

## **Ценообразование в медицине как процесс социальной координации (экономико-социологический анализ на примере коммерческой стоматологии Москвы)**

Е.С. БЕРДЫШЕВА

*В статье анализируются механизмы и практики ценообразования на московском рынке стоматологических услуг. Демонстрируется, что рыночные цены на стоматологические услуги лишь в незначительной степени детерминируются характеристиками стоматологических услуг или клиник – значение имеют лишь профессионализм врачей и статус учреждения. Намного более важным для клиник является соотношение своего ценового поведения с преобладающими рыночными ценами и ценами выбранной рыночной ниши, а также соблюдение принципов обоснованности цен во взаимоотношениях с пациентами и сотрудниками. В связи с этим развивается тезис о том, что ценообразование в коммерческой медицине представляет собой процесс сложной социальной координации между различными участниками рынка. Рассуждения основываются на материалах эмпирического обследования Интернет-сайтов 184-х московских стоматологических клиник и 25-ти интервью с врачами и управляющими некоторых клиник.*

Ключевые слова: цена, ценообразование, рынок, коммерциализация, медицина, стоматология

### **Введение**

Рынки сегодня возникают в самых неожиданных сферах жизни общества. По мнению В. Эспеленд и М. Стивенса, измерение ценности благ через их рыночные цены становится столь привычным, что люди нередко симулируют рынки, чтобы присвоить цену самым что ни на есть иллюзорным объектам – от корпоративной этики до суррогатного материнства. «Там, где рынки не существуют, они часто изобретаются» [Espeland, Stevens 1998, p. 323]. Многие потребительские рынки сегодня – это рынки социально запутанных товаров, выведение которых на рынок бросает вызов социальным ценностям. Об одном из таких рынков – рынке медицинских услуг – мы будем говорить в данной работе.

Сопряженные с медициной рынки имеют дело с фиктивным благом – здоровьем, что на теоретическом уровне ставит под сомнение саму возможность денежного калькулирования. На практике же на медицинских рынках предлагаются невещественные, слабостандартизированные услуги с неопределенным качеством,

что делает абсолютно непрозрачными те основания, на которых основываются и дифференцируются действующие здесь цены; в то же время понять механизм формирования обоснованных рыночных цен на медицинские услуги очень важно.

Все большее число россиян сегодня делает выбор в пользу платных медицинских услуг, и не всегда этот выбор добровольен. В значительной степени он обусловлен тем, что система государственного здравоохранения подчас с трудом справляется со своими обязательствами перед населением, перекладывая часть ответственности за здоровье россиян на частную медицину. Подобные тенденции вызывают социальное беспокойство. И одно из главных опасений социальных реформаторов и российского общества в этой связи состоит в том, что коммерциализация медицины, ориентированная на получение поставщиками услуг прибыли, поставит под угрозу субстантивные цели системы здравоохранения – сохранение и поддержку здоровья членов общества, и кроме того, повысит барьеры доступности медицинской помощи ввиду установления необоснованно высоких коммерческих цен. Подобные опасения – небезосновательны. Статистика США и стран Западной Европы свидетельствует, что коммерческие цены на медицинские услуги действительно устойчиво демонстрируют повышенные темпы роста по сравнению с прочими потребительскими ценами [*Шейман 2008*].

Каким образом можно объяснить данные процессы? В какой мере «неожиданное» поведение рыночных цен на медицинские услуги является обоснованным и неизбежным, а в какой – обусловлено корыстными мотивами ценоустановителей? Эти частные вопросы возвращают нас к более общему вопросу: как формируются обоснованные цены на медицинские услуги? Мы попытаемся дать ответ на него, основываясь на результатах эмпирического исследования практик ценообразования на рынке стоматологических услуг г. Москвы.

## **Теоретико-методологические основы исследования**

Российское здравоохранение пока не имеет достаточного собственного опыта рыночного ценообразования в медицине, который помог бы выстроить функционирующую систему цен на коммерческие медицинские услуги и противостоять вероятным негативным ценовым тенденциям. Описание и объяснение механизмов формирования рыночных цен на медицинские услуги является актуальной научной задачей, решение которой способствовало бы выработке навыков оценки обоснованности и управления коммерческими ценами в медицине. В данной работе мы попытаемся решить ее средствами экономической социологии.

Почему именно экономическая социология, а не экономическая теория, для которой ценообразование на потребительском рынке является более привычным сюжетом? Главным образом, потому что, как представляется, более широкий методологический взгляд экономической социологии, интегрирующий наработки как экономической науки, так и социологической теории, позволяет лучше «ухватить» смысл и содержание амбивалентного (из-за переплетения и потенциального конфликта принципов экономической эффективности и требований социального контроля) процесса ценообразования в медицине.

Рыночные цены являются частью рынка как институционально оформленной формы обмена [Поланьи 2002]. И потому понимание цен как продукта технической калькуляции, как суммы фактических издержек и надбавки на прибыль представляется недостаточным: оно не учитывает, что ценообразование на потребительских рынках представляет собой социальный процесс.

Для того чтобы функционировать гладко, рыночные цены должны быть обоснованы в глазах участников рынка, понятны им: цены – результат негласных конвенций между участниками [Вельтус 2008]. Предметом подобных конвенций являются основания цены, факторы, детерминирующие ее уровень.

Рыночные цены могут функционировать лишь тогда, когда основания, лежащие в их базе, остаются легитимными, разделяются и признаются всеми участниками рынка. Подобная легитимность достигается за счет того, что факторы, составляющие основу цены, признаются «объективными», что, главным образом, означает их защищенность от искусственного манипулирования в целях удовлетворения эгоистического интереса [Zhou 2005]. Если это условие соблюдается, цены воспринимаются как обоснованные, а их уровень как приемлемый и допустимый.

Признаться, до недавнего времени тема ценообразования интересовала социологов в незначительной мере [Вельтус 2008]. Хотя классическая социология уделяла большое внимание рационализации социальной жизни и сопутствующим ей процессам калькуляции, эти процессы стойко оценивались со знаком «минус». Вплоть до конца 1970-х гг. реальность представлялась социологам, занимающимся хозяйством, расколотой на два диаметрально противоположных и даже «враждебных» мира (*hostile worlds*), – мира рынков, рациональности и мира социальных смыслов [Zelizer 2005, p. 336]. В ценообразовании видели воплощение деструктивной природы рынка, и именно по этой причине оно оставалось на периферии экономико-социологических исследований.

Ситуация изменилась в начале 1980-х гг. в связи с расцветом новой экономической социологии и ростом ее интереса к устройству потребительских рынков. Харрисон Уайт стал одним из первых экономсоциологов, взглянувшим на формирование рыночных цен с социологической точки зрения [White 1981]: с его подачи экономсоциологи начали задаваться вопросом о социальных механизмах, лежащих в основе этого ключевого рыночного процесса.

Сегодня социологических работ, посвященных проблемам ценообразования на потребительских рынках, становится все больше. Среди экономсоциологов, интересующихся этой темой, – В. Зелизер, В. Бейкер, М. Каллон, Ч. Смит, О. Вельтус, Б. Уци, П. Асперс, Ф. Муньеса и ряд других. Как следствие в новой экономической социологии стали накапливаться результаты эмпирических исследований потребительских рынков, что позволило обнаружить социально обусловленные закономерности рыночного ценообразования<sup>1</sup>.

О какого рода закономерностях идет речь? Начнем с того, что (вслед за Максом Вебером) экономическая социология исходит из того, что действия по установлению цен на рынке, несмотря на свою экономическую обусловленность, тем не менее, являются социальными действиями. Цены формируются в ходе соци-

<sup>1</sup> Обзор экономсоциологических исследований по теме ценообразования [см. Бердышева 2010].

ального взаимодействия рыночных акторов и имеют смысл для каждого из них. «“Хозяйственные” процессы и объекты обретают свою специфику как цель, средство, препятствие, побочный результат лишь благодаря смыслу, который им придает человеческое действие... Производство благ, их цены или даже «субъективная оценка» – если уж они суть реальные процессы – не могут оставаться «психическими» явлениями... у них есть особого рода предполагаемый смысл, только он и конституирует единство соответствующих процессов, только он и делает их понятными» [Вебер 2004, р. 60–61].

Экономическая социология обнаруживает, что на эмпирически наблюдаемых рынках ценовое поведение рыночных агентов находится под неусыпным социальным контролем. И речь идет не только о государственных мерах по регулированию цен на социально значимые товары. «Неправомерные» ценовые действия – ценовая конкуренция, ценовая война, хищническое ценообразование – угрожают социальному порядку рынка, и потому социальный контроль цен остается в зоне ответственности самих его участников. Выясняется, что мотив получения прибыли стоит для фирм на втором месте, уступая стремлению сохранить целостность рынка [Флигстин 2004], а установление обоснованных и приемлемых цен становится конститутивным рыночным правилом [Аболафия 2004].

Почему участникам рынка так важно, чтобы цены были обоснованными? Дело в том, что функционирование рыночной экономики опирается на *презумпцию справедливости рыночной цены*. Критерием справедливости цены здесь является тот факт, что она сложилась на свободном конкурентном рынке. Нормативные требования к цене интегрируются в понятие рыночной цены. Предполагается, что господствующая рыночная цена формируется в результате двухсторонних сделок после того, как продавцы и покупатели координируют свои планы и приспособляются друг к другу. Таким образом, в рамках рыночного ценообразования цены не навязываются участникам, а формируются с учетом субъективных интересов каждого из них. В этом проявляется преимущество рынка, ориентированного на объединение всех продавцов и покупателей с помощью координации, а не субординации. «Презумпция справедливости цены есть не что иное, как презумпция превосходства координации над субординацией» [Козловски 1999, с. 279].

Например, Ф. Муньеса в своем исследовании ценообразования на Парижской бирже показывает, что если участники рынка чувствуют себя причастными к формированию рыночных цен (т.е. признают, что их интересы были учтены), цены как таковые признаются справедливыми. Попытки навязать рынку цены, скалькулировать их извне отрицаются. Какими средствами достигается скоординированность рыночных цен? Одним из условий является их публичность и общепризнанность. Так в случае с проблемой определения цены закрытия Парижской биржи, описанной Ф. Муньесой, решением стала практика публичного аукциона, на основании которого устанавливается цена закрытия биржи. Участвуя в аукционе, каждый из агентов называл свою цену закрытия биржи, благодаря чему каждый чувствовал себя повлиявшим на окончательную цену и готов был признать, что она выражает «правду рынка» [Muniesa 2007, р. 389].

На примере аукциона становится ясно, что практическим критерием легитимности цены остается ее соответствие ценам, заявленным другими покупате-

лями. Модель аукциона, таким образом, оказывается примером идеального случая формирования легитимных цен. Естественно, в чистом виде эта модель обнаруживается лишь на небольшом числе потребительских рынков, но, тем не менее, принципы, артикулированные в случае с аукционным ценообразованием, остаются неизменными.

Обоснованные цены базируются на социальном согласии, причем, легитимация рыночных цен возможна лишь тогда, когда цены не порождают конфликта между членами рыночного сообщества [Smith 2002]. Здесь сразу же встает вопрос о границах рыночного сообщества. В своей знаменитой статье 1981 г. «Откуда берутся рынки» Х. Уайт показал, что на производственных рынках на первый план выходит необходимость координации ценовых и прочих производственных решений той или иной компании с другими организациями [White 1981]. Вместо того, чтобы устанавливать цены, исходя из вкусов потребителей, фирма принимает ценовые решения на основании наблюдаемых индикаторов положения других продавцов. Рыночное настроение потребителя – это социальный факт, с которым продавец вынужден считаться, однако роль потребителя пассивна и не может стать руководством к действию. 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 следует принимать для того, чтобы интегрироваться в рынок и занять на нем определенную нишу. Укорененность в нише позволяет фирме обрести стабильное положение на рынке и действовать, исходя из этого положения. При этом ценовое поведение продавцов зависит от того, каким образом ведут себя «коллеги по нише». Иными словами, ориентиром для формирования обоснованных цен являются стандарты рыночного сообщества, ограниченного рыночной нишей. Процесс установления цен, таким образом, подразумевает взаимную ориентацию продавцов рынка друг на друга.

Закономерности, подмеченные Уайтом, подтверждаются результатами эмпирических исследований на различных потребительских рынках – как западных, так и российских. Например, в своей статье «Атомизированные действия и социальные связи: основы конкуренции в российской розничной торговле» В.В. Радаев показывает, что рыночные акторы испытывают потребность в согласовании своего поведения (в том числе и ценового) с рыночным поведением других, которую они удовлетворяют путем взаимного мониторинга. Автор говорит о «конкуренции через наблюдение», подчеркивая, что отслеживание действий конкурентов играет принципиальную роль в позиционировании ритейлеров на российском потребительском рынке [Радаев 2009].

В последнее время в экономической социологии все чаще говорят о необходимости типологизировать рынки, и потому, наряду с универсальными принципами ценообразования, целесообразно озаботиться поиском специфических особенностей. Например, Патрик Асперс выделяет стандартоориентированные (*standard-based*) и статусоориентированные (*status-based*) рынки. В первом случае, цены, прежде всего, соотносятся с параметрами продукции и ее спецификой, во втором – с характеристиками производителей и покупателей.

Конституирующая роль товара в организации многих рынков признается сегодня все большим числом экономсоциологов, при этом рыночные товары рассматриваются как социальные конструкты. Содержание продукта на рынке оказывается предметом манипуляции со стороны его игроков [Слейтер 2008]. В зависимости от того, какой образ товара «приживается» на рынке, потребители оценивают его качество и уровень цены, основываясь на том или ином наборе критериев. Манипулирование этими критериями позволяет манипулировать и ценами на данный товар. В случае, когда товар удается стандартизировать, его стоимость оказывается более определенной, а пространство для игры с ценой сужается. В это же время эмпирические исследования на потребительских рынках показывают, что цены рынка не только (а подчас не столько) репрезентируют то, что продается, сколько отражают характеристики тех, кто продает и кто покупает. На некоторых рынках, в частности, цены являются отражением имеющейся на рынке статусной иерархии [Podolny 1993; Asperts 2005].

Кроме того, цены рыночных сделок могут меняться в зависимости от того, какие социальные взаимоотношения связывают участников обмена [Uzzi, Lancaster 2004; Biggart, Delbridge 2004]. Измерить степень социальной близости партнеров по обмену можно по шкале, где один полюс соответствует минимально отягощенным социальными привязанностями «отношениям на расстоянии вытянутой руки», а другой – социально-укорененным взаимоотношениям. Социальная укорененность взаимоотношений придает акту обмена дополнительную ценность: доверие, привносимое за счет социальных связей, снижает транзакционные издержки, а вместе с ними и цену сделки [Uzzi, Lancaster 2004, p. 320].

Обобщая результаты экономсоциологических эмпирических исследований ценообразования на потребительских рынках, можно видеть, что ценообразование представляет собой нагруженный смыслами социальный процесс, разворачивающийся в социальном контексте, невозможный без ориентации акторов друг на друга и взаимной координации их действий. От этой идеи мы и отталкивались в нашей работе.

Цель нашего исследования состояла в том, чтобы изучить, описать и объяснить формирование цен на медицинские услуги как социальный процесс, выяснить, в чем состоит понятие обоснованной цены на медицинскую услугу и при каких условиях установление обоснованной цены оказывается возможным. Для того чтобы разобраться в социальных механизмах ценообразования в медицине, мы предлагаем рассмотреть систему предоставления медицинских услуг на примере коммерческой стоматологии г. Москвы. В отличие от большинства медицинских отраслей стоматология – это сфера медицины, где практики рыночного ценообразования сложились и успешно функционируют достаточно давно: нелегально рынок стоматологических услуг в Москве существовал еще во времена Советского Союза; тогда же именно стоматология одной из первых была переведена на систему хозрасчета.

Описываемое эмпирическое исследование выполнено в этнографической методологии, и наша задача состояла в том, чтобы получить наиболее полную картину, отражающую социальные механизмы ценообразования в медицине.

Отправной точкой исследования стали 25 глубинных полуструктурированных интервью с врачами и управляющими московских коммерческих стоматологических клиник, проведенные зимой 2008–2009 гг. На основании этих данных были выдвинуты гипотезы относительно параметров, являющимися источниками вариации цен на эти услуги. Для того чтобы проверить наши гипотезы, мы использовали количественные данные о 184 коммерческих стоматологических клиниках Москвы, их характеристиках и ценах, полученных с помощью контент-анализа Интернет-сайтов этих клиник.

## Результаты эмпирического исследования

### *1. Происхождение цен на стоматологические услуги и управление ими: данные интервью*

Прямой вопрос о том, каким образом формируются цены на стоматологические услуги, вызывает у представителей московских стоматологических клиник затруднения. Наши респонденты в унисон утверждают, что на московском рынке отсутствуют общеприменимые схемы расчета стоимости стоматологических услуг. *«Затраты просчитывают, но только для того, чтобы в общем виде понять “способны – не способны”»* [Геннадий, руководитель, сетевая клиника]. Для того чтобы прояснить основания цен, мы попытались заглянуть за фасад стоматологического бизнеса и выяснить, какой именно производственный процесс стоит за оказанием стоматологических услуг.

Оказалось, что нижняя граница цены в стоматологических клиниках задается издержками, необходимыми для выполнения задач клиники. Как и в случае с производством товаров, в сфере стоматологических услуг издержки обеспечивают необходимую осязаемую платформу ценообразования: *«цена не должна быть «высосана из пальца», она должна отражать затраты клиники»* [Николай, руководитель, одиночная клиника, Тушино].

О каких издержках может идти речь в случае с «производством» стоматологических услуг? Одной из главных статей издержек для стоматологических клиник является стоимость аренды. При этом часть московских клиник функционирует в помещениях, находящихся в собственности. Кроме того, в Москве действует программа муниципальной аренды, когда под клинику используются муниципальные площади с соответствующими тарифами. И первое, и второе существенно сокращают постоянные расходы клиники. Иными словами, даже при внешне сопоставимом уровне цен клиники могут обладать разным уровнем прибыли за счет особенностей затрат на площадь. Мы не будем подробно останавливаться на постоянных издержках, связанных с обеспечением деятельности клиники – затраты на воду, электричество и пр. Они составляют ощутимую долю расходов клиники, однако нередко учитываются в стоимости аренды.

О чем стоит поговорить подробнее, так это о материалах и оборудовании. По данным наших интервью с врачами и руководителями коммерческих стома-

тологических клиник Москвы, стоимость материалов находится в прямой связи с их качеством. Причем, качество в данном случае понимается как степень приближенности материалов к естественным показателям. Дорогие материалы чаще всего характеризуются лучшими физическими свойствами (сцепляемость с живыми тканями, коэффициент расширения, степень прозрачности и т.д.) и позволяют восстанавливать зубы в максимально естественном виде. В своем развитии стоматология стремится приблизиться к природным характеристикам тела человека, и как следствие, «новое» здесь оказывается синонимом «лучшего» и приветствуется. Гонка за прогрессивными материалами, методиками лечения ведется непрерывно: достаточно сказать, что крупные стоматологические выставки, на которых врачей и руководителей информируют о последних достижениях стоматологии, перспективных методиках лечения, технологических новинках проходят в Москве каждые полгода. В связи с этим важно подчеркнуть две вещи: во-первых, быстрое моральное устаревание некоторых материалов, за которым следует снижение их стоимости: *«Высокая цена изначально ставится на прогрессивные материалы, например, стекловолокно. Потом «приедается» и цена идет вниз»* [Евгений, врач, одиночная клиника, Арбатская], а во-вторых, обязательное повышение квалификации врача при освоении нового материала: *«Чтобы оборудовать себя в полной мере, нужно не только оборудование покупать, но и вкладываться в обучение»* [Лариса, руководитель, одиночная клиника, Коньково]. Держась за хорошего врача, многие клиники берут материальные затраты на повышение его квалификации на себя.

Нередко работающие в клинике врачи отдают предпочтение материалам, делая выбор в пользу тех, с которыми они умеют работать. Различные материалы обеспечивают возможности для предоставления разного рода услуг: и в этом смысле выбор материалов сильно зависит от того, каким образом позиционируется и какие цели ставит перед собой клиника. По словам наших респондентов, если и пытаться сэкономить на расходных материалах, то делать это нужно очень осторожно: дешевые материалы могут сослужить клинике плохую службу, это – прямой путь к повышению спроса на гарантийные переделки, что абсолютно невыгодно клинике. *«С дешевым материалом у докторов начинаются проблемы, переделки, экономии не происходит»* [Софья, владелец клиники, руководитель, Новогиреево]. Оптимизация расходов на материалы чаще достигается не за счет экономии, а за счет налаживания долгосрочных связей с поставщиками: *«У нас постоянные поставщики – бонусы и скидки»* [Николай, руководитель, одиночная клиника, Тушино].

Необходимо напомнить еще об одной статье расходов – тратах на технологию и оборудование. Дорогое оборудование в действительности может обеспечить большие возможности лечения, однако не все оборудование одинаково удобно для врача, что также учитывается при техническом оснащении клиники: *«Врач, который себя уважает, не будет долго работать на бразильской установке»* [Лариса, руководитель, одиночная клиника, Коньково]. Стоимость оборудования в стоматологии крайне высока, и некоторые клиники, например, не могут позволить себе купить рентгенограф, в связи с чем качество работы их сотрудников ощутимо падает. В это же время, по словам наших респондентов, дорогостоящее оборудова-



ние может использоваться клиниками в качестве антуража, с целью подчеркнуть престижность, высокий статус клиники.

Помимо затрат на материалы и оборудование, важную статью расходов составляет *заработная плата сотрудников* – административного, и младшего медицинского персонала, и, конечно же, врача. «Фактор врача» в значительной степени детерминирует цены на стоматологические услуги, поскольку для многих клиник врач, его время и навыки являются главным капиталом: «*Обаяние доктора – один из факторов конкурентоспособности клиники*» [Игорь, владелец, врач, одиночная клиника, Белорусская]. Профессионализм врача, понимаемый как система технологических знаний, умений и коммуникативных навыков, позволяет клинике не беспокоиться о том, насколько обоснованно высокими выглядят ее цены: «*Если доктора хорошие, то можно спокойно держать цены*» [Николай, руководитель, одиночная клиника, Тушино]. При этом прогрессивный характер стоматологии требует от врача постоянного повышения квалификации, инвестирования в себя: «*Не ходить на регулярную учебу для врача – дурной тон, это значит, он не развивается как специалист, не в курсе новых технологий*» [Евгений, врач, одиночная клиника, Арбатская].

Цены стоматологической клиники в целом и отдельные манипуляции в частности должны варьироваться в зависимости от того, насколько трудоемким и энергозатратным для врача является выполнение того или иного вида лечения. Необходимо учитывать и уровень ответственности, которую берет на себя врач, и тяжесть стоматологической работы, требующей постоянной концентрации и напряжения мелкой моторики.

Подводя итоги интервью, стоит отметить, что респонденты активно выражают свою озабоченность проблемой формирования цен на стоматологические услуги и управления ими, описывают процесс ценообразования на своем рынке как нечто стихийное и слабоструктурированное. Ощущение стихийности, судя по словам респондентов, порождается, главным образом, двумя факторами – оторванностью рыночных цен на стоматологические услуги от их материальной себестоимости и их внутренней несбалансированностью. Например, оценивая ситуацию с ценами до кризиса, некоторые респонденты говорили о том, что некоторые клиники вполне могли бы «ужать» выставляемые цены на 15%, сохраняя при этом приемлемое качество работы.

Тем не менее, ни одна из клиник не работает без прейскуранта. Проблема установления цен тем или иным образом решается, и далее мы попытаемся прояснить – каким образом. Прежде чем анализировать, какие шаги предпринимаются клиниками при установлении цен сегодня, скажем несколько слов о том, каким образом коммерческие цены на стоматологические услуги формировались на этапе зарождения московского стоматологического рынка.

Частные стоматологические клиники начали появляться в Москве в конце 1980-х гг. По словам наших респондентов, основой для установления цен на тот момент послужили государственные цены на стоматологические услуги, рассчитывавшиеся в бюджетных стоматологических учреждениях, работавших в системе хозяйственного расчета. С другой стороны, важную роль сыграла и стоимость неформальных стоматологических услуг, предоставляемых в то время врачами го-

сударственных поликлиник и в частных кабинетах. Данная информация не была секретом внутри стоматологического сообщества Москвы: «У каждого студента были примеры. Он знал стоимость и лелеял надежду открыть собственный кабинет» [Геннадий, руководитель, сетевая клиника].

Первые коммерческие цены в стоматологии формировались для ортопедического лечения, так как именно протезирование раньше всего было переведено на хозрасчет, да и до этого процветало в частных стоматологических кабинетах. Исходной точкой для подсчета стоимости одного протеза являлась стоимость материалов. По словам наших респондентов, в советский период в Москве существовал лишь один магазин стоматологических материалов с достаточно узким ассортиментом товаров; цены этого магазина и становились опорой для формирования денежных цен на стоматологические услуги. Формирование первых цен происходило по простой схеме: к стоимости материалов плюсовалась надбавка на прибыль. Выручка же делилась между занятыми в ортопедическом лечении врачом и техником в пропорции 50 на 50. Причем, распределение издержек в таких мини-коллективах было неравномерным: материальные затраты ложились на плечи техников, тогда как врач, занимавшийся привлечением пациентов, получал свои 50% чистой выручки.

В начале 1990-х гг. принципиальную роль для формирования первых стоматологических преискурантов сыграли фирмы-производители материалов и технологий. Именно они, выводя на российский рынок импортные лечебные материалы и технику, организовывали образовательные мероприятия, в ходе которых обучали врачей и руководителей частной стоматологии тому, какие услуги и по каким ценам они могут предоставлять. На заре становления московского стоматологического рынка (в самый разгар либерализации российских цен) проблема установления и обоснования цен на стоматологические услуги не являлась острой, и отсутствие в новом институциональном поле четких правил игры обеспечивало клиникам свободу ценообразования. «Когда начинали, цена на коронку в поликлинике была 3 рубля. Мы поставили 2,5 рубля, чтобы народ вместо поликлиники шел к нам» [Ирина, владелица, руководитель, врач, одиночная клиника, Каховская].

Ситуация изменилась, когда рынок стабилизировался. В 2004 г., по данным компании *Dental Management Group*, рост цен на стоматологические услуги в Москве перестал опережать инфляцию. С тех пор эксперты констатируют относительную стабильность цен в коммерческой стоматологии. По оценкам ЭКЦ «Инвест-Проект», в 2008 г. объем московского стоматологического рынка составил 1 млрд 109 млн долл. Это соответствует 85% емкости рынка и характеризует рынок как полностью насыщенный<sup>2</sup>.

Расширение спектра предлагаемых стоматологических услуг, усиление конкуренции, рост издержек из-за инфляции и экономических кризисов, изменение платежеспособности спроса – все эти и многие другие факторы поставили клинику перед необходимостью аргументировать свои цены.

<sup>2</sup> Маркетинговое исследование «Рынок стоматологии Москвы в 2008-2011 гг. с учетом влияния мирового экономического кризиса» (2-е издание). Выполнено: Экспертно-консультационным центром «Инвест-Проект».

Сегодня в Москве функционируют примерно 1280 негосударственных стоматологических клиник<sup>3</sup>. Каким образом в них устанавливаются цены? Для того чтобы ответить на этот вопрос, мы вновь воспользуемся данными наших глубинных интервью, на основании которых реконструируем процедуру установления цен отдельной стоматологической клиникой.

На аналитическом уровне процесс формирования и управления ценами на коммерческие стоматологические услуги может быть представлен серией отдельных шагов (см. рис. 1). На практике эти шаги необязательно предпринимаются последовательно. Остановимся на содержании каждого из них.

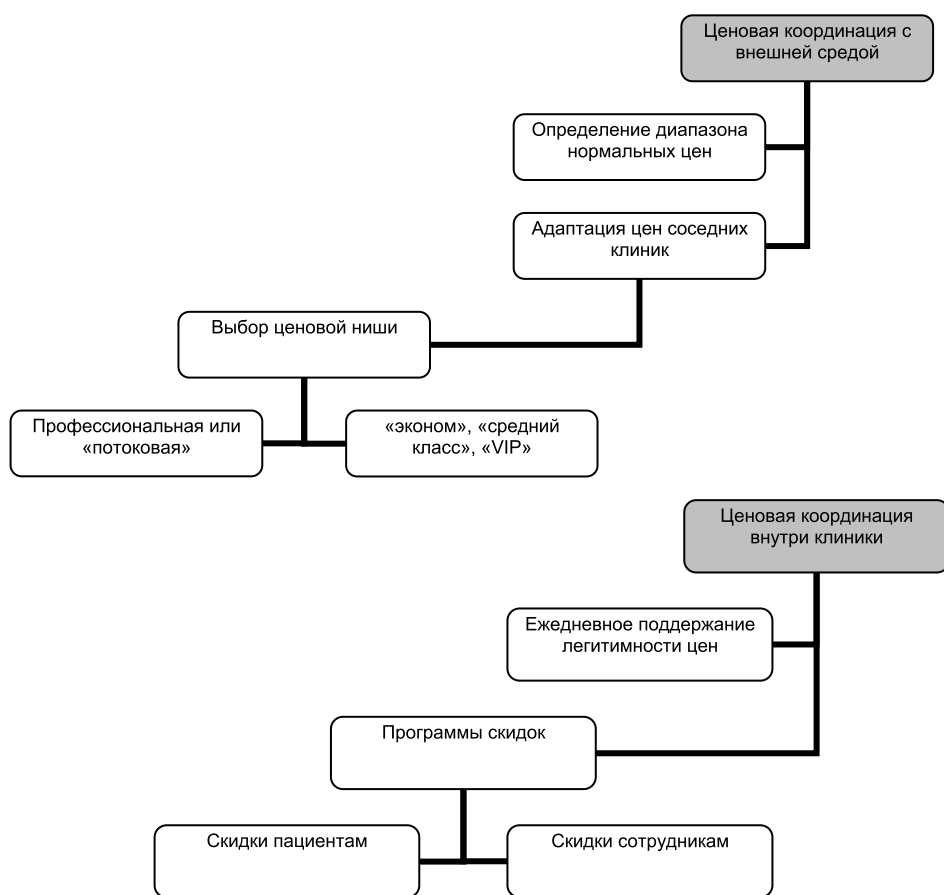


Рис. 1 Алгоритм ценовой координации на московском рынке стоматологических услуг

<sup>3</sup> Стоматологическая сбормашина // Журнал «Деньги». №37 (742) от 21.09.2009.

Формирование прейскуранта клиники начинается с изучения текущих цен стоматологического рынка. Интернет-ресурсы, доступные данные маркетинговых исследований, общение с поставщиками расходных материалов, друзьями, коллегами, а также обывательский опыт управляющих клиниками становятся исходной точкой для формирования прейскуранта. Социологические исследования доказывают, что общение между агентами рынка оказывает значимое влияние на принимаемые ими ценовые решения [Baker 1984; Forsberg 2009]. Акторы нуждаются в информации о том, какие цены на товары этого рынка в настоящее время считаются «нормальными», социально приемлемыми, допустимыми; именно с этими представлениями будет соотнесено и их собственное ценовое поведение на рынке. Подобное стремление выглядит вполне понятным, поскольку клиники преследуют двойную цель: с одной стороны, не нарушить границы легитимности рыночной цены, с другой, – найти опору в условиях неопределенности, складывающейся на фоне отсутствия четких формул расчета цен. *«Поскольку рынок уже сложился и есть такой наст в виде прайсов, то даже, если ты просчитаешь, может быть, и найдешь там позицию, которая заведомо ниже себестоимости, но использовать ее – смысла нет»* [Геннадий, руководитель, сетевая клиника].

По данным нашего исследования основной стратегией ценообразования в стоматологической клинике является адаптация к ценам соседних клиник. При формировании первичного прейскуранта коммерческие стоматологические клиники в большинстве своем отталкиваются от уровня текущих цен на стоматологические услуги и далее предпринимают шаги по их локализации: *«Приблизительно мы знаем, какие цены по Москве можно выставлять. Но когда речь зашла о создании клиники, мы не стали обзванивать рядом стоящие учреждения и «втихаря», притворяясь пациентами, выяснять, какие у них цены. Мы сделали немножко по-другому. Мы обратились ко всем своим знакомым, у кого какие были клиники в разных местах и разного уровня, и собрали все эти прейскуранты. И соизмерив их с тем прейскурантом, по которому мы работали в нашей прежней клинике, мы сделали пробные цены»* [Игорь, руководитель, одиночная клиника, Коломенская].

По словам большинства наших респондентов, цены не рассчитываются ими по формулам, а устанавливаются в соответствии со «среднерыночными», нормальными ценами. Помимо общерыночной ценовой информации руководители клиник активно опираются на цены конкурентов. Причем, конкурентами считаются не все московские клиники в целом, но лишь те клиники, которые функционируют в пределах ближайшей территории. *«Р.: Цены создавались за счет сравнения среднерыночных цен. И: Каким образом осуществлялось это сравнение? Р.: Смотрелось, что было у конкурентов. Мы шли за конкурентами. И: А кого конкурентами считали? Р.: Тех, кто работает поблизости. Не выходя за свой квартал»* [Александр, владелец, руководитель, сетевая клиника]. Как следствие, в каждом районе города обязательно найдутся несколько клиник, цены которых различаются незначительно. Респонденты объясняют подобную гомогенность наблюдаемых цен на стоматологические услуги тем, что *«цены сходны, так как смотрят у соседей»*.

За основу прейскуранта новой стоматологической клиники могут быть взяты и цены, известные руководителям, главным врачам или просто врачам клиники по прежнему месту работы: *«Источник информации – прейскуранты предыду-*

щей клиники, не первый год работаю» [Ирина, владелец, руководитель, врач, одиночная клиника, Каховская]. Выбор этой стратегии дополнительно стимулируется наличием у привлеченных (чаще по знакомству) врачей или непосредственно врачей-руководителей пула своих пациентов, привыкших лечиться по тем или иным ценам и, по представлениям врача, готовым к тем или иным преобразованиям этих цен.

По выражению одного из наших респондентов, на московском стоматологическом рынке «*прайсы гуляют*» [Тихон, руководитель, сеть клиник]. Иными словами, прямо или косвенно клиники при установлении цен ориентируются друг на друга. Представляется, что подобное «заимствующее» ценовое поведение вполне рационально, ведь существующие на рынке цены с большой вероятностью могут рассматриваться как легитимные. В пользу подобного объяснения свидетельствуют декларируемые в интервью соображения о том, что сильно отличающиеся от соседей цены сложно обосновать в глазах пациента: «*если клиника в соседнем доме, то нужно такие же цены, иначе пациенты сочтут, что что-то здесь не так*» [Кирилл, владелец, врач, одиночная клиника, Серпуховская]. Примечательно, что даже при попытках внешней дифференциации цен на стоматологические услуги в своей клинике наши респонденты стремятся к тому, чтобы средняя стоимость лечебного плана оказывалась сопоставимой с его стоимостью в других клиниках.

Цены уже функционирующих конкурентов – это цены, проверенные практикой. Они привычны для пациентов, и что не менее важно – для врачей, получающих заработную плату в форме процента от стоимости выполненных работ. В такой рыночной ситуации калькулировать цены кажется практически неуместным: «*Просчитывать и оптимизировать прайс – это заставит менять и зарплату врача, а они к ней привыкли, она типична для рынка*» [Геннадий, руководитель, сетевая клиника].

Представляется, что потребность в подобных ориентациях диктуется не столько условиями конкуренции, сколько общим уровнем неопределенности в отношении функционирующих цен, царящим на рынке. В случае с московским стоматологическим рынком, мы, по-видимому, сталкиваемся с тем, что П. Димаджио и У. Пауэлл называют *подражательным институциональным изоморфизмом*. Проинтервьюированные нами участники стоматологического рынка жалуются на то, что ценообразование составляет для них большую загадку. В таком свете неудивительно, что собственные цены моделируются ими в соответствии с ценами других клиник. Как говорят Димаджио и Пауэлл, в отсутствие четкого понимания организационных технологий, компании склонны моделировать себя по образцу сходных организаций, чьи практики воспринимаются ими как более легитимные или успешные [Димаджио, Пауэлл 2010, с. 41–43]. Как и предсказывают Димаджио и Пауэлл, не всегда такое моделирование производится напрямую. Подчас оно совершается «косвенно, через перемещение работников» [Димаджио, Пауэлл 2010, с. 41]. На московском стоматологическом рынке не только через врачей, мигрирующих по рынку, но и за счет того, что многие лечащие врачи рано или поздно открывают собственные коммерческие клиники.

Ориентируясь на цены других клиник, стоматологические клиники, с одной стороны, берут за основу своих цен легитимные цены соседей, проверенные прак-

тикой, а с другой, – координируют цены с ценами других клиник в пределах своей ниши.

Границы рыночной ниши частично совпадают с границами территории, на которой работает клиника. Однако из данных наших интервью следует, что в пределах территории клиника наблюдает за ценовым поведением одних клиник и не обращает внимания на другие. Почему внимание клиник избирательно? В первую очередь, потому что клиника наблюдает за ценовым поведением игроков, работающих в схожем с ней организационном формате. Выбор организационного формата, под которым понимается «комбинация ограниченных ресурсов, позволяющая извлекать доход за счет эксплуатации определенной рыночной ниши» [Радаев 2006], является значимым рубежом в определении поведения клиники на рынке, в том числе и в отношении цен.

За организационными форматами скрываются системы идей, верований и ценностей, в соответствии с которыми акторы интерпретируют рыночную реальность и реагируют на нее, которые задают цели организаций и способы оценивания эффективности их деятельности в собственных глазах, и, следовательно, поведение в поле. Будучи источником различительных категорий, мотивов и ожиданий, данные системы представлений (обозначаемые разными авторами, как концепции контроля [Флигстин 2004], индустриальные культуры [Доббин 2004], институциональные архетипы [Hinings, Malhotra 2008] или институциональные логики [Thornton 2002; Skomn 2007]) способствует формированию в организационном поле тех или иных социальных идентичностей [Rao, Monin, Durand 2003, p. 108]. На практике эти социальные идентичности и «разворачиваются» через организационные форматы.

На московском рынке стоматологических услуг можно выделить, главным образом, две возможные идентичности клиник – профессиональную и потоковую, каждая из которых обладает совокупностью определенных черт и задает определенную стратегию ценового поведения клиники на рынке.

Остановимся на описании каждой из идентичностей и сопряженных с ними стратегиях ценового поведения стоматологической клиники. Среди московских стоматологических учреждений можно выделить два типа компаний, различающихся по принципам организации их деятельности. Представляется, что это разделение уходит корнями в историю происхождения этих клиник: частный стоматологический бизнес в Москве зарождался двумя способами, за которыми стояли различные мотивы организаторов. Одни стоматологические клиники основывались профессиональными стоматологами, в советское время работавшими в государственной стоматологии (или в теневом частном секторе) и осознавшими, что их навыки могут обрести и рыночную ценность: «Мы хотели свой профессионализм приложить и попробовать работать на себя» [Софья, владелец, руководитель, одиночная клиника, Новогиреево]. Такие клиники организовывались в первую очередь врачами, не имеющими никакого опыта менеджмента: они руководствовались, прежде всего, своими медицинскими знаниями, строили бизнес интуитивно и невольно делали акцент на профессиональной составляющей бизнеса. В результате сегодня мы наблюдаем клиники, которые можно обозначить как «профессиональные» – их владельцы особенно внимательны к благополучию коллек-

тива врачей, а те, в свою очередь, отвечают компании своей лояльностью. Чаще всего такие клиники имеют большой пул постоянных пациентов, «посещающих своих врачей», приток новых пациентов осуществляется также по рекомендации постоянных клиентов; профессиональные клиники дорожат своими взаимоотношениями с пациентами и своей репутацией в их глазах. Ценовое поведение таких клиник детерминируется медицинскими стандартами и нормами, которым следуют работающие там врачи.

Другие стоматологические клиники открывались в инвестиционных целях, поскольку на заре своего появления уровень рентабельности стоматологического бизнеса был очень высоким, достигая порой 300%. *«Как открывались клиники? У него была пачка денег. Куда ее вложить? Стоматология – прибыльный бизнес. Ага!»* [Тихон, руководитель, сеть клиник]. Несмотря на то, что управление такой клиникой невозможно без профессионалов-медиков, все же первичные цели этого бизнеса были связаны с получением прибыли. Медицинская составляющая использовалась инструментально, как неотъемлемый ресурс, однако никаких идеалистических понятий не обнаруживалось. Напротив, наблюдалось тяготение к построению бизнеса по экономическому канону, с ориентацией на критерии его экономической эффективности, ввиду чего основу ценового поведения таких клиник составляли принципы оптимизации издержек и прибыли. По описаниям респондентов, сегодня данная ниша стоматологических клиник тяготеет к конвейерной форме организации деятельности. Нередко по такой модели устроены сетевые стоматологические клиники. *«Вот у нас открылся новый филиал, и наши руководители сошли с ума в связи с деньгами. Они теперь клиники штампуют, уже пятую открывают. Им неважно, кто там будет работать. Набирают, кого попало»* [Елена, врач-терапевт, одиночная клиника, Речной вокзал].

В гротескном варианте одиночная профессиональная и потоковая клиника – это две полярные формы организации стоматологического бизнеса, два идеальных типа, репрезентирующих крайние полюсы дилеммы «медицина-бизнес». Их характеристики представлены в *таблице 1*. Однако обратим внимание на то, что данное различие выявлено нами на основе полученных эмпирических данных, то есть оно имеет не только аналитический характер, но и признается участниками рынка.

Таблица 1. Характеристики клиник с профессиональной и сетевой идентичностями

Профессиональная	Потоковая
Организовывалась медиками	Организовывалась как инвестиционный проект
Акцент на профессионализме в медицине	Акцент на получении прибыли
Забота о медицинском персонале	Высокая текучесть медицинских кадров
Фокус на взаимодействии с постоянными пациентами	Фокус на взаимодействии с пациентами, лечущимися по страховой программе. Программы и состав пациентов ежегодно меняется

Приоритет репутации в глазах пациентов	Приоритет на количестве пациентов, на «пациентообороте»
Новые пациенты рекрутируются «по рекомендации» «старых»	Новые пациенты рекрутируются через страховые компании и внешнюю рекламу
В основе ценообразования - стремление к реализации медицинских стандартов, что необходимо для поддержания репутации	В основе ценообразования – стремление к оптимизации баланса «издержки-прибыль».

Еще одним важным параметром, определяющим границы рыночных ниш, идентичность стоматологической клиники и, в конечном итоге, сильно сказывающимся на уровне ее цен, является *статус клиники на рынке*: т.е. каким образом клиника позиционирует себя на рынке с точки зрения целевой аудитории своих пациентов. Как и в случае со многими иными потребительскими рынками рынок стоматологических услуг может быть сегментирован по цене. Так, наши респонденты говорили о необходимости учитывать, идет ли речь о ценах в клинике класса «эконом», клинике «для среднего класса» или о клинике, работающей в премиальном сегменте с пациентами VIP.

Тема ценовой сегментации рынков является частью маркетингового дискурса, и может показаться, что мы вновь посягнули на чужую дисциплинарную границу. Тем не менее, на наш взгляд, «маркетинговый ход» по ценовому позиционированию стоматологической клиники является неотъемлемой частью социального процесса установления цен. Мы согласны с утверждением В. Зелизер о том, что маркетинговые акции не проводятся в социальном вакууме [Zelizer 1978]. Маркетологи сегодня научились управлять некоторыми социальными механизмами спроса (как, например, спрос некоторых социальных групп на демонстративное и престижное потребление), и это не отрицает, а, наоборот, лишний раз доказывает, что подобные механизмы существуют.

Статус клиники в большей степени взаимосвязан с ее *месторасположением* в городе: выбор территории соотносится с тем, какую позицию клиника должна занять на рынке, внимание какой целевой аудитории пациентов она должна привлечь к себе: «Если ты клинику на Рублевке или в центре открыл, то, купив за такие же деньги материалы, ты, естественно, будешь свои цены ставить» [Владимир, врач, одиночная клиника, Кутузовская]. И поэтому уровень цен в клинике определяется тем, в каком районе, а точнее, в районе какой престижности открывается эта клиника. Статус клиники влияет на цены клиники самым прямым образом – через ее издержки на аренду помещения и т.д.

Хотя при определении уровня своих цен клиника ориентируется на цены близлежащих, соседних клиник, самое пристальное внимание уделяется в первую очередь клиникам со сходной идентичностью, работающим в сходном ценовом сегменте: и фактически две эти группы параметров образуют матрицу идентичностей, доступных стоматологической клинике.

Изучив общую ценовую ситуацию на рынке и определившись с рыночной нишей, клинике необходимо решить, как будет выглядеть ее преysкурант. На московском рынке стоматологических услуг функционируют два формата преysкуранта – детализированный (или, по словам некоторых респондентов, «маркетинговый») и нозологический. *Детализированный преysкурант* – преysкурант с множеством



отдельных манипуляций, которые в конечном итоге суммируются для описания проведенного лечения. *Нозологический прейскуронт* – прейскуронт, пункты которого описывают не манипуляции, а наименования диагнозов и цены указываются для комплексного лечения (например, «лечение среднего кариеса»). Выбор между двумя типами прейскуронта – это отнюдь не вопрос эстетики или личных предпочтений управляющих. Детализированный и нозологический прейскуронт обеспечивают разные возможности для ценового поведения врача, потому что за внешними различиями прейскуронтов скрываются такие содержательные параметры как:

- возможности для регулирования, манипуляций ценой;
- гибкость в выборе технологии лечения;
- соответствие принципам медицинской этики;
- понятность для пациента;
- возможность для переговоров о цене с пациентом;
- внутренняя сбалансированность;
- предсказуемость, определенность стоимости лечебного плана для пациента;
- возможность контроля за врачом;
- свобода врача в плане ценообразования;
- привычность для участников рынка.

До настоящего времени на московском стоматологическом рынке более распространенным остается детализированный прейскуронт; он появился на рынке изначально, встроено в практики множества врачей и клиник, соответствует принятой в таких клиниках технологии производства стоматологической услуги. Однако в последнее время все больше управляющих стоматологическими клиниками говорят о необходимости активного внедрения нозологического прейскуронта, медицинское происхождение которого, по их мнению, позволит повысить уровень доверия к клиникам со стороны пациентов.

Еще одним важным аспектом ценовой политики стоматологической клиники остается разработка программ ценовых скидок. В целом по рынку эти программы достаточно универсальны и редко подразумевают скидки выше 15% от стоимости лечения. Так, клиники предлагают постоянные программы скидок для социально незащищенных групп населения (ветераны ВОВ, пенсионеры, инвалиды, иногда студенты очных отделений) и для обычных категорий пациентов. Периодически могут проводиться акции, предоставляющие различные скидки отдельным категориям пациентов: нередко, эти акции приурочены к праздникам (например, скидка на процедуры отбеливания в канун 8 марта).

Клиники готовы жертвовать сиюминутной прибылью в пользу установления более крепких взаимоотношений с пациентами. Программа скидок нередко направлена на постоянных пациентов, что является частью более широкой стратегии формирования пула постоянных пациентов и гарантирует клинике стабильность в будущем. Новый пациент для клиники – это дорогой пациент: нужно вложить средства и в его привлечение в клинику, и в то, чтобы он вернулся в нее в следующий раз.

Еще одна распространенная программа – скидки пациентам, лечебный план которых является очень дорогим. По словам наших респондентов, клинике важно пойти навстречу пациенту, продемонстрировать ему свою заботу и понимание, создать ощущение солидарности в признании того, что стоимость лечения высока. Предоставление скидки на дорогостоящие работы призвано донести до пациента идею о том, что клинику интересуют не только деньги: *«Нужно давать скидки, чтобы не создавалось впечатления, будто деньги зарабатываются здесь любыми путями»* [Николай, руководитель, одиночная клиника, Медведково].

Наряду с программами скидок для пациентов клинике также необходимо решить вопрос с программами скидок для сотрудников. Очень часто врачи клиники могут лечиться, а также оказывать услуги своим близким родственникам на особых ценовых условиях. Скидки для сотрудников позволяют управляющим контролировать масштабы таких услуг и в это же время создавать в клинике стабильную, позитивную, доверительную атмосферу. Кроме того, и руководителями, и самими сотрудниками подобные скидки рассматриваются как разновидность премии.

Однако описанные выше шаги по установлению прейскуранта не решают вопрос с ценами клиники «раз и навсегда»: они требуют ежедневного внимания и постоянной «настройки». Для подобного настраивания цен не используются формулы или стандартные алгоритмы. «Интуитивно» – типичный ответ на вопрос о схеме ценообразования в сфере стоматологических услуг, что на первый взгляд выглядит совершенно обескураживающе. Однако из определения «интуиции» следует, что это форма знания, основанная на сжатии мыслительных процессов, которое позволяет принимать решения бессознательно, быстро и успешно. Действуя при корректировке цен «интуитивно» акторы просто минуют этап обработки сложной системы факторов, детерминирующих цены на стоматологические услуги. «Интуитивно» не означает «стихийно», но, напротив, основываясь на большом опыте, перешедшем в то, что можно было бы назвать «чувством рынка».

Какую цель преследует постоянное интуитивное настраивание цен на стоматологические услуги внутри клиники? Обобщая данные глубинных интервью с представителями московских стоматологических клиник, можно сказать, что цель состоит в поддержании «адекватности» или обоснованности цен, по которым они работают. Остановимся на этом подробнее.

Идея «адекватности» цены тем или иным образом проявлялась во многих наших интервью. Неоклассическая экономическая теория поспешила бы проинтерпретировать понятие адекватной цены в терминах соотношения спроса и предложения и проассоциировать его с равновесной рыночной ценой. Тогда понятие адекватности цены должно было бы предполагать приемлемость для пациента-покупателя и достаточность для продавца-клиники. Стандартная неоклассическая логика привела бы нас к максиме «раз покупают, значит, цена адекватна». Однако наши эмпирические данные показали, что понятие адекватности цены имеет иную окраску: скрытые за ним значения отсылают нас к проблеме обоснованности рыночной цены и необходимости для клиники поддерживать образ обоснованных цен на свои услуги как в глазах других клиник, так и (что более важно!) в глазах собственных сотрудников и пациентов.

Коммерческим стоматологическим клиникам сложно избежать проблемы доверия во взаимоотношениях с пациентами, а в последнее время из-за недобросовестного поведения некоторых стоматологических клиник она становится еще острее. Помимо нарушений в части качества предоставляемых услуг оппортунизм клиник на рынке может проявляться и в форме индуцирования спроса и установления намеренно завышенных цен. Как следствие, важную заботу клиники составляет цена, ее оправданность и обоснованность. *«Если оправдано дорого, это нормально, если нет, с врачом приходится разговаривать»* [Геннадий, владелец, руководитель, сеть клиник].

Озабоченность обоснованием цены со стороны представителей клиник не имеет ничего общего ни с альтруизмом, ни с меценатством. Декларируемые клиник цены должны компенсировать издержки клиники, обеспечивать ей прибыль и возможности для ее дальнейшего развития. Принципиально важно при этом исключить из взаимоотношений с пациентом подозрение в том, что клиника жертвует его интересами ради увеличения своей прибыли, найти ту грань, переход которой превращает «оплату услуг в вымогательство». *«Пациент может подозревать, что здесь идет дележ денег»* [Геннадий, владелец, руководитель, сеть клиник]. Решить эту задачу можно, сбалансировав уровень цен клиники с уровнем качества ее услуг. Как говорили некоторые респонденты, клиника должна оказать услугу так, чтобы у пациента осталось ощущение, что ценность проведенного лечения существенно выше денежной суммы, которую он заплатил.

Мы уже упоминали о том, что важнейшим капиталом стоматологической клиники являются ее врачи. Выясняется, что понятие адекватной цены касается не только взаимоотношений клиники и пациента, но и взаимоотношений клиники и врача. Слишком низкие цены недостаточно мотивируют врача: врач может счесть подобный уровень цен несоответствующим затратам его времени и квалификации. Не меняет ситуацию даже тот факт, что низкий уровень цен может привлечь дополнительных пациентов, так как в этом случае изменение заработков на деле сопровождается и увеличением объема выполняемой работы.

Не менее сложной является ситуация, когда врач рассматривает цены клиники как завышенные. Врачи признаются, что им непросто предлагать услуги пациентам, когда они чувствуют, что цена неадекватна, сложно говорить о достоинствах лечения, зная, что пациент не сможет себе его позволить. Врач остается один на один с пациентом, сталкивается с необходимостью установить с ним доверительные отношения, что является важным условием процесса лечения. Врач заинтересован добросовестно «отработать» заплаченные пациентом деньги, выполнить свою работу честно, получить деньги за приложенные усилия: *«В начале работы было сложно называть цену, ведь выходило, что беру деньги за оказываемую помощь. Теперь этот момент снялся, ведь я знаю, что беру деньги за качественную работу»* [Матвей, врач, одиночная клиника, Кузьминки].

Можно сделать вывод, что адекватная цена на стоматологические услуги – это цена, при которой возможно удовлетворение трех видов интересов:

- 1) она соответствует содержанию и уровню предоставленных клиникой услуг;
- 2) она достойна врача;

3) она обеспечивает прибыль клинике.

Фактически, в рамках рыночной сделки обнаруживается некая *локальная справедливость*, которая предполагает добросовестное исполнение обязательств перед покупателем и запрет на демонстрацию мотивов прибыли и их приоритета по отношению к интересам пациента.

Таким образом, несмотря на важность экономических составляющих цен, их связь с объемом прибыли и т.д., процесс установления цен на рынке, прежде всего, оказывается процессом социальной координации между различными рыночными агентами.

## **II. Факторы ценообразования на стоматологические услуги: методология и результаты статистического анализа**

Итак, нам необходимо выяснить, какие из выделенных нами характеристик деятельности московских стоматологических клиник задают уровень цен на предоставляемые ими услуги. Располагая данными интервью с врачами и руководителями стоматологических клиник, мы сформулировали следующие гипотезы о влиянии выявленных параметров стоматологических услуг на их цены.

Н1. Уровень цен в стоматологических клиниках Москвы варьируется в зависимости от их медицинской оснащённости, а именно от того, насколько прогрессивны технологии лечения, оборудование и стоматологические материалы, которыми они располагают.

Н2. Уровень цен в стоматологических клиниках Москвы варьируется в зависимости от уровня профессионализма услуг, которые они предоставляют. Уровень профессионализма определяется уровнем личного капитала врачей, развитие которого связано с получением последними научных степеней и обретения опыта повышения квалификации как в России, так и за рубежом.

Н3. Уровень цен в стоматологических клиниках Москвы варьируется в зависимости от статуса этих клиник. Составляющими статуса клиники при этом являются ее организационная форма, месторасположение, ориентация на тот или иной ценовой сегмент и обладание знаками отличия в форме наград, призов за научные разработки или достижения в медицине и т.д.

Для того чтобы проверить выдвинутые содержательные гипотезы мы сформулировали соответствующие им статистические гипотезы о равенстве средних цен в клиниках с различными характеристиками и воспользовались аналитическими ресурсами дисперсионного анализа.

В качестве зависимой переменной мы использовали стоимость лечения пульпита трехканального зуба с необходимостью реставрации. Многие аналитики склонны использовать в качестве индикатора ценового уровня клиники стоимость пломбы и металлокерамической коронки. Подобный подход представляется неудовлетворительным. Стоимость отдельно пломбы и металлокерамической коронки не всегда адекватно отражает ценовой уровень клиники. Знание о том, что стоимость данных операций нередко используется пациентами в качестве индикатора,

может способствовать тому, что при установлении цен на пломбу и керамическую коронку клиники используют тактику «приманки» для создания иллюзии дешевизны в глазах пациента [Цены и ценообразование...2008]. Такая приманка слабо коррелирует со «средним чеком» в данной клинике: в ходе лечения к стоимости пломбы или «металлокерамики» прибавляется стоимость множества дополнительных, но при этом совершенно обязательных манипуляций. С учетом сказанного более целесообразным показалось использовать в качестве индикатора ценового уровня клиники стоимость лечения совершенно конкретного заболевания, а именно – *пульпита трехканального зуба*.

Данная переменная рассчитывалась как индекс по следующей формуле:

$$P=A+2*R+3*MM+3*G+TF+TP+IP+Rest,$$

где P – стоимость пульпита трехканального зуба;

A – анестезия;

R – рентгеновский снимок (диагностический и контрольный, поэтому умножаем на 2); MM – механическая и медикаментозная обработка каналов (чаще всего цена за 1 канал, поэтому умножаем на 3);

G – пломбировка каналов методом латеральной конденсации с помощью гуттаперчевых штифтов (чаще всего цена за 1 канал, поэтому умножаем на 3);

TF – временная пломба;

TP – лечебная прокладка;

IP – изолирующая прокладка;

Rest – реставрация зуба с помощью гелиокомпозитного материала.

Зависимая переменная, таким образом, была измерена на интервальном уровне. В *таблице 2* представлено распределение цен на лечение пульпита трехканального зуба в коммерческих стоматологических клиниках Москвы. Разброс цен, как мы можем видеть, достаточно велик.

**Таблица 2. Распределение цен на лечение пульпита трехканального зуба в коммерческих стоматологических клиниках г. Москва, руб.**

	N	Минимальная стоимость	Максимальная стоимость	Средняя стоимость	Разброс
Стоимость лечения трехканального пульпита	184	3570	33400	9098	4832

В качестве факторов дисперсионной модели выступили параметры стоматологических услуг, выделенные в рамках интервью с представителями клиник и операционализированные на основе контент-анализа сайтов клиник (см. *рис. 2*).

Для проведения статистического анализа все переменные были закодированы как порядковые или дихотомические.

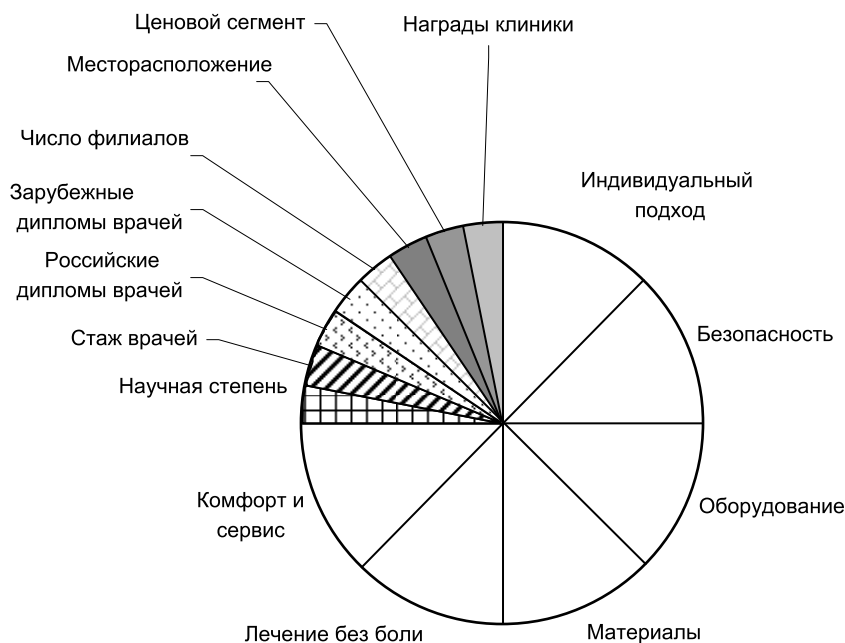


Рис. 2 Факторы вариации цен на коммерческие стоматологические услуги в г. Москва

Опишем результаты статистического тестирования выдвинутых гипотез. Для начала рассмотрим гипотезы о зависимости уровня цен на стоматологические услуги от медицинской оснащённости клиники. По результатам статистического анализа наша гипотеза о том, что в клиниках, работающих с передовым, а значит, дорогостоящим оборудованием, цены в среднем превышают цены в клиниках, не настаивающих на том, что их оборудование передовое, не подтвердилась. Статистическая гипотеза о равенстве средних в двух независимых выборках принята на 95% уровне значимости.

Схожая участь постигла и гипотезу о влиянии типа материалов на уровень цены в клиниках. Цены в клиниках, заявляющих о работе с новейшими, первоклассными стоматологическими материалами, в среднем сопоставимы с ценами в клиниках, не настаивающих на том, что их материалы отличаются необычайно высоким качеством. Возможно, в данном случае мы имеем дело с эффектом измерения. В качестве зависимой переменной мы использовали стоимость лечения с использованием одних и тех же материалов – пломбы Filtek и гуттаперчи для пломбирования каналов. Вовлеченные в анализ клиники могут располагать и более прогрессивными техническими возможностями и материалами, учет которых в стоимости лечения нашего воображаемого зуба привел бы к иной стоимости. Пока же мы можем убедиться лишь в том, что стоимость лечения данными материалами является сопоставимой и свобода установления цены на одни и те же материалы оказывается на московском рынке не очень высокой.

На наших данных медицинская оснащенность клиники слабо связана с уровнем цен. Возможно, и на практике этот фактор не является значимой детерминантой цены, но используется клиниками для самопрезентации как символический.

Гипотеза о том, что фактором ценообразования в коммерческой стоматологии Москвы является уровень профессионализма клиники, подтвердилась: с вероятностью 95% уровень цен в клиниках, врачи которых имеют научную степень, выше, чем в клиниках, где врачи подобной квалификации не работают.

Наряду с научной степенью на рынке стоматологических услуг функционируют и иные критерии профессионализма. По данным статистического анализа клиники, врачи которых повышают квалификацию на различных российских курсах, устанавливают в среднем более высокие цены, также как и клиники, где врачи постоянно совершенствуют свои навыки, посещая курсы за рубежом. В свою очередь не основанные на фактах заявления клиник об уровне профессионализма врачей с точки зрения ценообразования оказываются пустым звуком. Статистически значимых различий в ценах клиник, упорно, но голословно подчеркивающих свой профессионализм, и клиник, игнорирующих данный параметр презентации себя, на наших данных не обнаруживается.

Заявления о стаже врачей также имеют мало общего с уровнем цен в клиниках. На уровне статистического анализа цены в клиниках, упоминавших стаж своих врачей на сайтах, и в клиниках, не затрагивающих этот аспект, оказались сопоставимыми.

Рассмотрим результаты статистического анализа взаимосвязи между ценами на стоматологические услуги и статусом клиники, которая их предоставляет. Напомним, что на данном этапе анализа статус клиники рассматривается как производное от организационного формата, в котором она работает, от ее месторасположения и принадлежности к той или иной ценовой нише.

Статистический анализ не позволяет говорить о том, что цены на лечение зуба в одиночных и в сетевых клиниках в среднем отличаются друг от друга. Число филиалов не связано с уровнем цен на терапевтическое лечение: и одиночные, и сетевые клиники могут позиционировать себя как профессиональные или выбирать другой полюс идентичности в рамках дилеммы «медицина-бизнес».

Статистический анализ данных о распределении цен в клиниках, расположенных в центре Садового кольца и за его пределами, свидетельствует в пользу гипотезы о том, что цены на лечение зуба в клиниках, расположенных в центре, в среднем отличаются от цен в клиниках, расположенных в непрестижных районах города.

Еще одним важным компонентом статуса клиники, как оказалось, является ее принадлежность к тому или иному ценовому сегменту. Наши статистические данные подтвердили данное предположение: распределение цен на лечение зуба в клиниках, позиционирующих себя как престижные клиники VIP-класса, в среднем отличается от цен в клиниках, не претендующих на высокий класс. Таким образом, явно декларируемый VIP-статус стоматологической клиники свидетельствует о том, что цены в этой клинике в среднем окажутся выше, чем в клиниках, не заявляющих о себе подобным образом.

Мы полагали, что компонентом высокого статуса клиники являются присвоенные ей награды, полученные призы, патенты за научные разработки и т.д. Статистический анализ опроверг эту гипотезу: с вероятностью 95% наличие в клинике особенных отличий само по себе не является фактором дифференциации цен.

Не является источником дифференциации цен в стоматологических клиниках и отношение к пациентам. Различия в средних ценах клиник, заявляющих, что они особенно заботятся о пациентах, и клиник, не упоминающих об этом аспекте на сайте, не представляются статистически значимыми. Заметим, что обнаружить статистическую связь данного фактора с сетевым или несетевым форматом клиник тоже не удалось (коэффициент корреляции Пирсона стремится к нулю). Повидимому, медико-социальный контекст стоматологического бизнеса требует от клиник декларирования непреложного внимания к пациенту.

Суммируя результаты дисперсионного анализа можно констатировать, что факторами вариации цен на терапевтическую процедуру – лечение пульпита трехканального зуба являются:

- месторасположение клиники;
- претензии клиники на VIP-статус;
- наличие у врачей клиники ученых степеней;
- посещение врачами курсов повышения профессиональной квалификации в России и за рубежом.

## **Заключение**

В данной работе перед нами стоял вопрос, как формируются обоснованные цены на медицинские услуги. Попробуем ответить на него, суммируя и обобщая результаты нашего исследования.

Начнем с того, что материальные факторы играют далеко не главную роль в детерминировании рыночных цен на стоматологические услуги. Исключением является лишь стоимость аренды, сопряженная с месторасположением клиники и потому не лишенная социального подтекста. Месторасположение в городе, престижность района задают статус клиники, и главным образом, поэтому являются важными.

На сегодняшний день московский рынок стоматологических услуг является скорее статусно-ориентированным [Aspers 2005]. Этот результат согласуется с результатами западных исследований функционирования коммерческих медицинских услуг, показывающих, что в организационном поле медицины нередко обнаруживаются процессы статусной конкуренции. Правда, некоторые исследователи считают, что речь идет о конкуренции за врачей, выбирающих более престижные клиники в качестве места работы и приводящие за собой пул постоянных пациентов [Fennell 1980]. Однако на московском стоматологическом рынке объектом конкурентной борьбы все же остаются сами пациенты. Такой вывод можно сделать, исходя из того, что статусные характеристики клиники тесно увязываются с качеством ее услуг. Заметим, что ориентации клиники на высокий ценовой сегмент не декларируются напрямую и подлежат камуфлированию. Как и в любой другой



клинике, обоснование цен в клиниках премиум-сегмента происходит с опорой на уровень профессионализма.

Уровень профессионализма является категорией, которая и задает уровень цен в стоматологической клинике, и обосновывает его. Это неудивительно, ведь качество медицинских услуг зависит от человеческого фактора, что ставит в центр уровень профессионализма поставщика услуг. В случае с медициной, тесно связанной с научными разработками, ищущей ключ к разгадке тайны человеческого тела и при этом в настоящее время не всегда снабженной стандартами, профессионализм оказывается открытой, динамической величиной. Профессионализм – это не только отточенные практические навыки врача, но и его постоянное стремление к саморазвитию, совершенствованию, освоению нового. При этом за отсутствием стандартов каждый следующий шаг на пути повышения квалификации врача позволяет увеличивать цены на его услуги и создает условия для повышения цен

И статус клиник, и уровень их профессионализма лишь до некоторой степени объясняют вариации цен на стоматологические услуги. Наблюдаемые на рынке цены ни в коем случае не являются денежным эквивалентом статуса и уровня профессионализма клиники, и формирование обоснованных рыночных цен на практике отнюдь не похоже на механическое калькулирование эквивалентов. Участники рынка утверждают, что не имеют каких-либо четких процедур перевода своих конкурентных преимуществ в денежные цены, и что цены на стоматологические услуги не исчисляются клиниками по формулам. Более того, они не устанавливаются автономно. Формирование рыночных цен на стоматологические услуги больше подходит на процесс *постоянной социальной координации* на разных уровнях рынка и между различными его участниками. Двигателем этого процесса остается присущая стоматологическому рынку двойная неопределенность: в отношении технологий ценообразования и в отношении качества услуг. Первое вынуждает клиники ориентироваться в своем ценовом поведении друг на друга; второе – предпринимать усилия для сохранения баланса между рынком и медицинской профессией, мотивами получения прибыли и завоевания доверия в отношениях с пациентом. Рынок стоматологических услуг не может функционировать в отсутствии доверия между лечащим агентом и пациентом и добиться такого доверия можно лишь, выдвинув на первый план заботу об интересах пациента. В отношении цен это означает, что они не должны вызывать у пациентов сомнений в добросовестности клиники, при этом залогом такой обоснованности является следование клиникой нормальным ценам рынка, избегание отклонений от цен на стоматологические услуги в пределах своей рыночной ниши, которые не могут быть объяснены объективно, а также достижение консенсуса по поводу цен внутри клиники.

В начале работы мы говорили о том, что государство и общественность опасаются, что развитие коммерческого сектора в медицине приведет к систематическому завышению цен на медицинские услуги, побуждаемому корыстными мотивами поставщиков услуг. Однако на примере московского рынка стоматологических услуг мы можем видеть, что механизмы сдерживания оппортунистического поведения ценоустановителей на рынке медицинских услуг встроены в социальные основания этого рынка. Многие клиники заинтересованы в выстраивании долгосрочных, а значит, доверительных отношений с пациентами и потому получение

финансовой прибыли не становится доминирующим мотивом. Правда, с развитием новых форм привлечения пациентов, например, на условиях краткосрочных договоров добровольного медицинского страхования, описанные механизмы сдерживания оппортунизма могут ослабевать.

Что касается высоких темпов роста цен на медицинские услуги, фиксируемые в некоторых странах, то они, как нам кажется, объясняются отсутствием четких медицинских стандартов оказания услуг. Понятие качества медицинской услуги переопределяется с каждым новым витком прогресса в медицинской науке, что дает все новые основания для повышения цены. Представляется, что выработка медицинских стандартов, и что еще более важно – ознакомление с ними пациентов, способны предотвратить высокие темпы роста цен на коммерческие медицинские услуги.

## 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.: Российская политическая энциклопедия (РОССПЭН), 2004.
- Бердышева Е.С.* Тема ценообразования в новой экономической социологии: предпосылки, ракурсы, перспективы // Экономическая социология. 2010. Т.11. № 1.
- Вельтус О.* Символические значения цены: конструирование ценности современного искусства в галереях Амстердама и Нью-Йорка // Экономическая социология. 2008. Т. 9. № 3.
- Доббин Ф.* Формирование промышленной политики (фрагменты книги) / Западная экономическая социология: Хрестоматия современной классики / Сост. и науч. ред. В.В. Радаев; пер. М.С. Добряковой и др. – М.: Российская политическая энциклопедия (РОССПЭН), 2004.
- Зубоврачевание в XIX в. в России / Материалы кафедры истории медицины Московского государственного медико-стоматологического университета под ред. проф. К. Пашкова [web: [http://www.historymed.ru/static.html?nav\\_id=184&ti\\_id=323](http://www.historymed.ru/static.html?nav_id=184&ti_id=323)]
- Димаджио П., Пауэлл У.* Новый взгляд на «железную клетку»: институциональный изоморфизм и коллективная рациональность в организационных полях // Экономическая социология. 2010. Т.11. № 1.
- Козловски П.* Принцип этической экономии / пер. с нем. яз. В.С. Автономов. СПб.: Экономическая школа, 1999.
- Максимовский Ю.М., Аванесов А.М., Дойников А.И., Сагина О.В.* Современные принципы организации работы стоматологических учреждений России. М.: МЦФЭР, 2004.
- Поланьи К.* Великая трансформация. СПб.: Алетейя, 2002.
- Радаев В.В.* Атомизированные действия и социальные связи: основы конкуренции в российской розничной торговле // Мир России. 2009. № 2.
- Радаев В.В.* Эволюция организационных форм в российской розничной торговле // Вопросы экономики. 2006. № 10.
- Слейтер Д.* Забирая рынок у экономистов // Экономическая социология. 2008. Т. 9. № 2.
- Скотт Р.* Конкурирующие логики в здравоохранении: профессиональная, государственная и менеджеральная // Экономическая социология. 2007. Т. 8. № 1.

- Флигстин Н.* Рынки как политика: политико-культурный подход к рыночным институтам / Западная экономическая социология: Хрестоматия современной классики / Сост. и науч. ред. В.В. Радаев; пер. М.С. Добряковой и др. – М.: Российская политическая энциклопедия (РОССПЭН), 2004.
- Цены и ценообразование: Учебник для вузов. 5-е издание / Под ред. В.Е. Есипова – СПб.: Питер, 2008.
- Шейман И.М.* Теория и практика рыночных отношений в здравоохранении. М.: Издательский дом ГУ-ВШЭ, 2008.
- Aspers P.* Status and Standard Markets in the Global Garment Industry, Max-Planck Institut for studying societies, Discussion Paper 05/10. 2005 [URL: [http://www.mpifg.de/pu/mpifg\\_dp/dp05-10.pdf](http://www.mpifg.de/pu/mpifg_dp/dp05-10.pdf)]
- Baker W.* The social structure of a national securities market // *The American Journal of Sociology*. 1984. Vol. 89. № 4.
- Espeland W., Stevens M.* Commensuration as a social process // *Annual Review of Sociology*. 1998. № 24.
- Forsberg P.* Testing prices in markets. How to charter a tanker // *Ethnography*. 2009. Vol. 10. № 3.
- Greenwood R., Hinings C.R.* Understanding strategic change: the contribution of archetypes // *Academy of management journal*. 1993. № 36.
- Hinings C.R., Malhotra N.* Change in institutional fields / *The institutions of the market. Organizations, social systems and governance*. Ed. by Alexander Ebner and Nikolaus Beck. Oxford University Press. 2008.
- Muniesa F.* Market technologies and the pragmatics of prices // *Economy and society*. 2007. Vol. 36. № 3.
- Podolny J. M.* A status based model of market competition // *American Journal of Sociology*. 1993. Vol. 98. № 4.
- Rao H., Monin P., Durand R.* Institutional change in Toque Ville: nouvelle cuisine as an identity movement in French gastronomy // *American Journal of Sociology*. 2003. № 108.
- Smith Ch.* The social construction of value. The search for a fair price / *Readings in economic sociology* / ed. by Biggart N. Malden, Mass: Blackwell. 2002.
- Thornton P.H.* The rise of the corporation in a craft industry: conflict and conformity in institutional logics // *Academy of Management Journal*. 2002. Vol. 45. № 1.
- Weber M.* *Economy and Society*. Berkeley: University of California Press, 1978.
- White H.* Where do markets come from // *The American Journal of Sociology*. 1981. Vol. 87. № 3.
- Zelizer V.* Culture and Consumption / *The Handbook of Economic Sociology*, edited by Neil Smelser and Richard Swedberg. Princeton, N.J.: Princeton University Press, 2005.
- Zhou X.* The institutional logic of occupational prestige ranking: reconceptualization and reanalyses // *American Journal of Sociology*. 2005. № 111.