

Глава 2

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ В САНКТ-ПЕТЕРБУРГЕ

2.1. ОСОБЕННОСТИ РЫНКА МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

Как и любая экономическая деятельность, связанная с использованием ограниченных ресурсов, ДМС призвано решить две основные задачи: обеспечение эффективности и справедливости в предоставлении и распределении медицинских услуг. Механизм рынка предоставляет такую возможность, в то же время специфика медицинского обеспечения обнаруживает несостоятельность рынка в этой сфере. Экономические особенности медицинского обеспечения определяют специфику, которую следует учесть при разработке стратегии на конкурентном рынке.

Понимание особенностей ДМС Санкт-Петербурга позволяет разработать более структурированный комплекс мероприятий повышения конкурентоспособности данной отрасли, а значит, повысить эффективность добровольного страхования для всех участников рынка: потребителей услуг, поставщиков и посредников. Обобщение результатов, полученных в ходе рассмотрения экономических и социальных особенностей ДМС и региональной специфики его модели, даст возможность сформировать предпосылки для разработки стратегии.

2.1.1. Медицинская услуга как специфический товар

Для понимания экономической модели рынка ДМС необходимо проанализировать понятие **товара**, под которым в данном случае понимается медицинская услуга. Согласно принятому в литературе

определению [3], **медицинскими услугами** считаются услуги, которые потребитель получает в медицинских учреждениях по восстановлению здоровья и в профилактических целях. Одной из форм, обеспечивающих эффективность и, как предполагается, способствующих 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, позволяют сбалансировать спрос и предложение, учитывая изменения соотношения между ними.

Медицинские услуги рассматриваются как товар, который может быть куплен или продан в соответствии с законами рынка [85]. В этом случае получение медицинских услуг связано с предварительной оплатой, причем момент ее получения и величина заранее не определены. Подобный тип сделок с механизмом предоплаты — характерный признак медицинского страхования. Покупатель получает комплекс нематериальных благ — ряд услуг, которые гарантированно будут предоставлены в будущем.

Специфика медицинской услуги как товара состоит в том, что она неотделима от производителя, является безальтернативной и не может быть объективно оценена по качеству. Во многих случаях получение медицинских услуг невозможно отложить во времени. Регулятором взаимоотношений пациента и медицинского учреждения выступает страховая компания.

Цель медицинского страхования — гарантировать гражданам при возникновении страхового случая получение медицинской помощи за счет накопленных средств [1, ст. 1]. Институт ДМС является одной из составляющих рынка предоставления медицинской помощи.

Ассортимент медицинских услуг представляет собой комплекс, который может варьировать в зависимости от программы страхования, страховой компании и поставщика услуг (лечебного учреждения). Доступность медицинского обслуживания ограничивается платежеспособностью пациентов или работодателей. В соответствии с моделями частного страхования потребителю предоставляется свободный выбор объема покупаемых услуг. Цена формируется в результате соглашения между пациентом, страховой компанией и лечебным учреждением. Допустимо только косвенное государственное регулирование цен на медицинские услуги. Расходы на

определение уровня риска, обработку и подтверждение счетов могут быть значительными. Установление интервала цен, определение эффективности системы, контроль взносов берут на себя частные страховые компании.

Важным аспектом является качество медицинской услуги¹. Под последним в рамках ДМС следует понимать «...совокупность характеристик данного объекта, отличающих его от других объектов (например, от обязательного медицинского страхования), иными словами, степень превосходства потребительских свойств объекта по сравнению с другим объектом, имеющим то же функциональное назначение» [76]. Сложностью объективной оценки качества в данной сфере является отсутствие общепринятого представления о том, что следует понимать под качеством медицинской помощи.

Согласно рекомендациям рабочей группы по обеспечению качества Европейского регионального бюро ВОЗ (1991), деятельность по контролю и обеспечению качества медицинской помощи должна осуществляться с учетом четырех компонентов:

- безопасности медицинской помощи (отсутствие негативных последствий от полученной услуги);
- доступности медицинской помощи (услуги должны предоставляться независимо от уровня дохода, социального положения и отличаться лишь наличием дополнительных сервисных услуг);
- оптимальности медицинской помощи (сбалансированность набора медицинских услуг и поставленного диагноза);
- удовлетворенности пациентов (субъективный фактор, показывающий индивидуальную оценку и самоощущения).

В то же время принятые законы о предоставлении медицинских услуг не дают четкого определения категории «качество медицинской помощи» и критериев ее оценки.

В ДМС показатели качества услуги определены как следующие параметры:

- степень удовлетворения пациента полученной медицинской помощью (положительные отзывы, положительная динамика показателей заболеваемости);

¹ Следует помнить, что медицинские услуги — это услуги, предоставляемые в рамках медицинской помощи, то есть ее товарное выражение.

- оборудование и лекарственное обеспечение медицинских центров (полный комплекс лекарственных препаратов, комплектность и современность медицинского оборудования);
- профессионализм исполнителей и поставщиков медицинских услуг (отсутствие рецидивов заболеваний, минимальное количество жалоб клиентов);
- результативность деятельности экспертной службы (своевременная оплата и проверка правильности всех выставляемых счетов, обеспечение правовой защиты застрахованных);
- медико-поведенческие и психологические мотивы участников системы (адекватность лечения и диагноза) [43; 45; 70; 77; 85].

Медицинская услуга имеет составляющие, характерные как для индивидуального, так и общественного блага [85; 138]. Наполняемость программ, перечень медицинских учреждений, набор дополнительных услуг — то, что относится к индивидуальному благу, все это должно регулироваться рынком. Перераспределение рисков и большая величина страховой суммы по сравнению со страховыми тарифами — составляющие, относящиеся к общественному благу, их следует обеспечивать за счет развития страховых механизмов.

За медицинскими услугами пациент обращается к врачу, который, в отличие от пациента, владеет большим объемом знаний в области медицины [107]. Именно врач определяет перечень медицинских услуг, покупаемых пациентом. Для функционирования рынка необходимым условием является привлечение большого числа участников, включая мелких производителей. Однако такие требования, как наличие специального образования и соответствующих знаний, ограничивают доступ новых производителей на рынок медицинских услуг. Кроме того, как правило, врачи работают в крупных учреждениях, что еще больше ограничивает свободу мелких производителей.

В действительности рынок ДМС представлен развитой системой государственных и частных медицинских учреждений, страховых компаний, где медицинские учреждения являются продавцами медицинских услуг, а страховщики — их покупателями. Деятельность компаний на таком рынке аналогична взаимодействию субъ-

ектов в условиях свободного рынка со всеми его достоинствами и недостатками [106]. Высокий уровень конкуренции способствует росту качества услуг, поиску новых продуктов, определению экономически эффективных стратегий. Это определяет положительные стороны рыночной модели страхования. Однако недостаточный учет специфики рассматриваемого вида товара (неограниченность спроса на медицинские услуги, монополизм продавца и т. д.) приводит к негативным явлениям. К экономическим особенностям медицинского обеспечения следует относить наличие положительных внешних эффектов, информационную асимметрию, нерегулярность и непредсказуемость появления спроса на медицинские услуги, проблему оппортунистического поведения участников и неблагоприятный отбор в медицинском страховании [69, с. 11].

Некоторые области медицины, особенно связанные с профилактикой инфекционных заболеваний, проведением профилактических осмотров, настолько специфичны, что их деятельность невозможно напрямую учитывать в страховании. Этот вид деятельности может быть профинансирован как государством, так и частными компаниями. Несмотря на то что для страховой компании это дополнительные затраты, они могут обеспечить положительные внешние эффекты. Например, вакцинация приносит выгоду не только тем, кому сделаны прививки, но страховой компании, которая в долгосрочной перспективе может сэкономить средства. Перед тем как выполнить профилактические мероприятия, индивид сопоставляет свою выгоду от медицинской процедуры (появление иммунитета от болезни) с затратами, включающими альтернативные издержки (затраты на медикаменты, оплату лечения в стационаре). В рамках разработки стратегии следует учитывать положительные внешние эффекты, так как это позволяет более рационально расходовать средства страховой компании.

Одними из основных особенностей медицинского обеспечения являются нерегулярность и непредсказуемость спроса на его услуги — необязательный спрос [69, с. 14; 96; 131, с. 471–477]. Индивид не может предсказать, насколько вероятно заболевание и каковы возможные потери при наступлении страхового случая. Непредсказуемость возникновения расходов на лечение (включая вероятность потери трудоспособности, риск финансовых затрат) и негативное отношение большинства людей к риску являются причиной

возникновения спроса на страхование и появления института страхования. В контексте медицинского обеспечения это означает, что индивид готов платить определенную сумму денег за лечение, которым он, вероятно, может воспользоваться в будущем.

В системе ДМС необязательный спрос определяет соотношение страховой премии и страховой суммы. Учитывая вероятность наступления страхового события, возможные затраты и число застрахованных, то есть перераспределение риска, устанавливают такую страховую сумму, чтобы она во много раз превышала страховую премию или была неограниченной.

Как покупатели, так и продавцы на конкурентном рынке страхования заинтересованы в получении информации. Недостаток четкой информации о цене, качестве и условиях получения полисов ДМС мешает потребителям сравнивать между собой различные продукты и создает неблагоприятные условия для них.

В данном случае под **информационной асимметрией** понимается несоответствие между информацией, имеющейся у поставщика медицинских услуг (врача), и информацией, доступной их потребителю (пациенту): имеется в виду информация о состоянии здоровья, необходимости лечения, его форме, качестве и эффективности. Отсутствие профессиональных медицинских знаний, большой выбор возможных вариантов лечения и болезненное состояние пациентов — вот причины обращения к врачу за необходимой информацией.

Асимметрия информации проявляется в двух эффектах: неблагоприятном отборе и оппортунистическом поведении участников. Она имеет негативные последствия для рынка добровольного страхования в силу ряда причин:

- пациенты могут знать о своем состоянии здоровья то, что целесообразно скрыть от страховщика (неблагоприятный отбор);
- у лиц с хроническими заболеваниями и пожилых людей велика вероятность ухудшения здоровья, что препятствует участию этих категорий людей в системе страхования [142];
- страховщик не владеет информацией о текущем и будущем состоянии здоровья индивида, что затрудняет оценку ожидаемых результатов и расчет премии, исходя из степени риска.

В медицинском страховании эффект **неблагоприятного отбора** выражается в невозможности идентифицировать и разделить пациентов с учетом уровней риска (высокого и низкого). Застрахованные лица обладают гораздо большей информацией о собственном состоянии здоровья, чем представители страховой компании. Для страховой компании получение подобной информации является дорогостоящей процедурой. В условиях медицинского страхования невозможно осуществить дифференциацию покупателей. Следовательно, возникает ситуация, когда среди застрахованных может появиться слишком большое количество людей с высоким риском болезни и слишком малое — с низким риском. Наличие неблагоприятного отбора следует учитывать при разработке стратегии. С одной стороны, его последствия могут быть компенсированы за счет роста числа застрахованных. С другой стороны, дополнительные ограничительные меры, например создание механизма, позволяющего не страховать пациентов с высоким уровнем риска, ограничение страховой суммы и перечня, входящих в программу услуг, позволят снизить финансовые потери страховой компании. Можно предложить базовую программу, включающей ограниченный перечень услуг для наиболее рискованной группы застрахованных.

Следствием асимметрии информации является **оппортунистическое поведение**², которое выражается как в действиях страховой компании (например, финансировании только текущих расходов, без создания резервного фонда), так и в действиях пациента (застрахованные могут влиять на вероятность наступления страхового случая или величину страховых выплат) [109, с. 251–280].

Моральные издержки, или издержки, связанные с оппортунистическим поведением, бывают двух типов: моральные издержки пациента (потребителя) и моральные издержки врача (производи-

² Согласно определениям, которые содержатся в работах Т. Эггертсона, Э. Моссиалоса и С. Томсона, оппортунистическое поведение (в некоторых переводах — моральный риск) — явление, возникающее при исполнении контрактов, когда деятельность одной из сторон не может быть наблюдаема полностью и поэтому измеряется только по отдельным показателям. Это может побудить агента или контрактную сторону при рыночной сделке пренебречь ненаблюдаемыми аспектами своих обязанностей и сконцентрировать усилия на точном выполнении измеряемых (или вознаграждаемых) параметров контракта [80, с. 160; 84].

теля) [85]. Моральные издержки потребителя связаны с необоснованно низкой стоимостью медицинской услуги. Приобретая полис, застрахованный может лечиться без ограничения, как следствие, исчезают ценовые сигналы, которыми «обмениваются» производитель и потребитель на рынке медицинских услуг, и происходит чрезмерное потребление «бесплатных» медицинских услуг. Моральные издержки производителей возникают вследствие проведения необоснованных обследований и появления таких же вариантов лечения, что значительно стимулирует спрос на медицинские услуги и повышает расходы посредника.

Как варианты компенсации моральных издержек можно рассмотреть применение методов типа клинко-статистических групп и т. д. при оплате законченных случаев (например, их оплата по заранее установленным тарифам), использование схем фондодержания (приобретение требуемых услуг со стороны первичного медицинского звена, создание депозитов на счетах медицинских учреждений).

Наличие страхового полиса, а значит, уверенность в получении своевременного лечения, может влиять на поведение индивида по двум направлениям:

- снижать заинтересованность застрахованного в предотвращении страхового случая;
- увеличивать спрос индивида на услуги, оплачиваемые страховой компанией, приводить к потреблению медицинских услуг в размерах, превышающих эффективный уровень (объем медицинской помощи, предоставляемый при непосредственной оплате оказанного лечения) [69, с. 23].

Наличие подобного эффекта в медицинском страховании позволяет сделать несколько существенных выводов:

- увеличение спроса на медицинское страхование приводит к росту цены медицинских услуг, а следовательно, к повышению необходимого объема финансирования системы или увеличению стоимости для отдельного потребителя;
- при условии неблагоприятного отбора страховое покрытие всех затрат на медицинское обслуживание перестает приводить к эффективному распределению ресурсов.

При формировании конкурентной стратегии страховой компании следует учитывать все вышеприведенные факторы. Стратегия

должна включать положительные аспекты (внешние эффекты) и необязательный спрос, это приведет к экономии средств страховщика. Введение дополнительных мероприятий для раскрытия информации о застрахованном, ограничений в рамках действующих программ позволит оптимизировать финансирование. Рассмотрение медицинской услуги с учетом всех ее особенностей способствует продвижению данного вида товара на конкурентном рынке.

2.1.2. Особенности конкурентной ситуации на рынке медицинских услуг

В распределении ресурсов на рынке медицинских услуг одним из определяющих факторов является **конкуренция**, которую можно определить как процесс взаимодействия потребителей медицинских услуг (пациентов), поставщиков (медицинских учреждений) и посредников (страховых компаний), направленный на достижение целевых потребностей каждого. 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» [56, с. 9]. Таким образом, конкуренция на рынке медицинских услуг представляет собой определенный набор взаимоотношений субъектов, предназначенный для достижения положительного результата, характеризующего качество медицинской услуги по выбранному набору установленных и принятых параметров. В различных научных источниках понятие «конкуренция» трактуется по-разному [61; 105]. Это может быть соревнование, в котором выигрывает одна компания, а остальные вынуждены признать себя проигравшими. Возможна конкуренция с полным уничтожением (поглощением) компаний-конкурентов. Некоторые авторы представляют последствия конкуренции как резкое снижение цены и неизбежное падение качества услуги. По мнению Ф. Викмана, конкуренция лежит в основе успеха или неудачи бизнеса [134]. 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.

Рынок медицинских услуг следует относить к рынкам несовершенной конкуренции, где доминирует небольшое число продавцов, а вход новых производителей ограничен высокими барьерами. Иными словами, речь 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.

Прежде всего, отметим противоречия и особенности процесса предоставления медицинских услуг. Данные обстоятельства частично анализируются в научной литературе [68; 76; 85; 127]:

- несоответствие равновесной и фактически складывающейся на рынке цен даже при большом количестве поставщиков услуг;
- отсутствие возможности и недостаточная информированность пациентов о ценах на медицинские услуги у разных специалистов, проблематичность получения подобной информации непосредственно у лечащего врача; иными словами, в результате информационной асимметрии появляются дефицит и перекосы рынка;
- противоречие между дороговизной медицинских технологий и государственными гарантиями получения медицинской помощи, что выражается в несоответствии цен при лечении пациента в рамках государственного и частного страхования;
- отличие медицинской услуги от иных, немедицинских товаров и услуг, которое выражается в приоритете сохранения жизни и здоровья над возможными расходами;
- независимость качества медицинской помощи от ее стоимости и количества потребителей;
- неспособность системы стимулировать внедрение инноваций и повышение качества услуг без увеличения их стоимости;
- олигопольный характер деятельности медицинских учреждений даже при значительном повышении цены, из-за чего пациент в любом случае вынужден прибегать к их услугам.

В системе здравоохранения покупка услуги, платеж и предоставление услуги разделены между собой. Как результат появляется многоуровневая система потребителей: работодатели, которые «покупают» медицинское обслуживание для своих работников; корпоративные плательщики (страховые компании и организации медицинского обслуживания, 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 значит, в оказании максимального количества услуг, которое не всегда требуется. Страховые компании заинтересованы в том, чтобы на лечение пациентов денег было потрачено меньше, чем этими же пациентами уплачено в виде страховых взносов [127; 135].

Причинами конфликта интересов участников рынка медицинских услуг могут являться и безальтернативность медицинского обеспечения, отсутствие четких стандартов предоставляемой медицинской помощи, субъективность предлагаемых оценок оказанных услуг. Все перечисленное предполагает оценку временных характеристик (быстроту получения помощи), оценку деятельности медицинских работников непосредственно потребителем (человеческий фактор), оценку условий и культуры обслуживания. Следовательно, комплексный анализ условий конкуренции должен учитывать как экзогенные условия (инфляцию, государственную политику в области здравоохранения, достижения научного прогресса), так и эндогенные (определение цены и качества услуги, организационные моменты).

Целью конкуренции является повышение ценности медицинского обеспечения для потребителя. В данном случае под **ценностью** понимается степень удовлетворения потребностей и интересов пациентов, а также количество денег, которое человек готов отдать, чтобы получить данную услугу. В идеальной для потребителя модели качество услуги и обслуживания должно улучшаться при постоянстве либо незначительном росте ее цены. Это способствует расширению рынка. Потребитель получит большее 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 о конкуренции в области продуктовой дифференциации [106].

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 выступает страховая компания, призванная контролировать качество, отслеживать целесообразность медицинской помощи и защищать интересы застрахованных. На практике плательщики (страховые компании) не несут юридической ответственности за качество проведенного лечения. Конфликт интересов между плательщиками и пациентами побуждает плательщиков вести конкурентную борьбу, расширяя список нестраховых случаев и тем самым минимизируя расходы. В результате застрахованные разочаровываются в деятельности страховых компаний и считают их наличие лишним элементом в цепочке. Конфликт интересов между участниками процесса оказания медицинских услуг в здравоохранении создает препятствия для действительного сокращения издержек в системе медицинского обслуживания. В идеале прибыль плательщиков должна возникать только после 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 свидетельством низкого уровня конкуренции. Так, пациенты не имеют доступа к информации о стоимости медицинских процедур и практически не могут сравнить цены в разных клиниках.

Заключая договор ДМС, пациент стремится получить максимум услуг при минимальной оплате. Имея полис медицинского страхования, застрахованный проявляет безразличие 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, комплекса диагностических обследований).

Степень удовлетворения клиента очень субъективна и может быть не адекватна 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 конкретной услугой, скорее, это множество услуг различных видов.

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

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

Одной из основных неустраняемых причин является **несбалансированность конкуренции**. С одной стороны, конкуренция достаточно высока, так как существует большое количество программ страхования, медицинских учреждений, специализированных сетей, частных клиник и врачей. С другой стороны, наблюдается недостаточный уровень конкуренции из-за разрозненности конкурентов. Для укрепления связей следует провести координацию медицинской помощи в рамках всего цикла лечения, включая мониторинг, профилактику, диагностику, лечение и сопровождение [110].

Специфика медицинской услуги как товара тоже может служить причиной несостоятельности конкуренции на рынке. Это выражается в предложении большого числа услуг медицинских учреждений не всегда высокого качества, то есть ставка делается не на

качество, а на количество. Отдельные страховщики полагают, что они должны заключить контракты со всеми лечебно-профилактическими учреждениями (ЛПУ) независимо от качества предоставляемых услуг. Определяющим фактором для работодателя является стоимость программы, а не ее перспективные результаты.

Следующей причиной неэффективности являются **неправильные горизонты планирования деятельности**. Страхователи и страховщики стремятся сократить все сопутствующие текущие расходы, не принимая во внимание расходы в будущем. Сдерживание расходов — основная цель всей системы. Страховщики стремятся к увеличению собираемых премий, они снижают прежде всего свои расходы, нежели затраты системы. Минимизация расходов страховых компаний отражается на всех участниках системы, вводятся дополнительные ограничения программ. Таким образом, одним из вариантов решения конфликта становится страхование практически здоровых пациентов, неполнота лечения пациентов или введение системы соплатежей за медицинские услуги. Введение ограничений по расходам является кратковременной мерой, так как, сокращая медицинские назначения, процедуры и профилактику, страховая компания может платить по несколько раз за одного застрахованного. Пациент, не получивший полноценного лечения, будет вынужден обращаться за медицинской помощью неоднократно. Необходимо расширить горизонт планирования медицинского обеспечения. Основной целью должно стать повышение ценности страхования — качественного обеспечения на единицу затрат [110; 127].

Любая конкуренция подразумевает повышение ценности для участников, перераспределение затрат, то есть баланс между качеством и денежной стоимостью услуги [127, с. 35; 141]. Существует несколько видов конкуренции:

- конкуренция в целях изменения затрат;
- конкуренция в целях увеличения собственной выгоды;
- конкуренция для увеличения числа застрахованных и сокращения перечня медицинских услуг;
- конкуренция для снижения затрат участников.

Конкуренция в целях изменения затрат. Существующая в настоящее время конкуренция проявляется скорее в перекладывании затрат между участниками, нежели в их сокращении. Все участники системы стремятся законно делегировать свои обязательства

другим участникам. Медицинские учреждения перекладывают расходы на пациентов, страховщики — на медицинские учреждения, на страхователей и застрахованных, работодатели — на сотрудников и страховые компании. Используя свои юридические права, пациенты часто пытаются получить полный комплекс лечения в рамках ДМС (лечение как по страховым, так и по нестраховым событиям). Действия участников внутри системы создают добавочную стоимость, которая порождает дополнительные расходы (в основном административные), что отражается на качестве услуг.

Конкуренция в целях увеличения собственной выгоды. Борьба за изменение затрат сводится к стремлению участников получать бóльшие выгоды для себя, нежели улучшить результативность лечения. Как результат, лечебно-профилактические учреждения, ассоциации врачей, поставщики медикаментов объединяются. Целью таких объединений можно считать получение дополнительных прибылей и скидок, перераспределение расходов. Качество и эффективность уходят на второй план, дополнительная ценность для потребителя сводится к минимуму.

Предложение высоких скидок с целью увеличить поток пациентов приводит к разнице в цене для различных групп потребителей. Система скидок привлекательна для страховщиков и крупных работодателей, но в то же время это отрицательный аспект для индивидуально застрахованных и незастрахованных пациентов.

Конкуренция для увеличения числа застрахованных и сокращения перечня медицинских услуг. Стремление к приобретению большего влияния на рынке заставляет страховые организации объединять свои усилия для увеличения числа застрахованных. Даже если их будет больше, это не окажет существенного влияния на изменение цены медицинской услуги. Конкуренция в борьбе за потенциальных страхователей сводится к привлечению пациентов с низкой вероятностью заболеть либо больших коллективов. Если застрахованный имеет высокий показатель заболеваемости, страховщик может ограничить перечень страховых случаев, оплачиваемых по программе, для увеличения результативности своей работы. Таким образом снижают ценность страхования, вместо того чтобы использовать основной принцип медицинского страхования (здоровый платит за больного) и выгоды от конкуренции для разрешения этих сложных вопросов и увеличения числа застрахованных.

На практике не всегда обеспечивается скоординированность цепочки предоставления медицинской помощи, то есть различные медицинские назначения не всегда представляют целый комплекс. Такая фрагментарность услуг снижает ценность страхования для пациента.

Конкуренция для снижения затрат участников. Конкуренция направлена на снижение стоимости за счет сокращения видов медицинской помощи или снижения уровня оказываемых услуг. Страховщики отказываются платить за некоторые виды помощи и ограничивают потребительский выбор. Как только в программе страхования появляется много исключений, она перестает быть привлекательной для потребителя, что приводит к уменьшению спроса на услуги страховых компаний и, как следствие, к снижению их доходов. Не только страховые компании, но и медицинские учреждения ограничивают доступ к новым методам лечения.

Следует различать конкуренцию между лечебными учреждениями и между страховыми компаниями. Конкурентоспособность лечебного учреждения можно рассматривать как на макроуровне (в области взаимодействия с медицинскими организациями, выступающими в роли реальных конкурентов) и на микроуровне (в рамках самостоятельной деятельности учреждения, в его внутренней среде).

К факторам конкуренции между поставщиками медицинских услуг следует относить:

- количество предоставляемых услуг, определяемых в соответствии с потребностями застрахованных и потребностями рынка;
- наличие лицензий на оказание услуг и различные виды медицинской деятельности (сферу деятельности медицинского учреждения);
- систему предложения медицинских услуг, соответствие набора и стоимости услуг;
- степень соответствия выполненного или назначенного лечения медицинским стандартам и особенностям пациента;
- выраженная степень удовлетворения пациента как потребителя медицинских услуг. В ДМС медицинские учреждения предоставляют услуги по запросу страховой компании, которая, в свою очередь, реагирует на потребности застрахо-

ванных. Эффективное предоставление медицинских услуг может быть обеспечено в результате конкуренции участников и работы системы контрактации посредников с пациентами при покупке услуг;

- эффективное распределение ресурсов, то есть баланс потребностей в медицинской помощи и имеющихся возможностей [108; 112; 127].

Комплексный анализ условий конкуренции позволяет предложить мероприятия для увеличения ее эффективности [13; 70; 76; 127; 140]. В табл. 2.1 представлены необходимые условия и возможные мероприятия по обеспечению конкуренции в медицинском обеспечении. В литературе были разработаны следующие условия, способствующие эффективной конкуренции в медицинском обеспечении:

- отказ от чрезмерной консолидации: страховые компании должны конкурировать между собой на основе качества и цены конкретных услуг;
- соблюдение антимонопольного законодательства, которое будет способствовать здоровой конкуренции;
- создание возможности для безболезненного ухода с рынка слабых страховых компаний и защита интересов застрахованных в этом случае;
- снятие ограничений на повышение цен, это будет способствовать внедрению новых лекарств и медицинского оборудования; в данном случае у потребителя будет вариант выбора и по цене, и по качеству [61];
- повышение ответственности пациентов, на которых возлагается часть платежа в случае предоставления недостоверной информации при заключении договора страхования [30; 43; 101; 127].

Кроме того, данный перечень рекомендаций необходимо дополнить мерами, которые позволят сбалансировать стимулы плательщиков и пациентов. Прибыль плательщиков должна непосредственно зависеть от качества оказываемых клиенту услуг. Пациенты должны иметь доступ к высококачественным услугам [139]. Объединения пациентов в группы потребителей и создание хорошо организованной сети страховщиков недостаточно для достижения этих целей. Если не будут скорректированы сами стимулы, пла-

Таблица 2.1. Мероприятия по формированию конкурентной среды на рынках медицинских услуг

Уровень	Мероприятие
Пациент	Равный доступ к выбору поставщиков медицинских услуг. Возможность выбора лечащего врача. Обеспечение свободного доступа пациентов в медицинские учреждения. Юридическая защита прав пациентов. Предоставление информации о качестве предоставляемых услуг. Повышение ответственности пациентов, на которых возлагается часть платежей в случае предоставления недостоверной информации при заключении договора страхования. Получение полной и достоверной информации о поставщиках конкретных видов услуг
Лечебное учреждение	Лицензирование и стандартизация медицинской помощи. Предоставление права на получение прибыли для ЛПУ. Введение системы фиксированных контрактных соглашений об оплате, системы выполнения планов (по количеству и качеству медицинских услуг). Соблюдение профессионально-этических норм. Разработка и внедрение системы контроля качества (стандартов) оказываемых медицинских услуг. Предоставление возможности модернизации медицинских учреждений в соответствии с динамикой рынка медицинских услуг. Обеспечение непрерывного обучения персонала. Снятие ограничения на повышение цен
Страховая компания	Предоставление свободы коммерческого инвестирования в сектор здравоохранения. Обеспечение информационной прозрачности рынка медицинских услуг. Введение стандартов качества медицинских услуг. Введение четкого перечня услуг, финансируемых из бюджета, и перечня платных услуг. Соблюдение антимонопольного законодательства. Создание возможности безболезненного ухода с рынка слабых страховых компаний и защиты интересов застрахованных в этом случае. Обеспечение участия страховых организаций в разработке системы параметров для составления рейтинга медицинских учреждений. Возложение частичной юридической ответственности за результаты оказываемого лечения на посредников-страховщиков. Участие в разработке системы параметров для составления рейтинга медицинских учреждений

тельщики будут и дальше пытаться перераспределять расходы вместо того, чтобы найти для своих клиентов высококачественные услуги, и продолжать манипулировать правилами оплаты, не заботясь о повышении качества услуг

В системе медицинского страхования Санкт-Петербурга существуют некоторые противоречия. Основными проблемами являются несбалансированность программ страхования и их финансового обеспечения, а также низкий уровень управления в отрасли медицинского обеспечения. Разработанные рекомендации можно применить в системе ДМС Санкт-Петербурга, предварительно рассмотрев региональные особенности рынка ДМС.

2.2. СТРУКТУРА МОДЕЛИ ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

В зависимости от перечня услуг, предоставляемых в рамках социального обеспечения, выделяют либертарианский и эгалитаристский подходы.

Либертарианский подход предполагает предоставление только жизненно необходимых услуг, то есть введение минимального единого стандарта оказания медицинской помощи. Дополнительные услуги, не входящие в перечень услуг в рамках государственного обеспечения, предоставляются по принципу дополнительного страхования. Вмешательство государства должно быть незначительным и ограничиваться только обеспечением минимальных стандартов медицинской помощи. В общей структуре медицинского обеспечения преобладает доля частного (добровольного) страхования.

Эгалитаристский подход, напротив, предполагает преобладание государственного сектора медицинской помощи [85]. Справедливость в распределении медицинских услуг выражается в предоставлении равных прав на получение медицинской помощи в соответствии с потребностью в них, установлена прямая зависимость расходов на лечение от потребности в нем, что предполагает прогрессивную систему оплаты через налогообложение. В рамках данного подхода существуют два варианта распределения медицинской помощи: вертикальный и горизонтальный.

В условиях конкурентного рынка распределение медицинских услуг не отвечает ни одной из вышеперечисленных концепций.