

ИССЛЕДОВАНИЯ СОВРЕМЕННЫХ РЫНКОВ

Т. М. Скляр

ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ МЕДИЦИНСКИХ УЧРЕЖДЕНИЙ В РОССИЙСКОЙ СИСТЕМЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

В статье анализируется деятельность медицинских учреждений в системе обязательного медицинского страхования. Концепция «выхода», «мнения» и «лояльности» А. Хиршмана используется для выявления позиций потребителей услуг здравоохранения. На материалах проведенных исследований доказывается, что медицинские учреждения являются «ленивой монополией», и описывается ряд предлагаемых и уже реализуемых мер по «преодолению у них лени».

ВВЕДЕНИЕ

Не существует ни одной страны, все граждане которой были бы полностью удовлетворены своей системой здравоохранения. Однако состояние российского здравоохранения признается неудовлетворительным большинством населения. Следует отметить, что анализ причин низкого качества медицинских услуг и неравенства доступа к ним содержится в целом ряде работ (см., напр.: [Бесстремьянная и др., 2006; Шишкин, Заборовская, 2004; Шишкин, Чернец, Чирикова, 2003]).

В статье на основе анализа поведения потребителей услуг здравоохранения исследуются причины неэффективности деятельности медицинских учреждений системы обязательного медицинского страхования (ОМС). С этой целью рассматриваются некоторые данные, полученные в результате телефонного опроса населения и проведения серии глубинных интервью с представителями медицинских учреждений и страховых медицинских организаций в рамках двух проектов, проводившихся осенью 2003 г. («Роль страховых медицинских организаций в улучшении качества медицинского обслуживания и увеличения равенства доступа к услугам здравоохранения (на примере Санкт-Петербурга)» (грант Фонда Форда по программе «Со-

циальная политика: реалии XXI века» Независимого института социальной политики)) и осенью 2005 г. («Анализ возможностей развития конкуренции в системе медицинского страхования» (грант Московского общественного научного фонда).

Для анализа полученных данных используется концепция «выхода», «мнения» и «лояльности» А. Хиршмана (A. Hirschman), в рамках которой рассматривается понятие «ленивой монополии». В статье на материалах проведенных исследований доказывается, что медицинские учреждения системы ОМС являются «ленивой монополией», и описывается ряд предлагаемых и уже реализуемых мер по «преодолению у них лени».

КОНЦЕПЦИЯ «ВЫХОДА», «МНЕНИЯ» И «ЛОЯЛЬНОСТИ»

Понятие «ленивой монополии» было введено А. Хиршманом в рамках концепции «выхода», «мнения» и «лояльности» [Hirschman, 1970]. Эта концепция оказала значительное влияние на исследования в области менеджмента (см., напр.: [Cannings, 1989]), экономики труда (см., напр.: [Bendor, Sloan, 1998]), социальной психологии (см., напр.: [Rusbult, Johnson, Morrow, 1986]) и политики (см., напр.: [Kato, 1998]). Ей посвящен целый ряд работ, содержащих аналитический и эмпирический анализ концепции (см., напр.: [Dowding et al., 2000]) и попытку ее формализации (см., напр.: [Gehlbach, 2007]).

Сущность данной концепции состоит в следующем: возможны два вида реакции потребителей на снижение качества продукта — «выход» и «мнение», которые взаимодействуют с «лояльностью».

«Выход» означает сдвиг спроса к другим поставщикам товаров и услуг. Потребители могут использовать «выход» в двух случаях — при повышении цены товара и при снижении его качества. В первом из них фирма может не реагировать на такую реакцию потребителей, так как при повышении цены получает большую прибыль, продавая товар «оставшимся» покупателям. Во втором — при значительном количестве «ушедших» потребителей организации получают сигнал о необходимости повышения качества продукта.

«Выход» представляет собой проявление рыночного механизма. По словам О. Уильямсона, он выступает «...обычным экономическим средством выражения предпочтений, тогда как высказывание своего мнения является той политической процедурой воздействия на результаты экономической деятельности, которой порой пренебрегают. Потребители, рабочие, избиратели и т. п. голосуют... ногами» [Уильямсон, 1996, с. 409–410].

«Мнение» — это «любая попытка изменить объективное положение дел путем индивидуальной или коллективной петиции непосредственно,

к руководству путем обращения к вышестоящей организации с целью произвести перемены в руководстве, либо через различные виды действий и протестов, включая те, которые мобилизуют общественное мнение» [Hirschman, 1970, p. 30]. Потребители могут выразить свое мнение «горизонтально», т. е. другим потенциальным потребителям или «вертикально» — вышестоящей организации [O'Donnell, 1986].

Существуют две возможности для выражения потребителями услуг своего мнения — представительство (representation) и обращение за компенсацией ущерба (redress). Представительство отражает способы участия населения в процессе принятия решений. Компенсация ущерба — это совокупность процедур рассмотрения и удовлетворения жалоб или исков потребителей [Freeman, 2000].

«Выход» — дихотомическая, а «мнение» — непрерывная переменная. Потребитель, используя «выход» путем приобретения товара у конкурентов, лишь демонстрирует свою неудовлетворенность качеством данного продукта. Если же он выражает «мнение», то может указать на определенные недостатки товара.

«Выход» и «мнение» не являются взаимоисключающими альтернативами. В табл. 1 показана возможность исходов, отражающих реакцию потребителей в ответ на снижение качества товара [Dowding et al., 2000].

Таблица 1

Реакция потребителей на снижение качества товара

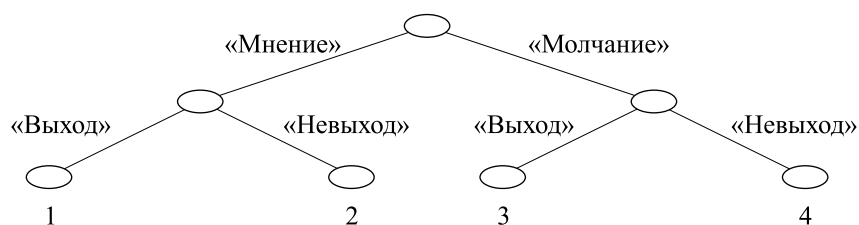
	«Выход»	«Невыход»
«Мнение»	1	2
«Молчание»	3	4

Исход 1 как реакция потребителя имеет место, когда в случае снижения качества продукта фирма не предпринимает никаких мер, несмотря на выражение претензий со стороны потребителя. «Молчаливый выход» (исход 3) отражает реакцию индивида, который считает бессмысленным выражение своего мнения и просто начинает покупать товары другой фирмы. Наконец, есть категория людей, которые «страдают в тишине» (исход 4).

Такие ситуации можно более подробно представить с помощью дерева решений, отражающего то, как в разные периоды времени потребители принимают решение об использовании «выхода» или «мнения» в ответ на изменение качества продукта. На рис. 1а показано, что дерево решений начинается с решения потребителя об использовании или неиспользовании мнения как реакции на снижение качества товара. Если ответ — отрица-

тельный, то потребитель принимает решение об использовании или неиспользовании «выхода» (соответственно исходы 3 и 4 в табл. 1). Если индивид использует «мнение», то затем он должен принять решение о том, использовать ли «выход» (точки 1 и 2). Но на этой первой «развилке» имеются два разных способа достижения точек 1 и 2, которые отражены на рис. 1б. Индивид может применить «выход» и «мнение» одновременно — «шумный выход», при котором «мнение» используется, чтобы выразить решение о «выходе». Другой способ заключается в выборе «выхода» после того, как выражение «мнения» не привело к повышению качества товара. Таким образом, дерево решений начинается с отражения удовлетворенности/неудовлетворенности индивида качеством товара.

а)



б)

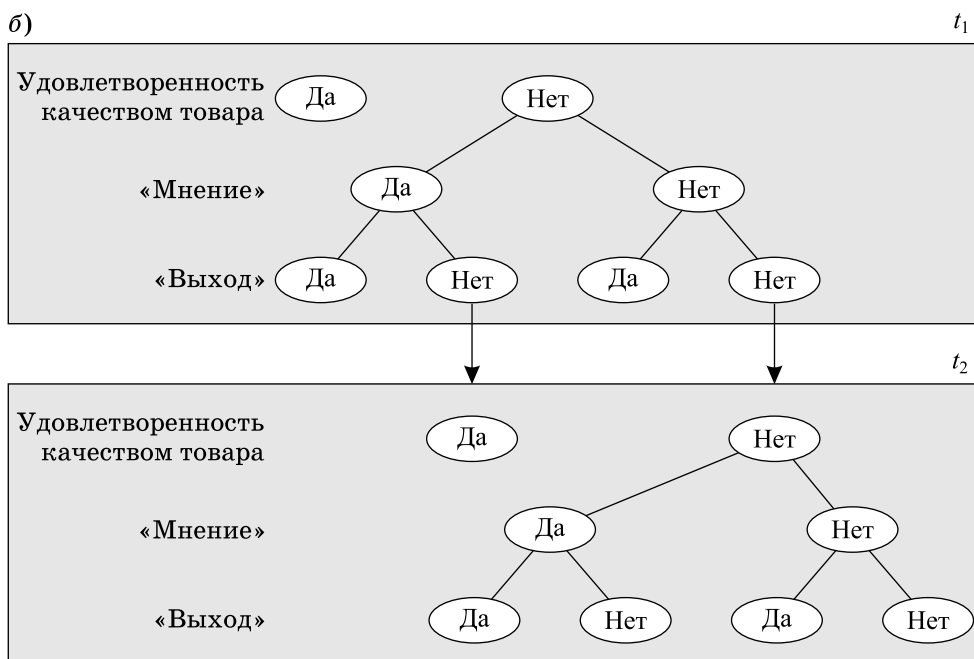


Рис. 1. Дерево решений как последовательность действий индивида в ответ на снижение качества продукта

Этот уровень удовлетворенности должен быть оценен индивидом перед каждым принятием решения об использовании «выхода» и/или «мнения». После принятия такого решения индивид предоставляет фирме время для реагирования на его решение. В следующий момент времени снова оценивается уровень удовлетворенности и принимается решение об использовании одного (или обоих) инструментов. Так, после момента t_2 может быть принято решение не выражать «мнение» (из-за того, что предыдущая попытка ни к чему не привела), а использовать «выход». Однако если затраты на «выход» велики, то может быть принято другое решение — об использовании «мнения». Наконец, индивид может не захотеть ничего предпринимать, учитывая высокие издержки «выхода» и неудачную попытку выражения «мнения» в предыдущий период. Таким образом, может быть построено дерево решений (рис. 1б), в котором точки (t_1, \dots, t_n), отражающие удовлетворенность (неудовлетворенность) качеством продукта, также показывают последовательность принятия решений в разные моменты времени [Dowding et al., 2000].

Какова же связь между «выходом» и «мнением»?

С одной стороны, «выход» как бы атрофирует «мнение». Потребители не могут научиться эффективно использовать мнение, если существует более легкая и менее затратная возможность «выхода». В то время как «выход» требует только принятия решения, «мнение» — это менее определенное, требующее для своего выражения большего времени направление действий. Кроме того, «выход» может «выгнать» «мнение» в том смысле, что если недовольные потребители используют возможность «выхода», то некому будет выразить «мнение».

С другой стороны, использование возможности «выхода» может рассматриваться как единственное средство, которое остается после выражения «мнения». «Как только Вы „вышли“ Вы потеряли возможность использовать „мнение“, но не наоборот» [Hirschman, 1970, p. 76]. В некоторых ситуациях «выход» будет проявлением крайнего средства после того, как выражение «мнения» ни к чему не привело.

Те, кто остается, делятся на две группы. Концепция «лояльности» означает, что потребитель остается в не устраивающей его ситуации в ожидании того, что «кто-то будет действовать или что-то случится и ситуация улучшится» [Hirschman, 1970, p. 78].

Таким образом, лояльные потребители — это те, кто остается, но ожидает перемен к лучшему. Остальные («non-loyalists») остаются, хотя они и не ожидают ничего хорошего, потому что либо не могут воспользоваться возможностью «выхода», либо, по их мнению, собственные проблемы и отсутствие уверенности в улучшении не столь важны, чтобы принимать решение о выходе.

Понятие «лояльность» выступает в качестве остаточной конструкции, необходимой для объяснения поведения, которое не проявляется путем «выхода» или выражения «мнения». «Лояльность использует „выход“ в безвыходном положении и активизирует „мнение“», хотя «несмотря на то что лояльность откладывает возможность „выхода“ на крайний случай, само ее существование основывается на такой возможности» [Hirschman, 1970, p. 78, 82].

Всегда ли «выход» и «мнение» являются сигналами для организации о том, что надо принимать соответствующие меры? Нет, в ряде случаев возникает парадоксальная ситуация, при которой организацию определенного типа — «ленивую монополию» — устраивает ситуация ухода от нее части потребителей.

ПОНЯТИЕ «ЛЕНИВОЙ МОНОПОЛИИ»

Критерии для применения концепции «ленивой монополии» обобщенно могут быть сформулированы следующим образом:

- ♦ организация является монополией;
- ♦ лица, работающие в данной организации, не спешат повышать качество продукции, совершенствовать стратегию или структуру организации;
- ♦ вместо улучшения качества продукции организация предпочитает терять тех клиентов или персонал, которые используют возможность «мнения» (критикуют организацию);
- ♦ существование ограниченной конкуренции на данном рынке позволяет использовать возможность «выхода» для критикующих, что приветствуется организацией;
- ♦ наличие такой возможности позволяет продолжать политику status quo, так как избавление от критикующих снижает давление на организацию и, как правило, оставшиеся клиенты являются пассивной стороной.

В результате монополист «допускает ухудшение качества продаваемого им товара или услуги, не приобретая при этом никакой финансовой выгоды» [Hirschman, 1970, p. 57]. Стратегия «ленивых монополий» состоит в продвижении такого продукта, который устраивал бы большинство клиентов, потребителей или членов данной организации, но не соответствовал бы стандартам тех, кто придает большее значение качеству товара или услуги. «Ленивым монополиям» комфортно находиться в условиях конкуренции. Небольшая конкуренция может «выкачать» неудобных для нее клиентов. Такая ситуация может позволить монополиям «тиранить» тех потребителей, которые не могут воспользоваться возможностью «выхода». В результате такой тирании «некомпетентный подавляет слабого и ленивый эксплуатирует бедного» [Hirschman, 1970, p. 59].

Таким образом на том рынке, где отсутствует конкуренция за сам рынок, существует стимул для потребителей, не выражающих недовольства деятельностью монополии посредством «выхода» или высказывания «мнения», переходить на другой рынок. В результате данная организация не несет никаких финансовых потерь и не имеет стимулов для повышения эффективности и качества работы.

Каким образом можно применить эту концепцию для анализа ситуации в российской системе здравоохранения?

ПОЗИЦИИ ПОТРЕБИТЕЛЕЙ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ СИСТЕМЫ ОМС

Рассмотрим систему обязательного медицинского страхования. Среди поставщиков медицинских услуг выделим амбулаторно-поликлинические учреждения (АПУ). Они могут оказывать как бесплатные услуги по полисам ОМС, так и платные услуги. Таким образом, для неудовлетворенного потребителя внутри системы ОМС есть «выход» — получение платных услуг государственных медицинских учреждений. Кроме того, возможен и другой «выход» — переход в частную систему здравоохранения.

Выражение «мнения» может осуществляться путем предъявления претензий и жалоб медицинскому учреждению, страховой медицинской организации (СМО), органам управления здравоохранением.

Приведем некоторые результаты телефонных опросов населения, проведенных в рамках двух исследований, осуществленных в 2003 и 2005 гг.

Вначале установим, имеются ли у потребителей, обладающих полисами ОМС, основания для «выхода» и выражения «мнения». Для этого рассмотрим отношение населения к качеству лечения и уровню обслуживания в медицинских учреждениях системы ОМС.

Опрос, проведенный в 2005 г., показал, что значительная доля респондентов не удовлетворена работой поликлиник (32%, в 2003 г. — 35%), только отчасти удовлетворены 34% респондентов (в 2003 г. — 36%) (рис. 3).

На вопрос о том, как изменилось обслуживание в поликлинике за последние два года, значительная часть респондентов ответила, что оно осталось неизменным (49%), ухудшение отметили 26,6% ответивших, еще 14,9% затруднились с ответом и только 9,5% респондентов считают, что обслуживание улучшилось.

На вопрос о том, «что именно Вас не устраивает в работе Вашей районной поликлиники?» — 10,7% респондентов ответили, что их все устраивает. В 2003 г. претензий к работе поликлиники не было у 17,5% респондентов.

Наибольшие нарекания вызывают очереди, если в 2003 г. их упомянули около 32% посетителей, то в 2005 г. — 44,8%. Значительная часть респондентов недовольна отсутствием в поликлинике необходимых ресурсов

для оказания качественных услуг. Так, отсутствие нужных врачей-специалистов отметили 7,8% опрошенных, диагностических исследований — 5,5%. Еще 22,4% респондентов не удовлетворены тем, что к врачу-специалисту трудно попасть. Невежливое поведение обслуживающего персонала и невнимание, равнодушие врачей отметили в совокупности более 15% опрошенных. На недостаточный уровень квалификации врачей указали только 11,1% опрошенных.

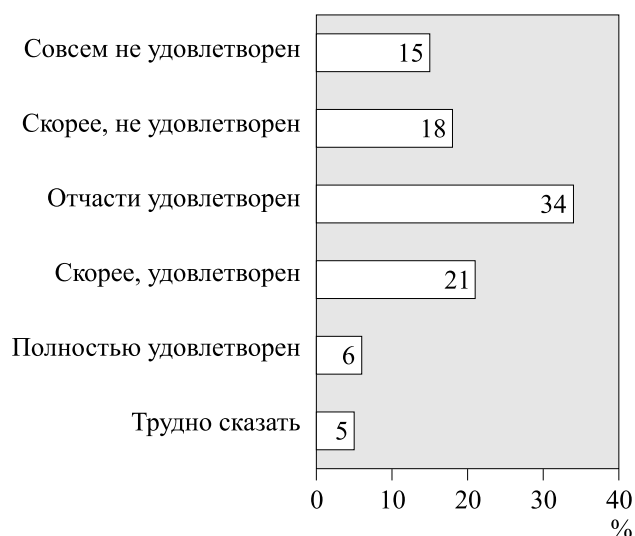


Рис. 2. Степень удовлетворенности населения работой районных поликлиник

Таким образом, в качестве основных причин недовольства работой районных поликлиник следует выделить:

- ♦ низкий уровень обслуживания (очереди, невежливое поведение персонала, невнимание со стороны врачей), в совокупности отмеченное в 61,5% полученных ответов;
- ♦ отсутствие или нехватку необходимых ресурсов для оказания качественной помощи (отсутствие врачей, диагностических исследований, низкий уровень квалификации врачей, трудности с получением консультации врачей-специалистов) — 48,8% ответов.

Полученные результаты свидетельствуют о том, что традиционно приписываемые поликлиникам проблемы — низкая квалификация врачей и платность многих услуг — вызывают неудовлетворенность только у 11,1% и 6,4% опрошенных соответственно. Это не означает, что уровень значимости этих проблем и в самом деле низкий — возможно, потребители и не ожидают от поликлиник наличия высококвалифицированного медицинского персонала и полной бесплатности услуг.

Причины неудовлетворенности работой районных поликлиник приведены в табл. 2.

Таблица 2

Причины неудовлетворенности работой районных поликлиник

Год	2003 г.	2005 г.
Число респондентов, человек	673	549
Причины	Доля респондентов, %	
Очереди	31,9	44,8
Трудно попасть на прием к врачу-специалисту	18,7	24,4
Все устраивает	17,5	10,7
Невежливое поведение обслуживающего персонала	17,5	10,6
Уровень квалификации, компетентности врачей	13,1	11,1
Отсутствие нужных врачей-специалистов	10,3	7,8
То, что некоторые услуги являются платными	5,8	6,4
Отсутствие требуемых диагностических исследований	3,1	5,5
Пренебрежение к больным, недостаточность внимания	4,2	5,1
Высокие цены на платные услуги	2,8	2,6
Другое	10,6	12,2
Трудно сказать	7,7	8,4

Таким образом, результаты опросов показывают, что значительная часть потребителей не удовлетворена качеством обслуживания в АПУ.

Направления «выхода» из системы обязательного медицинского страхования. В качестве «выхода» из системы ОМС используется оплата медицинских услуг. Данные, полученные в результате опроса 2005 г., свидетельствуют о том, что 62,2% респондентов оплачивали медицинские услуги.

Оплата медицинской помощи входит в число приоритетных направлений расходования средств у лиц с разной самооценкой дохода (табл. 3). Даже в группе с крайне низкой самооценкой дохода («Нам не хватает денег даже на еду») за медицинские услуги в последние два года платили 42,9% респондентов. Несколько выше этот показатель для групп с более высоким уровнем дохода (53–67%).

Более половины респондентов оплачивали услуги в *медицинских учреждениях, входящих в систему ОМС*, — 53,3% (в 2005 г. — 44,3%), но также значительная часть обращалась в *платные учреждения* — 43,8% (в 2003 г. — 53,1%).

Частным образом медицинская помощь оказывалась 10,2% респондентов (ранее — 11,6%). Если в 2003 г. чаще всего оплачивались услуги стоматологов (51%), то в 2005 г. — обследования и анализы (40,8%, ранее — 34%) и в меньшей степени стоматологические услуги (35,6%). Реже оплачи-

вались услуги врачей больниц и поликлиник (16,9 и 11,9% соответственно), процедуры (15,2%) и гинекологические услуги (6,9%, ранее 12%).

Таблица 3

Доля лиц, приобретающих платные медицинские услуги, среди групп населения с различной самооценкой дохода семьи

Самооценка дохода	Доля лиц, приобретающих медицинские услуги в общей численности группы, %
Нам не хватает денег даже на еду	42,9
Хватает на еду, но покупать одежду нам очень трудно	57,8
Нам хватает денег на еду и одежду, но приобрести телевизор, холодильник или стиральную машину нам будет сложно	63,0
Мы можем купить основную бытовую технику, но на автомобиль нам денег не хватает	65,6
Наших средств хватит на все, кроме квартиры или загородного дома	66,7
Мы не ограничены в средствах и можем себе позволить все, что хотим	53,8

Из числа респондентов, обращавшихся к врачам, платные медицинские центры посещали 35,5%. В основном это представители более молодых возрастных групп (43–57% — в группах от 18 до 50 лет). Среди пожилых людей к услугам платных медицинских центров прибегал каждый четвертый. Частота обращений в такие центры имеет выраженную зависимость от уровня доходов: среди представителей групп с крайне низкой самооценкой дохода обращались в такие центры 26%, с самой высокой самооценкой дохода — 57%. Основная частота обращения — раз в год и реже (57,7%), для 31% респондентов — не чаще чем раз в квартал. Как правило, в платные центры обращаются по следующим вопросам: стоматология (60%), консультации врачей-специалистов (38,3%), обследования и лечение в поликлинике (32,1%), гинекологические услуги (16,1%).

Основными причинами обращений в платные центры выступают отсутствие очередей (в 2005 г. — 30,7%, в 2003 г. — 26%), более высокое качество обслуживания и квалификация врачей (28 и 25,5% соответственно).

Особо следует отметить, что отсутствие в «бесплатной» поликлинике или больнице нужных услуг отметили только 13,1% респондентов. Пожилые люди чаще обращаются в платные центры вследствие того, что поликлиники не предоставляют необходимых им услуг (40%). Молодые люди 18–29 лет, в отличие от представителей других возрастных групп, считают, что в платных центрах выше качество обслуживания (43,6%).

В системе ОМС многие потребители оплачивали услуги официально, только через кассу (67,3%), но часть пациентов платила, кроме того, и непосредственно врачам (11,2%). Доля лиц, осуществлявших только «теневые платежи», составляет 21,5%. При этом следует принять во внимание, что «теневые платежи» используются при оплате медицинских услуг, получаемых населением, и в платных медицинских учреждениях (табл. 3). Это свидетельствует о том, что как у значительной части населения, так и у медицинских работников выработан стойкий стереотип обязательности вознаграждения за медицинские услуги, оказанные «с вниманием» к пациенту. Кроме того, в ряде случаев пациенту выгоднее заплатить не в кассу, а непосредственно врачу.

Таблица 3

Доля пациентов, оплачивающих медицинские услуги через кассу медицинского учреждения и путем «теневых платежей», %

Тип медицинского учреждения	Метод оплаты		
	Официальные платежи	Теневые платежи	Официальные платежи и теневые платежи
Медицинские учреждения системы ОМС	67,3 (61,3*)	21,5 (23,6)	11,2 (15,1)
Платные медицинские учреждения	79,7 (77,4)	11,6 (13,1)	8,7 (9,5)

Примечание. * В скобках указаны данные за 2003 г.

Таким образом, потребители используют «выход» в большинстве случаев из-за неудовлетворенности качеством обслуживания в АПУ. Они обращаются за платными услугами в медицинские учреждения ОМС или в платные медицинские центры.

В соответствии с Федеральным законом «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации» от 28 июня 1991 г. № 1499-1 застрахованные имеют право на выбор врача и медицинского учреждения. Однако, по оценкам представителей АПУ, случаи обращения пациентов по поводу смены врача крайне редки (2–3 человека в год, в некоторых поликлиниках — 2–3 за несколько лет). Основные мотивы смены врача

относятся не к неудовлетворенности качеством работы врача, а к стремлению получить консультативную помощь другого специалиста, кроме этого, стремление к смене врача может быть связано с психологическими особенностями пациента.

Смена поликлиники по просьбе пациента происходит, как правило, только при смене места жительства. Главные врачи поликлиник отметили, что они не сталкивались с обращениями, связанными с неудовлетворенностью работы АПУ.

СПОСОБЫ ВЫРАЖЕНИЯ «МНЕНИЯ» В СИСТЕМЕ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

Реакция потребителей на неудовлетворенность качеством обслуживания может выражаться в следующих действиях:

- ♦ обращение к главному врачу (заведующему отделением) с жалобой на врача;
- ♦ обращение к тем же лицам с просьбой сменить лечащего врача;
- ♦ смена медицинского учреждения (поликлиники или больницы);
- ♦ обращение с жалобой в СМО;
- ♦ смена СМО, если страховая компания не отреагировала на жалобу.

Результаты опроса показали, что абсолютное большинство пациентов поликлиник нигде не жаловались (94,9%), т. е. не использовали, согласно концепции А. Хиршмана, возможности для выражения своего «мнения».

Основной функцией СМО является защита прав застрахованных, однако в 2005 г. из 25 человек (4,6% респондентов) только трое обращались в СМО, остальные предпочли обратиться к главному врачу, заведующим отделением и в органы управления здравоохранением. Эти данные практически повторяют результаты опроса 2002 г. (тогда из 22 человек двое обращались в СМО).

Застрахованные в системе ОМС имеют право перехода в другую страховую компанию. Из общего числа респондентов 45,2% меняли полис ОМС, однако в качестве основных причин упоминались такие, как «организация поменяла страховую компанию» (33,8% от сменивших полис), «сменили работу», «сказали сменить в поликлинике» и др. Никто не упомянул «сознательный» переход в другую СМО.

Это свидетельствует о том, что население не усматривает различий в деятельности разных страховых компаний, а также их влияния на качество медицинских услуг. В этой связи не удивительно, что только 25,4% респондентов знают название своей страховой компании, остальные же в ответ на вопрос об этом называют номер районной поликлиники.

Таким образом, в настоящее время существует конкуренция между различными секторами системы здравоохранения, а не внутри самой сис-

темы «бесплатного» медицинского обслуживания. Такая ограниченная конкуренция выгодна АПУ, так как они, не неся финансового ущерба из-за «выхода» потребителей и не получая обратной связи от недовольных посредством выражения «мнения», не приобретают никаких стимулов для улучшения своей деятельности. В результате основным контингентом поликлиник являются те, кто не может позволить себе «выход» и не верит в эффективность «мнения».

АНАЛИЗ СПОСОБОВ «ПРЕОДОЛЕНИЯ ЛЕНИ» У МЕДИЦИНСКИХ УЧРЕЖДЕНИЙ

В последнее время предлагается и уже реализуется целый ряд мер, направленных на повышение качества медицинских услуг. Кратко рассмотрим основные «векторы» преобразований и укажем на главные проблемы, которые могут возникнуть в процессе их реализации.

Развитие конкуренции в системе ОМС. Данное направление предполагает введение механизма «выхода» в систему ОМС. Для того чтобы у медицинских учреждений появились стимулы «для преодоления лени», следует предоставить право выбора не страхователям, а самим потребителям СМО. Кроме того, необходимо обеспечить право выбора страховой организацией медицинских учреждений. Таким образом, у СМО появятся стимулы для улучшения обслуживания застрахованного контингента, а у медицинского учреждения — для улучшения качества обслуживания.

Следует отметить, что в настоящее время некоторые руководители медицинских учреждений Санкт-Петербурга отмечают наличие конкуренции между поликлиниками и консультативными отделениями, открываемыми при больницах (например, при Мариинской больнице, больнице № 3). Консультативные отделения получают лицензии на обслуживание населения в системе ОМС. Поликлиники относятся к данному явлению негативно, считая более правильной конкуренцию на уровне специалистов. В этой ситуации АПУ начинают изыскивать возможные варианты оптимизации своей деятельности, позволяющие быть более эффективными в экономическом плане, например развивать направления, являющиеся дополнительными к оказываемым услугам и не входящие в ОМС.

Представляется, что практическая реализация права на выбор потребителем СМО и страховщиком медицинских учреждений необходима. Однако эффект от таких мер появится лишь в долгосрочном периоде. Кроме того, такой шаг возможен только в регионах с развитой сетью медицинских учреждений и достаточно большим количеством СМО.

Изменение механизма финансирования АПУ. Переход к такому методу финансирования, который мотивировал бы АПУ повышать качество

медицинской помощи, предполагает появление финансовых стимулов к улучшению работы у самих врачей.

В Санкт-Петербурге в 2004 г. завершился переход от подушевой оплаты прикрепленного к поликлинике населения к оплате по случаю поликлинического обслуживания, под которым понимается комплекс медицинских мероприятий и совокупность посещений, предоставленных при каждом обращении пациента в медицинское учреждение. При этом по каждому поводу обращения может быть осуществлено одно или несколько посещений к одному и тому же или различным специалистам.

Результаты интервьюирования представителей медицинских учреждений показали, что в 2003 г., до изменения системы оплаты поликлиник, большинство из них положительно относилось к методу финансирования по поликлиническому обслуживанию.

Приведем соответствующие данные. По мнению представителей АПУ, введение такого метода должно стимулировать медицинские учреждения к повышению эффективности работы, что будет проявляться:

- ♦ в появлении у врачей заинтересованности в привлечении большего количества пациентов, что позволит поликлиникам увеличить объем получаемого финансирования;
- ♦ улучшении качества как медицинских услуг, так и обслуживания (в том числе более внимательном отношении к пациентам; назначении большего числа обследований; стремлении увеличить количество законченных случаев лечения; снижении уровня госпитализации);
- ♦ сокращении сроков лечения;
- ♦ возможности контролировать работу участковых терапевтов.

В 2005 г., после введения новой системы оплаты, респонденты отмечали либо отсутствие ее существенного влияния на финансовое состояние медицинских учреждений, либо негативное воздействие системы, по сравнению с финансированием в рамках подушевого тарифа. При этом все они однозначно признают, что новая система финансирования стимулировала медицинские учреждения к повышению интенсивности работы, однако в ущерб качеству предоставляемых услуг. В частности, отрицательными последствиями введенной системы признаются большое количество приписок, меньшие затраты времени на обслуживание пациентов. Необходимость выполнения финансового плана заставляет обслуживать большее количество пациентов, уделяя тем самым меньше внимания каждому из них.

Часть руководителей страховых компаний и медицинских учреждений, несмотря на существующие недостатки, признают, что данная система предполагает «справедливую» оплату за выполненную работу. Дополни-

тельно новая система предоставила возможность определять реальные потребности медицинского учреждения в специалистах.

В качестве основного недостатка системы финансирования по поликлиническому обслуживанию респонденты называют отсутствие дифференцированного подхода к разным медицинским направлениям и медицинским услугам, а также неравномерное распределение тарифов. Например, врачи первичного звена, врачи-терапевты, врачи экстренной помощи должны работать по душевому тарифу. Респонденты считают, что целесообразно введение дифференцированного подхода финансирования по услугам: должны существовать отдельные тарифы на анализы, диагностику, ЭГК и т. д., как это делается в Москве.

Также недовольство медицинских учреждений вызывает то обстоятельство, что новая система финансирования не учитывает фактор сезонности. Летом, в условиях низкой загруженности, медицинские учреждения, особенно поликлинические, вынуждены действовать более активно, проводить диспансеризацию, осмотры работающего населения, профилактические мероприятия и др.

Некоторые представители медицинских учреждений отмечали неудобство, связанное с необходимостью ежедневного выставления счетов, предпочтительной является ежемесячная реестровая система выставления счетов.

Представители ведомственных медицинских учреждений Санкт-Петербурга полагают, что система оплаты в соответствии с количеством прикрепленного населения является более надежной и стабильной, но менее эффективной с финансовой точки зрения.

Поликлинические учреждения располагают рядом специальностей (врачебных и сестринских), которые не входят в систему ОМС. Это врачи функциональной диагностики, врачи клинко-диагностических лабораторий, врачи-рентгенологи и т. д., оплата деятельности которых входит в оплату врачей других специальностей. По мнению руководителей поликлиник, существующая система финансирования по поликлиническому обслуживанию не способствует развитию данных направлений медицины.

Таким образом, можно сделать вывод о том, что «идеального» метода финансирования АПУ не существует, поэтому при выборе способа оплаты необходим учет негативных последствий, т. е. своего рода сопоставление затрат и выгод. Изменение механизма финансирования медицинского учреждения должно включать и создание системы «справедливой оплаты» врачей за выполненную работу.

Повышение экономической самостоятельности медицинских учреждений. Одним из основных недостатков организационно-правовой формы «бюджетное учреждение» является финансирование на основе сметы доходов и расходов, что существенно ограничивает хозяйственную самостоя-

тельность медицинских учреждений. Метод сметного финансирования удобен финансовым органам, но не создает у учреждений стимулов к более рациональному использованию ресурсов.

Проведенный в 2005 г. (в то время возможность распространения на здравоохранение закона об автономных учреждениях представлялась вполне реальной) опрос руководителей амбулаторно-поликлинических и стационарных учреждений Санкт-Петербурга показал, что они не готовы были дать однозначные оценки относительно изменения организационно-правовой формы на «автономное учреждение». Респонденты не обладали необходимой информацией, позволяющей полностью оценить преимущества и недостатки автономного статуса. Исходя из имеющихся представлений, выделяются следующие возможные преимущества перехода на автономный статус: свобода и независимость в решении хозяйственных вопросов; возможность самостоятельно распоряжаться средствами; маневрирование ресурсами и привлечение партнеров по инвестиционным проектам; большая самостоятельность в определении кадровой политики; возможность самостоятельного формирования штатного расписания, исходя из количества обслуживаемого населения; меньшая зависимость от города; возможность создания на базе государственных медицинских учреждений коммерческих специализированных центров. Основным недостатком участники исследования усматривали в угрозе самому существованию медицинских учреждений, которые могут оказаться неэффективными (не найдут свою рыночную нишу, не станут востребованными). По мнению респондентов, данная система может быть эффективна только для учреждений, имеющих четко выстроенную экономическую службу, сильный менеджмент. Выказывалось мнение, что в результате введения этого закона может произойти серьезный передел рынка медицинских услуг, поглощение экономически более сильными учреждениями более слабых.

Как правило, участники исследования отмечали, что медицинские учреждения пока не созрели для перехода на автономию, так как отсутствует необходимое оснащение и остро стоит проблема нехватки кадров. Основным вопросом для медицинских учреждений связан с выяснением того, кто будет собственником имущества и на кого лягут обязательства по содержанию зданий, коммуникаций и инженерных сетей, выплате налога на землю и т. п.

Некоторые руководители медицинских учреждений выразили готовность осуществлять право самостоятельного хозяйственного ведения с возможностью последующего акционирования и получения госзаказа.

На наш взгляд, для повышения экономической самостоятельности медицинских учреждений последним следует предоставить возможность изменения своей организационно-правовой формы. Однако результаты опроса

показывают, что в случае принятия соответствующего закона необходимо проведение предварительной «разъяснительной» работы с профессиональными ассоциациями и союзами, отдельными медицинскими учреждениями. Кроме того, возможен рост социальной напряженности в обществе вследствие возникновения опасений из-за скрытой приватизации государственных медицинских организаций.

Увеличение финансирования здравоохранения путем повышения заработной платы медицинских работников. В настоящее время в рамках национального проекта «Здоровье» реализуется стратегия повышения заработной платы врачам первичного сектора здравоохранения. Это является необходимым, но далеко не достаточным стимулом к улучшению качества медицинских услуг. Наряду с повышением заработной платы должна быть введена система оплаты труда, которая была бы основана на установлении прямой зависимости между размером заработной платы и результатом работы врача.

Одновременно с реализацией комплекса мер, направленных на «преодоление лени» у медицинских учреждений, представляется необходимым изучение эффективных форм управления медицинскими учреждениями в различных секторах здравоохранения. Целесообразность изучения опыта успешных медицинских организаций связана с задачей выявления эффективных бизнес-моделей их функционирования для возможного тиражирования в сфере здравоохранения.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Одной из основных проблем российского здравоохранения выступает отсутствие стимулов к повышению качества обслуживания у медицинских учреждений системы ОМС. В существующей институциональной среде поведение потребителей в системе ОМС практически не оказывает влияния на деятельность медицинских учреждений. Неудовлетворенность потребителей качеством медицинского обслуживания не заставляет учреждения системы ОМС совершенствовать методы своей работы.

Таким образом, медицинские учреждения в ОМС являются, по сути, «ленивой монополией», которой даже выгодны сначала отказ недовольных низким качеством обслуживания потребителей от бесплатных услуг, а затем — оплата ими медицинских услуг как в тех же медицинских учреждениях, так и в платных медицинских центрах, а также использование «теневых платежей».

Изменить такую ситуацию, т. е. «преодолеть лень» медицинских учреждений, можно только путем реализации целого комплекса мер, направленных в первую очередь на развитие конкуренции в системе здравоохранения.

Литература

- Бесстремьянная Г. Е., Заборовская А. С., Чернец В. А., Шишкин С. В.* Здоровоохранение в регионах Российской Федерации: механизмы финансирования и управления. М.: Поматур, 2006.
- Шишкин С. В., Заборовская А. С.* Анализ форм участия населения в оплате социальных услуг, гарантируемых государством. М.: ИЭПП, 2004.
- Шишкин С. В., Чернец В. А., Чирикова А. Е.* Политико-экономический анализ трансформации механизмов финансирования здравоохранения и образования. М.: ИЭПП, 2003.
- Уильямсон О.* Экономические институты капитализма. СПб.: Лениздат, 1996.
- Bendor K., Sloan P.* Job Satisfaction, Trade Unions and Exit-Voice Revisited // *Industrial and Labour Relations Review*. 1998. Vol. 51. N 2. P. 222–240.
- Cannings K.* An Exit-Voice Model of Managerial Attachment // *Journal of Economic Behavior and Organisation*. 1989. Vol. 12. N 1. P. 107–129.
- Dowding K., John P., Mergoupis T., Van Vugt M.* Exit, Voice and Loyalty: Analytic and Empirical Developments // *European Journal of Political Research*. 2000. Vol. 37. N 4. P. 469–495.
- Gehlbach S.* A Formal Model of Exit and Voice // *Rationality and Society*. 2007. Vol. 19. N 1.
- Freeman R.* The Politics of Health in Europe. Manchester: Manchester University Press, 2000.
- Hirschman A. O.* Exit, Voice and Loyalty: Responses to Decline in Firms, Organizations and States. Cambridge: Harvard University Press, 1970.
- Kato J.* When the Party Breaks up: Exit and Voice Among Japanese Legislators // *American Political Science Review*. 1998. Vol. 92. N 4. P. 857–870.
- ODonnell G.* On the Fruitful Convergence of Hirschman's Exit, Voice and Loyalty and Shifting Involvements: Reflections from the Recent Argentine Experience. Notre Dame: Notre Dame Press, 1986.
- Rusbult C., Johnson D., Morrow G.* Determinants and Consequences of Exit, Voice and Loyalty and Neglect: Responses to Dissatisfaction in Adult Romantic Involvements // *Human Relations*. 1986. Vol. 39. P. 45–63.

Статья поступила в редакцию 18 июля 2007 г.