

МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ: ВЗГЛЯД С ПОЗИЦИЙ ЭКОНОМИЧЕСКОЙ ТЕОРИИ

Калашников К.Н.¹, Ласточкина М.А.¹, Гулин К.А.¹

¹Федеральное государственное бюджетное учреждение науки Институт социально-экономического развития территорий РАН, Россия (160014, Вологда, ул. Горького, 56А, тел. (8172) 59-78-03), e-mail: mashkop@mail.ru

Статья посвящена анализу медицинской помощи как объекта исследования экономической теории. Авторы представляют видение медицинской услуги учёными неоклассической академической школы, обладающими наибольшим весом в современной науке. В статье показано, что экономический подход, помогая получить важные сведения о специфике формирования спроса и предложения на рынке медицинских услуг, роли здоровья в экономическом развитии государства, тем не менее оказывается недостаточным в практической деятельности служб здравоохранения и нуждается в дополнении положениями теоретического маркетинга, позволяющими строить систему оказания медицинской помощи, ориентируясь не столько на ресурсы, сколько на потребителей, то есть пациентов.

Ключевые слова: медицинская помощь, здравоохранение, неоклассическая экономическая теория, маркетинг.

MEDICAL CARE: THE LOOK FROM POSITIONS OF THE ECONOMIC THEORY

Kalashnikov K.N.¹, Lastochkina M.A.¹, Gulin K.A.¹

¹Federal State Institution of Science Institute of socio-economic development of territories of Russian academy of sciences, Russia (160014, Vologda, Gorkov's street, 56A), e-mail: mashkop@mail.ru

Article is devoted to the analysis of medical care as object of research of the economic theory. Authors represent vision of medical service by the scientists of neoclassical academic school possessing the greatest weight in modern science. In article it is shown that economic approach, helping to receive important data on specifics of formation of supply and demand in the market of medical services, in economic development of the state, nevertheless, it is health roles insufficient in practical activities of health services and needs addition with the provisions of theoretical marketing allowing to build system of delivery of health care, being guided not so much by resources, how many by consumers, that is patients.

Keywords: medical care, health care, neoclassical economic theory, marketing.

Процесс оказания медицинской помощи населению традиционно рассматривается исследователями с медицинской и организационно-экономической позиций (чаще всего затрагиваются аспекты повышения эффективности механизмов финансирования и управления здравоохранением), однако анализу медицинской услуги как объекта исследования экономической науки в литературе уделяется незаслуженно мало внимания [6]. Цель исследования – раскрыть сущность медицинской помощи и медицинской услуги с позиций экономической теории. Методологическую основу исследования составили общенаучные методы познания.

Спрос на медицинские услуги и их предложение в здравоохранении взаимно перекрываются. Государственные институты, призванные разрабатывать и воплощать в жизнь программы по профилактике и сохранению здоровья, осуществляют свою деятельность без учёта возникновения желаний самих граждан, но вместе с тем их функция состоит в том, чтобы удовлетворять нужды пациентов по мере их обращения в медицинские учреждения. Заостряя внимание на втором аспекте, следует заметить, что проблема спроса на медицинские услуги, как правило, раскрывается экономической теорией, а проблема доступности и

качества – прикладными дисциплинами (менеджмент, общественное здравоохранение).

Наибольшую научную актуальность имеет взгляд на медицинскую помощь с позиций экономической теории. На сегодняшний день в академической науке господствует неоклассическая концепция, в соответствии с положениями которой экономическая (и любая другая) деятельность человека основывается на эгоистическом стремлении к максимизации полезности [4]. Самое узкое, но в тоже время фундаментальное для экономической теории определение полезности, данное английским утилитаристом XIX в. И. Бентамом, звучит так: польза состоит либо в удовольствии, либо в избегании страдания. Это определение точно отражает сущность медицинских услуг: человек нуждается в них, когда испытывает негативное влияние болезни. Утилитарный подход во всей полноте и получил отражение в положениях неоклассической экономики. Оплотом её в последние десятилетия стали работы двух нобелевских лауреатов – Г. Беккера (Чикагский университет) и Дж. Бьюкенена (Университет Дж. Мейсона). Вклад этих выдающихся учёных в науку по большей части сводится к тому, чтобы привлечь свою дисциплину, микроэкономику, вместе с её инструментарием, к исследованию феноменов, традиционно считающихся неэкономическими, изучению неэкономических аспектов социальной жизни (преступность, политика, расовые отношения, демография и семья) [4]. Примером приложения неоклассического подхода к изучению здоровья и медицинских услуг является работа американского экономиста М. Гроссмана «К понятию капитала здоровья и спроса на здоровье», опубликованная в 1972 г. в «Журнале политической экономии». Согласно модели М. Гроссмана, человек стремится сохранить своё здоровье (и поэтому потребляет медицинские услуги) не столько потому, что ценит здоровье само по себе, сколько потому, что стремится увеличить его запас, который используется индивидом как производственный ресурс, но со временем амортизируется. Спрос на медицинские услуги является опосредованным спросом на здоровье, которое выступает товаром длительного пользования, необходимым для трудовой деятельности [9].

Отношение к тому, насколько неоклассический подход к изучению явлений социальной и политической жизни адекватен, среди экономистов неоднозначно. С одной стороны, неоклассическая модель поведения человека существенно выигрывает на фоне предшествовавших ей концепций марксизма и кейнсианства, поскольку даёт важную и правдивую информацию о человеческой природе: люди в большинстве своём и в большинстве случаев (80%) действительно поступают, руководствуясь своими эгоистическими интересами. Но, с другой стороны, остаётся ещё 20% примеров того, как человек действует вопреки эгоистическим стремлениям или не готов поступиться морально-нравственными установками ради получения выгоды [4]. Более того, экономическое поведение нельзя объяснить только стремлением к максимизации полезности, оно глубоко укоренено в традициях, религиозных

представлениях, культуре. Неоклассиков справедливо упрекают в том, что они отступили от идей своего предшественника А. Смита, который придавал огромное значение сознанию, взглядам и морали в поведении человека. Обращаясь к тематике здравоохранения, можно найти бесконечное количество примеров того, как человек пренебрегает своим здоровьем, пусть даже признавая его важность для собственного благополучия. Люди, ставя здоровье на высшую ступень иерархии ценностей, привержены деструктивным практикам, которые разрушают их здоровье – курение, употребление алкоголя, неправильный режим двигательной активности и питания, обращение в медицинские учреждения только в момент острого заболевания [1].

Воспринимая рынок медицинских услуг как экономическую стихию, представители неоклассического направления признают, что он имеет специфику, не позволяющую ставить медицинскую помощь в один ряд с потребительскими товарами и услугами (табл. 1) [7].

Таблица 1

Изъяны рынков медицинских услуг и медицинского страхования

Изъяны	Последствия изъянов
Часть услуг имеют свойства общественных благ	Рынок не обеспечивает необходимый объем этих услуг
Информационная асимметрия	Усложняется потребительский выбор Ослабевает влияние потребителей на качество медицинской помощи Нарушается принцип независимости сторон рыночной сделки Усиливаются рыночные позиции поставщика медицинских услуг
Эффект спроса, спровоцированного предложением	Создаются условия для затратного функционирования здравоохранения
Медицинские услуги имеют свойства социально значимых благ; особая роль принципов доступности и равенства в получении медицинской помощи	Снижается стимулирующее воздействие платежеспособного спроса Ограничиваются условия конкуренции страховщиков
Эффект морального риска	Создаются условия для затратного функционирования здравоохранения
Эффект неблагоприятного отбора	Ограничивается вероятностный характер страхования Застрахованные с низкими рисками выходят из страхового пула, что ведет к повышению страховых премий (эффект «страховой спирали») Часть населения оказывается незастрахованной

Эти отличия называются изъянами рынка медицинских услуг. Информационная асимметрия как изъян рынка, к примеру, предполагает, что пациент по сравнению с врачом в несравнимо меньшей степени осведомлен о заболевании и его лечении, что ставит первого в заведомо рискованное положение, поскольку он не в состоянии отследить адекватность действий врача, а для второго возникает соблазн «раскручивания» клиента, максимизации прибыли. Это касается как качества лечения, так и доступности, т.к. расширение списка манипуляций увеличивает стоимость медицинской помощи. Результаты исследований показывают, что платность этих услуг является одним из важных факторов доступности [1].

Вместе с тем есть основания усомниться в том, что все изъяны рынка медицинских услуг свойственны исключительно ему. Информационная асимметрия в современных условиях коммодитизации (выравнивания товарных категорий, брендов) характерна для многих обычных услуг и материальных товаров [3]. Это создаёт, с одной стороны, значительные возможности для маркетинговых технологий, но, с другой стороны, обуславливает риск манипуляции выбором клиента.

В целом значение неоклассической концепции для понимания законов рынка медицинских услуг высоко: она позволяет сформулировать изъяны рынка медицинских услуг и на этой основе разработать механизмы преодоления или ограничения их действия. Например, принимая во внимание объективный факт, что часть услуг здравоохранения имеет свойства общественных благ (это один из изъянов рынка медицинских услуг), надо признать, что рынок никогда не способен обеспечить их необходимый объём, в результате неизбежно создание государственного «общественного сектора» здравоохранения (например, в части санитарно-эпидемиологической безопасности) [2]. Медицинские услуги считаются мериторными благами, то есть их потребление стимулируется государством, поскольку стихийный спрос населения на медицинскую помощь и профилактические мероприятия (что является результатом здоровьесберегающего поведения людей) не соответствует объективно необходимым масштабам [6].

Неоклассики заостряют внимание и на таком важном для анализа доступности медицинских услуг аспекте, как связь здоровья и дохода. Доход существенно влияет на уровень здоровья, причём это влияние может носить как прямой характер (через условия жизни), так и косвенный (через высокую социальную самоидентификацию и возможность индивида регулировать своё поведение). Здоровье же выступает важнейшим фактором роста производительности труда, причём как на индивидуальном уровне, так и в масштабах региона. Тесная связь здоровья и дохода обуславливает взаимное усиление инвестиций в здравоохранение и экономику [6]. Здоровье в данном контексте рассматривается как один из существенных факторов экономического развития и снижения бедности, а расходы на сохранение здоровья – как инвестиции, приносящие экономическую отдачу в будущем.

Роль здравоохранения в региональной экономике целесообразно оценивать с позиций теории человеческого капитала, также разработанной учёными-неоклассиками. Капитал здоровья представляет собой инвестиции в человека, осуществляемые с целью формирования, поддержания и совершенствования его здоровья и работоспособности. Инвестиции в здоровье, его охрана, способствующие сокращению заболеваний и смертности, продлевают трудоспособную жизнь человека, следовательно, и время функционирования человеческого капитала. Состояние здоровья человека – это его естественный капитал, часть которого явля-

ется наследственной, другая часть – приобретённой в результате затрат самого человека и общества. В течение жизни происходит износ человеческого капитала. Инвестиции, связанные с охраной здоровья, способны замедлить данный процесс. В то же время вложениями в человеческий капитал могут быть признаны только те инвестиции, которые общественно целесообразны и экономически необходимы [2].

Перспективным в решении проблем доступности и качества медицинской помощи представляется использование богатого опыта маркетинговой деятельности. В отличие от неоклассического подхода, рассматривающего экономическое поведение человека как поиск «рациональной» альтернативы, маркетинг видит сложности, возникающие на современном рынке потребителя, и призван помочь клиенту сделать адекватный выбор¹. Маркетинг концентрируется на потребностях клиента, а не на потоках ресурсов [3].

Когда работники медицинских служб говорят о низком уровне рефлексии граждан в вопросах здоровья и сложности своевременного привлечения пациентов к диспансеризации, они забывают о том, что аналогичные задачи по привлечению клиентов приходится решать маркетологам в коммерческих фирмах. Последние в режиме своей профессиональной деятельности разрабатывают и внедряют интегрированные маркетинговые коммуникации, поэтому в решении практических вопросов доступности и качества должен доминировать скорее маркетинговый подход, клиентоориентированность (теоретический маркетинг К. Хопкинса, П. Друкера и др.) [3].

Более того, как показывают итоги социологических опросов ИСЭРТ РАН, наибольшие проблемы с доступностью и качеством медицинской помощи обнаруживаются в той сфере, которую называют внутренним маркетингом. Традиционными для здравоохранения стали такие негативные явления в деятельности учреждений здравоохранения, как невозможность попасть на приём к врачу в удобное время (в 2013 г. 36% населения отмечает эту проблему как актуальную); невнимательное отношение медработников (16%); хамство, неуважительное отношение медперсонала (13%). Данные проблемы являются по своему характеру не только и не столько медицинскими, сколько маркетинговыми [1].

В научно-практической литературе имеются сотни трактовок термина «маркетинг», однако одним из наиболее удачных признано определение, данное американским маркетологом индийского происхождения П. Гуптара: «Маркетинг – это творческий процесс удовлетворения потребностей Клиента с выгодой для себя» [3].

Возникает вопрос: если традиционно маркетинг является деятельностью актуальной для бизнеса, насколько принципы маркетинга применимы в общественном секторе? Извест-

¹ Так, Ф. Котлер, автор концепции экономо-маркетинга, рисует образ клиента-робота, который перед каждой покупкой товара или услуги просчитывает все возможные затраты и выгоды, в результате останавливаясь на самом выигрышном варианте [3].

но, что в частной клинике главный итог деятельности – прибыль. В государственных учреждениях, финансируемых за счёт средств бюджета и внебюджетных страховых фондов, платные услуги могут существовать (их объёмы и стоимость – отдельная тема для обсуждения), но лишь как дополнительный источник дохода, однако основная деятельность поликлиники или больницы состоит в оказании именно бесплатной медицинской помощи населению. Представляется, что разница в источнике финансирования не должна влиять на конечную цель – удовлетворение потребностей и нужд пациентов. Не имеет значения, из каких средств оплачивается оказываемая медицинская помощь – личных денег гражданина или страховых фондов, важно, чтобы все усилия организации были направлены на помощь пациенту и решение его проблем.

Важной движущей силой маркетинговой политики является конкуренция, без которой «забота» о потребителе оказалась бы просто вопросом совести. В современных условиях, когда российское общественное здравоохранение практически лишено конкурентной среды, а потому отсутствует живая заинтересованность руководителей учреждений в привлечении клиентов и в качественном удовлетворении их потребностей, основу маркетингового мышления работников лечебно-профилактических и иных учреждений здравоохранения могут составлять только чувства профессионального и морального долга, причём не перед обществом, государством, а перед человеком. Эта задача не допускает формального подхода.

Другой важный вопрос доступности медицинской помощи касается роли государства в этом важном секторе национальной экономики. Ключевые экономические концепции видят решение данного вопроса по-разному. Если марксисты традиционно признают принцип полного контроля экономики государством, прекращение эксплуатации человека человеком, то кейнсианцы отстаивают необходимость сильного частного сектора, не отвергая необходимости массивного государственного вмешательства (через расходование бюджета) для достижения целей полной занятости и выполнения социальных гарантий. Так или иначе, современный взгляд западного мира на широкое участие государства в экономике однозначно негативен. В США и Западной Европе ещё в конце XX в сознании людей утвердилось неприятие широкого государственного участия в экономике и социальной сфере. Трудности, с которыми столкнулась в 1990-е гг. администрация Б. Клинтона при проведении реформы здравоохранения США, показали, что жители страны по-прежнему относятся с недоверием к крупномасштабному государственному присутствию в этом секторе национальной экономики [4]. Признаётся, что расширение государственного участия в экономике наносит ущерб конкурентоспособности страны, что очень опасно в условиях современной острой межстрановой и межкультурной конкуренции.

Специалисты Всемирного Банка относят организацию оказания медицинской помощи

к категории первоочередных, обязательных для участия государства. Это можно увидеть из того, как они располагают по единой оси сферы влияния государственной деятельности в непрерывном диапазоне – от необходимого и важного до всего лишь желательного и необязательного и, в некоторых случаях, непродуктивного или даже деструктивного. Имеются диаметрально противоположные точки зрения относительно приоритетности государственных функций в тех или иных отраслях, особенно это заметно, когда речь идет о перераспределении налогов или социальной политике, однако большинство экспертов достигают консенсуса в том, что должно быть несколько степеней приоритетов. Так, государству в первую очередь необходимо обеспечить общественный порядок и защиту от внешних вторжений, и лишь затем – систему здравоохранения или бесплатного высшего образования, распространяющуюся на все слои общества. Доклад о мировом развитии Всемирного банка 1997 г. предложил один из возможных перечней государственных функций, разделив их на три категории, от «минимальной» к «умеренной» и «энергичной» [5].

Вызывает интерес то, что и в российском общественном мнении наблюдается усиление индивидуальных усилий граждан в сохранении здоровья, население отдаёт государству в вопросах здоровья всё меньшую роль. Результаты социологических измерений ИСЭРТ РАН свидетельствуют, что даже за такой короткий период – с 2005 по 2013 гг. – произошли заметные трансформации в сознании людей: они стали в большей степени осознавать свою ответственность за здоровье. Если в 2005 г. 73% населения считали себя частично или полностью ответственными за своё здоровье, то к 2013 г. этот показатель увеличился до 88%. Параллельно снизилась доля тех, кто считает ответственными за здоровье медицинских работников (с 23 до 14%), родственников и членов семьи (с 9 до 3%), но, что особенно важно, с 25% до 7% снизилась доля тех, кто считает государство ответственным за здоровье. Можно подозревать, что в этом кроется недоверие к медицинским работникам и признание важности собственной активной позиции, но факт смягчения позиции в роли государства говорит сам за себя. Вместе с тем есть все основания полагать, что здесь имеет место и традиционный для социологических исследований парадокс Лапьера – разброс между мотивами и поступками [3]. Из сказанного отнюдь не следует, что граждане всё меньше нуждаются в усилиях государства в поддержании их здоровья, скорее они начинают более трезво понимать важность собственной позиции в этом процессе, отдавая государственным институтам роль страхователя. Для населения по-прежнему принципиально важен гарантированный государством разумный баланс между качеством и доступностью медицинских услуг без ущерба одной составляющей в пользу другой [1].

Подводя итоги, следует сделать вывод о том, что из двух рассмотренных теоретико-методологических концепций обе представляют интерес, но ни одна не может являться абсо-

лютной. Так, положения экономической теории, в частности неоклассической модели, информативны и позволяют анализировать природу спроса на медицинские услуги. Маркетинговый подход в его современном понимании чрезвычайно полезен в практике и может являться эффективной концептуальной основой при разработке мероприятий по повышению доступности и качества медицинской помощи: ориентация на клиента должна стать основной идеей в деятельности здравоохранения на всех уровнях организации.

Работа выполнена при поддержке РФФИ (проект «Качество детского населения в контексте модернизации России», № 14-18-03120).

Список литературы

1. Калашников К.Н. Доступность и качество медицинской помощи в контексте модернизации здравоохранения // Экономические и социальные перемены: факты, тенденции, прогноз. – 2014. – № 2 (32). – 130–140 с.
2. Калашников К.Н. Организационно-экономические факторы управления региональной системой здравоохранения / К.Н. Калашников, А.А. Шабунова, М.Д. Дуганов. – Вологда: Институт социально-экономического развития территорий РАН, 2011. – 151 с.
3. Репьев А.П., «Маркетинговое мышление» – М.: ВУВЛОС, 2014 г. – 510 с.
4. Фукуяма Ф. Доверие: социальные добродетели и путь к процветанию: Пер. с англ. / Ф. Фукуяма. – М.: АСТ, 2004. – 730.
5. Фукуяма Ф. Сильное государство: Управление и мировой порядок в XXI веке. – М: АСТ, 2006. – 220 с.
6. Чубарова Т.В. Экономика здравоохранения: теоретические аспекты (научный доклад). М.: Институт экономики РАН, 2008. – 68 с.
7. Шейман И.М. Экономика здравоохранения. – М.: ГУ-ВШЭ. – С. 211.
8. Шишкин С. В. Экономика социальной сферы. – М.: ГУ ВШЭ, 2003. – 365 с.
9. Grossman M. On the Concept of Health Capital and the Demand for Health // The Journal of Political Economy, Vol. 80, – No 2. – P. 223-255.
10. Health and economic development in south-eastern Europe. Council of Europe Development Bank (СЕВ), 2006. – P. 72.

Рецензенты:

Шабунова А.А., д.э.н., доцент, зам. директора, зав. отделом исследования уровня и образа жизни населения, Институт социально-экономического развития территорий РАН, г. Вологда;

Ускова Т.В., д.э.н., доцент, зам. директора, зав. отделом проблем социально-экономического развития и управления в территориальных системах, Институт социально-экономического развития территорий РАН, г. Вологда.