

Экономика здравоохранения

Под редакцией
М.Г. Колосницыной, И.М. Шеймана, С.В. Шишкина

2-е издание, переработанное и дополненное

Министерство образования и науки РФ

Рекомендовано ФГАУ «Федеральный институт развития образования»

в качестве **учебника** для использования в учебном процессе образовательных организаций, реализующих программы высшего образования по направлению подготовки 38.04.01 «Экономика» (уровень магистратуры);

учебного пособия для использования в учебном процессе образовательных организаций, реализующих программы высшего образования по направлению подготовки 31.05.01 «Лечебное дело», 31.05.02 «Педиатрия», 31.05.03 «Стоматология»



Москва
ИЗДАТЕЛЬСКАЯ ГРУППА
«ГЭОТАР-Медиа»
2018

Глава 9

КВАЗИРЫНОЧНЫЕ ОТНОШЕНИЯ В СИСТЕМЕ ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

В главах 2 и 4 представлены специфические характеристики рынков медицинских и страховых услуг. Ситуация в отрасли, по выражению известного американского экономиста У. Хсияо, — «искаженная экономика», т.е. экономика, в которой могут действовать рыночные силы, но их влияние на параметры «продукта» (объем услуг, их цену и качество) может существенно отличаться от большинства других товарных рынков [160].

Возможности использования рыночных механизмов сильно различаются в зависимости от базовых условий организации медицинской помощи. В США сложилась преимущественно частная система оказания и финансирования медицинской помощи: в секторе амбулаторной помощи действуют частные врачебные практики, в больничном секторе — преимущественно частные коммерческие и некоммерческие организации. Основной источник финансирования — ДМС. Государство покрывает расходы на медицинскую помощь только пожилым людям (программа «Медикер») и бедной части населения (программа «Медикейд»). В этой среде роль конкуренции поставщиков медицинских услуг и страховщиков весьма значительна.

Иная ситуация сложилась в европейских странах. Здесь действует преимущественно государственное финансирование здравоохранения, велика доля государственной собственности, сильнее выражено государственное регулирование, а самое главное — выше роль принципа общественной солидарности. Политика в области здравоохранения основана на обеспечении равенства и доступности медицинской помощи, снижении финансового бремени расходов лиц с наибольшими потребностями в лечении. Это предполагает широкое использование механизмов перераспределения финансовых средств в пользу лиц с высокими рисками заболеваний.

В подобной среде роль рыночных отношений по определению ниже. Тем не менее в последние 1–2 десятилетия в ряде европейских стран

предпринимаются серьезные попытки активизировать действие рынка, создать условия для конкуренции как покупателей, так и поставщиков медицинских услуг (см. главу 10). Теоретической базой нового курса стали модели квазирыночных отношений в здравоохранении. Одновременно формируется противоположный подход, делающий акцент на институциональные факторы повышения эффективности функционирования здравоохранения и отводящий рынку второстепенную роль. В контексте реформы здравоохранения России наибольший интерес представляют теоретические модели, описывающие отношения в государственном, а не в частном здравоохранении.

9.1. ГЛАВНЫЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ КВАЗИРЫНОЧНЫХ ОТНОШЕНИЙ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ

Эти отношения заметно отличаются от классической рыночной модели. По существу, речь идет о **конструировании рынка с использованием некоторых инструментов предпринимательского поведения** для обеспечения приоритетных задач политики здравоохранения. Поэтому в экономической литературе модели внутреннего рынка и регулируемой конкуренции рассматриваются как имитация рынка или как «квазирынок» [235]. Рассмотрим важнейшие отличительные особенности квазирыночных отношений.

- **Ограниченная роль ценового фактора.** Потребители медицинских услуг в общественных системах здравоохранения либо совсем не платят за них, либо делают фиксированные соплатежи, размер которых установлен законодательством (глава 2). В этой ситуации их предпочтения реализуются финансирующей стороной — страховщиком в системе ОМС или органом государственного управления в бюджетных системах здравоохранения. Во многих странах предпринимаются меры по превращению финансирующей стороны в коллективного покупателя медицинской помощи, способного отбирать наиболее эффективные звенья оказания медицинской помощи. Однако непосредственно для потребителя ценовой сигнал выражен слабо или отсутствует полностью.
- **Ограниченное развитие коммерческого сектора.** На этом рынке действуют преимущественно некоммерческие организации, в деятельности которых по сравнению с коммерческими организациями относительно слабо выражены мотивы повышения доходности. Во многих странах расширяется использование механизмов,

свойственных коммерческому сектору, на основе повышения автономии поставщиков медицинских услуг, повышения их финансовой ответственности за результаты своей деятельности.

- **Недостаточно развитые рынки труда и капитала.** В государственных системах здравоохранения гибкость рынка труда ограничивается действующими системами национальных или региональных соглашений между правительством и профсоюзами врачей и медицинских работников, устанавливающими ставки оплаты труда, условия найма и увольнения и пр. Как правило, эти соглашения ограничивают возможности использования систем оплаты труда по результатам и сдерживают увольнения. Доминирование некоммерческого сектора, слабость ценового сигнала в сочетании с действием политических факторов (трудно закрыть ненужную больницу, уволить персонал) определяют относительную устойчивость сложившейся сети медицинских организаций. Традиционные системы планирования мощностей медицинских организаций (см. главу 10) также сдерживают свободное движение труда и капитала.
- **Конкуренция в ситуации твердого бюджета здравоохранения.** Системы бюджетного финансирования имеют твердый бюджет, в системах ОМС также устанавливается бюджет или действуют ограничения на приток средств за счет повышения страховых взносов. Государство осуществляет финансовый контроль ресурсов здравоохранения. Как следствие — отсутствует конкуренция здравоохранения с другими отраслями в привлечении средств потребителей. Эта характеристика рынка в целом не ставится под сомнение, но предполагается, что расширение потребительского выбора будет сигнализировать о реальных потребностях населения, создавая условия для более обоснованных решений в отношении масштабов и структуры государственного финансирования отрасли.
- **Сохранение сильного государственного регулирования системы финансирования и оказания медицинской помощи.** Элементы рыночных отношений сочетаются с сохранением государственного регулирования здравоохранения. Наиболее важные его элементы — обеспечение равенства в доступности медицинской помощи для всех групп населения, планирование сети медицинских организаций, их лицензирование и аккредитация, управление системой договорных отношений, комплекс мер по сдерживанию затрат [50]. Все это в принципе сохраняется и в моделях квазиры-

ночных отношений, но в меньших масштабах и избирательно — в зависимости от эффективности действия рыночных механизмов.

Решающая роль в новой системе экономических отношений принадлежит коллективному покупателю медицинской помощи. Он призван оперативно реагировать на потребительский выбор и передавать сигналы поставщикам медицинских услуг. Его способность выполнять эту роль во многом определяется сложившейся структурой рынка покупателей медицинской помощи (рис. 9.1).

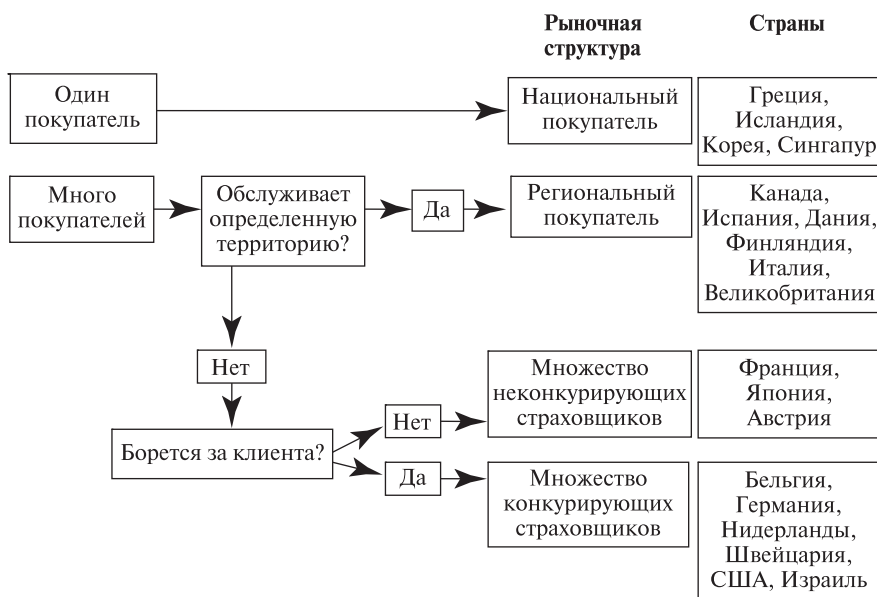


Рис. 9.1. Рыночная структура покупателей медицинской помощи [176]

Возможны рыночные структуры с одним или множеством покупателей медицинской помощи. В первом случае действует один страховщик или один орган государственного управления, который реализует функцию закупки медицинской помощи на общенациональном уровне. Во втором случае — несколько таких организаций. Они осуществляют свои операции по-разному: либо при жестком территориальном закреплении обслуживаемого населения, либо могут распространять свою деятельность на любые локальные рынки. В последнем случае возникает своя «развилка». Один вариант: покупатели медицинской помощи закрепляют за собой местные рынки решением правительства.

Например, во Франции автономные территориальные отделения национального страхового фонда (они выполняют функции страховщика по ОМС) получают право на обслуживание населения соседних территорий. Другой вариант: страховщики свободны в выборе сферы своей деятельности и могут конкурировать за потребителей. Именно этот последний вариант — главный объект конструирования квазирыночных отношений. Однако определенные механизмы предпринимательского типа используются и в странах с системой одного покупателя (договорные отношения, оплата за результаты деятельности и пр.).

Важно также подчеркнуть, что рыночная структура рынка покупателей медицинской помощи сама по себе не гарантирует достижения наиболее рациональной системы взаимодействия с поставщиками медицинских услуг. Множество конкурирующих страховщиков могут быть в одинаковой степени безразличны к эффективности использования ресурсов здравоохранения, считая, что это задача должна решаться силами органов управления здравоохранением и самих медиков (именно такая ситуация сложилась в системе ОМС России). Возможна и противоположная ситуация, когда один покупатель медицинской помощи отбирает лучшие медицинские организации, предпринимает комплекс мер по оптимизации издержек и повышению качества медицинской помощи. Отсутствие рыночного давления на страховщика компенсируется правильно выбранной управленческой стратегией и давлением государства [53].

Квазирыночные отношения реализуются в двух главных вариантах.

Первый — в системе ОМС, основанной на конкуренции страховщиков. Этот вариант получил название «модель регулируемой конкуренции» как теоретической основы рыночных реформ в ряде европейских стран (Германии, Нидерландах, Швейцарии, Бельгии, Чехии, Словакии) и Израиле.

Второй вариант — в бюджетной системе финансирования здравоохранения, основанной на разделении функций финансирования и оказания медицинской помощи. Этот вариант известен в экономической литературе как **модель внутреннего рынка**, ставшая основой рыночных реформ в Великобритании, Швеции, Италии, Финляндии, Испании.

9.2. МОДЕЛЬ РЕГУЛИРУЕМОЙ КОНКУРЕНЦИИ

Решающая роль отводится конкурирующим страховым посредникам, действующим в системе ОМС. Конкурируя между собой за привлечение застрахованных, они призваны «запустить» рыночные отношения

в собственно здравоохранении [106]. Один из идеологов этой модели, голландский экономист В. Ван де Вэн, дает ей следующее определение: «Регулируемая конкуренция — это свободный рынок, где ценообразование в принципе определяется рыночными силами, но в рамках нормативной базы, установленной государством в целях соблюдения принципа общественной солидарности и обеспечения эффективного функционирования рынка» [2].

Можно выделить следующие главные положения модели регулируемой конкуренции [247].

Расширение возможностей потребительского выбора. Исторически европейские системы ОМС складывались как неконкурентные даже в странах с множеством страховщиков (в начале 1980-х годов только в Германии 50% застрахованных имели право на выбор страховщика, в других странах такое право отсутствовало). Поэтому главным механизмом активизации рыночных сил стала **замена группового выбора работодателей индивидуальным выбором**. Для привлечения новых клиентов страховщики берут на себя многие несвойственные им ранее функции: предлагают новые услуги, создают условия для обеспечения качества медицинской помощи, стимулируют развитие видов помощи с наибольшей затратной эффективностью, обеспечивают более рациональную структуру системы здравоохранения.

Чтобы потребительский выбор реально влиял на действия страховщика и систему оказания медицинской помощи, необходимо обеспечить **экономическую мотивацию застрахованного к выбору страховщика**. Реально она возникает только тогда, когда застрахованный участвует в финансировании медицинского страхования, т.е. делает определенные страховые взносы в дополнение к взносам работодателя или государства. Возможность выбора более экономичной страховой программы — основа ценовой конкуренции страховщиков. При этом акцент делается на повышении ценовой эластичности спроса застрахованных, что предполагает достаточно «ощутимый» размер страхового тарифа.

Ценовая конкуренция в системе ОМС возможна только в том случае, когда страховщик вправе самостоятельно устанавливать размер страхового тарифа. Полная самостоятельность исключается солидарной природой этого вида страхования в европейских системах финансирования здравоохранения. В отличие от США, страховой взнос здесь носит обязательный характер. Государство либо устанавливает единый размер страхового взноса в виде процента от фонда оплаты труда (в большинстве стран с системами ОМС), либо допускает вариацию этого размера,

но в определенных пределах, чтобы иметь возможность обеспечить выравнивание условий финансирования конкурирующих страховщиков (в Германии, Швейцарии, Израиле). И в том, и в другом случаях модель регулируемой конкуренции исходит из расширения права страховщиков устанавливать размер страхового тарифа. Следовательно, первое основание для конкуренции страховщиков — это **возможность вариации цены участия застрахованных в системе ОМС**.

Ценовая конкуренция страховщиков, в свою очередь, предполагает усиление рыночного давления на медицинские организации: страховщик не просто оплачивает услуги медицинских организаций, а отбирает наиболее эффективные из них, участвует в выборе наиболее рациональных форм оказания услуг, т.е. добивается оптимизации затрат, позволяющей снизить размер страхового тарифа.

Потребительский выбор определяется не только ценой, но и качеством услуг. Застрахованный заинтересован в оптимальном для себя соотношении «цена—качество». Для этого он должен иметь необходимую информацию.

Итак, выбор страховщика и страховых программ должен быть:

- **индивидуальным**: выбирает не страхователь (прежде всего работодатель), а сам застрахованный;
- **информированным**: страхователь и страховщик предоставляют застрахованному необходимую информацию для сравнения страховых программ;
- **экономически мотивированным**: застрахованный сам делает страховые взносы в дополнение к страховым взносам работодателей.

Возможность установления дополнительных программ медицинского страхования. Исторически европейские модели ОМС складывались как универсальные системы государственных гарантий — с единым пакетом медицинских услуг, предоставляемых в рамках базовой программы ОМС. Модель регулируемой конкуренции допускает дополнительные программы, обеспечивающие расширение гарантий в отношении видов, объемов, порядка и условий оказания медицинской помощи. Страховщик, участвующий в реализации единой программы ОМС, вправе предлагать дополнительные программы медицинского страхования и самостоятельно определять страховые тарифы по этим программам. В результате застрахованные получают реальную мотивацию к выбору страховщика. Появляется возможность сравнивать различные наборы услуг и страховые тарифы на них. По существу, речь идет об **объединении ОМС и ДМС**, хотя страновые модели такого объединения существенно различаются.

Селективные договорные отношения между страховщиками и медицинскими организациями. Страховщик может выбирать медицинскую организацию и вступать с ней в договорные отношения. Он вправе устанавливать свои требования к доступности, качеству, формам организации медицинской помощи и пр., рассматривая требования, устанавливаемые государством, в качестве минимальных. Кроме того, ставится задача **постепенного отказа от регулирования цен**. В качестве первого шага — на рынке врачебно-амбулаторных услуг, где сильнее выражена конкуренция. Это означает переход от исторически сложившихся тарифных соглашений, т.е. коллективных договоров ассоциаций страховщиков с ассоциациями медицинских организаций, к индивидуальным договорам с отдельными медицинскими организациями.

В то же время государство оставляет за собой регулирование ряда наиболее важных условий договоров. В первую очередь это касается **минимального набора услуг и стандартов качества**. Такое регулирование необходимо для того, чтобы ограничить возможное оппортунистическое поведение медицинских организаций — предложение более низкой цены за счет сокращения пакета услуг и снижения их качества.

Распределение финансовых рисков между страховщиками и государством. По аналогии с ДМС страховщики в системе ОМС должны нести финансовые риски. Эти риски связаны с отклонениями фактических расходов на медицинскую помощь застрахованных от расходов, планируемых государством. Страховщики оплачивают медицинскую помощь не только в пределах полученных от государства средств, но и за счет собственных средств. Их неспособность уложиться в установленный порядок финансирования влечет за собой прямые экономические потери. При этом государство устанавливает конкретную пропорцию финансовых рисков, которые берут на себя страховщики и солидарный фонд.

Ответственность за финансовые риски — сильный фактор оптимизации издержек на оказание медицинской помощи. Индифферентный транслятор средств ОМС уступает место рациональному покупателю медицинской помощи, который определяет зоны неэффективности в здравоохранении и предпринимает меры по их ликвидации [264].

Демонополизация рынка медицинского страхования и медицинских услуг. Подчеркивается необходимость отказа от картельных соглашений страховщиков (тарифных соглашений). Каждый страховщик выступает в качестве самостоятельного субъекта рыночных отношений и напрямую взаимодействует с медицинскими организациями, согласовывая с ними главные параметры оказания медицинской помощи. Считается,

что коллективное регулирование рынка медицинского страхования противоречит принципу рыночного выбора и свободного ценообразования, поэтому влечет за собой консервацию неэффективности в системе оказания медицинской помощи [244].

Одновременно предпринимаются меры по демонополизации большого сектора здравоохранения, снятию ограничений на открытие новых врачебных практик, привлечению частного капитала. Подчеркивая важность конкуренции страховщиков (прежде всего ценовой), авторы модели регулируемой конкуренции признают, что решающий фактор активизации рыночных сил — конкурентная среда в системе оказания медицинской помощи. Ее надо целенаправленно формировать, и роль страховщиков при этом решающая.

Использование перечисленных рыночных механизмов, по замыслу авторов модели, позволит, во-первых, существенно ограничить сферу государственного планирования, во-вторых, постепенно вытеснить государство из области закупки медицинской помощи. **Главным покупателем услуг станут страховщики**, причем не их объединение (картель), а каждый отдельно взятый страховщик [2].

9.3. МОДЕЛЬ ВНУТРЕННЕГО РЫНКА

Модель внутреннего рынка отличается не только от «настоящего» рынка, но и от других рыночных моделей здравоохранения. Прежде всего, в ней не предусматривается конкуренция покупателей медицинской помощи, что вытекает из самой системы бюджетного финансирования отрасли: здесь отсутствует «третья сторона» в виде конкурирующих страховщиков.

Кроме того, в модели внутреннего рынка заметно уже набор параметров потребительского выбора. Данная модель разрабатывалась преимущественно для систем бюджетного финансирования Великобритании и Скандинавских стран, где подавляющая часть медицинской помощи оказывается на бесплатной основе и роль ценового сигнала для потребителей услуг практически отсутствует. Не ставится задача выбора конкурирующих пакетов государственных гарантий — рыночные отношения складываются в рамках универсальной системы гарантий.

Центральная идея модели внутреннего рынка — **разделение функций финансирования и оказания медицинской помощи** (*purchaser/provider split*). Суть этого подхода сводится к следующему.

Во-первых, прямое административное подчинение медицинских организаций органу управления здравоохранением уступает место их

взаимодействию на основе рыночной сделки и гражданско-правовых отношений между покупателем и поставщиком медицинской помощи: первый выступает в роли заказчика, второй — в роли исполнителя. Основа взаимодействия между ними — **договор**, определяющий объем, качество, цену медицинских услуг, а также взаимные обязательства по их выполнению.

Во-вторых, утверждается принцип **«деньги следуют за пациентом»**. Население может выбирать медицинские организации для получения медицинской помощи. Выбор потребителей — главный источник информации для покупателя медицинской помощи. Средства направляются в медицинские организации, в наибольшей мере отвечающие потребительским предпочтениям. Покупатель медицинской помощи не связан обязательствами приобретать всю необходимую медицинскую помощь в своем административном районе и вправе вступать в договорные отношения с любыми другими поставщиками услуг, в том числе частными.

В-третьих, покупатель медицинской помощи оплачивает не ресурсы, а конечные результаты деятельности медиков — объем медицинских услуг, соответствующих установленным стандартам качества.

Разделение функций финансирования и оказания медицинской помощи закладывает возможность создания конкурентного рынка медицинских услуг. Хотя такое разделение может осуществляться и в нерыночной среде, первые теоретические обоснования внутреннего рынка исходили из того, что новая система отношений должна способствовать конкуренции поставщиков медицинских услуг. Она возникает в результате конкурсного размещения заказа на оказание медицинской помощи. Отсутствие прямых обязательств содержания определенной государственной больницы может привести к передаче заказа другой больнице. Эта потенциальная угроза формулируется как «состязательные» рынки (*contestable markets*) и служит формой давления на поставщиков медицинских услуг [240].

Важное условие реализации функции закупки медицинской помощи — **хозяйственная самостоятельность государственных медицинских организаций**. Больницы остаются в собственности государства, но приобретают значительную автономию. Масштабы этой автономии сильно различаются в зависимости от действующего законодательства — от дополнительных прав в распределении дохода до передачи управления имуществом государственных учреждений прочим экономическим субъектам, в том числе коммерческим. При этом правительство сохраняет



Рис. 9.2. Модель внутреннего рынка

в своих руках стратегические рычаги контроля их деятельности. Комплекс отношений в модели внутреннего рынка представлен на рис. 9.2.

9.4. УСЛОВИЯ РЕАЛИЗАЦИИ МОДЕЛЕЙ КВАЗИРЫНОЧНЫХ ОТНОШЕНИЙ

Первое условие — **необходимость комплекса мер по нейтрализации селекции рисков**. Оно связано с тем, что в конкурентных системах ОМС повышается экономическая мотивация страховщиков к выбору наиболее здоровых контингентов населения («хороших рисков»), чьи расходы на медицинскую помощь ниже. В результате велика вероятность того, что вложения страховщиков в отбор рисков (маркетинговые стратегии, манипулирование страховыми программами и пр.) будут выгодней, чем меры по оптимизации издержек на оказание медицинской помощи, которые, по замыслу авторов моделей, должны стать основой

деятельности страховщиков. Кроме того, если не принять необходимых регулирующих мер, то конкуренция страховщиков может быть серьезным фактором «эрозии общественной солидарности» [110].

Поэтому модель регулируемой конкуренции предлагает набор требований, направленных на обеспечение равенства застрахованных: обязанность приема к страхованию всех граждан, процедура свободной приписки, запрет на индивидуальные проверки состояния здоровья. Предусматривается установление единого страхового тарифа, общего для всех застрахованных, выбравших определенного страховщика. Однако особая роль принадлежит **системе выравнивания финансовых рисков страховщиков**, которая позволяет учесть вероятность будущих расходов разных групп застрахованных. Например, статистически доказано, что пожилые люди потребляют медицинскую помощь в 2–3 раза больше, чем средний человек. И эту вариацию необходимо учесть при перераспределении поступлений взносов на ОМС на основе максимально точной формулы выравнивания. Концептуальные подходы к построению этой формулы составляют неотъемлемую часть модели регулируемой конкуренции [264].

Второе условие — **накопление объема информации для облегчения потребительского выбора и обоснования коллективной закупки медицинской помощи**. Необходима информация о качестве и результатах оказания медицинской помощи по отдельным медицинским организациям. Велика потребность в данных о затратной эффективности альтернативных вариантов оказания медицинской помощи. Работники финансирующих органов должны обладать квалификацией, необходимой для интерпретации результатов экономических оценок. По мнению Элана Мейнарда, одного из идеологов реформы здравоохранения Великобритании, недостаток информации и умение ею пользоваться усиливает позиции больниц в диалоге с покупателями медицинской помощи и может сдерживать конкуренцию [192].

Третье условие — **приемлемый уровень транзакционных издержек**. Затраты на подготовку, заключение и мониторинг выполнения контрактов должны оправдывать те выгоды, которые они обеспечивают с точки зрения повышения качества медицинской помощи и эффективности использования ресурсов.

Четвертое условие — **повышение гибкости рынков труда и капитала, т. е. более свободное движение ресурсов в соответствии с выбором населения**. Формирование новых условий требует политических решений в отношении возможного закрытия неэффективных учреждений или их подразделений, увольнения ненужного персонала и, наоборот, притока новых

ресурсов в те медицинские организации, чьи услуги пользуются повышенным спросом у населения. Обеспечить такое движение ресурсов в ситуации доминирования государственной собственности очень непросто.

Кроме того, должны возникнуть новые механизмы увязки макропланирования мощностей медицинских организаций (без них, как показывает практика рыночных реформ, обойтись трудно) с зарождающимися системами договорных отношений и оплаты медицинской помощи. Последние должны обеспечивать рыночные сигналы для активизации плановой реструктуризации здравоохранения.

9.5. РЫНОК ИЛИ СЕТЕВАЯ МОДЕЛЬ?

Традиционные подходы к рыночным реформам в здравоохранении основаны на постулатах неоклассической экономической теории. Повышение роли потребительского выбора, использование некоторых механизмов предпринимательского поведения — попытка адаптировать традиционные рыночные модели к специфическим условиям общественного здравоохранения. Однако по мере реализации этих подходов обнаружилось, что традиционная система взглядов не отражает ряд важных процессов. Характер взаимодействия между покупателями и поставщиками медицинских услуг, поведение пациентов, мотивация врачей оказались намного сложнее, чем это вытекает из рыночных моделей. Появилась необходимость в анализе институциональных условий возникающих отношений. Теоретико-методологической основой нового подхода стала неинституциональная экономика.

В теоретических работах по экономике здравоохранения анализируются отношения зависимости между экономическими субъектами (государством, покупателем и поставщиком медицинских услуг, пациентами), описываемые моделями агентских отношений. Выделяются и анализируются разные структуры управления — рынок, иерархия, а также сетевая модель.

Рынок предполагает взаимодействие самостоятельных субъектов экономических отношений на основе согласования их экономических интересов. В этой системе управления возникают сильные стимулы, определяемые независимостью субъектов, стремлением к получению дохода и давлением их конкурентов.

Иерархия характеризуется отношениями соподчинения.

В качестве особой структуры управления рассматривается **сетевая модель** [124]. Она характеризует устойчивую структуру отношений

между экономическими субъектами, основанных на силе социальных связей, возникающих в процессе хозяйственной деятельности. Стороны выполняют свои обязательства не на основе приказа (иерархия) или боязни утратить свои позиции (рынок), а путем совместных действий по выбору наиболее эффективных решений. Участники таких отношений принуждаются к выполнению своих обязательств на основе норм, характерных для определенной сети. Возникает «внерыночный тип двустороннего партнерства — двустороннее управление сделкой» [21].

Границы сетевой модели управления достаточно размыты. Она имеет определенные характеристики рынка и иерархии. Собственность разделена, как в рыночной модели. Однако контроль добровольно передается одной стороной другой стороне, как в иерархии.

Роль сетевой модели в управлении здравоохранением растет. Это обусловлено действием следующих факторов.

Снижение транзакционных издержек. Можно выделить три типа этих издержек. Прежде всего, это **издержки измерения**. Участники экономических отношений заинтересованы в том, чтобы иметь информацию о результатах деятельности. В здравоохранении измерение результатов всегда представляет серьезную проблему. Участники договорных отношений вынуждены затрачивать большие усилия на определение результатов лечения, сбор данных и их верификацию. Во многих случаях имеет место дублирование в выполнении этой функции покупателем и поставщиком медицинских услуг. Возникает много ситуаций, когда можно договориться о том, чтобы одна сторона собирала информацию и делилась ею с другой. При этом основной носитель информации — медицинские организации и работающие в них врачи. Никто лучше них не знает реальные результаты деятельности.

Издержки по ведению торга обусловлены природой договорных отношений. Когда обе стороны действуют исключительно на основе собственных экономических интересов, эти издержки могут быть очень велики, особенно в странах, где управление здравоохранением исторически складывалось на основе иерархической модели. В первой половине 1990-х годов в Национальной службе здравоохранения Великобритании средний срок подготовки договоров между покупателями медицинской помощи («райздравами» и врачами общей практики — фондодержателями) и больницами составлял 6–8 мес. При этом выяснилось, что покупатели и поставщики медицинских услуг практически ничего не выигрывают, но и не проигрывают в результате сложных договорных отношений. Неэффективные больницы

не банкротятся и не уходят с рынка; врачи общей практики — фондодержатели не имеют возможности направлять сэкономленные средства на повышение оплаты труда, а могут рассчитывать только на дополнительные инвестиции; «райздравы» как покупатели медицинской помощи «обречены» на существование [192]. Эта конкуренция с нулевым результатом делает актуальным вопрос об оправданности отношений, основанных на конфликте экономических интересов покупателя и поставщика услуг.

Издержки мониторинга могут быть двух типов — до сделки и по ходу ее реализации. В первом случае объект мониторинга — предшествующая деятельность поставщика услуг. На основе накопленной информации согласовываются условия договора. Во втором оценивают результаты реализации договора. Ясно, что информация, полученная предварительно, имеет большую ценность, — на ее основе можно принимать более рациональные решения о выборе лучших медицинских организаций. Однако издержки мониторинга в этом случае оказываются выше: ведь речь идет об анализе функционирования организации за определенный, возможно значительный, период, а не просто о фиксации текущих результатов.

Главное достоинство сетевой модели состоит в том, что она снижает издержки измерения, торга и мониторинга.

Преодоление мотивационных изъянов. В ситуации недостатка и асимметрии информации возможно оппортунистическое поведение сторон, т.е. поведение, не соответствующее целям политики здравоохранения (обеспечение равенства, эффективности и пр.). В деятельности покупателей медицинских услуг (страховщиков) это может выражаться в селекции рисков, в деятельности поставщиков — в споре, спровоцированном предложением. Издержки, связанные с подобными действиями, представляют прямой вычет из доступных ресурсов: с точки зрения общественного благосостояния оппортунистическое поведение неэффективно.

Рассматривая особенности мотивации врачей, Дж. Стиглиц указывает на значительную силу профессиональных связей в деятельности врачей как фактор, ограничивающий действие конкурентных сил: «Тот факт, что врачам часто приходится консультироваться друг с другом и что они пользуются совместно больничным оборудованием, может понизить давление конкуренции» [42].

Конкуренция смягчает, но не решает проблему мотивационных изъянов. Анализируя формы оппортунистического поведения на рынке

образовательных услуг, российский исследователь В. Тамбовцев формулирует понятие «**деятельности в сигнальной сфере**». Примеры такой деятельности в образовании — привлечение родителей учеников внешними формами обучения в частных школах, хорошими условиями для отдыха, высокими показателями поступления в вузы, на которые «обречены» богатые клиенты, и пр. [43].

На рынке медицинских услуг вероятность подобных действий еще выше — в силу асимметрии информации. Блеск новой медицинской техники и вежливый персонал часто бывают более сильными факторами позитивной реакции пациента, чем реальные меры по обеспечению качества услуг. В результате конкурентную борьбу могут выиграть те, кто обладает меньшими возможностями обеспечить качественное лечение. Перемещение деятельности поставщиков услуг в сигнальную сферу трудно уловить и ограничить на основе имеющейся информации даже коллективному покупателю медицинской помощи, а тем более конкретному пациенту.

Положения неоинституциональной экономики дают основания для выделения иных факторов мотивации врачей. Главный из них — достижение признания высокой квалификации, т.е. **репутация** врача. Наиболее важные ее характеристики: опыт врача, объем деятельности в предыдущий период (например, чем больше число кардиохирургических операций, тем выше вероятность их успешного результата), место сложных случаев в клинической практике, результаты лечения, уважение коллег, устойчивость отношений с большим числом пациентов, а самое главное — их доверие. Именно это определяет уровень оплаты труда и место врача в общественной жизни. Американские врач-миллионеры — это не всегда более активные экономические агенты, выигравшие конкуренцию за деньги пациентов. Своих позиций они достигли, прежде всего, профессиональной деятельностью.

Иногда репутационные характеристики формируются на основе формальных показателей, например стажа. В Великобритании узкая группа врачей высшей квалификации (так называемые консультанты) — это специалисты старше 40 лет. Их зарплата в 1,5–2 раза выше, чем у молодых врачей. Чтобы выйти на такой уровень, молодым врачам приходится много лет работать на износ, довольствуясь очень скромной зарплатой. Это естественный процесс накопления человеческого капитала и формирования репутации.

В России, где царит уравнителька в формальной оплате труда врачей, опытные квалифицированные специалисты также выделяются

на основе их репутационных характеристик. Признание коллег и доверие пациентов — важнейшие факторы материального успеха врачей¹.

В более общем плане на мотивацию врачей влияют комплекс факторов, объединенных понятием «социальные механизмы» и действующих в сетевой модели отношений. В ряду главных из них [21]:

- ограничение доступа в сеть;
- культура членов сети;
- коллективные санкции;
- репутационное принуждение.

Формы мотивации врача — это своеобразный «социальный контракт», заключаемый обществом с каждым специалистом. Он отражает репутационные характеристики врача и, по определению, должен быть индивидуальным, выходящим за рамки единых нормативов (например, единой тарифной сетки). Недостаточно создать конкурентную среду, нужно поставить врача в центр отношений сетевого типа, где репутация — главный фактор успеха [38].

Важнейший фактор таких отношений — профессиональная самоорганизация врачей. Формы этой самоорганизации многообразны. Главная ее цель — обеспечение высоких профессиональных и этических норм деятельности. Мотивация врачей формируется под сильным влиянием коллективных действий профессионального сообщества.

Вероятность неполноты контрактов. Высокие транзакционные издержки могут ограничить возможность полной спецификации рыночной сделки в отношении объемов и результатов деятельности производителя. В ситуации, когда «продукт» здравоохранения плохо измеряется, трудно сформулировать санкции за несоблюдение условий договора. Кроме того, неопределенность финансовых рисков, связанных с объемами и структурой работ, усложняет ясное определение ответственности за эти риски.

Неоинституциональная теория оперирует понятием **имплицитного контракта**. Это долгосрочный контракт, в котором неформальные

¹ Автор, работая в конце 1980-х годов в Институте кардиохирургии им. А.И. Бакулева, наблюдал очень высокую активность хирургов в определении коэффициента трудового участия в так называемой системе хозрасчета. Вопреки ожиданиям, врачи очень ответственно отнеслись к обсуждению коэффициента трудового участия: шли ярые споры по поводу сложности и результатов операций, проводимых каждым хирургом; врачи проявили удивительную осведомленность и знание статистики, сравнивая себя с другими. Естественен был наш вопрос: «Зачем им это? Ведь они могут заработать тысячи, приняв “своего” больного из десятков тысяч жаждущих попасть в институт, а спорят из-за 20–30 рублей?» Покойный ныне Владимир Иванович Бураковский, директор института, ответил: «Твои коэффициенты трудового участия — это их репутация. О них через год забудут, а “рейтинги” в сознании врачей и пациентов останутся».

условия преобладают над формальными. Он исключает четкое определение условий, стороны контракта рассчитывают на их спецификацию в ходе его реализации. Выполнение такого контракта гарантируется взаимной заинтересованностью участников. Для его осуществления требуется определенный порядок, предполагающий иерархию или сетевые отношения [29].

Необходимо также учитывать, что в здравоохранении велика роль планирования. Планы покупателя медицинских услуг должны согласовываться с планами медицинских организаций. А это предполагает кооперацию, а не конфликт интересов. Такого рода совместное планирование ближе к сетевой модели отношений.

Вероятность использования специфичных активов, т.е. «активов, которые не могут быть использованы альтернативным образом без существенной потери в их производственном потенциале» [21]. В результате возникают отношения взаимозависимости, основанные на том, что производитель сделал специфические инвестиции и адаптировал свой товар к специфическим условиям данного покупателя. Происходит трансформация рыночных отношений в отношения взаимозависимости.

В государственных системах здравоохранения роль специфичных активов весьма значительна. Большинство медицинских организаций относятся к государственным, их имущество формируется на основе государственной инвестиционной политики и ориентировано преимущественно на удовлетворение потребностей территориально закрепленного населения, интересы которого защищает определенный покупатель медицинской помощи. Межтерриториальные потоки пациентов возможны, но основная часть активов обслуживает интересы местного населения. Даже если медицинская организация заключает договоры со многими покупателями услуг, основная часть ее деятельности ориентирована на выполнение договора, учитывающего интересы собственника (например, в России — органа местного самоуправления). Иными словами, высок уровень специфичности активов, а значит, меньше место рынка и выше роль иерархии и сетевой модели.

Необходимость преодоления фрагментарности оказания медицинской помощи. Прогресс медицины приводит к ее специализации, а это, в свою очередь, порождает проблему фрагментации общей системы здравоохранения. Отдельные ее звенья оказываются все в большей мере разрозненными. Каждое звено отвечает за свой участок работы, чаще всего соответствующий определенной части человеческого организма или области знаний. В этих условиях весьма непросто обеспечить

рациональную координацию действий и преемственность отдельных этапов лечебно-диагностического процесса. Гонорарный метод оплаты (за каждую отдельную услугу) закрепляет эту фрагментарность: врачи заинтересованы в том, чтобы выполнить собственную часть работы по лечению пациента, утрачивая мотивацию к тому, чтобы потребность в их услугах снижалась, а лечение носило системный характер.

Чтобы преодолеть фрагментарность, недостаточно двусторонних отношений «заказчик—исполнитель». Каждый в отдельности поставщик услуг сталкивается с проблемой координации своих действий с другими поставщиками, особенно в тех случаях, когда имеет дело с хронически больными или случаями нескольких одновременно протекающих заболеваний. Да и конкуренция отдельно взятых медицинских организаций и врачей не обеспечивает интеграцию отдельно взятых звеньев оказания медицинской помощи.

Характеризуя эти процессы, американские экономисты А. Энтховен и Л. Толлен выступают с нетривиальным тезисом о том, что объектом конкуренции должен быть пациент со всеми его проблемами, а не лечение конкретного заболевания силами не связанных друг с другом медицинских организаций и врачей: «Для больных с сочетаемыми хроническими заболеваниями самая плохая медицина — это получение медицинской помощи по каждому из них у разных врачей, которые не общаются друг с другом регулярно в отношении пациента» [105]. Двусторонние рыночные сделки по каждому эпизоду заболевания уступают место системе многосторонних формальных и неформальных отношений, основанных на кооперации и партнерстве в достижении поставленных целей. Лечение хронического заболевания — это ответственность прежде всего врача общей практики, который организует профессиональный контакт с узкими специалистами и добивается снижения частоты обострений заболевания. Формирующиеся системы объединены общим экономическим интересом снижения затрат на лечение.

Сетевая модель может существовать как подобие внутрикорпоративной системы отношений. Эти отношения не являются рыночными конкурентными, но укрепляют рыночные позиции корпорации. Конкурируют не самостоятельные субъекты, а их сети. Ограничивая сферу действия рыночных сил, сети способны функционировать в рыночной среде.

9.6. ВЫВОДЫ

Рыночные отношения в здравоохранении — сложное и неоднозначное явление. Теоретическая основа активизации рыночных

механизмов в странах с общественными системами здравоохранения — модели квазирыночных отношений. Ключевая роль в них отведена расширению возможностей потребительского выбора, усилению конкуренции поставщиков и покупателей медицинской помощи, превращению последних в информированных покупателей медицинской помощи, созданию механизмов рыночного давления на медицинские организации. Осуществление новых подходов требует соблюдения ряда условий. Для содержательной оценки эффективности этих моделей требуется накопление практического опыта их реализации.

Неоинституциональная экономика не указывает на превосходство рыночных механизмов в здравоохранении и делает акцент на сетевую модель отношений. Растет интерес к системам партнерских связей, которые основаны на сохранении разделения покупателя и поставщика, но при этом предполагают более длительные отношения и совместное принятие решений. Больше внимания уделяется имплицитным контрактам, опирающимся на отношения доверия. Оптимизация транзакционных издержек становится лозунгом поиска «третьего пути» — среднего между административно-командной системой и рыночными моделями развития здравоохранения.

Экономическое сообщество в западных странах разделилось на «рыночников» и тех, кто отстаивает позицию решающей роли организационно-управленческих и финансовых рычагов повышения эффективности функционирования здравоохранения. Обе «партии» не имеют бесспорных доказательств своей правоты.

КЛЮЧЕВЫЕ ПОНЯТИЯ

Конкуренция
Квазирыночные отношения
Потребительский выбор
Сетевая модель

ВОПРОСЫ И ЗАДАНИЯ

1. Какими факторами определяется возможность использования моделей квазирыночных отношений в здравоохранении?
2. В чем заключаются главные отличия квазирынка в здравоохранении от рыночных отношений в других отраслях экономики?

3. Какие формы организации покупки медицинской помощи соответствуют разным моделям квазирыночных отношений? Какие страны их применяют?

4. Перечислите основные положения модели регулируемой конкуренции.

5. Чем ограничивается роль потребительского выбора в моделях квазирыночных отношений в здравоохранении?

6. Опишите схему взаимоотношений в модели внутреннего рынка. В чем ее принципиальное отличие от модели регулируемой конкуренции?

7. В чем состоят отличия сетевой модели от представленных вариантов квазирыночных отношений?

8. Какие изъяны системы здравоохранения позволяет минимизировать применение сетевой модели организации системы медицинской помощи?