

И. Н. Баранов

Конкурентные механизмы предоставления медицинских услуг⁶⁷

Статья посвящена возможностям и ограничениям использования конкурентных механизмов в секторе здравоохранения. Актуальность этого вопроса вызвана противоречием между традиционными представлениями о неэффективности конкуренции в сфере здравоохранения и низкой результативности государственной системы здравоохранения, которая ставит на повестку дня внедрение в эту сферу инструментов конкуренции. Проанализированы возможные модели взаимодействия государства и частных организаций в отрасли здравоохранения и в этом контексте — российская система оказания медицинских услуг. На основе результатов эмпирических исследований продемонстрированы формы и границы конкуренции на рынках медицинских услуг.

Введение

Интерес экономистов к проблемам конкуренции в сфере здравоохранения возникает в первую очередь из того знания, что именно конкурентное равновесие приводит к максимизации общественного благосостояния. Однако если для многих отраслей и рынков связь между конкуренцией и благосостоянием является прямой, она не столь очевидна в случае здравоохранения. Причина кроется в несовершенствах самого рынка, а также в особенностях отношения общества к «проблемам справедливости» в предоставлении медицинских услуг. Возможно, конкуренция в этой сфере не будет даже вторым наилучшим решением (*second best*), на которое приходится ориентироваться в случае невозможности достижения оптимума по Парето и при наличии провалов рынка. А значит, любые попытки государства развивать конкурентную среду либо будут бесплодны и неуместны, либо должны быть существенно скорректированы с учетом специфики отрасли.

Проблемы конкуренции затрагиваются в целом ряде отраслей экономической науки. Экономика здравоохранения изучает здоровье как экономическое благо, а медицинские услуги рассматривает как один из ключевых факторов, влияющих на создание этого блага. Экономика общественного сектора исследует несовершенства рынка в здравоохранении, а также варианты политики государства по коррекции этих несовершенств. Центральное место в изучении проблем структуры рынка, безусловно, занимает теория отраслевой организации и конкуренции, которой посвящен этот том альманаха.

⁶⁷ Автор выражает признательность С. Б. Авдашевой за ценные замечания и предложения, позволившие существенно улучшить текст статьи.

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, и в сопоставлении вариантов государственного вмешательства с целью корректировки этих несовершенств (см., например, [Скляр, 2003]). Мы также следуем этому подходу в первой части нашей статьи, рассматривая теоретические аспекты конкуренции в здравоохранении. Основной вопрос при этом такой — возможна ли, и если да, то в какой форме, конкуренция на рынке медицинских услуг и какими могут быть ее результаты.

Во втором блоке мы обратимся к результатам эмпирических исследований конкуренции в российской системе здравоохранения и нормативным выводам для формирования экономической политики. Здесь мы должны определить, можно ли рассматривать процесс преобразования, 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 услуг⁶⁸, 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.

Несмотря на то что статья содержит результаты ряда новых эмпирических исследований, в которых автор принимал непосредственное участие, все же по большей части она представляет собой обзор теоретических и прикладных результатов, полученных в названных выше областях экономической науки. При этом автор ориентируется на профессиональную аудиторию экономистов, хотя, может быть, и не знакомую с экономикой здравоохранения.

Теоретический анализ возможностей конкуренции на рынке медицинских услуг

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 бы проблем морального ущерба и неблагоприятного отбора на рынках медицинского страхования. Были бы прогнозируемы по-

⁶⁸ Далее в статье термины «рынок медицинских услуг» и «рынок услуг здравоохранения» будут использоваться как взаимозаменяемые.

следствия 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 (больничные палаты разного уровня комфорта, отношение и 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, создание препятствий для входа на рынок с помощью «хищнического» ценообразования и т. п., могут как повысить общественное благосостояние, так и понизить его.

Несовершенство рынка и возможность развития конкуренции

Анализ несовершенств рынка медицинских услуг был приведен еще в знаменитой статье К. Эрроу [Arrow, 1963], которую по праву считают одной из ключевых публикаций в истории становления экономики здравоохранения как научной дисциплины. В последние десятилетия развитие исследований в этой области шло в основном по 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 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 того, чтобы обосновать политику субсидирования предоставления медицинских услуг со стороны государства, поскольку они создают положительные внешние эффекты.

Оказание помощи бедным приводит к увеличению полезности более обеспеченных членов общества вследствие как 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 человека нет времени на то, чтобы собрать и изучить необходимую информацию и в итоге принять обоснованное решение о выборе врача, медицинского учреждения и метода лечения. К тому же его квалификации недостаточно для совершения обоснованного выбора, а затраты на поиск и анализ релевантной информации чрезмерно высоки.

Контроль призваны осуществлять страховые компании, они обязаны провести экспертизу лечения (контроль *ex post*) и предоставить разрешение на проведение дорогостоящих манипуляций (контроль *ex ante*). В меньшей степени задействован такой инструмент *ex ante*, 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, но и в понижении качества услуг.

Врачи, ориентированные на увеличение объема лечения или на привлечение более состоятельных пациентов, могут этим снижать качество услуг, ненаблюдаемое клиентом (собственно выбор курса лечения), ниже эффективного уровня и в то же время производить в избыточном объеме услуги, связанные с удобством клиентов. Последнее (продолжительность бесед и детальность разъяснения диагностических и лечебных процедур, «внимательность» к обращениям пациентов и т. п.) часто воспринимается клиентами как индикатор 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 последней группы 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, чтобы сформулировать политику 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 этого 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].

Здесь же возникает вопрос, вызывает ли усиление конкуренции на рынке медицинских услуг рост «наведенного спроса». Логика рассуждений 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 повышение ее качества. Однако если индивиды имеют страховые полисы с высоким уровнем покрытия, эта политика может и не достигнуть своей цели, то есть снижения цен на услуги.

Спрос на медицинские услуги и их предложение

Спрос на медицинские услуги имеет случайный характер, но при этом ярко выраженную сезонность. Эти особенности вызывают необходимость поддерживать избыточные мощности в здравоохранении. Медицинские учреждения при этом не могут минимизировать свои затраты, но в то же 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, укоренившейся 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 случайным характером спроса этот фактор требует регулирования объемов оказываемых услуг со стороны как спроса (например, путем участия населения в затратах), так и предложения.

Регулировать объемы медицинской помощи со стороны предложения проще, если услуги оказываются государственными медицинскими учреждениями. Более широко можно сказать, что аргументация в пользу доминирования го-

сударства 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 в разных странах существенно отличается — от практически полного отсутствия государственных медицинских учреждений до их доминирования. Заметим, что на рынке медицинского страхования государство присутствует во всех странах [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 быть разным — от государственных до автономных учреждений и автономных некоммерческих организаций. Во всех случаях возможны отличия в поведении поставщиков на рынке услуг, вызванные различиями в мотивации их деятельности и неодинаковой степенью 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], которая подразумевает 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, к не вполне прозрачной системе стимулов для руководства учреждений⁶⁹.

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 перерасп-

⁶⁹ См., например, расчет показателей технологической эффективности больниц Санкт-Петербурга на основе методов свертки данных (*data-envelope analysis*) и стохастической границы производственных возможностей, выполненный Е. Кочуровым [Баранов, Меркурьева, Кочуров, Склир, 2006].

ределения 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 общественно-го 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 расходов, 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 неблагоприятных 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 годы 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).

Структура рынков и регулирование

После того как мы рассмотрели несовершенства рынка, попытаемся ответить на следующий 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 всего, 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 имеет и 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, структуру рынка услуг лечения в стационарах можно назвать олигополией с дифференцированным продуктом. К аналогичным выводам относительно структуры рынков медицинских услуг в США приходят М. Гейнор и У. Вогт [Gaynor, Vogt, 2000. P. 1411].

Оправданно возникает 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 (Новая Зеландия, Австралия, Великобритания и т. д.) в 1990-х годах 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 годов. 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 году решение о применении этого законодательства в отношении всех профессий без исключения открыло ему дорогу к 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 годы прошла волна слияний медицинских учреждений. Так, с 1990 по 2003 год концентрация рынка услуг стационаров в США возросла на 50%, и к 2003 году 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 влияние 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 с 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. Неконтрактность 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 рассматривать следующий вопрос: каков характер этой конкуренции? Можно ли считать ее преимущественно ценовой или неценовой?

На рынке больничных услуг США до 1982 года 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 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 услугу и возмеще-

ние затрат стационаров на основе понесенных ими затрат, на втором — регулирование ценообразования, на третьем — переход к практике «управляемой помощи» (managed care). Как мы увидим в следующей 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 (в определенной степени, как и любая другая отрасль) может быть объектом продуманной и эффективной политики, которая направит ее развитие в нужное обществу русло.

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 неодинакова в разных странах, в качестве примера остановимся на Российской Федерации.

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

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

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

Примерами первой модели *частное финансирование и частное 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 от-

мечалось, 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 обеспечить предоставление как частных, так и смешанных общественных благ. Примерами первого рода могут быть прямая оплата услуг в государственных медицинских заведениях и оказание 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 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, например, как 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, которые в этом случае наделяются определенной операционной самостоятельностью. 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.

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	Частные	Регулирующие контракты (цена)	Свободные рыночные. Для МУ — монополистов регулируется уровень цен
Общественное финансирование. Частное производство	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
	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
Общественное финансирование. Общественное производство	Санитарно-эпидемиологическая служба и т. п.	Чистые общественные	Контракты на оказание услуг с МУ	В рамках контракта устанавливается цена услуги
	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

Конкуренция в российской модели страховой медицины

Роль конкуренции в действующей системе здравоохранения

Реформирование российской системы здравоохранения в последние пятнадцать лет связано преимущественно с тем, что в стране с 1993 года стала внедряться страховая медицина (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 — все это стало объектом исследования ряда российских экономистов, среди которых надо особо выделить С. В. Шишкина и И. М. Шеймана. Так, в работе [Шишкин, Бесстремьянная, Заборовская и др., 2006] проведен подробный анализ региональных систем здравоохранения, чрезвычайно важный для нашей страны, ведь в России модели организации здравоохранения могут существенно варьироваться между регионами в зависимости как от политических, так и от экономических обстоятельств. Несколько работ группы С. В. Шишкина посвящены оплате населением медицинской помощи и влиянию этих платежей на положение медицинских работников [Шишкин, Бесстремьянная, Красильникова, 2004]. Перспективы реформирования системы ОМС, включая изменение 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.

На рисунке 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 годах⁷⁰.

⁷⁰ Исследование 2002 года проходило в рамках проекта «Роль страховых медицинских организаций 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 года 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

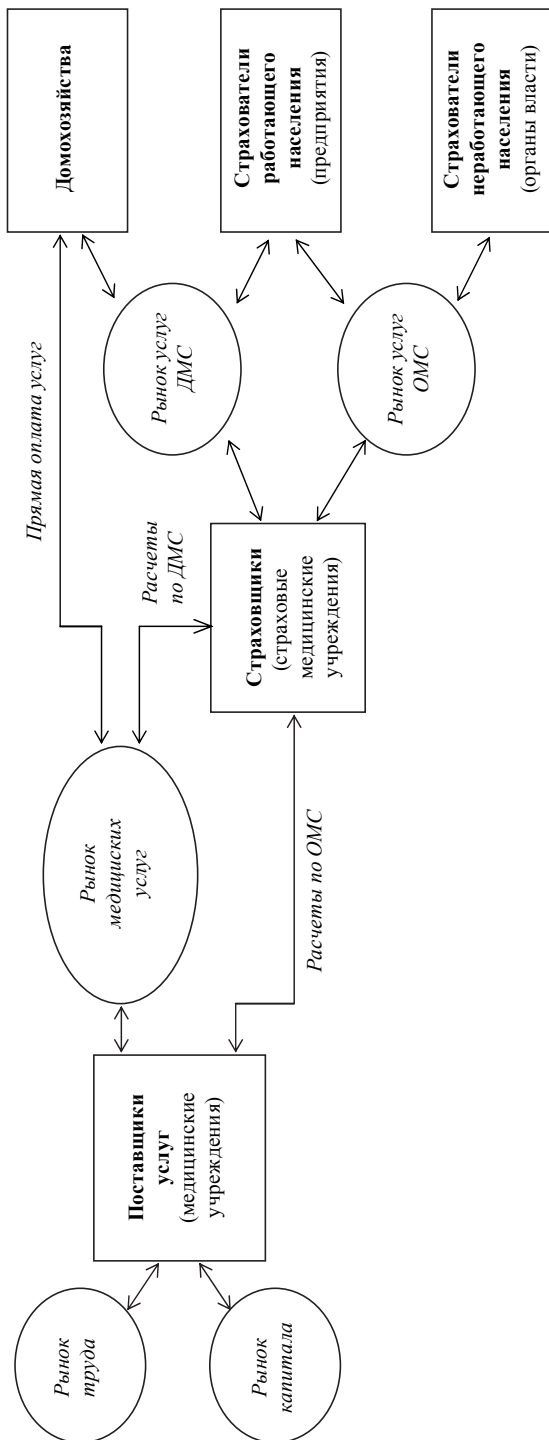


Рис. 1. Система рынков при наличии обязательного медицинского страхования

Организация эмпирических исследований

В рамках проекта в октябре 2002 года 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 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 в 2005 году было оценить возможности развития конкуренции в региональных системах здравоохранения. Для этого проводилось комплексное исследование и сравнительный анализ систем медицинского страхования двух регионов Северо-Запада РФ (Санкт-Петербург и Республика Карелия).

Санкт-Петербург — второй по численности населения город страны (4,6 млн чел.) с развитой медицинской инфраструктурой, в которую входят учреждения как федерального, так и регионального подчинения. В Санкт-Петербурге система ОМС функционирует в точном соответствии с федеральным законодательством, в городе существует и рынок услуг обязательного медицинского страхования, 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, напротив, — регион небольшой, с численностью населения около 630 тыс. человек, при этом население проживает достаточно разбросано (население столицы не превышает 40 % от численности населения республики). С доминирующей республиканской больницей.

В Санкт-Петербурге в конце 2005 года был проведен телефонный опрос населения. В общей сложности было опрошено 1204 человека, при этом, так же как и в 2002 году, квотировались параметры распределения по полу, возрасту, уровню дохода, наличию работы. Опрос населения Республики Карелия был проведен с помощью интервьюирования населения по маршрутной выборке (выборка 408 чел.). Опрос проходил только среди городского населения, которое составляет 80 % от общей численности населения Карелии. Пятьдесят процентов 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 их насчитывалось 15 — по пять с руководителями амбулаторно-поликлинических и лечебно-профилактических учреждений, и пять — с руководителями страховых компаний.

Среди 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 застрахо-

ванных (более 250 тыс. чел.) и компании, имеющие незначительный контингент (несколько десятков тысяч человек). В выборке представлена страховая компания с иностранным участием.

Аналогичным образом в Карелии было проведено 12 глубинных интервью — по четыре с руководителями амбулаторно-поликлинических и лечебно-профилактических учреждений и четыре — с руководителями страховых компаний.

Исследование 2007–2008 годов ставило задачу изучить опыт успешных медицинских организаций с целью выявить эффективные бизнес-модели их функционирования для возможного тиражирования в сфере здравоохранения. Исследование проводилось в регионах с развитыми рынками медицинских услуг — Санкт-Петербурге и Москве, — интервьюировали управленческие команды десяти медицинских учреждений (как правило, главного врача, его заместителя, курирующего экономические вопросы, и руководителя 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 годов, 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 учреждения. 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.

СМО заключают договоры страхования со страхователями, но их финансовое положение не зависит от величины взносов страхователей (взносы уравниваются в территориальном фонде ОМС), а определяются 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 число застрахованных, причем эта конкуренция может быть только неценовой.

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

- 1) заключение контрактов с крупными предприятиями, то есть увеличение числа застрахованных;
- 2) заключение контрактов на оказание услуг застрахованным лицам с медицинскими учреждениями, оказывающими более качественные услуги;
- 3) 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 также из-за отсутствия существенных стимулов к этому. Страховая компания уделяла бы больше внимания 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 и используются различные схемы вознаграждений сотрудников 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, вне 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 улучшение 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 входа 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, как правило, уделяется недостаточное внимание. В то же 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 в системе 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 десять тысяч человек населения⁷¹. Очевидно, что это явление вызвано не физической нехваткой кадров, а крайне низкими зарплатами и отсутствием системы вознаграждения за качественную работу.

⁷¹ В среднем по РФ это отношение почти в два раза выше, чем в странах Западной Европы. В Москве и Санкт-Петербурге — выше в три раза.

Оценка конкуренции между медицинскими учреждениями

В процессе проведения исследований 2005 и 2008 годов представители медицинских учреждений продемонстрировали два отличных друг от друга 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 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 методов 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, как правило, при низких оценках пациентами работы собственной поликлиники случаи обращения 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 дифференци-

ации 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. 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 поликлиники и стратегия снижения качества услуг

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

Причины	% респондентов	
	2002 г.	2005 г.
Очереди	31,9	44,8
Трудно попасть на прием к врачу-специалисту	18,7	24,4
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

Причины	% респондентов	
	2002 г.	2005 г.
Другое	10,6	12,2
Трудно сказать	7,7	8,4
Все устраивает	17,5	10,7
<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 отмеченный 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 консультаций 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 солидарны и руководители медицинских учреждений, отмечая в интервью, что основные причины недовольства оказанием 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 тех потребителей, что готовы платить [Depeckere, McAfee, 1996].

Тем не менее и наличие дорогостоящих ресурсов внутри медицинских учреждений не может быть долгосрочным преимуществом при сетевой организации оказания услуг, когда выбор между определенными активами внутри учреждения (аутсорсинг) определяется на основе сравнения их эффективности.

Для государственных многопрофильных больниц основными конкурентами являются государственные же специализированные клиники, в основном ведущие научные институты. Их преимущество — более профессионально под-

готовленный 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 специализированные клиники могут воспользоваться преимуществом более глубокой специализации в лечении 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, что позволяет 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 клиентоориентированного 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, на одну палатную сестру приходится уже не 30 пациентов, а восемь).

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, ши-

рокое использование ценовых стимулов, пересмотр подходов к формированию цен на услуги. Проблема реформирования здравоохранения и системы ОМС давно стоит на повестке дня в российском правительстве. За последние десять лет появилось несколько радикальных предложений (программ) по модернизации системы ОМС. Рассмотрим основные из них с точки зрения воздействия на развитие конкуренции и эффективности предоставления услуг здравоохранения.

Одна из программ, начало реализации которой было положено более пяти лет назад в порядке эксперимента в ряде регионов России, предусматривала введение в систему ОМС Пенсионного фонда в качестве страхователя пенсионеров. Руководство Пенсионного фонда не ограничивало свои функции только дополнительными финансовыми вливаниями в систему ОМС, предполагалось также осуществлять контроль качества лечения пенсионеров. Предлагались и другие, близкие по смыслу, концепции (они выносились на рассмотрение Госсовета в 2003 году), например, о финансировании работников федеральных структур на местах и ряда других социальных групп за счет целевого перечисления средств отдельными ведомствами. Проще говоря, 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 разрабатывало отдельную концепцию медицинского страхования госслужащих.

Все эти 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 единственной 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 усилится и будет связана не только с различиями между регионами (их, по-видимому, также станет больше), но и внутри регионов между разными социальными группами. Как было показано ранее, при неизменной конструкции системы здравоохранения увеличение цены программы ОМС не приведет к какому-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 системе ОМС (которая, кстати, и без этого немало регулируется государством) будут выполнять Пенсионный фонд и отдельные ведомства. По сути, появление такого рода предложений — не что иное, как попытка возродить прежнюю систему ведомственной медицины или, по крайней мере, ведомственных льгот по медицинскому обслуживанию.

Введение соплатежей за медицинские услуги со стороны населения является еще одним широко обсуждаемым пунктом в программе реформирования системы здравоохранения. Сторонники данного предложения (см., например, [Шейман, 2003]) ссылаются на опыт Киргизии и на проведенные подсчеты величины соплатежей в российских регионах (Кемеровская область). Целью его 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 это означает появление в системе ОМС двух цен — одна будет платой со стороны страховой компании, которая в основном пойдет на покрытие незарплатных статей затрат медицинского учреждения, а другая цена будет оплачиваться потребителем услуг и выполнять 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 году (в скобках представлены данные по 2002 году), большинство граждан оплачивали 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 учрежде-

ния и лишь незначительная часть средств реально поступает врачам. Введение соплатежей также снизит значимость финансирования по каналам ОМС и, следовательно, возможность воздействия на медицинское учреждение со стороны страховых компаний.

Суть третьего предложения сводится к тому, что отдельным гражданам и предприятиям необходимо предоставить возможность 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 систему⁷² 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, увеличение 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 с руководителями страховых медицинских организаций — практически все они отметили, что в Санкт-Петербурге есть лишь две-три больницы, удовлетворяющие требованиям по уровню обслуживания. В ситуации, когда невозможно повлиять на существующее в медицинских учреждениях положение, рост желающих получать более качественное обслуживание приведет лишь к росту цен и развитию частных медицинских учреждений. А это потребует от общества больших затрат, чем даже 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 года только небольшая часть населения респондентов (10 %, в 2002 году — 5,2 %) имели полисы ДМС, причем практически все они получили их по месту работы. Доля лиц, купивших полис непосредственно у СМО, без посредничества работодателей, составляла лишь 9,8 % владельцев.

Сегмент ДМС характеризуется устойчивой тенденцией роста в Санкт-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 тем, что государство предоставило право вычета взносов при налогообложении прибыли компаний, а также 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

⁷² Один из примеров: выход из системы ОМС 250 тыс. самых богатых налогоплательщиков Москвы приведет к сокращению бюджета городского фонда ОМС ровно вдвое [Стародубов, 2003].

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 со стороны как 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. Р. 2166]. Однако при наличии обязательного страхования желание 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 Санкт-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 и для повышения эффективности предоставления медицинских услуг. В то же 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 СМО⁷³, 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 эти факторы окажут влияние на дифференциацию цен на услуги отдельных учреждений и обусловят возможность ценовой конкуренции.

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

Всего в городе в 2001 году функционировало 103 больничных учреждения, входящих в систему Министерства здравоохранения РФ (число коек — 43 319), но городских больниц было только 31 (число коек — 33 036). 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 первом полугодии 2002 года приходилось 10 104 коек, что составляет 30,6 % от коечного фонда Комитета здравоохранения. В общей сложности в них было пролечено

⁷³ Задача обеспечения выбора пациентом лечебного учреждения, где он хотел бы получать помощь, была озвучена в апреле 2008 года новым Президентом РФ Д. А. Медведевым как одна из ключевых в области социальной политики на ближайшие годы.

159 032 больных (46 % от общего числа больных в городских больницах), а общее число койко-дней составило 1 664 831 (32 % от числа койко-дней во всех городских больницах⁷⁴).

В таблице 2 приведены данные о темпах роста стоимости оказанных услуг по 20 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 темпы существенно опережают инфляцию.

Таблица 2

Основные показатели деятельности и стоимость услуг больничных учреждений Санкт-Петербурга (по 20 больницам)⁷⁵

	Второе полугодие 2001 г.	Первое полугодие 2002 г.	Темп роста, %
Коек, ед.	9487	9498	100,1
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

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. 2). Видно, что больницы существенно различаются по стоимости койко-дня и расходам на одного пролеченного. Хотя возможность ценовой конкуренции следует рассматривать в разрезе отдельных

⁷⁴ Доля пролеченных больных и число койко-дней рассчитаны в отношении к 2001 году в предположении, что эти показатели значительно 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 (690 452 чел.) рассчитана путем умножения показателя оборота койки на число коек. Число койко-дней за тот же период (10 568 216) определено как показатель работы койки, умноженный на число коек.

⁷⁵ Рассчитано автором по данным ПФО медицинских учреждений Санкт-Петербурга за первое полугодие 2002 года (www.zdrav.spb.ru).

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 вне 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 конкуренцию 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 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 странам 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.

Последние пятнадцать 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 выстроенными, что довольно сложно осуществить на практике (в основном они задаются условиями контрактов на управление клиниками и применением различных схем ценообразования). Возможность фиксации правильной системы стимулов в контрактах, способность государственных органов регулирования обеспечить мониторинг и информирование 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, притом что различий в качестве меж-

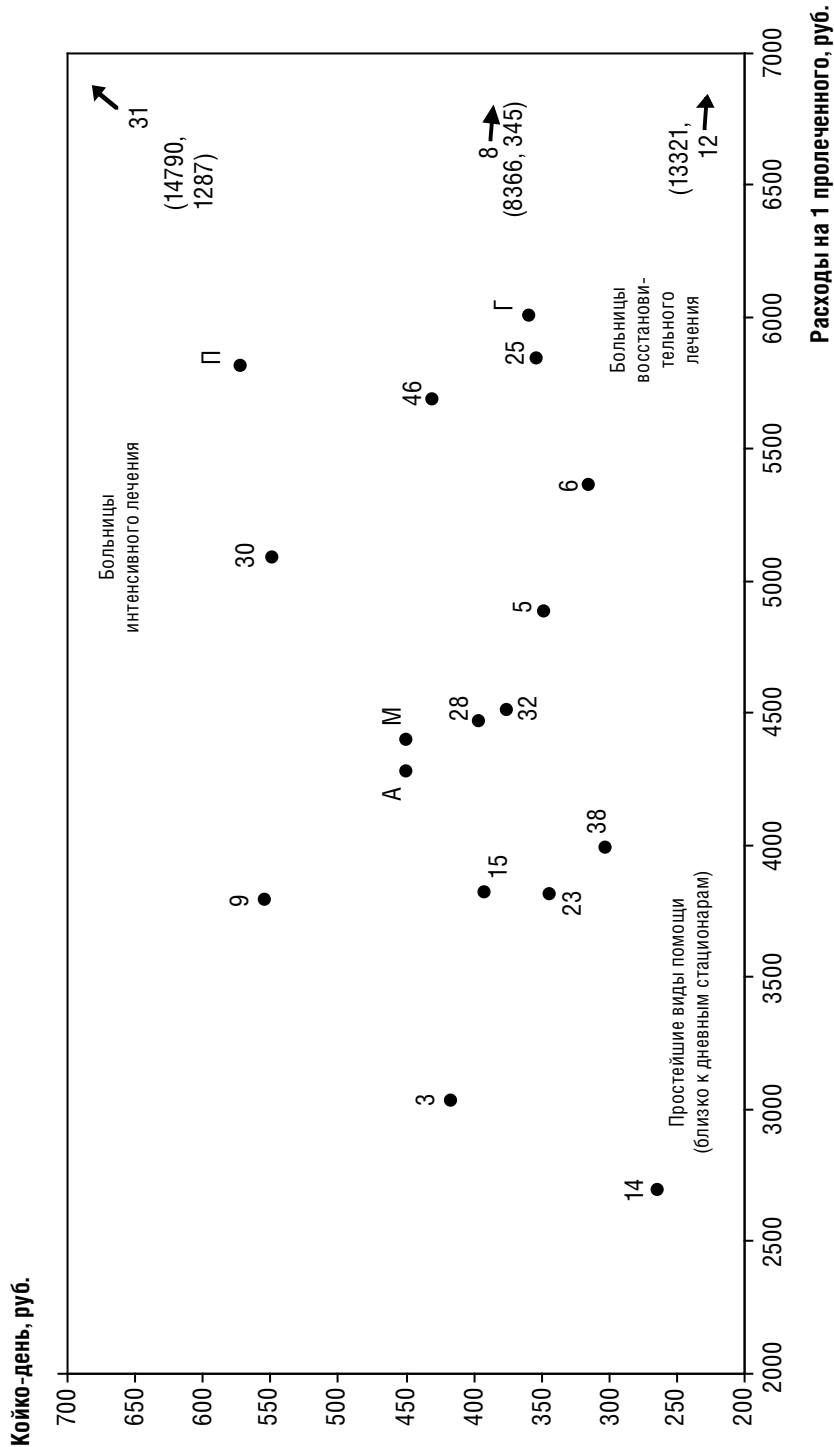


Рис. 2. Комбинации расходов на одного пролеченного и затраты на койко-день в больницах г. Санкт-Петербурга

ду организациями разных форм практически нет [Sloan, 2000]. Предполагается, что дальнейшие исследования должны проводиться 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]), 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 этике и т. п.), достаточно слабые в России в настоящее время.

Заключение

Экономика здравоохранения — область преимущественно эмпирических и прикладных исследований. Как отмечали М. Гейнор и У. Vogt, «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, так же как и за рубежом, будет происходить по пути накопления и осмысления новых эмпирических знаний относительно реалий российской системы здравоохранения — в действительности весьма разнобразной, а потому и более притягательной для исследователей, чем это принято полагать.

При проведении исследований и дальнейшем определении путей развития следует исходить из простого постулата, что нет рынков, абсолютно похожих друг на друга. Все они в чем-то особенные. И поэтому проблемы конкуренции в сфере здравоохранения должны обсуждаться непременно с учетом специфики данной отрасли. Однако 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

1. Баранов И. Н., Меркурьева И. С., Кочуров Е. В., Скляр Т. М. Анализ возможностей развития конкуренции в системе медицинского страхования // Научные доклады МОНФ. Вып. 184. М., 2006.
2. Скляр Т. М. Управление здравоохранением: государство или рынок // Вестник СПбГУ. СПб., 2003. № 1. (Серия «Менеджмент»).

3. *Скляр Т. М.* Поведение медицинских учреждений в российской системе здравоохранения // Вестник СПбГУ. СПб., 2007. № 1. (Серия «Менеджмент»).
4. *Стародубов В. И.* От идеи до реализации путь неблизок // Известия. 2003. 31 марта.
5. *Шейман И. М.* Бремя расходов на здравоохранение лежит на бедных и больных // Известия. 2003. 31 марта.
6. *Шейман И. М.* Теория и практика рыночных отношений в здравоохранении. М.: Изд-во ГУ-ВШЭ, 2008.
7. *Шишкин С. В., Бесстремянная Г. Е., Заборовская А. С. и др.* Здравоохранение в регионах Российской Федерации: механизмы финансирования и управления. М.: Поматур, 2006.
8. *Шишкин С. В., Бесстремянная Г. Е., Красильникова М. Д. и др.* Российское здравоохранение: оплата за наличный расчет. М.: НИСП, 2004.
9. *Шишкин С. В., Богданова Т. В., Потанчик Е. Г. и др.* Бесплатное здравоохранение: реальность и перспективы // Научные проекты. Вып. 1. М.: НИСП, 2002.
10. *Arrow K.* Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care. *American Economic Review*. 1963. 53(5). P. 941–73.
11. *Brainerd E., Cutler D.* Autopsy on an Empire: Understanding Mortality in Russia and the Former Soviet Union // *Journal of Economic Perspectives*. 2005. 19(1). P. 107–130.
12. *Chalkley M., Malcomson J.* 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, 2000. P. 847–90.
13. *Cutler D.* 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. 2002. P. 2143–2243.
14. *Darby M., Karni E.* Free Competition and the Optimal Amount of Fraud // *Journal of Law and Economics*. 1973. 16. P. 67–88.
15. *Deneckere R., McAfee R.* Damaged Goods // *Journal of Economics and Management Strategy*. 1996. 5(2). P. 149–174.
16. *Dranove D., Satterthwaite M.* 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, 2000. P. 1093–1139.
17. *Gaynor M., Vogt W.* 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, 2000. P. 1405–87.
18. *Hansmann H.* The Role of Nonprofit Enterprise // *Yale Law Review Journal*. 1980. 39. P. 835–901.
19. *Hart O., Shleifer A., Vishny R.* The Proper Scope of Government: Theory and an Application to Prisons // *Quarterly Journal of Economics*. 1997. November. P. 1127–1161.

20. *Newhouse J.* 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, 1978.
21. *Rawls J.* *A Theory of Justice*. Cambridge, MA: Harvard University Press, 1971.
22. *Rothschild M., Stiglitz J.* Equilibrium in Competitive Insurance Markets: An Essay on the Economics of Imperfect Information // *Quarterly Journal of Economics*. 1976. 90(5). P. 629–649.
23. *Sari N.* 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*. 2008. Vol. 18. P. 139–156.
24. *Shleifer A.* A Theory of Yardstick Competition // *Rand Journal of Economics*. 1985. 16 (3). P. 19–327.
25. *Shleifer A.* State versus Private Ownership // *Journal of Economic Perspectives*. 1998. 12 (4). P. 133–150.
26. *Sloan F.* 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, 2000. P. 1141–1174.
27. *Stano M.* A Clarification of Theories and Evidence on Supply-Induced Demand for Physician's Services // *Journal of Human Resources*. 1987. 22 (4). P. 611–620.