

Квазирыночные отношения и отношения конкуренции в здравоохранении

В последние десятилетия во многих странах Запада в сфере здравоохранения сложились **квазирыночные отношения** – отношения, которые предполагают сохранение существенного государственного регулирования вместе с включением в данную сферу элементов рынка. В силу специфики данной сферы и её социальной значимости полностью рыночные отношения здесь не допустимы.

В европейских странах в последние два десятилетия предпринимаются попытки активизации рыночных механизмов в здравоохранении. Как известно, в Европе действует преимущественно государственное финансирование здравоохранения, велика доля государственной собственности, сильно выражено государственное регулирование, а самое главное — высока роль принципа общественной солидарности (принципа, когда «за больного платит здоровый, за неработающего работающий»). Как следствие, новая система экономических отношений заметно отличается 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». К важнейшим отличительным особенностям квазирыночных отношений относится то, что:

- Потребители медицинских услуг (индивиды) непосредственно не платят за услуги, а их предпочтения реализуются финансирующей стороной — страховщиком в системе ОМС или органом государственного управления в бюджетных системах здравоохранения. Ставится задача превращения плательщика в информированного покупателя медицинской помощи, способного отбирать наиболее эффективные звенья оказания медицинской помощи.

- Система финансирования здравоохранения «закрыта сверху» — в бюджетных системах действует жесткий бюджет, в развитых системах ОМС есть ограничения на приток средств за счет повышения страховых взносов. Государство осуществляет финансовый контроль за ресурсами здравоохранения. Как следствие, отсутствует конкуренция здравоохранения с другими отраслями за средства потребителей.

- Элементы рыночных отношений сочетаются с сохранением государственного регулирования здравоохранения. Наиболее важные его элементы — планирование сети медицинских организаций, разрешительная практика появления новых поставщиков, управление спросом на медицинские услуги и лекарственные средства

Почему возникла необходимость в квазирыночных отношениях в здравоохранении в Европе?

1. очереди в медицинских учреждениях;
2. слабая реакция медицинских учреждений на нужды индивидов (например, индивиды хотят больше профилактических мер, в то время как медицинским учреждениям профилактика, по сути, невыгодна, так как они получают финансирование за пролеченных больных или за лечение определенного заболевания, т.е. здоровый пациент медицинским учреждениям не нужен);
3. ограниченные возможности потребительского выбора, т.е. выбора страховой компании, набора доступных медицинских услуг, стоимости услуг, медицинского учреждения);
4. высокие государственные затраты на здравоохранение.

Содержание квазирыночных отношений в здравоохранении

- разделение государственного здравоохранения на поставщика (медицинские учреждения) и покупателя медицинской помощи (орган управления здравоохранением или фонд ОМС);
- конкуренция за заказ на оказание медицинских услуг как между страховыми компаниями, так и между медицинскими учреждениями: деньги следуют за пациентом, который сам выбирает страховую компанию и медицинское учреждение;
- автономия государственных и муниципальных медицинских учреждений – изменение организационно-правового статуса медицинских учреждений (от муниципальных учреждений до автономных организаций);
- использование некоторых механизмов предпринимательского поведения (разделение рисков между страховыми компаниями и государством, займы, возможность банкротств медицинских учреждений и проч.).

Квазирыночные отношения реализуются в двух главных вариантах. Первый — в системе ОМС, основанной на конкуренции страховщиков. Этот вариант получил название **модели регулируемой конкуренции**. Данная модель является теоретической основой рыночных реформ в европейских странах — Германии, Нидерландах, Швейцарии, Бельгии, Чехии, Словакии, в определенной мере в России, а также в Израиле.

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

Медицинские учреждения в рамках модели регулируемой конкуренции и системы ОМС могут **конкурировать между собой по цене и по качеству медицинских услуг**. Причем на рынке медицинских услуг обычно имеет место монополистическая конкуренция. В системах государственного финансирования здравоохранения обычно используются **регулируемые цены**, устанавливаемые либо напрямую государством (Великобритания, Скандинавские страны), либо на основе коллективных соглашений органов государственного управления, ассоциаций страховщиков и медицинских организаций (Россия, Франция, Германия). Конкуренция по цене медицинских услуг складывается в тех странах, где используются нерегулируемые цены на медицинские услуги.

При регулируемых ценах конкуренция больниц смещается в сторону качества медицинской помощи. Для привлечения врачей и пациентов больницы предлагают новые медицинские технологии, способные обеспечить более высокие результаты лечения. Реальный выбор зависит от наличия и точности информации об этих результатах. Именно поэтому в США, Германии, Нидерландах и ряде других стран сегодня предпринимаются активные усилия по сбору и распространению информации о больничной летальности по отдельным заболеваниям.

Оценки эффекта конкуренции при регулируемой цене дают примерно одинаковые результаты: **на локальных рынках с более конкурентной средой показатели качества заметно выше.** Так, например, в США в штатах с наиболее конкурентными рынками медицинских услуг вероятность смертельных исходов от инфарктов на 1,46 процентных пункта ниже, чем на наименее конкурентных, что равносильно снижению смертных случаев более чем на 2 тыс.

Основные положения модели регулируемой конкуренции

1) Расширение возможностей потребительского выбора.

Предусматривается такая схема страхования, при которой индивид сам выбирает страховую компанию, а следовательно, и набор доступных ему впоследствии медицинских услуг, т.е. выбор страховой компании осуществляется:

- индивидуально, а не коллективно (например, работодателем);

- экономически мотивированно (индивид обладает информацией о страховой компании, её деятельности, надёжности и проч.);

- информировано (индивид знает о наборе медицинских услуг, предлагаемых по страховому полису различных компаний - страховщиков).

Исторически европейские системы ОМС складывались как неконкурентные, даже в странах с множеством страховщиков (в начале 80-х годов только в Германии 50% застрахованных имели право на выбор страховщика, в других странах такой выбор осуществляли работодатели). **Поэтому главным механизмом активизации рыночных сил стала замена группового выбора работодателей индивидуальным выбором.** Для привлечения новых клиентов страховщики берут на себя многие не свойственные 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.

2) Возможность введения дополнительных программ медицинского страхования.

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 обязательного медицинского страхования. **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 участвовать в реализации дополнительных программ медицинского страхования и самостоятельно определять страховой тариф по этой программе. **В результате застрахованные получают реальную мотивацию к выбору страховщика. Появляется возможность сравнивать различные наборы услуг и страховые тарифы на них.**

3) Селективные договорные отношения между страховщиками и медицинскими организациями.

Предполагается, что страховщик может выбирать медицинскую организацию и вступать с ней в договорные отношения, закупая медицинские услуги для застрахованных у него индивидов. Он вправе устанавливать свои требования к доступности, качеству, формам организации медицинской помощи и проч., рассматривая требования, устанавливаемые государством, в качестве минимальных. Кроме того, ставится задача постепенного отказа от ценового регулирования. В качестве первого шага - на рынке врачебно-амбулаторных услуг, где сильнее выражена конкуренция. **Это означает переход от исторически сложившихся тарифных соглашений, то есть коллективных договоров ассоциаций страховщиков с ассоциациями медицинских организаций, к индивидуальным договорам с отдельными медицинскими организациями, которые приобретают статус автономных организаций.** Медицинские учреждения как автономные организации несут, наравне со страховщиками, риски за превышение реальных расходов на лечение над запланированными.

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 снижения пакета услуг и снижения их качества.

4) Разделение финансовых рисков между покупателями (страховщиками и органами управления здравоохранения) и поставщиками услуг (медицинскими учреждениями).

В данном случае под рисками понимается риск превышения расходов на лечение над заложенными в бюджете страховщика средствами на лечение. Такие риски возникают в случае, когда медицинские учреждения «перелечивают» больного, а страховщики не стимулируют более эффективное и экономичное предоставление услуг. В настоящее время все риски превышения расходов над доходами несёт государство, что стимулирует дальнейшее неэффективное использование финансовых средств.

По аналогии с ДМС, страховщики в системе ОМС должны нести финансовые риски. Эти риски связаны с отклонениями фактических расходов на медицинскую помощь застрахованным 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 является сильным фактором 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.

5) Меры по демополизации рынка медицинского страхования и рынка медицинских услуг.

Предполагается наличие на рынке нескольких страховых компаний, конкурирующих между собой и между которыми индивид может сделать выбор. Подчеркивается необходимость отказа от тарифных соглашений страховщиков. **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.

Одновременно предпринимаются меры по демополизации больничного сектора здравоохранения, снятию ограничений на открытие новых врачебных практик, привлечению частного капитала, так как решающим фактором активизации рыночных сил является конкурентная среда в системе оказания медицинской помощи. Ее надо целенаправленно формировать, и роль страховщиков при этом решающая.

Опыт внедрения модели регулируемой конкуренции в Нидерландах

Стартовые позиции (до реформы) в Нидерландах

- 24 больничные кассы (СМО), но населению безразлично, где страховаться;
- Страховщики финансируются ретроспективно из Центрального фонда ОМС;
- Страховщики не несут финансовых рисков за превышение затрат;
- Только Минздрав планирует сеть медицинских учреждений;
- Больницы заинтересованы в наращивании объемов и сохранении излишних мощностей;
- Тарифные соглашения с ассоциациями исключают ценовую конкуренцию;
- Политика сдерживания затрат (установление предела затрат) – фактор роста листов ожидания.

Содержание реформы в Нидерландах

- Предварительный принцип финансирования страховщиков (подушевой);
- Страховые взносы работодателей и работников в Центральный фонд дополняются взносами населения в выбранную больничную кассу;
 - Каждая больничная касса самостоятельно определяет размер страхового тарифа. При этом *единый* размер тарифа для всех категорий застрахованных, выбравших определенную больничную кассу;
- Базовый пакет ОМС (примерно программа госгарантий медицинской помощи в России);
 - Возможность выбора:
 - страховщика в зависимости от ставки страхового тарифа (соплатежа взноса);
 - дополнительной программы медицинского страхования;
 - замкнутой системы управляемой медицинской помощи.
 - Страховщики отвечают за отклонения фактических расходов над плановыми;
 - Возможность отказать медицинской организации в договоре;
 - Возможность договорного установления цен на медицинские услуги;
 - Ограничение государственного планирования;
 - Сокращение роли правительства в закупке медицинской помощи;
 - Страховщики - единственные покупатели медицинской помощи.

Формирование условий рыночной реформы в Нидерландах

1) Создание системы выравнивания условий финансирования страховщиков в зависимости от половозрастных особенностей застрахованных, места проживания и работы, доли нетрудоспособных застрахованных, фармо-стоимостных групп, клинко-статистических групп.

На каждом новом этапе обеспечивался более полный учет факторов риска и снижение убытков касс от страхования «плохих рисков», т.е. людей старшего возраста, детей, нетрудоспособных и проч.

2) Ограничение монопольных позиций страховщиков и медицинских организаций;

3) Адекватное определение объемов услуг для лечения и тарифов за лечение;

4) **Стимулирование конкуренции качества:**

-обязательное включение в договора параметров систем обеспечения качества;

-клинические протоколы;

-предоставление информации о летальности по больницам, удовлетворенности пациентов, занятом персонале и проч.;

-рейтингование больниц.

Конкурентная модель ОМС в России

В России конкурентная модель ОМС не сложилась, кроме того, сама система здравоохранения не может называться страховой, т.к. лишь 30% поступающих финансовых средств проходят через ФОМСы, остальные средства поступают из бюджетов разных уровней по принципу сметного финансирования.

В России отсутствуют основания для конкуренции по:

• Цене медицинских услуг (между больницами и страховщиками при привлечении страхующихся);

• «Пакету» обеспечиваемых страховым полисом медицинских услуг (конкуренция между страховщиками за клиента);

• качеству страховых услуг;

• качеству медицинских услуг.

Как построить конкурентную модель

Конкуренция по цене:

- по размеру страхового взноса застрахованного (фиксированной ставки), уплачиваемому выбранной компании в дополнение к ЕСН;
- по размеру соплатежа застрахованного в момент потребления медицинской помощи;
- по размеру страхового взноса и соплатежа в момент потребления медицинских услуг.

Конкуренция по «пакетам»:

- дополнительные программы медицинского страхования;
- объединение базовой и дополнительной программ в руках одного страховщика;
- соплатеж страхового взноса варьируется по страховым организациям, но он един для всех застрахованных в определенной компании.

Конкуренция по качеству:

- не контроль, а обеспечение качества;
- сбор и публикация информации о качестве услуг медицинских учреждений для облегчения выбора страховщика.

Основания для конкуренции в России

Страховщик управляет медицинской помощью:

- проведение организационных мероприятий по оптимизации объемов медицинской помощи;
- санкционирование получения некоторых видов услуг;
- внедрении методов стимулирования первичного звена;
- создание условий для формирования многоуровневой системы оказания медицинской помощи;
- управление хроническими заболеваниями;
- стимулирование профилактики;
- создание более точной системы выравнивания условий финансирования страховщиков;
- информационное обеспечение конкурентной модели;
- адекватное определение тарифов (нормативные, а не фактические затраты);
- сочетание предварительных и ретроспективных методов оплаты медицинской помощи;
- системы обеспечения качества;
- иные договорные отношения (с включением объемов);
- стимулирование конкуренции.

Проблемы конкурентной модели ОМС в России

Вариант решения - развивать конкурентную модель ОМС:

- а. стимулировать конкуренцию частных страховщиков
- б. частные страховщики расширяют круг своих функций и превращаются в информированных покупателей медицинской помощи в интересах своих клиентов

Преимущества:

- Частные страховщики несут финансовые риски и поэтому заинтересованы в оптимизации издержек на оказание медицинской помощи;
- Более действенная защита прав пациентов.

Недостатки:

- Частные страховщики заинтересованы в отборе здоровых;
- Требуется большая работа по созданию условий для эффективной конкуренции.

Условия реализации моделей квазирыночных отношений

Анализ хода рыночных реформ в отдельных западноевропейских странах, прежде всего в Великобритании, Германии, Нидерландах, Швейцарии, а также Израиле, дает основания для следующих обобщений в отношении минимального набора условий для их реализации:

Первое условие — **необходимость комплекса мер по нейтрализации селекции рисков**. Это связано с тем, что в конкурентных системах ОМС повышается экономическая мотивация страховщиков к выбору наиболее здорового контингента 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 проч.) будут выгоднее, 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 станет серьезным фактором «эрозии общественной солидарности».

Поэтому модели предлагают 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. Но особая роль принадлежит системе выравнивания финансовых рисков страховщиков, которая позволяет учесть вероятность будущих расходов разных групп застрахованных. Например, статистически доказано, что лица старше 60 лет пользуются медицинской помощью в 3–4 раза больше, чем человек среднего возраста. И эту вариацию необходимо учесть при перераспределении поступлений взносов на ОМС на основе максимально точной формулы выравнивания. Концептуальные подходы к построению этой формулы являются неотъемлемой частью модели регулируемой конкуренции.

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 в Великобритании, недостаток информации и умения ею пользоваться усиливает позиции медиков в диалоге с покупателями медицинской помощи и способен сдерживать конкуренцию.

Третье условие — **приемлемый уровень трансакционных 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 труда и капитала**. Обычно в бюджетных 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 проч. Как правило, эти соглашения ограничивают возможности использования систем оплаты труда по результатам и сдерживают вымывание слабых звеньев.