

РЫНОК МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ И ЕГО ОСОБЕННОСТИ

В статье приводится всесторонняя характеристика рынка медицинских услуг, выделены специфические черты данного рынка.

Анализируя рынок, автор обозначил ключевые моменты, которые ограничивают влияние рыночного механизма, и обосновал необходимость участия государства в регулировании и развитии рынка медицинских услуг.

Ключевые слова: рынок медицинских услуг, провалы рынка, медицинские услуги как блага, конкуренция, частное, государственное и смешанное финансирование, государственное вмешательство.

N.Yu. Novoselcev

MARKET OF MEDICAL SERVICES AND ITS FEATURES

The article gives a comprehensive description of the medical services market, highlighted specific features of the market. Analyzing the market, the author outlined the key points that limit the influence of market mechanism and the rationale for government involvement in regulating and developing the market of medical services.

Keywords: market of medical services, market failures, medical services as good, competition, private, public and mixed funding, state interference.

Одной из наиболее актуальных проблем экономического развития России является низкая эффективность управления развитием здравоохранения. Об этом свидетельствует сохраняющаяся тенденция сокращения численности населения из-за существенного превышения смертности над рождаемостью. Так, начиная с 1992 г. наша страна каждый год теряет в среднем 836 тыс. человек. Одной из основных причин сохранения этой тенденции является низкое качество медицинских услуг. Повышению эффективности здравоохранения в России должно способствовать применение маркетингового подхода, в широком смысле этого слова, в хозяйственном механизме сферы здравоохранения как способа выявления общественных потребностей в медицинских услугах и эффективного их удовлетворения.

Исходя из этого, в данной статье, рассмотрен рынок медицинских услуг, с точки зрения маркетингового подхода.

В статье дается многосторонняя характеристика медицинской услуги, из которой вытекает наличие разных форм реализации медицинских услуг и особенности рынка в отрасли здравоохранения. Сочетание разных форм реализации медицинских услуг на практике проявляется

¹ Аспирант кафедры экономики НОУ ВПО «Российский новый университет».

в особенностях национальных систем организации здравоохранения. Услуги здравоохранения – это деятельность производителей медицинских услуг, которая имеет своим результатом полезный эффект поддержания и укрепления здоровья. Продукт данной деятельности образуется в процессе оказания медицинской услуги. Можно сказать, что задача медицинской деятельности – довести неблагоприятное состояние человека до состояния, которое можно считать благом.

Медицинские услуги обладают рядом специфических черт:



Рис. 1. Свойства медицинских услуг

Во-первых, услуги здравоохранения проявляются через их воплощение в самом человеке и имеют в большинстве своем вид нематериальных услуг (неосязаемость). Неосязаемость услуг проявляется прежде всего в невозможности продемонстрировать их эффект конкретному пациенту вплоть до непосредственного предоставления. Ни один пациент не может заранее оценить полезный эффект и побочные действия оказываемых ему услуг.

В то же время, часть медицинских услуг имеет помимо нематериального проявления и товарную составляющую. Например, установка внутрисосудистых стентов, кардиостимуляторов, ортопедических протезов, использование пломбирочного материала, зубных коронок и протезов, пересадка органов и т.п. Таким образом, часть медицинских услуг содержит как нематериальные, так и товарные (вещественные) компоненты.

Во-вторых, услуги здравоохранения почти всегда предназначены конкретному человеку и имеют индивидуальный характер. Качество медицинской услуги во многом определяется исходным состоянием потребителя (пациента). Это приводит к сложности прогнозирования ожидаемого эффекта, а следовательно, – к высокой степени индивидуализации процесса производства медицинской услуги.

В-третьих, услуги здравоохранения не могут накапливаться, сохраняться в течение определенного отрезка времени. В отличие от товаров медицинского назначения, медицинские услуги не подлежат хранению и накоплению. Эти услуги нельзя заготовить и хранить до появления спроса, а затем предоставить на рынок. Услуга не существует до ее воплощения, что делает невозможным сравнение и оценку услуги до ее получения. Сравнить можно только ожидаемые и полученные результаты и выгоды.

В-четвертых, важная особенность медицинских услуг это неоднородность качества. Во многом качество медицинских услуг зависит от того, как и в каких условиях они оказываются. Например, это может быть начинающий врач или опытный доктор, условия небольшой больницы или крупная многопрофильная клиника, дневное или ночное время (что напрямую связано с усталостью персонала) и т.п.

Всемирная ассоциация здравоохранения [10] дает следующее определение качества медицинских услуг – это совокупность их характеристик и свойств, имеющих эмпирическую природу и способных удовлетворять установленным требованиям. Качество медицинской услуги формируется в результате согласования желаний пациентов получить пользу от ее предоставления с реально ощутимым восприятием от ее потребления.

Так же хотелось бы упомянуть, что услуги здравоохранения часто имеют сложную структуру, то есть являются результатом деятельности нескольких уровней медицинских работников. На эту особенность влияет непрерывно возрас-

тающая техноёмкость современной медицины. Например, выделяют диагностические медицинские услуги различных врачей.

Медицинские услуги как блага

В процессе функционирования рынка создаются блага, которые можно разделить на экономические (дефицитные) и свободные (неограниченные). Медицинская услуга является экономическим благом, т.к. обладание этим благом представляет собой для субъекта результат отказа от обладания другим благом. В настоящее время, учитывая непрерывное возрастание потребности людей в высокотехнологичных способах диагностики и лечения, в высокоэффективных лекарственных средствах и изделиях медицинской техники, значительная часть медицинских услуг относится к дефицитным экономическим благам.

Любое экономическое благо, создаваемое в экономике, можно охарактеризовать с позиции двух свойств – несоперничества и неисключаемости.

Несоперничество предполагает, что при добавлении еще одного потребителя положение остальных не ухудшается: данное благо достается всем в одинаковом количестве. *Соперничество* означает, что благо принадлежит только одному индивиду и, пользуясь им, он уменьшает количество блага, доступного другим людям.

Неисключаемость предполагает невозможность запретить кому-либо пользоваться благом. *Исключаемость* означает, что создаются барьеры, лишаящие других индивидов возможности потреблять благо. Такими барьерами могут быть назначение цен, патентование, реализация прав частной собственности и т.д.

В зависимости от сочетания названных свойств блага могут быть *общественными, частными и смешанными*.

Медицинская услуга является частным благом, если при потреблении ее одним лицом она не может быть одновременно потреблена другим. При данном условии медицинская услуга обладает принципом исключительности и соперничества. Например, диагностическая процедура. Лечебные услуги получаемые одним пациентом, не могут быть использованы другими. В данном случае медицинская услуга является и объектом соперничества.

Принципы исключительности и соперничества играют важную роль в сфере создания медицинских услуг как *частных благ*.

Создание таких медицинских услуг ориентировано на типичных потребителей – покупа-

телей. Их выбор и предпочтение служит основным рыночным сигналом для производителей в отношении объема поставки медицинских услуг на рынок.

Рассматривая медицинские услуги в качестве частных благ, учитывая специфику формирования спроса и предложения, можно сделать вывод о том, что процесс их воспроизводства целесообразно осуществлять посредством рыночных отношений. На рынке общественного здоровья к частным благам относятся фармацевтические средства, лечебно-диагностические, санаторно-курортные услуги, медицинская техника и т.п.

Вместе с тем, часть медицинских услуг являются благом общественным.

Общественные блага (public goods) – это товар или услуга, при предоставлении которых одному индивиду они становятся доступными и другим без дополнительных затрат. Таким образом, можно сказать, что для общественных благ характерны свойства неоперничества и неисключаемости.

Наличие свойства *неисключаемости* порождает проблему «безбилетника». Поскольку доступ к благу открыт независимо от того, оплатил индивид его потребление или нет, частной фирме затруднительно собрать плату для покрытия издержек деятельности. В этом случае государство обладает легальным правом принуждения, собирает налоги, из которых финансируются издержки. Данное свойство медицинских услуг как общественных благ относится к *провалам рынка*.

Для того чтобы избежать негативных социально-экономических последствий провала рынка, следует определить, какой субъект экономики будет решать следующие вопросы: сколько такого рода медицинских услуг требуется обществу в конкретный момент времени и на какие затраты в связи с этим готово общество. В современной рыночной экономике решение таких вопросов возлагается на государство. Именно оно через реализацию функций здравоохранения предоставляет населению так называемые общественные блага.

Мировой опыт свидетельствует, что государство оказывает существенное воздействие на процесс создания и предоставления медицинских услуг населению.

К потребностям общества, включаемым в «государственную» нишу, относятся:

- потребности в чистых общественных благах;
- потребности в ряде квазиобщественных благ;

- потребности в смешанных благах, которые являются исключаемыми и конкурентными (с положительными качествами – лекарственные препараты, медицинская техника и др., с отрицательными качествами – алкоголь, табак и т.п.);

- потребности в социально значимых благах;
- потребности в ряде частных экономических благ (возникающих при определенных условиях), связанных с предупреждением и ликвидацией последствий природных и экологических катастроф, эпидемий.

Объем потребления медицинских услуг не может определяться только уровнем платежеспособности человека. Это особенно очевидно в тех случаях, когда для уменьшения страданий и спасения жизни человека требуется экстренная медицинская помощь.

Необходимость корректировки рыночного механизма распределения ресурсов диктуется и тем обстоятельством, что лица с низким доходом имеют наибольшую потребность в медицинской помощи. Они имеют худшие условия жизни и труда, соответственно показатели их здоровья ниже, чем у обеспеченных слоев населения.

Обеспечение равных возможностей в потреблении медицинских услуг диктует необходимость перераспределения бюджета здравоохранения в пользу наиболее нуждающихся – стариков, детей, лиц с низким доходом, хронических больных и т. д. Основой развития отрасли становится *принцип общественной солидарности: богатый платит за бедного, здоровый – за больного*. Реализация этого принципа требует активного вмешательства государства.

Следует признать, что наличие свойств общественного блага лишь в малой степени объясняет нарушение рыночного механизма в здравоохранении. Исходя из классификации медицинских услуг как благ, мы можем выделить различные формы реализации медицинских услуг:

- платные медицинские услуги;
- бесплатные медицинские услуги.

Существуют также другие характеристики медицинских услуг, которые определяют как *провалы рынка* [1].

Главная особенность медицинских услуг – это наличие провалов рынка:

1. Информационная асимметрия

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. Ведь потребитель медицин-

ских услуг не обладает теми знаниями, которые позволяли бы ему осуществлять рациональный выбор медицинской помощи приемлемого качества. Обычно он полагается на мнение других потребителей и мнение врача, предлагающего ему варианты. Чем больше число вариантов, тем выше затраты.

Существует сформулированная зависимость: чем более информирован потребитель и меньше издержки поиска, тем рыночная структура ближе к модели «совершенной конкуренции» [2].

У потребителя 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 неспособностью человека и экстренным характером потребления 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 [3].

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 оказания чрезмерного объема услуг. Такой спрос порождает сильные затратные тенденции в здравоохранении.

Другое последствие информационной асимметрии – 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.

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.

2. Риски и неопределенность потребительских ожиданий

Люди вынуждены учитывать, что в случае серьезных заболеваний рынок медицинских услуг не обеспечивает достаточной защиты от больших затрат, что заставляет их прибегать к рынку страховых услуг.

Чтобы избежать больших единовременных затрат, человек в ситуации неопределенности склонен прибегать к различным формам страхования: здоровые люди вносят определенные суммы в *страховой пул*, который управляется чаще всего страховой компанией, а затем получают возможность лечиться за счет собранных средств.

Но рынок страховых услуг также может не решить проблем больных людей. Дело в том, что страховая компания заинтересована в том, чтобы иметь дело с относительно здоровыми категориями населения и избегать тяжело больных людей, чье лечение требует больших затрат. Чтобы обеспечить доступ населения к страховым и медицинским услугам, требуются различные формы государственного регулирования.

3. Ограничения конкуренции производителей медицинских услуг

Во многих странах больницы построены по принципу разделения уровней оказания медицинской помощи. Разные уровни оказания помощи обычно различаются по оснащению, квалификации персонала и набору услуг. Неоднородность стационаров также сужает сферу потенциальной конкуренции. Относительно простые заболевания лечатся в небольших стационарах, приближенных к месту жительства людей, более сложные – в крупных региональных и центральных медицинских центрах. Отсюда фактор, сдерживающий конкуренцию, – *необходимость построения иерархической системы оказания стационарной помощи*.

Для того чтобы осуществлять медицинскую деятельность, врачи должны иметь определенный уровень подготовки, отвечающий установленным требованиям. Уже одно это несколько сдерживает конкуренцию. В ряде стран (прежде всего, в США) действующие врачи, объединенные во врачебные ассоциации, лоббируют ограничение приема студентов в медицинские учебные заведения и устанавливают искусственно завышенные требования к лицензированию врачебной практики. Отсюда, еще один фактор – *ограничение на приток трудовых и материальных ресурсов*.

Больницы и другие медицинские учреждения должны быть укомплектованы и оснаще-

ны на основе действующих стандартов. Нередко в стандарт входят требования к минимальному объему сложных работ, требующих особой квалификации и постоянной практики. Например, в США больница не имеет права делать хирургические операции на открытом сердце, если в предшествующий год их было проведено менее 150. Соответственно, такая больница не может претендовать на получение контракта.

В России сдерживающим фактором является отсутствие разделения функций больниц по уровню интенсивности стационарной помощи. Это привело к тому, что каждая больница выполняет множество неоднородных работ и по определению должна быть крупной. Это еще более усиливает монополизм отдельных больниц и сдерживает развитие конкуренции между ними. Поэтому актуальным остается поиск механизмов, стимулирующих конкуренцию производителей медицинских услуг.

Сочетание разных форм реализации медицинских услуг на практике проявляется в особенностях национальных систем здравоохранения.

Существующие в настоящий момент *национальные системы здравоохранения развитых стран основаны на различном сочетании трех исторически возникших основных систем организации здравоохранения:*

- 1) система частного финансирования здравоохранения;
- 2) система обязательного медицинского страхования (социального медицинского страхования);
- 3) система бюджетного финансирования здравоохранения.

Рассмотрим их подробнее.

Система частного финансирования здравоохранения

Эта система основана на принципах рыночного взаимодействия между поставщиками медицинских услуг и их потребителями (пациентами), а также финансовыми посредниками (страховщиками) и работодателями, добровольно несущими расходы по оплате медицинской помощи своим работникам (рис. 2).

Источниками средств для оплаты медицинской помощи являются индивидуальные доходы граждан и средства работодателей. Граждане либо оплачивают медицинские услуги непосредственно при обращении за медицинской помощью, либо прибегают к добровольному медицинскому страхованию и приобретают медицинские страховки.

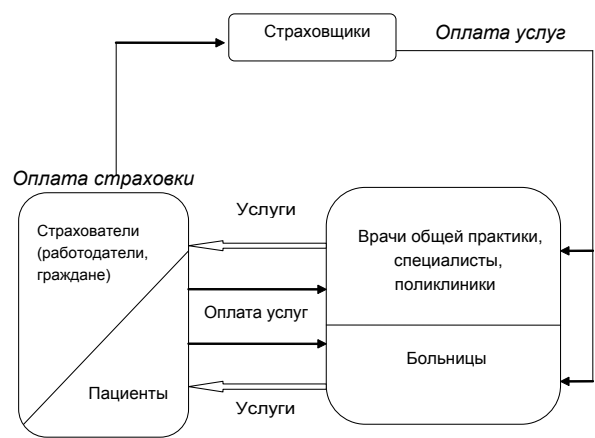


Рис. 2. Система частного финансирования здравоохранения

Добровольное медицинское страхование обеспечивает солидарное участие граждан в финансировании здравоохранения по принципу «здоровый платит за больного». Его субъектами являются страховщики, страхователи и застрахованные.

Для частной системы финансирования здравоохранения характерна конкуренция между страховщиками. Они предлагают различные виды страховых программ, имеющих разную стоимость и разные условия оказания медицинской помощи. Виды и объемы медицинских услуг, зависят от того, сколько они или их работодатели заплатили за страховку. При этом страховщики обычно различают тарифы страховых взносов в зависимости от возраста страхующихся, а иногда и в зависимости от перенесенных ими ранее заболеваний. Таким путем осуществляется учет риска заболеваемости в цене страховки. Страховые организации аккумулируют взносы застрахованных и из этих средств оплачивают их лечение. Разница между суммой собранных взносов и расходами на оплату услуг врачей и медицинских организаций и ведение страхового дела составляет прибыль страховщиков.

Система обязательного медицинского страхования

Эта система впервые была создана в Германии в 1883 г. по инициативе канцлера О. Бисмарка. Поэтому часто ее называют *системой Бисмарка*.

Источниками финансирования медицинской помощи в рассматриваемой системе являются страховые взносы, которые в обязательном порядке уплачивают определенные категории страхователей. Страхователями работающего населения выступают сами работающие и (или) их

работодатели. Государство обязывает их производить взносы на ОМС.

Страхование неработающего населения может производиться несколькими способами. Один состоит в том, что вместе с работающими страхуются неработающие члены их семей и соответственно суммы, уплачиваемые работающими или работодателями, выступают страховыми взносами за работающих и членов их семей. Второй способ заключается в том, что страховые взносы за неработающее население оплачиваются из средств государственного бюджета или внебюджетных фондов. Например, взносы за лиц старше трудоспособного возраста перечисляются пенсионными фондами, а безработных – фондами занятости.

Страховщиками в системе ОМС выступают специализированные страховые организации, которые в разных странах имеют разные названия и статус. Например: во Франции – фонды, в Германии – больничные кассы, в России – страховые медицинские организации.

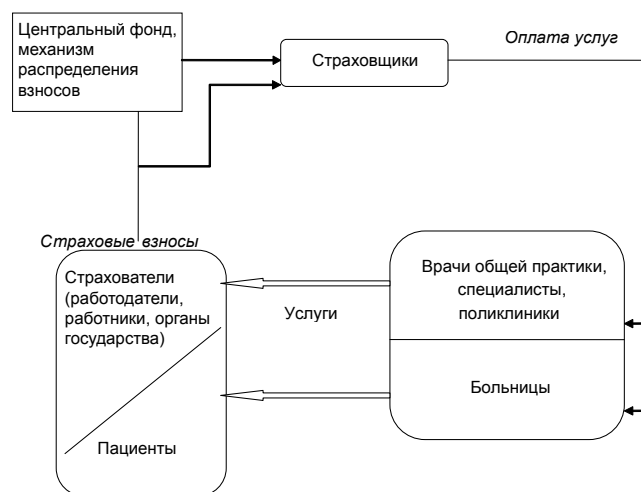


Рис. 3. Система обязательного медицинского страхования

Страховщик в системе ОМС обязан страховать всех лиц, живущих на данной территории или имеющих определенную профессию вне зависимости от их возраста и здоровья. А распределение лиц по риску заболеваемости неравномерно по территории страны и сферам деятельности. Поэтому неизбежны различия в возрастной структуре и состоянии здоровья застрахованных у разных страховщиков. А следовательно, будут существенно различаться и необходимые расходы на оказание медицинской помощи в расчете на одного застрахованного, которые должны производить страховщики. Поэтому в системе ОМС происходит перераспределение взносов, поступающих к страховщикам. Оно

либо осуществляется самими страховщиками по установленным государством правилам, либо производится специально созданным для этой цели центральным фондом.

В системе ОМС страховщики несут ответственность за предоставление и оплату медицинской помощи застрахованным и обеспечивают решение этой задачи, заключая контракты с поставщиками медицинских услуг.

Система бюджетного финансирования здравоохранения

Исторически эта система в общенациональном масштабе впервые возникла в СССР в 1930-е гг. За рубежом ее часто называют *системой Семашко* – по имени тогдашнего наркома здравоохранения СССР Н.А. Семашко, руководившего ее созданием. В странах с рыночной экономикой аналогичная по принципам система была впервые создана в Великобритании в 1948 г. по инициативе У. Бевериджа. С точки зрения принципов финансирования эти два вышеуказанных названия обозначают одну и ту же систему. Различия между ними состоят в организации оказания медицинской помощи. В системе Семашко не было частнопрактикующих врачей, и первичная медицинская помощь оказывалась участковыми терапевтами и педиатрами, работавшими в государственных поликлиниках.

В системе Бевериджа первичная медицинская помощь, а также часть специализированной помощи, осуществляется частнопрактикующими врачами. Стационарная помощь в системе Семашко оказывается только государственными больницами и диспансерами, а в системе Бевериджа – преимущественно государственными больницами, но также и частными клиниками, финансируемыми государством.

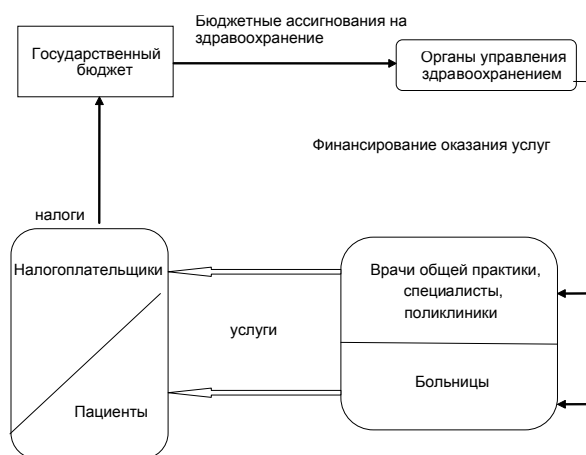


Рис. 4. Система бюджетного финансирования здравоохранения

В рассматриваемой системе финансирование медицинской помощи производится из средств государственного бюджета, формируемых за счет общего налогообложения. Распорядителями средств выступают государственные органы управления здравоохранением. Они оплачивают медицинскую помощь, оказываемую гражданам частнопрактикующими врачами и медицинскими организациями, которые в основном являются государственными.

Анализ рынка медицинских услуг показывает, что для его нормального функционирования необходимо вмешательство государства, которое позволит снизить отрицательные последствия циклического развития.

Литература

1. Dranove, David and Satterthwaite Mark. The Industrial Organization of Health-Care Markets. – 2000.

2. McPake Barbara, Normand, Charles, E.M. Normand. Health Economics: An International Perspective. – 2005.

3. Шейман, И.М., Теория и практика рыночных отношений в здравоохранении. – М.: Издат. дом ГУ ВШЭ, 2008.

4. Шейман, И.М., Шишкин С.В., Колосницына М.Г. Экономика здравоохранения. – М.: Издат. дом ГУ ВШЭ, 2009.

5. Полунина, Н.А. Общественное здоровье и здравоохранение : учебник – М.: МИА, 2010.

6. Солтман, Р.Б. и Фигейрос, Дж. Реформы систем здравоохранения в Европе. Анализ современных стратегий / пер. с англ. – М.: Гэотар медицина, 2000.

7. <http://www.rosmedstrah.ru>

8. <http://www.minzdravsoc.ru/>

9. <http://www.oecd.org/>

10. Всемирная ассоциация здравоохранения. Электронный ресурс: <http://www.who.int/ru/>