

2. о повторение целей вашей компании и ее ценности: вознаграждение должно ассоциироваться с успешной работой на пути к достижению целей и задач компании.

Рост производительности труда является главным реальным источником преодоления негативных последствий мирового финансового кризиса и важнейшим фактором необратимости проводимых реформ, в конечном счете — улучшения жизни населения страны. Но начинать надо с каждого отдельного менеджера, так как в всех программах повышения производительности труда менеджеры и/или высшее руководство играют важнейшую роль.

Назарова В. В.

ОСОБЕННОСТИ КОНКУРЕНТНОЙ СИТУАЦИИ НА РЫНКЕ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

В распределении ресурсов на рынке медицинских услуг одним из определяющих факторов является конкуренция. Конкуренцию на рынке медицинских услуг можно определить как процесс взаимодействия потребителей медицинских услуг (пациентов), поставщиков (медицинских учреждений) и посредников (стратегических компаний), направленный на достижение целевых потребностей каждого. Согласно определению, приведенному в статье Н.В. Пахомовой [4,9], «под конкурентным понимается процесс, который обеспечивает эффективное производство и распределение продукции и услуг во времени посредствам воздействия на инновационное развитие приспособление к технологическим изменениям». Таким образом, конкуренция на рынке медицинских услуг представляет собой определенный набор взаимоотношений субъектов, направленный на достижение положительного результата, характеризующего качество медицинской услуги по выбранному набору установленных и приемлемых параметров. В различных научных источниках понятие конкуренция трактуется по-разному [5;9]. Это может быть соревнование, в котором выигрывает одна компания, а остальные вынуждены признать себя проигравшими. Возможна конкуренция с полным уничтожением (поглощением) компаний-конкурентов. Некоторые предстают конкуренцию, как резкое снижение цены и неизбежное падение качества услуги. По мнению Ф.Викмана (P.Wickham), конкуренция лежит в основе успеха или неудачи бизнеса [16]. Конкуренция в сфере здравоохранения является следствием эволюции рынка медицинских услуг и модернизации системы медицинского обеспечения. На разных этапах формирования рынка медицинских услуг возникали новые виды конкуренции.

Рынок медицинских услуг следует относить к рынкам несовершенной конкуренции, при котором доминирует небольшое число продавцов, а вход в отрасль новых производителей ограничен высокими барьерами. Иными словами, речь, как правило, 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.

Так, следует отметить следующие противоречия и особенности процесса предоставления медицинских услуг. Данные обстоятельства частично анализируются в научной литературе [6;8;14]:

1. Несоответствие равновесной и фактически складывающейся на рынке цен даже при большом количестве поставщиков услуг.

2. Отсутствие возможности и недостаточная информированность пациентов о ценах на медицинские услуги различных специалистов. Возникающие сложности в вопросах получения подобной информации непосредственно от лечащего врача. Иными словами, появляются дефицит и перекосы рынка в результате информационной асимметрии.

3. Противоречие между дорогостоящими медицинскими технологиями и государственными гарантиями получения медицинской помощи, что выражается в несоответствии цен при лечении пациента в государственном и частного страхования;

4. Отличие медицинской услуги от иных не медицинских товаров и услуг, что выражается в противоречии сохранения жизни и здоровья над возможными расходами.

5. Независимость качества медицинской помощи от ее стоимости и количества потребителей.

6. Ситуация, при которой существующая система не может стимулировать внедрение инноваций и повышение качества услуг без увеличения их стоимости.

7. Медицинские учреждения остаются олигополистами даже при значительном повышении цены. Пациент, в любом случае, вынужден прибегать к их услугам.

В системе здравоохранения покупка услуги, платеж и предоставление услуги разделены между собой. Результат — появление многоуровневой системы потребителей: работодатели, которые "покупают" медицинские услуги для своих работников; корпоративные плательщики (страховые компании и организации медицинского обслуживания (health maintenance organizations, или HMOs), которые создают фонды денежных средств и предоставляют медицинские услуги. Интересы всех этих субъектов могут не совпадать. Так, работодатели заинтересованы в уплате минимальных страховых платежей, пациенты — в получении качественной медицинской помощи, а страховые компании — в получении максимального количества услуг, всегда требуется. Страховые компании заинтересованы в том, чтобы на лечение пациентов было потрачено меньше, чем этими же пациентами уплачено в виде страховых взносов. [14;17]

Причиной появления конфликта интересов участников рынка медицинских услуг может быть «безальтернативность» медицинского обеспечения, отсутствие четких стандартов предоставляемой медицинской помощи, субъективность предлагаемых оценок оказанных услуг. Все это включает в себя оценку качества (характеристик (быстрота получения помощи); оценку деятельности медицинских работников независимо от потребителем (человеческий фактор); оценку условий и культуры обслуживания. Следовательно, комплексный анализ условий конкуренции должен включать в себя как экзогенные условия (инфляция, государственные

области здравоохранения, достижения научного прогресса), так и эндогенные (определение цены и качества услуги, организационные моменты).

Целью конкуренции в медицинском обеспечении является повышение его ценности для потребителя. В данном случае под ценностью понимается степень удовлетворения потребностей и интересов пациентов, а также количество денег, которое человек готов отдать на приобретение данной услуги. В идеальной модели для потребителя качество услуги и обслуживания должно улучшаться при постоянстве, либо незначительном росте цены на услуги. Это способствует расширению рынка. Для потребителя увеличиваются 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 конкуренции в области продуктовой дифференциации [10].

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 (provider) 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 оказанного лечения. Конфликт интересов между плательщиками и пациентами побуждает плательщиков вести конкурентную борьбу, расширяя список нестраховых событий и тем самым минимизируя расходы. В результате застрахованные разочаровываются в деятельности страховых компаний и считают их наличие лишним элементом в цепочке. Столкновение интересов между участниками процесса оказания медицинских услуг в здравоохранении создает препятствия для действительного сокращения издержек в системе медицинского обслуживания. То есть в идеале, прибыль плательщиков должна возникать только на основе 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 негативным сигналом о низком уровне конкуренции. Так, пациенты не имеют доступа к информации о стоимости медицинских процедур и практически не могут сравнить цены в разных клиниках.

Заключая договор добровольного медицинского страхования, пациент стремится получить максимум услуг при минимальной оплате. Часто наличие полиса медицинского страхования делает застрахованного безразличным 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, о комплексе диагностических обследований).

Степень удовлетворения клиента очень субъективна и может быть неадекватна 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 "единой" услугой – скорее, это множество различных видов услуг.

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

В качестве возможных причин такого положения дел следует назвать и 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, неустранимых 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, связанный с разрозненностью ее участников. Для укрепления связей следует провести координацию медицинской помощи в рамках всего цикла лечения, включая мониторинг, профилактику, диагностику, лечение и менеджмент-сопровождение [12].

Специфика медицинской услуги как товара может служить причиной несостоительности конкуренции на рынке. Со стороны медицинских учреждений это выражается в предложении большого числа услуг, не всегда высокого качества – то есть ставка делается не на качество, а на количество. Отдельные страховщики полагают, что они должны заключить контракты со всеми ЛПУ, не зависимо от качества предоставляемых услуг. Определяющим фактором для работодателя является стоимость программы, а не перспективные ее результаты.

Следующей причиной неэффективности являются неправильные горизонты планирования деятельности. Страхователи и страховщики стремятся сократить все сопутствующие текущие расходы, не принимая во внимание расходы будущих периодов. Сдерживание расходов – центральная 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, что приводит к росту ограничений по программам. Таким образом, одним из вариантов решения конфликта становится принятие на страхование практически здоровых пациентов, неполнота лечения пациентов или введение системы соплатежей за медицинские услуги. Одновременно 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. Необходимо расширить горизонт планирования медицинского обеспечения. Основной целью должно стать повышение ценности страхования – качественного обеспечения на единицу затрат [12;14].

- соблюдение антимонопольного законодательства, что будет способствовать здоровой конкуренции;
- создание возможности «безболезненного ухода с рынка» слабых страховых компаний и защиты интересов застрахованных в этом случае;
- снятие ограничений "верхнего уровня цен", что будет способствовать внедрению новых лекарств и медицинского оборудования. В данном случае, у потребителя будет вариант выбора и по цене, и по качеству [5];
- повышение ответственности пациентов, путем переложения части платежа в случае предоставления недостоверной информации при заключении договора страхования.

Данный перечень рекомендаций необходимо дополнить мерами по приведению в соответствие стимулов потребительщиков и пациентов. Прибыль потребительщиков должна непосредственно зависеть от качества оказываемых клиенту услуг. Пациенты должны иметь реальную возможность доступа к высококачественным услугам. Объединения пациентов в группы потребителей и создание хорошо организованной сети страховщиков для достижения этих целей недостаточно. При условии, что не будут скорректированы сами стимулы, потребительщики будут и дальше пытаться перераспределять расходы, вместо того чтобы найти для своих клиентов высококачественные услуги, и будут дальше манипулировать правилами оплаты, не заботясь о повышении качества услуг

Условия и мероприятия по формированию конкурентной среды на рынках медицинских услуг Таблица 1.

Условия и уровни	Мероприятия
Уровень пациента	<ul style="list-style-type: none"> - равный доступ к выбору поставщиков медицинских услуг - возможность выбора лечащего врача - обеспечение свободного доступа пациентов в медицинские учреждения - юридическая защита прав пациентов - информация о качестве предоставляемых услуг - повышение ответственности пациентов, путем переложения на них части платежей в случае предоставления недостоверной информации при заключении договора страхования
Уровень лечебного учреждения	<ul style="list-style-type: none"> - лицензирование и стандартизация медицинской помощи - право на получение прибыли для ЛПУ - система фиксированных контрактных соглашений об оплате; система выполнения планов (по количеству и качеству медицинских услуг) - соблюдение профессионально-этических норм. - разработка и внедрение системы контроля качества (стандартов) оказываемых медицинских услуг - возможность модернизации медицинских учреждений в соответствии с динамикой рынка медицинских услуг - требования по непрерывному обучению персонала - снятие ограничения «верхнего уровня цен»
Уровень страховой компании	<ul style="list-style-type: none"> - свобода коммерческого инвестирования в сектор здравоохранения - информационная прозрачность 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 - страховые организации должны принять участие в разработке системы параметров для составления рейтинга медицинских учреждений - страховые посредники должны нести частичную юридическую ответственность за результаты оказываемого лечения.

Кроме представленных выше мероприятий можно предложить следующие:

Разработка и внедрение системы контроля качества (стандартов) оказываемых медицинских услуг.

Страховые посредники должны нести частичную юридическую ответственность за результаты оказываемого лечения.

Застрахованные имеют право на получение полной и достоверной информации о поставщиках конкретных видов услуг.

Страховые организации должны принять участие в разработке системы параметров для составления рейтинга медицинских учреждений.

Необходимо привести в соответствие стимулы потребительщиков и пациентов. Потребительщики должны получать прибыль, когда они обеспечивают своим клиентам высокое качество услуг. Пациенты извлекают для себя выгоду, когда им удается получить доступ к высококачественным услугам. Недостаточно лишь объединить пациентов в группы потребителей или создать хорошо организованные сети страховщиков. При условии, что не будут скорректированы сами стимулы, потребительщики будут и дальше пытаться перераспределять расходы, вместо того чтобы найти для своих клиентов высококачественные услуги, а страховщики будут и дальше манипулировать правилами оплаты, не заботясь о повышении качества услуг.

Литература:

Вишняков Н.И. Роль страховых медицинских организаций в повышении качества стационарной медицинской помощи. // Изд-во НИИХ СПбГУ, 2000. 123 с.

Канаева О.А. Концепция развития здравоохранения в России: принципы формирования и перспективы реализации // Жестник СПбГУ. Серия 5 «Экономика». 2008. №3 С.45-58

Любая конкуренция подразумевает повышение ценности для участников, перераспределение затрат, то есть баланс между качеством и денежной стоимостью услуги [14;35; 17]

Существует несколько видов конкуренции:

- Конкуренция с целью изменения затрат
- Конкуренция с целью увеличения собственной выгоды
- Конкуренция для увеличения числа застрахованных и сокращения перечня медицинских услуг.
- Конкуренция для снижения затрат участников

Рассмотрим данные виды конкуренции подробнее.

Конкуренция с целью изменения затрат. В большей степени существующая в настоящее время конкуренция проявляется в перемещении 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 на страховые компании. Часто пациенты пытаются, используя свои юридические права, получить полный комплекс лечения в рамках добровольного медицинского страхования (лечение, как по страховым, так и нестраховым событиям). Действия участников внутри системы создают добавочную стоимость, которая порождает дополнительные расходы (в основном, административные), что отражается на качестве услуг.

Конкуренция с целью увеличения собственной выгоды. Борьба за изменение затрат сводится к стремлению участников получать большие выгоды для себя, нежели сосредоточиться на улучшении результативности 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 в этой борьбе на второй план, дополнительная ценность для потребителей сводится к минимуму.

Предложение высоких скидок с целью увеличения потока пациентов приводит к разнице в цене для различных групп потребителей. Система скидок привлекательна для страховщиков и крупных работодателей, но в тоже время это – отрицательный аспект для индивидуально застрахованных и незастрахованных пациентов.

Конкуренция для увеличения числа застрахованных и сокращения перечня медицинских услуг. Стремление к росту влияния на рынке заставляет страховые организации объединять свои усилия по увеличению числа застрахованных. Но их рост не оказывает существенного влияния на изменение цены медицинской услуги. Конкуренция за потенциальных страхователей сводится к привлечению пациентов с низкой вероятностью заболеть, либо больших коллективов. Если застрахованное имеет высокий показатель заболеваемости, страховщик для увеличения результативности своей работы, может ограничить перечень страховых событий по программе. Такая ситуация понижает 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 присутствует скординированность целочки предоставления медицинской помощи, то есть различные медицинские назначения не всегда представляют законченный комплекс. Такая фрагментарность услуг снижает ценность страхования для пациента.

Конкуренция для снижения затрат участников. Конкуренция направлена на снижение стоимости, что достигается сокращением видов медицинской помощи или снижением 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, снижению их доходов. Не только страховые компании, но и медицинские учреждения ограничивают доступ к новым методам лечения.

Следует различать понимание термина «конкуренция» для лечебных учреждений и страховых компаний. Конкурентоспособность лечебного учреждения можно рассматривать как на макроуровне – в границах взаимодействия с медицинскими организациями, выступающими в роли реальных конкурентов, и на микроуровне – в рамках самостоятельной деятельности учреждения, в сфере его внутренней среды.

К факторам конкуренции поставщика медицинских услуг следует относить [11;13; 14]:

1. Количество предоставляемых услуг, определяемых в соответствии с потребностями застрахованных и потребностями рынка.

2. Наличие лицензий на оказание услуг и различные виды медицинской деятельности. Иными словами, рамки деятельности медицинского учреждения.

3. Система предложения медицинских услуг – соответствие набора и стоимости услуг.

4. Степень соответствия выполненного или назначенного лечения медицинским стандартам и особенностям пациента.

5. Выраженная степень удовлетворение пациента, как потребителя медицинских услуг. В добровольном медицинском страховании медицинские учреждения предоставляют услуги по запросу страховой компании, которая в свою очередь реагирует на потребности застрахованных. Эффективное предоставление медицинских услуг может быть обеспечено в результате конкуренции участников и системы контрактации посредников с пациентами при покупке услуг.

6. Эффективное распределение ресурсов, то есть баланс потребностей в медицинской помощи и имеющихся возможностей.

В таблице 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: [2;3;11;14].

- отказ от чрезмерной консолидации – страховые компании должны конкурировать друг с другом на основе качества и цены конкретных услуг;