

Дебютные работы

ПРИНЦИПЫ ЦЕНООБРАЗОВАНИЯ В МЕДИЦИНЕ:

ПОПЫТКА СОЦИОЛОГИЧЕСКОГО АНАЛИЗА НА ПРИМЕРЕ НЕФОРМАЛЬНЫХ ДЕНЕЖНЫХ ПЛАТЕЖЕЙ В ГОСУДАРСТВЕННОЙ СТОМАТОЛОГИИ г. МОСКВЫ

Александрова Елена Сергеевна

аспирант факультета социологии ГУ ВШЭ

Email: ealexandrova@hse.ru

Концептуальные основы исследования: социология и цена

О существовании социологической традиции изучения рыночного ценообразования говорить крайне сложно. Обратившись к изучению хозяйственной жизни на несколько десятков лет позже, чем экономическая теория, социология получила целый корпус готовых понятий, при помощи которых хозяйство уже анализировалось экономистами, и ей предстояло выработать собственную позицию в их отношении.

Тем не менее ценообразование до сих пор редко изучается специально, обычно идя в связке с вопросом о рынке. В зависимости от того, каким образом интерпретируется природа рыночных отношений (а точнее, пропорция в них экономического и социального), меняется и понимание цены. Иногда процесс установления цены ассоциируется с калькуляцией и рационализацией. В таких случаях цена оказывается индикатором рынка в его негативном, разрушительном для социального ракурсе. Появляется противопоставление «между рынком, т.е. ценой, и человеческими, т.е. моральными, ценностями» [Zelizer 1978: 18], а ценообразование лишь с очень большим трудом классифицируется как социальное действие. Подразумевается, что там, где появляется цена, исчезает авторитет ценности.

Такой подход является слишком упрощенным. Взаимосвязь между экономическим и социальным (между ценой и социальными ценностями) на рынке есть, однако, по-видимому, она не столь прямолинейна. «Ценность – это эпигон цены», – говорил Зиммель, показывая, как кажущаяся неравновесность цены и ценности объекта нивелируется в процессе обмена между индивидами [Simmel 1990: 95]. Цена заставляет индивида отказаться от некоторого количества благ, однако в ситуации рыночного обмена эти «потери» компенсируются большей выгодой для индивида. Цена и ценность удалены друг от друга количественно, но не качественно. Цена включает в себе ценность объекта, гарантированную обществом. Она оказывается стандартом, упрощающим для индивида процедуру оценивания [Simmel 1990].

Вместе с тем ценообразование – это динамичный процесс. Цена задает исходные условия обмена, выступая количественным измерителем условий и последствий выбора [Поланьи 2004: 85]. «“Цена” обозначает некоторое количественное соотношение разнородных товаров, достигаемое в результате бартера или торга, это форма эквивалента, свойственная хозяйствам, интегрированным на основе обмена» [Поланьи 2004: 103]. При этом важно отдавать себе отчет в том, что «эквивалент» здесь указывает не то, что следует дать за другой товар, а то, что можно потребовать *вместо* него» [Там же]. Цена – институционально оформленный повод, позволяющий завести речь об обмене между индивидами, «некоторое жестко зафиксированное количество, без которого невозможно начать торговлю» [Там же]. Впрочем, фиксированная цена не назначается искусственно. «Само понятие “установленные” или “фиксированные” цены предполагает, что цена, прежде чем стать фиксированной или установленной, подвержена изменениям» [Там же]. На становление цены влияют различные факторы.

В первую очередь, важно помнить о том, что экономически ориентированные социальные действия независимо ни от чего испытывают давление со стороны абсолютных ценностей [Weber 1978: 85]. При таком подходе происходящее на рынке определяется не столько рыночной свободой, сколько традициями, представлениями о сверхъестественном, отношениями родства, статусными привилегиями, нуждами, социальной политикой, интересами и потребностями руководящих лиц. Исследования показывают, что цены являются не только экономическими, но и культурными образованиями. Процессы ценообразования подчинены влиянию и моральных ценностей. Помимо экономической выгоды, для агентов рынка большое значение имеет стремление к установлению справедливой цены [Аболафия 2004]. Вырабатываются совокупности правил, позволяющие рыночным агентам систематически устанавливать цены разных типов и с разной моральной значимостью [Velthuis 2005]. Как сам рынок представляет собой культурную констелляцию и может быть рассмотрен сквозь призму социального взаимодействия, в ходе которого осуществляется ритуализированный и символический обмен товарами, так и цены помимо привычного экономического значения могут обнаруживать ценностное и символическое содержание. Уровень цен, их изменения и различия являются средствами распространения социальных и культурных смыслов. Причем смыслы цен всегда относительны и множественны [meanings of prices are always multiple meanings], а их интерпретации неуниверсальны [Velthuis 2005]. Например, высокие цены на произведения искусства, которые в профессиональном сообществе воспринимаются как индикаторы художественной ценности, за пределами этого сообщества могут считаться просто проявлением мошенничества. Самооценка художника может напрямую зависеть от цены на его работы. А на рынке фотографии моды цены на рекламную фотографию оказываются «эпифеноменом статусной иерархии» и сигнализируют об оценках фотографами своего положения на рынке и о том, как в их деятельности сочетаются логика искусства, творчества, ценности уникального и экономическое значение фотографирования как источника заработка [Асперс 2006].

Не стоит забывать и о том, что «цена – это инструмент количественного оценивания относительных шансов в борьбе интересов» [Weber 1978: 108]. Прежде всего, речь идет о *противостоянии между продавцом и покупателем*. Исследования показывают, что обмен между этими рыночными агентами стандартизован в разной степени. Он может представлять собой «субъективное действие между двумя личностями, результат которого зависит от практичности, рвения и упорства двух сторон, а не от предмета обмена и его социально детерминированного соответствия цене» [Simmel 1990: 98]. Иными словами, процесс ценообразования тесно связан с характером социального взаимодействия между участниками обмена. Значение могут иметь характеристики производителей (пол, возраст, репутация) и статус продавцов (возраст, связи) [Velthuis 2005]. С не меньшим успехом цены могут варьироваться в зависимости от степени персонификации взаимоотношений поставщика услуг и его клиента [Uzzi, Lancaster 2004]. Рыночные взаимодействия можно упорядочить на шкале, один полюс которой соответствует минимально отягощенным социальными привязанностями отношениям между продавцом и покупателем («отношения на расстоянии вытянутой руки»), а другой – социально-укорененным взаимоотношениям между ними. В ситуациях, когда рыночная сделка осуществляется партнерами, чьи взаимоотношения социально укоренены и выходят за пределы экономической сферы, продавец может снижать цену на товар, приобретаемый покупателем [Там же: 320].

Таким образом, нередко цены в меньшей степени содержат в себе информацию о товарах и в большей степени – о тех людях, которые их создают, реализуют и приобретают. Являясь исходным условием рыночного обмена, цена запускает процесс торга и в нем переформируется сама. Процесс торга в сильной степени определяется социальными характеристиками торгующихся агентов. Таким образом, в некоторых фиксированных на данный момент ценах можно разглядеть последствия множественных социальных ситуаций торга.

Однако взаимодействие между продавцом и покупателем – не единственная форма отношений на рынке. Еще Макс Вебер настойчиво предлагал взглянуть на рынок сквозь призму *борьбы за власть между конкурентами*. Конкуренция рассматривалась им как мирная разновидность конфликта между продавцами по поводу реализации собственных интересов и претензий на возможности и преимущества контроля на рынке. Наблюдаемая рыночная цена в таком случае оказывается зависимой не только от специфики состоявшегося торга между продавцом и покупателем, но и от взаимоотношений (необязательно очных) данного продавца с другими продавцами, является «продуктом борьбы интересов и компромиссов, возникающих на фоне сложившихся [на рынке] властных отношений» [Weber 1978: 108].

Эмпирика подтверждает, что ценообразование на рынке в значительной мере регулируется взаимной ориентацией продавцов друг на друга [White 1981]. Вместо того чтобы устанавливать цены, руководствуясь предпочтениями потребителей, фирма-продавец принимает ценовое решение на основании наблюдаемых индикаторов положения других продавцов [Там же: 520]. Рыночное настроение потребителя – это социальный факт, с которым продавец вынужден считаться. Однако на многих рынках роль потребителя пассивна и не может быть руководством к действию. Рыночные реакции потребителя – зеркало, в котором продавцы видят самих себя [Там же: 543]. Лишь наблюдение за производственными решениями конкурентов, за тем, какой объем выпуска и при каких условиях оказывается оптимальным, позволяет продавцу оценить свой потенциал и понять, в каком направлении необходимо двигаться, какие практические решения принимать, чтобы войти на рынок и занять на нем определенную нишу. Укорененность в определенной нише позволяет фирме обрести стабильную роль на рынке и далее действовать сообразно этой роли.

По характеристикам производителей рыночная ниша однородна. Совокупность цен, назначаемых производителями из разных ниш, образует «портфолио» данного рынка. Цена сигнализирует о том, какие ниши имеются на данном рынке, и о том, какие фирмы их занимают. Ценовое поведение продавцов в значительной степени зависит от того, каким образом ведут себя «коллеги по нише» [White 1981]. При этом речь идет не только об имитационном ценовом поведении, но и о специальных договоренностях или правилах, возникающих в результате обмена информацией о ценах между продавцами. Например, подвижность цен на фондовой бирже является для игроков источником серьезной неопределенности. Чтобы снизить уровень этой неопределенности, рыночные агенты создают механизмы информационного обмена: дилеры общаются друг с другом по поводу цен и ориентируются на результаты этого общения [Baker 1984: 779]. Увеличение количества игроков на рынке должно было бы способствовать усилению конкуренции на нем, формированию минимально дифференцированного рынка и универсализации цен. Однако на практике ситуация складывается иначе: увеличение количества игроков на фондовой бирже затрудняет их общение друг с другом, обмен информацией о цене становится все более трудоемким, что еще более усугубляет разброс цен на рынке. Замыкание одних социальных сетей, возникновение других ведет к ценовой фрагментации рынка: внутри микросети вопрос о конкурентоспособности каждого отдельного игрока оказывается более актуальным, и в пределах этой сети цены выравниваются [Там же: 786–787].

Наконец, следует сказать несколько слов и о маркетинговом подходе к цене.

Как и социология, маркетинг сталкивается с необходимостью изучения цены. Причем, в отличие от более академичной социологии, здесь есть заказчик, ожидающий от маркетологов сугубо практической информации о правилах и условиях ценообразования на том или ином рынке [Котлер и др. 1999]. Среди внешних факторов ценообразования маркетологи учитывают характер рынка, определяемый через господствующий на нем тип конкуренции. Важным маркетинговым параметром оказывается «покупательское восприятие цены и ценности». Учитывается также такая детерминанта цены, как чувствительность спроса на данный товар к изменению цены, т.е. ценовая эластичность. Здесь же следует помнить о существовании

комплиментарных товаров, а также об эластичности спроса на товары-субституты. Маркетологи советуют ценоустановителям сравнивать свои издержки с издержками конкурентов, чтобы оценивать свои преимущества или упущения в данном вопросе.

Мы предполагаем, что процесс ценообразования испытывает сильное влияние со стороны социальных представлений и социальных взаимоотношений участников рынка, т.е. (как и многие другие рыночные процессы) является социально укорененным.

Для проверки нашей гипотезы мы обратились к ценовому поведению врачей-стоматологов, работающих в государственных клиниках, которые оказывают непредусмотренные для своих клиник платные услуги и сталкиваются с необходимостью определять размер неформального денежного платежа за лечение пациента.

Описание исследования

Рынок медицинских услуг выбран нами неслучайно. Здесь в наиболее явном (а значит, и эмпирически наблюдаемом) виде имеет место тесное переплетение социальных и рыночных мотивов продавцов, возникающее из-за амбивалентности результатов маркетинга здравоохранения. Если раньше взаимоотношения врача и пациента анализировались в терминах социальной системы, где мотивация врача считалась ценностно-рациональной, а основанная на медицинском знании экспертная власть – безграничной, то при переходе на рыночные рельсы эти взаимоотношения приобретают новые черты: становится очевидной материальная зависимость врача от пациента; наряду с медицинской этикой появляются ориентации на личную прибыль; пациент, платящий за свое лечение, получает право требовать оказания услуг на соответствующем уровне. Происходит выравнивание позиций врача и пациента относительно друг друга.

В то же время предметом рыночной сделки в медицине остается здоровье – социально запутанный товар [entangled good] [Callon 1998]. Необходимое каждому члену общества, оно не может быть выведено на рынок беспрепятственно. Ценность здоровья абсолютна. Ответственность за поддержание этой ценности лежит, в том числе, и на институте медицины. Инкорпорированная в медицинские нормы, эта ответственность может накладывать ограничения на маркетинг взаимоотношений врача и пациента. В результате у некоторых экономических явлений и процессов в медицине могут появляться социальные детерминанты. То же касается и правил ценообразования, особенно если речь идет о неформальных рыночных ситуациях в бюджетных поликлиниках, где степень свободы ценового поведения врача намного выше по сравнению с легальными сегментами рынка медицинских услуг.

На сегодняшний день рынок стоматологических услуг Москвы представлен следующими сегментами.

1. Сегмент сетевых стоматологических клиник различной направленности, в последнее время все больше ориентирующихся на корпоративных клиентов, лечение которых происходит под строгим контролем работающих с клиникой страховых компаний; ценовое поведение врачей здесь также строго регламентировано. (Среди крупных игроков в этом сегменте рынка – универсальные сетевые клиники «Мастердент», «Дента-L», «Дента-Вита», специализированная сеть «Ортодонт-Центр».)
2. Сегмент одиночных стоматологических клиник различного класса (например, «Медсервис-Профи», «Стоматолог и я», «Медсервис-М»). Ценовой уровень конкретной клиники зависит от двух взаимосвязанных параметров: претензий по маркетинговому позиционированию со стороны учредителей и месторасположения. Ценовое поведение врачей контролируется менеджерами, нанимаемыми учредителем.

3. Сегмент частнопрактикующих врачей, арендующих стоматологические кресла в индивидуальном порядке. Идентификация данного сегмента рынка крайне проблематична, и в настоящий момент мы не готовы его охарактеризовать.
4. Сегмент платных отделений в государственных стоматологических поликлиниках, ценовой уровень которых определяется в соответствии с «Инструкцией по расчету стоимости медицинских услуг»¹, описывающей, в том числе и порядок определения стоимости стоматологического лечения. В соответствии с Инструкцией стоматологические услуги делятся на простые и сложные (агрегат простых, в том числе и по установлению цены). Чаще всего стоимость стоматологической услуги рассчитывается на основании клинико-статистических групп, представляющих собой классификатор процедур, перечень возможных осложнений и сопутствующих заболеваний, с учетом временных затрат на выполнение каждой из них². Ценовое поведение врачей, таким образом, контролируется государством.
5. Неформальный сегмент платных стоматологических услуг, оказываемых врачами, работающими в бесплатных отделениях государственных стоматологических поликлиник или в поликлиниках, где платные отделения отсутствуют. В то время как в частных сетевых и одиночных клиниках, а также в платных отделениях бюджетных медицинских учреждений цены устанавливаются на основе предписанного собственниками или государством прейскуранта, в случаях неформальных рыночных услуг цена назначается врачом совершенно самостоятельно.

В последнем случае врач относительно свободен в принятии решения о цене. Именно поэтому случай оказания неформально оплачиваемых стоматологических услуг на базе государственных поликлиник показался нам удачным примером для изучения принципов, которыми руководствуются в своем ценовом поведении рыночные агенты.

В данной работе мы концентрируемся на поведении врачей, т.е. ценоустановителей. Поступая таким образом, мы ни в коем случае не отрицаем роли пациентов-покупателей как субъектов ценообразования, но вынужденно абстрагируемся от них ради временного упрощения исследовательской задачи.

Цель исследования состояла в выявлении принципов, руководствуясь которыми врачи-стоматологи определяют размер неформального платежа для каждого конкретного пациента. Мы попытались узнать, действительно ли ценовое поведение врача направляется лишь осознанным стремлением к покрытию издержек и увеличению дохода от своей профессиональной деятельности, или же за этим поведением стоят и другие факторы – такие, как, например, значимые для врача ценности, нормы, традиции, социальные представления или же аффекты.

Нас интересовало ценовое поведение стоматологов-терапевтов, оказывающих неформально-платные услуги. *Объектом* нашего исследования стали 9 таких врачей, работающих в разных государственных поликлиниках г. Москвы. Главным критерий отбора – неформальные денежные платежи должны быть для врачей стабильным источником дохода. Рекрутинг респондентов осуществлялся методом снежного кома. Все отобранные врачи – женского пола. Возраст обследуемых – от 34 до 52 лет. С респондентами проведены глубинные неформализованные интервью.

¹ Утверждена в 1999 г. Министерством здравоохранения РФ и Российской академией медицинских наук.

² Нормативно-правовые документы: формирование цены на платные услуги в стоматологических учреждениях (http://www.medicus.ru/?cont=lawarticle&art_id=3431&toprint).

Помимо интервью, трое врачей дали согласие на ведение дневников наблюдения. По итогам такого «самонаблюдения» была получена информация о 139 пациентах: их социальных, демографических и клинических характеристиках, а также стоимости их лечения.

Основные определения

Под *неформальным денежным платежом* мы понимаем деньги, выплаченные врачу лично в руки за услугу, которая должна была быть оказана бесплатно или в принципе не могла быть оказана данному пациенту по правилам данной клиники. Соответственно *неформальным*, по нашему мнению, может быть назван пациент, по тем или иным причинам платящий врачу за лечение, которое должно было быть предоставлено бесплатно, или же пациент, чье бесплатное обслуживание в данной поликлинике не предусмотрено, и плата в руки врачу является для него либо способом попасть в данную клинику, либо возможностью избежать оплаты лечения через кассу. Обратим внимание на то, что в данном исследовании не затрагивались ситуации, когда пациент лечится в платном отделении государственной поликлиники, а неформальный денежный платеж является способом снизить официальную стоимость лечения за счет прямого платежа в руки врачу.

Мы пользуемся маркетинговым определением понятия цены, поскольку оно имеет максимально практический характер. Под *ценой* мы понимаем денежную сумму, запрашиваемую за услугу. Под *ценовым поведением врача* мы подразумеваем совокупность возможных для данного врача вариантов выбора цены, зависящих от того, какими принципами он руководствуется при ценообразовании.

Бюджетные/государственные стоматологи – врачи-стоматологи, официально работающие в финансируемых из государственного бюджета стоматологических поликлиниках и ведущие неформальную и коммерческую по своему характеру медицинскую деятельность на основном месте работы.

Ценовое поведение врача в условиях социально-экономической специфичности рыночных ситуаций в медицине

Положение медика в обществе в сильной степени зависит от социальной обстановки, экономико-политического фона, общего уровня жизни в стране и позиции государства. Именно эти условия определяют ту нормативную атмосферу, в которой формируется социальная ценность здоровья и в которой неформальные платежи воспринимаются многими врачами как допустимый источник дохода. Представления медика о социальной обстановке соотносятся со способами категоризации пациентов. Общий уровень жизни в стране может быть связан с техниками оценки платежеспособности пациентов. Цены, устанавливаемые врачом, дисконтируются за счет изменений экономико-политической обстановки. Влияние государства может проявляться в форме назначения тарифной сетки и обязательных правил расчета стоимости медицинской услуги в государственном учреждении³.

Особое устройство рынка медицинских услуг и связанная с ним специфика ценообразования в медицине возникает главным образом по двум причинам: (1) из-за нестандартной природы медицинской услуги как предмета рыночной сделки между врачом и пациентом; (2) за счет специфики рыночного положения врача как представителя профессионального сообщества.

Услуги врача являются доверительным благом. Это означает в том числе и то, что врач имеет возможность конструировать спрос на свои услуги в попытке увеличить совокупное

³ Российское законодательство оставляет за государственными медицинскими учреждениями право на оказание платных услуг.

материальное вознаграждение [Anderson, House, Ormiston 1981]. Добавим к этому невещественный характер медицинских услуг и связанную с ним проблематичность выработки оценок их качества даже после потребления пациентом; высокую значимость сопроводительных аспектов получения услуги; эффект оценки качества лечения через цену, когда последняя становится индикатором качества услуги; заниженную ценовую эластичность спроса, – и нестандартность медицинской услуги как предмета рыночного обмена станет очевидной.

Особое устройство рынка медицинских услуг связано также с тем, что экспертная власть врача позволяет ему занимать доминирующее положение во взаимоотношениях с пациентом. Независимо от макрохарактеристик рынка медицинских услуг «врач имеет возможность вести себя как монополист по отношению к тем пациентам, которые в итоге выбрали его» [Newhouse 1970]. Это позволяет ему воздействовать на ход рыночных ситуаций с пациентами, по своему желанию назначая цену. Возникают условия для *ценовой дискриминации* – корректирования врачом цены на свои услуги в зависимости от характеристик пациентов. Результаты эмпирических исследований опровергают тезис об аффективной нейтральности медика, свидетельствуя о том, что не ко всем пациентам врач относится одинаково. Дискриминирующий индивид стремится получить компенсацию за вынужденное взаимодействие с представителем социальной группы, против которой он имеет предубеждение [Беккер 2003: 201]. Когда дискриминирующий имеет возможность изменять цены на свои услуги, проще всего получить эту компенсацию, подняв цену.

Исследования показывают, что клиническое поведение врача регулируется обстоятельствами профессиональной среды и нормами, усвоенными в процессе профессиональной социализации [Freidson 1988; Rhee Sang 1977]. Поддержание профессионального статуса – один из центральных мотивов врача, а давление профессиональной среды нередко перекрывает личностные инициативы медика [Rhee Sang 1977]. Ему приходится считаться не только с правилами рынка, но и с нормами своего профессионального сообщества.

Таковы в самом общем виде условия формирования ценового поведения врача. Перейдем теперь к анализу результатов нашего исследования.

Принципы ценообразования в медицине: по результатам интервью

Анализ интервью позволил ввести аналитически удобную и наглядную, на наш взгляд, модель цены. Ее суть состоит в том, что в структуре цены на любой товар или услугу можно выделить две составляющие: ядро и «ценовую оболочку» (см. рис. 1).

Рис. 1. Структура цены на медицинскую услугу



Ядром мы называем стабильную часть цены, уровень которой не может варьироваться по инициативе отдельного продавца. Помимо ядра в структуре цены на товар/услугу содержится и оболочка. Представляется, что оболочка цены двухслойна. В ней есть

постоянная часть, формируемая, говоря словами Г. Зиммеля, «социальными традициями, привычным опытом и очевидными потребностями»; и переменная часть, варьируемая в зависимости от «ситуации, потребности момента и силы обстоятельств». В случае, когда продавец имеет возможность лично определять уровень цены для каждого покупателя, ценовая оболочка образуется на основе когнитивной карты восприятия продавцом сделки с покупателем.

Сразу оговоримся, что на данном этапе исследования наша модель является лишь удобной аналитической рамкой для рассмотрения цены в ракурсе влияния на ее уровень социальных представлений ценоустановителей. Это лишь первая, пока еще очень поверхностная попытка выделения структуры цены. Однако, на наш взгляд, сама задача структурирования цены и выявления детерминант отдельных ценовых составляющих может оказаться перспективной. В первую очередь потому, что она неизбежно навязывает исследователю необходимость принять во внимание множество реальных процессов, сопряженных с ценообразованием. Цена обычно воспринимается как конечный результат, многие исследования посвящены анализу последствий уже установленной цены на рынке, т.е. реакции на нее. Но сам процесс формирования цены в таком случае остается за кадром. Такая ситуация допустима до тех пор, пока мы не подойдем к вопросу об установлении цен на реальных, а не смоделированных рынках. Не менее важно и то, что, пытаясь структурировать цену, мы, по сути, строим модель ценообразования, и со временем она может быть развернута в методику социально-экономического изучения рынков. Впрочем, до этого еще далеко, поэтому пока что ограничимся иллюстрацией нашей модели информацией, которой поделились с нами респонденты, имеющие опыт «собственноручного» установления цены на медицинские услуги.

Как показали наши интервью, ядро цены на услуги стоматолога во многом формируется в зависимости от уровня издержек, которые несет врач. Следует помнить о затратах на материалы, если таковые имеют место, а также о ренте. Заметим, что в рамках неформальной предпринимательской деятельности на бюджетном рабочем месте врач имеет возможность переложить большую часть своих материальных издержек на государство: за счет использования «бюджетного» помещения, оборудования и нередко расходных материалов. Тем не менее он должен каким-то образом легитимировать свое право на ведение коммерческой деятельности перед администрацией поликлиники. Мы предполагали, что такая легитимация происходит за счет отчислений в пользу администрации (главного врача и т.п.). Однако, по свидетельствам наших респондентов, ни один из них не сталкивался с необходимостью делить с главным врачом получаемую денежную прибыль. Право на ведение неформальной деятельности оплачивалось стоматологом в форме бесплатного, но качественного с точки зрения материалов лечения родственников и знакомых заведующего отделением: *«Хотя главному врачу это не очень нравится, она на это смотрит сквозь пальцы, у нее же тоже родственники есть, и она тоже их приводит»*. При этом опрошенные врачи допускают, что денежные отчисления в пользу руководства могут существовать в других клиниках (некоторые из них даже слышали о соответствующих практиках от «друзей»). В их же собственной практике необходимость периодически лечить родственников заведующего не вносит вариаций в размер неформального платежа для других пациентов.

В части ядра проявляются и вариации цены, связанные с применением материалов различного качества и различной стоимости. Временные затраты на выполнение различных лечебных процедур также влияют на ядро цены. В некоторых случаях значимой статьёй расходов стоматолога, закладываемой в цену, могут также являться отчисления ассистенту.

Рассмотрим, какие представления медиков могут стоять за «толщиной» оболочки цены.

Нижняя граница постоянной оболочки цены в первую очередь модулируется установками врача относительно ожидаемой прибыли от оказания неформальных услуг. Эти ожидания тесно связаны с представлениями о желаемом личном доходе, хотя и не всегда совпадают с ними.

Заметим, что опрошенные врачи чаще говорили о том, что они ориентируются на достижение определенного уровня личного дохода. Максимизация прибыли не является их целью.

Уровень преследуемого личного дохода, в свою очередь, зависит от представлений врача о достойной заработной плате. Понятие «достойной заработной платы» операционализируется под влиянием представлений о стоимости собственного человеческого капитала, субъективных издержек на приобретение этого капитала в прошлом и затрат на его поддержание и развитие в настоящем.

Р.: Более того, чтобы поддерживать квалификацию, врачу нужны книги. Ему нужно постоянно читать, а вы знаете, сколько сейчас стоит переводная книга? Минимум 500 рублей, если на более или менее приличной бумаге. А бывает и до полутора тысяч. И в месячную зарплату их нужно заложить хотя бы две».

И: Это нужно даже практикующему врачу? То есть практика не дает достаточного опыта?

Р.: Конечно, нет. Ведь во многом медицинское лечение для врача – это конвейер, он выполняет лишь некоторые операции, часть других делают ассистенты, а кому нужен специалист, который умеет делать лишь что-то одно? Нет, нужно читать, нужно общаться с коллегами.

Профессионализм врача требует не только самореализации, но и внешнего признания. Ценность человеческого капитала врача необходимым образом закладывается в цену, так как является основой для институционального доверия к этому врачу («Какой же олигарх ко мне пойдет, если я лечу за три копейки. Скажет, что это за врач такой, раз он так себя оценивает»).

При этом трезвые оценки российских реалий сглаживают ожидания врачей и позволяют им принять тот факт, что стоимость их услуг не отражает социальной значимости медицинской профессии и не компенсирует потребность в уважении к квалификации медика («У нас все получают мало, поэтому я не думаю, что врач должен получать больше всех. Я же не артист, не президент. Как я могу много взять?»).

Не меньшую роль при определении желаемого уровня дохода играет и предвкушаемый уровень жизни («Ну, в первую очередь следует исходить из того, что у врача должна быть достойная зарплата. Вот у меня семья, двое детей, поэтому зарплата должна быть хотя бы тысяч тридцать рублей»).

Представления врача о желательном образе жизни коррелируют с общим уровнем цен на предметы первой необходимости и жизненные удобства.

Р: Ну, мы же знаем, что есть некоторая стоимость потребительской корзины.

И.: Да, и мы знаем, что изначально эта стоимость невелика...

Р.: Да, но помимо еды, есть ведь еще и другое. Человеку нужно платить за проезд от дома до работы или добираться на каком-то своем транспорте. Нужно учить детей, ездить в отпуск.

Интервью подтвердили, что существуют ситуации, в которых предпринимательские цели врача отходят на второй план, уступая место медицинской этике. Однако это характерно для других сфер медицины. В стоматологической же практике, не решающей вопросы жизни и смерти, рыночные мотивы редко теряют свою актуальность для врача.

Р: Вот, если придет ко мне человек с острой болью, то я его могу либо отправить туда, где ему следует лечиться и где он сможет полечиться бесплатно. Если же он не хочет там лечиться, раз приходит ко мне, то он готов заплатить. Хотя это в стоматологии... Вот если человек приходит с острым аппендицитом к хирургу, то тот, наверное, не всегда его может отправить, ведь при аппендиците очень важно время, а иначе – летальный исход. И врач это знает.

На ценовое поведение в медицине может влиять мнение врача об абсолютном и относительном качестве предоставляемых им услуг, об их конкурентоспособности. Сказываются и представления врача о конкурентной ситуации на рынке, количестве прямых

конкурентов, о стабильности сложившейся для предпринимательства ситуации («Я осознаю, где мое кресло. Если бы в чистом поле, и у меня там монополия, то... Хотя такого быть не может. Сейчас рядом всегда есть несколько клиник, государственных или частных»).

Восприятие рыночных условий уравнивается прогнозами врача относительно объема спроса на его неформальные услуги, знанием о количестве лояльных пациентов, оценками собственной репутации в глазах пациентов и интенсивности распространения информации о нем среди их родственников и знакомых («Кто-то может считать, что иногда я дорого беру... Но раз у меня зарплата такая... Тем более, я знаю, что есть люди, которые лечатся только у меня, уже очень давно. И они согласны на мои цены. И знакомые их согласны, иногда от них приходят»).

При установлении цены на свои услуги врач может закладывать в нее информацию об изменениях на рынке: о технологическом прогрессе в области медицины, о появлении новых материалов, нового оборудования (в случаях, когда они находятся в его распоряжении) и т.д. Данный фактор может влиять как на ядро цены в нашей модели (если речь идет о необходимости «купить» затраты на оборудование), так и на ценовую оболочку (когда появление новых технологий требует изменения квалификации врача). Тут пересекаются объективные затраты врача и возможности эксплуатации символических значений «нового, более прогрессивного». Правда, в случае с бюджетными врачами потенциал использования прогрессивных методик лечения сдерживается слабой технической оснащенностью стоматологических кабинетов («Я могла бы ставить композитные пломбы. Но ведь нужно тогда и оборудование соответствующее, а у нас его нет, а самой покупать для себя дорого, да и как работать на нем при всех...»). Это может провоцировать понижение верхней планки постоянного слоя ценовой оболочки, ведь условия обслуживания не оправдывают цену. Так что высокий уровень обеспечиваемого врачом комфорта требует увеличения уровня цены, а плохие условия обслуживания не позволяют поднять цену выше определенного уровня («Как я могу запросить высокую цену? Пациент же ко мне сюда приходит, а у меня тут колонн мраморных нет»).

Верхняя граница постоянного слоя возникает за счет представлений о том, что цена на медицинские услуги должна быть справедливой. Именно сюда заложены оценки социальной ценности здоровья и ограничения в связи с тем, что оно «должно быть доступно каждому». При этом оценки социальной ценности здоровья с позиции государства нередко расходятся оценками стоимости здоровья с позиции медика. Правда, мнение медика опосредовано оценками собственной заработной платы. Именно ее уровень, как говорили нам некоторые врачи, является индикатором отношения государства к здоровью своих граждан.

Величина постоянного слоя ценовой оболочки может реагировать на нормативную атмосферу вокруг практик взимания неформальных платежей в коллективе, в котором работает врач. Здесь следует учитывать два параметра.

1. Общее отношение к практике оказания неформальных коммерческих услуг в коллективе: расцениваются ли они как приемлемые или как недопустимые, одобряются они или же порицаются, каким образом уживаются с оценками профессионального статуса.
2. Степень зависимости ценовых решений врача от коллективных норм или обязательных для выполнения договоренностей с коллегами по поводу уровня цен на неформальные услуги («Вот моя подружка. К ней старухи сплошные приходят. Ну как она может с них много взять? Так, рублей двести-триста. А молодые врачи, с которыми она работает, на нее наседаются, – мол, ты почему так мало берешь, все нам портишь»).

Перечисленные факторы учитываются врачом при определении базового уровня цены на его услуги.

По итогам интервью у нас сложилось впечатление, что стоматологи, хотя и воспринимают неформальные платежи как значимый источник дохода, все же не относятся к ситуациям

оказания неформально оплачиваемых услуг как к частному бизнесу на базе государственного учреждения. Наличие постоянной заработной платы (которая, по оценкам опрошенных, в Москве является удовлетворительной по сравнению с ситуациями в других регионах) фокусирует повседневный опыт врача на решении непосредственных профессиональных задач. Несмотря на их относительную частоту, коммерческие услуги, оказываемые врачом, воспринимаются как исключение, нежели правило («*В общем-то, все это пациенты, просто с этим неловко, ведь деньги нужно взять*»). Возможно, поэтому врачи стараются минимизировать свои усилия по ценообразованию, предпочитая пользоваться выбранными однажды шаблонами, в соответствии с которыми и устанавливают цены.

Каким же образом в представлении врача появляются эти шаблоны с конкретными, выраженными в денежных знаках ценами?

В одних случаях врачи поясняли, что информация о ценах на неформальные услуги обсуждается между коллегами по работе. Сложившиеся в процессе этого обсуждения цены и становятся ориентирами, изредка корректируемыми врачом «по обстоятельствам».

В других случаях цена формируется на основе импровизированного исследования рынка стоматологических услуг. Интернет и знакомые стоматологи, работающие в других частных и государственных клиниках, помогали отследить ценовой ряд. Информация о ценах на стоматологические услуги черпается врачом и из повседневной жизни: значимым источником оказывается опыт его друзей, побывавших в роли пациентов в других клиниках. Полезным является и опыт первичных неформальных пациентов, иногда сообщающих о ценах, по которым они лечились у предыдущего врача. Построенный таким образом ценовой ряд адаптируется врачом к рыночному сегменту, в котором он работает, к условиям обслуживания, имеющимся техническим средствам и уровню своей квалификации.

В то время как верхняя граница постоянного слоя ценовой оболочки является жесткой, переменный слой цены может флуктуировать в зависимости от обстоятельств. Интервал такой флуктуации неограничен. Во многом он задается представлениями врача о среднем уровне платежеспособности его пациентов. По каким индикаторам врач определяет уровень платежеспособности? Как показывают наши интервью, речь здесь идет о символах социального статуса пациента. Иными словами, платежеспособность потребителя сконструирована социально. А распознавание платежеспособности пациента требует от врача не столько профессиональной или рыночной, сколько социальной компетенции.

Р.: Я же вижу, кто ко мне приходит, и понимаю, сколько мне могут заплатить.

И.: А как вы видите? Вот я, например, не уверена, что смогу сказать, сколько человек мог бы заплатить.

Р.: Ну, у вас же от этого зарплата не зависит. Зависела бы, вы бы тоже понимали.

И.: А как вы понимаете?

Р.: Ну, смотрю, что на человеке надето. Какие часы, ботинки, есть ли мобильный телефон, если есть, то какой. По вопросам, которые человек задает. Как он говорит. Обычно это видно.

Именно в связи с платежеспособностью пациентов чаще всего говорят о ценовой дискриминации со стороны врача. Ценовая дискриминация скрывает за собой представления о таких характеристиках пациентов, которые позволяют врачу рассчитывать на получение дополнительной прибыли от лечения данного пациента, или же просто социальные предубеждения врача. В первом случае интересны нормы, регулирующие дискриминационные ценовые практики, а также то, в какой мере и на каких основаниях врач обосновывает правомерность своих претензий на дополнительную прибыль за счет пациента. Во втором случае озадачивают характеристики пациента, способные спровоцировать ценовую дискриминацию.

К сожалению, в интервью нам не удалось выявить, какие характеристики пациента могут вызывать изменение цены. По словам опрошенных медиков, платежеспособность является единственным основанием для ценообразования. Социальные атрибуты пациента и

взаимодействия с ним не принимаются в расчет. Даже симпатия к пациенту лишь в редких случаях может стать поводом для изменения цены.

И.: А бывает, когда с постоянным пациентом налаживаются какие-то человеческие отношения? У вас же есть регулярные пациенты?

Р.: *Приятельские отношения, вы имеете в виду?*

И.: Ну, не приятельские, может быть, но вы узнаете что-то про человека, про его жизнь.

Р.: *Конечно, такое бывает.*

И.: А если с такого человека нужно брать деньги, эти отношения как-то мешают? Вроде того, что вот человек, судьба у него такая, может, скинуть ему...

Р.: *Нет, стоимость лечения, если она есть, оговаривается заранее.*

Перейдем к анализу дневников самонаблюдения стоматологов и попытаемся понять, каким образом ценовое поведение врача может изменяться в зависимости от характеристик пациента.

Социальные, демографические и клинические характеристики пациентов как источник вариативности ценового поведения врача

В нашем эксперименте по ведению дневников участвовали три женщины-стоматолога 34, 43 и 49 лет. Они работают в разных государственных поликлиниках Москвы, но условия их работы можно считать сопоставимыми: ни в одной из клиник нет официального платного отделения; для всех информантов данное место работы является основным; их занятость на этих местах составляет четыре-пять дней в неделю, по шесть часов в день; прием пациентов каждой из врачей осуществляется в «общем зале» (т.е. по соседству работают их коллеги). Двое из наших информантов знакомы друг с другом.

Нам удалось договориться о том, что в течение тридцати рабочих дней они будут фиксировать информацию о принимаемых «неформальных» пациентах в разработанных нами дневниках наблюдения.

Всего в нашем распоряжении оказалась информация о 139 пациентах. Частотное распределение их характеристик представлено в табл. 1.

Таблица 1. Частотное распределение характеристик пациентов (N = 139, %)

Пол пациента		Возраст пациента (по оценкам врача)					Уровень образования пациента (по оценкам врача)		Статус посещения (по оценкам врача)			Уровень платежеспособности пациента (по оценкам врача)			Способ попадания к врачу (степень персонализации отношений с врачом)				
Мужской	Женский	16–25	26–35	36–45	46–55	56 и старше	Высшее	Не высшее	Первичный	Вторичный	«Старый пациент»	Низкий	Средний	Высокий	С улицы	По рекомендации пациента	По рекомендации знакомого	Знакомый	Затрудняюсь ответить
41	59	14	54	42	51	0	46	55	35	40	25	42	51	7	15	36	14	4	31

Нам предстояло проверить, влияют ли признаки, дифференцирующие пациентов в глазах врача, на степень однородности назначаемых этим врачом цен. Первичный статистический

анализ в большинстве случаев производился при помощи непараметрического теста Краскала – Уоллиса⁴. При обнаружении статистически значимой неоднородности ценового распределения мы переходили к вопросу о направлении и силе связи и использовали коэффициент корреляции Кендала, близкий по своей архитектуре к критерию Краскала – Уоллиса.

Какие же из наших ожиданий оправдались, а какие – нет?

Уровень образования пациента не имеет значимого влияния на вариации цен, назначаемых врачом (табл. 2)⁵.

Таблица 2. Средняя взвешенная цена⁶ за лечение для пациентов с различным (по оценкам врача) уровнем образования, руб.

	По выборке	Уровень образования пациента	
		Не высшее	Высшее
Средняя взвешенная цена	672	719	615
Число пациентов	139	76	63

Из интервью стало ясно, что для врача уровень образования пациента (если он иной, чем у самого врача) не является индикатором его социальной удаленности. Тем более что обследуемые нами врачи работают в государственных поликлиниках, и сегмент рынка, представленный менее образованными и менее обеспеченными пациентами, является для них целевым («Ведь когда на врача учишься, сразу знаешь, что всех людей придется лечить»; «Без высшего образования пациенты часто не могут себе позволить лечиться в дорогих частных клиниках. Вот они и идут к нам. Здесь для них более доступно. А для нас это все равно работа, деньги. Зачем же им завышать?»).

Еще одна наша гипотеза была связана с неоднородностью ценового поведения врача в ответ на возраст пациента. Мы предполагали, что размер неформального платежа для социально уязвимых категорий населения (студенты, пожилые люди) окажется меньшим, чем для людей средних, т.е. наиболее трудоспособных, возрастов. На уровне средних статистика позволяет говорить о том, что категории «помоложе» и «постарше» действительно платят меньше, однако статистический критерий этот результат не подтверждает (табл. 3).

Таблица 3. Средняя взвешенная цена за лечение для пациентов разного (по оценкам врача) возраста, руб.

	По выборке	Возраст пациента			
		16–25	26–35	36–45	46–55
Средняя взвешенная цена	672	551	725	744	548
Число пациентов	139	19	33	58	29

⁴ Для анализа распределения цен в случаях, когда группирующая переменная была измерена дихотомически, использовался непараметрический критерий Манна – Уитни.

⁵ Наблюдаемое различие на уровне средних связано с тем, что в группу с «не высшим» образованием попали четыре пациента с высоким уровнем платежеспособности, что и спровоцировало смещение средней.

⁶ При анализе мы абстрагировались от того, что данные о пациентах были получены от разных врачей. «Средняя цена» работы оказалась различной для трех задействованных в наблюдении врачей. Поэтому переменная «цена» была взвешена таким образом, чтобы средняя стоимость для различных врачей совпадала и равнялась средней стоимости по всей выборке. Это позволило анализировать полученное распределение цен, как если бы оно отражало ценовое поведение не трех разных врачей, а одного – «усредненного».

Как и ожидалось, источником вариаций в ценовом поведении медика оказался пол пациента. Более высокие цены устанавливаются для пациентов женского пола (табл. 4).

Таблица 4. Средняя взвешенная цена за лечение для пациентов разного пола, руб.

	По выборке	Пол пациента	
		мужской	женский
Средняя взвешенная цена	672	564	745
Число пациентов	139	56	83

Такой результат прямо противоречит нашему предположению о том, что возникновение неформального общения между контрагентами женского пола (врачом и пациентом) ведет к понижению цены. Напротив, наши респонденты-медики более склонны занижать цену пациентам противоположного пола – мужчинам.

Подтвердилась гипотеза о взаимосвязи цены и «номера» визита пациента к данному врачу. Пациенты, которые приходят в первый раз, платят больше. С приходящих во второй раз и «старых» пациентов обычно берут меньше (табл. 5).

Таблица 5. Средняя взвешенная цена за лечение в зависимости от длительности сотрудничества с данным врачом, руб.

	По выборке	Длительность сотрудничества		
		Пациент пришел впервые	Пациент пришел во второй раз	«Старый» пациент
Средняя взвешенная цена	672	760	677	541
Число пациентов	139	49	55	35

Мы попытались выяснить, почему «старые» пациенты получают «скидки». Причины оказались вполне маркетинговыми. Лояльность пациента внушает врачу ощущение стабильности заработка, и за эту стабильность врач готов заплатить. Давно лечащийся пациент имеет возможность оценить качество работы врача и порекомендовать его своим знакомым («Пациент, который давно лечится, и так уже много мне заплатил, и после этого он все равно не уходит к другому врачу, он приходит сегодня, и я знаю, что придет потом и, может быть, приведет свою семью»).

Вместе с тем опыт предыдущей оплаты лечения пациентом оказывается для врача «референтной ситуацией» [Kahneman, Knetsch, Thaler 1986] и ограничивает его свободу в ценоустановлении. Цены для давно лечащихся пациентов не столько занижены, сколько не повышены со времени прошлого визита. Чтобы повысить цену на свои услуги и при этом не потерять «старого» пациента, врачу требуются веские аргументы («Конечно, когда человек приходит и знает, что вообще в стране все цены выросли, он готов к тому, что и у меня теперь подороже будет. А если ничего не изменилось, он приходит на то же кресло, – что я ему скажу? Ну, конечно, может быть новый композит, но это ведь в разумных пределах все, здесь намного не повысишь, пациент ведь все понимает»).

Вариации в назначаемых ценах были отслежены и по степени персонализации взаимоотношений врача с пациентом (см. табл. 6). Переменная «степень персонализации» фиксировала, откуда пациент узнал о враче: зашел ли случайно, по рекомендации других пациентов, по рекомендации знакомых врача или же сам является таким «знакомым». Мы попросили врачей прокомментировать полученные результаты. Выяснилось, что, пациент, приходящий по рекомендации другого пациента, обычно предварительно справляется у него и о стоимости лечения. При совпадении диагнозов врач имеет ограниченные возможности для

изменения цены, ведь изменение необходимо обосновывать. Порою можно сослаться на фактор времени: цены, о которых осведомлен пациент, могут устаревать. Однако иногда пациенты «страхуют» себя и от такого развития событий, уточняя, когда именно ими была получена информация о цене («*Что я могу сделать, если она садится в кресло и говорит, что знакомая была у меня месяц назад и ей очень понравилось, что такая хорошая врач и недорого...*»).

Несколько иначе обстоит дело с пациентами, пришедшими по рекомендации знакомых. Здесь важно, от кого именно приходит пациент, важен характер взаимоотношений врача с рекомендателем: степень их знакомства друг с другом, покровительство рекомендателя пациенту и т.д. Тем не менее за редким исключением рекомендованные знакомыми пациенты лечатся за деньги, пусть и со скидками. Личные же знакомые врача очень часто обслуживаются бесплатно. В связи с этим был выявлен крайне важный момент: мы спросили врачей, стали ли бы они лечить своих знакомых бесплатно, если бы речь шла об их частном кресле. Выяснилось, что в полностью коммерциализированных условиях никто из врачей не согласился бы на бесплатное лечение знакомых, в лучшем случае для них предусматриваются скидки. Условия для бесплатного лечения родственников возникают лишь в государственном учреждении.

И.: Скажите, а если бы у вас было свое частное кресло, вы бы лечили знакомых бесплатно?

Р.: Нет, конечно. Всех знакомых бесплатно лечить – по миру пойдешь. Если у меня целый день будут лечиться одни родственники, знакомые, одногруппники и однокурсники, я очень быстро прогорю. Здесь это чуть-чуть другое. Здесь мое время оплачено – плохо ли, хорошо ли, это другой вопрос. Но зарплата идет. И я могу себе позволить полечить кого-то бесплатно.

Таблица 6. Средняя взвешенная цена за лечение в зависимости от степени персонализации взаимоотношений врача и пациента (способа попадания пациента к данному врачу), руб.

	По выборке	Степень персонализации взаимоотношений с врачом			
		Пациент «с улицы»	По рекомендации другого пациента	По рекомендации знакомого врача	Знакомый врача
Средняя взвешенная цена	672	767	759	573	210
Число пациентов	139	21	50	19	6

Похожая картина наблюдается и в отношении изменения цены в ответ на нарушение пациентом неформальных правил клинической дисциплины. Представляя себя владельцами собственной стоматологической практики, врачи говорят, что постарались бы компенсировать прогулы пациента за счет повышения цены на услуги во время все-таки наступившего приема. Однако в бюджетной организации врач не претендует на «воспитание» пациентов. «Упущенное» с коммерческой точки зрения время перенаправляется врачом на выполнение своих основных обязанностей.

Что касается опозданий на прием, то, по мнению врачей, они вообще вряд ли могут быть основанием для изменения стоимости лечения. Скорее опоздание может повлиять на качество лечения, когда врач оказывается ограничен во времени.

Все это свидетельствует о том, что если врач выйдет на легальный рынок, его ценовая политика может оказаться иной.

Далее, в рыночной ситуации врачи ранжируют пациентов по уровню их платежеспособности. Наблюдается прямая связь между назначаемой ценой и оценкой платежеспособности пациента. Хотя и не очень явно, ценовая дискриминация более обеспеченных пациентов проявила себя и на наших данных (табл. 7).

Таблица 7. Средняя взвешенная цена за лечение для пациентов с различным (по оценкам врача) уровнем платежеспособности, руб.

	По выборке	Уровень платежеспособности пациента		
		Низкий	Средний	Высокий
Средняя взвешенная цена	672	488	702	1522
Число пациентов	139	58	71	10

Однако не стоит спешить с выводами о намеренной эксплуатации врачом материальных возможностей пациента. Пациентам с более высоким уровнем платежеспособности чаще ставили более дорогие пломбы. При этом, по свидетельствам врачей, стоимость предстоящего лечения обсуждается заранее. Пломбировочные материалы предлагаются пациенту на выбор (естественно, с пояснениями), окончательное же решение принимается пациентом.

И.: Как вы понимаете, сколько пациент смог бы заплатить? Как принимаете решение о том, какого качества пломбу предлагать?».

Р.: Я предлагаю оба материала на выбор, и пациент сам выбирает.

И.: Всем пациентам предлагаете? Независимо от того, насколько платежеспособным он вам кажется?

Р.: Да, всем.

Поскольку формально выбор материала предоставляется пациенту, сложно говорить о дискриминационных практиках со стороны врача. Преимущество получает гипотеза о том, что разница в средних ценах на медицинские услуги, оказанные пациентам с разным уровнем дохода, лишь отражает разницу в качестве лечения [Newhouse 1970: 176].

Итак, подытожим результаты нашего количественного анализа.

1. Обследованные нами врачи не учитывают уровень образования пациентов и аргументируют это ценностно-рационально: в лечении нуждаются все пациенты.
2. Ценовое поведение врачей чувствительно к полу и возрасту пациентов. При этом на уровне рефлексии медиков эти факторы не проявляют себя, или же их влияние описывается прямо противоположным образом.
3. Врачи называют разные цены для новых и «старых» пациентов, объясняя такую политику в терминах экономии на масштабе и рекламе.
4. Цены, назначаемые стоматологами, варьируются в зависимости от того, каким путем пациент попадает на прием. В то же время врачи не воспринимают таких пациентов как носителей одного признака с разными значениями. Скорее речь идет о том, что идентификация пациентов через способ попадания к врачу активизирует тот или иной профиль условий и соответствующий этому профилю ценовой выбор.

В целом можно говорить о том, что установки обследованных стоматологов в значительной мере отражают традиционно закладываемые в цену материальные и временные издержки и особенности спроса на товар. Однако помимо этих факторов обнаруживаются и другие: сопряженные с социальной справедливостью, абсолютными ценностями, проявлениями статусной стратификации и характером личностных взаимоотношений с коллегами и клиентами.

Заключение

Прежде чем перейти к выводам, обозначим ограничения нашего исследования.

Затронутая нами проблема междисциплинарна и требует высокой компетентности исследователя и в экономике, и в социологии. Представляется, что недостаточное знание автором экономических теорий ценообразования является серьезным недостатком работы.

Существенное ограничение накладывают и имеющиеся эмпирические данные. Наши респонденты труднодоступны и рекрутировались методом смежного кома. Понятно, что в таком случае речь о выборке или социо-демографическом квотировании не идет. Полученная информация, скорее всего, смещена по гендерным основаниям, ведь все опрошенные нами врачи – женщины. При этом и сами респонденты иногда подчеркивали нетипичность своего поведения.

Что касается систематических ошибок, то самая большая опасность связана со спецификой выбранного нами эмпирического объекта. Наши выводы могут экстраполироваться на другие сегменты рынка стоматологических услуг лишь с большой осторожностью. Дополнительного изучения требуют мотивация, установки, характеристики и положение участников неформальных рыночных ситуаций в государственной стоматологии. Не проясненным остался вопрос о преимуществах занятости в рассмотренном низкоценовом и низкотехнологичном сегменте. Кто эти врачи с социально-демографической точки зрения? Почему они остаются в этом не самом прибыльном секторе стоматологического рынка? Не связано ли это с качеством их квалификации, а значит, и с их конкурентоспособностью? А если связано, то как это отражается на их ценовом поведении?

Ради упрощения исследовательской модели мы пренебрегли пациентами, сконцентрировавшись лишь на врачах и их роли в ценообразовании. Из-за сенситивности обсуждаемых вопросов нам сложно ручаться за правдивость и полноту сведений, предоставленных медиками. Возможны и другие методические проблемы. С высокой долей вероятности выбранный для анализа сегмент стоматологического рынка предполагает специфичность не только продавцов, но и потребителей. Например, мы не затрагивали вопрос о том, насколько дифференцирована по доходу наша группа потребителей неформальных стоматологических услуг. И это большое упущение. Ведь, обнаружив здесь слабую дифференциацию покупательской способности, мы не сможем говорить о высокой степени ценовой свободы бюджетных стоматологов и, что еще более неприятно, столкнемся с вопросом о том, насколько чувствительны такие пациенты к цене и требовательны к качеству получаемых услуг, каким образом они выбирают врача.

Неформальный характер рассмотренных рыночных ситуаций также может вызывать смещения и ошибочность выводов. Ценовое поведение врачей, формируемое на фоне «и так капающей» зарплаты, может разительно отличаться от практик ценообразования на официальном медицинском рынке. Интересно было бы сопоставить ценовые установки «неформальных» и официально практикующих частных врачей. Последние также имеют свободу ценообразования, но их ценовое поведение более встроено в рынок и в этом смысле является более реалистичной платформой для социологического изучения процесса формирования цены.

Критического отношения заслуживает и предложенная нами модель цены. Мы попытались структурировать цену. Но в силу скудности и ограниченности эмпирических данных такое структурирование пока что очень условно. Неясно, какие специфические принципы ценообразования в медицине мы упустили из виду. Требуется более формализованная процедура, которая позволит с большей уверенностью распределить факторы ценообразования по степени, обстоятельствам и вариативности их влияния на цену. Наконец, предложенная модель цены очень обща. Мы попытались применить ее к экзотическому сегменту рынка стоматологических услуг и в целом, с точки зрения наглядности выводов,

получили удовлетворительные результаты. Однако насколько такая модель применима к другим рынкам, как она будет детализироваться и структурироваться при изучении других товаров или услуг, покажут лишь будущие исследования.

Итак, наш анализ ценового поведения бюджетных врачей-стоматологов, предоставляющих неформально оплачиваемые медицинские услуги, позволяет сделать следующие выводы.

Ценовое поведение врача социально укоренено в той степени, в какой ему приходится считаться с мнением коллег, и в том смысле, что первоначальная информация о ценах получена врачом по его социальной сети. Конкретные цифры, выуженные врачом при помощи коллег, пациентов, друзей, знакомых и Интернета, закрепляются за определенным профилем условий, описывающих формат взаимодействия с пациентами. Благодаря связи «профиль условий взаимодействия с пациентом – цена» в арсенале врача появляется набор ценовых шаблонов, облегчающих врачу процесс назначения цены для каждого случая лечения.

Что касается плоскости взаимоотношений «врач – пациент», то здесь необходимо понимать, какой позиции мы придерживаемся: субъективистской (акцент на смыслах, привносимых ценоустановителем) или объективистской (взгляд на ценообразование «со стороны», как на социальный факт).

В первом случае правильнее говорить о рядоположенности, а не о переплетении социальных и рыночных аспектов медицинской ситуации. За ценой на неформально предоставленную медицинскую услугу стоит стремление врача соблюсти баланс между своими интересами в увеличении личного дохода и интересами пациента, нуждающегося в лечении. Процесс установления рыночного равновесия между спросом и предложением в действительности разворачивается в голове у социализированного индивида, которому необходимо принять решение о цене. Теоретически объективные детерминанты цены усваиваются врачом в процессе социализации. Мост между теорией и практикой ценообразования в медицине, таким образом, лежит через восприятие врача, где объективные условия преобразуются в обоснование допустимости устанавливаемых цен.

Парадокс соприсутствия целерациональных и ценностно-рациональных мотивов в коммерциализированной медицинской ситуации разрешается за счет установки врача на продажу собственного времени, а не здоровья людей. Именно профессиональное время врача оказывается товаром, поддающимся калькуляции. Абсолютная ценность здоровья в этом контексте не затрагивается. Она интегрирована в содержание повседневной профессиональной деятельности врача.

Занижение цены или бесплатное лечение знакомых воспринимается врачами как форма продолжения социального взаимодействия, существующего вне лечения. Такие случаи выходят за рамки коммерческой деятельности медиков. Взаимоотношения же с платными пациентами встроены в рыночный контекст. Социальная близость, личные симпатии – скорее приятные атрибуты профессиональной деятельности, нежели повод для изменения цены. Пол, хотя и провоцирует вариации ценового поведения, не учитывается врачами как условие изменения цены. Наиболее важную роль играет оценка врачом платежеспособности пациента.

Если же подходить к анализу процесса установления цены на неформально оплачиваемые стоматологические услуги с объективистских позиций, то, напротив, правильнее настаивать на вариативности ценового поведения врачей в зависимости от их социальных взаимоотношений с пациентами. Пол, степень персонализации общения, опыт предыдущих встреч с врачом и социальный статус пациента легко распознаются как повод завышать или занижать цену на медицинские услуги.

Двойственность полученных результатов не позволяет ни однозначно подтвердить, ни окончательно опровергнуть гипотезу о социальной укорененности ценообразования. Это

можно объяснить как недостаточностью нашей эмпирической базы, так и действительно тесным переплетением рыночного и социального в выбранной для анализа области. В любом случае одни и те же эмпирически наблюдаемые зависимости убедительно интерпретируются как в экономических терминах, так и в социологических. А это, на наш взгляд, говорит о том, что социологии следует заниматься изучением проблемы ценообразования силами собственного методологического аппарата – не претендуя при этом на опровержение экономических объяснений.

Пока нам удалось сделать лишь один, совсем небольшой социологический шаг в сторону проблемы ценообразования. Полученные результаты, по нашему мнению, обладают ценностью с точки зрения накопления семантических значений, сопряженных с ценой. Однако любые претензии на надежность и универсальность представленных наблюдений пока что очень условны, и все наши смелые выводы требуют дальнейшей эмпирической проверки с выходом на представительные случайные выборки респондентов.

Литература

Аболафия М. Рынки как культуры: этнографический подход // Западная экономическая социология: хрестоматия современной классики. / Сост. и науч. ред. В.В. Радаев; пер. М.С. Добряковой и др. М.: РОССПЭН, 2004. С. 431–444.

Асперс П. Рынок моды: фотография моды в Швеции // Экономическая социология. 2006. Т. 7. № 5. С. 39–55.

Беккер Г. Человеческое поведение: экономический подход. М.: ГУ ВШЭ, 2003.

Делепляс Г. Лекции по истории экономической мысли / Пер. с франц. Н. Шехтман, И. Блам под науч. ред. В.П. Бусыгина. Новосибирск: TEMPUS (TACIS), 2000. <http://econom.nsc.ru/jep/books/047/>

Кнорр-Цетина К., Брюггер У. Рынок как объект привязанности: исследование постсоциальных отношений на финансовых рынках // Западная экономическая социология: хрестоматия современной классики / Сост. и науч. ред. В.В. Радаев; пер. М.С. Добряковой и др. М.: РОССПЭН, 2004. С. 445–470.

Котлер Ф., Армстронг Г., Сондерс Дж., Вонг В. Основы маркетинга. М.; СПб.: Вильямс, 1999.

Неформальные платежи за медицинскую помощь в России / Отв. ред. С.В. Шишкин; Независимый институт социальной политики. М., 2002.

Поланьи К. Экономика как институционально-оформленный процесс // Западная экономическая социология: хрестоматия современной классики / Сост. и науч. ред. В.В. Радаев; пер. М.С. Добряковой и др. М.: РОССПЭН, 2004. С. 82–104.

Радаев В.В. Социология потребления: основные подходы // Социологические исследования. 2005. № 1. С. 5–18. <http://ecsocman.edu.ru/socis>

Радаев В.В. Социология рынков: к формированию нового направления. М.: ГУ ВШЭ, 2003.

Российское здравоохранение: оплата за наличный расчет / Шишкин С.В. (рук.), Бесстремьянн Г.Е., Красильникова М.Д. и др.; Независимый институт социальной политики. М.: ГУ ВШЭ, 2004.

Самуэльсон П. Экономика. Т. 2. М.: МГП «АЛГОН» ВНИИСИ, 1992.

Уайт Х. Рынки и фирмы: размышления о перспективах экономической социологии // Экономическая социология: новые подходы к институциональному и сетевому анализу. М.: РОССПЭН, 2002. С. 96–118.

- Aksman E.* The early experience of Poland in introducing a quasi-market in health care // Eurohealth. 2000. Vol. 6. No. 2. http://www.lse.ac.uk/department/lse_health
- Anderson R., House D., Ormiston M.* A theory of physician behavior with supplier-induced demand // Southern Economic Journal. 1981. Vol. 48. No. 1.
- Atun R., Gamkrelidze A., Vasadze O.* Health sector reform in Georgia // Eurohealth. 2000. Vol. 6. No. 2. http://www.lse.ac.uk/department/lse_health
- Baker W.* The social structure of a national securities market // American Journal of Sociology. 1984. Vol. 89. No. 4.
- Callon M.* Introduction // The Law of Markets / Ed. by M. Callon. Oxford: Blackwell, 1998.
- Freidson E.* Profession of Medicine: A Study of the Sociology of Applied Knowledge. Chicago; L.: University of Chicago Press, 1988.
- Kahneman D., Knetsch J., Thaler R.* Fairness as a constraint on profit seeking: entitlements in the market // American Economic Review. 1986. Vol. 76. No. 4.
- Kornai J.* Hidden in an envelope: gratitude payments to medical doctors in Hungary. 2000 <http://hera.colbud.hu/main/PubArchive/DP/DP60-Kornai.pdf>
- Morgan M.* The doctor-patient relationship // Sociology as Applied to Medicine / Ed. by G. Scambler. L.: Bailliere Tindall, 1991.
- Newhouse J.* A model of physician pricing // Southern Economic Journal. 1970. Vol. 37. No. 2.
- Rhee Sang O.* Relative importance of physician's personal and situational characteristics for the quality of patient care // Journal of Health and Social Behavior. 1977. Vol. 18. No. 1.
- Sari N., Langenbrunner J., Lewis M.* Affording out of pocket payments for health services: evidence from Kazakhstan // Eurohealth. 2000. Vol. 6. № 2. http://www.lse.ac.uk/department/lse_health
- Silberston A.* Surveys of applied economics: price behaviour of firms // The Economic Journal. 1970. Vol. 80. No. 319.
- Simmel G.* The Philosophy of Money. L.: Routledge & Kegan Paul, 1990.
- Uzzi B., Lancaster R.* Embeddedness and the price formation in the corporate law market // American Sociological Review. 2004. Vol. 69. No. 3.
- Velthuis O.* Talking Prices: Symbolic Meanings of Prices on the Market for Contemporary Art. Princeton: Princeton University Press, 2005. Ch. 1. <http://www.ecsoc.ru/db/msg/16535/textlink>
- Weber M.* Economy and Society. Berkeley: University of California Press, 1978.
- White H.* Where do markets come from // American Journal of Sociology. 1981. Vol. 87. No. 3.
- Zelizer V.* Human values and the market: the case of life insurance and death in 19th – century America // American Journal of Sociology. 1978. Vol. 84. No. 3.