

Смирнова Л.В. Информационные проблемы рынка медицинских услуг в России. [Электронный ресурс] // Информационно-экономические аспекты стандартизации и технического регулирования: Научный интернет-журнал. 2013. – № 1 (11). Режим доступа http://iea.gostinfo.ru/files/2013_01/2013_01_03.pdf

УДК 338.46

ИНФОРМАЦИОННЫЕ ПРОБЛЕМЫ РЫНКА МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ В РОССИИ

Смирнова Л.В., доцент кафедры «Общественные финансы и кредитование» ФГБОУ ВПО «Государственный университет управления», соискатель ФГУП «Российский научно-технический центр информации по стандартизации, метрологии и оценке соответствия», г. Москва

В статье рассмотрены информационные проблемы рынка медицинских услуг в России. Выделены три аспекта асимметрии информации о качестве медицинских услуг: дефицит информации, дефицит способности потребителя использовать информацию, дефицит доверия к представленной информации. Выявлены исторические причины недоверия пациентов к медицинской системе. Показано, что повышение уровня доверия возможно только при развитии независимых экспертных институтов, саморегулирования и использовании социальных сетей для транслирования информации о качестве услуг.

Ключевые слова: медицинские услуги, качество, информационная асимметрия, саморегулирование, эксперт.

UDC 338.46

INFORMATION PROBLEMS MEDICAL SERVICES MARKET IN RUSSIA

Smirnova L.V., docent at «Public Finance and Credit» Department of FBGOU VPO «State University of Management», applicant at FSUE «Russian Science and Technology Center for Information on Standardization, Metrology and Conformity assessment»

The article describes the information problems of the medical services in Russia. Highlighted three aspects of asymmetric information about the quality of health services. Lack of information, lack of ability to use consumer information, lack of trust in the information provided. Identified historical causes patients to distrust the medical system. Shown to increase the level of trust is only possible with the development of peer institutions, self-regulation and the use of social networks for broadcasting information about the service.

Keywords: medical services, quality, information asymmetry, self-regulation, the expert.

Следует выделить несколько аспектов асимметричности информации о качестве медицинских услуг.

Во-первых, это аспект, связанный с фактом дефицита самой информации. Например, если медицинская услуга является новой, редко оказываемой, а ее провайдер неизвестен или не предоставляет о себе достаточно информации.

Во-вторых, это когнитивный аспект – способность потребителя правильно интерпретировать информацию о качестве услуги. Очевидно, что на рынках медицинских услуг почти всегда существует «когнитивная асимметрия» – потребитель хочет в ходе оказания медицинских услуг получить информацию в областях, в которых сам недостаточно компетентен. Соответственно, он самостоятельно не обладает и возможностью отличить качественную медицинскую услугу от некачественной, во всяком случае, до завершения тех процессов, которые обслуживаются медицинской услугой. Более того, по мнению автора, ввиду многофакторной детерминированности данных процессов, их уникальности (отсутствия у потребителя возможности «переиграть» процесс лечения, основываясь на информации от другого провайдера медицинских услуг) в ряде случаев полной и всесторонней информации об их качестве потребитель не получит никогда. Преодоление когнитивной асимметрии невозможно для индивидуального потребителя, но возможно путем их объединения в ассоциации с привлечением экспертов, что, однако, ставит вопрос о качестве экспертного знания в стране.

В-третьих, это аспект доверия к предоставляемой провайдером информации и, в более общем плане, оценки отсутствия у него склонности к оппортунизму. Проблемы, связанные с доверительным аспектом асимметричности информации о качестве услуг, тесно связаны с накоплением социального капитала в обществе.

Доверие к контрагенту может быть социально-институциональным, обусловленным доверием к институтам, дающим свою оценку качества контрагента, и личностным, обусловленным собственными сведениями о контрагенте или же сведениями, полученными от личных знакомых в рамках частносоциальных сетей.

Социальное исследование, произведенное компанией New Russian Barometer, показало следующие результаты: всего 7% россиян сказали, что почти всем людям можно доверять, 27% респондентов отметили, что доверять можно изредка, а треть опрошенных считает, что при общении с другими людьми необходима предельная осторожность [1].

Соответственно трем данным аспектам информационной асимметрии между клиентом и провайдером медицинских услуг можно выделить и три аспекта посреднической деятельности по снижению асимметрии.

Первому аспекту – дефициту информации как таковой – соответствует роль посредника – распространителя информации. Второму аспекту – когнитивной асимметрии – роль эксперта-толкователя. Третьему аспекту – асимметрии информации в области намерений провайдера услуг – роль удостоверяющего центра.

Фактически данные аспекты могут реализовываться изолированно друг от друга или же комплексно. При этом проблема доверия остается фундаментальной не только для третьего аспекта (информация о склонности контрагента к оппортунизму), но и для второго аспекта (экспертные толкования специальной информации о качестве медицинских услуг), поскольку, если потребитель не является специалистом в предметной области и не может понять специальную информацию, предлагаемую провайдером медицинских услуг для обоснованного выбора услуги, то он не может и проверить правильность интерпретации данной информации, предлагаемой «независимым» экспертом, и вынужден полагаться на свое доверие эксперту.

Таким образом, в условиях отсутствия для клиента возможности самостоятельно и целостно интерпретировать информацию в предметной области

медицинских услуг оценка их качества протекает в ходе трансляции гибридных, когнитивных и доверительных, сведений в рамках личных и дистанцированных (в т.ч. институционализированных) социальных сетей.

Институционализированные социальные сети, по мнению ряда социологов, не являлись достаточно значительным элементом постсоветского общества, которое продолжает быть атомизированным. Это объясняется тем, что, в отличие от капиталистических стран, еще Советский Союз столкнулся с кардинально другой формой кризиса экспертных знаний. Если в Европе кризис легитимации традиционных экспертных институтов проявился в демократизации знаний и в большой популярности соответствующих сетевых структур, то в Советском Союзе с его административно-командной системой данный путь развития экспертных знаний был закрыт в ряде общественно-важных отраслей: экспертное знание концентрировалось в институциональной приказной форме и транслировалось потребителям как необсуждаемые сведения.

В области юридической информации это объяснялось принципиальной ориентацией советской правовой системы на императивное регулирование, в рамках которого все действия граждан были жестко заданы, а свобода выбора тех или иных юридических действий была сведена к минимуму, поэтому роль юридической консультации сводилась к трансляции сведений о надлежащих шаблонах действий, и с этой ролью в значительной степени справлялись профсоюзные, партийные и другие подобные структуры.

В области медицинской информации, в силу самой природы предметной области с ее принципиальной многовариантностью путей профилактики и лечения, свести объем информации к минимуму было сложнее. Однако государство в лице своих экспертных структур жестко модерировало доступ граждан к данной информации, исходя, прежде всего, из интересов государства, его потребности в оборонных и производственных ресурсах. Правительство осознавало, что государство не сможет реализовать идеи милитаризации и индустриализации, если население будет подвержено болезням и

ранней смертности, а также не будет обладать высокой культурой самосохранения.

Следовательно, система общедоступного медицинского обслуживания обеспечивала не только мощную идеологическую поддержку советского государства как социально-ориентированного, но и была направлена на повышение функциональности населения. Марк Филд [2], автор нескольких исследований о медицине в СССР, называет эту систему созданной для сохранения, защиты, контроля и преумножения способности граждан к труду и обороне. Это имело свои серьезные позитивные стороны (в частности, отсутствие заинтересованности в повышении доходов от клиентов облегчало перенос центра тяжести медицины с лечебных на более дешевые профилактические мероприятия), но и негативные последствия – прежде всего, в советской медицине, ориентированной на достижение среднесрочного (в рамках трудоспособного возраста) результата с минимумом издержек, в значительной степени игнорировались потребности граждан в области комфорта, снижения субъективных страданий от болезней и лечебных методов.

Соответственно, игнорировались и потребности граждан в области расширенной медицинской информации, альтернативных путей лечения, возможностей, пусть за плату, повысить комфорт и качество лечебных процедур. Американский ученый Уильям Кокрем, посвятивший советской и постсоветской системе охраны здоровья свою работу [3], основной характеристикой советской системы здравоохранения считает именно опекающий патерналистский принцип, являющийся его базой: здоровье является ответственностью государства, а не индивида.

Отчужденность граждан от процессов целеполагания, управления и контроля в области медицины усугубилась с переходом к рыночной экономике, в рамках которого государство в значительной степени отказалось от патерналистского подхода к здоровью, но и не были выработаны адекватные рыночные структуры балансирования интересов врача и пациента; становление частной и квазичастной (в рамках неформальных рыночных отношений,

возникающих между пациентами и врачами государственных медицинских учреждений) медицины в условиях огромной информационной асимметрии, аксиологического и деонтологического кризиса ментальности врачей, вызванного как объективными процессами резкого обнищания сотрудников бюджетных медицинских учреждений, так и пропагандой культа быстрых нетрудовых доходов, сопровождалось ростом недоброкачественных медицинских услуг, ориентированных лишь на максимизацию дохода от пациента, зачастую даже ценой вреда его здоровью.

Например, в исследовании Н. Русиновой и Дж. Браун [4] 42% опрошенных сообщили, что как минимум один случай лечения сказался на их здоровье негативно. Потенциальный вред от профессиональных клинических услуг кажется многим людям настолько большим, что обращение к врачу видится возможным только в самых крайних ситуациях. Высказывания о клинической медицине зачастую формулируются с противопоставлением «живой – мертвый»: «пойду к врачу, только если помирать буду», «пока жива, по врачам не хожу» и т.д.

Следовательно, клиническая медицина подсознательно связана у многих с «мертвым», отталкивающим, чужим, что, по мнению автора, может быть объяснено именно информационной асимметрией рынка во всех ее проявлениях, включая отсутствие общей аксиологической платформы врача и пациента и нехватка достоверной информации о намерениях врача и его склонности к оппортунистическому поведению.

В итоге отказ от профессиональных медицинских услуг (помимо острых ситуаций, требующих вмешательства, к примеру, скорой медицинской помощи) стал одним из наиболее часто применяемых ходов самосохранительного поведения у сегодняшних россиян. Этот вывод можно сделать, проанализировав достаточное количество исследований состояния здоровья граждан.

Например, по данным продолжительного обследования (1989-2000 г.) НИИ им. Семашко [5], только 20% населения прибегает к профессиональной

медицинской помощи при обнаружении первых симптомов, а 50% делает это только при появлении значительных ухудшений. Более чем в 40% случаев, по свидетельствам врачей, госпитализация осуществляется по экстренным показаниям [1].

Социологическое исследование, проведенное в 1998 году The New Russian Barometer, показало аналогичные результаты: 42% опрошенных граждан России не обращались к врачу в течение года, а 20% не обращались за врачебной помощью даже в ситуациях, когда проблемы со здоровьем, по их собственному признанию, затрудняли осуществление повседневной деятельности. Лишь 38% респондентов указало, что их здоровье нуждается в профессиональном медицинском вмешательстве [6]

Из этого не следует, что россияне стали меньше болеть, так как при фиксации низких уровней заболеваемости наблюдаются высокие показатели по смертности от этих же заболеваний, что однозначно свидетельствует о том, что население редко обращается за медицинскими услугами [7]. При этом реже всего обращаются к врачу граждане из категории взрослого работающего населения, тогда как показатели смертности в данной группе остаются крайне высокими с 1990-х годов [8].

Решение информационных проблем во взаимодействии врачей и пациентов возможно лишь при комплексном подходе, который должен включать в себя актуализацию экспертных институтов, развитие формализованных и неформальных социальных сетей [9, 10, 11], транслирующих информацию о качестве услуг, сочетание механизмов саморегулирования и государственного регулирования качества.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ

1. Rose R. How much does social capital add to individual health? A survey study of Russians // *Social Science & Medicine*, 2000. – № 51. – P. 1421-1435.
2. Field M. *Medical Care in the Soviet Union: Promises and Realities // Quality of Life in the Soviet Union / edited by H. Herlemann. – Westview Press, 1987. – P. 86-101.*
3. Cockerham W. *Health and Social Change in Russia and Eastern Europe. – London: Routledge, 1998.*
4. Brown J., Rusinova N. «Curing and Crippling»: Biomedical and Alternative Healing in Post-Soviet Russia // *ANNALS, AAPSS. – 2002. – № 583. – P. 161-170.*
5. [Электронный ресурс] // Режим доступа: <http://www.nriph.ru/>
6. Максимова Т.М. Современное состояние, тенденции и перспективные оценки здоровья населения. – М.: PerSe, 2002.
7. Шилова Л.С. Трансформации самосохранительных моделей поведения населения в условиях реформируемого здравоохранения // Тез. докл. «Здоровье в изменяющемся обществе: дискурс, политика, повседневность современной России». – СПб: ЦНСИ, 2005. – С. 22.
8. Garriet L. *Betrayal of trust. The collapse of global public health. – New York: Hyperion, 2002.*
9. Ломакин М.И., Докукин А.В. Стандартизация качества продукции с ориентацией на интеграцию // *Российское предпринимательство. – 2012. – № 1.*
10. Докукин А.В., Ломакин М.И. Интеграция российских инновационных предприятий в мировую экономику на основе развития информационного обеспечения стандартизации // *Российское предпринимательство, 2012, № 2*
11. Ломакин М.И., Коровайцев А.А., Докукин А.В. Разработка стратегии повышения качества информационных услуг в системе информационного обеспечения технического регулирования// *Транспортное дело России, 2012, № 6-2.*

© Л.В. Смирнова, 2013