

*В. В. Назарова*

## **РЫНОК МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ: ОСОБЕННОСТИ КОНКУРЕНТНОЙ СИТУАЦИИ**

Перед здравоохранением, как и перед любой экономической деятельностью, связанной с использованием ограниченных ресурсов, стоят две основные задачи: обеспечение эффективности и справедливости в предоставлении и распределении медицинских услуг. Согласно принятому в литературе определению<sup>1</sup>, медицинскими услугами считаются услуги, которые потребитель получает в медицинских учреждениях по восстановлению здоровья и в профилактических целях. Одной из форм, обеспечивающих эффективность, которая должна способствовать справедливости в распределении таких услуг, может стать рынок медицинских услуг. Под рынком в данном случае понимается система отношений, в которой связи, установленные между покупателями и продавцами, балансируют спрос и предложение, отклоняясь, в свою очередь, в ту или иную сторону под влиянием изменения соотношения между ними<sup>2</sup>.

В распределении ресурсов на рынке медицинских услуг одним из определяющих факторов является конкуренция. Конкуренцию на рынке медицинских услуг можно определить как процесс взаимодействия потребителей медицинских услуг (пациентов), поставщиков (медицинских учреждений) и посредников (страховых компаний), направленный на достижение целевых потребностей каждого<sup>3</sup>. Согласно определению, приведенному в статье Н. В. Пахомовой, «под конкурентным понимается процесс, который обеспечивает эффективное производство и распределение продукции и услуг во времени посредством воздействия на инновационное развитие и приспособление к технологическим изменениям»<sup>4</sup>. Таким образом, конкуренция на рынке медицинских услуг представляет собой определенный набор взаимоотношений субъектов, направленный на достижение положительного результата, характеризующего качество медицинской услуги по выбранному набору установленных и принятых параметров. В различных научных источниках понятие «конкуренция» трактуется по-разному<sup>5</sup>. Это может быть соревнование, в котором выигрывает одна компания, а остальные вынуждены признать

---

**Варвара Вадимовна НАЗАРОВА** — преподаватель кафедры «Финансовые рынки. Финансовый менеджмент» ГУ Высшей школы экономики (СПб. филиал). В 2005 г. окончила экономический факультет ГУ Высшей школы экономики (СПб. филиал). С 2005 г. обучается в аспирантуре экономического факультета СПбГУ. Сфера научных интересов — экономика и управление в здравоохранении, стратегический менеджмент в страховании. Автор 5 научных публикаций.

© В. В. Назарова, 2008

себя проигравшими. Возможна конкуренция с полным уничтожением (поглощением) компаний-конкурентов. Некоторые авторы представляют конкуренцию как резкое снижение цены и неизбежное падение качества услуги. Конкуренция в сфере здравоохранения является следствием эволюции рынка медицинских услуг и модернизации системы медицинского обеспечения. На различных этапах формирования рынка медицинских услуг возникали новые виды конкуренции.

Целью данной статьи является определение особенностей конкуренции, ее видов и способов повышения эффективности на примере модели рынка медицинских услуг, формирующегося в России.

Конкуренция на рынке медицинских услуг имеет ряд существенных отличий. Прежде всего, медицинскую услугу следует рассматривать как товар, специфика которого заключается в увеличивающемся и часто непрогнозируемом спросе. Далее, для этого рынка характерна асимметрия информации и государственный контроль над большей частью медицинских учреждений, а также недостаточное развитие сектора коммерческих услуг в некоторых отраслях медицинского обеспечения (например, амбулаторная и стационарная помощь, профилактика). Наличие этих факторов приводит к отсутствию объективных показателей оценки качества медицинской помощи, т. е. невозможности установления прямой взаимосвязи между ценой и качеством предоставленной медицинской услуги.

Рынок медицинских услуг следует относить к рынкам несовершенной конкуренции, в которых доминирует небольшое число продавцов, а вход в отрасль новых производителей ограничен высокими барьерами. Иными словами, речь, как правило, идет об олигополии. Для преодоления входных барьеров участники рынка должны обладать соответствующей материально-ресурсной базой, пройти все этапы административного согласования. В противном случае они не могут рассчитывать на высокие прибыли и доминирующие позиции на рынке. Эти выводы подтверждаются и при анализе модели формирующегося рынка медицинских услуг в России.

Так, следует отметить следующие противоречия и особенности процесса предоставления медицинских услуг (данные обстоятельства частично анализируются в научной литературе<sup>6</sup>):

- 1) несоответствие равновесной и фактически складывающейся на рынке цен даже при большом количестве поставщиков услуг;
- 2) отсутствие возможности и недостаточная информированность пациентов о ценах на медицинские услуги у разных специалистов, возникающие сложности в вопросах получения подобной информации непосредственно у лечащего врача; иными словами, появляются дефицит и перекосы рынка в результате информационной асимметрии;
- 3) противоречие между дорогостоящими медицинскими технологиями и государственными гарантиями получения медицинской помощи, что выражается в несоответствии цен при лечении пациента в рамках государственного и частного страхования;
- 4) отличие медицинской услуги от иных, не медицинских товаров и услуг, что выражается в приоритете сохранения жизни и здоровья над возможными расходами;
- 5) независимость качества медицинской помощи от ее стоимости и количества потребителей;
- 6) ситуация, при которой существующая в России система не может стимулировать внедрение инноваций и повышение качества услуг без увеличения их стоимости;
- 7) медицинские учреждения остаются олигополистами даже при значительном повышении цены, т. е. пациент в любом случае вынужден прибегать к их услугам.

В системе здравоохранения категории «покупка услуги», платеж, предоставление услуги разделены между собой. В результате появляется многоуровневая система потребителей: работодатели, которые «покупают» медицинское обслуживание для своих работников; корпоративные плательщики (страховые компании и организации медицинского обслуживания (*health maintenance organization*), которые создают фонды денежных средств и оплачивают предоставленные медицинские услуги. Интересы всех этих субъектов могут не совпадать. Так, работодатели заинтересованы в уплате минимальных страховых платежей, пациенты — в получении качественной помощи, лечебные учреждения — в получении прибыли, а для этого в оказании максимального количества услуг, которое не всегда требуется. Страховые компании заинтересованы в том, чтобы на лечение пациентов было потрачено денег меньше, чем этими же пациентами уплачено в виде страховых взносов.

Причиной появления конфликта интересов участников рынка медицинских услуг может являться и «безальтернативность» медицинского обеспечения, отсутствие четких стандартов предоставляемой медицинской помощи, субъективность предлагаемых оценок оказанных услуг<sup>7</sup>. Все это включает в себя оценку временных характеристик (быстрота получения помощи); оценку деятельности медицинских работников непосредственно потребителем (человеческий фактор); оценку условий и культуры обслуживания. Следовательно, комплексный анализ конкуренции предполагает изучение как экзогенных (инфляция, государственная политика в области здравоохранения, достижения научного прогресса), так и эндогенных условий (определение цены и качества услуги, организационные моменты).

Целью конкуренции в медицинском обеспечении является повышение его ценности для потребителя. В данном случае под ценностью понимается степень удовлетворения потребностей и интересов пациентов, а также количество денег, которое человек готов отдать на приобретение данной услуги. В идеальной модели для потребителя качество услуги и обслуживания должно улучшаться при постоянстве либо незначительном росте цены. Это способствует расширению рынка. Для потребителя увеличивается количество вариантов выбора, так как компании работают над тем, чтобы их перечень услуг и качество обслуживания отличались от других. Таким образом, на рынке остаются только конкурентоспособные компании, а фирмы с низким качеством обслуживания или высокими ценами вынуждены покинуть бизнес. В этом случае речь идет не только о ценовой конкуренции, но и конкуренции в области продуктовой дифференциации.

В классической экономической системе потребитель принимает решение о покупке товара или услуги и непосредственно ее оплачивает. В медицинском обеспечении решение о «покупке», платеж и оказание услуги разделены. Посредником (плательщиком) между потребителем услуги и лечебным учреждением (*provider*) выступает страховая компания, призванная контролировать качество, отслеживать целесообразность медицинской помощи и защищать интересы застрахованных. На практике плательщики (страховые компании) не несут юридической ответственности за страхование пациентов, и они заинтересованы в коммерческой выгоде. Конфликт интересов между плательщиками и пациентами побуждает плательщиков вести конкурентную борьбу, расширяя список нестраховых событий и тем самым минимизируя расходы. В результате застрахованные разочаровываются в деятельности страховых компаний и считают их наличие лишним элементом в цепочке. Столкновение интересов между участниками процесса оказания медицинских услуг в здравоохранении создает препятствия для действительного сокращения издержек в системе медицинского обслуживания, т. е. в идеале

прибыль плательщиков должна возникать только на основе фактического повышения качества медицинского обслуживания и сокращения издержек. Это может быть обеспечено путем контрактации с поставщиками медицинских услуг, получившими положительную оценку своей работы.

Асимметрия информации о справедливой стоимости медицинских услуг также является негативным сигналом низкого уровня конкуренции. Так, пациенты не имеют доступа к информации о стоимости медицинских процедур и практически не могут сравнить цены в разных клиниках.

Приобретая полис медицинского страхования, пациент стремится получить максимум услуг при минимальной оплате. Часто наличие полиса медицинского страхования делает застрахованного безразличным к выбору поставщика медицинских услуг, и что еще хуже, высокие цены становятся синонимом высокого качества (особенно, когда приходится принимать решения о выборе места проведения хирургической операции и лечения в стационаре, о комплексе диагностических обследований).

Степень удовлетворения клиента очень субъективна и может быть неадекватна качеству обслуживания. Достоверная информация связана с кратковременными и долговременными результатами лечения конкретных болезней определенными поставщиками медицинских услуг с учетом общего состояния здоровья данного пациента. Медицинское обслуживание не является «единой» услугой — скорее, это множество различных видов услуг.

Для сферы медицинских услуг характерна тенденция к созданию искусственного спроса, что частично сводит на нет конкуренцию в ней. При нормальной конкуренции реальный доход медицинских учреждений снизился бы в случае чрезмерного роста предложения поставщиков услуг. Но так как спрос в специализированном медицинском обслуживании создается порой искусственно, то имеет место процесс «навязывания» излишнего количества услуг, что, в свою очередь, приводит к неэффективному использованию ограниченных ресурсов.

В качестве возможных причин такого положения дел следует назвать и поддержку низкокачественных и неэффективных посредников в лице страховых компаний. Наличие большого количества участников в системе приводит к завышению издержек и снижению качества обслуживания.

И это далеко не полный перечень особенностей конкуренции на рынке медицинских услуг.

В литературе в свое время были разработаны следующие условия, способствующие эффективной конкуренции в медицинском обеспечении<sup>8</sup>:

- отказ от чрезмерной консолидации — страховые компании должны конкурировать друг с другом на основе качества и цены конкретных услуг;
- соблюдение антимонопольного законодательства, что будет способствовать здоровой конкуренции;
- создание возможности «безболезненного ухода с рынка» слабых страховых компаний и защита интересов застрахованных в этом случае;
- снятие ограничений «верхнего уровня цен», что будет способствовать внедрению новых лекарств и медицинского оборудования. В данном случае у потребителя будет вариант выбора и по цене, и по качеству;
- повышение ответственности пациентов путем переложения части платежа в случае предоставления недостоверной информации при заключении договора страхования.

Кроме того, данный перечень рекомендаций необходимо дополнить мерами по приведению в соответствие стимулов плательщиков и пациентов. Прибыль плательщиков

должна непосредственно зависеть от качества оказываемых клиенту услуг. Пациентам необходимо иметь реальную возможность доступа к высококачественным услугам. Объединения пациентов в группы потребителей и создание хорошо организованной сети страховщиков для достижения этих целей недостаточно. При условии, что не скорректированы сами стимулы, плательщики будут и дальше пытаться перераспределять расходы, вместо того чтобы найти для своих клиентов высококачественные услуги и манипулировать правилами оплаты, не заботясь о повышении качества услуг<sup>9</sup>.

Кроме представленных выше мероприятий, можно предложить следующие:

- разработка и внедрение системы контроля качества (стандартов) оказываемых медицинских услуг;
- частичная юридическая ответственность страховых посредников за результаты оказываемого лечения;
- право застрахованных на получение полной и достоверной информации о поставщиках конкретных видов услуг;
- участие страховых организаций в разработке системы параметров для составления рейтинга медицинских учреждений.

В настоящее время как система здравоохранения, так и система медицинского страхования в России имеют ряд существенных противоречий. Основными проблемами являются несбалансированность программ страхования и их финансового обеспечения, а также низкий уровень управляемости отрасли медицинского обеспечения. Таким образом, перечисленные рекомендации могут быть распространены на модель рынка медицинских услуг в России.

---

<sup>1</sup> Приказ Министерства здравоохранения РФ от 22.01.2001 №12 «О введении в действие отраслевых стандартов», ст. «Термины и определения системы стандартизации в здравоохранении».

<sup>2</sup> Более подробное определение рынка рассматривается в учебнике: *Вэриан Х. Р.* Микроэкономика. Промежуточный уровень. Современный подход. М., 1997; *Пундайк Р., Рубенфельд Д.* Микроэкономика. М., 1992.

<sup>3</sup> Определение конкуренции в здравоохранении рассматривается также в статье: *Тогунов И. А.* Конкуренция в здравоохранении и медицине (<http://www.cfin.ru/management/strategy/>).

<sup>4</sup> *Пахомова Н. В.* Современная конкурентная политика: теоретический анализ и опыт реализации (на примере ЕС и России) // Вестн. С.-Петерб. ун-та. Сер. 5: Экономика. 2008. Вып. 2.

<sup>5</sup> *Aumann R. J.* Game Theory // The New Palgrave: A Dictionary of Economics / Ed. by J. Eatwell, Murray Milgate, P. Newman. London: Macmillan; New York: Stockton Press; Tokyo: Maruzen, 1987; *Портер М. Е.* Как конкурентные силы формируют стратегию // Конкуренция. М.; СПб., 2006.

<sup>6</sup> *Relman A. S.* The Health of Nations: Medicine and the Free Market // New Republic, 2005. March 7; *Rich J.* Measuring Physician Quality and Efficiency of Care for Medicare Beneficiaries. Testimony to House Committee on Ways and Means. Health Subcommittee. 2005. March 15th.

<sup>7</sup> *Wessel D., Bogdanich W.* Closed Market: Laws of Economics Often Don't Apply in Health-Care Field // Wall Street Journal, 1992. Jan. 22. P. A1.

<sup>8</sup> *Porter M. E., Teisberg E.* Redefining Health Care. Boston., 2006; *Портер М.* Конкуренция. М.; СПб., 2006.

<sup>9</sup> О рекомендациях по развитию конкуренции в здравоохранении (см. также: *Caper Ph.* Database Strategies for the Management of Clinical Decision Making. New Perspectives in Health Care Economics. London, 1991.