

Санкт-Петербургский государственный университет
Высшая школа менеджмента

НАУЧНЫЕ ДОКЛАДЫ

И.Н. Баранов

**КОНКУРЕНЦИЯ
В СФЕРЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ**

№ 1 (R)–2010

Санкт-Петербург

2010

И.Н. Баранов. Конкуренция в сфере здравоохранения. Научные доклады, № 1 (R)–2010. СПб.: ВШМ СПбГУ, 2010.

Ключевые слова и фразы: конкуренция, здравоохранение.

Сфера здравоохранения включает много видов деятельности и целый ряд рынков. В данной статье мы ограничимся рассмотрением преимущественно рынков медицинских услуг, не затрагивая тесно с ними связанный, но все же изолированный, фармацевтический рынок. Ситуация на смежном рынке услуг медицинского страхования описывается в связи с воздействием на конкурентную ситуацию на рынке услуг здравоохранения.

Баранов Игорь Николаевич, кандидат экономических наук, доцент кафедры государственного и муниципального управления.

baranov@gsom.spbgu.ru

© Баранов И.Н., 2010

© Высшая школа менеджмента СПбГУ, 2010

St. Petersburg State University
Graduate School of Management

WORKING PAPER

I.N.Baranov

**COMPETITION
IN HEALTH CARE**

1 (R)–2010

Saint Petersburg
2010

I.N. Baranov. Competition in Health Care. Working Paper # 1 (R)–2010. Graduate School of Management, St. Petersburg State University: SPb, 2010.

Keywords and phrases: competition, health care.

This policy paper highlights key theoretical issues related to the possibility of competition in provision of health care services and provides their illustrations for Russian health care system. Executive summary is available at pp. 48.

Igor N. Baranov, Candidate of economic sciences, Associate Professor, Graduate School of Management, St.Petersburg State University.

baranov@gsom.pu.ru

Содержание

ВВЕДЕНИЕ.....	6
1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ.....	6
1.1. ГЕТЕРОГЕННОСТЬ ИНДИВИДОВ, ДИФФЕРЕНЦИАЦИЯ ПРОДУКТА И ЖЕЛАТЕЛЬНОСТЬ КОНКУРЕНЦИИ	6
1.2. НЕСОВЕРШЕНСТВА РЫНКА И ВОЗМОЖНОСТЬ РАЗВИТИЯ КОНКУРЕНЦИИ.....	7
1.3. СПРОС НА МЕДИЦИНСКИЕ УСЛУГИ И ИХ ПРЕДЛОЖЕНИЕ	11
1.4. КОНКУРЕНЦИЯ И НЕРАВЕНСТВО.....	12
1.5. СТРУКТУРА РЫНКОВ И РЕГУЛИРОВАНИЕ.....	14
1.6. СИСТЕМА РЫНКОВ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ, ТИПЫ БЛАГ И КОНКУРЕНЦИЯ.....	18
2. КОНКУРЕНЦИЯ В РОССИЙСКОЙ МОДЕЛИ СТРАХОВОЙ МЕДИЦИНЫ	20
2.1. РОЛЬ КОНКУРЕНЦИИ В ДЕЙСТВУЮЩЕЙ СИСТЕМЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ.....	20
2.2. ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ КОНКУРЕНЦИИ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ ...	33
ЗАКЛЮЧЕНИЕ	45
СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ	46
EXECUTIVE SUMMARY	48

ВВЕДЕНИЕ

Традиционный экономический подход к анализу рынка заключается в последовательном рассмотрении характеристик блага (в нашем случае, медицинских услуг), выделении тех из них, которые ведут к появлению несовершенств рынка, сопоставлению вариантов государственного вмешательства с целью корректировки этих несовершенств (см., например, [Скляр, 2003]). Мы будем следовать этому подходу при рассмотрении теоретических аспектов конкуренции в здравоохранении, представленных в первой части статьи. Основной вопрос этой части — возможна ли, и если да, то в какой форме, конкуренция на рынке медицинских услуг и какими могут быть ее результаты. Во второй части мы обратимся к результатам эмпирических исследований конкуренции в российской системе здравоохранения и нормативным выводам для формирования политики. Здесь мы должны определить, можно ли рассматривать процесс преобразований, начавшийся в отечественном здравоохранении почти два десятилетия назад, как процесс развития конкуренции.

Сфера здравоохранения включает много видов деятельности и целый ряд рынков. В данной статье мы ограничимся рассмотрением преимущественно рынков медицинских услуг¹, не затрагивая тесно с ними связанный, но все же изолированный, фармацевтический рынок. Ситуация на смежном рынке услуг медицинского страхования описывается в связи с воздействием на конкурентную ситуацию на рынке услуг здравоохранения.

1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ

1.1. Гетерогенность индивидов, дифференциация продукта и желательность конкуренции

Одним из ключевых факторов, обуславливающих природу рынков услуг здравоохранения и медицинского страхования, является гетерогенность членов общества с точки зрения состояния здоровья. Если бы индивиды были однородны с этой точки зрения, то не существовало бы и асимметрии информации, а, следовательно, не возникало проблем морального ущерба и неблагоприятного отбора на рынках медицинского страхования. Были бы прогнозируемы

¹ Далее в статье термины «рынок медицинских услуг» и «рынок услуг здравоохранения» будут использоваться как взаимозаменяемые.

последствия использования определенных методов лечения, и медицинские услуги не были бы доверительными благами.

Разнородность предпочтений индивидов вызывает появление дифференцированного продукта. Как и практически любая другая услуга, медицинское обслуживание не может быть перепродано и потребляется в момент производства. Дифференциация связана как с уникальностью собственно медицинской услуги для каждого пациента, так и с различиями в обслуживании (палаты различного уровня комфортности, поведение персонала и т.п.). Гетерогенность продукта приводит к появлению у поставщиков рыночной власти вследствие затрат пациентов на переключение между поставщиками (покупатели стремятся выбирать поставщиков, которые в наибольшей степени могут удовлетворить их потребности).

Как известно из теории отраслевой организации, относительно эффективности конкуренции на рынках с дифференцированным продуктом не существует однозначного мнения. Как замечают М.Гейнор и У.Вогт, в этих условиях может "случиться все, что угодно" [Gaynor, Vogt, 2000, p. 1411]. Такие варианты рыночного поведения, как слияния, ценовая дискриминация, воспрепятствование входу на рынок путем "хищнического" ценообразования и т.п., могут как повысить общественное благосостояние, так и понизить его.

1.2. Несовершенства рынка и возможность развития конкуренции

Анализ несовершенств рынка медицинских услуг был проведен еще в знаменитой статье К.Эрроу [Arrow, 1963], справедливо считающейся одной из ключевых публикаций в истории становления экономики здравоохранения как научной дисциплины. Последние десятилетия развитие исследований в этой области шло в основном в части анализа проблем асимметрии информации и риска. Именно наличие таких несовершенств в значительной степени ограничивает возможности эффективного взаимодействия поставщиков и потребителей на рынках медицинских услуг, часто требует вмешательства государства, что, в совокупности, сужает потенциал использования конкурентных механизмов в здравоохранении.

Ряд услуг здравоохранения (например, вакцинация и некоторые другие услуги профилактической медицины) относятся к категории *общественных благ* по причине существенных *положительных внешних эффектов*, создающих основу для появления свойств несоперничества и неисключаемости в потреблении. Как известно, общественные блага не могут быть предоставлены в эффективных объемах посредством использования рыночных механизмов. Анализ вариантов частного предоставления общественного блага в рамках

теории клубов показывает, что даже если посредничество государства в финансировании блага не является необходимым (при определенных условиях), его предоставление будет, скорее всего, монопольным. Однако общественные блага составляют лишь незначительную часть услуг здравоохранения

Приведем другие примеры наличия положительных внешних эффектов медицинских услуг. Здоровье характеризуется одновременно как промежуточное (инвестиционное) и конечное благо, непосредственно включаемое в функцию полезности индивидов. Здоровье как инвестиционное благо является одной из переменных производственных функций других товаров. Часто этот аргумент используется для обоснования политики субсидирования предоставления медицинских услуг со стороны государства, поскольку они создают положительные внешние эффекты.

Оказание помощи бедным приводит к увеличению полезности более обеспеченных членов общества, как вследствие альтруизма, так и неопределенности будущего. Последнее, как было показано Роулзом [Rawls, 1971], приводит к необходимости повышения благосостояния наименее обеспеченных членов общества, в том числе путем предоставления трансфертов в натуральном виде (услуги образования и здравоохранения).

На рынках медицинских услуг имеет место асимметрия информации и неопределенность, проявляющиеся как при выборе пациентом врача (медицинского учреждения), так и при выборе курса лечения. Следствием асимметрии информации являются, как известно, неблагоприятный отбор и агентская проблема, включая ситуацию морального риска.

Часто у пациента нет достаточного времени для сбора и изучения необходимой информации для принятия обоснованного решения о выборе врача, медицинского учреждения и метода лечения. Даже если имеется время, квалификации пациента недостаточно для совершения обоснованного выбора, а затраты на поиск и анализ релевантной информации чрезмерно высоки.

Контроль призваны осуществлять страховые компании посредством экспертизы проведенного лечения (контроль *ex post*), так и предоставлением разрешения на проведение дорогостоящих манипуляций (контроль *ex ante*). В меньшей степени задействован такой инструмент *ex ante* контроля страховой компанией как выбор медицинского учреждения на основе информации об организации и стоимости лечения, а также его успешности по группам заболеваний.

Информационная асимметрия создает условия для рыночной власти поставщиков услуг, проявляющейся не только в увеличении

объемов помощи сверх необходимого уровня, но и в понижении качества услуг.

Врачи, ориентированные на увеличение объема оказываемой помощи или привлечение более состоятельных пациентов, могут снижать качество услуг, ненаблюдаемое клиентом (собственно выбор курса лечения), ниже эффективного уровня, и производить в избыточном объеме, по сравнению с эффективным, услуги, связанные с удобством клиентов. Последние (продолжительность бесед и детальность разъяснения диагностических и лечебных процедур, "внимательность" к обращениям пациентов и т.п.) часто воспринимаются клиентами как индикаторы качества собственно лечения. Этот вывод подтверждают и эмпирические исследования по России, как будет показано ниже.

Обратимся теперь к проблемам асимметрии информации на рынках услуг медицинского страхования.

Гетерогенность индивидов с точки зрения рисков здоровью создает различный спрос со стороны разных групп на услуги медицинского страхования. Если страховщик может определить с относительно низкими затратами, к какой группе по состоянию здоровья и рискам принадлежит индивид, он может предложить различные страховые полисы, дифференцированные по цене. Если разделение между группами индивидов провести невозможно или чрезмерно дорого, страховщик вынужден установить единую цену, создавая таким образом стимулы для индивидов с большим уровнем риска скрывать эту информацию ради приобретения полиса по более низкой цене.

Еще в работе [Rothschild, Stiglitz, 1976] было показано, что *неблагоприятный отбор* может привести к провалу конкуренции на страховых рынках. Если страховые компании не обладают информацией для дифференциации клиентов по состоянию здоровья, установление единой цены полиса в соответствии со средней вероятностью заболевания, мотивирует приобретать полисы группы населения с высокой вероятностью обращения за медицинской помощью. Поскольку с этими группами связаны и более высокие выплаты при наступлении страхового случая, равно как и более высокая вероятность его наступления, расходы страховых компаний могут превысить запланированный уровень. Это вызовет повышение цены полиса и, как следствие, еще более дестимулирует группы населения с хорошим состоянием здоровья приобретать полисы. Действие неблагоприятного отбора приведет к вымыванию этих групп со страхового рынка.

Хотя теоретические последствия действия неблагоприятного отбора вполне понятны, дальнейшие исследования на базе подхода Ротшильда-Стиглица, не привели к однозначным результатам сравнения различных структур страхового рынка с позиций воздействия на общественное благосостояние. Конкуренция может быть неоптимальной структурой, но и монополия окажется не лучше [Gaynor, Vogt, 2000, p. 1415]. Невозможно сделать и однозначных выводов о положительном или отрицательном эффекте конкуренции для формулирования политики развития страховых рынков.

Агентская проблема на рынках медицинских услуг возникает вследствие того, что врачи, как правило, выступают и в роли диагностов-консультантов и в роли поставщиков услуг лечения. Асимметрия информации относительно состояния здоровья пациента может привести к желанию врача воспользоваться преимуществом своих специализированных знаний и рекомендовать пациенту избыточные лечебные манипуляции или более дорогостоящие виды лечения, чем это необходимо. Для возникновения такого эффекта, врач, конечно, должен быть материально заинтересован в объемах прописываемого им лечения. Такая ситуация получила название "наведенного спроса" (induced demand), и часто упоминается как одно из следствий несовершенства рынка. Хотя наличие агентской проблемы теоретически вполне возможно, несовершенство методики проведения эмпирических исследований пока не позволяет сказать ничего определенного о значимости эффекта "наведенного спроса" на практике [Gaynor, Vogt, 2000, p. 1416].

Связанный с этим вопрос, вызывает ли усиление конкуренции на рынке медицинских услуг рост "наведенного спроса". Логика рассуждений здесь достаточно проста. Рост конкуренции означает вход новых поставщиков на рынок, в результате чего занятость врача или медицинской организации в среднем сокращается, что создает стимулы для предписывания избыточных манипуляций или диагностики. Убедительных выводов эмпирического тестирования этого подхода также нет, но, основываясь на модели Стано [Stano, 1987], можно предположить, что конкуренция приводит скорее к обратному эффекту.

Моральный риск на рынках медицинского страхования и услуг здравоохранения связан с тем, что при условии покрытия затрат на медицинские услуги за счет страховки, потребители не сопоставляют прирост выгоды от потребления с увеличением собственных расходов, что может привести к потреблению медицинских услуг сверх эффективного объема. Еще одной формой морального риска является отсутствие у индивидов стимулов к поиску поставщиков

услуг, предлагающих наименьшую цену при сопоставимом уровне качества [Newhouse, 1978].

Политика государства в ситуации асимметрии информации, как правило, направлена на расширение доступа к информации и повышении ее качества. Однако если индивиды имеют страховые полисы с высоким уровнем покрытия, эта политика может и не достигнуть своей цели, а именно — снижения цен на услуги.

1.3. Спрос на медицинские услуги и их предложение

Спрос на медицинские услуги имеет стохастический характер, но при этом ярко выражена сезонность. Эти особенности вызывают необходимость поддержания избыточных мощностей в здравоохранении. Медицинские учреждения при этом лишены возможности минимизировать свои затраты, но, в тоже время, наличие избыточных мощностей создает необходимые условия для создания барьеров на вход в отрасль. Справедливости ради надо отметить, что эффективность традиционных барьеров в здравоохранении может быть поставлена под вопрос вследствие крайне ограниченных возможностей для ценовой конкуренции. Так, типичным барьером для новичка стало бы увеличение предложения фирмой, уже присутствующей в отрасли, путем снижения цены при наличии у нее свободных мощностей (т.н. «хищническое» ценообразование). Однако если какая-либо больница снизит тарифы на свои услуги, это может быть воспринято рынком как сигнал более низкого их качества.

Краткосрочное предложение медицинских услуг крайне неэластично. В сочетании со стохастическим характером спроса, этот фактор требует регулирования объемов оказываемых услуг как со стороны спроса (например, путем участия населения в затратах), так и предложения.

Регулирование объемов медицинской помощи со стороны предложения наиболее просто, если услуги оказываются государственными медицинскими учреждениями. Более широко можно сказать, что аргументация в пользу доминирования государства на рынке медицинских услуг базируется на предположении о монопольной власти врачей вследствие асимметрии информации, чему должна соответствовать монополия государства как покупателя услуг. Этому соображению противостоит традиционный для теории отраслевой организации вопрос об отсутствии действенных стимулов к инновациям в условиях монополии. В результате производство государством медицинских услуг может оказаться технически неэффективным.

В соответствии с разными традициями организации медицинской помощи, роль государства в производстве медицинских услуг существенно различается между странами — от практически полного отсутствия государственных медицинских учреждений до их доминирования. Заметим, что в противоположность этому государство во всех странах активно присутствует на рынке медицинского страхования [Cutler, 2002, p. 2148].

В зависимости от того, какие типы поставщиков медицинских услуг присутствуют на рынке, будет различаться и характер конкуренции. Принципиально, здесь возможны три варианта: государственные медицинские учреждения, частные прибыльные и частные неприбыльные организации. Статус государственных поставщиков также может различаться — от государственных до автономных учреждений и автономных некоммерческих организаций. Но всех случаях могут наблюдаться отличия в поведении поставщиков на рынке услуг, вызванные различиями в мотивации их деятельности и степени свободы в принятии решений. Теоретически, государственные учреждения будут иметь преимущество над частными, только если последние не действуют в общественных интересах. Эмпирических подтверждений этому, однако, нет [Cutler, 2002, p. 2148].

Недостаток стимулов к эффективной работе государственных и неприбыльных медицинских учреждений может быть восполнен организацией косвенной конкуренции (*yardstick competition*) [Shleifer, 1985], подразумевающей сравнение показателей деятельности организаций одной отрасли, напрямую не конкурирующих между собой. Препятствием здесь является технологическая разнородность медицинских учреждений, что приводит к значительному усложнению расчета сопоставимых показателей и, как следствие, не вполне прозрачной системе стимулов для руководства учреждений².

1.4. Конкуренция и неравенство

Вопросы неравенства и справедливости в предоставлении услуг здравоохранения относятся к области нормативной экономики. Общество воспринимает медицинское обслуживание как одно из социальных прав, а не как один из видов экономических благ. Эта точка зрения отражена и в ст. 41 Конституции РФ. Она, в основном, базируется на представлении о необходимости перераспределения

² См., например, расчет показателей технологической эффективности больниц Санкт-Петербурга на основе методов свертки данных (*data-envelopment analysis*) и стохастической границы производственных возможностей, выполненный Е.Кочуровым [Баранов, Меркурьева, Кочуров, Скляр, 2006].

доходов в пользу более бедных членов общества и создания системы гарантий в условиях неопределенности будущего. Есть и два менее значимых аргумента в пользу активного государственного вмешательства в функционирование рынка медицинских услуг. Во-первых, как уже говорилось выше, с точки зрения обеспечения эффективного функционирования системы общественного здравоохранения, борьба с инфекционными заболеваниями требует субсидирования лечения и профилактики среди всех категорий населения. Во-вторых, улучшение состояния здоровья относительно бедных слоев населения путем предоставления им доступа к качественному медицинскому обслуживанию может создать положительный внешний эффект в виде более высоких налоговых поступлений как результата более продолжительной и производительной работы.

Достижение большего равенства доступа к получению медицинских услуг неизбежно ведет к рациированию объемов потребления посредством формирования очереди на получение помощи и ограничения набора услуг, который можно получить за счет государственного финансирования. Эту задачу решают, в частности, медико-экономические стандарты, наряду с задачей повышения информационной прозрачности путем фиксации обязательств государства, медицинских учреждений и страховых компаний, а также формирования стандартов качества помощи.

Многие экономисты, следуя общим соображениям, с точки зрения повышения эффективности предпочли бы перераспределить доходы в пользу малоимущих граждан, предоставив им право выбора направлений их расходования, чем предписывать соотношение объемов потребления медицинских услуг в сравнении с другими благами. В этом случае пространство для конкуренции на рынке медицинских и страховых услуг будет значительно шире, чем при рациировании потребления.

В пользу такого подхода имеются уже традиционные для экономики здравоохранения аргументы:

- исследования, проведенные на материале целого ряда стран, демонстрируют, что сильная положительная взаимосвязь между доходами и состоянием здоровья наблюдается только до определенного уровня дохода на душу населения;
- устранение финансовых барьеров доступа к услугам здравоохранения (как это, в частности, произошло в Великобритании) не сопровождается сокращением разрыва между уровнями смертности населения, принадлежащего к различным группам по уровню доходов.

Интерпретация этих результатов достаточно проста: при низком среднедушевом доходе значительная часть населения живет в санитарно неблагополучных условиях, не имея доступа к чистой воде и т.п., с крайне низким уровнем первичной медицинской помощи. Отсюда высокий уровень смертности от инфекционных заболеваний, уровень младенческой смертности. С ростом доходов эти потребности удовлетворяются и связь состояния здоровья, выраженная в показателях средней продолжительности жизни и смертности, и уровня дохода теряется. Отметим, что результаты чувствительны к выбору конкретного показателя в качестве переменной состояния здоровья.

Как показало масштабное исследование [Brainerd, Cutler, 2005], широко распространенное мнение о снижении показателей здоровья населения России в 1990-е гг. вследствие падения уровня жизни и доходов населения (и «развала» государственной системы здравоохранения, как утверждают многие), не подтверждается. Основными факторами, повлиявшими на падение средней продолжительности жизни, были уровень потребления алкоголя и смертность по так называемым «внешним» причинам (убийства, самоубийства, несчастные случаи).

1.5. Структура рынков и регулирование

После рассмотрения несовершенств рынка, зададим вопрос: какова же структура рынков медицинских услуг и как их следует регулировать?

Как было отмечено выше, дифференциация продукта создает предпосылки для появления рыночной власти у поставщиков. Чем меньше их взаимозаменяемость с точки зрения потребителя, тем выше будут его затраты переключения, а, следовательно, и рыночная власть поставщика. Для рынка амбулаторных услуг в крупных городах (географические границы этих рынков совпадают, как правило, с границами городских населенных пунктов или сельских районов) структура рынка может быть охарактеризована как монополистическая конкуренция. Наличие значительного числа поставщиков, коими скорее надо считать врачей, а не поликлиники, приводит к возможности переключения с относительно низкими затратами. Напротив, в случае больниц поставщиками скорее являются учреждения, а не отдельные врачи (хотя ситуация российских государственных клиник и имеет здесь свои особенности), их число невелико, а географические границы могут быть как локальными (в случае больниц скорой помощи), так и общенациональными (специализированные клиники плановой

госпитализации). Исходя из этих соображений, структура рынка услуг лечения в стационарах может быть охарактеризована как олигополия с дифференцированным продуктом. К аналогичным выводам относительно структуры рынков медицинских услуг в США приходят М.Гейнор и У.Вогт [Gaynor, Vogt, 2000, p. 1411].

Уместно задать вопрос: при наличии несовершенств рынка и целого ряда дополнительных соображений относительно вопросов справедливости, возможна ли вообще постановка вопроса о конкурентном рынке медицинских услуг. На этот вопрос следует ответить утвердительно, но при этом уточнить его постановку. Совершенная конкуренция на рынках услуг здравоохранения является такой же абстракцией, как и на любом другом рынке. Речь, скорее, должна идти об использовании конкурентных механизмов, причем как на реальных, так и на квазирынках. Последние интенсивно создавались в целом ряде стран мира (Новая Зеландия, Австралия, Великобритания и т.д.) в 1990-х гг. в рамках так называемого "нового государственного управления" (new public management) внутри общественного сектора для имитации действия рыночных сил. Обзор использования квазирыночных механизмов в здравоохранении представлен в [Chalkley, Malcomson, 2000].

Если на вопрос о возможностях внедрения конкурентных механизмов на рынки медицинских услуг большинство экономистов ответит положительно, с большими или меньшими оговорками, то вопрос о целесообразности применения к этому рынку норм антимонопольного законодательства выглядит менее однозначным. Антимонопольное регулирование даже таких развитых рынков медицинских услуг как американский получило серьезное развитие только начиная с середины 1970-х гг. Вплоть до этого времени в США — стране с наиболее развитой системой применения антимонопольного законодательства, — продолжались дебаты относительно применимости антитрестовского законодательства к ряду профессий, которые, как считалось, следовали собственным стандартам, отличным от общих правил ведения бизнеса (в формулировке Верховного суда — "follow a profession and not a trade"). Принятое Верховным судом в 1975 г. решение о применении этого законодательства в отношении всех профессий без исключения, открыло дорогу его использованию в сфере здравоохранения [Gaynor, Vogt, 2000, p. 1408]. В Российской Федерации такое регулирование еще дело будущего.

Одной из традиционных сфер внимания регулирующих органов является процесс слияний. В результате технологических изменений в отрасли, которые привели к сокращению сроков лечения и оказанию

ряда услуг (например, реабилитации) за пределами больниц, у клиник образовались свободные мощности. Как следствие, в США, Канаде и ряде стран Европы в 1990-е гг. прошла волна слияний медицинских учреждений. Так, с 1990 по 2003 г. концентрация рынка услуг стационаров в США возросла на 50%, и к 2003 г. более 90% населения проживали в городских агломерациях с высоким уровнем концентрации на рынках больничных услуг [Sari, 2008, p. 139].

Слияния могут привести к росту рыночной власти отдельных компаний, но могут и привести к росту общественного благосостояния, если экономическая эффективность возрастает в результате действия эффектов отдачи от масштаба и разнообразия. Особенно существенными потенциальные выгоды могут быть на небольших локальных или региональных рынках.

Концентрация на рынке может оказывать воздействие и на качество услуг. Так, эффективность может возрасти в результате действия эффекта обучения. Его проявление в здравоохранении весьма простое: качество лечения может возрасти, если врачи на регулярной основе занимаются диагностикой и лечением определенных групп заболеваний (качество работы хирурга возрастает в ростом числа операций определенного типа в единицу времени). Наличие эффекта обучения подтверждают и результаты эмпирических исследований, показывающих, в частности, более низкий уровень смертности по ряду хирургических заболеваний при росте числа выполняемых операций.

Однако клиники могут и не иметь стимулов к инвестициям в повышение качества, если оно является ненаблюдаемым или плохо наблюдаемым для пациента. Качество крайне сложно оценить как один из параметров контракта, поскольку его оценка сразу после оказания услуг затруднена, а само качество лечения зависит и от поведения и иных характеристик пациентов. По этой причине медицинские услуги относят к категории доверительных благ (*credence goods*) [Darby, Karni, 1973], в случае которых проблемы асимметрии информации столь существенны, что потребитель (в крайней ситуации) не всегда будет способен судить о качестве оказанной услуги даже после ее получения. Неконтрактируемость качества приводит к невозможности оплаты некой премии за его достижение или превышение по сравнению с базовым уровнем.

В конечном счете, вследствие разнонаправленных влияний на цены, объемы услуг и их качество, воздействие слияний на уровень общественного благосостояния невозможно однозначно предсказать.

Утвердительный ответ на вопрос о наличии конкуренции на рынках медицинских услуг позволяет нам задать следующий вопрос

— каков характер этой конкуренции? Можно ли считать ее преимущественно ценовой или неценовой?

На рынке больничных услуг США до 1982 г. господствовала неценовая конкуренция, что было вызвано регулированием цен со стороны государства на этом рынке. Наличие конкуренции в сочетании с регулированием путем установления единых цен может привести к различным результатам, в зависимости от выбора конкретной регуляторной конструкции. В случае стационаров это может, например, привести к конкуренции путем предоставления дополнительных услуг, в том числе в объеме, превышающем эффективный. Именно это и имело место не только в США, но и в целом ряде развитых стран. Результатом стала конкуренция с ориентацией на пациента (*patient-driven competition*) и ее наиболее яркое проявление, получившее название «гонки медицинских вооружений» (*medical arms race*), когда больницы не считались с затратами на приобретение нового оборудования, чтобы, в глазах пациентов и страховых компаний, предоставлять услуги по последнему слову медицинской науки.

В заключение обсуждения вопросов регулирования отметим, что при всей сложности продуктов, поведения поставщиков и потребителей, асимметрии информации и т.п., отрасль здравоохранения все же реагирует на создаваемые стимулы предсказуемым образом. Сошлемся здесь на обзор эмпирических исследований отраслевой организации рынков медицинских услуг по США в работе Д. Драноува и М. Саттерзвейта [Dranove, Satterthwaite, 2000]. Рассмотрев три этапа эволюции отрасли в США, они приходят к ключевому выводу: поставщики услуг реагировали на изменение экономических стимулов в соответствии с предсказаниями теории. Основными чертами этапов эволюции отрасли и действующей системы стимулов они называют: на первом этапе — независимость практики отдельных врачей с оплатой за каждую оказанную услуг и возмещение затрат стационаров на основе понесенных ими затрат, на втором — регулирование ценообразования, на третьем — переход к практике "управляемой помощи" (*managed care*). Как мы увидим во второй части статьи, российские клиники и медицинские страховые компании также выстраивают свое поведение в соответствии с заданными внешними ограничениями и имеющимися у них стимулами. Это означает, что здравоохранение (по определенной степени, как и любая другая отрасль) может быть объектом продуманной и эффективной политики, направляющей ее развитие в нужном обществе направлении.

1.6. Система рынков в здравоохранении, типы благ и конкуренция

Суммируем результаты рассмотрения типов благ в здравоохранении и страховании, видов рынков и возможностей развития конкуренции на них. Поскольку институциональная организация системы здравоохранения различается между странами, воспользуемся примером Российской Федерации.

Эффективное предоставление услуг здравоохранения связано с ситуацией на четырех взаимосвязанных рынках:

- рынок услуг медицинского страхования, субъектами которого выступают страхователи (население, предприятия, органы власти) и страховщики (страховые медицинские организации, СМО);
- рынок медицинских услуг, где поставщиками услуг являются медицинские учреждения, потребителями услуг — население, а покупателями услуг — страховые медицинские компании;
- рынок труда медицинских работников;
- рынок капитала.

В табл. 1 представлены результаты сопоставлений моделей предоставления благ, типов контрактов органов государственного управления и вида цен (рыночные или регулируемые).

Примерами первой модели «*Частное финансирование и производство*» может быть прямая оплата услуг частных медицинских учреждений населением, а также оказание услуг частными медицинскими учреждениями в рамках полиса ДМС. При наличии системы обязательного медицинского страхования, регулировать данные рынки не целесообразно. Если же обязательное страхование отсутствует, государство должно регулировать уровень цен и условия доступа к услугам частных медицинских учреждений, занимающих монопольное положение на рынке.

Общественное предоставление услуг здравоохранения при частном финансировании и производстве имеет место в случае оказания медицинских услуг частными учреждениями в рамках обязательного медицинского страхования работающего населения. В качестве плательщиков выступают частные СМО, а плательщиками и покупателями на рынке ОМС — предприятия. Как уже отмечалось, система ОМС является смешанным (перегружаемым) общественным благом, а невозможность исключить кого-либо из системы ОМС гарантируется государством, в том числе через контракты, регулирующие для СМО цены, объемы и спецификацию оказываемых услуг.

Частное финансирование и общественное производство позволяют обеспечивать предоставление как частных, так и смешанных общественных благ. Примерами первого рода могут быть

прямая оплата услуг в государственных медицинских заведениях и оказанием ими услуг по программам ДМС, а примером предоставления перегружаемого блага является ОМС работающего населения с оказанием услуг в государственном секторе здравоохранения. В случае предоставления частных благ (прямая оплата и ДМС) задача органов власти ограничивается регулированием цен государственных медицинских учреждений — монополистов, а также, возможно, передачей права управления подведомственными медицинскими учреждениями частным компаниям.

Противоположная ситуация, *общественное финансирование частного производства*, предполагает, что существует проблема «зайцев», которую общество решает путем финансирования предоставления смешанного или чистого общественного блага за счет налоговых сборов. Примерами в сфере здравоохранения могут быть ОМС неработающего населения (перегружаемое благо) и санитарно-эпидемиологическая служба (чистое общественное благо). Органы государственного управления должны заключить контракты на оказание услуг по производству благ с частными медицинскими учреждениями. Цена контракта на оказание медицинских услуг неработающему населению в рамках ОМС определяется на уровне регионов исходя из единой цены полиса для всех категорий граждан, дифференцированной только по половозрастному принципу. Стоимость услуг по производству чистых общественных благ, напротив, является индивидуальной и фиксируется в заключаемом контракте.

Сочетание *общественного финансирования и производства* оправдано только в случае предоставления чистых общественных благ, таких как, например, упомянутая выше санитарно-эпидемиологическая служба, карантинный надзор, профилактика распространения инфекций и т.п. Представляется, что более эффективным будет предоставление блага не в рамках административной системы управления, а на основе контрактов на оказание услуг с государственными учреждениями, которым в этом случае предоставляется определенная операционная самостоятельность. Максимум самостоятельности будет достигнут при передаче государственного учреждения в управление частной компании, контракт в этом случае приобретает черты концессионного соглашения. Применение данной схемы не означает автоматически достижение максимальной эффективности. Как показал мировой опыт использования концессий, особенно в сфере естественных монополий, успех зависит от параметров соглашения, возможности

минимизации транзакционных затрат на обеспечение прозрачности и подконтрольности компании-концессионера, наличия конкуренции «на входе в отрасль» и в момент продажи концессии.

2. КОНКУРЕНЦИЯ В РОССИЙСКОЙ МОДЕЛИ СТРАХОВОЙ МЕДИЦИНЫ

2.1. Роль конкуренции в действующей системе здравоохранения

Реформирование системы здравоохранения в России в последние 15 лет связано с внедрением страховой медицины с 1993 года (закон «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации» был принят в 1991 году). Поведение поставщиков и потребителей услуг, роль механизмов финансирования, институциональные условия развития здравоохранения, стали объектом исследования целого ряда российских экономистов, сред которых надо особо выделить работы С.В. Шишкина и И.М. Шеймана. Так, в работе [Шишкин, Бесстремьянная, Заборовская и др., 2006] проведен подробный анализ региональных системы здравоохранения, чрезвычайно важный для нашей страны, где модели организации здравоохранения могут существенно варьироваться между регионами в зависимости как от политических, так и от экономических обстоятельств. Ряд работ группы С.В. Шишкина посвящен оплате населением медицинской помощи и влиянию этих платежей на положение медицинских работников [Шишкин, Бесстремьянная, Красильникова, 2004]. Перспективы реформирования системы ОМС, включая изменению систем оплаты услуг, рассмотрены в [Шишкин, Богатова, Потапчик, 2002]. Поведение поставщиков медицинских услуг в системе ОМС проанализировано в [Скляр, 2007]. В новой работе И.М. Шеймана [Шейман, 2008], специально посвященной развитию рыночных отношений в здравоохранении, анализируются институциональные условия развития конкуренции на рынках медицинских и страховых услуг в системе обязательного медицинского страхования.

Таблица 1

Модели предоставления услуг здравоохранения: типы благ и регулирование цен

Модели предоставления частных и общественных благ	Примеры предоставления услуг здравоохранения	Тип блага	Типы контрактов органов государственного управления	Рыночные и регулируемые цены
Частное финансирование Частное производство	Прямая оплата услуг в частных МУ	Частные		Свободные рыночные
	ДМС (поставщики услуг — частные МУ)	Частные		Свободные рыночные
Общественное предоставление Частное финансирование и производство	ОМС работающего населения: страхователи — частные предприятия, страховщик — частная СМО, поставщики услуг — частные МУ	Смешанные общественные	Регулирующие контракты (цена и объем услуг)	Цена полиса (стоимость услуги обязательного медицинского страхования) определяется региональными органами власти Цены на услуги частных МУ в рамках программы ОМС не регулируются
Частное финансирование Общественное производство	Прямая оплата услуг в государственных МУ	Частные	Регулирующие контракты (цена)	Свободные рыночные Для МУ — монополистов регулируется уровень цен
	ДМС (поставщики услуг — государственные МУ)	Частные		
	ОМС работающего населения: страхователи — частные предприятия, страховщик — частная СМО, поставщики услуг — государственные МУ	Смешанные общественные	Регулирующие контракты Контракты на управление государственным МУ	Цена полиса определяется региональными органами власти Для МУ — монополистов регулируется уровень цен
Общественное финансирование Частное производство	ОМС неработающего населения: страхователи — местный орган власти, страховщик — частная СМО, поставщики услуг — частные МУ	Смешанные общественные	Контракты на оказание услуг с СМО	Цена полиса определяется региональными органами власти
	Санитарно-эпидемиологическая служба и т.п.	Чистые общественные	Контракты на оказание услуг с МУ	В рамках контракта устанавливается цена услуги
Общественное финансирование Общественное производство	Санитарно-эпидемиологическая служба и т.п.	Чистые общественные	Контракты на оказание услуг с МУ Контракты на управление государственным МУ	В рамках контракта устанавливается цена услуги

На рис. 1 показана система рынков в отрасли при наличии страховой модели ОМС. Рассмотрим особенности функционирования отдельных рынков и сделаем на этой основе выводы о возможном ценовом поведении субъектов рынка. Особенности функционирования рынков выявлены на основе характеристик поставщиков и покупателей, характера услуги, асимметрии информации, барьеров на входе и выходе из отрасли.

Выделенные характеристики ценового поведения подтверждаются эмпирическим анализом, результаты которого частично представлены ниже. Эти результаты базируются на данных трех исследований, проведенных с участием автора в 2002, 2005 и 2008 гг.³

Организация эмпирических исследований

В рамках проекта в октябре 2002 г. был проведен телефонный опрос населения Санкт-Петербурга. В общей сложности были опрошены 1502 человека, при этом квотировались параметры распределения по полу, возрасту, уровню дохода, наличию работы. Квоты по полу, возрасту и наличию работы отражают распределение населения Санкт-Петербурга. Квоты по уровню дохода устанавливались для проведения опроса по проекту с целью более полно представить позиции и предпочтения домохозяйств с низким, средним и высоким доходом. Таким образом, выборка смещена в сторону высокодоходных групп. Поведение медицинских организаций и страховых компаний в системе ОМС анализировалось по данным 15 глубинных интервью с их руководителями.

Целью проекта 2005 г. являлась оценка возможностей развития конкуренции в региональных системах здравоохранения. Она проводилась посредством комплексного обследования и сравнительного анализа систем медицинского страхования двух регионов Северо-Запада РФ (Санкт-Петербург и Республика Карелия).

³ Исследование 2002 г. проходило в рамках проекта «Роль страховых медицинских организации в улучшении качества медицинского обслуживания и увеличении равенства доступа к услугам здравоохранения (на примере Санкт-Петербурга)», который был реализован автором совместно с Т.М. Скляр при поддержке Независимого института социальной политики. Данные исследования 2005 г. основаны на результатах проекта «Анализ возможностей развития конкуренции в системе медицинского страхования» (И.Н. Баранов, Е.В. Кочуров, И.С. Меркурьева, Т.М. Скляр), осуществленного при поддержке Московского общественного научного фонда. Исследование 2007-2008 гг. «Эффективные формы управления в социальной сфере: взаимодействие бизнеса и государства в здравоохранении» (И.Н. Баранов, Т.М. Скляр, Н.В. Резниченко) получило грант Высшей школы менеджмента СПбГУ.

Санкт-Петербург — второй по численности населения город страны (4,6 млн чел.) с развитой медицинской инфраструктурой, представленной учреждениями как федерального, так и регионального подчинения. В Санкт-Петербурге система ОМС функционирует в точном соответствии с федеральным законодательством, в городе существует как рынок услуг обязательного медицинского страхования, так и рынок медицинских услуг. Это позволяет оценить эффективность предоставления услуг ОМС в заданных законодательством институциональных условиях, не указывая на несоответствие устройства региональной системы ОМС федеральному закону и на отсутствие даже потенциальной конкуренции на рынке медицинских услуг вследствие монопольного положения центральной больницы.

Карелия представляет собой небольшой по численности населения (630 тыс. чел.) регион с доминирующей республиканской больницей, при этом население проживает достаточно разбросано (население столицы не превышает 40% от численности населения республики).

В Санкт-Петербурге в конце 2005 г. был проведен телефонный опрос населения. В общей сложности были опрошены 1204 человека, при этом также как и в 2002 г. квотировались параметры распределения по полу, возрасту, уровню дохода, наличию работы. Опрос населения республики Карелия был проведен путем личных интервью с населением по маршрутной выборке (выборка 408 чел.). Осуществлялось интервьюирование только городского населения, которое составляет 80% от общей численности населения Карелии. 50% выборки составили жители Петрозаводска (в котором проживает 50% городского населения республики), и по 25% — жители Костомукши и Кондопоги.

Кроме опросов населения была проведена серия глубинных интервью с руководителями медицинских учреждений и страховых медицинских организаций. В Санкт-Петербурге в общей сложности были проведены 15 глубинных интервью — по пять с руководителями амбулаторно-поликлинических и лечебно-профилактических учреждений, и пять — с руководителями страховых компаний. В числе медицинских учреждений были выделены учреждения системы ОМС и платные медицинские организации, медицинские учреждения федерального и городского подчинения. Кроме того, были представлены организации — «лидеры» по уровню обслуживания и участию в экономических экспериментах, а также больницы и поликлиники со средним уровнем обслуживания. Выделение «лидеров», проведенное

экспертным путем на начальном этапе проекта, нашло подтверждение в интервью руководителей как медицинских учреждений, так и страховых компаний. Для проведения интервью были выбраны страховые компании — «лидеры» по числу застрахованных (более 250 тыс. человек) и компании, имеющие незначительный контингент (несколько десятков тысяч человек). В выборке представлена страховая компания с иностранным участием. Аналогичным образом в Карелии были проведены 12 глубинных интервью — по четыре с руководителями амбулаторно-поликлинических и лечебно-профилактических учреждений, и четыре — с руководителями страховых компаний.

Исследование 2007–2008 гг. ставило задачу изучения опыта успешных медицинских организаций с целью выявления эффективных бизнес-моделей их функционирования для возможного тиражирования в сфере здравоохранения. Исследование проводилось в регионах с развитыми рынками медицинских услуг — Санкт-Петербурге и Москве — путем проведения экспертных интервью с управленческими командами десяти медицинских учреждений (как правило, главным врачом, его заместителем, курирующим экономические вопросы и руководителем одного из профильных для данного учреждения отделений). В общей сложности, было проведено 30 интервью, причем в выборку были включены клиники разных типов: федерального и регионального подчинения, специализированные и общего профиля, государственные и частные. Помимо этого, был проведен телефонный опрос населения, по своим задачам в значительной части повторяющий опросы 2002 и 2005 гг., что позволило получить данные о динамике предпочтений и поведения потребителей.

Конкуренция на рынке медицинского страхования

Услуги медицинского страхования оказываются на двух изолированных рынках — обязательного и добровольного страхования. На рынке ОМС в качестве страхователей (покупателей услуг) выступают предприятия и организации (для работающего населения) и местные органы власти (для неработающего населения). Страховщиками (поставщиками услуги) являются страховые медицинские организации. Услуга ОМС является перегружаемым общественным благом и представляет собой часть системы социальной защиты. Соответственно, СМО оказывают услуги не по обеспечению доступа к медицинской помощи, а, скорее, по финансовым расчетам с медицинскими учреждениями и, главное, по гарантированию качества оказываемых населению медицинских услуг.

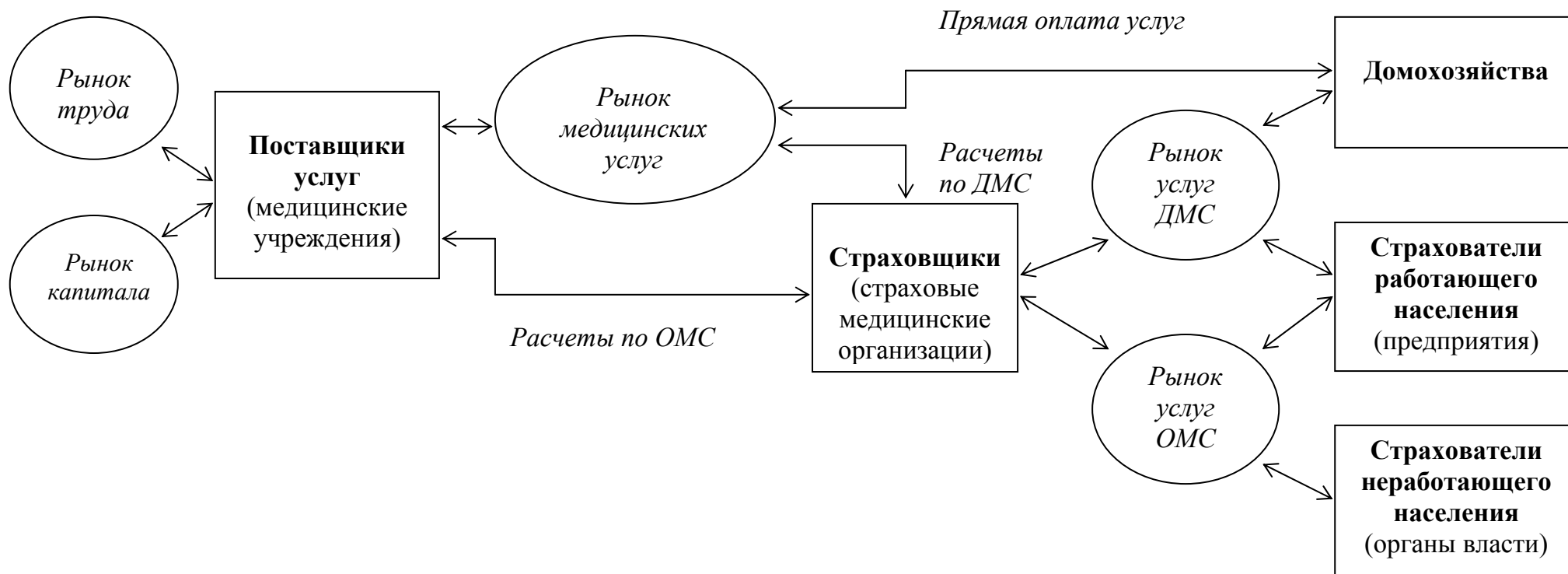


Рис. 1. Система рынков при наличии обязательного медицинского страхования

СМО заключают договора страхования со страхователями, но их финансовое положение не зависит от величины взносов страхователей (взносы уравниваются в территориальном фонде ОМС), определяясь только числом застрахованных и ценой одного полиса в текущем году (стоимость территориальной программы ОМС в расчете на одного застрахованного). Соответственно, у страховых компаний возникает мотивация к конкуренции за объем застрахованных, причем эта конкуренция может быть только неценовой.

Страховые компании в системе ОМС могут иметь три источника конкурентных преимуществ:

- Заключение контрактов с крупными предприятиями, то есть увеличение числа застрахованных.

- Заключение контрактов на оказание услуг застрахованным лицам с медицинскими учреждениями, оказывающими более качественные услуги.

- Активная защита прав застрахованных путем проведения проверок качества лечения в медицинских учреждениях, предоставления клиентам полной и своевременной информации о характере и качестве лечения в отдельных учреждениях здравоохранения, а также обеспечения судебной защиты прав клиентов.

В настоящее время страховые компании, работающие в системе ОМС, с одной стороны обязаны заключить договор с любым предприятием, желающим застраховать своих работников, а с другой стороны — со всеми медицинскими учреждениями, включенными в ОМС. Это приводит к ориентации страховых компаний на использование первого источника конкурентных преимуществ, полностью лишает их возможности использовать второй из перечисленных потенциальных источников и существенно ограничивает возможность использования третьего. Последнее связано с тем, что обязательная контрактация со всеми медицинскими учреждениями, работающими в ОМС, не позволяет рассчитывать на должный контроль над качеством лечения — страховая медицинская компания не обладает для этого достаточными ресурсами.

Помимо объективной невозможности для страховых компаний предоставлять в необходимом объеме услуги, связанные с реализацией конкурентного преимущества по обслуживанию клиентов, компании не развивают в полной мере такие услуги из-за отсутствия существенных стимулов к этому. Страховая компания уделяла бы больше внимание нуждам отдельных застрахованных, если бы ее финансовое положение определялось в первую очередь

удовлетворенностью клиентов-частных лиц. Сейчас же благополучие компании определяется исключительно количеством договоров с крупными предприятиями. Именно на корпоративный сектор направлены усилия по привлечению (точнее говоря, переманиванию) новых клиентов. Для этого используются и различные схемы вознаграждений сотрудникам за заключение договоров с предприятиями. В свою очередь, предприятия при заключении договоров со страховыми компаниями могут руководствоваться не только интересами работников. Кроме того, предприятия не имеют достаточной информации о качестве обслуживания страховой компанией (средний уровень обслуживания вследствие всех перечисленных ограничений мало чем отличается у разных компаний), и не будут тратить средства на ее сбор, поскольку медицинская страховка в системе ОМС не рассматривается как один из видов вознаграждения за труд и, следовательно, не имеет никакого значения как инструмент управления персоналом.

Фиксация тарифов в системе ОМС и их выравнивание для всех застрахованных, в не зависимости от места их работы, приводит к появлению неценовой конкуренции на рынке ОМС, направленной на рост числа клиентов. Предоставление качественных медицинских услуг клиентам не влияет сколь либо существенно на положение страховщика, соответственно страховые компании не готовы расходовать средства на защиту прав застрахованных и улучшения степени их информированности, сверх предусмотренных законодательством лимитов.

Поведение страховых компаний на рынке ДМС кардинально иное. Процесс ценообразования на этом рынке не регулируется, цены являются свободными и определяются двумя взаимосвязанными факторами: уровнем конкуренции на рынке ДМС и количеством привлеченных клиентов. Конкуренция на рынке ДМС может косвенно регулироваться региональными органами власти посредством лицензирования. Достаточно типичны административные барьеры на входе на рынок субъекта Федерации для компаний, зарегистрированных в других регионах. Рост числа привлеченных клиентов позволяет страховщику сбалансировать свои риски и получить существенные скидки с базовой цены при заключении договора с медицинскими учреждениями. С ростом объема рынка ДМС ценовая конкуренция должна усиливаться.

Рынки факторов производства

При анализе работы системы здравоохранения ситуации на рынках ресурсов уделяется, как правило, недостаточное внимание. В

тоже время, наличие ограничений на этих рынках серьезно тормозит структурную реформу отрасли и оказывает существенное воздействие на уровень цен и тарифов.

В первую очередь это относится к рынку капитала. Медицинские учреждения не только не являются акционерными обществами, но и не могут быть проданы. В результате низкоэффективные учреждения не могут быть приобретены более эффективными, и единственным инструментом давления на них остается административный. Это, в свою очередь, приводит к тому, что более эффективные медицинские учреждения, а также страховые компании могут расширяться (создавать собственные медицинские подразделения в случае СМО) только за счет нового строительства, что оказывается гораздо дороже реструктуризации имеющихся учреждений. Результатом является рост тарифов и на услуги успешных частных клиник (за счет включения в тариф инвестиционной составляющей), и к завышенным прямым бюджетным расходам и тарифам в пользу государственных учреждений (наряду с успешными государственными клиниками требуется поддерживать низкоэффективные). Потенциальные инвестиции в создание или расширение частных клиник сталкиваются и с множеством административных барьеров. В итоге, ограничения на рынке капитала приводят к росту тарифов и, что более важно, недоинвестированию здравоохранения.

Рынок труда медицинских работников не имеет существенных ограничений в части подготовки кадров, но при этом характеризуется феноменом перманентного дефицита врачей и среднего медицинского персонала при высокой их численности в расчете на 10 тыс. человек населения.⁴ Очевидно, что это явление вызвано не физической нехваткой кадров, а крайне низкими зарплатами и отсутствием системы вознаграждения за качественную работу.

Оценка конкуренции между медицинскими учреждениями

В процессе проведения исследований 2005 и 2008 гг. представители медицинских учреждений продемонстрировали два различающихся представления о конкуренции на рынке медицинских услуг.

Одна группа респондентов считает, что конкуренции между различными медицинскими учреждениями нет или ее уровень невысок. В целом, низкий уровень конкуренции обусловлен незначительной долей предпринимательской деятельности в

⁴ В среднем по РФ это отношение почти в два раза выше, чем в странах Западной Европы. В Москве и Санкт-Петербурге — выше в 3 раза.

медицинских учреждениях. Отсутствие конкуренции объясняется тем, что потребность в медицинских услугах высока и не удовлетворена, и различные медицинские учреждения работают в разных, не пересекающихся нишах. Наличие у определенных медицинских учреждений эксклюзивных методик лечения приводит к монополизму на узких сегментах, хотя в целом стимулирует конкуренцию.

Вторая группа участников исследования придерживается точки зрения, что в части предоставления платных услуг конкуренция достаточно сильна, особенно на таких сегментах, как стоматология и косметология. Отмечается, что большая часть медицинских учреждений не имеет конкурентов по совокупности признаков (перечень услуг, качество, уровень технической базы и пр.), однако, конкуренция ощущается по ряду направлений работы (например, конкуренция при проведении профилактических осмотров). В качестве конкурентов рассматриваются те медицинские учреждения, которые имеют сопоставимый уровень материально-технического обеспечения и специализируются на тех же медицинских направлениях.

Конкурентными преимуществами для медицинских учреждений являются: высокий уровень технического (диагностического) оснащения, новые технологии, новое оборудование, наличие высококвалифицированных специалистов, возможность стационара быстро реагировать на изменение потребности (например, перепрофилирование коек).

Крайне незначителен уровень конкуренции между городскими поликлиниками. Согласно действующей модели организации здравоохранения каждый индивид «прикреплен» для оказания услуг первичной помощи к определенному поликлиническому учреждению. Действующие в Санкт-Петербурге «Правила обязательного медицинского страхования» декларируют право выбора индивидом амбулаторно-поликлинического учреждения и обязывают АПУ предоставлять всем гражданам информацию о полном перечне оказываемых услуг, а также об условиях выбора конкретного врача-терапевта или педиатра. Тем не менее, при, как правило, низких оценках пациентами работы собственной поликлиники, случаи обращения со стороны пациентов о смене врача, как уже отмечалось выше, крайне редки.

Причина низкой мобильности населения между врачами и АПУ, на наш взгляд, кроется не в особенностях организации системы ОМС — обязательная контрактация всех страховых компаний со всеми медицинскими учреждениями как раз снимает все

институциональные ограничения, — а в слабой дифференциации услуг первичной помощи на уровне учреждений и незаинтересованности как самих АПУ, так и, особенно, врачей в привлечении дополнительного контингента.

Вопросы конкуренции изучались и в связи с исследованием лучших практик управления медицинскими учреждениями в рамках проекта Высшей школы менеджмента СПбГУ. В экспертные интервью были включены, помимо прочих, вопросы о наличии и характере конкуренции, реакции учреждения на ее существование и действия конкурентов.

На вопрос о наличии конкуренции практически все респонденты ответили положительно, хотя их представления о характере конкуренции и о своих непосредственных конкурентах существенно различаются.

Представители государственных клиник не рассматривают в качестве своих конкурентов частные медицинские учреждения. Основная причина таких взглядов — представление о том, что качество сервиса и организация оказания услуги не являются существенными. В отношении этих позиций признается преимущество частных клиник, но далее утверждается, что фактически это не имеет значения при равном кадровом потенциале и лучшей обеспеченности диагностической и лечебной аппаратурой крупных государственных клиник.

Пациенты, однако, ставят на первое место именно качество сервиса как принцип выбора ими медицинского учреждения для получения обслуживания. Вполне возможно, что это связано, прежде всего, с характером услуг, за которыми чаще всего обращаются пациенты — лечение несложных заболеваний или относительно простые манипуляции. Выбор медицинского учреждения при наличии серьезного заболевания может быть и иным.

Неудовлетворенность работой поликлиникой и стратегия снижения качества услуг

По результатам опроса населения в 2005 г. значительная доля респондентов не удовлетворена работой поликлиники (32%), только отчасти удовлетворены 34% опрошенных. Причины неудовлетворенности работой районной поликлиники приведены ниже в сопоставлении с данными опроса 2002 г.

Причины	% респондентов	
	2002 г.	2005 г.
Очереди	31,9	44,8
Трудно попасть на прием к врачу-специалисту	18,7	24,4
Все устраивает	17,5	10,7
Невежливое поведение обслуживающего персонала	17,5	10,6
Уровень квалификации, компетентности врачей	13,1	11,1
Отсутствие нужных врачей-специалистов	10,3	7,8
Некоторые услуги являются платными	5,8	6,4
Отсутствие требуемых диагностических исследований	3,1	5,5
Пренебрежение к больным, мало внимания	4,2	5,1
Высокие цены на платные услуги	2,8	2,6
Другое	10,6	12,2
Трудно сказать	7,7	8,4
<i>Число респондентов, чел.</i>	<i>673</i>	<i>549</i>

В качестве основных причин недовольства работой районной поликлиники следует выделить:

- низкий уровень обслуживания (очереди, невежливое поведение персонала, невнимание со стороны врачей), в совокупности отмеченное в 61,5% полученных ответов;
- отсутствие или нехватку необходимых ресурсов для оказания качественной помощи (отсутствие врачей, диагностических исследований, низкий уровень квалификации врачей, трудности с получением консультации врачей-специалистов) — 48,8% ответов.

Полученные результаты свидетельствуют, что традиционно приписываемые поликлиникам проблемы — низкая квалификация врачей и платность многих услуг, вызывают неудовлетворение только у 11,1% и 6,4% опрошенных соответственно. Это не означает, что уровень значимости этих проблем и в самом деле низкий — возможно потребители и не ожидают от поликлиник наличия высококвалифицированного медицинского персонала и полной бесплатности услуг.

Тем не менее, в настоящее время работа поликлиник с точки зрения потребителей могла бы быть существенно улучшена путем изменения системы обслуживания. Проблемой в данном случае является полная незаинтересованность персонала в высоком уровне обслуживания, а не ограниченность ресурсов как таковая. Именно по этой причине, например, наличие очередей следует отнести к группе причин неудовлетворенности,

связанной с низким уровнем обслуживания, а не с отсутствием ресурсов.

С потребителями солидаризируются и руководители медицинских учреждений, отмечая в интервью, что основные причины неудовлетворенности процессом оказания медицинской помощи со стороны пациентов связаны как с низким уровнем сервиса и комфорта, так и с низким уровнем услуг. Неудовлетворенность врачебной помощью связана с нехваткой специалистов, высокой загруженностью врачей, низкой квалификацией врачей, младшего и среднего медицинского персонала. Низкий уровень сервиса и комфорта подразумевает наличие очередей, необходимость дополнительной оплаты медицинских услуг в рамках оказания бесплатной медицинской помощи. Стратегия снижения качества услуг, оказываемых в рамках ОМС, для стимулирования обращения за платной помощью, является вполне рациональной. При обсуждении проблем конкуренции на рынках с рыночной властью поставщиков она получила название стратегии «порчи» (снижения качества) товаров (*damaged goods*) для проведения эффективной ценовой дискриминации. Эта стратегия позволяет максимизировать прибыль за счет потребителей с высокой готовностью платить [Deneckere, McAfee, 1996].

Тем не менее, наличие же дорогостоящих ресурсов внутри медицинских учреждений не может быть долгосрочным преимуществом при сетевой организации оказания услуг, когда выбор между наличием каких-либо активов внутри учреждения или аутсорсингом определяется на основе сравнения их эффективности.

Для государственных многопрофильных больниц основными конкурентами называются государственные же специализированные клиники, в основном ведущие научные институты. Их преимущество — более профессионально подготовленный медицинский персонал и использование высокотехнологичных методов лечения, но в определенной узкой области.

По мнению респондентов, ключевыми факторами конкурентоспособности выступают:

- профиль медицинского учреждения
- наличие ключевых материальных ресурсов
- наличие кадровых ресурсов высокой квалификации.

Рассмотрим эти факторы более подробно.

Стационары могут быть многопрофильными или специализированными. В первом случае, их ключевым преимуществом будет способность оказать комплексную помощь

пациентам с рядом заболеваний. В то время как клиники второй группы могут воспользоваться преимуществом наличия более глубокой специализации в лечение определенного круга заболеваний, многопрофильные больницы имеют возможность предложить комплексную диагностику и лечение. При наличии собственной диагностической базы и специалистов, отсутствует необходимость обращаться в другие медицинские учреждения для дополнительного обследования пациентов, проведения анализов и т.п., что снижает сроки пребывания в стационаре, обеспечивает возможность получения комплексной услуги под наблюдением одного лечащего врача, что, в конечном счете, повышает уровень сервиса, воспринимаемый клиентом.

Ключевыми материальными ресурсами являются наличие диагностической базы и здания в хорошем состоянии, позволяющем повысить комфортность пребывания в стационаре.

В части кадровых ресурсов, определяющее значение в настоящее время имеет наличие на базе больницы кафедр медицинских вузов. Остальные факторы привлечения и удержания высококвалифицированных специалистов еще только становятся значимыми. В отношении среднего и младшего медицинского персонала практически все представители государственных клиник отметили наличие серьезной проблемы в части клиенто-ориентированного поведения, мотивации и удержания медицинских сестер. По сути дела, именно этот аспект становится "узким местом" при оказании услуг пациентам. Решить эту проблему удастся только частным клиникам за счет существенно более высоких заработных плат по сравнению с государственным сектором, узости сегмента рынка среднего и младшего медицинского персонала с высоким уровнем оплаты, радикального пересмотра нормативов обслуживания (например, с примерно 30 пациентов на 1 палатную сестру до 8).

2.2. Перспективы развития конкуренции в здравоохранении

Реформирование общественного сектора и, в частности, системы здравоохранения, на основе принципов «нового государственного управления» обязательно включает развитие конкуренции, создание реальных и квазирынков, широкое использование ценовых стимулов, пересмотр подходов к формированию на услуги. Проблема реформирования здравоохранения и системы ОМС давно стоит в повестке дня и российского правительства. Необходимость проведения реформ в сфере предоставления услуг здравоохранения привела к появлению за последнее десятилетие нескольких радикальных предложений (программ) по модернизации системы

ОМС. Рассмотрим основные предложенные варианты реформирования с точки зрения их воздействия на развитие конкуренции и эффективность предоставления услуг здравоохранения.

Одно из предложений, начало реализации которого было положено более пяти лет назад в порядке эксперимента в ряде регионов России, предусматривало введение в систему ОМС Пенсионного Фонда в качестве страхователя пенсионеров. Руководство Пенсионного Фонда не ограничивало свои функции только дополнительными и финансовыми вливаниями в систему ОМС, предполагалось также осуществлять контроль качества лечения пенсионеров. К инициативе ПФ были близки по смыслу предложения авторов целого ряда других концепции (они выносились на рассмотрение Госсовета в 2003 г.) о финансировании работников федеральных структур на местах и ряда других социальных групп за счет целевого перечисления средств отдельными ведомствами — за безработных будет платить Министерство труда и социального развития, прокуратура и МВД — за своих сотрудников и т.д. В то же время Министерство экономического развития и торговли в рамках реформы государственной службы предполагало разработать отдельную концепцию медицинского страхования госслужащих.

Все перечисленные предложения сводились к персонификации и обособлению финансирования медицинского страхования отдельных социальных групп. Их реализация на практике, по нашему мнению, будет иметь больше отрицательных последствий, чем положительных. На деле, единственным положительной чертой будет увеличение поступлений в систему ОМС, что приведет к росту цены (стоимости) региональных программ ОМС. При наличии единой программы государственных гарантий, ценовая дискриминация в системе ОМС только углубится и будет связана не только с различиями между регионами (они, по-видимому, также усилятся), но и внутри регионов между разными социальными группами. Как было показано ранее, при неизменной конструкции системы здравоохранения увеличение цены программы ОМС не приведет к сколь-либо значимому улучшению качества обслуживания. При этом система ОМС окончательно потеряет связь с собственно страхованием (возможно ли медицинское страхование не по состоянию здоровья, что в настоящее время косвенно учитывается в дифференциации страховых тарифов для различных половозрастных категорий застрахованных, а по социальным группам?), и к тому же перестанет быть общественным благом в силу появления фактора исключаемости по социальному признаку. Неясна в этой системе и

роль страховых медицинских организаций, если функции контроля в и без того зарегулированной системе ОМС будут выполнять Пенсионный фонд и отдельные ведомства. По сути, реализация такого рода предложений представляет собой попытку возрождения прежней системы ведомственной медицины или, по крайней мере, ведомственных льгот по медицинскому обслуживанию.

Введение соплатежей за медицинские услуги со стороны населения является еще одним широко обсуждаемым предложением по реформированию системы здравоохранения. Сторонники данного варианта (см., например, [Шейман, 2003]) ссылаются на опыт Киргизии и проведенные подсчеты величины соплатежей в российских регионах (Кемеровская область). Целью данного предложения также является попытка достичь сбалансированности финансовых ресурсов и государственных обязательств по предоставлению медицинской помощи и, кроме того, легализовать теневые платежи со стороны населения. С точки зрения ценового механизма реализация данного предложения означает появление в системе ОМС двух цен — одна представляет собой плату со стороны страховой компании, предназначенную в основном на покрытие незарплатных статей затрат медицинского учреждения, а другая цена оплачивается потребителем услуг и выполняет функцию материального стимулирования медицинского персонала.

На основе данных опросов населения, можно предположить, что полной или даже существенной легализации теневой оплаты при введении официальных соплатежей за медицинские услуги не произойдет — теневые платежи широко распространены даже в частных медицинских учреждениях, где пациенты полностью оплачивают свое лечение.

Роль теневых платежей в здравоохранении

По данным опроса населения Санкт-Петербурга в 2005 г. (в скобках представлены данные 2002 г.) большинство граждан оплачивало услуги официально, через кассу, но значительная группа пациентов передавала деньги непосредственно медицинскому работнику.

Тип медицинского учреждения	Метод оплаты		
	Официальные платежи	Теневые платежи	Официальные и теневые платежи
Медицинские учреждения системы ОМС	67,3 (61,3)	21,5 (23,6)	11,2 (15,1)
Платные медицинские учреждения	79,7 (77,4)	11,6 (13,1)	8,7 (9,5)

При этом следует принять во внимание, что «теневые платежи» используются при оплате медицинских услуг, получаемых населением как в государственных «бесплатных», так и, как это не удивительно, в платных медицинских учреждениях. Это говорит о том, что у значительной части населения и медицинских работников выработан стереотип обязательности вознаграждения за медицинские услуги, оказанные «с вниманием» к пациенту. Иными словами, теневой платеж выступает в роли некоего гаранта качества оказываемой услуги.

Мотивация теневых платежей иная — желание гарантировать качество оказываемой помощи, а не просто получить доступ к ней. Кроме того, как было показано в исследовании, проведенном под руководством С.Шишкина [Шишкин, 2003], существующие системы распределения поступлений от оказания платных медицинских услуг контролируются руководством медицинского учреждения и лишь незначительная часть средств реально поступает врачам. Введение соплатежей также снизят значимость финансирования по каналам ОМС и, следовательно, возможность воздействия на медицинское учреждение со стороны страховых компаний.

Третьим из обсуждаемых предложений является предоставление отдельным гражданам и предприятиям возможности выхода из системы ОМС и заключения договоров добровольного страхования. Несмотря на направленность на развитие рыночных механизмов в страховании и здравоохранении, это предложение вызывает ряд серьезных опасений. Во-первых, возможностью выхода из ОМС воспользуются в первую очередь состоятельные граждане, что резко снизит поступления в систему⁵ и приведет к углублению социальной дифференциации с точки зрения получения медицинской помощи. Во-вторых, без реформирования самой системы здравоохранения, снятия ограничения на рынках труда и капитала, и ряда других мер, увеличения поступлений в пользу добровольного страхования вызовет лишь резкий рост цен на страховые услуги и услуги наиболее привлекательных медицинских учреждений. Такой вывод базируется на данных глубинных интервью руководителей страховых медицинских организаций — практически все они отметили, что в Санкт-Петербурге имеется лишь две-три больницы, удовлетворяющих требованиям по уровню обслуживания. Рост желающих обслуживаться на более качественном уровне при

⁵ Один из приводившихся по этому поводу примеров: выход из системы ОМС 250 тыс. самых богатых налогоплательщиков Москвы приведет к сокращению бюджета городского фонда ОМС ровно вдвое [Стародубов, 2003].

невозможности реально повлиять на ситуацию в медицинских учреждениях при наличии отмеченных выше ограничений, приведет лишь к росту цен и развитию частных медицинских учреждений, что потребует от общества больших затрат, чем реструктуризация имеющихся государственных клиник.

Рынок ДМС и качество медицинского обслуживания

Невозможность получения качественной услуги в рамках системы ОМС может быть компенсирована за счет приобретения полиса добровольного медицинского страхования. На конец 2005 г. только небольшая часть населения респондентов (10%, в 2002 г. — 5,2%) имела полисы ДМС, причем практически все они получили их по месту работы. Доля лиц, купивших полис непосредственно у СМО, без посредничества работодателей, составляло лишь 9,8% владельцев полисов.

Сегмент ДМС характеризуется устойчивой тенденцией роста в Петербурге в основном за счет расширения корпоративных клиентов мелкого и среднего бизнеса. Значительного увеличения физических лиц в структуре клиентов страховых компаний в системе ДМС не наблюдается.

Феномен доминирования корпоративных, а не индивидуальных форм ДМС отчасти объясняется предоставлением государством права вычетов взносов при налогообложении прибыли компаний, но в значительной степени и позицией страховых компаний в условиях асимметрии информации. Страхование всех (или подавляющего большинства) работников средних и крупных организаций автоматически создает пулы лиц с различным уровнем риска. Даже если налоговые льготы будут более существенными, вряд ли эта доля будет расти по причине неблагоприятного отбора. Рынок ДМС и в настоящее время и в будущем — это рынок, на котором со страховыми компаниями взаимодействуют в основном предприятия и организации.

В основном, полисы ДМС имеют лица с хорошим состоянием здоровья. Результаты опроса показали, что среди граждан, имеющих полисы ДМС, доля лиц, оценивающих собственное здоровье как «скорее плохое» и «очень плохое» составляет всего 9,2% и 4,2% соответственно. Почти половина владельцев полиса ДМС им не воспользовалась (47,9%).

Удовлетворенность качеством обслуживания по полису ДМС высока. Так, 43% респондентов полностью удовлетворены, еще 25% — скорее удовлетворены медицинским обслуживанием. Парадоксом здесь является тот факт, что столь высокая удовлетворенность вызвана услугами практически тех же

государственных медицинских учреждений (доля услуг частных клиник в системе ДМС пока невысока), качество обслуживания в которых в системе ОМС оценивает крайне низко. Причина явно кроется в различных технологиях организации помощи, как со стороны страховых компаний, так и медицинских учреждений (в первую очередь, больниц).

Утверждается, что наличие конкуренции в сфере страхования приведет к созданию стимулов для страховщиков привлекать более здоровые группы населения, предлагая относительно простой набор услуг, не особо заботясь о качестве [Cutler, 2002, p. 2166]. Однако, при наличии обязательного страхования, желания дифференцировать свои услуги и быть конкурентоспособными приводит к предложению более широкого набора услуг в рамках ДМС, с более высоким качеством обслуживания. По мнению автора, это явление напрямую связано с уровнем конкуренции на рынке страховых медицинских услуг, что видно из анализа, проведенного в различных регионах. Так, при наличии десятков СМО на рынке Петербурга, конкуренция весьма высока и ведет к необходимости как минимум "соответствовать" соперникам по набору и уровню услуг, в то время как в Карелии предложение услуг в рамках ДМС расширялось с выходом все большего числа компаний на региональный рынок (включая предложение об оказании услуг медицинскими учреждениями за пределами республики, в клиниках Санкт-Петербурга, Москвы и Финляндии).

Реализация любого из рассмотренных предложений по реформированию, или всех предложений одновременно, недостаточна для перевода отрасли здравоохранения на рыночные принципы функционирования и повышения эффективности предоставления медицинских услуг. В тоже время, анализ показывает, что страховая модель ОМС обладает большим потенциалом, а наиболее серьезные проблемы реформирования здравоохранения лежат не столько в области увеличения финансирования существующей системы, сколько развития конкурентных механизмов производства смешанного общественного блага и изменения механизмов финансирования его предоставления. Это, в свою очередь, предполагает кардинальное изменение системы взаимоотношений между всеми заинтересованными лицами: населением, страховыми компаниями, медицинскими учреждениями, органами управления здравоохранением, предприятиями города. Основными направлениями развития конкуренции и использования ценового механизма в рамках страховой модели ОМС можно считать:

- развитие конкуренции между страховыми компаниями;
- развитие конкуренции между медицинскими учреждениями;
- разделение поставщиков услуг здравоохранения и органов управления здравоохранением;
- структурная реформа учреждений здравоохранения;
- изменение экономического механизма взаимодействия между медицинскими учреждениями и страховыми компаниями и медицинских учреждений между собой.

Самой эффективной в долгосрочном периоде мерой представляется реализация возможности выбора для населения СМО⁶, а для страховщиков — медицинских учреждений. В настоящее время страховщики конкурируют только за страхователей; если же население получит реальную возможность выбирать СМО, они будут вынуждены проводить активную маркетинговую политику, расширять перечень оказываемых услуг, в результате у медицинских учреждений появится стимул к повышению качества медицинской помощи. Однако такой шаг необходимо осуществлять в сочетании с изменением финансового механизма перечисления средств в медицинские учреждения, повышением заработной платы врачей и применением стимулирующих методик оплаты их труда.

Дифференциация затрат городских больниц Санкт-Петербурга: возможна ли ценовая конкуренция на рынке услуг стационаров?

Для оценки возможности конкуренции на рынке медицинских услуг требуется оценить дифференциацию медицинских учреждений по величине затрат на оказание услуг и содержание учреждения. Именно этот фактор окажут влияние на дифференциацию цен на услуги отдельных учреждений и обусловят возможность ценовой конкуренции.

К сожалению, отсутствует доступная информация о стоимости услуг и источниках финансирования поликлиник Санкт-Петербурга. В тоже время, с 2002 года Комитет здравоохранения города публикует формы публичной финансовой отчетности больниц и ряда других медицинских учреждений. Воспользуемся ПФО больничных учреждений за 1 полугодие 2002 года (в этой же форме отчетности представлена для сравнения информация за 2 полугодие 2001 года).

⁶ Задача обеспечения выбора пациентов лечебного учреждения, где он хотел бы получать помощь, была озвучена в апреле 2008 г. новым Президентом РФ Д.А. Медведевым как одна из ключевых в области социальной политики на ближайшие годы.

Всего в городе в 2001 году функционировало 103 больничных учреждения, входящих в систему Министерства здравоохранения РФ (число коек — 43319), но городских больниц было только 31 (число коек — 33036). Из числа городских больниц выберем 20 учреждений общего профиля, остальные больницы представляют собой специализированные клиники онкологического, педиатрического, психиатрического и иных профилей. На отобранные для проведения анализа 20 больниц в I полугодии 2002 года приходилось 10104 коек, что составляет 30,6% от коечного фонда Комитета здравоохранения. В общей сложности в них было пролечено 159032 больных (46% от общего числа больных в городских больницах), а общее число койко-дней составило 1664831 (32% от числа койко-дней во всех городских больницах⁷).

В табл. 2 приведены данные о темпах роста стоимости оказанных услуг по 19 больницам за второе полугодие 2001 года и первое полугодие 2002 года. Сопоставление данных за эти периоды представляет особый интерес, поскольку с начала 2002 года изменилась система оплаты услуг стационаров. Если до 2001 года включительно существовал единый тариф за койко-день, то с 2002 года схема ценообразования была изменена с введением регрессивной шкалы после шестого дня пребывания в стационаре. Оказала ли влияние новая структура тарифа на показатели работы больниц?

Согласно представленным данным, при росте числа пролеченных больных на 13%, число койко-дней сократилось на 4,7%, что определенно свидетельствует об интенсификации лечебного процесса и стремлении больниц сократить период лечения для получения более высокой оплаты за первые дни пребывания в стационаре. Последнее наблюдение подтверждается данными о динамике стоимости оказанных услуг — в расчете на одного пролеченного она выросла на 38%, а на один койко-день — на 64%, то есть темпами, существенно опережающими инфляцию.

⁷ Доля пролеченных больных и число койко-дней рассчитаны в отношении к 2001 году в предположении, что эти показатели не изменятся во втором полугодии и не изменятся в 2002 году в сравнении с 2001 годом. Полученные значения относительных показателей являются приблизительными, но отражают роль выбранных больниц в городской системе здравоохранения. Численность пролеченных больных в больницах системы Комитета здравоохранения в 2001 году (690452 чел.) рассчитана путем умножения показателя оборота койки на число коек. Число койко-дней за тот же период (10568216) определено как показатель работы койки умноженный на число коек.

**Основные показатели деятельности и стоимость услуг
больничных учреждений Санкт-Петербурга (по 19 больницам)**

	II полугодие 2001 г.	I полугодие 2002 г.	Темп роста, %
Коек, ед.	9487	9498	
Пролечено больных, чел.	130 956	148 234	113
Койко-дней	1 631 923	1 555 088	95.3
Стоимость оказанных услуг, тыс.руб.	452 476	704 535	155.7
Стоимость оказанных услуг на 1 пролеченного, руб.	3455	4753	138
Стоимость оказанных услуг на 1 койко-день, руб.	277	453	164

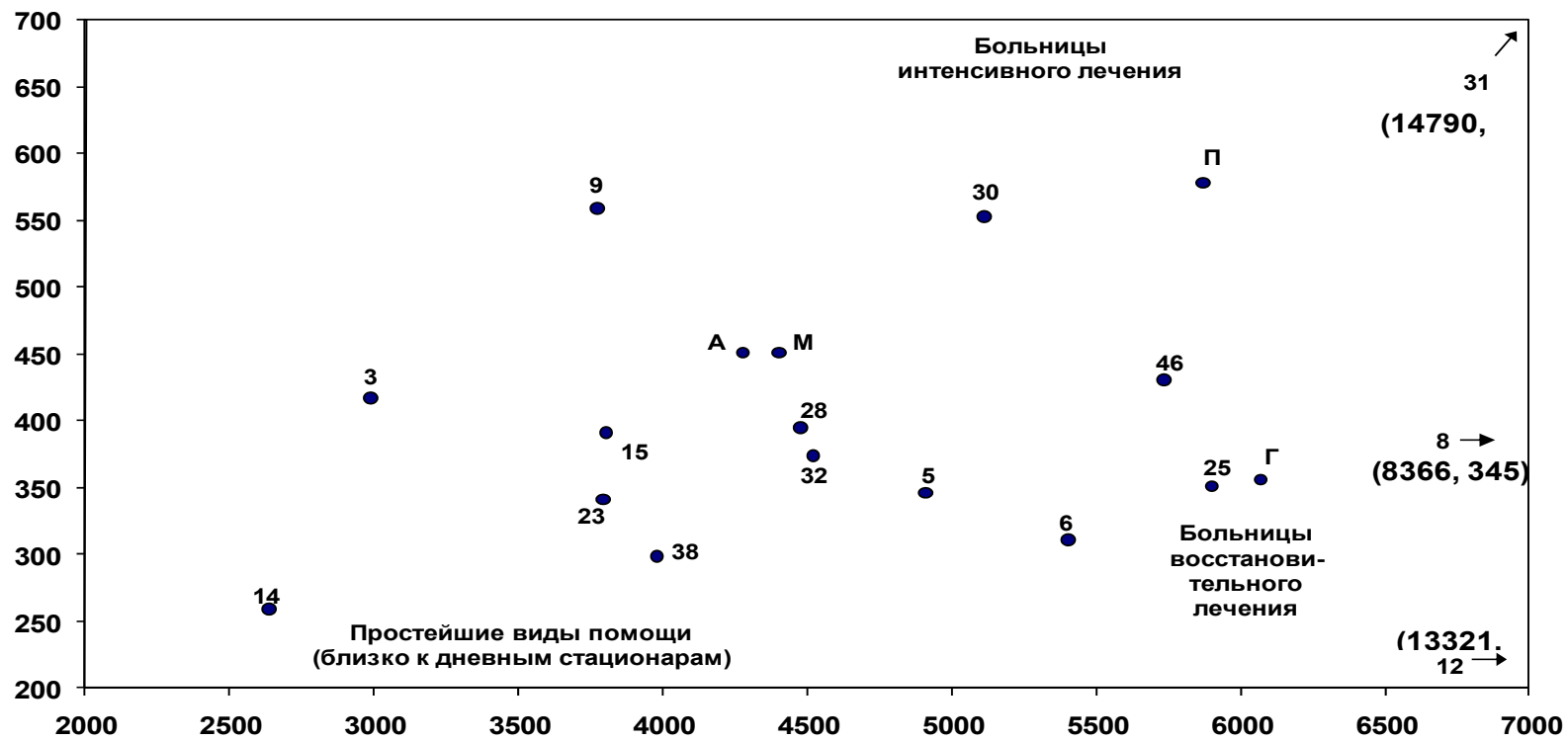
Источник: рассчитано автором по данным ПФО медицинских учреждений Санкт-Петербурга за I полугодие 2002 г. (www.zdrav.spb.ru).

По тем же данным были рассчитаны стоимость оказанных услуг в расчете на одного больного и на один койко-день по каждой из 20 больниц. Результаты расчетов позволяют осуществить простейшее позиционирование больничных учреждений по стоимости лечения (см. рис.). Видно, что больницы существенно различаются по стоимости койко-дня и расходам на одного пролеченного. Хотя возможность ценовой конкуренции следует рассматривать в разрезе отдельных видов услуг медицинских учреждений, различия между медицинскими учреждениями в целом все же очень велики для того, чтобы эффективная ценовая конкуренция была возможна. Процесс определения цен на услуги медицинских учреждений должен учитывать эти различия, в первую очередь путем разделения затрат на собственно лечение и на содержание медицинских учреждений. Дифференциация затрат и, следовательно, цен на собственно медицинские услуги не должна быть значительной. В идеале одна и та же услуга в системе ОМС должна иметь фиксированную цену в не зависимости от медицинского учреждения, в котором она была оказана. В противном случае эффективная конкуренция между медицинскими учреждениями в системе ОМС будет невозможна.

Уместно задать следующий вопрос: можем ли мы позволить себе конкуренции на рынке медицинских услуг с точки зрения финансового обеспечения, которого она потребует. Для эффективной конкуренции требуется наличие свободных мощностей, определенное число поставщиков услуг на каждом географически отделенном рынке (для плановых высокотехнологических операций этот рынок должен быть общенациональным, но для услуг терапевтов или врачей общей практики он, очевидно, локальный), что может привести к "распылению" использования ресурсов (таких как дорогостоящее оборудование, например, томографы). Возрастут и ныне минимальные затраты на регулирование отрасли со стороны антимонопольных и иных органов.

Эмпирические данные показывают, что система здравоохранения обходится дешевле странам, где в роли поставщиков медицинских услуг выступают государственные организации, чем страны с доминированием в этом секторе частных провайдеров. Для стран ОЭСР был выявлен отрицательный коэффициент корреляции (-0,41) между долей государства в финансировании здравоохранения и долей медицинских услуг в ВВП [Cutler, 2002, p. 2168]. Высокая доля государства в финансировании, как правило, означает, что и основным поставщиком услуг также являются государственные медицинские организации.

Койко-день, руб.



Расходы на 1 пролеченного, руб.

Последние 15 лет большое внимание в литературе уделяется более детальному анализу контрактации в государственном секторе здравоохранения и между государством и частными поставщиками услуг [Hart, Shleifer, Vishny, 1997; Shleifer, 1998]. Общий вывод: частные прибыльные организации лучше реагируют на финансовые стимулы, но сами стимулы должны быть корректными и аккуратно выстроены, что довольно сложно на практике (в основном, они задаются условиями контрактов на управление клиниками и применением различных схем ценообразования). Возможность фиксации правильной системы стимулов в контрактах и способность государственных органов регулирования обеспечить мониторинг и инфорсмент их применения, будут определять выбор между оказанием услуг государственными или частными организациями. Никаких однозначных теоретических или эмпирических данных в пользу того или иного варианта выбора не существует.

Более того, есть убедительные данные, свидетельствующие о значительных различиях в качестве оказываемых услуг между медицинскими учреждениями одной и той же организационной формы, при том, что различий в качестве между организациями разных форм практически нет [Sloan, 2000]. Предполагается, что дальнейшие исследования должны проводить на межстрановом уровне или путем сопоставления рынков одной страны, но на которых доминируют различные формы организаций [Cutler, 2002, p. 2169]. Причина состоит в существенных взаимных влияниях, которые организации различных форм оказывают друг на друга, функционируя на одном рынке. Частные клиники могут повышать стандарты качества, ориентируясь на высокий уровень услуг в государственных учреждениях (т.н. эффект Хансмманна [Hansmann, 1980]), но и, напротив, частные прибыльные клиники могут оказывать отрицательное воздействие (с точки зрения достижения социально желательных результатов) на практику работы неприбыльных организаций. Принято считать, что существенную роль в регулировании предоставления медицинских услуг играют социальные нормы и институты (приверженность врачебной этики и т.п.), достаточно слабые в России в настоящее время.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Экономика здравоохранения — область преимущественно эмпирических и прикладных исследований. Как отмечают М.Гейнор и У.Вогт, "хотя и существует значительный объем исследований конкурентных механизмов на рынках медицинских услуг, в некотором смысле эта область все еще находится в младенчестве" [Gaynor, Vogt, 2000, p. 1478]. Развитие изучения конкурентных механизмов в здравоохранении в России, как и за рубежом, также будет происходить по пути накопления и осмысления новых эмпирических знаний относительно реалий российской системы здравоохранения — значительно более разнообразной, а потому и притягательной для исследователей, чем это принято думать.

При проведении исследований и выработке политики следует исходить из простого постулата, что нет рынков абсолютно похожих друг на друга. Все они в чем-то особенные. И хотя конкуренция в сфере здравоохранения должна обсуждаться с учетом специфики данной отрасли, такой же подход должен быть применен в отношении любого другого рынка. Само по себе наличие "специфики" не должно приводить к отрицанию самой возможности использования конкурентных механизмов для повышения эффективности и обеспечения доступности медицинских услуг.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- Баранов И.Н., Меркурьева И.С., Кочуров Е.В., Скляр Т.М. 2006. Анализ возможностей развития конкуренции в системе медицинского страхования. **Научные доклады МОНФ**, вып. 184.
- Скляр Т.М. 2003. Управление здравоохранением: государство или рынок. **Вестник СПбГУ. Серия «Менеджмент»**, № 1.
- Скляр Т.М. 2007. Поведение медицинских учреждений в российской системе здравоохранения. **Вестник СПбГУ. Серия «Менеджмент»**, № 1.
- Стародубов В.И. 2003. От идеи до реализации путь неблизок. **Известия**, 31 марта.
- Шейман И.М. 2003. Бремя расходов на здравоохранение лежит на бедных и больных. **Известия**, 31 марта.
- Шейман И.М. 2008. **Теория и практика рыночных отношений в здравоохранении**. М., Изд-во ГУ-ВШЭ.
- Шишкин С.В., Бесстремянная Г.Е., Заборовская А.С. и др. 2006. **Здравоохранение в регионах Российской Федерации: механизмы финансирования и управления**. М.: Поматур.
- Шишкин С.В., Бесстремянная Г.Е., Красильникова М.Д. и др. 2004. **Российское здравоохранение: оплата за наличный расчет**. М., НИСП.
- Шишкин С.В., Богданова Т.В., Потапчик Е.Г. и др. 2002. Бесплатное здравоохранение: реальность и перспективы. **Научные проекты НИСП**, вып. 1.
- Arrow K. 1963. Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care. **American Economic Review** 53 (5), pp. 941–73.
- Brainerd E., D. Cutler. 2005. Autopsy on an Empire: Understanding Mortality in Russia and the Former Soviet Union. **Journal of Economic Perspectives** 19 (1), pp. 107–130.
- Chalkley M., J. Malcomson. 2000. Government Purchasing of Health Services, in A.J. Culyer, J.P. Newhouse (eds.) **Handbook of Health Economics**. N.Y. and Oxford: Elsevier Science, North-Holland, pp. 847–90.
- Cutler D. 2002. Health Care and the Public Sector, in A.J. Auerbach, M. Feldstein (eds.) **Handbook of Public Economics**. N.Y. and Oxford: Elsevier Science, North-Holland, pp. 2143–2243.
- Darby M., E. Karni. 1973. Free Competition and the Optimal Amount of Fraud. **Journal of Law and Economics** 16, pp. 67–88.

- Deneckere R., R. McAfee. 1996. Damaged Goods. **Journal of Economics and Management Strategy** 5 (2), pp. 149–174.
- Dranove D., M. Satterthwaite. 2000. The Industrial Organization of Health Care Markets, in A.J. Culyer, J.P. Newhouse (eds.) **Handbook of Health Economics**. N.Y. and Oxford: Elsevier Science, North-Holland, pp. 1093–1139.
- Gaynor M., W. Vogt. 2000. Antitrust and Competition in Health Care Markets, in A.J. Culyer, J.P. Newhouse (eds.) **Handbook of Health Economics**. N.Y. and Oxford: Elsevier Science, North-Holland, pp. 1405–87.
- Hansmann H. 1980. The Role of Nonprofit Enterprise. **Yale Law Review Journal** 39, pp. 835–901.
- Hart O., A. Shleifer, R. Vishny. 1997. The Proper Scope of Government: Theory and an Application to Prisons. **Quarterly Journal of Economics** November, pp. 1127–1161 .
- Newhouse J. 1978. The Structure of Health Insurance and the Erosion of Competition in the Medical Marketplace, in W. Greenberg (ed.) **Competition in the Health Care Sector: Past, Present, Future**. Germantown, MD: Aspen.
- Rawls J. 1971. **A Theory of Justice**. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Rothschild M., J. Stiglitz. 1976. Equilibrium in Competitive Insurance Markets: An Essay on the Economics of Imperfect Information. **Quarterly Journal of Economics** 90 (5), pp. 629–649.
- Sari N. 2008. Competition and Market Concentration, in Evaluating Hospital Policy and Performance: Contributions from Hospital Policy and Productivity Research. **Advances in Health Economics and Health Services Research**, vol. 18, pp. 139–156.
- Shleifer A. 1985. A Theory of Yardstick Competition. **Rand Journal of Economics** 16 (3), pp. 319–327.
- Shleifer A. 1998. State versus Private Ownership. **Journal of Economic Perspectives** 12 (4), pp. 133–150.
- Sloan F. 2000. Not-for-Profit Ownership and Hospital Behavior, in A.J. Culyer, J.P. Newhouse (eds.) **Handbook of Health Economics**. N.Y. and Oxford: Elsevier Science, North-Holland, pp. 1141–1174.
- Stano M. 1987. A Clarification of Theories and Evidence on Supply-Induced Demand for Physician's Services. **Journal of Human Resources** 22 (4), pp. 611–620.

EXECUTIVE SUMMARY

This policy paper highlights key theoretical issues related to the possibility of competition in provision of health care services and provides their illustrations for Russian health care system.

Economists have different opinions about a potential impact of competitive markets of health care services on economic efficiency. The reason is impossibility to predict effects of competing offers in credible goods markets. Health care services are typical examples of them when a customer can judge the quality of a good only after using it (at best). Monopoly power of suppliers arises as a result of providing differentiated products to heterogeneous individuals. The paper also contains a brief analysis of market imperfections in health services industry, including positive externalities, provision of mixed and pure public goods, informational asymmetry and agency problem. Each of these factors has an impact on a feasibility of competition in this market as well on possible types of competition (price-driven, based on product differentiation, etc.).

A discussion about the current structure of health services markets in different countries is covered in the next section of the paper. It's noted that although economists disagree more on an issue of positive effect of antitrust policy implementation at these markets than on feasibility of competition. Still, more arguments can be presented in favor of antitrust in the industry than against it. These arguments are based on empirical studies done in recent years in the US. This also means that the blunt copying of the policy is not possible in Europe or in Russia where antitrust policy mechanism can deviate substantially from those used in the United States.

The second part of the paper contains an analysis of competition in the Russian health care system. It's demonstrated that the system is still quite fragmented on regional level. However, a trend towards establishing national markets in health insurance and in health services is quite recognizable, although the pace of this movement is higher for the former than for the latter.

It's important to use multi-market framework for analyzing competition in the health care industry. This framework includes markets for health services, mandatory and voluntary health insurance, labor and capital. Pharmaceutical products markets can also be included into the framework if the focus of analysis is on input markets.

Empirical evidences provided by in the paper support the conclusion that competition actually exist in the health care industry, but the current design of market institution along with government policy prevent competitive forces from contribution into raising efficiency and improving access to medical services. The paper outlines direction of further

empirical studies that should be done in Russia. Thank to the unique institutional environment in the country they can contribute to our general understanding of competition in markets for credible goods.

Опубликованные научные доклады

- | | | |
|------------------|------------------------------------|--|
| № 1(R)–2005 | А. В. Бухвалов
Д. Л. Волков | Фундаментальная ценность собственного капитала: использование в управлении компанией |
| № 2(R)–2005 | В. М. Полтерович
О. Ю. Старков | Создание массовой ипотеки в России: проблема трансплантации |
| №1(E)–2006 | I. S. Merkurjeva | The Structure and Determinants of Informal Employment in Russia: Evidence From NOBUS Data |
| № 2(R)–2006 | Т. Е. Андреева
В. А. Чайка | Динамические способности фирмы: что необходимо, чтобы они были динамическими? |
| № 3(R)–2006 | Д. Л. Волков
И. В. Березинец | Управление ценностью: анализ основанных на бухгалтерских показателях моделей оценки |
| № 4(R)–2006 | С. А. Вавилов
К. Ю. Ермоленко | Управление инвестиционным портфелем на финансовых рынках в рамках подхода, альтернативного стратегии самофинансирования |
| № 5(R)–2006 | Г. В. Широкова | Стратегии российских компаний на разных стадиях жизненного цикла: попытка эмпирического анализа |
| № 6(R)–2006 | Д. В. Овсянко
В. А. Чайка | Особенности организации процесса непрерывного улучшения качества в российских компаниях и его связь с процессами стратегического поведения |
| № 7(R)–2006 | А. Н. Козырев | Экономика интеллектуального капитала |
| № 8(R)–2006 | Н. А. Зенкевич,
Л. А. Петросян | Проблема временной состоятельности кооперативных решений |
| № 9(R)–2006 | Е. А. Дорофеев,
О. А. Лапшина | Облигации с переменным купоном: принципы ценообразования |
| № 10(E)–
2006 | Т. Е. Andreeva
V. A. Chaika | Dynamic Capabilities: what they need to be dynamic? |
| №11(E)–2006 | G. V. Shirokova | Strategies of Russian Companies at Different Stages of Organizational Life Cycle: an Attempt of Empirical Analysis |
| №12(R)–2006 | А. Е. Лукьянова,
Т. Г. Тумарова | Хеджевые фонды как инструменты снижения рисков и роста ценности компании |
| №13(R)–2006 | Л. Н. Богомолова | Применение этнографических методов для изучения процессов принятия потребительских решений |

№14(R)–2006	Е. К. Завьялова	Особенности профессионально-личностного потенциала и развития карьеры линейных менеджеров отечественных производственных предприятий
№15(R)–2006	С. В. Кошелева	Удовлетворенность трудом как комплексный диагностический показатель организационных проблем в управлении персоналом
№16(R)–2006	А. А. Румянцев, Ю. В. Федотов	Экономико-статистический анализ результатов инновационной деятельности в промышленности Санкт-Петербурга
№17(R)–2006	Е. К. Завьялова	Взаимосвязь организационной культуры и систем мотивации и стимулирования персонала
№18(R)–2006	А. Д. Чанько	Алгебра и гармония HR-менеджмента. Эффективность обучения персонала и диагностика организационной культуры
№19(E)–2006	T. E. Andreeva	Organizational change in Russian companies: findings from research project
№20(E)–2006	N. E. Zenkevich, L. A. Petrosjan	Time-consistency of Cooperative Solutions
№21(R)–2006	Т. Е. Андреева	Организационные изменения в российских компаниях: результаты эмпирического исследования
№22(R)–2006	Д. Л. Волков, Т. А. Гаранина	Оценивание интеллектуального капитала российских компаний
№23(R)–2006	А. В. Бухвалов, Ю. Б. Ильина, О. В. Бандалюк	Электронное корпоративное управление и проблемы раскрытия информации: сравнительное пилотное исследование
№24(R)–2006	С. В. Кошелева	Особенности командно-ролевого взаимодействия менеджеров среднего и высшего звена международной и российских компаний
№25(R)–2006	Ю. В. Федотов, Н. В. Хованов	Методы построения сводных оценок эффективности деятельности сложных производственных систем
#26(E)–2006	S. Kouchtch, M. Smirnova, K. Krotov, A. Starkov	Managing Relationships in Russian Companies: Results of an Empirical Study
№27(R)–2006	А. Н. Андреева	Портфельный подход к управлению люксовыми брендами в фэшн-бизнесе: базовые концепции, ретроспектива и возможные сценарии

- | | | |
|-------------|---|--|
| №28(R)–2006 | Н. В. Хованов,
Ю. В. Федотов | Модели учета неопределенности при построении сводных показателей эффективности деятельности сложных производственных систем |
| №29(R)–2006 | Е. В. Соколова,
Ю. В. Федотов,
Н. В. Хованов. | Построение сводной оценки эффективности комплексов мероприятий по повышению надежности функционирования объектов электроэнергетики |
| #30(E)–2006 | M. Smirnova | Managing Buyer-Seller Relationships in Industrial Markets: A Value Creation Perspective |
| №31(R)–2006 | С. П. Куш,
М. М. Смирнова | Управление взаимоотношениями в российских компаниях: разработка концептуальной модели исследования |
| №32(R)–2006 | М. О. Латуха,
В. А. Чайка,
А. И. Шаталов | Влияние «жестких» и «мягких» факторов на успешность внедрения системы менеджмента качества: опыт российских компаний |
| №33(R)–2006 | А. К. Казанцев,
Л. С. Серова,
Е. Г. Серова,
Е. А. Руденко | Индикаторы мониторинга информационно-технологических ресурсов регионов России |
| №34(R)–2006 | Т. Е. Андреева,
Е. Е. Юртайкин,
Т. А. Солтицкая | Практики развития персонала как инструмент привлечения, мотивации и удержания интеллектуальных работников |
| #35(E)–2006 | T.Andreeva,
E.Yurtaikin,
T.Soltitskaya | Human resources development practices as a key tool to attract, motivate and retain knowledge workers |
| №36(R)–2006 | А. В. Бухвалов,
В. Л. Окулов. | Классические модели ценообразования на капитальные активы и российский финансовый рынок. Часть 1. Эмпирическая проверка модели CAPM. Часть 2. Возможность применения вариантов модели CAPM |
| №37(R)–2006 | Е. Л. Шекова | Развитие корпоративной социальной ответственности в России: позиция бизнеса (на примере благотворительной деятельности компаний Северо-Западного региона) |
| №38(R)–2006 | Н. А. Зенкевич,
Л. А. Петросян | Дифференциальные игры в менеджменте |
| №39(R)–2006 | В. Г. Беляков,
О. Р. Верховская,
В. К. Дерманов,
М. Н. Румянцева | Глобальный мониторинг предпринимательской активности Россия: итоги 2006 года |
| №40(R)–2006 | В. А. Чайка,
А. В. Куликов | Динамические способности компании: введение в проблему |

№41(R)–2006	Ю. Е. Благов	Институционализация менеджмента заинтересованных сторон в российских компаниях: проблемы и перспективы использования модели «Арктурус»
№42(R)–2006	И. С. Меркурьева, Е. Н. Парамонова, Ю. М. Битина, В. Л. Гильченко	Экономический анализ на основе связанных данных по занятым и работодателям: методология сбора и использования данных
#43(E)–2006	I.Merkuryeva, E. Paramonova, J. Bitina, V. Gilchenok	Economic Analysis Based on Matched Employer-Employee Data: Methodology of Data Collection and Research
№44(R)–2006	Н. П. Дроздова	Российская «артельность» — мифологема или реальность' (Артельные формы хозяйства в России в XIX — начале XX в.: историко-институциональный анализ)
№1(R)–2007	Е. В.Соколова	Бенчмаркинг в инфраструктурных отраслях: анализ методологии и практики применения (на примере электроэнергетики).
№2(R)–2007	С. П.Кущ, М. М.Смирнова	Управление поставками в российских компаниях: стратегия или тактика
№3(R)–2007	Т. М. Скляр	Проблема ленивой монополии в российском здравоохранении
№4(R)–2007	Т. Е. Андреева	Индивидуальные предпочтения работников к созданию и обмену знаниями: первые результаты исследования
№5(R)–2007	А. А. Голубева	Оценка порталов органов государственного управления на основе концепции общественной ценности
№6(R)–2007	С. П. Кущ, М. М. Смирнова	Механизм координации процессов управления взаимоотношениями компании с партнерами
#7(E)–2007	D.Volkov, I.Berezinets	Accounting-based valuations and market prices of equity: case of Russian market
№8(R)–2007	М. Н.Барышников	Баланс интересов в структуре собственности и управления российской фирмы в XIX – начале XX века
#9(E)–2007	D.Volkov, T.Garanina	Intellectual capital valuation: case of Russian companies
№10(R)–2007	К. В. Кротов	Управление цепями поставок: изучение концепции в контексте теории стратегического управления и маркетинга.

№11(R)–2007	Г. В. Широкова, А. И. Шаталов	Характеристики компаний на ранних стадиях жизненного цикла: анализ факторов, влияющих на показатели результативности их деятельности
№12(R)–2007	А. Е. Иванов	Размещение государственного заказа как задача разработки и принятия управленческого решения
№ 13(R)–2007	О. М. Удовиченко	Понятие, классификация, измерение и оценка нематериальных активов (объектов) компании: подходы к проблеме
№14(R)–2007	Г. В. Широкова, Д. М. Кнатько	Влияние основателя на развитие организации: сравнительный анализ компаний управляемых основателями и наемными менеджерами
#15(E)–2007	G.Shirokova, A.Shatalov	Characteristics of companies at the early stages of the lifecycle: analysis of factors influencing new venture performance in Russia
#16(E)–2007	N.Drozdova	Russian “Artel’nost” — Myth or Reality? Artel’ as an Organizational Form in the XIX — Early XX Century Russian Economy: Comparative and Historical Institutional Analysis
#1(E)–2008	S.Commander, J. Svejnar, K. Tinn	Explaining the Performance of Firms and Countries: What Does the Business Environment Play'
№1(R)–2008	Г. В.Широкова, В. А. Сарычева, Е. Ю. Благов, А. В. Куликов	Внутрифирменное предпринимательство: подходы к изучению вопроса
№1A(R)– 2008	Г. В. Широкова, А. И. Шаталов, Д. М. Кнатько	Факторы, влияющие на принятие решения основателем компании о передаче полномочий профессиональному менеджеру: опыт стран СНГ и Центральной и Восточной Европы
№ 2(R)–2008	Г. В. Широкова, А. И. Шаталов	Факторы роста российских предпринимательских фирм: результаты эмпирического анализа
№ 1(R)–2009	Н.А. Зенкевич	Моделирование устойчивого совместного предприятия
№ 2 (R)–2009	Г. В. Широкова, И. В. Березинец, А. И. Шаталов	Влияние организационных изменений на рост фирмы

- № 3 (R)–2009 Г.В. Широкова,
М.Ю. Молодцова,
М.А. Арепьева Влияние социальных сетей на разных этапах
развития предпринимательской фирмы:
результаты анализа данных Глобального
мониторинга предпринимательства в России
- # 4 (E)–2009 N. Drozdova Russian Artel Revisited through the Lens of the
New Institutional Economics
- № 5 (R)–2009 Л.Е. Шепелёв Проблемы организации нефтяного
производства в дореволюционной России
- № 6 (R)–2009 Е.В. Соколова Влияние государственной политики на
инновационность рынков: постановка
проблемы
- № 7 (R)–2009 А.А. Голубева,
Е.В. Соколова Инновации в общественном секторе:
введение в проблему
- # 8 (E)–2009 A. Damodaran Climate Financing Approaches and Systems:
An Emerging Country Perspective