

ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ
ВЫСШАЯ ШКОЛА ЭКОНОМИКИ

И.М.Шейман

ТЕОРИЯ И ПРАКТИКА
рыночных отношений
В ЗДРАВООХРАНЕНИИ

Второе издание



Издательский дом ГУ ВШЭ
Москва 2008

УДК 338:61
ББК 65.011.3:65.495
Ш39



Издание осуществлено в рамках
Инновационной образовательной программы ГУ ВШЭ
«Формирование системы аналитических компетенций
для инноваций в бизнесе и государственном управлении»

Р е ц е н з е н т:

национальный специалист по вопросам политики
и управления здравоохранением в России, представитель
Офиса Всемирной организации здравоохранения в России,
кандидат экономических наук *Е.Г. Потапчик*

ISBN 978-5-7598-0578-6

© Шейман И.М., 2007
© Оформление. Издательский дом
ГУ ВШЭ, 2007

ОГЛАВЛЕНИЕ

Введение	6
Раздел I. Рыночные отношения в системе частного финансирования здравоохранения	
Глава 1. Теоретические аспекты рыночных отношений в здравоохранении	15
1.1. Характеристики потребительского выбора на рынках медицинских услуг и медицинского страхования	15
1.2. Особенности рыночных отношений в здравоохранении	25
1.3. Монополистическая конкуренция на рынке медицинских услуг	37
1.4. Эмпирические исследования влияния конкуренции на качество больничных услуг	46
Глава 2. Модель управляемой конкуренции в здравоохранении	61
2.1. Основные положения модели	61
2.2. Условия обеспечения эффективной конкуренции	67
2.3. Изменения в системе оказания медицинской помощи	72
Глава 3. Рыночные механизмы в здравоохранении США	82
3.1. Эволюция рыночной модели здравоохранения	82
3.2. Барьеры для действия рыночных сил	94
3.3. Поиск новой концептуальной основы	102
3.4. Есть ли альтернатива рыночному механизму в здравоохранении США?	104

Раздел II. Рыночные отношения в системе государственного финансирования здравоохранения

Глава 4. Концептуальная основа активизации конкуренции в европейских системах здравоохранения	113
4.1. Квазирыночные отношения в системе общественного здравоохранения	113
4.2. Модель регулируемой конкуренции.....	117
4.3. Объединение рынков обязательного медицинского страхования	128
4.4. Концепция внутреннего рынка	137
Глава 5. Неинституциональная теория: рынок или сетевая модель?	144
5.1. Концептуальная основа исследования.....	144
5.2. Институциональные условия повышения эффективности деятельности субъектов здравоохранения	151
Глава 6. Тенденции потребительского выбора на рынках медицинских услуг и обязательного медицинского страхования в западных странах	163
6.1. Потребительский выбор на рынке медицинских услуг.....	163
6.2. Потребительский выбор на рынке обязательного медицинского страхования	174
Глава 7. Планирование и договоры в системе квазирыночных отношений	192
7.1. Системы планирования здравоохранения	192
7.2. Планирование и договорные отношения.....	197
7.3. Роль селективных договорных отношений	205
7.4. Роль договорных отношений в повышении качества медицинской помощи	209
7.5. Реализация модели внутреннего рынка в здравоохранении Великобритании	215
Глава 8. Формирование рыночной модели в здравоохранении Нидерландов	231
8.1. Главные характеристики и проблемы голландского здравоохранения	231

8.2. Содержание рыночной реформы	237
8.3. Осуществление рыночной реформы	245
8.4. Проблемы и противоречия конкурентной модели ОМС	252
Глава 9. Зарубежный опыт выравнивания условий финансирования и разделения финансовых рисков страховщиков в системе обязательного медицинского страхования.....	261
9.1. Роль и методы выравнивания условий финансирования страховщиков.....	262
9.2. Механизмы разделения финансовых рисков.....	278
Глава 10. Формирование конкурентной модели обязательного медицинского страхования в Российской Федерации	289
10.1. Основания для эффективной конкуренции страховых медицинских организаций	291
10.2. Задачи и функции страховщиков в конкурентной модели ОМС	298
10.3. Как построить конкурентную модель ОМС?	302
10.4. Альтернативные модели организации ОМС	310
Заключение	316

ВВЕДЕНИЕ

В начале 1990-х годов в России начался процесс реформирования здравоохранения. Переход на обязательное медицинское страхование (ОМС) породил серьезные ожидания в отношении рыночных регуляторов деятельности медицинских организаций-поставщиков медицинских услуг. За основу была взята конкурентная модель ОМС с участием большого числа страховых медицинских организаций, выполняющих функции страховщиков. Предполагалось, что конкуренция между ними будет способствовать повышению качества медицинской помощи и эффективности использования ресурсов.

В отличие от ряда западноевропейских стран, где выбор рыночной системы основывался на определенной теоретической модели, в нашей стране он стал результатом лоббирования страхового бизнеса без серьезных концептуальных обоснований. Подобно известному литературному герою, который не ведал, что он говорит прозой, разработчики российской реформы не знали, что они действуют в русле модели так называемой «регулируемой конкуренции» и не отдавали себе отчета в сложности выбранного варианта преобразования системы финансирования здравоохранения.

Система ОМС существует почти 15 лет. В ней задействованы 350 страховых медицинских организаций. Серьезные изменения происходят и в порядке оказания медицинской помощи. Принцип содержания бюджетных учреждений постепенно уступает место оплате результатов их деятельности — объема услуг, оказанных в соответствии со сложившимися требованиями к их качеству. Однако ожидания оказались явно завышенными как в отношении дополнительных источников средств, так и по пово-

ду рыночных механизмов повышения качества и эффективности медицинской помощи. По поводу рациональности выбранной модели ОМС возникают серьезные вопросы. При этом до сих пор отсутствует ясная концептуальная основа для определения оптимального соотношения роли государства и конкуренции, плановых и рыночных регуляторов. Спектр мнений по этому вопросу весьма широк.

С одной стороны, неоднозначные результаты перехода на ОМС породили призывы к усилению роли государства. Однако эти призывы в конкретной российской ситуации лишены реального содержания, поскольку рыночные отношения в системе общественного (т.е. организуемого и финансируемого государством) здравоохранения так и не утвердились. Бюджетные учреждения здравоохранения практически не конкурируют между собой за заключение договоров в системе ОМС. Что же касается деятельности страховых медицинских организаций, то конкуренция между ними концентрируется на привлечении крупных страхователей и практически не связана с потребительским выбором, что существенно снижает потенциал их воздействия на показатели деятельности поставщиков медицинских услуг. Соответственно и задача замены рынка государственным вмешательством не актуальна. Скорее, это призыв к возвращению к прежней административно-командной системе управления отраслью.

Другая крайность — абсолютизация рыночных механизмов. Применение экономических методов управления породило претендующие на концептуальность утверждения о «саморегулировании» здравоохранения. Считается, что оплата результатов деятельности медицинских организаций автоматически обеспечивает эффективное использование ресурсов — как на уровне отдельного учреждения, так и в системе здравоохранения в целом. Подобные утверждения отражают глубоко укоренившуюся в общественном сознании склонность к унификации норм хозяйственной жизни. Общие принципы развития рыночных отношений в экономике автоматически переносятся на сферу здравоохранения.

В западных странах проблема соотношения участия государства и рынка в здравоохранении также весьма актуальна.

Многие страны встали на путь более широкого использования рыночных механизмов. Концептуальной основой этого поиска стали различные версии рыночной модели здравоохранения. Они приняты также в ряде стран Центральной и Восточной Европы.

Первая задача данного исследования — теоретическое осмысление роли рынка в достижении целей политики здравоохранения. Анализируется концептуальная база рыночных реформ — теоретические модели конкуренции, разработанные в западных странах. Делается попытка расширить границы исследования за рамки традиционных взглядов, основанных на постулатах неоклассической экономической теории, и выделить альтернативные формы управления экономическими отношениями в отрасли, базирующиеся на неоинституциональной экономической теории.

Вторая задача — анализ практики реализации рыночных реформ в тех западных странах, где они проводятся наиболее последовательно. Необходимо оценить реальные процессы рыночных преобразований и сделать содержательные выводы о возникающих проблемах и противоречиях, условиях их успешной реализации, а в конечном итоге о реальном вкладе рыночных реформ в решение актуальных задач общественного здравоохранения — обеспечения более эффективного использования ресурсов, повышения качества и доступности медицинской помощи.

Третья задача — оценка возможности реализации рыночной модели в российском здравоохранении. Анализируется сложившаяся ситуация, представлены предложения по конкретным основаниям, механизмам и условиям формирования эффективной конкуренции на рынках обязательного медицинского страхования и медицинских услуг.

Структура исследования определяется особенностями рыночных процессов в системах преимущественно частного и государственного финансирования здравоохранения. Частное финансирование на основе прямой оплаты получаемых медицинских услуг и добровольного медицинского страхования (ДМС) создает более широкие условия для развития конкурентных отношений, поскольку здесь в той или иной мере со-

блюдается главное условие формирования рынка — возможность потребительского выбора. Однако реализация этого выбора и связанные с ним экономические эффекты существенно отличаются от большинства других отраслевых рынков — в силу набора особых характеристик, известных в экономической теории как изъяны рынка. В наибольшей степени эти характеристики проявляются в здравоохранении США, где традиционно действуют реальные рынки медицинских и страховых услуг, но при этом идет поиск путей их модификации.

Совершенно иная ситуация складывается в системах преимущественного государственного финансирования здравоохранения, основанных на принципе равенства в доступности медицинской помощи для различных групп населения. Традиционное для этих систем государственное регулирование и планирование здравоохранения породили множество проблем, главные из которых — недостаточно оперативная реакция поставщиков услуг на нужды потребителей и затратный механизм функционирования отрасли. Отсюда и поиск новых подходов, способных реанимировать «замороженную» систему здравоохранения. В Великобритании, Германии, Нидерландах, Швейцарии, Новой Зеландии, Австралии реализуются системные рыночные модели, во многих других странах используются определенные рыночные механизмы, например в Швеции, Финляндии, Испании, Италии. В том же ряду находятся и реформы здравоохранения в ряде стран Восточной и Центральной Европы.

Различия в общей среде и исходных условиях реализации рыночных реформ диктуют необходимость выделения комплекса вопросов, относящихся к системам частного и государственного финансирования здравоохранения. Этому соответствует общая структура работы: в первом разделе анализируются рыночные отношения в частном секторе здравоохранения, во втором — в общественном секторе.

Первый раздел начинается с анализа теоретических аспектов функционирования рынка в здравоохранении (глава 1). Сначала дается систематизация сфер потребительского выбора — реального основания для развития конкурентных отношений в отрасли. Где возможен такой выбор, где он ограни-

чен и где исключается сложившимися условиями оказания и финансирования медицинской помощи? От ответа на эти вопросы зависят возможности построения рыночной модели здравоохранения. Следующий вопрос — каковы особенности экономических отношений в отрасли, создающие качественно иную среду для реализации рыночной модели. Рассматриваются изъяны рынка и механизмы их нейтрализации. Далее обсуждается модель монополистической конкуренции, включая ее влияние на некоторые параметры функционирования отрасли.

В главе 2 анализируется теоретическая модель управляемой конкуренции, ставшая концептуальной основой модификации рыночного механизма здравоохранения США и оказавшая существенное влияние на поиск рыночных подходов в европейском здравоохранении. В этой модели акцент сделан на преобразование добровольного медицинского страхования и формирование интегрированных медико-страховых систем.

В главе 3 рассматриваются реальные процессы реализации рыночной системы здравоохранения в США. Анализируются барьеры на пути эффективного функционирования рынка, а также попытки устранить их на основе модели управляемой конкуренции. Этот материал свидетельствует о необоснованности ожиданий в отношении способности классического рынка решить ключевые проблемы здравоохранения.

Раздел второй начинается с анализа моделей квазирыночных отношений в здравоохранении — регулируемой конкуренции и внутреннего рынка (глава 4). Далее рассматриваются альтернативные подходы к системе управления отраслью, основанные на положениях неоинституциональной экономической теории (глава 5).

Реальную оценку этим моделям может дать только практика их реализации. В последующих главах рассматривается западноевропейский опыт рыночных реформ, их сочетание с традиционными механизмами прямого государственного вмешательства в сферу здравоохранения. Сначала дается обзор тенденций потребительского выбора и потребительской мобильности на формирующихся рынках медицинских услуг и обязательно медицинского страхования в пяти западноевропейских стра-

нах (глава 6). Затем анализируется противоположный процесс усиления государственного планирования отрасли, рассматриваются попытки примирить это планирование с новыми механизмами предпринимательского поведения в здравоохранении, прежде всего с договорными отношениями между покупателями и поставщиками медицинских услуг (глава 7).

Отдельно рассматривается рыночная реформа в Нидерландах, ставшая «демонстрационным проектом» для Европы и имеющая прямой выход на практику реформирования системы ОМС в России (глава 8). Автор сознательно отошел от метода межстранового анализа, свойственного многим исследованиям, например работам Европейской обсерватории Всемирной организации здравоохранения, и сделал акцент на глубокое «погружение» в страновую специфику, позволяющее выявить наиболее значимые тенденции рыночных преобразований.

В главе 9 рассматриваются наиболее важные инструментальные вопросы формирования условий эффективного рынка в здравоохранении — системы выравнивания условий финансирования конкурирующих страховщиков и разделения их финансовых рисков с государством. Представлены концептуальные подходы и конкретные механизмы формирования системы финансирования, ограничивающее свойственное конкурентной модели явление отбора наиболее здоровых контингентов населения (эффект селекции рисков).

Работа завершается анализом модели ОМС в Российской Федерации (глава 10). Обосновывается необходимость серьезного пересмотра этой модели. На зарубежном опыте рассматриваются конкретные основания, механизмы и условия формирования эффективной конкуренции. Многие из представленных рекомендаций отражены в проекте закона «Об обязательном медицинском страховании», в разработке которого автор участвовал в 2004—2005 гг. Главные идеи этого законопроекта сегодня обсуждаются в рамках готовящейся реформы российского здравоохранения.

Монография рассчитана прежде всего на исследователей проблем управления и финансирования здравоохранения и со-

циальной сферы в целом. Она может представлять интерес для организаторов здравоохранения, работников фондов обязательного медицинского страхования, страховых компаний, практических медиков, желающих разобраться в том, как функционирует рынок медицинских услуг.

Главное «послание» данной монографии — предостеречь от упрощенного представления о роли рынка в здравоохранении и пересмотреть действующую в России так называемую конкурентную модель обязательного медицинского страхования.

РАЗДЕЛ I

**РЫНОЧНЫЕ
ОТНОШЕНИЯ
В СИСТЕМЕ ЧАСТНОГО
ФИНАНСИРОВАНИЯ
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ**

Глава 1

ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ РЫНОЧНЫХ ОТНОШЕНИЙ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ

Задача данной главы — обобщение теоретических представлений о роли рынка в здравоохранении. Последовательно рассматриваются характеристики потребительского выбора (сферы выбора, его факторы и ограничители), изъяны рынков медицинских услуг и медицинского страхования, модель монополистической конкуренции применительно к этим рынкам, теоретические концепции и эмпирические оценки влияния конкуренции на качество медицинской помощи.

1.1

Характеристики потребительского выбора на рынках медицинских услуг и медицинского страхования

Варианты потребительского выбора

Потребитель в сфере здравоохранения выбирает:

- форму оплаты;
- медицинскую организацию — поставщика медицинских услуг;
- объем и условия оказания медицинской помощи.

Конкретные параметры потребительского выбора представлены в табл. 1.1.

Таблица 1.1

Варианты потребительского выбора в здравоохранении

Форма финансирования	Поставщик медицинских услуг	Объем и условия оказания медицинской помощи
Оплата медицинской помощи из собственных средств в момент ее потребления	Медицинская организация, оказывающая первичную медицинскую помощь	Отказаться от лечения
Приобретение полиса добровольного медицинского страхования (ДМС): выбор страховщика и страхового плана	Врач первичного звена (участковый врач или врач общей практики)	Вариант лечения и связанный с ним набор медицинских услуг и лекарственных средств
Выход из системы ОМС и приобретение полиса ДМС, если такой выход допускается законом	Узкий специалист, оказывающий амбулаторную помощь	Время ожидания лечения (в порядке очереди или без очереди)
Выбор страховщика в конкурентной системе ОМС	Больница или другая организация, оказывающая стационарную и реабилитационную помощь	Сервисные характеристики оказания медицинской помощи
Выбор страховщика и страхового плана в объединенной системе ОМС и ДМС	Врач в стационарном учреждении	Условия получения лекарственных средств при амбулаторном обслуживании

Первая область потребительского выбора — принятие решения о *форме финансового обеспечения медицинской помощи*. Современные системы здравоохранения строятся на основе принципа государственного страхования — в форме обязательного медицинского страхования (ОМС) или прямого бюджетного финансирования. Однако масштабы этого страхования существенно различаются в разных странах. В случае недостатка государственного финансирования человек вынужден платить за медицинскую помощь из собственных средств, выбирая при этом различные формы платежа. Он может рассчитывать исключительно на свои возможности по оплате медицинской помощи в случае заболевания, а может приобрести полис добровольного медицинского страхования (ДМС). В последнем случае выбирается страховщик и страховой план (в России — страховая программа) — набор видов медицинских услуг и условия их предоставления при наступлении страхового случая.

Приобретение страхового плана ДМС в западных странах — одна из наиболее сложных сфер потребительского выбора, поскольку каждый такой план содержит большое количество вариантов. Предложения страховщиков существенно различаются по видам оказываемых услуг, условиям оплаты (сколько и за что нужно платить самим застрахованным), составу медицинских организаций, оказывающих услуги, и проч. Каждый такой план — это детальное изложение всех условий ДМС с большим количеством вариаций. Например, можно приобрести страховой план с более существенным покрытием расходов на лекарства (с сотнями вариантов страхового возмещения), а можно предпочесть более надежную защиту от расходов на дорогостоящие диагностические услуги. Особенно велико число страховых планов в США, где ДМС является основой финансирования здравоохранения. Сами американцы говорят о том, что им предлагаются тысячи, а может быть, десятки тысяч таких планов.

В этих условиях выбор оптимального сочетания цены страховки (страховой премии) и реального страхового покрытия представляет собой сложную проблему. В ряде западных стран вводится государственное регулирование, направленное

на облегчение потребительского выбора в системе ДМС, в частности обязательные для страховщиков стандартные пакеты коммерческого страхования, объединяющие однородные страховые планы с единой ставкой страховой премии [Mossialos, Thompson, 2004]. В России также отмечается тенденция к расширению числа страховых программ ДМС с разными условиями возмещения затрат. Но острота проблемы выбора у нас значительно ниже, поскольку страховые компании обычно делают акцент не столько на наборы оказываемых услуг, сколько на учреждения, их оказывающие, привлекая клиентов доступом в «элитные» медицинские организации.

Выбор страховщика в системе ОМС возможен в странах, где эта система строится на конкурентной основе — с участием страховых посредников, реализующих общие пакеты государственных гарантий. Этот выбор возможен на коллективной или индивидуальной основе. В первом случае выбирает страхователь — работодатель или орган исполнительной власти, отвечающий за страхование неработающего населения, а во втором — сам застрахованный. Обычно право выбора страховщика ограничивается определенным временным интервалом (enrollment period), в течение которого застрахованный может сменить свою страховую компанию — обычно раз в год. Отказ от обеспечения постоянного выбора обусловлен стремлением ограничить «неблагоприятный отбор» (выбор страховщика застрахованным в соответствии с текущими потребностями в медицинской помощи) и тем самым обеспечить финансовую устойчивость страховых пулов. Как будет показано далее, рыночные реформы в системе ОМС основаны на расширении сферы индивидуального выбора. Аналогичные планы рассматриваются и в России.

Другая форма выбора финансового обеспечения — альтернатива выхода из системы ОМС и присоединения к ДМС. Такой выбор допускается в небольшом числе стран — Германии, Нидерландах, Чили. Право на него имеют лица с доходом выше определенного уровня. В случае выбора ДМС они уходят из ОМС «со своими деньгами», т.е. освобождаются от необходимости делать страховые взносы в больничные кассы (страхо-

вые фонды ОМС). Аналогичная схема обсуждалась в России в 2003—2004 гг. и была отвергнута в силу очевидного нарушения принципа общественной солидарности, который является основой построения современных систем финансирования здравоохранения в индустриально развитом мире. Ясно, что выход из системы ОМС групп населения с наибольшими взносами и относительно меньшими потребностями в медицинской помощи (как правило, более обеспеченные люди — одновременно и более здоровые) ограничит финансовые ресурсы для удовлетворения потребности наиболее нуждающейся части населения.

Наконец, возможен выбор страховщика и страхового плана в объединенной системе ОМС и ДМС. Речь идет об интеграции средств, направляемых страхователем на обязательное и добровольное страхование в одну страховую компанию, берущую на себя обязательства по обеспечению как стандартного пакета государственных гарантий по ОМС, так и дополнительных услуг, предусмотренных коммерческой страховкой. Такое объединение позволяет избежать возникновения ситуации дублирования страховых взносов: страховой взнос на ОМС зачитывается при приобретении полиса ДМС (страхователю не нужно платить дважды). Одновременно это слияние расширяет возможности индивидуального выбора, поскольку ставки страховых премий и предлагаемый пакет медицинских услуг могут различаться (в отличие от ОМС, где этот пакет, как правило, универсален для всех застрахованных). Такая схема сегодня реализуется в ряде западноевропейских стран. В России также обсуждаются варианты объединения ОМС и ДМС. Эта схема заложена в законопроект «Об обязательном медицинском страховании», который был подготовлен Министерством здравоохранения в 2004 г., но в силу многих причин не был принят [Слепнев и др., 2004].

Вторая область потребительского выбора в здравоохранении — *выбор поставщика медицинских услуг*. Прежде всего, это выбор медицинской организации, оказывающей первичную медицинскую помощь. Главным субъектом первичной помощи в зарубежном здравоохранении является врач общей практики,

в России — участковый врач. Обычно они обслуживают проживающих в определенном районе (действует принцип территориального прикрепления), но одновременно существует возможность свободного прикрепления к врачу за пределами места проживания (принцип свободного прикрепления). Эта схема действует в большинстве индустриально развитых стран, в том числе в России. В ряде стран прикрепление к определенному врачу общей практики отсутствует. Например, во Франции население напрямую обращается к любому врачу, в том числе узкому специалисту, оплачивая при этом часть гонорара врача в форме соплатежа.

Выбор узкого специалиста, оказывающего амбулаторную помощь (далее специалист), не носит универсального характера. Законодательство многих западноевропейских стран устанавливает требование врачу общей практики по обязательному направлению пациентов к специалисту. Этот порядок оказания специализированной помощи известен как система «врач общей практики — привратник (gatekeeper)». Ее существование объясняется необходимостью повысить ответственность первичного звена за здоровье прикрепившегося к нему населения. Врач общей практики должен не только сам оказывать медицинскую помощь на уровне своей компетенции, но и организовывать и координировать предоставление услуг в других звеньях системы здравоохранения. Примерно в половине европейских стран действует порядок обязательного направления к специалисту [Воегта, 2005]. В России этот порядок также формально существует, но на практике постоянно нарушается. С одной стороны, население в последние десятилетия в значительной мере утратило доверие к своим участковым врачам, а новый институт общей врачебной практики зарождается крайне медленно. С другой — органы управления здравоохранением в большинстве регионов не контролируют соблюдение установленного порядка. В ряде регионов активные попытки восстановления данного правила предпринимаются с разной степенью результативности.

Выбор больницы ограничен тем, что основная часть слу-чаев, требующих стационарного лечения (никто точно не знает

какая), — это экстренные госпитализации, которые проводятся чаще всего по решению персонала скорой медицинской помощи или лечащего врача и лишь в редких случаях — с учетом мнения пациента (обычно больного доставляют в ближайшую больницу). Что же касается плановых госпитализаций, то они, как правило, осуществляются на основе направлений — либо врача общей практики, либо специалиста. Этот порядок носит универсальный характер, он определяется тем, что плановой госпитализации обычно предшествует консультация специалиста или амбулаторное лечение (иногда в той же больнице, где оказывается плановая стационарная помощь). Право выбора врача в больнице в известных нам европейских системах здравоохранения никак не регламентируется законом. Предполагается, что этим правом должны пользоваться не столько пациенты, сколько врачи, направляющие на госпитализацию. Так обычно и происходит на практике.

В последние годы в ряде западноевропейских стран приняты законодательные акты, направленные на облегчение выбора, и проводится сознательная политика создания условий для выбора. Например, в Великобритании объявлено о расширении возможностей выбора больницы для получения плановой стационарной помощи. Система направлений не упразднена, но врачи обязаны информировать пациентов об альтернативных вариантах оказания помощи — создавать условия для реального выбора больницы и лечащего врача. Расширяются возможности для получения стационарного лечения за пределами страны. В частности, Германия, Нидерланды и Бельгия приняли соответствующие законы [Fotaki, 2005]. Но и в этом случае требуется направление лечащего врача. Последний обязан учесть предпочтение пациента.

Начатая как средство ускорить получение плановой помощи, политика расширения выбора постепенно меняет цели. На первый план встают общие гуманитарные ценности обеспечения прав и свобод граждан. Лозунги такого рода в той или иной мере звучат в большинстве западноевропейских стран.

Третья сфера потребительского выбора в здравоохранении — *выбор объема и условий оказания медицинской помощи*. Больной выбирает не только медицинскую организацию и лечащего вра-

ча, но и вариант лечения — из числа предложенных врачом. Он может вообще отказаться от лечения или предпочесть определенный его вид, обеспечивающий улучшение его состояния.

Более очевидны такие параметры потребительского выбора, как предпочтение времени ожидания лечения (в порядке очереди или без очереди), сервисных характеристик оказания медицинской помощи, порядок получения лекарственных средств в амбулаторных условиях (в России можно отказаться от пакета льготного лекарственного обеспечения и получить льготы в денежной форме). Во многих западных странах условия оказания медицинской помощи могут быть улучшены для владельцев коммерческих страховок или лиц, способных оплатить дополнительные сервисные характеристики (может быть предоставлена лучшая палата, более качественное питание, более интенсивный уход). В Великобритании застрахованные по ДМС имеют право на внеочередную плановую госпитализацию или консультацию специалиста. Но в ряде стран, например в Канаде, такая возможность исключается — все пациенты получают лечение на равных условиях.

Таким образом, сфера потребительского выбора в здравоохранении достаточно широка. Но практическая его реализация ограничена многими факторами, прежде всего особенностями организации медицинской помощи в стране.

Факторы и ограничители выбора поставщика медицинских услуг

Важнейший фактор потребительского выбора в здравоохранении — ожидаемое сохранение или улучшение состояния здоровья человека. Выбирая финансового посредника или поставщика медицинских услуг, индивидуум руководствуется естественными соображениями обеспечить предотвращение заболевания или (что случается намного чаще) получить наилучшие результаты лечения. В экономической литературе эти ожидания пациентов определяются как эластичность спроса по качеству, т.е. готовность пациента приобретать дополнительную единицу ожидаемого результата лечения [Gaynor, 2006].

Потребительские решения определяются также ценой услуг или размером соплатежа — в тех случаях, когда оказание медицинской помощи предполагает полную или частичную оплату ее стоимости. Степень чувствительности потребительского спроса к тарифам на услуги измеряется коэффициентом ценовой эластичности.

Эти два фактора всегда действуют одновременно: пациент выбирает качество услуги, учитывая при этом ее цену, т.е. по существу выбирает наиболее выгодное для себя соотношение «цена — качество».

Этот выбор опосредуется множеством других факторов. В ряду главных из них можно назвать следующие:

- физическую доступность поставщика услуг;
- наличие свободных мощностей;
- степень устойчивости отношений с врачом;
- поведенческие характеристики различных групп населения (например, к выбору медицинской организации обычно более склонны молодые люди, чем пожилые);
- наличие информации о формах медицинских вмешательств и поставщиках услуг.

При выборе учитываются и косвенные издержки, связанные с получением необходимой помощи, например транспортные, а также возможное бремя на семейный бюджет в связи с необходимостью лечиться вдали от дома. Немаловажен и моральный аспект — близость к семье, поддержка родных во время болезни, что нередко ограничивает сферу сравниваемых вариантов места лечения.

Границы потребительского выбора определяются особенностями организации медицинской помощи в конкретной стране. Однако можно выделить два общих ограничителя, в той или иной мере действующих в абсолютном большинстве стран с развитыми системами общественного здравоохранения.

Многоуровневая система медицинской помощи. Обычно лечение больного состоит из отдельных этапов, отличающихся друг от друга интенсивностью медицинских вмешательств, а значит и объемом используемых ресурсов. Уровень оказания медицинской помощи должен соответствовать состоянию

больного. В обычной городской больнице лечат наиболее распространенные недуги. Объектом деятельности клинических больниц являются более сложные заболевания, требующие специальных методов и значительных материальных затрат.

Особенно велика роль многоуровневой системы в странах с ограниченными финансовыми возможностями. Наиболее дорогие клинические ресурсы концентрируются в крупных медицинских центрах. Соответственно, доступ в эти центры определяется не решениями пациентов, а направлениями врачей, осуществлявших медицинскую помощь на предшествующих ее этапах (так, в России врач районной больницы направляет пациента для консультации или госпитализации в областную клиническую больницу). В странах с более значительными финансовыми ресурсами роль многоуровневой системы снижается, но не исчезает совсем. Например, в Скандинавских странах в последние два-три десятилетия активно проводится политика регионализации специализированной медицинской помощи, особенно третичного уровня. Эта помощь в растущей мере перемещается в межрегиональные центры, соответственно выбор такого центра для лечения основан на направлениях врачей, а иногда предполагает и прямое рационирование типа известного в российской практике квотирования высокотехнологичной помощи, оказываемой в федеральных медицинских центрах. Пожалуй, только в США отсутствуют очевидные признаки многоуровневой системы. Даже сложные кардиохирургические операции проводятся в небольших провинциальных больницах мощностью в 150—200 коек.

Особая роль первичной медицинской помощи. С ростом специализации медицинской помощи усиливается фрагментация процесса лечения. В этой ситуации повышается роль врача общей практики, призванного обеспечить организацию и координацию медицинской помощи, оказываемой специалистами. Растет значение единого центра ответственности за состояние здоровья человека. Для ее обеспечения необходимо, с одной стороны, предоставить свободу потребительского выбора врача общей практики (к кому приписаться для постоянного наблюдения), с другой — ввести определенные ограничения в от-

ношении обращений пациентов на другие этапы. При этом врач общей практики сохраняет контроль за лечением своих пациентов. Эта функция врача общей практики как «привратника» становится все более распространенной даже в странах с традиционно либеральной моделью потребительского выбора, например во Франции (см. главу 6).

Названные факторы ограничивают, но не исключают, возможность расширения потребительского выбора в здравоохранении. Эта проблема по-прежнему стоит в центре дискуссий по поводу возможностей реализации рыночных реформ в отрасли. Ее теоретическое осмысление — предмет исследований в западной экономической литературе.

1.2

Особенности рыночных отношений в здравоохранении

Неоклассическая экономическая теория выделяет *изъяны рынка*, т.е. устойчивые отклонения экономических отношений в той или иной сфере экономики от идеальной рыночной модели. Здравоохранение, по выражению известного американского экономиста У. Хсияо, является «искаженной экономикой», т.е. экономикой, в которой могут действовать рыночные силы, но их влияние на параметры «продукта» (объем услуг, их цена и качество) может существенно отличаться от большинства других товарных рынков [Hsiao, 1995].

Рассмотрим основные изъяны рынка применительно к двум главным отраслевым рынкам здравоохранения — медицинских услуг и медицинского страхования.

Специфика медицинских услуг, как экономических благ

Часть услуг обладает свойствами общественных благ. Экономическая теория выделяет особый вид результатов хозяйственной

деятельности — общественные блага (public goods). Им свойственны характеристики, отличающие их от товаров индивидуального потребления. Во-первых, они являются объектом коллективного потребления. Это означает, что потребление услуг одним человеком не уменьшает ресурсы потребления, доступные другим членам общества. Во-вторых, на общественные блага, в отличие от благ индивидуального потребления, не распространяется принцип исключения других лиц из процесса потребления. Например, санитарно-гигиенические мероприятия неизбежно становятся достоянием больших групп населения.

Для обслуживания потребностей в услугах с характеристиками общественных благ во всех странах действует так называемый сектор «общественного здравоохранения» (public health). Он включает службы, осуществляющие контроль за эпидемиологической ситуацией, ведущие работу по лечению инфекционных заболеваний, занимающиеся санитарно-просветительской работой и проч. В сферу общественного здравоохранения традиционно входят санитарно-эпидемиологические станции, общественные оздоровительные центры и т.д. Эти учреждения обычно финансируются из государственного бюджета на основе принципа содержания, т.е. оплачивается их готовность к работе (вложенные ресурсы), а не конкретные ее результаты.

Следует, однако, признать, что наличие свойств общественного блага лишь в малой степени объясняет нарушение рыночного механизма в здравоохранении. Эти свойства присущи относительно небольшой части медицинских услуг. Услуги по лечению, например артрита или ангины, не наделены характеристиками общественных благ: их потребление строго индивидуально и не имеет внешнего эффекта. Таким образом, эти услуги обладают свойствами частого блага. Значительно более важное значение имеют другие характеристики медицинских услуг. Они и определяют устойчивые отклонения от обычной рыночной модели.

Информационная асимметрия в отношениях между поставщиком и потребителем услуг. Потребительский выбор может быть надежным регулятором распределения ресурсов только

при условии полной информированности потребителя и его независимости от производителя товаров. В здравоохранении эти условия, как правило, не соблюдаются. Во-первых, потребитель медицинских услуг не обладает теми знаниями, которые позволяли бы ему осуществлять рациональный выбор медицинской организации и врача, способного предоставить медицинскую помощь высокого качества. Обычно он полагается на мнение других потребителей услуг или мнение врача, предлагающего ему варианты, т.е. на информацию, получение и оценка которой требует определенных затрат времени и ресурсов. Чем выше число вариантов, тем больше эти затраты. Американские экономисты Д. Дранов и М. Саттервейт определяют эту характеристику информационной асимметрии как явление *издержек поиска* и связывают с ней возможность усиления рыночных позиций врачей [Dranove, Satterthwaite, 2000]. Авторы популярного английского учебника по экономике здравоохранения формулируют зависимость: чем более информирован потребитель и меньше издержки поиска, тем рыночная структура ближе к модели совершенной конкуренции [McPake, Kumaranayake, Normand, 2003. P. 137].

Во-вторых, потребитель медицинских услуг обладает ограниченной рациональностью в отношении выбора объема услуг и стоимости лечения. У него нет необходимой компетенции для определения набора медицинских консультаций, исследований и процедур, требующихся для лечения, тем более ему сложно оценить обоснованность стоимости этого набора и приемлемое ее соотношение с качеством. Иногда такой выбор полностью исключен ограниченной дееспособностью человека и экстренным характером потребления услуг. Более того, ожидаемый результат лечения далеко не всегда проявляется сразу после медицинского вмешательства, что еще более усложняет выбор необходимого объема услуг. Именно это обстоятельство придает медицинским услугам характер *доверительных благ*, т.е. таких благ, сведения о результатах потребления которых становятся доступными и очевидными лишь спустя определенное время.

В-третьих, в отличие от обычных рынков, в здравоохранении решающая роль в определении объемов потребления

принадлежит производителям, а не потребителям. Врачи, как главные поставщики услуг, оценивают состояние пациентов, определяют меру их потребностей и назначают необходимое лечение. Одновременно они имеют экономические интересы, что создает потенциальные условия для оказания чрезмерного объема услуг. Это явление известно в экономической теории как *спрос, спровоцированный предложением* (supply-induced demand).

Такой спрос порождает сильные затратные тенденции в здравоохранении. Поставщики медицинских услуг даже в рыночной среде не имеют достаточных ограничителей для рационального использования ресурсов. Если этим процессом не управлять, то будут расти удельный вес дорогостоящих видов медицинских услуг и общие затраты на случай лечения. Снизится заинтересованность в профилактике заболеваний и использовании относительно простых, но эффективных медицинских технологий. Возможен эффект Румера: «Каждая новая больничная койка всегда будет занята» [Feldstein, 1993].

Другое последствие спроса, спровоцированного предложением, — усиление рыночных позиций врачей в отношении объемов и цен медицинских услуг, усложнение рационального выбора потребителей. Государство вынуждено предпринимать меры регулирования как спроса, так и предложения медицинских услуг. Эти меры получили название «политики сдерживания затрат» [Экономика здравоохранения, 2002. Глава 1].

Таким образом, важнейшими последствиями информационной асимметрии являются:

- усложнение потребительского выбора;
- ослабление влияния потребителя на показатели деятельности поставщиков услуг (слабость рыночного сигнала);
- нарушение принципа независимости сторон рыночной сделки, возможность искусственного генерирования спроса;
- усиление рыночных позиций поставщика медицинских услуг.

Неопределенность возникновения спроса на медицинскую помощь. Спрос индивидуума на медицинскую помощь произведен от состояния его здоровья и во многом носит вероятностный характер. Существует риск заболевания и связанных с

ним затрат. Размер этих затрат может быть весьма значительным, если покупать медицинские услуги в момент появления потребности в них. Чтобы избежать больших единовременных затрат в ситуации неопределенности, индивидуум склонен прибегать к различным формам страхования: здоровые люди вносят определенные суммы в общий страховой «котел» (*страховой пул*), который управляется специальным страховым институтом (*страховщиком*), а затем получает возможность лечиться за счет накопленных средств. Иными словами, население вынуждено учитывать, что в случае серьезных заболеваний рынок медицинских услуг не обеспечивает достаточной защиты от больших затрат, и поэтому вынуждено прибегать к рынку страховых услуг.

Фактор неопределенности возникновения спроса видоизменяет характер отношений на рынке медицинских услуг. Их приобретение осуществляется не напрямую, а через страхового посредника, который вступает в договорные отношения с медицинскими организациями, оплачивает их счета за оказанную медицинскую помощь, контролирует ее качество и осуществляет ряд других операций. В совокупности эти операции формируют *функцию закупки медицинской помощи* (*purchasing function*), т.е. функцию взаимодействия страховщика как покупателя медицинской помощи и медицинских организаций как поставщиков медицинских услуг.

В отличие от возмещения стоимости услуг самим потребителем при страховании функция закупки медицинской помощи становится *коллективной*, т.е. страховщик отражает групповые интересы и обеспечивает групповую солидарность застрахованных (заболел — выиграл, не заболел — проиграл). Индивидуальная рыночная сделка с медицинской организацией уступает место рыночной сделке по поводу «коллектива» застрахованных. Это повышает рыночную силу покупателя медицинской помощи по сравнению с вариантом прямого взаимодействия пациента с медицинской организацией. Но при этом, как будет показано далее, возникают особые эффекты, свойственные уже рынку страховых услуг.

Другой аспект проблемы неопределенности на рынке медицинских услуг — характер взаимодействия между врачом и

пациентом. Поскольку пациент слабо представляет меру своих потребностей в медицинской помощи, между ним и врачом возникают отношения зависимости. В экономической литературе такие отношения описываются *моделями поведения врача как агента пациента* (physician-patient agency models).

В рамках этих моделей врач выступает в роли агента пациента как принципала, т.е. выполняет комплекс действий по его поручению. Агентские функции врача можно разделить на две группы. С одной стороны, он принимает решения в отношении объема необходимых услуг и сам оказывает все или часть этих услуг. С другой — врач защищает интересы своего принципала, беря на себя организацию медицинской помощи на других этапах ее оказания. В случае невозможности оказать все необходимые услуги своими силами врач направляет пациента к другим специалистам.

В классической статье К. Эрроу отмечается, что врач решает проблему неопределенности для плохо информированного пациента путем установления диагноза и объема услуг, которые тот должен приобрести сам или получить за счет других источников финансирования. Тем самым врач продает информацию, о которой известно, что она дорогая (врач долго учился), но никто не знает насколько [Arrow, 1963].

Таким образом, врач выступает одновременно в роли поставщика услуг и агента пациента, что создает условия для конфликта интересов. Врач может преувеличить число посещений, объем необходимых процедур, исключить из набора лекарственных средств и услуг дешевые заменители, выбрать те виды услуг, которые обеспечивают полную нагрузку больниц или поликлиник и т.д. Возникает проблема экономического поведения врачей, определяющая масштабы спроса, спровоцированного предложением.

Медицинские услуги как социально значимые экономические блага. Медицинские услуги призваны удовлетворять не только индивидуальные, но и общественные потребности, их результат во многих случаях является достоянием как отдельного человека, так и общества в целом. Они обладают свойствами социально значимого, или «достойного» блага (merit goods).

Можно выделить несколько их типов [Hsiao, 1995. Р. 126]. Первый состоит из услуг, потребление которых обеспечивает социальные результаты, выходящие за рамки удовлетворения личных потребностей. Например, услуги по планированию семьи обеспечивают решение общественных задач по регулированию демографической ситуации. Второй тип — положительные экстерналии: услуга предоставляется конкретному лицу, но полезный эффект ощущают многие люди. Классический пример — услуги по предотвращению инфекционных заболеваний. Третий тип — блага, ориентированные на оказание помощи в сложных для людей ситуациях, например при травмах, отравлениях и проч. Наконец, это услуги, которые корректируют иррациональное поведение людей, не обладающих достаточными знаниями, в частности медицинская профилактика.

Общественно значимый характер медицинских услуг обуславливает особую роль принципов доступности и равенства в их потреблении. Объем потребления не может определяться только уровнем платежеспособности человека. Основой развития отрасли является *общественная солидарность* — богатый платит за больного, здоровый — за бедного. Реализация этого принципа требует активного вмешательства государства. Во всех индустриально развитых странах действуют развитые системы общественного финансирования здравоохранения. Использование рыночных механизмов в таких системах может вступать в конфликт с целями обеспечения общественных результатов, в том числе солидарности.

Специфика рынка медицинского страхования

Моральный риск (moral hazard). Пациент, имеющий медицинскую страховку или право на получение бесплатной медицинской помощи в системе государственного здравоохранения, не ощущает ценового сигнала, регулирующего объем потребления услуг. У него возникает серьезное искушение воспользоваться максимальным их объемом, например посетить лишнего раз специалиста, настоять на госпитализации или получении

дорогого лекарства. В сочетании с заинтересованностью медиков в расширении объема услуг нерациональность потребительского поведения пациентов ведет к чрезмерному потреблению относительно дорогих, но далеко не всегда клинически необходимых услуг.

Страховщики вынуждены учитывать действие морального риска в своей ценовой политике на рынке медицинских услуг: размер страховой премии устанавливается с учетом возможного их перепотребления. Соответственно цена медицинских услуг складывается под сильным влиянием ценообразования на рынке страховых услуг. В результате уровень цен на медицинские услуги при использовании страхового посредника оказывается выше, чем при прямом взаимодействии потребителя и поставщика медицинских услуг [Feldstein, 1993].

Эффект неблагоприятного отбора (adverse selection). В страховых системах возникает проблема отбора страховых программ самими застрахованными. Даже если информация, которой располагает страховая организация, вполне достоверна, никто лучше клиента не знает истинного состояния его здоровья, и он обычно старается «подобрать» страховую программу под свое заболевание. К тому же он может просто скрывать информацию о своих проблемах со здоровьем. В этом случае подрывается вероятностный характер страхования и клиент обрекает страховщика на расходы.

Если действует стандартная ставка страховой премии, то от эффекта неблагоприятного отбора несут урон группы населения с низкими рисками: при равной ставке взноса они субсидируют группы с высокими рисками. Естественная их реакция — выйти из предлагаемой или действующей страховой программы. Структура рисков в результате смещается в сторону групп с высокими рисками, что ведет к повышению затрат на медицинскую помощь.

Чтобы покрыть растущие затраты, страховщик вынужден повышать размер страховой премии. Это порождает новый раунд неблагоприятного отбора. Появляется группа людей, для которых страховка оказывается невыгодной, они выходят из системы, и т.д. Возникает эффект спирали затрат на медицинское страхование, схематично представленной на рис. 1.1. Он порож-

ден неравномерностью распределения рисков и стремлением застрахованных подбирать страховые программы под свои ожидаемые риски. Чем больше разброс рисков в страховом пуле, тем выше вероятность его дестабилизации и раскручивания затратной спирали. Дранов и Саттервейт называют этот эффект *ограниченной товарностью рисков* [Dranove, Satterthwaite, 2000].



Рисунок 1. Эффект спирали затрат на медицинское страхование

Для преодоления неблагоприятного отбора и связанных с ним последствий, страховщики вынуждены отказываться от стандартной страховой премии и переходить к дифференцированным ставкам, в большей мере учитывающим риски затрат индивидуума или групп застрахованных. Они проводят процедуру андеррайтинга (оценки индивидуальных рисков), что делает страховой пул более устойчивым и останавливает раскручивание спирали затрат. Но при этом возникает другая проблема — высокая цена страхования для лиц с наиболее высокими рисками, например пожилых людей, лиц с хроническими заболеваниями, требующими дорогостоящего лечения. Во многих случаях встает вопрос о «нестраховемости» рисков, т.е. складываются *неполные страховые рынки*.

Шейман, И. М. Теория и практика рыночных отношений в здравоохранении [Текст] / И. М. Шейман ; Гос. ун-т — Высшая школа экономики. — 2-е изд. — М. : Изд. дом ГУ ВШЭ, 2008. — 318, [2] с. — 1000 экз. — ISBN 978-5-7598-0578-6 (в пер.).

В монографии исследуются возможности использования рыночных механизмов в общественном здравоохранении (в системах бюджетного финансирования и обязательного медицинского страхования). Рассматриваются теоретические модели рынка в здравоохранении, в том числе различные версии концепции «регулируемой конкуренции». Разрабатывается набор условий реализации рыночной модели, не противоречащей целям политики в области здравоохранения. Неоклассический подход к анализу рынка дополняется аналитическим аппаратом неинституциональной теории. На этой основе корректируются теоретические представления о рыночной модели здравоохранения.

Теоретический анализ подкреплен анализом практики реализации рыночных моделей в зарубежном здравоохранении (прежде всего в США, Нидерландах, Великобритании), с акцентом на следующих характеристиках: «изъяны» рынка страховых услуг, роль потребительского выбора, формы взаимодействия покупателей и поставщиков медицинских услуг, механизмы разделения финансовых рисков между ними и др. Особое место уделено роли институциональных факторов рыночных реформ. Автор подробно анализирует сложившуюся модель ОМС и выдвигает гипотезу о необходимости формирования новых институциональных условий для конкуренции на рынках медицинских и страховых услуг в системе ОМС Российской Федерации.

Для экономистов, работников сферы здравоохранения, а также всех интересующихся вопросами медицинского обслуживания; может служить в качестве дополнительной учебной литературы по курсам в рамках направления «Экономика общественного сектора».

УДК 338:61

ББК 65.011.3:65.495

Научное издание

Шейман Игорь Михайлович
**Теория и практика рыночных отношений
в здравоохранении**

Второе издание

Зав. редакцией *О.А. Шестопалова*

Редактор *Г.В. Кораблева*

Художественный редактор *А.М. Павлов*

Компьютерная верстка и графика: *Н.Е. Пузанова*

Корректор *Л.А. Серавкина*

Отпечатано при содействии ООО «МАКС Пресс»

Подписано в печать 12.12.2007. Формат 60×88 1/16

Гарнитура NewtonС. Усл. печ. л. 19,4. Уч.-изд. л. 17,48

Тираж 1000 экз. Заказ № . Изд. № 942

ГУ ВШЭ. 125319, Москва, Кочновский проезд, д. 3

Тел./факс: (495) 772-95-71

ISBN 978-5-7598-0578-6



9 785759 805786