

ПОВЕДЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ НА РЫНКЕ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ ПОЛЬШИ*

По результатам эмпирических исследований

Ига Рудаевская,

доктор экономики, Щецинский университет (Польша)

Реформы системы здравоохранения Польши, осуществляемые с начала 90-х годов XX в., приводят не только к очевидным социальным последствиям, но и к изменениям в финансово-экономических механизмах сектора услуг здравоохранения. В результате возникли новые связи, такие как «объект здравоохранения – плательщик третьей стороны», «государственный объект здравоохранения – «коммерческий» пациент». Эти связи, в свою очередь, требуют нового поведения от участников, например обсуждения контрактов на предоставление услуг по оздоровлению, получения аккредитаций, удостоверяющих высокое качество услуг. Новые связи конкурентного характера образуются также между государственными и негосударственными объектами здравоохранения. Несмотря на множественность новых типов связей, наиболее важной из них по-прежнему остается связь «пациент – услугодатель». Ее значение обосновывается в равной мере социальной и экономической оценкой здоровья как общественного и, вместе с тем, личного богатства, а также фактом, что эта связь существенно влияет на формирование отношений спроса и предложения на рынке медицинских услуг.

Системные изменения в секторе охраны здоровья Польши

Организация рынка медицинских услуг в ее современной форме характеризуется разделением функций покупателя и функций производителя услуг по оздоровлению. С этой целью 1.04 2003 г. создан промежуточный диспозитив государственных средств – Национальный Фонд Здоровья (*NFZ – Narodowy Fundusz Zdrowia*)¹. Функции производителей

услуг выполняют государственные и негосударственные объекты здравоохранения, а также частные врачебные кабинеты. Такое разделение требует наличия двух внутренних рынков, однако для упрощения эта структура часто называется внутренним рынком² (рис. 1).

Поведение пациентов на рынке медицинских услуг

Пациенты, которые нуждаются в медицинских услугах, осуществляют собственный, с их точки зрения, оптимальный выбор так, чтобы максимизировать свою выгоду. При этом они основываются на индивидуальных предпочтениях, принимая во внимание актуальные ограничения, такие как, например, количество доступных услугодателей данной специальности, локализация объекта здравоохранения, и ситуационно обусловленные факторы – срочность требуемой услуги, время, которым они располагают.

Каждого услугодателя можно описать с помощью множества характеристик, которые пациент принимает во внимание, делая выбор, и которые являются для него существенными. Поэтому услугодатель для пациента многомерен. В традиционном подходе к оценке предпочтений пациентов применяется ранжирование отдельных характеристик услугодателя, влияющих на выбор. Анализ, основанный на таком подходе, не учитывает взаимодействия отдельных характеристик и потому не отражает реальных, основанных на многомерной конструкции объекта, выборов пациента. Кроме того, ранжирование вынуждает респондента принимать однозначное решение, основанное на иерархии, что не всегда согласуется с фактически производимым выбором (ср. с [2]).

* Перевод к.э.н. Е.И. Мешайкиной.

¹ До 01.04 2003 г. эти функции выполняли Кассы больниц (*Kasy Chorzych*).

² Его синонимами являются «плановый рынок», «квази-рынок». Подобное определение внутреннего рынка см., например, в [1].

Для того чтобы избежать этих дилемм, в исследовании использован традиционный метод анализа доминирующих суждений (мнений) (*conjoint analysis*), который дает возможность определить их полную полезность и, посредством этого, предпочтения пациентов при выборе услугодателя в области здравоохранения. Кроме того, принята предпосылка о способности пациента определять свои потребности, связанные с выбором услугодателя. Таким образом, из анализа исключены ситуации, когда пациент в силу сложившихся обстоятельств (например, состояния здоровья) не может сознательно сделать выбор. Второй предпосылкой, обусловленной законодательством Польши в секторе здравоохранения, является то, что в определенных границах клиент имеет гарантированную свободу выбора услугодателя. Единственным ограничени-

ем в подсекторах амбулаторного (для некоторых медицинских специальностей) и стационарного лечения (кроме срочных случаев) является требование, чтобы пациент имел направление, выданное врачом первого контакта (независимо от статуса учреждения, в котором он практикует).

Материал и метод исследования

В проектировании выборки исследования применена технология *random route* [4]. Сначала анкетизирующий определяет область и точку, в которой он начнет интервьюирование, затем в непосредственном окружении подбирает установленное число очередных адресатов в соответствии с заданным алгоритмом жеребьевки. В нашем исследовании в качестве алгоритма технологии *random route* использо-

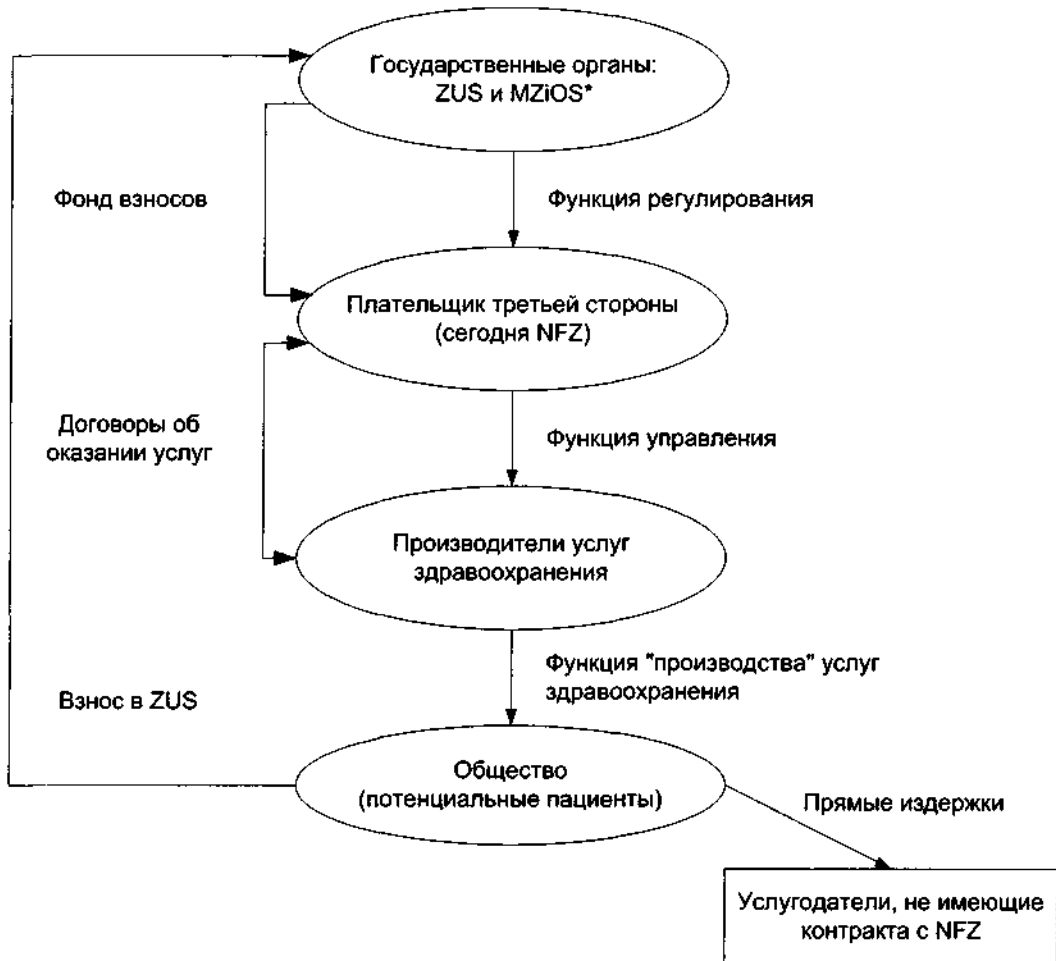


Рис.1. Организация рынка медицинских услуг в Польше после 01.04 2003 г.
Источник. Собственная разработка.

* ZUS (Zakład Ubezpieczeń Społecznych) – Организация по социальному страхованию, MZiOS (Ministerstwo Zdrowia i Ochrony Środowiska) – Министерство здравоохранения и защиты окружающей среды (прим. переводчика).

вано генерирование случайных чисел, которые определяют адрес домашних хозяйств (номер дома, квартиры). В каждом выбранном таким образом домашнем хозяйстве проведено личное интервью с лицом, соответствующим следующему правилу: *как минимум один раз пользовался услугой по оздоровлению в течение года, предшествующего исследованиям и отвечающим определенной для данной территории квоте по возрасту и полу.*

В исследовании, реализованном в январе – феврале 2004 г., приняло участие 506 жителей Западно-Поморского региона.

Анализ *conjoint* проведен для множества из пяти характеристик и соответствующих им уровней, выделенных на основе пилотного исследования. В результате получено 108 комбинаций. Такое большое их количество значительно затруднило бы опрос респондентов, поэтому с помощью ортогональных факторных систем число профилей уменьшено до 16. Спецификации профилей представлены в табл. 1.

Для проведения интервью экспертным образом выбрано девять профилей, что удовлетворяет условию о минимальном числе вариантов, необходимых для анализа [4]. Размер выборки для исследования (506 респондентов), несмотря на отсутствие однозначных рекомендаций, соответствует типовому в анализе *conjoint* размеру множества исходных данных (300–550). Дополнительные предпосылки, вытекающие из применяемых в программе SPSS вычислительных формул, касаются следующего:

- способа представления данных (применен метод полных профилей);
- способа определения субъективных оценок отдельных профилей (каждая зависимая переменная (предпочтение) измерялась по шкале от 1 до 100, где экстремальные значения означали соответственно наименее и наиболее привлекательного услугодателя);
- выбора метода оценки параметров частичной полезности (так как зависимые переменные измерялись по шкале от 1 до 100, был выбран классический метод наименьших квадратов с искусственными переменными, определенными квазиэкспериментальным способом);
- выбора модели, определяющей зависимость полной полезности от частичной полезности (применена аддитивная модель глав-

ных причин, дающая для оценки меньшее число профилей).

Анализ результатов исследования

Согласно указанным предпосылкам, прежде всего оценена частичная полезность, характеризующая вес, который пациент придает отдельным уровням каждой характеристики (табл. 2).

Для анализа относительной важности каждой характеристики услугодателя в исследуемом множестве пациентов были использованы средние значения (AV) (табл. 3).

Данные таблицы позволяют сделать вывод, что наибольшей полезностью в исследуемой выборке обладает доступность, понимаемая как возможность попасть на прием к врачу (время ожидания, часы работы, занятость врачей, условия регистрации). Ее относительная важность (31,46) значительно превышает значения остальных анализируемых характеристик услугодателя.

Пациенты высоко оценивают также скорость реализации определенной потребности по оздоровлению. Такое высокое значение доступности медицинских услуг можно объяснить рядом реформ государственной службы здравоохранения в Польше, в результате которых возросли опасения людей, связанные с возможностью легкого и быстрого получения требуемой помощи. Об этом свидетельствуют как предварительные региональные исследования, так и общепольский опрос общественного мнения. В региональном исследовании 45,26 % респондентов негативно оценило влияние введенной в 1999 г. свободы выбора места лечения на доступность оздоровительных услуг. Особенно трудным, с точки зрения населения, является доступ к врачам-специалистам.

Как точно заметил Ф.А. Хайек (*Hayek*), «конкуренция, в принципе, – это процесс формирования мнения» [5]. На рынке оздоровительных услуг этот тезис приобретает особое значение, так как характеристики услуги с трудом поддаются оценке пациента. Предпочтение и выбор потребителей услуг в большой мере формируются за счет рекомендаций других пациентов, репутации учреждения охраны здоровья в окружении. Формируемые таким образом символические соотношения «фильтруют» будущие реальные отношения. Эмпи-

Профили услугодателей в области здравоохранения

Номер профиля	Стоимость медицинской услуги	Доступность услугодателя	Имидж услугодателя	Рекомендации других врачей, семьи и знакомых	Комплексная опека, предлагаемая услугодателем
1	1	3	1	1	1
2	1	2	3	3	1
3	1	2	2	1	2
4	1	1	1	2	2
5	2	1	2	3	2
6	2	3	2	1	1
7	2	2	1	1	2
8	2	2	1	2	1
9	1	1	2	2	1
10	1	3	1	3	2
11	2	1	1	3	1
12	2	1	1	1	2
13	2	1	3	1	1
14	1	1	3	1	2
15	2	3	3	2	2
16	1	1	1	1	1

Источник. Собственная разработка на основе результатов работы программы SPSS 8.0.

Таблица 2

Матрица частичной полезности

Переменная	Номер респондента								Среднее значение
	1	2	3	...	256	257	...	506	
<i>Стоимость услуги:</i>									
• бесплатная	27,250	27,250	2,750	...	27,000	24,500	...	12,500	17,166
• платная	-27,250	-27,250	-2,750	...	-27,000	-24,500	...	-12,500	-17,166
<i>Доступность услуги:</i>									
• низкая	-29,333	-59,333	-23,333	...	-39,000	-14,333	...	-11,000	-30,003
• средняя	-10,333	29,667	37,667	...	29,000	-10,333	...	62,000	19,821
• высокая	39,667	29,667	-14,333	...	10,000	24,667	...	73,000	10,181
<i>Имидж учреждения:</i>									
• низкий	13,333	0,000	-50,333	...	-11,333	-3,667	...	36,333	-10,219
• средний	17,833	34,500	25,167	...	32,667	6,333	...	-13,667	16,692
• высокий	-31,167	-34,500	25,167	...	-21,333	-2,667	...	-22,667	-6,474
<i>Рекомендации (других врачей, семьи и знакомых):</i>									
• не рекомендуемое	-53,000	0,333	4,667	...	-21,667	-46,000	...	-77,667	-8,801
• средне рекомендуемое	1,500	-5,167	28,167	...	3,333	8,000	...	1,333	1,369
• часто рекомендуемое	51,500	4,833	-32,833	...	18,333	38,000	...	76,333	7,432
<i>Комплексная опека:</i>									
• есть	2,750	27,250	11,750	...	-4,500	22,500	...	39,500	-2,301
• нет	-2,750	-27,250	-11,750	...	4,500	-22,500	...	-39,500	2,301
Свободный член	40,000	60,000	55,500	...	50,500	18,000	...	1,333	35,157

Источник. Собственная разработка на основе результатов работы программы SPSS 8.0.

рическим доказательством этого является тот факт, что вторая по степени полезности характеристика, которая влияет на выбор пациентом определенного услугодателя, это рекомендации. Они становятся особенно важными в ситуации, когда потенциальный пациент не может делать оценку на основе собственного опыта. Опыт других людей (семьи, знакомых), как и мнение другого врача, компетентного в данной области, становятся в этом случае важным источником информации. Тем самым подтверждается большое значение неформальной коммуникации, ее информационной, рекламной и конкурентной функций. Она играет роль своеобразного символа качества, поскольку пациент не имеет возможности оценить качество услуги, пока ею не воспользуется. Рекомендации можно рассматривать также как своеобразный «амортизатор» неуверенности, так как они делают неизвестную для пациента ситуацию более доступной, снижая потенциальный риск.

Третьей характеристикой услугодателя с относительной важностью на уровне 18,81 является имидж учреждения здравоохранения. Это подтверждает влияние символических отношений (в данном случае создаваемых и намеренными действиями *public relations*, и ненамеренными событиями, оцениваемыми общественным мнением) на решения пациентов о выборе конкретного услугодателя. Наблюдения показывают, что менеджеры учреждений здравоохранения недооценивают значения этого фактора. Поэтому необходимо объяснять им важность имиджа и его влияние на принятие решений пациентами, особенно тогда, когда другие характеристики услугодателя и оздоровительной услуги трудны для оценки.

Средняя важность стоимости услуги, понимаемой как обязательная плата за услугу в месте потребления (15,35), ставит ее на четвертое место. Это доказывает, что пациенты склонны понести более высокие финансовые расходы, когда речь идет о покупке медицинской услуги более высокого качества или более доступной. Это подтверждают и другие результаты эмпирического исследования (табл. 4).

Полученные результаты исследования однозначно указывают, что при определении выгоды, получаемой от потребления оздоровительных услуг, доминирующее значение имеют их доступность и качество, а расходы оцениваются по непосредственным затратам (в месте получения услуги), а не по антиципационным (страховые взносы на медицинское обслуживание).

Наименьшее значение при принятии решения о выборе услугодателя, с точки зрения пациентов, имеет наличие комплексного медицинского обследования. Она рассматривается только как дополнительный аргумент в поддержании отношений «пациент – услугодатель». Предложение комплексного медицинского обследования, в отличие от первых трех характеристик, представляющих наибольшую полезность, выступает материальным аспектом оздоровительной услуги. Поэтому оценка в данном случае является более простой [6].

Рекомендации для маркетинга

Представленные результаты эмпирического исследования выявляют существенные трудности для маркетинга связей «пациент – услугодатель». В региональном аспекте, принимая во внимание способ построения выбор-

Таблица 3

Матрица относительной важности каждой переменной, %

Переменная	Номер респондента								Среднее значение (AV)
	1	2	3	...	256	257	...	506	
Стоимость услуги	19,29	19,68	2,43	...	24,00	21,59	...	5,53	15,35
Доступность	24,42	32,13	26,93	...	30,22	17,18	...	29,87	31,46
Имидж учреждения	17,35	24,91	33,33	...	24,00	4,41	...	13,05	18,81
Рекомендации (других врачей, семьи и знакомых)	36,99	3,61	26,93	...	17,78	37,00	...	34,07	21,61
Комплексное медицинское обследование	1,95	19,68	10,38	...	4,00	19,82	...	17,48	12,77

Источник. Собственная разработка на основе результатов работы программы SPSS 8.0.

ки, они могут иметь чисто прикладной характер. Но при обобщенном подходе они определяют интересное направление исследований формирования данных связей. Спектр применения результатов анализа охватывает:

- формирование немедицинских компонентов предложения услугодателя в виде облуживания, денежной и неденежной цены;
- формирование медицинских компонентов предложения услугодателя по принципу диверсификации или специализации;
- создание символических отношений за счет повышения имиджа учреждения здравоохранения и неформальной коммуникации.

В свою очередь, выделение методом *k*-средних сегментов пациентов на региональном рынке и повторное проведение процедуры *conjoint* в каждом из сегментов дало бы возможность дальнейшего применения результатов, особенно при разработке:

- принципов локализации новой сети услугодателей и их маркетинговых стратегий;
- стратегии позиционирования предложения услугодателя в идентифицированных сегментах рынка пациентов;
- коммуникационной политики учреждений здравоохранения, желающих максимизировать эффективность своих предложений в определенных сегментах рынка пациентов.

Целостно рассматривая проблему, можно указать шансы использования предложен-

ного подхода при анализе полезности связи «пациент – услугодатель» в нескольких областях исследований, касающихся:

- прогнозирования потенциала рынка добровольного медицинского страхования;
- развития ориентации услугодателей в секторе здравоохранения на клиента (пациента);
- развития ориентации на создание большей возможности выбора для пациента в секторе здравоохранения.

Углубленных исследований также будет требовать сама методология анализа *conjoint*, применение которой к оценке явлений, происходящих на рынке медицинских услуг, не распространено.

Представленное исследование доказывает, что полезность связи «пациент – услугодатель» зависит как от объективных переменных, таких как стоимость услуги или наличие комплексного медицинского обследования, так и от субъективно воспринимаемых переменных, таких как рекомендации или имидж услугодателя. Развитие польского рынка медицинских услуг будет требовать изучения составляющих обеих групп. Весьма важно, чтобы все намерения по корректировке связи «услугодатель – пациент», как в макро-, так и в микромасштабе, принимались, поддерживались обеими сторонами и осуществлялись при их активном участии. В большинстве стран

Таблица 4

Мотивы покупки услуг, оплачиваемых из индивидуальных доходов пациента

Мотивы	Процент ответов* (N=329)
• Желание обойти требование наличия направления от врача первого контакта / семейного врача	14,59
• Желание получить более быстрый доступ к врачу-специалисту	59,88
• Желание получить иное мнение (от другого врача, не ведущего лечение)	8,81
• Желание получить услугу высшего качества	43,77
• Невозможность получить данную услугу в государственном учреждении	42,25
• Желание получить наиболее современную услугу, с применением дорогих технологий	12,77
• Желание получить индивидуальную опеку	9,73
• Желание получить более быстрый доступ в государственную больницу, где работает врач, имеющий также частную практику	3,95
• Иной	2,43

* Сумма процентов ответов не равняется 100, так как респонденты могли указать до трех причин.

Источник. Собственная разработка на основе проведенных эмпирических исследований.

объединенной Европы этот процесс уже начался (ср. с [7]). Есть в нем место также и для маркетинга как способа повышения значения связи между поставщиками услуг здравоохранения и их покупателями.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Smoleń M.M.* Mechanizmy rynkowe a samodzielność zakładów opieki zdrowotnej // *Antidotum*. 1997. № 2. S. 5.

2. *Sagan A.* Symbolika produktu w systemie komunikacji marketingowej. Studium teoretyczno-metodologiczne. Kraków: AE w Krakowie, 2003. S. 72.

3. *Churchill G.A.* Badania marketingowe. Podstawy metodologiczne. Warszawa: PWN, 2002. S. 536.

4. *Walesiak M., Bąk A.* Conjoint analysis w badaniach marketingowych. Wrocław: AE we Wrocławiu. 2000. S. 31.

5. *Blaug M.* Konkurencja jako stan końcowy i jako proces. Kraków: AE w Krakowie, 2000. S. 7.

6. *Gabbott M., Hogg G.* Competing for patients: understanding consumer evaluation of primary care // *Journal of Management in Medicine*. 1994. Vol. 8. No. 1. P. 16.

7. *Anderson W., Florin D.* Consulting the Public About the NHS // *British Medical Journal*. 2000. Vol. 320. P. 1553.

