

ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПРОБЛЕМЫ КОНКУРЕНЦИИ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ

И.М. Шейман, к.э.н., профессор кафедры государственного управления и экономики общественного сектора ГУ-ВШЭ

Каковы особенности рыночных отношений в здравоохранении? Каково влияние рынка на параметры функционирования здравоохранения? Есть ли альтернативы рыночной модели? Актуальность этих вопросов растет в связи с попытками активизировать рыночные механизмы, предпринимаемыми в ряде стран, в том числе в России. Цель данной статьи состоит в обобщении теоретических представлений о роли конкуренции между поставщиками медицинских услуг, с одной стороны, и коллективными покупателями услуг в системах общественного здравоохранения (прежде всего страховщиками) — с другой.

1. МОНОПОЛИСТИЧЕСКАЯ КОНКУРЕНЦИЯ НА РЫНКЕ БОЛЬНИЧНЫХ УСЛУГ

Общепринятое представление — потребительский выбор и обусловленная им конкуренция улучшают качество. Это — презумпция антимонопольного законодательства, в том числе в здравоохранении. Но экономическая теория выделяет ситуации, когда сильно дифференцированный продукт и недостаток информации о его характеристиках могут сильно ограничивать эффект конкуренции [Hsiao, 1995]. Существует большой объем экономической литературы о влиянии конкуренции на качество медицинской помощи в больничном секторе здравоохранения [См. обзорные работы: Dranove and Satterthwaite, 2000; Enthoven, 2004; Gaynor, 2006].

В больничном секторе есть значительные препятствия для входа на рынок новых поставщиков и выхода с этого рынка неэффективных поставщиков. Появление на рынке новых больниц затруднено в силу государственного регулирования мощностей больниц. Оно действует практически во всех западных странах как элемент политики сдерживания затрат. Уже действующие больницы, как правило, способны расширить сферу своей деятельности на новые регионы, если есть неудовлетворенный спрос. Но далеко не всегда потребители способны перемещаться далеко за пределы своего места жительства (только в случае плановых госпитализаций). Возможности рыночной экспансии больниц определяются их транспортной доступностью, устойчивыми предпочтениями врачей и пациентов.

Выход больниц с локального рынка ограничен обязательствами в отношении обслуживания местных нужд, что вытекает из их некоммерческого статуса. Но это ограничение становится все менее жестким в силу действия технологических факторов укрупнения больниц. Новые медицинские технологии в экономически рациональных формах могут использоваться прежде всего в крупных больницах. Это ведет к закрытию мелких местных больниц

и их слиянию в крупные больничные комплексы. Этот процесс получил массовое развитие во многих западных странах в последние 10–15 лет. Его результатом стало повышение уровня концентрации рынка. Например, в США за 1994–2000 гг. произошло 900 слияний, охвативших 6100 больниц. В мегаполисах с многомиллионным населением действуют 2–3 крупные больничные системы, а на местных рынках — 1–2 больницы (в штате Северная Каролина в 82 из 100 округов действуют больницы-монополисты) [Gaynor, 2006; Porter and Teisberg, 2004].

Монополистическая конкуренция больниц по-разному складывается в ситуации регулируемых и нерегулируемых цен. В системах государственного финансирования здравоохранения обычно используются регулируемые цены, устанавливаемые либо напрямую государством (Великобритания, Скандинавские страны), либо на основе коллективных соглашений органов государственного управления, ассоциаций страховщиков и медицинских организаций (Россия, Франция, Германия). При частном финансировании здравоохранения (через ДМС или за наличный расчет) цены обычно устанавливаются самими поставщиками услуг.

При регулируемых ценах конкуренция больниц смещается в сторону качества медицинской помощи. Для привлечения врачей (они определяют основную часть госпитализаций) и пациентов больницы предлагают новые медицинские технологии, способные обеспечить более высокие результаты лечения. Реальный выбор зависит от наличия и точности информации об этих результатах. Именно поэтому в США, Германии, Нидерландах и ряде других стран сегодня предпринимаются активные усилия по сбору и распространению информации о больничной летальности по отдельным заболеваниям. Большое значение имеет уровень регулируемой цены: если она не покрывает фактических издержек (ситуация, характерная для России), то стимулы к конкуренции качества снижаются, но не исчезают совсем, поскольку всегда существует возможность переложить затраты на пациентов — в форме формальных и неформальных платежей.

Если цена устанавливается самой больницей, то есть имеет место *ситуация нерегулируемых цен*, то конкуренция фокусируется на соотношении цена—качество: выигрывают те больницы, которые способны обеспечить более высокое качество на единицу затрат.

Американский экономист М. Гейнор [Gaynor, 2006] вводит понятие эластичности спроса по качеству услуг, понимая под этим степень готовности потребителя приобретать дополнительную единицу ожидаемого результата лечения. Соотношение цена—качество определяется разной реакцией потенциального потребителя на цену и качество. *Качество снижается по отношению к цене, если эластичность спроса по качеству ниже, чем эластичность по цене.* Это соответствует ситуации сильной ценовой конкуренции больниц и недостаточной информации потребителя: потребитель более чувствителен к цене, чем к качеству.

Примером могут служить страховые планы «управляемой медицинской помощи», получившие распространение в США в 90-х годах. Эти планы предлагают расширенный набор опций по доступности медицинской помощи, увязывая их с ценой страховки: при полной свободе выбора врача эта цена намного выше, чем при ограниченном выборе. Такой подход повысил рациональность потребительского выбора: население стало сильнее реагировать на цену страховки — повысилась ценовая эластичность спроса. Это привело к замедлению роста цен на больничные услуги. Обратной стороной этого

процесса стало некоторое снижение качества и доступности медицинской помощи, что сделало страховые планы непопулярными [Porter and Teisberg, 2004].

Обратное соотношение: *качество повышается по отношению к цене при высокой эластичности спроса по качеству по сравнению с эластичностью по цене*. Это соответствует ситуации высокой информированности потребителя о показателях качества услуг. Если соображения цены отступают на второй план, то можно ожидать улучшения соотношения цена—качество. Интуитивно это следует из практики отношений родственников серьезно больного человека с частной медициной: «Доктор, плачу любые деньги!». Гейнор демонстрирует эти отношения на основе формальных моделей.

Кроме того, автор моделирует соотношение цена—издержки и приходит к выводу, что *при снижении ценовой эластичности относительно эластичности спроса по качеству цена в большей мере превышает уровень издержек*. Это также вытекает из интуитивного представления о том, что при низкой чувствительности спроса к цене больницы могут концентрироваться на использовании новой медицинской технологии, и вложения в улучшение качества становятся более прибыльными.

Чтобы улучшить соотношение цена—качество, необходима информация о качестве. Тогда выбор потребителя будет более рациональным, соответственно эластичность по качеству будет снижаться по сравнению с эластичностью по цене. В ситуации более информированного спроса не всякие улучшения медицинских технологий приемлемы для потребителя, а только те из них, которые обеспечивают более высокие результаты лечения.

Имеют значение и издержки поиска [McPake et. al, 2001], а также устойчивые представления о потенциале больницы. Они способны снизить рациональность потребительского выбора. Врач направляет пациента в больницу, которая хорошо себя зарекомендовала в лечении определенного заболевания — без серьезного сопоставления альтернатив, а пациент принимает этот выбор. Такая ситуация очень распространена в здравоохранении любой страны¹.

2. ЭМПИРИЧЕСКИЕ ОЦЕНКИ ЭФФЕКТА КОНКУРЕНЦИИ ДЛЯ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

Оценки эффекта конкуренции при регулируемой цене дают примерно одинаковые результаты: *на локальных рынках с более конкурентной средой показатели качества заметно выше*. Это соответствует экономической теории. Показательна работа американских экономистов Кесслера и МакКленнона [Kessler and McClennon, 2000], оценивающая влияние конкуренции на больничную смертность от инфаркта. Авторы демонстрируют статистически значимую зависимость между уровнем концентрации больничных рынков² и показателями смертности от инфаркта в разрезе отдельных штатов США. На наиболее конкурентных рынках вероятность смертельных исходов на 1,46 процентных пункта ниже, чем на наименее конкурентных, что равносильно

¹ Например, в 2006 г. бывший президент США Билл Клинтон выбрал для коронарного шунтирования больницу с низким рейтингом по показателю смертности в связи с этой операцией, то есть продемонстрировал низкую эластичность спроса по качеству (впрочем, скорее всего, и по цене).

² Уровень концентрации локальных рынков измеряется на основе индекса Херфиндаля — Хиршмана (ННІ). Индекс определяется как сумма квадратов рыночных долей фирм: $\sum s_i$. Индекс растет при снижении числа фирм или при нарастающей асимметрии распределения рынка — увеличения доли рынка, контролируемой крупнейшими фирмами (максимум 1 — для случая монополии).

снижению смертных случаев более чем на 2 тыс. Но в построенной авторами эконометрической модели не учитывается уровень регулируемой цены на региональных рынках, который, скорее всего, влияет на уровень концентрации рынка: чем выше цена, тем больше приток больниц и сильнее конкуренция между ними. Это ограничивает содержательную интерпретацию результатов данной модели.

Оценка эффекта конкуренции при нерегулируемой цене дает неоднозначные результаты. Обзор эмпирических исследований, проведенный М. Гейнором, показывает, что из 14 таких исследований 7 демонстрируют повышение качества на более конкурентных рынках, 7 — снижение качества [Gaynor, 2006].

Особый интерес представляют исследования по Великобритании. Реформа Национальной службы здравоохранения (НСЗ), начавшаяся в 1991 г., была направлена на стимулирование конкуренции больниц, в том числе и по параметру цены (система нерегулируемых цен). Для больницы существует конфликт между целями получения контракта за счет более низкой цены и задачами повышения качества услуг, поэтому покупатель медицинской помощи (райздравы и врачи общей практики — фондодержатели) заключают договоры на определенное сочетание ценовых и качественных параметров. Предметом конкуренции является соотношение цена—качество.

Реальность ценовой конкуренции подтверждается эмпирически. Исследование К. Проппера с соавторами для периода «пика» рыночной реформы (1991—1995) показало, что *цены на больничные услуги были ниже в регионах с более конкурентной средой*. Это же исследование продемонстрировало прямую связь уровня цен с переговорной силой покупателей медицинской помощи: чем выше размер организации-покупателя, тем ниже цена [Propper et. al, 1998].

Другое исследование группы К. Проппера касается влияния конкуренции на качество медицинской помощи в тот же период рыночной реформы [Propper, Burgess, Green, 2004]. В построенной авторами модели в качестве показателя качества используется смертность от ишемической болезни сердца (в пределах 30 дней после госпитализации по каждой больнице) на основе данных за 1999 г. В качестве показателя конкурентной среды используется число больниц в радиусе действия рассматриваемой больницы, измеряемом 30-минутной доступностью на автомобиле.

Оценка нескольких вариантов спецификации модели показала, что уровень смертности от ишемической болезни сердца ниже в районах с более высоким уровнем концентрации больничных услуг, то есть там, где конкуренция ниже. Больницы, действующие на более конкурентных рынках, имеют более высокие показатели смертности при равенстве прочих условий, учитываемых моделью. То есть, *конкуренция может снижать качество*.

О чем говорят столь разные результаты? Лишь на первый взгляд они выглядят несовместимыми. На самом деле экономическая теория допускает *разные эффекты конкуренции для качества медицинских услуг*. В ситуации свободного ценообразования при сильной реакции потребителей на цену можно ожидать не только снижения цен, но и снижения качества, о чем свидетельствует ситуация в НСЗ Великобритании. Если чувствительность к качеству сильнее, чем к цене, то можно ожидать повышения качества — ситуация, более распространенная в США, хотя и в этой стране есть примеры противоположного плана.

Другой вывод: *при регулируемых ценах позитивный эффект конкуренции на качество больничных услуг обнаруживается значительно чаще, чем при нерегулируемых*

ценах. Это соответствует теоретическим моделям, доказывающим смещение конкуренции в сторону показателей качества.

Есть все основания считать, что имеющиеся оценки влияния конкуренции на качество медицинской помощи относятся к первому поколению эмпирических работ и не позволяют сделать однозначные выводы. Во-первых, показатели качества очень фрагментарны, отражая лишь ограниченные области деятельности больниц (в основном часть кардиологии). Во-вторых, представленные работы трудно сравнивать, поскольку используются разные показатели качества, а иногда по-разному специфицируются модели. В-третьих, в случае регулируемых цен не учитывается вариация региональных цен. Наконец, отсутствуют попытки увязать повышение качества с размером дополнительных издержек на его обеспечение, то есть отсутствует эмпирическая база для содержательных заключений о влиянии конкуренции на общественное благосостояние.

3. МОДЕЛИ КВАЗИРЫНОЧНЫХ ОТНОШЕНИЙ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ

В европейских странах в последние два десятилетия предпринимаются попытки активизации рыночных механизмов в здравоохранении. Как известно, в Европе действует преимущественно государственное финансирование здравоохранения, велика доля государственной собственности, сильно выражено государственное регулирование, а самое главное — высока роль принципа общественной солидарности. Как следствие, новая система экономических отношений заметно отличается от классической рыночной модели. По существу, речь идет о *конструировании рынка с использованием некоторых инструментов предпринимательского поведения* для обеспечения приоритетных задач политики здравоохранения. Поэтому в экономической литературе модели внутреннего рынка и регулируемой конкуренции рассматриваются как имитация рынка, или как «квазирынок» [Saltman and Casten von Otter, 1992, p. 17]. Важнейшие отличительные особенности квазирыночных отношений состоят в следующем:

- Потребители медицинских услуг непосредственно не платят за услуги, а их предпочтения реализуются финансирующей стороной — страховщиком в системе ОМС или органом государственного управления в бюджетных системах здравоохранения. Ставится задача превращения плательщика в информированного покупателя медицинской помощи, способного отбирать наиболее эффективные звенья оказания медицинской помощи. Но непосредственно для потребителя ценовой сигнал выражен слабо или отсутствует полностью.
- На этом рынке взаимодействуют преимущественно некоммерческие организации, в деятельности которых относительно слабо выражены мотивы повышения доходности по сравнению с коммерческими организациями.
- Рынки капитала и труда либо отсутствуют, либо находятся в состоянии формирования. Но и в последнем случае гибкость движения ресурсов ограничивается множеством факторов, в том числе политических (например, трудно закрыть ненужную больницу).
- Система финансирования здравоохранения «закрыта сверху» — в бюджетных системах действует жесткий бюджет, в развитых системах ОМС есть ограничения на приток средств за счет повышения страховых взносов. Государство осуществляет финансовый контроль за ресурсами

здравоохранения. Как следствие, отсутствует конкуренция здравоохранения с другими отраслями за средства потребителей.

- Элементы рыночных отношений сочетаются с сохранением государственного регулирования здравоохранения. Наиболее важные его элементы — планирование сети медицинских организаций, разрешительная практика появления новых поставщиков, управление спросом на медицинские услуги и лекарственные средства [Шейман, 1998].

Квазирыночные отношения реализуются в двух главных вариантах. Первый — в системе ОМС, основанной на конкуренции страховщиков. Этот вариант получил название *модели регулируемой конкуренции*. Данная модель является теоретической основой рыночных реформ в европейских странах — Германии, Нидерландах, Швейцарии, Бельгии, Чехии, Словакии, в определенной мере в России, а также в Израиле.

Второй — в бюджетной системе финансирования здравоохранения, основанной на разделении функций финансирования и оказания медицинской помощи. Этот вариант известен в экономической литературе как *модель внутреннего рынка*. Он стал основой рыночных реформ в Великобритании, Швеции, Италии, Финляндии.

Наибольший интерес представляет модель регулируемой конкуренции. В ней решающая роль отводится конкурирующим страховым посредникам, действующим в системе ОМС. Конкурируя между собой за привлечение застрахованных, они призваны «запустить» рыночные отношения в собственно здравоохранении [Enthhoven, 1993]. Один из идеологов этой модели голландский экономист В. Ван де Вэн дает следующее ее определение: «Регулируемая конкуренция — это свободный рынок, где ценообразование в принципе определяется рыночными силами, но в рамках нормативной базы, установленной государством в целях соблюдения принципа общественной солидарности и обеспечения эффективного функционирования рынка» [Ван де Вэн, 2004].

Можно выделить следующие главные положения модели регулируемой конкуренции [Sheiman and Wassem, 2002]:

Расширение возможностей потребительского выбора. Исторически европейские системы ОМС складывались как неконкурентные, даже в странах с множеством страховщиков (в начале 80-х годов только в Германии 50% застрахованных имели право на выбор страховщика, в других странах такой выбор осуществляли работодатели). Поэтому главным механизмом активизации рыночных сил стала *замена группового выбора работодателей индивидуальным выбором*. Для привлечения новых клиентов страховщики берут на себя многие не свойственные им ранее функции: предлагают новые услуги, создают условия для обеспечения качества медицинской помощи, стимулируют развитие видов помощи с наибольшей затратной эффективностью, обеспечивают более рациональную структуру системы здравоохранения.

Чтобы потребительский выбор реально влиял на действия страховщика и систему оказания медицинской помощи, необходимо обеспечить *экономическую мотивацию застрахованного к выбору страховщика*. Реально она возникает только тогда, когда застрахованный участвует в финансировании медицинского страхования, то есть делает определенные страховые взносы в дополнение к взносам работодателя или государства. Возможность выбора более экономичной страховой программы является основой ценовой конкуренции страховщиков. При этом акцент делается не столько на соучастие застрахованных, сколько на повышение ценовой эластичности их спроса (в отношении размера страхового тарифа).

Ценовая конкуренция в системе ОМС возможна только в том случае, если страховщик вправе самостоятельно устанавливать размер страхового тарифа. Полная самостоятельность исключается солидарной природой этого вида страхования в европейских системах финансирования здравоохранения. В отличие от США, страховой взнос здесь носит обязательный характер. Государство либо устанавливает единый размер страхового взноса в виде процента от фонда оплаты труда (в большинстве стран с системами ОМС), либо допускает вариацию этого размера, но в определенных пределах, чтобы иметь возможность обеспечить выравнивание условий финансирования конкурирующих страховщиков (в Германии, Швейцарии, Израиле). И в том и в другом случае модель регулируемой конкуренции исходит из расширения права страховщиков устанавливать размер страхового тарифа. То есть, первое основание для конкуренции страховщиков — это *возможность вариации цены участия застрахованных в системе ОМС*. По существу, речь идет о сближении ОМС и ДМС.

Ценовая конкуренция страховщиков, в свою очередь, предполагает усиление рыночного давления на медицинские организации: страховщик не просто оплачивает услуги медицинских организаций, а отбирает наиболее эффективные из них, участвует в выборе наиболее рациональных форм оказания услуг, то есть добивается оптимизации затрат, позволяющей снизить размер страхового тарифа.

Потребительский выбор определяется не только ценой, но и качеством услуг. Застрахованный заинтересован в оптимальном для себя соотношении цена—качество. Для этого он должен иметь необходимую информацию.

Итак, спрос должен быть:

- *индивидуальный*: выбирает не страхователь, а сам застрахованный;
- *информированный*: страхователь и страховщик предоставляют необходимую информацию для сравнения страховых планов;
- *экономически мотивированный*: застрахованный сам делает страховые взносы в дополнение к страховым взносам страхователей.

Возможность выполнения дополнительных программ медицинского страхования. Исторически европейские модели ОМС складывались как универсальные системы государственных гарантий — с единым пакетом медицинских услуг, предоставляемых в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования. Модель регулируемой конкуренции допускает дополнительные программы, обеспечивающие расширение гарантий в отношении видов, объемов, порядка и условий оказания медицинской помощи. Страховщик, участвующий в реализации единой программы ОМС, вправе участвовать в реализации дополнительных программ медицинского страхования и самостоятельно определять страховой тариф по этой программе. В результате застрахованные получают реальную мотивацию к выбору страховщика. Появляется возможность сравнивать различные наборы услуг и страховые тарифы на них.

Селективные договорные отношения между страховщиками и медицинскими организациями. Страховщик может выбирать медицинскую организацию и вступать с ней в договорные отношения. Он вправе устанавливать свои требования к доступности, качеству, формам организации медицинской помощи и проч., рассматривая требования, устанавливаемые государством, в качестве минимальных. Кроме того, ставится задача *постепенного отказа от ценового регулирования*. В качестве первого шага — на рынке врачебно-амбулаторных услуг, где сильнее выражена конкуренция. Это означает переход от исторически сложившихся тарифных соглашений, то есть коллективных договоров

ассоциаций страховщиков с ассоциациями медицинских организаций, к индивидуальным договорам с отдельными медицинскими организациями.

В то же время государство оставляет за собой регулирование ряда наиболее важных условий договоров. В первую очередь это касается *минимального набора услуг и стандартов качества*. Такое регулирование необходимо для того, чтобы ограничить возможное оппортунистическое поведение медицинских организаций — предложение более низкой цены за счет снижения пакета услуг и снижения их качества.

Растущее значение финансовых рисков страховщиков. По аналогии с ДМС, страховщики в системе ОМС должны нести финансовые риски. Эти риски связаны с отклонениями фактических расходов на медицинскую помощь застрахованным от расходов, планируемых государством. Страховщики оплачивают медицинскую помощь не только в пределах полученных от государства средств, но и за счет собственных средств. Их неспособность уложиться в установленный порядок финансирования влечет за собой прямые экономические потери. При этом государство устанавливает конкретную пропорцию финансовых рисков, которые берут на себя страховщики и солидарный фонд.

Ответственность за финансовые риски является сильным фактором оптимизации издержек на оказание медицинской помощи. Индифферентный транслятор средств ОМС уступает место рациональному покупателю медицинской помощи, который определяет зоны неэффективности в здравоохранении и предпринимает меры по их ликвидации [Van de Ven et. al, 2003].

Меры по демонаполизации рынка медицинского страхования и медицинских услуг. Подчеркивается необходимость отказа от картельных соглашений страховщиков (тарифных соглашений). Каждый страховщик выступает в качестве самостоятельного субъекта рыночных отношений и напрямую взаимодействует с медицинскими организациями, согласовывая с ними главные параметры оказания медицинской помощи. Считается, что коллективное регулирование рынка медицинского страхования противоречит принципу рыночного выбора и свободного ценообразования, поэтому влечет за собой консервацию неэффективности в системе оказания медицинской помощи [Schut and Van de Ven, 2003].

Одновременно предпринимаются меры по демонаполизации больничного сектора здравоохранения, снятию ограничений на открытие новых врачебных практик, привлечению частного капитала. Подчеркивая важность конкуренции страховщиков (прежде всего ценовой), авторы модели регулируемой конкуренции признают, что решающим фактором активизации рыночных сил является конкурентная среда в системе оказания медицинской помощи. Ее надо целенаправленно формировать, и роль страховщиков при этом решающая.

Использование перечисленных рыночных механизмов, по замыслу авторов модели, позволит, во-первых, существенно ограничить сферу государственного планирования, во-вторых, постепенно вытеснить государство из области закупки медицинской помощи. *Главным покупателем услуг станут страховщики*, причем не их объединение (картель), а отдельные больничные кассы [Ван де Вэн, 2004].

4. УСЛОВИЯ РЕАЛИЗАЦИИ МОДЕЛЕЙ КВАЗИРЫНОЧНЫХ ОТНОШЕНИЙ

Анализ хода рыночных реформ в отдельных западноевропейских странах, прежде всего в Великобритании, Германии, Нидерландах, Швейцарии, а также Израиле [Van de Ven et. al, 2003; Nam, 2005; Шейман, 2007], дает основа-

ния для следующих обобщений в отношении минимального набора условий для их реализации:

Первое условие — *необходимость комплекса мер по нейтрализации селекции рисков*. Это связано с тем, что в конкурентных системах ОМС повышается экономическая мотивация страховщиков к выбору наиболее здорового контингента населения («хороших рисков»), чьи расходы на медицинскую помощь ниже. В результате велика вероятность того, что вложения страховщиков в отбор рисков (маркетинговые стратегии, манипулирование страховыми программами и проч.) будут выгоднее, чем меры по оптимизации издержек на оказание медицинской помощи, которые, по замыслу авторов моделей, должны стать основой деятельности страховщиков. Кроме того, если не принять необходимых регулирующих мер, то конкуренция страховщиков станет серьезным фактором «эрозии общественной солидарности» [European Health Care Reform, 1997].

Поэтому модели предлагают набор требований, направленных на обеспечение равенства застрахованных: обязанность приема к страхованию всех граждан, процедура свободной приписки, запрет на индивидуальные проверки состояния здоровья. Предусматривается установление единого страхового тарифа, общего для всех застрахованных, выбравших определенного страховщика. Но особая роль принадлежит *системе выравнивания финансовых рисков страховщиков*, которая позволяет учесть вероятность будущих расходов разных групп застрахованных. Например, статистически доказано, что лица старше 60 лет пользуются медицинской помощью в 3–4 раза больше, чем человек среднего возраста. И эту вариацию необходимо учесть при перераспределении поступлений взносов на ОМС на основе максимально точной формулы выравнивания. Концептуальные подходы к построению этой формулы являются неотъемлемой частью модели регулируемой конкуренции (Van de Ven et al., 2003).

Второе условие — *накопление объема информации для облегчения потребительского выбора и обоснования коллективной закупки медицинской помощи*. Необходима информация о качестве и результатах оказания медицинской помощи по отдельным медицинским организациям. Велика потребность в данных о затратной эффективности альтернативных вариантов оказания медицинской помощи. Работники финансирующих органов должны обладать квалификацией, необходимой для интерпретации результатов экономических оценок. По мнению Элана Мейнарда, одного из идеологов реформы в Великобритании, недостаток информации и умения ею пользоваться усиливает позиции медиков в диалоге с покупателями медицинской помощи и способен сдерживать конкуренцию [Maunard, 1994].

Третье условие — *приемлемый уровень транзакционных издержек*. Затраты на подготовку, заключение и мониторинг выполнения контрактов должны оправдывать те выгоды, которые они обеспечивают с точки зрения повышения качества медицинской помощи и эффективности использования ресурсов.

Четвертое условие — *повышение гибкости труда и капитала*. Обычно в бюджетных системах здравоохранения гибкость рынка труда ограничивается действующими системами национальных или региональных соглашений между правительством и профсоюзами врачей и медицинских работников, устанавливающими ставки оплаты труда, условия найма и увольнения и проч. Как правило, эти соглашения ограничивают возможности использования систем оплаты труда по результатам и сдерживают вымывание слабых звеньев. Формирование новых условий требует политических решений. Еще в большей мере это касается рынка капитала.

Отдавая себе отчет в том, что негибкость рынков труда и капитала является фактором, сдерживающим развитие внутреннего рынка в здравоохранении, многие западные исследователи указывают на необходимость учета обратного процесса: как внутренний рынок влияет на развитие рынков труда и капитала. Рыночные регуляторы способны дать необходимую информацию для принятия политических решений о выводе из системы неэффективных ресурсов. Разумеется, это не гарантирует принятие решений, но их вероятность повышается по сравнению с системой административных отношений.

5. РЫНОК ИЛИ СЕТЕВАЯ МОДЕЛЬ?

Традиционные подходы к рыночным реформам в здравоохранении основываются на постулатах неоклассической теории. Повышение роли потребительского выбора, использование некоторых механизмов предпринимательского поведения являются попыткой адаптировать традиционные рыночные модели к специфическим условиям общественного здравоохранения. Однако по мере реализации этих подходов обнаружилось, что традиционная система взглядов не отражает ряд важных процессов. Характер взаимодействия между покупателями и поставщиками медицинских услуг, поведение пациентов, мотивация врачей оказались намного сложнее, чем это вытекает из рыночных моделей. Появилась необходимость в анализе институциональных условий возникающих отношений. Теоретико-методологической основой нового подхода стала неинституциональная экономика.

В ряде теоретических работ анализируются отношения зависимости между экономическими субъектами (государством, покупателем и поставщиком медицинских услуг, пациентами), описываемые моделями агентских отношений. Выделяются и анализируются разные структуры управления — рынок, иерархия, сетевая модель. Рыночная модель рассматривается в качестве одного из вариантов, допускается формирование отношений сетевого типа [Forder, Robinson, Hardy, 2005].

Сетевая модель характеризует устойчивую структуру отношений между экономическими субъектами. Они основаны на силе социальных связей, возникающих в ходе хозяйственной деятельности. Стороны выполняют свои обязательства не на основе приказа (иерархия) или из боязни утратить свои позиции (рынок), а путем совместных действий по выбору наиболее эффективных решений. Участники таких отношений принуждаются к выполнению своих обязательств на основе норм, характерных для определенной сети. Возникает «внерыночный тип двустороннего партнерства — двустороннее управление сделкой» [Кузьминов, Бендукидзе, Юткевич, 2006, С.197].

Границы сетевой модели управления достаточно размыты. Она имеет определенные характеристики рынка и иерархии. Собственность разделена как в рыночной модели. Но контроль добровольно передается одной стороной другой стороне, как в иерархии.

Основываясь на таком делении форм управления, рассмотрим главные факторы повышения роли сетевой модели в здравоохранении.

Снижение транзакционных издержек. Можно выделить три типа таких издержек. Прежде всего, это *издержки измерения*. Участники экономических отношений заинтересованы в том, чтобы иметь информацию о результатах деятельности. В здравоохранении измерение результатов всегда представляет собой серьезную проблему. Участники договорных отношений вынуждены затрачивать большие усилия на определение результатов лечения, сбор

данных и их верификацию. Во многих случаях имеет место дублирование в выполнении этой функции покупателем и поставщиком медицинских услуг. Возникает много ситуаций, когда можно договориться о том, чтобы одна сторона собирала информацию и делилась ею с другой. При этом основным носителем информации являются медицинские организации и работающие в них врачи. Никто лучше них не знает реальные результаты деятельности.

Издержки по ведению торго обусловлены природой договорных отношений. Когда обе стороны действуют исключительно на основе собственных экономических интересов, эти издержки могут быть очень велики, особенно в странах, где управление здравоохранением исторически складывалось на основе иерархической модели. В первой половине 90-х годов в НСЗ Великобритании средний срок подготовки договоров между покупателями медицинской помощи (райздравами и врачами общей практики — фондодержателями) и больницами составлял 6—8 месяцев. При этом выяснилось, что покупатели и поставщики медицинских услуг практически ничего не выигрывают и не проигрывают в результате сложных договорных отношений. Неэффективные больницы не банкротятся и не уходят с рынка; врачи общей практики — фондодержатели не могут направлять экономию на повышение оплаты труда, а могут рассчитывать только на дополнительные инвестиции; райздравы, как покупатели медицинской помощи, «обречены» на существование [Maynard, 1994]. Эта конкуренция с нулевым результатом делает актуальным вопрос об оправданности отношений, основанных на конфликте экономических интересов покупателя и поставщика услуг.

Издержки мониторинга могут быть двух типов — до сделки и по ходу ее реализации. В первом случае объектом мониторинга является предшествующая деятельность поставщика услуг. На основе накопленной информации согласовываются условия договора. Во втором — оцениваются результаты реализации договора. Ясно, что информация, полученная предварительно, имеет большую ценность — на ее основе можно принимать более рациональные решения о выборе лучших медицинских организаций. Но издержки мониторинга в этом случае оказываются выше, ведь речь идет об анализе функционирования организации за определенный, возможно, значительный период, а не просто фиксации текущих результатов.

Главное достоинство иерархии и сетевой модели состоит в том, что они снижают издержки измерения, торго и мониторинга.

Преодоление мотивационных изъянов. В ситуации недостатка и асимметрии информации возможно оппортунистическое поведение сторон, то есть поведение, искажающее поставленные цели отношений. В деятельности покупателей медицинских услуг это может выражаться в селекции рисков, в деятельности поставщиков — в спросе, спровоцированном предложением (в ситуации информационной асимметрии). Издержки, связанные с подобными действиями, являются прямым вычетом из доступных ресурсов, то есть, с точки зрения общественного благосостояния, оппортунистическое поведение неэффективно.

Рассматривая особенности мотивации врачей, Дж. Стиглиц указывает на значительную силу профессиональных связей деятельности врачей как фактор, ограничивающий действие конкурентных сил: «тот факт, что врачам часто приходится консультироваться друг с другом и что они пользуются совместно больничным оборудованием, может понизить давление конкуренции» [Стиглиц, 1997, С. 277].

Конкуренция смягчает, но не решает проблему мотивационных изъянов. Анализируя формы оппортунистического поведения на рынке образовательных услуг, российский исследователь В. Тамбовцев формулирует понятие «*деятельность в сигнальной сфере*». Примеры такой деятельности в образовании — привлечение родителей учеников внешними формами обучения в частных школах, хорошими условиями для отдыха, высокими показателями поступления в вузы, на которые «обречены» богатые клиенты, и проч [Тамбовцев, 2005].

На рынке медицинских услуг вероятность подобных действий еще выше — в силу асимметрии информации. Блеск новой медицинской техники и вежливый персонал часто являются более сильными факторами для позитивной реакции пациента, чем реальные меры по обеспечению качества услуг. В результате конкурентную борьбу могут выиграть те, кто обладает меньшими возможностями обеспечить качественное лечение. Перемещение деятельности поставщиков услуг в сигнальную сферу трудно уловить и ограничить на основе имеющейся информации, располагаемой даже коллективным покупателем медицинской помощи, не говоря уж о конкретном пациенте.

Положения неоинституциональной экономики дают основания для выделения иных факторов мотивации врачей. Главный из них — достижение признания высокой квалификации, то есть *репутация* врача. Наиболее важные ее характеристики — опыт врача, объем деятельности в предыдущий период (например, чем больше число кардиохирургических операций, тем выше вероятность их успешного результата), место сложных случаев в клинической практике, результаты лечения, уважение коллег, устойчивость отношений с большим числом пациентов, а самое главное — их доверие. Именно это определяет уровень оплаты труда и место врача в общественной жизни. Американские врачи-миллионеры — это не всегда более активные экономические агенты, выигравшие конкуренцию за деньги пациентов. Свои позиции они достигли прежде всего профессиональной деятельностью.

Иногда репутационные характеристики формируются на основе формальных показателей, например стажа. В Великобритании узкая группа врачей высшей квалификации (так называемые «консультанты») — это специалисты старше 40 лет. Их зарплата в 1,5–2 раза выше, чем у молодых врачей. Чтобы выйти на такой уровень, молодым врачам приходится много лет работать на износ, довольствуясь очень скромной зарплатой. Это естественный процесс накопления «человеческого капитала» и формирования репутации.

В России, где царит уравниловка в формальной оплате труда врачей, опытные квалифицированные специалисты также выделяются на основе своих репутационных характеристик. Признание коллег и доверие пациентов — важнейшие факторы материального успеха врачей³.

В более общем плане на мотивацию врачей влияет комплекс факторов, объединенных понятием «социальные механизмы» и действующих в сете-

³ Автор, работая в конце 80-х годов в Институте кардиохирургии имени А. И. Бакулева, наблюдал очень высокую активность хирургов в определении коэффициента трудового участия в так называемой «системе хозрасчета». Вопреки ожиданиям, врачи очень ответственно отнеслись к обсуждению КТУ: шли ярые споры по поводу сложности и результатов операций, проводимых каждым хирургом; врачи проявили удивительную осведомленность и знание статистики, сравнивая себя с другими. Естественен был наш вопрос: «Зачем им это? Ведь они могут заработать тысячи, приняв «своего» больного из десятков тысяч жаждущих попасть в институт, а спорят из-за 20–30 рублей?». Покойный ныне Владимир Иванович Бураковский, директор института, ответил: «Твои КТУ — это их репутация. О них через год забудут, а «рейтинги» в сознании врачей и пациентов останутся».

вой модели отношений. В ряду главных из них [Кузьминов, Бендукидзе, Юдкевич]:

- ограничение доступа в сеть;
- культура членов сети;
- коллективные санкции;
- репутационное принуждение.

Формы мотивации врача — это своеобразный «социальный контракт», заключаемый обществом с каждым специалистом. Он отражает репутационные характеристики врача и по определению должен быть индивидуальным, выходящим за рамки единых нормативов (например, единой тарифной сетки). Недостаточно создать конкурентную среду, нужно поставить врача в центр отношений сетевого типа, где репутация является главным фактором успеха [Вишневский и соав., 2006].

Важнейший фактор таких отношений — профессиональная самоорганизация врачей. Формы этой самоорганизации многообразны. Главная цель — обеспечение высоких профессиональных и этических норм деятельности. Мотивация врачей формируется под сильным влиянием коллективных действий профессионального сообщества.

Вероятность неполноты контрактов. Высокие транзакционные издержки могут ограничить возможность полной спецификации рыночной сделки в отношении объемов и результатов деятельности производителя. В ситуации, когда «продукт» здравоохранения плохо измеряется, трудно сформулировать санкции за несоблюдение условий договора. Кроме того, неопределенность финансовых рисков, связанных с объемами и структурой работ, усложняет ясное определение ответственности за эти риски.

Неоинституциональная теория оперирует понятием *имплицитный контракт*. Это долгосрочный контракт, в котором неформальные условия преобладают над формальными. Он исключает четкое определение условий, стороны контракта рассчитывают на их спецификацию в ходе реализации контракта. Выполнение такого контракта гарантируется взаимной заинтересованностью участников. Для его осуществления требуется определенный порядок, предполагающий иерархию или сетевые отношения [Олейник, 2000].

Именно по этому пути пошла реформа здравоохранения Великобритании на втором этапе ее осуществления (после 1997 г.) Во-первых, ежегодные контракты с поставщиками услуг уступили место долговременным контрактам (на 3–4 года). Во-вторых, допускается возможность совместного пересмотра условий контракта. В-третьих, договоры утрачивают гражданско-правовую силу, принимая форму общих соглашений (Duran et. al, 2005).

Необходимо также учитывать, что в здравоохранении велика роль планирования. Планы покупателя медицинских услуг должны согласовываться с планами медицинских организаций. А это предполагает кооперацию, а не конфликт интересов. Такого рода совместное планирование ближе к сетевой модели отношений.

Вероятность использования специфических активов, то есть «активов, которые не могут быть использованы альтернативным образом без существенной потери в их производственном потенциале» [Кузьминов, Бендукидзе, Юткевич]. В результате возникают отношения взаимозависимости, основанные на том, что производитель сделал специфические инвестиции и адаптировал свой товар к специфическим условиям данного покупателя. Происходит трансформация рыночных отношений в отношения взаимозависимости.

В государственных системах здравоохранения роль специфичных активов весьма значительна. Основная часть медицинских организаций является государственной, их имущество формируется на основе государственной инвестиционной политики и ориентировано преимущественно на удовлетворение потребностей территориально закрепленного населения, интересы которого защищает определенный покупатель медицинской помощи. Межтерриториальные потоки пациентов возможны, но основная часть активов обслуживает интересы местного населения. Даже если медицинская организация заключает договоры со многими покупателями услуг, основная часть ее деятельности ориентирована на выполнение договора, учитывающего интересы собственника (например, в России — органа местного самоуправления). Иными словами, высок уровень специфичности активов, а значит, меньше место рынка и выше роль иерархии и сетевой модели.

Необходимость преодоления фрагментарности оказания медицинской помощи.

Прогресс медицины приводит к ее специализации, а это, в свою очередь, порождает проблему фрагментации общей системы здравоохранения. Отдельные ее звенья в растущей мере оказываются разрозненными. Каждое звено отвечает за свой участок работы, чаще всего соответствующий определенной части человеческого организма или области знаний. В этих условиях весьма непросто обеспечить рациональную координацию действий и преемственность отдельных этапов лечебно-диагностического процесса. Гонорарный метод оплаты (за каждую детальную услугу) закрепляет эту фрагментарность: врачи заинтересованы в том, чтобы выполнить собственную часть работы по лечению пациента, утрачивая мотивацию к тому, чтобы потребность в их услугах снижалась, а лечение носило системный характер.

Чтобы преодолеть фрагментарность, недостаточно двусторонних отношений «заказчик—исполнитель». Каждый в отдельности поставщик услуг сталкивается с проблемой координации своих действий с другими поставщиками, особенно в тех случаях, когда имеет дело с хронически больными или случаями нескольких одновременно протекающих заболеваний. Да и конкуренция отдельно взятых медицинских организаций и врачей не обеспечивает интеграцию отдельно взятых звеньев оказания медицинской помощи.

Характеризуя эти процессы, американские экономисты А. Энховен и Л. Толлен выступают с нетривиальным тезисом о том, что объектом конкуренции должен быть пациент со всеми его проблемами, а не лечение конкретного заболевания силами не связанных друг с другом медицинских организаций и врачей: «Для больных с сочетаемыми хроническими заболеваниями самая плохая медицина — это получение медицинской помощи по каждому из них у разных врачей, которые не общаются друг с другом регулярно в отношении пациента» [Enthoven and Tollen, 2005]. Двусторонние рыночные сделки по каждому эпизоду заболевания уступают место системе многосторонних формальных и неформальных отношений, основанных на кооперации и партнерстве в достижении поставленных целей. Лечение хронического заболевания — это ответственность прежде всего врача общей практики, который организует профессиональный контакт с узкими специалистами и добивается снижения частоты обострений заболевания. Формирующиеся системы объединены общим экономическим интересом снижения затрат на лечение.

Сетевая модель может существовать как подобие внутрикорпоративной системы отношений. Эти отношения не являются рыночными (не базируются на конфликте интересов покупателя и поставщика услуг), но укрепляют

рыночные позиции корпорации. Конкурируют не самостоятельные субъекты, а их сети. Ограничивая сферу действия рыночных сил, сети способны функционировать в полноценной рыночной среде.

6. ВЫВОДЫ

1. Рыночные отношения в здравоохранении — сложное и неоднозначное явление. Традиционный подход к анализу этих отношений исходит из того, что в странах с традиционной рыночной системой (или в секторе платной помощи в странах с общественным финансированием) эти отношения наиболее адекватно описываются моделью монополистической конкуренции.

2. В больничном секторе конкуренция может способствовать повышению качества услуг, но, во-первых, далеко не всегда (прежде всего в ситуации регулируемых цен), во-вторых, при высоком потенциале роста издержек, несоизмеримых с повышением качества.

3. Теоретической основой активизации рыночных механизмов в странах с общественными системами здравоохранения являются модели квазирыночных отношений. Ключевая роль в них отводится расширению возможностей потребительского выбора, усилению конкуренции поставщиков и покупателей медицинской помощи, превращению последних в информированных покупателей медицинской помощи, созданию механизмов рыночного давления на медицинские организации. Осуществление новых подходов требует соблюдения ряда условий, которые пока сформулированы лишь в общей форме. Для содержательной оценки эффективности этих моделей требуется накопление практического опыта их реализации.

4. Неоинституциональная экономика не указывает на превосходство рыночных механизмов в здравоохранении и делает акцент на сетевую модель отношений. Растет интерес к системам партнерских связей, которые основаны на сохранении разделения покупателя и поставщика, но при этом предполагают более длительные отношения и совместное принятие решений. Больше внимания уделяется имплицитным контрактам, опирающимся на отношения доверия. Оптимизация трансакционных издержек становится лозунгом поиска «третьего пути» — среднего между административно-командной системой и рыночными моделями развития здравоохранения.

Экономическое сообщество в западных странах разделилось на «рыночников» и тех, кто отстаивает позицию решающей роли организационно-управленческих и финансовых рычагов повышения эффективности функционирования здравоохранения. Обе «партии» не имеют бесспорных доказательств своей правоты.

Выступая на Международной конференции в Бостоне в июне 2005 г., известный британский исследователь Христофер Хэм отметил, что сегодняшняя НСЗ Великобритании — это «причудливое сочетание иерархии, рыночной и сетевой модели» [Ham, 2005]. Возможно, поиск такого сочетания будет вектором будущих реформ здравоохранения.

ЛИТЕРАТУРА

Ван де Вэн, В. Реформы системы здравоохранения Нидерландов за последние 15 лет/ В. Ван де Вэн// Материалы совместного семинара Правительства РФ и Всемирного банка по вопросам здравоохранения. — М. 2004.

Шейман, И. М. Реформа управления и финансирования здравоохранения/ И. М. Шейман — М.: «Русь». 1998.

Шейман, И. М. Конкурентная модель обязательного медицинского страхования: опыт Нидерландов и его значение для России/ И. М. Шейман// Экономика здравоохранения. №4. 2007.

Dranove D., Satterthwaite M. The Industrial Organisation of Health Care Markets./ Handbook of Health Economics. V.1 Culier A. and Newhouse J. ed. Elsevier Science. 2000.

Gaynor, M. What do we know about competition in health care markets?/ M. Gaynor// Paper for federal Trade Commission. 2006. December.

Enthoven A. Market Forces and Efficient Health Care Systems/ A. Enthoven// Health Affairs. 2004. Vol. 23. Number 2.

Enthoven A. (2005) Competition in health care: it takes systems to pursue quality and efficiency/ A. Enthoven, L. Tollen// Health Affairs. 2005. September.

European Health Care Reform. Analysis of Current Strategies/ Edited and written by Richard Saltman and Josep Figueras. WHO Regional Publications. European Series. 1997. No. 72. Copenhagen.

Ford J., Robinson R., Hardy B. Theories of purchasing/ Purchasing to improve health system performance Edited by Josep Figueras, Ray Robinson, Elke Jakubowski// Open University Press. Buckingham. 2005.

Ham C. «NHS reform developments»/ C. Ham// Paper presented at AcademyHealth 2005 Annual Research Meeting. June 2005. Boston.

Hsiao W. Abnormal economics in the health sector/ W. Hsiao// Health Policy. Vol. 32. P.125–139.

Kessler D. Is hospital competition socially wasteful?/ D. Kessler, M. McClellan// Quarterly Journal of Economics. Vol. 115 (2). P. 577–615.

Maynard A. Can Competition Enhance Efficiency in Health Care?/ A. Maynard// Lessons from the Reforms of the UK National Health Service, Social Science and Medicine. 1994. Vol. 39. No.10.

McPake. Health Economics/ McPake, Ch. Normand// An International Perspective. Routledge. London. 2001.

Porter M. Redefining Competition in Health Care/ M. Porter, E. Teisberg// Harvard Business Review. 2004. June.

Propper C. Market structure and prices: the responses of hospitals in the UK NHS to competition/ C. Propper// Journal of Public Economics 1996. No.61 P. 307–335.

Propper C. Does competition between hospitals improve quality of care? Hospital death rates and the internal market/ C. Propper, S. Burgess, K. Green// Journal of Public Economics. 2004. Vol.88. P. 1247–1272.

Saltman Planned Markets and Public Competition/ Saltman, B. Richard, Casten von Otter// Open University Press. Buckingham. Philadelphia. 1992.

Sheiman I., Wassem J. Regulating the entrepreneurial behaviour of third-party payers/ Regulating entrepreneurial behavior in European health care systems. Ed. By R. Saltman, R. Busse, E. Mossialos// Open University Press. 2002.

Van de Ven W. Risk adjustment and risk selection in the sickness fund insurance market in five European countries/ Van de Ven W., Beck K., Bucher F. et. al.// Health Policy. 2003. Vol. 65. P. 75–98.