

УДК 330

Проблемы конкуренции в российском здравоохранении

Д-р экон. наук, профессор Селезнев В.Д. Vladsel51@mail.ru
Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова
195067, Россия, Санкт-Петербург, Пискаревский пр., 47

Д-р экон. наук, профессор Волков С.Д. sdvspb@mail.ru
Ленинградский областной институт развития образования
197136, Россия, Санкт-Петербург, Чкаловский проспект, 25-А

Статья посвящена проблеме развития конкурентной среды в сфере здравоохранения. Рассматриваются факторы и экономические последствия развития конкуренции в контексте современной модернизации отрасли. Неоднозначное отношение экономистов к возможности расширения конкуренции в такой социально-значимой сфере как охрана здоровья населения рождает серьезные трудности не только методологического порядка, но и возможности проведения необходимых эмпирических исследований.

Обращается внимание на то, что рыночная власть потребителей медицинских услуг в российском здравоохранении формируется в зависимости от доходов населения и их ограниченных возможностей осуществлять соответствующий выбор, а также от действий страховых медицинских организаций и других субъектов, выступающих заказчиками определенных объемов медицинской помощи.

В статье отмечается, что характер конкуренции будет по-разному проявляться в зависимости от целевых установок медицинских организаций. Принципиальные различия будут между коммерческими и некоммерческими медицинскими организациями. Для медицинских организаций конкурентными преимуществами могут выступать такие факторы как новые технологии, новое оборудование, наличие высококвалифицированных кадров, высокий уровень диагностических процедур. Особое значение для ценовой конкуренции имеет структура затрат медицинской организации при оказании медицинских услуг.

Анализ происходящих в региональном здравоохранении процессов показывает, что реструктуризация рынка медицинских услуг неизбежно приведет к значительной его монополизации и давление со стороны пациентов на поставщиков медицинских услуг не сможет быть в ближайшие годы существенным фактором развития.

Ключевые слова: конкуренция, рынок медицинских услуг, модернизация здравоохранения.

doi:10.17586/2310-1172-2016-9-1-112-117

Problems of competition of public health service Russia

D.Sc. professor Seleznev V.D. Vladsel51@mail.ru
Northwest state medical university of I.I. Mechnikov
195067, Russia, St. Petersburg, Piskarevsky Av., 47

D.Sc. professor Volkov S.D. sdvspb@mail.ru
Leningrad regional institute of a development of education
197136, Russia, St. Petersburg, Chkalovsky Av., 25-A

This article is devoted to the development of a competitive environment of health care. Factors and economic effects of the competition in the context of contemporary modernization of the industry are discussed in the article. Ambiguous economists' attitude to the possibility of expanding the competition in such a socially important field as public health protection causes serious problems not only in methodology but also in carrying out of necessary empirical studies. Attention in this article is drawn to the fact that market power of the consumers of health services in Russian public healthcare depends on the population income and on the limited capacity to do appropriate choice, as well as on the actions of health insurance companies and the other entities which are clients of certain amounts of medical care.

The article notes that the nature of competition will be manifested in different ways depending on the targeted purposes of the medical organizations. Competitive advantages for healthcare organizations could be such factors as new technologies, new equipment, availability of highly qualified personnel, and high level of diagnostic procedures. Particular importance in the price competition belongs to the cost structure of the medical organization in the provision of medical services. Analysis of the processes which are taking place in the regional health care shows that

the restructuring of the health care market will inevitably lead to the significant monopolization, and pressure from the patients to the healthcare providers will not be considered a significant factor of development within the next few years.

Keywords: competition, market of medical services, modernization of public health service.

Проблема конкуренции в здравоохранении стала активно обсуждаться в западной литературе в последней четверти XX века. Многие авторы, исходя из общей теории конкуренции, акцентировали внимание на специфических чертах данного процесса в этой сфере. Особенно это было актуально для систем здравоохранения, в которых большую роль играло государство. Соответственно в настоящее время сложилось два основных подхода: модель внутреннего рынка для бюджетного сектора экономики и модель управляемой конкуренции в рамках обязательного медицинского страхования.

Среди российских работ, в которых рассматриваются конкурентные механизмы в здравоохранении можно назвать работы Шеймана И.М., Баранова И.Н., Тогунова И.А., Решетникова А.В. и др. Во многих работах присутствует неоднозначное отношение к возможности расширения конкуренции в такой социально-значимой сфере как охрана здоровья населения. И если конкуренция, характерная для частного сектора медицины, анализируется в рамках традиционных подходов, то в отношении государственного сектора, возникают серьезные трудности не только методологического порядка, но и возможности проведения необходимых эмпирических исследований. Не касаясь всех аспектов осуществления конкуренции в здравоохранении, можно попытаться найти главное, центральное звено в данном процессе. На наш взгляд, в современных условиях российского здравоохранения таковым является роль поставщика медицинских услуг, в качестве которых выступают амбулаторно-поликлинические учреждения, больницы, клиники, диагностические центры, центры здоровья и т.д.

Конкуренция поставщиков медицинских услуг является их соперничеством, направленным на достижение желаемых результатов деятельности в условиях меняющихся ограничений. Ограничения касаются различных сторон деятельности, начиная с доступа к ресурсам и кончая возможностью влиять на те или иные государственные структуры. В этом аспекте конкурентные возможности поставщиков медицинских услуг можно рассматривать как их конкурентоспособность, т.е. их способность конкурировать. Необходимо отметить, что если на протяжении десятков лет конкурентоспособность связывали только с возможностью производства товаров и услуг, то в настоящее время ее трактуют в более широком спектре результатов деятельности, что рождает значительные трудности в определении данного термина. Конкурентная среда в своей основе содержит сочетание четырех сил. Это рыночная власть продавца, рыночная власть потребителя, а также угрозы, связанные с появлением новых участников и

новых услуг. Поэтому конкурентные возможности поставщиков медицинских услуг будут ограничиваться, а, следовательно, и формироваться под воздействием указанных сил.

Рыночная власть потребителей медицинских услуг в российском здравоохранении формируется в зависимости от доходов населения и их ограниченных возможностей осуществлять соответствующий выбор, а также от действий страховых медицинских организаций, федерального фонда и территориальных фондов обязательного медицинского страхования, а также от федеральных и региональных государственных органов, выступающих заказчиками определенных объемов медицинской помощи. Для развития конкурентной среды особое значение приобретает количество организаций, оказывающих медицинские и социальные услуги [1, с. 229] (табл. 1).

В последние два десятилетия шло сокращение числа больниц, больничных коек, числа амбулаторных организаций, что в определенной мере отражало переход здравоохранения на интенсивный путь развития. Но в то же время расширение частного сектора в здравоохранении и усложнения его инфраструктуры привели в целом к существенному росту организаций задействованных в этой сфере.

В 2012 г. общее число организаций занятых в здравоохранении и предоставлении социальных услуг составило 80,8 тыс, что составляет 1,7 % от всего числа организаций в России. Оборот этих организаций в фактически действовавших ценах менялся следующим образом: 2002 г. – 46,7 млрд. руб., 2005 г. – 126,4 млрд. руб., 2010 г. – 315 млрд. руб., 2012г. – 437,1 млрд. руб [1, с. 205–209].

На конец 2012 г. число малых предприятий в этой сфере составляло 3,8 тысяч и в них работало 91,7 тыс. человек. Оборот этих малых предприятий составил 93,4 млрд.рублей. Число индивидуальных предпринимателей составило 14,3 тысячи человек, а объем их выручки составил 6,7 млрд. руб. (1, с. 212–214).

Анализ финансовых результатов организаций здравоохранения и предоставления социальных услуг за последнее десятилетие дает противоречивый результат. С одной стороны, сальдированный финансовый результат (прибыль минус убытки) с 2005 г. в текущих ценах вырос с 1,74 млрд.рублей до 8,19 млрд. руб. в 2012 г., что означает увеличение в 5,2 раза. Подобное увеличение для России в среднем произошло в 2,4 раза. С другой стороны, удельный вес убыточных организаций увеличился с 27 % до 31,7 %, в то время как в экономике страны в целом произошло уменьшение с 36,4 % до 29,1 % [1, с.547].

Рентабельность медицинских услуг приблизилась к общероссийскому: соответственно

в 2005 г. по России рентабельность составляла 13 % в здравоохранении 3,4 %, в 2012 г. – 8,6 % и 6,6 % соответственно [1, с. 552].

Характер конкуренции будет по-разному проявляться в зависимости от целевых установок организаций. Здесь принципиальные различия будут

проходить по линии частные коммерческие организации, частные бесприбыльные, государственные и муниципальные организации.

Таблица 1

Медицинские организации в России*

Годы	Число больничных организаций, тыс.	Число больничных коек		Число амбулаторно-поликлинических организаций, тыс.	Мощность амбулаторно-поликлинических организаций, посещений в смену	
		всего, тыс.	на 10 000 человек населения		всего, тыс.	на 10 000 человек населения
1940	8,5	482,0	43,3	20,5
1950	10,5	609,8	59,2	20,4
1960	14,3	990,9	82,1	21,9
1980	12,5	1801,9	129,8	18,7
1990	12,8	37,6	137,4	21,5	3221,7	217,3
2000	10,7	1671,6	115,0	21,3	3533,7	243,2
2005	9,5	1575,4	110,9	21,8	637,9	256,0
2010	6,3	1339,5	93,8	15,7	3685,1	257,9
2011	6,3	1347,1	94,2	16,3	3727,7	260,6
2012	6,2	1332,3	92,9	16,5	3780,4	263,7

*Данные на конец года

В отношении частного сектора проблемным является вопрос об антимонопольном регулировании. В развитых странах, в частности, в США в конце 70-х годов здравоохранение в этом аспекте потеряло свою исключительность. Нет отдельных данных о деловой активности предприятий занятых в производстве

медицинских услуг. Но если судить об основных факторах, ограничивающих деловую активность этих организаций, то для этого можно с известной поправкой использовать данные, касающиеся всей сферы производства услуг в России в 2012 г. и 2013 г. [1, с. 332] (табл. 2).

Таблица 2

Оценка основных факторов, ограничивающих деловую активность организаций различных видов деятельности, оказывающих услуги (в текущем квартале; в процентах от числа обследованных организаций)

	2012 г.				2013 г.		
	I квартал	II квартал	III квартал	IV квартал	I квартал	II квартал	III квартал
Недостаточный спрос на внутреннем рынке	35,5	35,7	35,3	37,2	36	34	35
Высокий уровень налогообложения	39,9	39,0	27,6	38,0	36	36	37
Высокий процент коммерческого кредита	9,8	10,4	17,6	11,1	12	13	13
Недостаток финансовых средств	39,1	39,0	25,9	37,6	37	38	39
Недостаток квалифицированного персонала	15,8	16,7	14,1	18,2	19	20	21

Для медицинских организаций конкурентными преимуществами могут выступать следующие факторы: новые технологии, новое оборудование,

наличие высококвалифицированных кадров, высокий уровень диагностических процедур.

Как утверждают некоторые исследователи, во многих случаях преимущество частных медицинских

организаций связано с более высоким уровнем сервиса. Однако среди руководителей государственных медицинских организаций распространено убеждение, что фактически это не имеет значения при равном кадровом потенциале и лучшей обеспеченности диагностической и лечебной аппаратурой крупных государственных клиник.

Конкурентоспособность медицинской организации во многом зависит от возможности привлечь к себе высококлассных специалистов. Это справедливо не только в отношении врачей, но и других специалистов, в частности среднего и младшего медицинского персонала. При этом если в 90-е годы частные муниципальные организации решали кадровую проблему за счет очень высокого уровня оплаты труда, то в последние годы эти возможности уменьшились и не всегда повышение зарплаты является решающим фактором.

Особое значение для ценовой конкуренции имеет структура затрат медицинской организации при оказании медицинских услуг. Широко используемый в Российском здравоохранении сметный принцип финансируемый, с одной стороны, на долгие годы законсервировал структуру затрат, а с другой – практически никаким образом не заинтересовывал в уменьшении затрат. Если обратиться к соответствующим статистическим данным, то за последние десять лет структура затрат в здравоохранении выглядела следующим образом. За этот же период в структуре затрат этих организаций доля заработной платы увеличилась с 31,7 % до 38,5 %, в то время как доля материальных затрат упала с 36,4 % до 29,1 % [1, с. 547].

Потребительский выбор медицинской организации гражданином, страховой организацией и комитетом здравоохранения будет существенно различаться возможностями преодоления информационной асимметрии. Наименьшими они будут у граждан, которые часто могут ориентироваться на несущественные стороны деятельности медицинской организации. В то же время чиновники при формировании государственного заказа на определенный объем медицинских услуг могут быть склонны к коррупционным действиям. Поэтому принципиально важно выделение определенных индикаторов, облегчающих подобный выбор и в значительной степени его формализующий.

В экономической литературе достаточно подробно исследованы возникающие в связи с этим проблемы и противоречия. Ключевая роль здесь отводится способу оплаты услуг поставщика медицинских услуг. Различают два способа: предварительный, основанный на заранее фиксированной сумме за каждого вылеченного пациента, и ретроспективный, основанный на возмещении медицинской организации её фактических затрат. По нашему мнению именно предварительный способ оплаты может рассматриваться как главный метод преодоления информационной асимметрии.

На наш взгляд, подобная практика заслуживает поддержки и необходимо включение подобных нормативных стандартов во все организационно-экономические механизмы модернизации здравоохранения регионов. Это, естественно, потребует дополнительных затрат, однако можно надеяться, что снижение фактических издержек у медицинских организаций будет достаточной компенсацией.

В связи с этим неизбежно возникает вопрос об оптимальной загрузке имеющихся мощностей амбулаторно-поликлинических учреждений и больниц. Наличие избыточных мощностей ведет к увеличению издержек производства медицинских услуг. Поэтому во многих отраслях экономики нахождение фирмой оптимального соотношения между объемом производства и ценой выступает важнейшим аспектом конкурентного поведения. Однако в здравоохранении ситуация иная, особенно это справедливо в отношении бюджетных организаций, когда сметное финансирование позволяет им содержать излишние больничные койки и ценное оборудование.

Применительно к больницам зависимость между мощностью, объемом производства и ценой медицинских услуг формулируется как задача по расхождению оптимальных величин. Например, при одинаковых функциях спроса на медицинские услуги и функции изменения издержек производства для некоммерческих больниц и коммерческих больниц, находящихся в условиях монополистической конкуренции, а также коммерческой больницы монополиста результаты будут существенно различаться.

Получается, что в условиях разной структурной организации рынка медицинских услуг, последствия конкурентного поведения поставщиков медицинских услуг будут существенно отличаться. Многочисленные эмпирические исследования, представленные в зарубежной литературе, показывают, что при регулируемых ценах конкуренция больниц смещается в сторону качества медицинской помощи. Если цены не регулируются, то конкуренция смещается на соотношение цена-качество, при этом выигрывают те больницы, которые способны обеспечить более высокое качество на единицу затрат.

Если необходимость усиления конкуренции в данной сфере рассматривать как главную цель модернизации здравоохранения, тогда организационно-экономический механизм должен способствовать стимулированию субъектов охраны здоровья населения по указанным направлениям. Но, если считать, что развитие конкурентных начал в здравоохранении не цель, а важнейшее средство, инструмент обеспечения целей стратегического развития нашего общества, тогда акценты должны быть перенесены с необходимого на возможное.

Анализ происходящих в последние годы процессов в региональном здравоохранении, а также анализ многочисленных публикаций на эту тему показывает, что, во-первых, идея о формировании

конкурентного пространства в здравоохранении приобретает все больше сторонников; во-вторых, реструктуризация рынка медицинских услуг в естественном рыночном варианте неизбежно приведет к его дальнейшей сегментации и к снижению качества в силу значительной его монополизации; в-третьих, давление со стороны пациентов на поставщиков медицинских услуг не сможет быть в ближайшие годы существенным фактором, в-четвертых, реальное усиление конкуренции в здравоохранении может произойти в рамках действующей системы обязательного медицинского страхования.

Если обратиться к сложившейся практике обеспечения гарантий бесплатной медицинской помощи, которая представлена в концепции развития здравоохранения до 2020 г., то легко заметить, что именно страховые медицинские организации должны играть ключевую роль в оценке деятельности учреждения здравоохранения. В то же время определенные законом РФ «Об обязательном медицинском страховании» страховые взносы по-прежнему не увязаны с возможными объемами медицинской помощи. Поэтому субъект РФ, на наш взгляд, должен определять не только объем территориальной программы ОМС, но и иметь возможность корректировать величину страховых взносов для работодателей. Эту корректировку можно поставить в зависимость от уровня заболеваемости работников данной организации, уровня здоровья работников, а финансовым источником часть прибыли организации, направляемую в региональный бюджет.

В настоящее время в Российской Федерации существует разнообразие источников финансирования медицинских организаций. Их анализ показывает, что пациент, образно говоря, оказывается за рамками финансовых потоков. В то же время хорошо известно, что платные услуги и неформальные платежи играют большую роль в российском здравоохранении и вызывают отрицательное отношение населения ко всей системе охраны здоровья. В связи с этим, рядом авторов поднимается вопрос об участии граждан в издержках производства медицинских услуг, характерном для систем обязательного медицинского страхования в других странах. Это так называемые соплатежи, которые определенным образом влияют на спрос медицинских услуг и реально стимулируют застрахованных чувствовать экономические последствия своего плохого здоровья. Обычно противники введения соплатежей в российской модели приводят аргументы о конституционной норме бесплатности медицинских услуг в государственных и муниципальных медицинских организациях и о низком доходе большей части граждан России. На наш взгляд, сегодняшняя не включенность граждан в систему обязательного медицинского страхования могла бы быть уменьшена за счет соплатежей. Они могли бы уменьшить возможности злоупотребления, в то же время очевидно, что данная мера требует тщательного

взвешивания как политических, так и социальных последствий.

Список литературы

1. Российский статистический ежегодник. 2013: Стат. Сб / Росстат.– М., 2013. 717с.
2. Акиндинова Н., Ясин Е. Новый этап развития экономики в постсоветской России // Вопросы экономики. 2014. № 6. С. 3–14.
3. Гонтмахер Е. Российское население в период экономических трудностей: проблемы приспособляемости // Вопросы экономики. 2014. № 8. С. 21-34.
4. Здравоохранение в России. 2013; Стат. сборник/ Росстат. – М., 2013. – 384 с.
5. Зенина Л. А., Шешунов И.В., Чертухина О.Б. Экономика и управление в здравоохранении. – М.: Academia, 2014. – 210 с.
6. Кудрин А., Гурвич Е. Новая модель роста для российской экономики // Вопросы экономики. 2014. № 12. С. 3–16.
7. Основы экономики здравоохранения / под ред. Н. И. Вишнякова. – 2-изд. – М.: МЕДпресс-информ, 2012. – 144 с.
8. Платное обслуживание населения в России. 2013: Ст. сб./ Росстат. – М., 2013. – 407 с.
9. Фрэнк Р. Дарвиновская экономика: Свобода, конкуренция и общее благо.– М.: Изд. Института Гфйдара, 2013.–352 с.
10. Шевский В.И., Шейман И.М. Методологические подходы к перспективной оценке потребности в медицинских кадрах // Здравоохранение. 2015. № 3. С. 62–72.
11. Шевский В.И., Шейман И.М. Методологические подходы к перспективной оценке потребности в медицинских кадрах // Здравоохранение. 2015. № 4. С. 58-70.
12. Шейман И.М. Теория и практика рыночных отношений в здравоохранении. – М.: Изд. дом. ГУ ВШЭ, 2008 .318 с.
13. Шейман И.М., Шевский В.И. Кадровая политика в здравоохранении: сравнительный анализ российской и международной практики // Вопросы государственного и муниципального управления. 2015. № 1. С. 143–163.
14. Шишкин С.В., Аполихин О.И., Сажина С.В., Шадеркин И.А., Золотухин О.В., Просянников М.Ю. Повышение эффективности специализированной медицинской помощи: опыт структурных преобразований // Вопросы государственного и муниципального управления. 2015. № 2. С. 79-99.
15. Шишкин С.В., Бондаренко Н.В., Красильникова М.Д. Практики оплаты медицинской помощи // Вестник общественного мнения. Данные. Анализ. Дискуссии. 2015. № 1(119). С. 61–80.

References

1. Russian statistical year-book. 2013: To become. Сб / Rosstat. – М, 2013. – 717 p.

2. Akindinova N., Yasin E. A new stage of development of economy in Post-Soviet Russia//*The housekeeper's Questions*. – 2014. – No. 6. – P. 3-14.
3. Gontmakher E. The Russian population in the period of economic difficulties: adaptability problems//*Economy Questions*. – 2014. – No. 8. – P. 21-34.
4. Health care in Russia. 2013; Stat. collection / Rosstat. – M., 2013. – 384 pages.
5. Zenina L. A., Sheshunov I.V., Chertukhina O. B. *Ekonomika and management in health care*. – M.: Academia, 2014. – 210 p.
6. Kudrin A., Gurvich E. New model of growth for the Russian economy//*Economy Questions*. – 2014. – No. 12. – P. 3-16.
7. The health care bases of the economy / under the editorship of N. I. Vishnyakov. – 2 prod. – M.: Medical press-inform, 2012. – 144 p.
8. Paid service of the population in Rossii.2013: St.sb./Rosstat. – M., 2013. – 407 p.
9. Frank R. Darwinian economy: Freedom, competition and general welfare. – M.: Prod. Gfydar's institute, 2013.–352 p.
10. Shevsky V. I., Sheiman I.M. Methodological approaches to a perspective assessment of need for medical shots//*Health care*. 2015. No. 3. P. 62-72.
11. Shevsky V. I., Sheiman I.M. Methodological approaches to a perspective assessment of need for medical shots//*Health care*. 2015. No. 4. Page 58-70.
12. Sheiman I.M. The theory and practice of the market relations in health care. – M.: Izd.d. GU HSE, 2008.– 318 p.
13. Sheiman I.M., Shevsky V. I. Personnel policy in health care: comparative analysis of the Russian and international practice//*Questions of the public and municipal administration*. 2015. No. 1. P. 143-163.
14. Shishkin S.V., Apolikhin O. I., Sazhina S.V., Shaderkin I.A., Zolotukhin O.V., Prosyannikov M.Yu. Increase of efficiency of specialized medical care: experience of structural transformations//*Questions of the public and municipal administration*. 2015. No. 2. P. 79-99.
15. Shishkin S.V., Bondarenko N. V., Krasilnikova M. D. Practicians of payment of medical care//*Messenger of public opinion. Data. Analysis. Discussions*. 2015. No. 1(119). P. 61-80.

Статья поступила в редакцию 30.10.2015 г.