, граждане партнерских мусульманских стран становятся клиентами медицинских учреждений и тоже оказывают влияние на практики медицинских профессионалов.

Эмпирическую базу исследования составили источники трех типов. Первый тип источников — это глубинные полуструктурированные интервью с врачами, пациентами-мусульманами и религиозными экспертами (всего 32 интервью). Второй тип источников — материалы участвующего наблюдения в медицинских учреждениях и на встречах профессиональных медицинских ассоциаций общей продолжительностью 10 часов. Третий тип источников — это документы (20 единиц документов), представленные преимущественно нормативно-правовыми актами, стандартами и постановлениями органов власти разного уровня, а также интернет-страницы медицинских учреждений. Собранные данные были обработаны с помощью программы Atlas.ti и подвергнуты процедуре тематического анализа. Тематический анализ (Flick, 2009), выбранный для интерпретации данных, часто используется для сравнения разных точек зрения на одно и то же явление. В данном случае с помощью процедуры тематического анализа выделялись способы обсуждения религиозной приемлемости медицинских услуг, репертуары ме-

дицинских практик и интерпретации того, что информанты понимают под «халяльностью» применительно к сфере здравоохранения.

Ниже представлена реконструкция появления рынка культурно-специфических услуг в Республике Татарстан. Сначала приведены принципы мусульманской биоэтики и описаны способы их адаптации к российским реалиям. Инструменты продвижения услуг для мусульман включают халяльную сертификацию, но не ограничиваются ею. Далее в качестве отдельного кейса рассматривается сертифицированная услуга «халяльные роды», которая вписывается в дискуссию о коммодификации религиозных благ.

АДАПТАЦИЯ ПРАВИЛ МУСУЛЬМАНСКОЙ БИОЭТИКИ К РОССИЙСКИМ РЕАЛИЯМ И РЫНОК СЕРТИФИЦИРОВАННЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ ДЛЯ МУСУЛЬМАН В ТАТАРСТАНЕ

Отправными точками для формулирования правил халяльной медицины становятся несколько принципов мусульманской биоэтики. Самым главным является принцип гендерной сегрегации. Принцип гендерной сегрегации опирается на аят Корана (24:30-31), который предписывает сокрытие определенных частей тела мужчин и женщин (аурат) от посторонних глаз, а также на хадис о том, что неженатые мужчины и женщины, не связанные родственными узами, не могут оставаться наедине (Аль Бухари: 1321). К этому добавляются необходимость соблюдать дресс-код, существование специальных пространств для молитвы, избегание препаратов и манипуляций, запрещенных решениями мусульманских богословов. Это означает, что религиозная приемлемость в случае медицинских услуг может рассматриваться как характеристика социальных взаимодействий (желательность ситуации, когда врач и пациент одного пола), как характеристика организации физического пространства (раздельные входы для женщин и мужчин) и как характеристика пригодности препаратов (например, часто обсуждается допустимость использования спиртосодержащих веществ). Эти принципы мусульманской биоэтики в общем виде разделяют последователи разных правовых школ, существующих в исламе (Atighetchi, 2007, p. 41). Вместе с тем в каждой правовой школе или в национальном совете богословов могут существовать решения религиозных экспертов, которые учитывают локальную специфику. На фоне правового плюрализма, в том числе в вопросах биоэтики (Рагозина, 2018), каждый мусульманин самостоятельно принимает решения о своем здоровье, учитывая те или иные исламские источники.

Приведенный выше очень приблизительный набор обобщенных правил мусульманской биоэтики нужен, чтобы подчеркнуть гендерную сегрегацию как наиболее желательный признак халяльности медицинской услуги для мусульман всего мира. Сочетание «наиболее желательный» указывает на то, что далеко не везде требование гендерной сегрегации может быть воплощено в жизнь, поскольку практики здравоохранения соотносятся с особенностями экономических условий, политических режимов, а также связаны с устройством медицинской профессии. Далее с обобщенного уровня «мусульманских правил» я перехожу к правилам мусульманской медицины, которые были сформулированы Комитетом «Халяль» при Духовном управлении мусульман Республики Татарстан.

Духовное управление мусульман Республики Татарстан (ДУМ РТ) — это организация, которая координирует официальную религиозную деятельность на территории Республики. Созданное в 1998 году, учреждение объединяет территориальные уровни органи-

зации приходов (окружные, районные и сельские), а также ведет образовательную, благотворительную, проповедническую деятельность. В структуре управления существует несколько специализированных отделов, в том числе медицинский отдел.

Медицинский отдел появился в структуре Духовного управления мусульман РТ в 2009 году по инициативе врача Айрата Хакимова (Е-Ислам, 2009), который известен как создатель первой российской стоматологической клиники для мусульман «Булгар-стом» (Сохбет, 2019). Медицинский отдел во главе с Хакимовым ставил своей задачей открытие моельных комнат в лечебно-профилактических учреждениях на территории республики, благодаря чему было открыто несколько пространств для молитвы. Однако в 2013 году, после смены муфтия Республики, должности в ДУМ были перераспределены между новыми участниками команды, а медицинский отдел на какое-то время перестал функционировать.

После опыта взаимодействия религиозных экспертов с министерством здравоохранения в проекте открытия моельных комнат начался новый период активности, на котором инициатива от медицинского комитета перешла к другому подразделению ДУМ — Комитету «Халаяль». В 2015 году Комитет «Халаяль» запустил обсуждение и разработку документа *Общие требования по оказанию медицинских услуг в соответствии с канонами ислама*, для чего была сформирована экспертная группа из медицинских профессионалов-мусульман и религиозных авторитетов. Как вспоминают в интервью участники этой группы, каждая сторона проверяла предлагаемые положения на соответствие требованиям своей сферы: на соответствие религиозным ограничениям и одновременно на следование правилам оказания медицинской помощи. Анализ этого документа позволяет выделить несколько ключевых признаков, которыми, по мнению Комитета «Халаяль», должны обладать медицинские услуги для пациентов-мусульман.

Документ *Общие правила по оказанию медицинских услуг в соответствии с канонами ислама*² построен с использованием религиозной терминологии, но ограничивающей рамкой в нем все-таки являются принципы биомедицины. Во-первых, формальные правила, прописанные в документе, указывают на приоритет светского законодательства Российской Федерации и всех требований, которые предъявляются к медицинским учреждениям (например, обязательным является наличие лицензии на право осуществления медицинской деятельности). Во-вторых, ко всем практикам, легитимированным нормативными правовыми актами в сфере здравоохранения, применяется своеобразный «фильтр» на предмет дозволенности исламом. В частности, много внимания уделяется гендерной сегрегации: медицинским сотрудникам запрещается «находиться наедине с пациентом противоположного пола или рассматривать аура́т больного, если не предполагается срочное медицинское вмешательство, осмотр, диагностирование или лечение». Гендеризированность взаимодействий в данном случае становится эквивалентом соответствия требованиям ислама, что еще раз указывает на принципиальность внимания к гендерным вопросам.

После утверждения документа была запущена услуга религиозной сертификации медицинских услуг. Как вспоминают эксперты, первой сертифицированной медицинской услугой стало обрезание для мальчиков на базе государственных и частных медицинских учреждений Республики; позднее к ним добавилось производство биологически-актив-

2. Общие правила по оказанию медицинских услуг в соответствии с канонами ислама. Казань, 2015. (Копия имеется в распоряжении автора.)

ных добавок, остеодонтических материалов, абсорбирующих препаратов и, наконец, — услуги в сфере родовспоможения, санаторные услуги и специализированная скорая медицинская помощь.

Существует некоторая проблема с восстановлением точной хронологии и полным перечнем услуг, которые проходили сертификацию. Дело в том, что в 2018 году произошел скандал, связанный с обнаружением в сертифицированной мясной продукции компонентов свинины (Serrano, 2020). Хотя судебный процесс был направлен против частной сертифицирующей организации, изменения также коснулись Комитета «Халяль». Был обновлен состав сотрудников Комитета, назначен новый руководитель, запущен новый сайт. Сегодня актуальный сайт Комитета «Халяль» позволяет увидеть перечень только тех организаций, которые имеют действующий сертификат. Срок действия договора на сертификацию услуг составляет один календарный год. По истечении срока эксперты Комитета предлагают продлить договор и оплатить новый календарный цикл, но далеко не все заказчики готовы продолжать сотрудничество, в основном по финансовым причинам. Если организация не возобновляет договор, ее название пропадает из действующего списка на сайте Комитета. Например, в 2016 г. сертификат получил медицинский центр «Мак» (Гараева, 2017), но на сайте нет об этом никаких упоминаний.

Халяльная сертификация медицинских услуг является частью исключительно оплачиваемых медицинских услуг. Эти услуги могут быть оказаны как на базе частных клиник, так и на базе государственных лечебных учреждений. Стоимость услуги включает не только оплату работы медицинского персонала, но и в обобщенном виде — стоимость экспертной работы, лабораторные анализы, а также затраты на мониторинг соответствия услуги правилам в течение года. Таким образом, пациенты, чтобы воспользоваться медицинской услугой халяль, должны нести более высокие расходы по сравнению с услугами государственного здравоохранения или аналогичными услугами частных медицинских учреждений без сертификата.

Следующее значимое событие для халяльной индустрии Республики Татарстан после распространения сертификации на сферу медицины, по мнению экспертов, — это создание Дорожной карты по развитию халяльного образа жизни (Halal Life Style) весной 2019 года. Использование англоязычной формулировки в названии документа можно объяснить желанием повысить видимость продвигаемых услуг на международном рынке. Наряду с экономикой и промышленностью в документе большое внимание уделяется продвижению мусульманской медицины и медицинского туризма (Кусанова, 2021). Среди аргументов, поддерживающих перспективы развития медицинского туризма в Республике Татарстан, встречаются апелляции к развитой технологической базе, а также то, что в российской системе здравоохранения задействовано большое число специалистов-женщин. Об этом, например, говорил ректор Российского исламского университета Рафик Мухаметшин: «В мусульманских странах практически нет женщин-врачей, а у нас много высококвалифицированных специалистов, которые смогут лечить мусульманских женщин» (Антонов, 2016). Тем самым гендерная структура российских медицинских профессий была представлена как преимущество в продвижении культурно-чувствительных услуг для пациентов-мусульман.

К концу 2019 года была запущена сертификация санаторных услуг, которые включены в программу развития халяльного туризма. Проектом развития халяльного образа жизни подчеркивается идея, что «понятие „халяль“ — не только стандарт для последова-

телей ислама, но и показатель качества продукции и услуг в светских обществах» (АИР РТ, 2019). Как подчеркивает исследователь движения халяль Маттео Бенусси, этот бум халяльной индустрии сигнализировал о большом спросе на идеи благочестия и религиозности среди российских мусульман (Benussi, 2021).

Суммируя, можно сказать, что в поле медицинских услуг для мусульман Комитет «Халяль» при ДУМ РТ занимает позицию того агента, который обладает значительными политическими ресурсами. Эти ресурсы обеспечивают Комитету вовлечение в работу организаций исполнительной власти. Комитет своей работой адаптирует и реализует инициативы региональных политических элит, связанные с поддержкой и продвижением халяльной индустрии, в том числе в сфере медицины. Комитет по стандарту «Халяль» при ДУМ РТ разрабатывает стандартизированные требования и представляет мусульманскую медицину как перечень коммерциализированных услуг, одобренных экспертами. Одной из таких услуг стали «халяльные роды», которые являются одним из многочисленных подобных предложений не только на постсоветском пространстве, но и в мире.

КЕЙС ХАЛЯЛЬНЫХ РОДОВ: КОММЕРЦИАЛИЗАЦИЯ РЕЛИГИОЗНОСТИ?

Здравоохранение в целом и родовспоможение в частности на постсоветском пространстве отличаются стремительным ростом сегмента оплачиваемых услуг, которые стимулируются логикой неолиберального выбора (Temkina & Rivkin-Fish, 2020). Здесь можно увидеть большой спектр предложений, например партнерские роды, психологическое и юридическое сопровождение. Также отмечается стойкий запрос на усиление роли немедицинских специалистов-доул, которые снижают бремя медикализации родов. Доулы позиционируют себя как немедицинские специалисты, в чью задачу входят в том числе гуманизация зарегулированного институтом здравоохранения процесса родовспоможения и расширение агентности рожениц (Кукса, 2021). Как показывают проведенные в рамках исследования интервью³, в доульских сетях Татарстана работают в том числе специалистки-мусульманки, которые поддерживают роженицу до, во время и после родов. Однако центральным кейсом для данной статьи стал институционализированный кейс «халяльных родов». Принимая во внимание обширный диапазон предложений на российском рынке услуг родовспоможения, я постараюсь проанализировать составляющие этого кейса. Также я сосредоточусь на управленческой логике учреждения, первым в России запустившего эту услугу. Для анонимизации медицинского учреждения здесь и далее будет использоваться название Клиника-Н.

Предоставление помощи в родоразрешении для мусульманок описывается командой медицинского учреждения как «упакованный коммерческий продукт». Одной из причин, почему Клиника-Н осенью 2019 года обратилась за сертификатом халяль, стало то, что среди клиенток медицинской организации уже были мусульманки, в том числе иностранки.

«Этот продукт мы хотели реализовать уже в виде непосредственно сформулированной коммерческой услуги, должен быть документ. Ну как везде. После встречи руководства с представителями сертифицирующих органов приняли решение о подготовке» (из интервью с сотрудником Клиники-Н).

3. Полевые материалы автора (архив интервью 2018–2020 гг.).

Сотрудники клиники переосмыслили обращение за религиозным освидетельствованием в рыночных терминах. Они сравнивают этот процесс товаризации с «упаковыванием продукта», приданием ему более привлекательных свойств. Коммерческая услуга фактически уже существовала, но не имела названия и отдельной строки в перечне услуг. Обращение в Комитет «Халаяль» позволило использовать сертификат как «этикетку», дать новое наименование и переопределить стоимость.

Для успешного осуществления процедуры сертификации важно и то, что другая сторона-участник процесса — Комитет «Халаяль» — была готова к предоставлению религиозной экспертизы в родовспоможении. Намерение сертифицировать услугу озвучивал еще в 2015 г. предыдущий руководитель Комитета «Халаяль» Рустам Хабибуллин: «Наша цель — сделать Татарстан центром мусульманского медицинского туризма. В перспективе — организация родов для женщин по канонам шариата» (Романов, 2015). В Комитете «Халаяль» имелись необходимые кадры, уже был готов стандарт и алгоритм действий по сертификации. Для осуществления проекта нужен был инициативный заказчик. Этим заказчиком выступила Клиника-Н. Посмотрим далее, что именно включало в себя превращение халаяльных родов в новую для заказчика услугу.

Компоненты халаяльных родов

Сотрудники клиники отмечают пять особенностей услуги, официально получившей название «Оказание медицинской помощи женщинам в период родов»: женская бригада, отсутствие спирта и запрещенных компонентов в лекарственных средствах, покрывало для пациентки (при перемещении между отделениями), питание халаяль и атрибуты для молитвы. Рассмотрим подробнее каждую из особенностей в отдельности.

1) женская бригада

Для того чтобы получить сертификат, в родильном отделении была сформирована женская бригада, состоящая из восьми сотрудниц. В эту бригаду входят врач акушер-гинеколог, акушерка, анестезиолог, неонатолог, медсестры и дублеры на случай необходимости замены. Администрация предполагает, что в дальнейшем другие сотрудники тоже смогут пройти религиозный ликбез, который для этих восьми специалистов проведут эксперт из Комитета и приглашенный имам. Несмотря на то, что в данный момент бригада имеет женский состав, администрация и Комитет «Халаяль» допускают в случае необходимости привлечение специалистов мужского пола (например, хирурга).

2) отсутствие нехалаяльных компонентов

Вопрос о дозволенности используемых лекарств встает перед каждым медицинским учреждением, позиционирующим себя как «халаяль». В случае родильного отделения специалисты составили список препаратов для утверждения в Комитете «Халаяль». Перечень основных нежелательных компонентов сводится к спиртосодержащим жидкостям, желатину и шовным материалам органического происхождения. Для меня стало сюрпризом, что многие препараты, от которых стараются отказаться пациентки-мусульманки в государственном роддоме, в Клинике-Н не используют, объясняя строгий отбор высокими требованиями к качеству. Например, весь шовный материал в клинике имеет искусственное происхождение, что врачи объясняют более высокой рассасываемостью и гипоаллергенностью по сравнению с кетгуттом (шовный материал из органических тканей крупного рогатого скота). Такое кровоостанавливающее сред-

ство, как экстракт водяного перца, в частном роддоме заменяют физиотерапией, а в качестве антисептиков применяют бесспиртовые дезинфицирующие средства. Как объясняют сотрудники клиники, они давно применяют эти препараты, которые хорошо зарекомендовали себя в работе, независимо от страны-производителя и каких-то других ограничений. Таким образом, представленные для экспертизы перечни препаратов не вызвали вопросов у халяльной комиссии и не потребовалось никаких замен.

Препараты из двух заверенных списков (для физиологических родов и для кесарева сечения) хранят в клинике в специальных укладках с пометкой «для родов халяль». Их отделение носит скорее символический характер. Состав этих списков говорит в пользу того, что «халяль» в контексте лекарственных средств соответствует более дорогостоящим и качественным, по мнению специалистов платной клиники, препаратам.

3) «покрывало»

Словом «покрывало» медицинскими сотрудниками обозначается принцип, согласно которому *«при перемещении между помещениями родильного отделения пациентка укрыта от взоров посторонних посетителей и сотрудников клиники»* (из интервью с сотрудником Клиники-N). Во время курсов сотрудников в том числе информируют о необходимости скрывать от посторонних определенные части (аурат). Предполагается, что во время халяльных родов покрытие всего тела роженицы контролируется персоналом — открыты лишь те зоны, с которыми непосредственно производятся медицинские манипуляции.

Сравнивая детали с теми случаями, когда рассматриваются процедуры обращения за платными услугами по родовспоможению (Темкина, 2016), можно сказать, что пациентки в обоих случаях «покупают» в первую очередь заботу и внимание со стороны медицинского персонала.

4) питание халяль

Клиника-N сообщает клиентам о доступности в их меню халяльного питания. В Казани функционирует один комбинат, который предлагает разные виды диетической и специальной продукции, в том числе халяль. Поскольку комбинат работает с общественными учреждениями, его продукция также сертифицирована Комитетом «Халяль», который гарантирует клиентам приемлемость продукции.

5) атрибуты для молитвы

Атрибуты для молитвы (кувшин для омовения, коврик для намаза, Коран, ориентир на Мекку) предлагаются клиентам как часть удобной инфраструктуры. Состав этого набора предполагает знание о необходимости в исламе пятикратной молитвы, но как будто игнорирует тот момент, что роженица не должна молиться, поскольку она находится в состоянии «ритуальной нечистоты» (как и во время менструации). Продолжительность этого состояния напрямую связана с длительностью послеродовых выделений, то есть период воздержания от молитвы и интимной близости с мужем у каждой женщины индивидуален. Другой признак халяльной инфраструктуры в клинике — отсутствие на стенах антропоморфных изображений (фотографий новорожденных), которые присутствуют в других (обычных) палатах. Все эти атрибуты имеют условный характер для практикующих мусульман, однако они используются в рекламе халяльных услуг как символически значимые.

Упомянутые составляющие услуги «халяльные роды» в целом совпадают с международными рекомендациями и руководствами об организации комфортных родов (Abdul Aziz et al., 2017), которые солидарны в том, что минимальные требования приемлемости услуг родовспоможения для мусульманок не противоречат представлениям о комфортных условиях для пациенток, которые придерживаются иных религиозных или секулярных позиций.

Что оплачивается вместе с услугой халяльных родов

Из перечисленных выше несколько составляющих компонентов услуги были доступны на пациенткам и до сертификации: возможность совершать молитву, питание халяль, разрешенные препараты. Что же изменилось принципиально? Социологически это может быть проинтерпретировано следующим образом: вместе с описанными в коммерческом предложении пятью пунктами клиника теперь предлагает классовые привилегии, удовлетворение ожиданий заботы, символические атрибуты принадлежности к определенному гендерному и религиозному статусу.

Признание классового статуса сопряжено с высокой стоимостью и особым «привилегированным» отношением. Сертификация товара или услуги влечет за собой определенные требования к ценообразованию. В оценочную стоимость автоматически включается оплата работы экспертов и последующий мониторинг. Все товары и услуги «халяль» становятся дороже аналогичных товаров без соответствующего «лейбла». Ценообразование в Клинике-Н показывает, что получателем услуги видятся клиенты определенной классовой принадлежности: менее обеспеченные клиенты просто не смогут воспользоваться этим (самым) дорогостоящим предложением в линейке услуг по родовспоможению. Можно предположить, что за счет высоких цен администрация фактически производит сегрегацию среди клиентов по экономическому признаку. Фактически роды в Клинике-Н превращаются в элемент статусного потребления. Идея про статусное потребление основана на том, что большая часть «халяльного сервиса» из предложенного клиникой может быть получена роженицей в любом роддоме путем переговоров с персоналом, о чем неоднократно говорили пациентки с опытом родов в государственных медицинских учреждениях.

Кроме того, что этот вариант требует значительных финансовых вложений, сертификация халяльных родов может стать дополнительным аргументом в критике Комитета «Халяль». Эта критика исходит преимущественно со стороны самих мусульман и носит антикапиталистический характер. Критика направлена против присвоения знака «халяль» тем товарам и услугам, которые напрямую не являются нежелательными — например, большие вопросы вызывает продажа питьевой воды, масла или яиц, брендированных как «халяль».

Религиозные гарантии понимаются здесь шире, нежели только религиозная экспертиза в виде сертификата халяль. Можно предположить, что к религиозным гарантиям относится ответственность за религиозную приемлемость действий в ситуации, когда сама пациентка не может в силу разных обстоятельств принимать обдуманные решения. В интервью об опыте родов в государственных больницах пациентки говорили об общем состоянии потерянности и неспособности влиять на процесс, в том числе участвовать в принятии решений с учетом своих религиозных норм. В случае сертифицированных родов дается гарантия, что врачи не только позаботятся и будут эмоционально поддерживать пациентку, но и что они будут принимать решения с учетом требований

ислама. Предполагается, что прошедшие религиозный ликбез специалисты уже знают заранее, какие способы лечения приемлемы для пациентки-мусульманки. Во избежание ситуаций неопределенности в клинике заранее был составлен перечень подходящих лекарств с «правильным» составом и проведены консультации с религиозными экспертами для согласования вопросов, с которыми медицинский персонал может столкнуться.

Отдельно я бы хотела остановиться на том, как сформулированный стандарт представляет пациентку-мусульманку. Во-первых, посмотрим на порядок взаимодействия пациентки и персонала. В этом порядке взаимодействия сохраняется патерналистская модель, в которой именно врач, а не акушерка, является главной фигурой. Несмотря на существование мусульманских доул и запрос на работу с ними среди рожениц-мусульманок⁴, в структуре сертифицированной услуги по «оказанию медицинской помощи женщинам в период родов» доулам не нашлось места. Можно предположить, что в формулировании и обсуждении услуги участвовали преимущественно специалисты-мужчины, которые руководствовались принципами давно сформированной патерналистской модели медицинской профессии. Во-вторых, представляется, что выработанный клиникой порядок действий для взаимодействия персонала с пациенткой не оставляет пространства для диалога. За фразами о «полной упакованности услуги родов» может скрываться тотальный дисциплинирующий медицинский взгляд на роженицу, в данном случае — на роженицу-мусульманку. Этот дисциплинирующий взгляд не распознает деталей религиозной практики, поскольку для него пациентка — это все еще объект медицинского вмешательства, а не чувствующий субъект с широким спектром потребностей и индивидуальных особенностей.

Резюмируя, можно сказать, что на протяжении определенного времени клиника отвечала запросам своих клиенток-мусульманок в рамках общего порядка взаимодействия с пациентками. Удовлетворение особых запросов не выделялось в отдельную услугу. Затем администрация клиники обратилась за религиозной сертификацией, чтобы коммерциализировать обслуживание культурно-специфических клиентов. Я полагаю, что основу коммерциализации и извлечения дополнительной прибыли из услуги халяльных родов составляет подтвержденная религиозная компетентность персонала, воспроизводимость услуги (без необходимости ведения дополнительных переговоров со стороны клиентки и ее семьи) и априорное конструирование пациентки как «культурно-особой». Вместе с услугой пациентке предлагается четко прописанная картина ожиданий относительно действий медицинского персонала, а также набор классовых привилегий. Тем самым кейс Клиники-Н демонстрирует, как идеи товаризации религиозных благ проникают в сферу частных медицинских услуг. Гендерная сегрегация становится самым видимым и доступным способом продемонстрировать минимальную культурную компетентность со стороны поставщиков медицинских услуг.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Данное исследование посвящено сформировавшемуся в Республике Татарстан рынку оплачиваемых медицинских услуг для мусульман, который позволяет одновременно смотреть на процессы коммодификации религиозной сензитивности и на маркетинговую деятельность в области здравоохранения. Одним из инструментов маркирования товаров и услуг как «услуг для мусульман» становится сертификация халяль.

4. Полевые материалы автора (архив интервью 2018–2020 гг.).

В последние несколько лет главным поставщиком услуг сертификации стал Комитет «Хаяль», который занимается разработкой и формулированием правил. При формулировании правил того, какими должны быть медицинские услуги для мусульман, одним из главных принципов становится их гендеризированность — желательное совпадение пола пациента и медицинского работника, а также приватность и соблюдение аурата.

Рост предложения на рынке хаяльных товаров и услуг поддерживает видимость мусульман как активных агентов, которые обсуждают правила мусульманской биоэтики, пробуют новые товары и вступают в переговоры с медицинскими профессионалами, создавая стабильный спрос не только на качество, но и на культурную сензитивность услуг. В этом контексте появление услуги «хаяльные роды» можно рассматривать как противоречивый феномен. С одной стороны, коммерциализация культурной сензитивности и гендеризированности услуги манифестирует большой сдвиг в сторону пациентоориентированности. Услугой гарантируется внимание к пациентке, высокое качество препаратов, комфорт и приватность. Однако верхний сегмент ценового диапазона, в который попадает эта услуга, заставляет задуматься о том, что комфорт и внимание со стороны медицинского персонала товаризируются и превращаются в классовую привилегию, доступную весьма ограниченному числу мусульманок.

Резюмируя анализ предоставления услуги хаяльных родов, обратимся к вопросу, что этот кейс сообщает о гендерных правилах в мусульманской медицине. Кейс коммерциализированной заботы в случае хаяльных родов проясняет характер правил взаимодействия (в частности — гарантии соблюдения гендерных границ и вообще культивации гендеризированности) в сфере частной медицины. В государственном здравоохранении гендерные правила продолжают работать окказионально, то есть «по случаю», когда пациентка-мусульманка может рассчитывать на участие в родах персонала женского пола, осуществив предварительные переговоры. В случае родов в рамках частной медицины наблюдается установленный и предсказуемый перечень правил, где от пациентки не ожидается никаких усилий для установления (не)формальных отношений, а разные формы специализированной заботы (в том числе гендерное, религиозное и классовое фреймирование) уже гарантированы фактом подписания договора оказания услуги. Подобные практики вписываются в идею о расширяющемся неолиберализме (Hughes Rinker, 2015), который может сочетать мусульманские представления относительно фертильности и родовспоможения и логику неолиберального выбора оплачиваемой медицинской заботы.

БИБЛИОГРАФИЯ

АИР РТ (2019). В Татарстане запускают программы по развитию и популяризации концепции халяльного образа жизни Halal Life Style. Агентство инвестиционного развития Республики Татарстан, 24 декабря. Режим доступа <http://tida.tatarstan.ru/rus/index.htm/news/1642898.htm>.

Антонов, К. (2016). Халяль в белых халатах. Коммерсант, 13 июля. Режим доступа <https://www.kommersant.ru/doc/3036966>.

Бердышева Е. (2012). «Здоровье не купишь»: о противоречиях маркетинга жизненно важных благ на примере рынка стоматологических услуг в Москве. *Laboratorium. Журнал социальных исследований*, 4(2), 91–114.

Всероссийская перепись населения 2010 года. Режим доступа https://www.gks.ru/free_doc/new_site/perepis2010/croc/results2.html.

Гараева, А.М. (2017). Предпринимательство Республики Татарстан в условиях исламского возрождения: проблемы и преимущества (по материалам экспертного опроса). *Теоретическая и прикладная экономика*, (3), 120–134.

Е-Ислам (2009). Учрежден медицинский отдел ДУМ Татарстана. *E-Islam*, 10 декабря. Режим доступа <http://www.e-islam.ru/newsall/news/?ID=1855>.

Кукса, Т.А. (2021). Доульское сопровождение родов: генезис, дискурсы и практики эмоциональной и физической немедицинской заботы. Мониторинг общественного мнения: экономические и социальные перемены, 3, 226–249.

Кусанова, Д. (2021). Индустрия хаал в Республике Татарстан. Ислам в современном мире, 17(1), 159–176.

Рагозина, С. (2018). «Тело больше не принадлежит Аллаху?» Исламская биоэтика: от роговиц неверных до клонирования праведников. *Археология русской смерти*, 6, 30–51.

Романов, Д. (2015). Будем лечиться по шариату. *Комсомольская правда*, 14 октября. Режим доступа <https://www.kazan.kp.ru/daily/26446.4/3315967/>.

Сохбет (2019). Здоровье тела и души. *Sohbet*, 23 декабря. Режим доступа <https://sohbet.media/2019-12-zdorove-tela-i-dushi/>.

Тагибов, М. (2018). Практики оценивания морально нагруженных товаров: на примере рынка халяльной продукции в России. Магистерская диссертация, Высшая Школа Экономики, Москва.

Темкина, А.А. (2016). Оплачиваемая забота и безопасность: что продается и покупается в родильных домах? *Социология власти*, 28(1), 76–106.

Abdul Aziz, N., Ibrahim, I., Abdul Raof, N., Abdullah, R., Yahaya, N. A., & Ahmad, N. (2017). Humanising childbirth for Muslim Women: Call for a *Shariah* Compliant Guideline. *Journal of Contemporary Islamic Studies*, 3(2), 17–36.

Atighetchi, D. (2007). *Islamic Bioethics: Problems and Perspectives*. Dordrecht: Springer.

Ayubi, Z. M. (2019). *Gendered Morality*. New York: Columbia University Press.

Benussi, M. (2021). Living Halal in the Volga Region: Lifestyle and Civil Society Opportunities. In A.U. Yakin & L.-L. Christians (eds), *Rethinking Halal* (pp. 265–293). Leiden: Brill.

Borozdina, E., & Novkunskeya, A. (2020). Patient-centered Care in Russian Maternity Hospitals: Introducing a New Approach Through Professionals' Agency. *Health*, June. doi. org/10.1177/1363459320925871.

Darko, N. (2021). *Engaging Black and Minority Ethnic Groups in Health Research: 'Hard to Reach'? Demystifying the Misperceptions*. Bristol: Bristol University Press, Policy Press.

Faller, H. M. (2011). *Nation, Language, Islam: Tatarstan's Sovereignty Movement*. Budapest: Central European University Press.

- Firdous, T., Darwin, Z., & Hassan, S. M. (2020). Muslim Women's Experiences of Maternity Services in the UK: Qualitative Systematic Review and Thematic Synthesis. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 20(1), 1–10.
- Flick, U. (2018). *An Introduction to Qualitative Research*. London: Sage.
- Hasnain, M., Connell, K. J., Menon, U., & Tranmer, P. A. (2011). Patient-Centered Care for Muslim Women: Provider and Patient Perspectives. *Journal of Women's Health*, 20(1), 73–83.
- Hughes Rinker, C. (2015). Creating Neoliberal Citizens in Morocco: Reproductive Health, Development Policy, and Popular Islamic Beliefs. *Medical Anthropology*, 34(3), 226–242.
- Kasstan, B. (2019). *Making Bodies Kosher: The Politics of Reproduction Among Haredi Jews in England*. New York, Oxford: Berghahn Books.
- Leininger, M. (1995). Overview of Leininger's Culture Care Theory. In M. Leininger & M. R. McFarland (eds.), *Transcultural Nursing: Concepts, Theories, Research and Practices* (2nd ed., pp. 93–111). New York: McGraw-Hill.
- Mead, N., & Bower, P. (2000). Patient-centredness: A Conceptual Framework and Review of the Empirical Literature. *Social Science & Medicine*, 51(7), 1087–1110.
- Serrano, S. (2020). Bacon or Beef? 'Fake' Halal Scandals in the Russian Federation: Consolidating Halal Norms Through Secular Courts. *Sociology of Islam*, 8(3–4), 387–408.
- Tackett, S., Young, J. H., Putman, S., Wiener, C., Deruggiero, K., & Bayram, J. D. (2018). Barriers to Healthcare Among Muslim Women: A Narrative Review of the Literature. *Women's Studies International Forum*, 69, 190–194.
- Temkina, A., & Rivkin-Fish, M. (2020). Creating Health Care Consumers: The Negotiation of Un/official Payments, Power and Trust in Russian Maternity Care. *Social Theory & Health*, 18(4), 340–357.
- Van Waarden, F., & Van Dalen, R. (2013). Halal and the Moral Construction of Quality: How Religious Norms Turn a Mass Product Into a Singularity. In J. Beckert and Ch. Musselin (eds.), *Constructing Quality: The Classification of Goods in Markets* (pp. 197–222). Oxford: Oxford University Press.
- Yusupova, G. (2016). The Islamic Representation of Tatarstan as an Answer to the Equalisation of the Russian Regions. *Nationalities Papers*, 44(1), 38–54.
- Zelizer, V. (1979). *Morals and Markets: The Development of Life Insurance in the United States*. New York: Columbia University Press.

REFERENCES

- AIR RT (2019). V Tatarstane zapuskayut programmy po razvitiyu i populyarizatsii kontseptsii khalyal'nogo obraza zhizni Halal Life Style. *Agentstvo investitsionnogo razvitiya Respubliki Tatarstan*, 24 dekabrya. <http://tida.tatarstan.ru/rus/index.htm/news/1642898.htm>. (In Russian).
- Antonov, K. (2016). Khalyal' v belykh khalatakh. *Kommersant*, 13 iyulya. <https://www.kommersant.ru/doc/3036966>. (In Russian).
- Atighetchi, D. (2007). *Islamic Bioethics: Problems and Perspectives*. Dordrecht: Springer.
- Ayubi, Z. M. (2019). *Gendered Morality*. New York: Columbia University Press.
- Benussi, M. (2021). Living Halal in the Volga Region: Lifestyle and Civil Society Opportunities. In A.U. Yakin & L.-L. Christians (eds), *Rethinking Halal* (pp. 265–293). Leiden: Brill.
- Berdysheva E. (2012). «Zdorov'e ne kupish'»: o protivorechiyakh marketizatsii zhiznenno vazhnykh blag na primere rynka stomatologicheskikh uslug v Moskve. *Laboratorium. Zhurnal sotsial'nykh issledovaniy*, 4(2), 91–114. (In Russian).
- Borozdina, E., & Novkunskeya, A. (2020). Patient-centered Care in Russian Maternity Hospitals: Introducing a New Approach Through Professionals' Agency. *Health*, June. doi. org/10.1177/1363459320925871.
- Darko, N. (2021). *Engaging Black and Minority Ethnic Groups in Health Research: 'Hard to Reach'? Demystifying the Misperceptions*. Bristol: Bristol University Press, Policy Press.
- E-Islam (2009). Uchrezhden meditsinskiy otdel DUM Tatarstana. *E-Islam*, 10 dekabrya. <http://www.e-islam.ru/newsall/news/?ID=1855>. (In Russian).
- Faller, H. M. (2011). *Nation, Language, Islam: Tatarstan's Sovereignty Movement*. Budapest: Central European University Press.
- Firdous, T., Darwin, Z., & Hassan, S. M. (2020). Muslim Women's Experiences of Maternity Services in the UK: Qualitative Systematic Review and Thematic Synthesis. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 20(1), 1–10.
- Flick, U. (2018). *An Introduction to Qualitative Research*. London: Sage.
- Garaeva, A.M. (2017). Predprinimatel'stvo Respubliki Tatarstan v usloviyakh islamskogo vozrozhdeniya: problemy i preimushchestva (po materialam ekspertnogo oprosa). *Teoreticheskaya i prikladnaya ekonomika*, (3), 120–134. (In Russian).
- Hasnain, M., Connell, K. J., Menon, U., & Tranmer, P. A. (2011). Patient-Centered Care for Muslim Women: Provider and Patient Perspectives. *Journal of Women's Health*, 20(1), 73–83.
- Hughes Rinker, C. (2015). Creating Neoliberal Citizens in Morocco: Reproductive Health, Development Policy, and Popular Islamic Beliefs. *Medical Anthropology*, 34(3), 226–242.
- Kasstan, B. (2019). *Making Bodies Kosher: The Politics of Reproduction Among Haredi Jews in England*. New York, Oxford: Berghahn Books.
- Kuksa, T.L. (2021). Doul'skoe soprovozhdenie rodov: genezis, diskursy i praktiki emotsional'noy i fizicheskoy nemeditsinskoy zaboty. *Monitoring obshchestvennogo mneniya: ekonomicheskie i sotsial'nye peremeny*, 3, 226–249. (In Russian).
- Kusanova, D. (2021). Industriya khalal v Respublike Tatarstan. *Islam v sovremennom mire*, 17(1), 159–176. (In Russian).
- Leininger, M. (1995). Overview of Leininger's Culture Care Theory. In M. Leininger & M. R. McFarland (eds.), *Transcultural Nursing: Concepts, Theories, Research and Practices* (2nd ed., pp. 93–111). New York: McGraw-Hill.
- Mead, N., & Bower, P. (2000). Patient-centredness: A Conceptual Framework and Review of the Empirical Literature. *Social Science & Medicine*, 51(7), 1087–1110.
- Ragozina, S. (2018). 'Telo bo'she ne prinadlezhit Allakhu?' Islamskaya bioetika: ot rogovits nevernykh do klonirovaniya pravednikov. *Arkheologiya russkoy smerti*, 6, 30–51. (In Russian).

Romanov, D. (2015). Budem lechit'sya po shariatu. *Komsomol'skaya pravda*, 14 oktyabrya. <https://www.kazan.kp.ru/daily/26446.4/3315967/>. (In Russian).

Serrano, S. (2020). Bacon or Beef? 'Fake' *Halal* Scandals in the Russian Federation: Consolidating Halal Norms Through Secular Courts. *Sociology of Islam*, 8(3–4), 387–408.

Sokhbet (2019). Zdorov'e tela i dushi. *Sobbet*, 23 dekabrya. <https://sohbet.media/2019-12-zdorove-tela-i-dushi/> (In Russian).

Tackett, S., Young, J. H., Putman, S., Wiener, C., Deruggiero, K., & Bayram, J. D. (2018). Barriers to Healthcare Among Muslim Women: A Narrative Review of the Literature. *Women's Studies International Forum*, 69, 190–194.

Tagibov, M. (2018). *Praktiki otsenivaniya moral'no nagruzhennykh tovarov: na primere rynka khalyal'noy produktsii v Rossii*. Magisterskaya dissertatsiya, Vysshaya Shkola Ekonomiki, Moskva. (In Russian).

Temkina, A. A. (2016). Oplachivaemaya zabota i bezopasnost': chto prodatsya i pokupaetsya v rodil'nykh domakh? *Sotsiologiya vlasti*, 28(1), 76–106. (In Russian).

Temkina, A., & Rivkin-Fish, M. (2020). Creating Health Care Consumers: The Negotiation of Un/official Payments, Power and Trust in Russian Maternity Care. *Social Theory & Health*, 18(4), 340–357.

Van Waarden, F., & Van Dalen, R. (2013). Halal and the Moral Construction of Quality: How Religious Norms Turn a Mass Product Into a Singularity. In J. Beckert and Ch. Musselin (eds.), *Constructing Quality: The Classification of Goods in Markets* (pp. 197–222). Oxford: Oxford University Press.

Vserossiyskaya perepis' naseleniya 2010 goda. https://www.gks.ru/free_doc/new_site/perepis2010/croc/results2.html. (In Russian).

Yusupova, G. (2016). The Islamic Representation of Tatarstan as an Answer to the Equalisation of the Russian Regions. *Nationalities Papers*, 44(1), 38–54.

Zelizer, V. (1979). *Morals and Markets: The Development of Life Insurance in the United States*. New York: Columbia University Press.