

ПРИНЦИПЫ ЦЕНООБРАЗОВАНИЯ В МЕДИЦИНЕ:

СОЦИАЛЬНО-ЭКОНОМИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ НА ПРИМЕРЕ НЕФОРМАЛЬНЫХ ДЕНЕЖНЫХ ПЛАТЕЖЕЙ В ГОСУДАРСТВЕННОЙ СТОМАТОЛОГИИ Г. МОСКВЫ

Александрова Елена Сергеевна

Выпускница магистратуры факультета социологии ГУ ВШЭ

Email: ealexandrova@hse.ru

Социология весьма мало интересуется ценой, по традиции считая ее объектом изучения экономической теории. Социология изучает рынки, но не проблематизирует процесс ценообразования, по умолчанию пользуясь предлагаемым для него экономическим объяснением.

Вопрос о том, каким образом назначается рыночная цена на тот или иной товар или услугу, кажется социологии давно решенным. Ответ на него она обнаруживает в учебниках по экономике, где написано, что цена на товар или услугу является функцией от соотношения спроса и предложения.

Однако спрос и предложение «являются лишь удобными всеобъемлющими категориями для анализа и описания многообразных сил, причин и факторов, влияющих на цену» [Самуэльсон 1992: 14]. И в то время как ценообразование устойчиво вытесняется в предметную область экономической теории, соотношение цен на различные блага обнаруживает себя за многими, отнюдь не хозяйственными, процессами в обществе.

Определяемая соотношением цен доступность благ задает объективные линии социальной демаркации, сказывается на качестве жизни социальных групп. Образ референтной группы, формирующий социальную идентичность индивида, помимо всего прочего характеризуется и благами. Наблюдаемый социальный имидж любой группы зависит, в том числе, и от того, какие ценовые барьеры способны преодолеть ее представители. Для многих индивидов соотношение цен на различные блага означает соблюдение или отрицание в обществе принципов социальной справедливости. Воспринятое как несправедливое, соотношение цен может влиять на взаимоотношения различных социальных групп, приводить к девальвации авторитета государства, способствовать развитию пессимистических оценок реальности и формированию очагов раздражения. В корне «несправедливого» соотношения цен часто видят лоббирование чьих-нибудь интересов, использование властных преимуществ и обман. Вопреки идущей от Курно традиции определения рынка через универсальность цен, наблюдаемые в повседневной жизни рыночные цены не универсальны. Их многообразие нередко аргументируется социально. И такая аргументация понятна нам как обывателям. Например, придя в Третьяковскую галерею, мы увидим, что стоимость билета дифференцирована в зависимости от того, кому – взрослому или ребенку, гражданину РФ или иностранцу, студенту дневного или вечернего отделения – предстоит им воспользоваться. Нас совсем не удивляют «рождественские» скидки, и мы способны уразуметь, почему «Кувшинки» Клода Моне оцениваются в 22,5 миллиона долларов¹. Нас возмущает, когда старушек вдруг заставляют платить за билет в общественном транспорте обычную цену, и радуется, что поход в кино в утреннее время позволит нам заплатить втрое меньше. Но разве возраст, гражданство, форма обучения, статус занятости, время суток являются хозяйственными категориями?

Все выглядит так, будто процессы установления цены на рынке тесно связаны с порядками социальной жизни. Эти порядки находятся в зоне научной ответственности социологии и в

¹ Антикварный Интернет-журнал «Гелиос». 2004. Ноябрь. <http://www.gelos.ru/sale/arthjournal/001075.shtml>

значительно меньшей степени интересуют экономику. В этом смысле предлагаемое экономической теорией объяснение процессов ценообразования неполно и не может применяться по умолчанию при социологическом подходе к рынку. В таком случае вопрос о том, каким образом формируется рыночная цена, возникает заново. Для того чтобы разобраться в нем имеет смысл сделать шаг назад от шаблонного объяснения цены в терминах спроса и предложения и вернуться к тем «бесчисленным силам, которые определяют эти спрос и предложение или проявляются через них» [Самуэльсон 1992: 13]. В результате такого «отступления», на наш взгляд, могут проявиться установки агентов рынка в контексте ценообразования, принципы, которыми они руководствуются при принятии решения о том, какую цену назначить на свои товары или услуги. Приняв во внимание эти, сформировавшиеся под влиянием существующих социальных порядков, установки и принципы мы получим более удовлетворительную с точки зрения социологии рынков концепцию ценообразования: не теряющую из виду социальные детерминанты цены и корректируемую с учетом повседневных поведенческих практик рыночных агентов. Продвижение в направлении такой концепции и составляет главную задачу данной работы.

Мы предполагаем, что кажущийся чисто экономическим по своей сути процесс ценообразования на практике испытывает сильное влияние со стороны социальных представлений и социальных взаимоотношений участников рынка, то есть (так же как и многие другие рыночные процессы) является социально укорененным.

Для проверки этой гипотезы мы обратимся к ценовому поведению врачей-стоматологов, оказывающих непредусмотренные для государственных поликлиник, (в которых они работают), платные услуги и сталкивающихся с необходимостью определять размер неформального денежного платежа, который им предстоит получить за лечение пациента.

Рынок медицинских услуг, пусть и неформальных, выбран нами неслучайно.

Здесь в наиболее явном, а, значит, эмпирически наблюдаемом виде, имеет место тесное переплетение социальных и рыночных мотивов продавцов, возникающее из-за амбивалентности маркетизации 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, чтобы услуги были оказаны на соответствующем уровне. Происходит выравнивание позиций врача и пациента относительно друг друга. В это же время предметом рыночной сделки в медицине остается здоровье. При этом «здоровье» – социально запутанный товар [entangled good] [Callon 1998]. Необходимое каждому члену общества здоровье 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 маркетизацию взаимоотношений врача и пациента. Таким образом, правила рынка в медицине социализируются: у некоторых экономических явлений и процессов наряду с привычной обусловленностью могут появляться социальные детерминанты.

В отношении правил ценообразования можно ожидать такой же социализации. 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. В то время как в частных сетевых и одиночных клиниках, а также в официально платных отделениях бюджетных медицинских учреждений, цены складываются на основе предписанного собственниками или государством

прейскуранта, в ситуациях оказания неформальных рыночных услуг процесс формирования цены полностью сконцентрирован в руках врача.

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. Все отобранные врачи – женского пола. Возраст обследуемых – от 34 до 52 лет.

Главным критерием отбора врачей являлось то, что практика оказания медицинских услуг и получения за эти услуги неформальных денежных платежей была для них стабильным источником дохода. Рекрутинг респондентов осуществлялся методом «снежного кома». Эмпирические данные были получены за счет проведения глубинных неформализованных интервью.

Благодаря личному знакомству имелась возможность для неограниченного общения с тремя респондентами. Помимо интервью, знакомые нам врачи дали согласие на ведение дневников наблюдения. По итогам такого «самонаблюдения» медиков была получена информация о 139 пациентах, их социальных, демографических и клинических характеристиках, а также о стоимости их лечения. Опять же за счет личного знакомства мы имели возможность обсудить результаты статистического анализа и получить некоторые комментарии.

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, исходя из того, что 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 выборов цены, зависящих от того, какими принципами он руководствуется в контексте ценообразования.

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.

Теоретические основы исследования: экономические и социологические концепции ценообразования

При подготовке к эмпирическому исследованию рассматривались и экономические, и социологические интерпретации ценообразования. Мы не собирались ни сталкивать две эти интерпретационные стратегии, ни оценивать объяснительные возможности каждой из них. Вместо этого нам хотелось использовать их в комплиментарном режиме, для того чтобы получить максимально насыщенное пространство факторов, в котором и формируется цена. Сочетание экономических и социологических теорий кажется нам продуктивной исследовательской стратегией. По сути, эти концепции говорят об одной и той же цене, просто затрагивая ее с разных сторон. Отправной точкой в обоих случаях является теоретическое представление о том, что такое рынок. Дискуссия по поводу цены симметрична дискуссии об определении рынка. При этом и в одной, и в другой дискуссии речь идет о том, что в процессе моделирования этих понятий экономисты и социологи оставляют за скобками разные факторы. Каждой из сторон дискуссии кажется, что факторы, от которых абстрагировался оппонент, на самом деле являются базовыми условиями функционирования рынка или же ценообразования. Вместе с тем коммерческий успех требует от продавца понимания потребителя, и хотя бы поэтому они связаны, а за рынком и ценообразованием стоят человеческие отношения. В это же время не бывает ценообразования без издержек, пусть даже речь идет не о прямых материальных затратах, а о потере времени, сил и т.д. Тогда компиляция экономических и социологических взглядов дает возможность охватить все совокупное количество граней ценообразования, каждая из которых отдельно высвечивается то экономикой, то социологией.

В целом мы убедились в том, что в действительности экономические и социологические рассуждения о цене не так далеки друг от друга, как могло бы показаться.

Учитывая множественность экономических разработок в области ценообразования, мы решили оттолкнуться от «классических» идей, полагая, что современные теоретические концепции основываются именно на них и в этом смысле являются их детализацией. В части экономических подходов к ценообразованию были рассмотрены работы таких ученых как А. Смит, Д. Рикардо [Классика... 2000], А. Маршалл [Маршалл 1993], Л. Вальрас [Делеплас 2000], Дж. М. Кейнс [Кейнс 1998], Ф. Хайек [Хайек 2001], Г. Беккер [Беккер 2003а] и т.д. Источником информации о последних эмпирических результатах и выводах, предложенных экономической дисциплиной, стали прикладные экономические исследования рынков.

В политической экономии дискуссия о происхождении цены на товары и услуги разворачивалась в терминах теории стоимости. И проблема этой дискуссии лежала в плоскости соотношения цены, стоимости и ценности вещей. На основании этого факта можно говорить о том, что анализ формирования цены на товары и услуги изначально носил социально-экономический характер. В целом, на наш взгляд, в экономике можно отметить следующую траекторию моделирования ценообразования: зависимость от общественных условий в работах Адама Смита и определяемая субъективными представлениями о полезности блага в теориях маржиналистов, цена постепенно очищается экономистами от трения, вносимого ее социальными составляющими, и к моменту актуализации теории ценности Вальраса, абстрактная модель ценообразования в результате симметрично действующих сил спроса и предложения встала во главу угла теоретического экономического знания. Реальные же практики ценообразования, складывающиеся в условиях несовершенной конкуренции и частного равновесия, были отданы на откуп прикладной экономике. Со временем, однако, в экономической теории начался обратный процесс «ре-социализации» цены. Эмпирически фиксируемые экономистами отклонения ценового поведения фирм от принципа рациональности заставили пересмотреть существующие объяснения ценообразования, дополнить список условий ценообразования социальными мотивами ценоустановителей и общими моральными факторами.

О существовании социологической традиции изучения рыночного ценообразования говорить крайне сложно. Тем не менее, идеи, предложенные различными классиками (например, работы Г. Зиммеля [Simmel 1990], М. Вебера [Weber 1978], К. Поланьи [Поланьи 2004]) могут быть взяты за основу такой традиции. До недавнего времени проблема цены и ценообразования являлась побочной даже для экономической социологии. Приступив к рассмотрению хозяйственной жизни на несколько десятков лет позже, чем экономика, социология столкнулась с широким корпусом понятий, при помощи которых хозяйственная жизнь уже анализировалась в экономической теории, и ей предстояло выработать собственную позицию в их отношении. Теперь, пока экономисты определяют цену как точку равновесия, социологи считают, что цена формируется в процессе торга между продавцом и покупателем, т.е. акцентируют внимание на том, что цена конструируется в процессе социального взаимодействия. Они показывают, что для агентов рынка большое значение имеет стремление к установлению справедливой цены, выливающееся в конститутивные правила ценообразования [Аболафия 2004]. Демонстрируют, что подвижность цен на рынке, будучи источником серьезной неопределенности, способствует формированию социальных сетей и механизмов информационного обмена посредством регулярного общения [Baker 1984]. Благодаря социологическому подходу к рынку становится ясно, что ценовое поведение на рынке в значительной мере регулируется взаимной ориентацией продавцов друг на друга [White 1981]. Появляются данные о том, что степень персонализации взаимоотношений поставщика услуг и его клиента сказывается на уровне цен, возникающих в рамках рыночных сделок между ними [Uzzi, Lancaster 2004]. Цены рассматриваются как культурные образования, в результате чего помимо привычного экономического значения за ними обнаруживаются значения символические [Velthuis 2005]. Выясняется, что на рынках вырабатываются различные совокупности правил, позволяющие устанавливать цены разных типов и с разной моральной значимостью. Цены, их уровень, изменения и различия проявляют себя как средства распространения социальных и культурных значений. Причем, значения, читаемые по ценам относительно и множественны (meaning of prices are always multiple meanings) [Velthuis 2005]. Нередко они в меньшей степени содержат в себе информацию о товарах, и в большей степени - о тех людях, которые создают, реализуют и приобретают их. Цены оказываются «эпифеноменом статусных иерархий», сигнализируют об оценках продавцами своего положения на рынке [Рессель 2002].

Оплата пациентом услуг врача автоматически вменяет взаимодействию свойства рыночной ситуации, в силу возникновения опосредованного деньгами обмена. [Weber 1978: 83]. Исследования показывают, что многие из существующих экономических моделей, описывающих механизм происходящих на рынке процессов, теряют свою объяснительную силу, как только дело касается рынка медицинских услуг [Newhouse 1970]. Представляется, что лишь единовременное вовлечение в анализ и экономических, и социальных особенностей медицинского взаимодействия, позволит повысить объяснительный потенциал формируемых моделей. Поэтому список детерминант ценообразования в медицине не может считаться удовлетворительным до тех пор, пока мы не рассмотрим ценовое поведение врача с учетом социально-экономической специфичности рыночных ситуаций в медицине.

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 коррелировать 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 учреждении².

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, являющегося представителем 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 материальное вознаграждение [Anderson, House, Ormiston 1981]. Добавим к этому невещественный характер медицинских услуг, и связанную с этим проблематичность выработки оценок их качества даже после потребления пациентом; высокую значимость сопроводительных аспектов получения услуги; эффект оценки качества лечения через цену, когда цена становится индикатором качества услуги; заниженную ценовую эластичность спроса, хоть и корректируемую пациентами в пределах бюджетных ограничений и стремления к оптимизации расходов - и нестандартность медицинской услуги, как объекта рыночного обмена, станет заметной.

Особое устройство рынка медицинских услуг возникает также, благодаря тому, что экспертная власть, которой, за счет своей компетенции в области медицины и принадлежности к профессиональному сообществу, обладает врач, позволяет ему занимать доминирующее положение во взаимоотношениях с пациентом. Независимо от макро-характеристик рынка медицинских услуг «врач имеет возможность вести себя как монополист по отношению к тем пациентам, которые в итоге выбрали его» [Newhouse 1970]. Это позволяет врачу воздействовать на ход рыночных ситуаций с пациентами посредством своевольных вариаций цены. Таким образом, возникают условия для ценовой дискриминации. Под *ценовой дискриминацией* мы понимаем корректирование врачом цены на свои услуги с поправкой на различия в характеристиках пациентов. Результаты эмпирических исследований опровергают аффективную нейтральность медика, свидетельствуя о том, что не все пациенты одинаковы в глазах врача. Ситуации дискриминации вменяют дискриминирующему индивиду желание получить компенсацию за вынужденное взаимодействие с представителем социальной группы, против которой он имеет предубеждение [Беккер 2003: 201] В условиях, когда дискриминирующий имеет возможность варьировать цены на свои услуги, проще всего получить эту компенсацию через завышение цены.

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 является одним из центральных мотивов врача, а давление профессиональной среды нередко перекрывает личностные инициативы медика [Rhee Sang 1977]. Врачу приходится считаться не только с правилами рынка, но и с нормами профессионального сообщества, к которому он принадлежит.

² Российское законодательство оставляет за государственными медицинскими учреждениями право на оказание платных услуг. Как следствие, в 1999 году Министерством Здравоохранения РФ и РАМН была утверждена «Инструкция по расчету стоимости медицинских услуг», адаптированная, в том числе, и к определению стоимости стоматологического лечения.

Значимыми для ценообразования в медицине являются также профессионализм врача, его общая социальная компетенция и вытекающая отсюда совокупность реакций на различные характеристики пациентов.

Таковы в самом общем виде условия формирования ценового поведения врача. Для того чтобы получить реалистичное представление об установках бюджетных стоматологов Москвы в контексте ценообразования, перейдем к результатам интервью с некоторыми из них.

Принципы ценообразования в медицине: по результатам интервью с бюджетными стоматологами, оказывающими неформально-оплачиваемые услуги

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).

Рисунок 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 в контексте ценообразования.

Ядро цены 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 своей бюджетной поликлиники. Мы предполагали, что такая легитимация происходит за счет отчислений в пользу администрации (главного врача и т.п.). Однако, по свидетельствам проинтервьюированных врачей, 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 и временных затрат, лечения родственников или 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».*

Опрошенные врачи допускают, что денежные отчисления в пользу «руководства» могут существовать в других клиниках. (Некоторые из них даже слышали о соответствующих

практиках от «друзей»). Однако за отсутствием личного опыта они не смогли сказать ничего о размере или механизме этих трат. А для них самих материальные затраты не включают отчисления за право ведения неформальной деятельности. 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, требующиеся для выполнения 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 врачом 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 1500 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 предвкусываемый 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 медицинские ситуации, в которых предпринимательские цели врача могут элиминироваться под влиянием медицинской этики. Однако это характерно для иных сфер медицины. В стоматологической практике, не сопряженной с проблемами «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, а 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 «окупить» 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, возникающие в связи с его обязательной доступностью. При этом оценки социальной ценности здоровья с позиции государства нередко рассогласуются с 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. В данном контексте, со слов «наших» врачей, следует учитывать три параметра.

1. Общее отношение к практикам оказания неформальных коммерческих услуг в указанном 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 я знаю, моя подружка. К ней старухи сплошные приходят. Ну как она может с них много взять. Так, рублей двести-триста. Так молодые врачи, с которыми она работает, на нее наседають, – мол, ты почему так мало берешь, все нам портишь»*).
3. Пространственную организацию деятельности различных врачей в коллективе, с точки зрения возможности для мониторинга за деятельностью друг друга?

Факторы, перечисленные в привязке к ядру, а также, верхней и нижней границам постоянного слоя ценовой оболочки, учитываются врачом при определении минимально допустимого, базового уровня цены на его услуги.

По итогам интервью у нас сложилось впечатление, что опрошенные 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 указывали на то, что информация о ценах на неформальные услуги не является закрытой для обсуждения между коллегами по работе. Сложившиеся в процессе этого обсуждения цены и становятся осевыми ориентирами, изредка корректируемыми врачом «по обстоятельствам».

В других случаях формирование ценового поведения врачей происходит на основе импровизированного исследования рынка стоматологических услуг. Интернет и знакомые стоматологи, работающие в других частных и государственных клиниках, помогли отследить ценовой ряд на рынке стоматологических услуг. 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. Выявленный такими способами ценовой ряд адаптируется врачом в соответствии с оценками рыночного сегмента, на котором он работает, с условиями обслуживания, имеющимися техническими средствами и

уровнем своей квалификации. За счет такой адаптации врачи выделяют для себя допустимый интервал, в пределах которого и помещается цена.

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. Встает вопрос о том, каким образом в представлении врача сконструирован индикатор платежеспособности пациента. Судя по результатам интервью, данный индикатор реагирует на различные символы, репрезентирующие социальный статус 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, на уровне интервью нам не удалось выявить, в направлении каких характеристик пациента допускаются изменения 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.

Рассмотрим, что говорят нам дневники самонаблюдения стоматологов о том, 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, %)

Индикаторы статусов пациентов																			
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 рек. пациента	По рек. 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, задающие дифференциацию пациентов в глазах врача, на степень однородности назначаемых этим врачом цен. Первичный статистический анализ в большинстве случаев производился при помощи непараметрического теста Краскала–Уоллиса³. При обнаружении статистически значимой неоднородности ценового распределения перед нами вставал вопрос о направлении и силе связи. Для оценки этих параметров использовался коэффициент корреляции Кендала, близкий по своей архитектуре к критерию Краскала–Уоллиса.

Расскажем, какие из наших гипотетических ожиданий оправдались, а какие не нашли эмпирического референта на наших данных.

Уровень образования пациента не проявил себя как значимый источник вариации цен, назначаемых врачом. 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?»).

³ Для анализа распределения цен в случаях, когда группирующая переменная была измерена в дихотомической форме, был использован непараметрический критерий Манна–Уитни.

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. Однако на практике, хотя возраст пациента и выступает источником вариаций ценового поведения врача, говорить о том, что категории «помоложе» и «постарше» оплачивают более низкие счета, не приходится. По-видимому, возраст пациента влияет на ценовое поведение опосредованно, в силу связи с иными характеристиками клиента или врача.

Как и ожидалось, источником вариаций ценового поведения медика оказался пол пациента. Здесь наблюдаются более высокие цены для пациентов женского пола. Такой результат прямо противоречит нашему предположению о том, что личная информация, привносимая в деловые взаимоотношения между партнерами женского пола, придает им социальный оттенок, что ведет к понижению цены. Напротив, есть смысл говорить о том, что ценовое поведение обследованных медиков менялось в сторону понижения цены при оказании медицинских услуг противоположному полу.

Статистически значимой оказалась гипотеза о взаимосвязи цены и «номера» визита пациента к данному врачу. Более высокими оказались цены для первичных пациентов. В отличие от них в отношении повторных и уже тем более «старых» пациентов наблюдалась тенденция к снижению цены. Мы попытались прояснить те основания, по которым «старые» пациенты получали «скидки» на лечение. Они оказались вполне маркетинговыми по своему характеру. Лояльность пациента создает врачу ощущение некоторой стабильности личного заработка, и за эту стабильность врач готов заплатить. Более того, давно лечащийся пациент имеет возможность составить представление о качестве работы данного врача. И с этой точки зрения лояльность именно этому врачу позволяет медику рассчитывать на пациента как на источник позитивной рекламы его услуг (*«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 становится для врача «референтной ситуацией» [Kahneman, Knetsch, Thaler 1986] и ограничивает его свободу в ценоустановлении. По словам нашего респондента, зафиксированные им цены для давно лечащихся пациентов являются не заниженными, а, скорее, «не повышенными» 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, 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 на много не повысишь, пациент ведь все понимает»*).

Значимые вариации в объявляемых ценах были отслежены и по такому параметру, как степень персонализации взаимоотношений врача с пациентом. В результате статистического анализа стало ясно, что по мере увеличения степени персонализации взаимоотношений с пациентом врачи склонны занижать цены на лечение.

Переменная «степень персонализации» фиксировала данные о пациентах с учетом того, каким образом они узнают о данном докторе: заходят ли случайно, по рекомендации пациентов, по рекомендации знакомых врача или же сами являются такими «знакомыми». Мы попросили врачей прокомментировать полученные результаты. Выяснилось, что, приходя по совету другого пациента, человек имеет информацию о том, во сколько его советчику обошлось лечение у данного доктора. При совпадении диагнозов врач имел ограниченные возможности для изменения цены, ведь это изменение необходимо обосновывать. Иногда, как свидетельствовали врачи, на помощь может прийти временной фактор: цены, о которых осведомлен пациент, могут устаревать. Однако иногда пациенты «страхуют» себя и от такого

развития событий, уточняя временной интервал, когда 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. Значимым фактором является характер взаимоотношений врача с рекомендателем, степень их знакомства друг с другом, наличие признаков покровительства рекомендателя данному пациенту и т.д. Тем не менее, за редким исключением рекомендованные знакомыми пациенты лечатся за деньги, пусть и со скидками. Этого не скажешь о знакомых врача, которые, как показал частотный анализ, очень часто получают медицинское лечение «*бесплатно*». В этой связи 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 допускает бесплатного предоставления услуг знакомым; 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 знакомых бесплатно лечили?

Р.: *Нет, конечно. Всех знакомых бесплатно лечить – по миру пойдешь. Если у меня целый день будут лечиться одни родственники, знакомые, одногруппники и одноклассники, я очень быстро прогорю. Вот 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.*

Похожая ситуация складывается и в отношении вариаций цены в ответ на нарушение пациентом неформальных правил клинической дисциплины. Представляя себя владельцами собственной стоматологической практики, врачи говорят о том, что постарались бы компенсировать прогулы пациента за счет повышения цены на услуги во время все-таки наступившего приема. Однако в рамках 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 они, по мнению врачей, вообще вряд ли могут быть основанием для изменения стоимости лечения. Скорее, эффект опоздания имеет отношение к качеству лечения, осуществляемому врачом в условиях ограниченных временных ресурсов.

Все это свидетельствует о том, что хотя выбранная нами ситуация и подходит для рассмотрения ценового поведения врача, все-таки это поведение относится к рыночным ситуациям, лишь периодически возникающим в рамках медицинского взаимодействия. В случае же выхода врача на легальный рынок, его ценовая политика может оказаться иной.

Нас также интересовало мнение врачей о том, как степень персонализации их отношений с пациентом соотносится с ценой услуг. Примечательно, что, предоставляя бесплатные услуги знакомым, врачи отнюдь не приветствуют данные ситуации («*Ну, границу белого халата не стоит переходить*»). Дело здесь совсем не в материальных убытках от бесплатно затраченного времени. Персонализация взаимоотношений с пациентом мешает его лечению. Нарушение врачом принципа аффективной нейтральности затрудняет работу. Среди медиков распространено суеверное убеждение, что «*своих*» лучше не лечить: с ними всегда что-то идет не так, не по лечебному плану, с осложнениями. Таким образом, для оптимального достижения медицинских целей врачу и пациенту лучше не быть связанными между собой личными отношениями.

В условиях рыночной ситуации врачи ранжируют пациентов по уровню их платежеспособности, и, как показал наш анализ, цены для пациентов с различной (по мнению врачей) платежеспособностью неодинаковы. Наблюдается прямая связь между уровнем назначаемой цены и оценкой платежеспособности пациента. Хотя и не очень явно, ценовая дискриминация более обеспеченных пациентов проявила себя и на наших данных.

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 до начала лечения. Пломбирочные 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 на 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, получив некоторое эмпирическое представление об установках бюджетных стоматологов Москвы в контексте ценообразования, можно говорить о том, что в значительной части они отражают традиционно закладываемые в цену материальные и временные издержки и особенности спроса на товар. Однако помимо этих факторов ценообразования среди принципов медиков-ценоустановителей обнаруживаются и другие, сопряженные с социальной справедливостью, абсолютными ценностями, проявлениями статусной стратификации и характером личностных взаимоотношений с коллегами и клиентами.

Заключение

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 которой ему приходится считаться с мнением работающих по соседству коллег и в том смысле, что первоначальная информация о ценах получена врачом за счет ресурсов его социальной сети. Конкретные цифры, «выловленные» врачом на рынке при помощи коллег, пациентов, друзей, знакомых и Интернета, закрепляются за тем или иным профилем условий, относящихся к формату взаимодействия с пациентами. Благодаря связи «профиль условий взаимодействия с пациентом - цена» в арсенале врача появляется набор ценовых шаблонов, применение которых экономит его усилия по определению цены для каждого случая лечения.

Что касается взаимоотношений с пациентами, то здесь, необходимо понимать, в каком ракурсе мы подбираем ответ на вопрос о социальной укорененности цены на медицинские услуги: в субъективистском (восприятие врачом процесса установления цены, акцент на смыслах, приносимых ценоустановителем) или в объективистском (взгляд на ценообразование «со стороны», как на социальный факт).

Исходя из субъективного восприятия ценообразования врачом, 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, диктуемыми потребностью в увеличении личного дохода, и интересами пациента, нуждающегося в лечении. Описанный в экономике процесс установления рыночного равновесия между спросом и предложением в действительности разворачивается в голове у социализированного индивида, которому необходимо принять решение о цене. Объективные с теоретической точки зрения 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 источник обоснования 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.

Тот факт, что врачи склонны занижать или даже вовсе отказываться от цены при лечении своих знакомых воспринимается ими как форма продолжения социального взаимодействия, существующего вне лечения. Указанные случаи не входят в контекст коммерциализированной деятельности медиков. В это же время взаимоотношениям с платными пациентами предшествует рыночный контекст. Социальная дистанция между врачом и пациентом не имеет значения. Социальная близость, личные симпатии и эмоциональная включенность во взаимодействие для врача скорее, - приятные атрибуты профессиональной деятельности, нежели повод для изменения цены. Пол хотя и провоцирует вариации ценового поведения, не входит в состав осознанных врачами условий, с профилем которых соотносится цена. Изменение цены, когда опыт «делового общения» с данным пациентом велик, стимулируется представлениями об эффективности маркетинговых стратегий в области ценообразования. В ситуации неформально-оплачиваемого лечения на первый план выступает платежеспособность пациента. Является ли она справедливым основанием для ценовой дискриминации более обеспеченного пациента или же просто маленьким повседневным провидением, пославшим врачу пациента, склонного ожидать более качественного лечения и готового заплатить за него, - достоверно неизвестно. Понятно только, что врачи склонны настаивать на независимости социальных чувств к пациенту и рыночных мотивов, обусловленных материальным интересом.

Подойдя к процессу установления цены на неформально-оплачиваемые стоматологические услуги объективистски, напротив, правильнее настаивать на вариативности ценового поведения врачей в зависимости от того, каковы их социальные взаимоотношения с пациентами. Пол, степень персонализации общения, опыт предыдущих встреч с врачом и социальный статус пациента, при взгляде «со стороны», легко распознаются как стимулы к предоставлению медицинских услуг по завышенной или заниженной цене. Статистические критерии говорят о том, что ценообразование на неформальные медицинские услуги социально укоренено.

Двойственность полученных результатов не позволяет ни однозначно подтвердить, ни окончательно опровергнуть гипотезу о социальной укорененности ценообразования. Отчасти это можно объяснить как недостаточностью эмпирической базы нашего исследования, 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 категориях. А это, на наш взгляд, говорит о том, что, не претендуя на отрицание экономических объяснений ценообразования, социология, тем не менее, может настаивать на необходимости дополнения этих объяснений социальными факторами как детерминантами процесса формирования рыночной цены.

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 выводов пока что очень условны.

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.
- Беккер Г.* Человеческое поведение: экономический подход. М.: ГУ ВШЭ, 2003.
- Делепляс Г.* Лекции по истории экономической мысли / Пер. с франц. Н. Шехтман, И. Блам од науч. ред. В.П. Бусыгина. Новосибирск: TEMPUS (TACIS), 2000. <http://econom.nsc.ru/jep/books/047/>
- Кейнс Дж. М.* Конец laissez-faire // Истоки: вопросы истории народного хозяйства и экономической мысли. Вып. 3. / Редкол.: Я.И. Кузьминов (гл. ред.) и др. М.: ГУ ВШЭ, 1998. (Глава 7).
- Классика* экономической мысли: Вильям Пети, Адам Смит, Давид Риккардо, Джон Мейнард Кейнс, Милтон Фридмен. М.: Эксмо-Пресс, 2000.
- 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.; К.: Издат. дом «Вильямс», 1999.
- Неформальные платежи* за медицинскую помощь в России / Отв. ред. С.В. Шишкин; Независимый институт социальной политики. М., 2002.
- Маршалл А.* Принципы экономической науки. Т. 1. М.: Прогресс; Универс, 1993.
- 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.

- Рессель Й.* Рецензия на книгу: *Aspers P. Markets in Fashion, A Phenomenological Approach* (2001) // Экономическая социология. 2002. Т. 3. № 3. С. 121–122.
- Российское здравоохранение: оплата за наличный расчет / Шишкин С.В. (рук.), Бесстремьянная 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.

