

Построение инновационной стратегии на рынке медицинских услуг с учетом особенностей конкурентной ситуации.

The article addresses the determination of features of competition, its types and methods of raising the efficiency on the model of medical services market, which is forming in S.Petersburg nowadays. These features can arise because of a series of skewed incentives, faulty assumptions, unfortunate strategy choices, and counterproductive regulations that are understandable but inconsistent with how value is actually created in delivering health care.

Перед здравоохранением, как и перед любой экономической деятельностью, связанной с использованием ограниченных ресурсов, стоят две основные задачи: обеспечение эффективности и справедливости в обеспечении и распределении медицинских услуг. Одной из форм, обеспечивающих эффективность, которая должна способствовать справедливости в распределении таких услуг, может стать рынок медицинских услуг. В распределении ресурсов на рынке медицинских услуг одним из определяющих факторов является конкуренция. Целью данной статьи является разработка модели стратегии компании медицинского страхования с учетом особенностей конкурентной ситуации на рынке дополнительного страхования.

Конкуренция на рынке медицинских услуг имеет ряд существенных отличий. Прежде всего, медицинскую услугу следует рассматривать как товар, специфика которого заключается в увеличивающемся и часто непрогнозируемом спросе. Далее, для этого рынка характерна асимметрия информации и государственный контроль над большей частью медицинских учреждений, как и недостаточное развитие сектора коммерческих услуг в некоторых отраслях медицинского обеспечения (например, амбулаторная и стационарная помощь, профилактика). Наличие этих факторов приводят к отсутствию объективных показателей оценки качества медицинской помощи, то есть невозможности установления прямой взаимосвязи между ценой и качеством предоставленной медицинской услуги.

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 [Relman A. S.; Rich, J.]

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 у разных специалистов. Возникающие сложности в вопросах получения подобной информации непосредственно у 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 рамках государственного и частного страхования;

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

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

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

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

В системе здравоохранения категории «покупка услуги», платеж, предоставление услуги разделены между собой. Как результат- появление многоуровневой системы потребителей: работодатели, которые "покупают" медицинское обслуживание для своих работников; корпоративные плательщики (страховые компании и организации медицинского обслуживания (health maintenance organization), которые создают фонды денежных средств и оплачивают предоставленные медицинские услуги. Интересы всех этих субъектов могут не совпадать.

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

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 низкого уровня конкуренции. Так, пациенты не имеют доступа к информации о стоимости медицинских процедур и практически не могут сравнить цены в разных клиниках. 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.

После рассмотрения особенностей и механизма конкуренции на рынке медицинских услуг, возможно предложить модель стратегии для страховой медицинской организации. Сформулируем определение стратегии, которое может быть использовано при разработке плана управления деятельностью страховой компании, работающей на рынке добровольного медицинского страхования. Стратегия – инструмент управления, представляющий собой унифицированный, комплексный план, учитывающий как внутренние преимущества и недостатки деятельности компании, так и возможную ответную реакцию на внешние угрозы, в котором определены координаты деятельности компании и функциональные подходы к достижению заданных показателей.

В основу разработки стратегии страховой компании должны включаться стратегии, учитывающие как финансовые показатели, так и показатели качества медицинской услуги. План дальнейшего развития должен основываться на стратегии дифференциации, то есть составления программ в зависимости от потребности конкретных возрастных и социальных групп. Стратегия оперативного реагирования направлена на то, чтобы перестраивать эти программ в зависимости от ситуации на рынке в определенный момент времени. Стратегия фокусирования позволяет компании оставаться на высоком конкурентном уровне, сохранять и расширять клиентскую базу. В тоже время все эти стратегии обеспечивают качественную составляющую плана развития, за финансовый блок отвечает стратегия оптимизации издержек. Стоимость программы должна быть приближена к среднерыночной, что позволит гарантировать клиенту получение необходимого комплекса услуг.

Стратегия на рынке добровольного медицинского страхования должна включать в себя три блока: клиенты, бизнес-среда, ресурсы. Факторы, отражающие успешность реализации стратегии, должны быть связаны с запросами основных целевых групп. Параметры, учтенные в блоке «клиенты», являются определяющими при принятии решения о заключении договора страхования. основополагающими критериями выбора программы страхования являются:

- возможность свободного выбора медицинских баз – застрахованный может полагаться как на рекомендации специалиста (например, диспетчера или личного врача), так и на собственный опыт;
- обеспечение свободного доступа в медицинские учреждения – большинство назначений и обращений к специалистам должно проходить через диспетчерскую службу, чтобы была возможность отслеживать план лечения каждого застрахованного;
- получение оценки качества предоставляемых услуг – из-за того, что большинство застрахованных не имеют специального медицинского образования, необходимо независимое мнение о правильности назначенного лечения.;
- доступность информации позволяет участникам системы оценить целесообразность заключения договора ДМС, а застрахованным осознать преимущества получения услуг по полису по отношению к коммерческой медицине.

Учет факторов блока «клиенты» в конечном итоге должен привести к гарантии доступа к качественному медицинскому обеспечению. Этот параметр был на первом или втором местах по значимости в проведенном социологическом исследовании в зависимости от целевых групп.

Параметры, учтенные в блоке «ресурсы» позволяют дифференцировать программы и предложить медицинские комплексы для каждой целевой группы. Факторы данного блока могут влиять как на ценовую политику (в зависимости от перечня услуг и медицинских баз), так и на политику качества услуги, которая должна соответствовать единым медицинским стандартам.

Параметры, учтенные в блоке «бизнес-среда / финансы», оказывают приоритетное влияние на политику ценообразования компании. Фактор стоимости программы является ключевым при выборе страховой компании или программы страхования. Для определения сбалансированной цены необходимо учитывать эффект масштаба, что позволит снизить средние издержки на единицу услуги. Для успешной адаптации к условиям рынка стратегия должна учитывать экономические особенности рынка медицинских услуг. К ним относятся наличие положительных внешних эффектов, информационная асимметрия, нерегулярность и непредсказуемость появления спроса на медицинские услуги, существование проблемы морального риска и неблагоприятного отбора в медицинском страховании. Все эти категории должны учитываться при определении поведения страховой компании на рынке.

Совместное влияние факторов всех трех групп должны улучшить показатели деятельности бизнес-единицы – добровольного медицинского страхования. В конечном итоге это должно привести к совершенствованию масштаба деятельности, облика и целей – основных параметров успешной стратегии бизнес-единицы.

Можно проследить пять основных направлений внедрения стратегии.

На первом этапе необходимо наладить длительные партнерские отношения с лечебно-профилактическими учреждениями. Страховая компания должна заключить контракты с медицинскими учреждениями разного уровня – от недорогих (с хорошими специалистами, но со стандартными условиями пребывания пациента) до элитных медицинских центров.

На втором этапе необходимо создание и развитие службы собственного медицинского сервиса. Начать следует с экспертной службы. На врачей экспертов ложится вся нагрузка по проверке счетов и качества лечения. В задачи экспертной службы входит изучение рынка и выбор качественных поставщиков. Например, в результате анализа медицинского оборудования, методик лечения, персонала, результатов работы, медицинские учреждения подразделяются по пулам, то есть по категориям программ. Управляемый пул медицинских учреждений может применяться как для специализированного, так и для амбулаторного лечения. Создание пулов медицинских учреждений по программе создает дополнительные условия получения прибыли медицинскими учреждениями.

Помимо службы экспертов, требуется создать собственную диспетчерскую службу. Диспетчерская служба должна оперативно реагировать на обращение клиентов, то есть в ней должны работать опытные врачи. Важнейшим условием является создание службы личных врачей. Это должны быть врачи страховой компании – семейные врачи или врачи общей практики.

На третьем этапе особое внимание надо уделить формированию программ, пользующихся спросом на рынке (от самых простых до полного комплекса медицинских услуг). Программы должны быть гибкими, то есть базовый элемент может быть дополнен различными дополнительными услугами. Для достижения конкурентных преимуществ в стратегию должны включаться профилактические мероприятия. При разработке программ надо учитывать ценовые факторы, например, стоимость программ и возможность предоставления скидок при пролонгации договора. Дифференцированный подход по программам заключается в работе с особо важными клиентами (большое число застрахованных, дорогостоящие программы страхования, длительный опыт сотрудничества).

Четвертый этап предполагает продвижение бренда компании на рынке. Это включает в себя распространение положительной информации и мнений клиентов о деятельности страховой компании, наличие рекламы в специализированных медицинских центрах и средствах массовой информации, осуществление спонсорской деятельности в рамках рекламных акций. Информация о положительной деятельности страховой компании должна быть доступной как для специалистов рынка, так и для потенциальных клиентов. Одним из стратегических ходов может быть проведение семинаров по выработке механизмов оптимизации расходов. Внедрение инновационных методов лечения в ответ на влияние конкурентных сил позволит установить эффективный контроль над расходами, не снижая доступность и уровень услуг. Как маркетинговый ход страховая компания может предлагать клиентам дисконтные программы на отдельные виды, не предусмотренные в полисах (например, косметические, стоматологические услуги).

Пятый этап подразумевает развитие системы продаж и текущее обслуживание договоров. Продажи могут осуществляться через агентскую сеть и собственные отделы продаж страховой компании. Привлечение клиентов происходит через агентскую сеть, так как она обеспечивает непосредственное общение и доверительные отношения с клиентом. Специфика работы агента обусловлена сложностью продукта, отсутствием сформированных потребностей в ДМС, тем, что ДМС не воспринимается как продукт первой необходимости. Далее подключаются специализированные службы страховой компании, которые смогут объяснить клиенту все детали программы. Менеджерское сопровождение обязательно по всем договорам – помимо медицинских вопросов, могут возникать вопросы по обслуживанию, по изменениям в программах, по целесообразности обращения в медицинское учреждение. К второстепенным факторам следует отнести: качество обслуживания при заключении договора, то есть вежливость персонала страховой компании, компетентность, ответственность, желание помочь в выборе необходимой услуги; наличие в медицинских учреждениях рекламных буклетов с полной и достоверной информацией о видах страхования и о компании; получение юридической консультации у специалистов компании.

Основные этапы построения стратегии представлены на рисунке 1.

Следует предложить следующие условия, способствующие внедрению инновационной стратегии и повышению эффективной конкуренции в медицинском обеспечении:

- отказ от чрезмерной консолидации- страховые компании должны конкурировать друг с другом на основе качества и цены конкретных услуг;
- соблюдение антимонопольного законодательства, что будет способствовать здоровой конкуренции;
- создание возможности «безболезненного ухода с рынка» слабых страховых компаний и защите 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;
- повышение ответственности пациентов, путем переложения части платежа в случае предоставления недостоверной информации при заключении договора страхования.

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.

Кроме того, данный перечень рекомендаций необходимо дополнить мерами по приведению в соответствие стимулов плательщиков и пациентов. Прибыль плательщиков 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, плательщики 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 [См. также Philip Capen.]

Список литературы

1. Гупта А. Стратегия бизнес-единицы: стремление к достижению конкурентного преимущества. В кн.: Курс МВА по стратегическому менеджменту / Под ред. Фэй Л., Рэнделл Р. М.: Альпина Бизнес Букс, 2006. С.106-139.
2. Карлоф Б. Деловая стратегия / Пер. с англ. В.А. Приписнова. М.: Экономика, 1991. 238 с.
3. Кристенсен К. Корпоративная стратегия: управление пакетом видов бизнеса. В кн.: Курс МВА по стратегическому менеджменту / Под ред. Фэй Л., Рэнделл Р. М.: Альпина Бизнес Букс, 2006. С.61-106.
4. Phillips P. A., Moutinho L. The strategic planning index: A tool for measuring strategic planning effectiveness // Journal of Travel Research. 2000. Vol.38. N 4. P. 369-370.
5. Porter M. Competitive Advantage. N. Y.: Free Press.1985. 576 p.

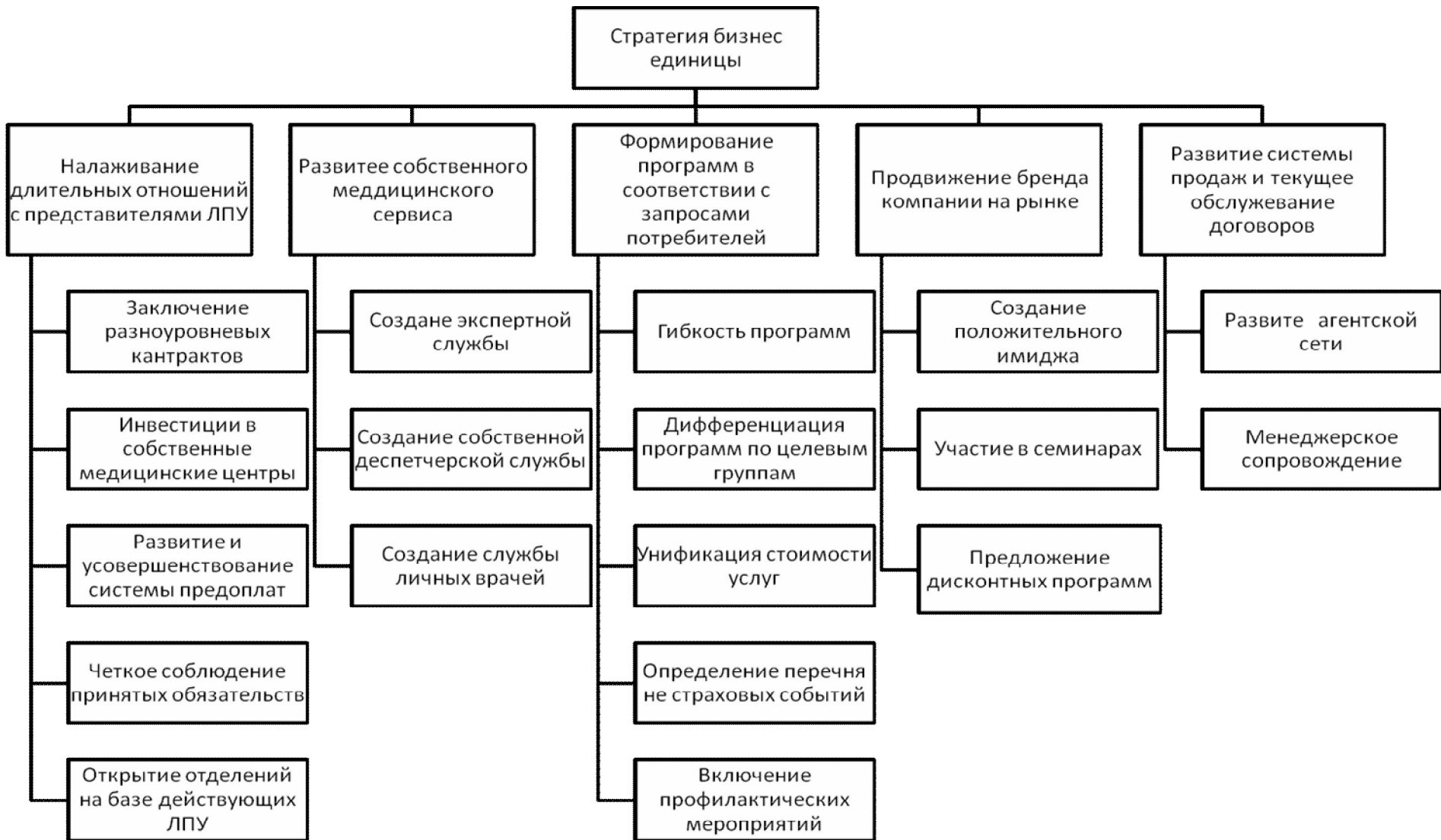


Рисунок 1. Основные этапы реализации стратегии

