

СОГЛАСОВАНИЕ ЭКОНОМИЧЕСКИХ ИНТЕРЕСОВ СУБЪЕКТОВ РЫНКА МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ В РЕГИОНЕ

Аннотация: в статье рассматривается согласование интересов субъектов рынка медицинских услуг, которое в перспективе будет способствовать рационализации процесса предоставления и получения населением медицинских услуг и оптимальному распределению ресурсов развития здравоохранения в регионе. Выделены и проанализированы характерные черты медицинской услуги, определяющие экономические интересы субъектов рынка медицинских услуг и на этой основе произведена их классификация. Проведенный анализ позволил наметить меры для достижения баланса интересов всех участников данного рынка.

Ключевые слова: экономические интересы, рынок медицинских услуг, субъекты рынка медицинских услуг, асимметрия информации.

UDC 332.025.02

O. V. Myasnyankina

COORDINATION OF ECONOMIC INTERESTS OF SUBJECTS OF THE MARKET OF MEDICAL SERVICES IN THE REGION

Abstract: the article discusses the reconciliation of interests of subjects of the market of medical services, which in term will contribute to the diet of successful implementation of the process of provision and access to health-care services and the optimal allocation of resources in health development in the region. Identified and analyzed the characteristic features of medical services forming the economic interests of the subjects of the market of medical services and on this basis made their classification. The analysis led to the identification of measures to achieve the balance of interests of all participants of market of medical services.

Keywords: economic interests, the market of medical services, the subjects of the market of medical services, asymmetry of information.

Введение

Необходимость обеспечения согласования экономических интересов на рынке медицинских услуг связано с развитие системы здравоохранения в России и формирования в ней рыночных отношений. Поскольку в основу функционирования системы здравоохранения положены страховые принципы, то введение рыночных отношений, неразрывно связанное с созданием конкурентной среды как фактора повышения эффективности его функционирования, не имеет необходимого институционального оформления.

В соответствии с Конституцией РФ главной задачей функционирования рынка медицинских услуг является обеспечение прав граждан на получение бесплатной и общедоступной медицинской помо-

щи. Однако современное положение дел в системе здравоохранения, а также дальнейшее её реформирование, ориентированное на коммерциализацию отрасли и увеличение объема платных услуг, приводят к тому, что необходимо обеспечить согласование интересов всех субъектов рынка медицинских услуг.

В условиях предстоящих преобразований рынка медицинских услуг и дальнейшего развития данного сектора экономики крайне актуальной становится проблема поиска оптимального механизма взаимодействия государственного и негосударственного секторов здравоохранения, обеспечивающего согласования экономических интересов как государства, общества, так и субъектов хозяйствования на рынке медицинских услуг.

Систематизация и структуризация экономических интересов субъектов рынка медицинских услуг, и разработка мер для достижения баланса их интересов

Рынок медицинских услуг имеет место, когда существует потенциальная возможность для обмена и определяется наличием двух сторон - нуждающихся в медицинских услугах и предлагающих их, т. е. наличием субъектов рынка — необходимых медицинских учреждений, где могут осуществляться реализация и потребление медицинской услуги или товара, а также наличием свободы выбора взаимных предложений производителей и потребителей медицинских услуг.

Под рынком медицинских услуг мы понимаем совокупность социально-экономических институтов, организующих, структурирующих и легитимизирующих хозяйственные отношения, возникающие между экономическими агентами в процессе производства, обмена и потребления медицинских услуг. Сфера здравоохранения может быть рассмотрена как система взаимоотношений четырех типов субъектов: производителей, потребителей (в случае бесплатной медицинской помощи), покупателей (плательщиков) (в случае платных медицинских услуг), государства.

Взаимоотношения государства, медицинских учреждений и потребителей медицинских услуг показано на рис. 1.

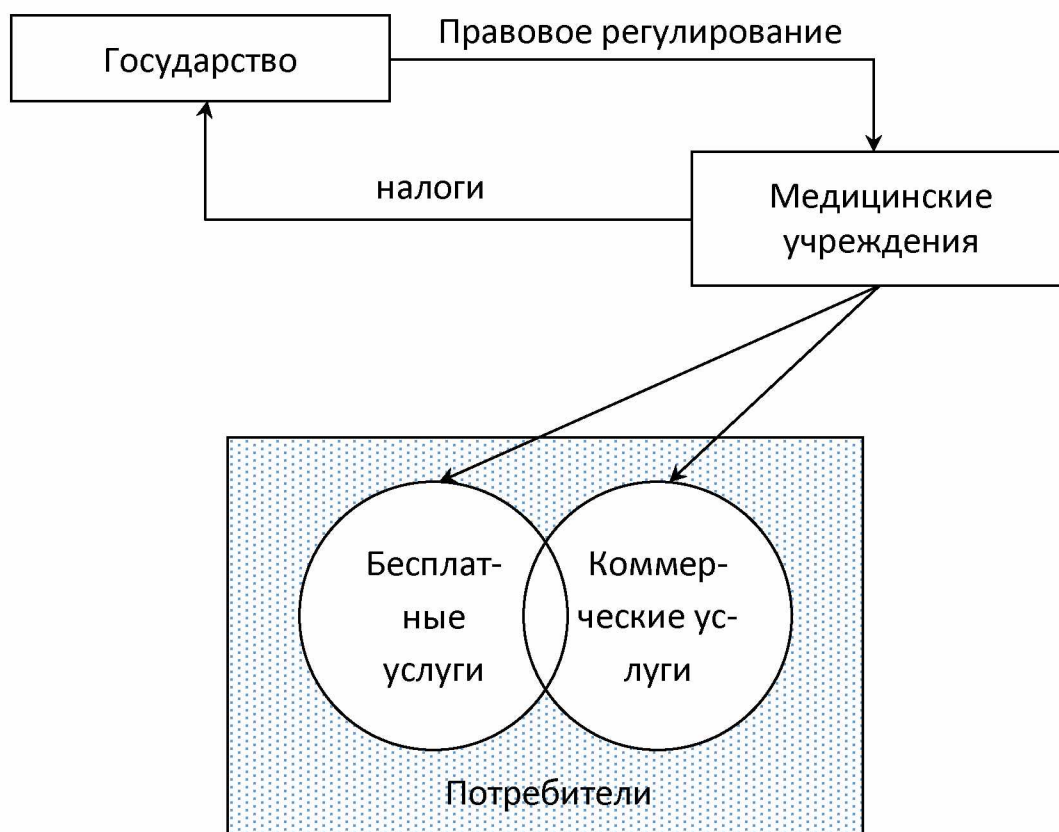


Рис. 1. Взаимоотношения субъектов на рынке медицинских услуг

Результат потребленной медицинской услуги воплощен в человеке, при этом услуга носит и социальный, и индивидуальный характер. Медицинские услуги всегда имеют индивидуальный характер, так как предназначены конкретному человеку с его неповторимым уникальным организмом, что обуславливает совпадение потребления основной части услуг здравоохранения с их производством.

Следует отметить эксклюзивные черты медицинской услуги, формирующие экономические интересы субъектов рынка медицинских услуг:

— *высокая социальная направленность* (главной целью деятельности в сфере услуг оказывается не некий продукт как материальное благо, а сам человек; материальное благо является скорее побочным следствием, чем целью);

— *низкая эластичность спроса* (насущность потребности в услугах здравоохранения практически исключает субституцию (взаимозаменяемость) связанных с ними расходов, производимых из семейного бюджета, на затраты, осуществляемые ради удовлетворения других человеческих потребностей; потребность в здоровье не замещается другими потребностями);

— *неопределенность и непредсказуемость получаемого результата* (результат состоит непосредственно в развитии человека и имеет индивидуальные качества и характеристики, которые не могут быть скопированы или воспроизведены);

— *неосязаемость* (нематериальный характер услуг здравоохранения проявляется в невозможности продемонстрировать их пациенту вплоть до предоставления в виде совокупности профилактических, лечебно-диагностических, реабилитационных мероприятий и процедур; подавляющее большинство медицинских услуг содержит как функциональные (деятельностные), так и материально-вещественные компоненты; степень осязаемости конкретной услуги определяется количественным соотношением ее функционального и материально-вещественного содержания);

— *неотделимость от источника* (оказание медицинской помощи требует непосредственного участия в этом процессе не только медицинских работников, но и пациентов);

— *высокая дифференциация (неоднородность) качества* (качество медицинских услуг во многом зависит от того, кто и в каких условиях их оказывает);

— *зависимость результатов оказания услуги от местных природно-климатических условий*, препятствующих или благоприятствующих лечению и профилактике заболеваний;

— *асимметрия информации* (любая информация, исходящая от лечащего врача, всегда имеет вероятностный характер; подлинный суверенитет пациента невозможен из-за его недостаточной медицинской информированности);

— *субъективность оценки* (оценка потребительских свойств медицинских услуг проводится на уровне субъективного восприятия их результативности, ощущений и эмоциональных переживаний пациентов);

— *результативность напрямую не связана с величиной затрат*, а зависит и от состояния и реакции организма на проводимое лечение;

— *неопределенность в возникновении потребности в медицинской услуге* (потребитель не может спланировать вероятность возникновения потребности в медицинской услуге, потребность может появиться в результате непредвиденных обстоятельств);

— *наличие многоканального финансирования услуг* (услуги целесообразно разделить на: на рыночные (платные услуги по рыночным ценам) и нерыночные (услуги, предоставляемые бесплатно или по ценам, не имеющим экономического значения; в последнем случае оценка производится с использованием рыночных цен подобных услуг, реализуемых на рынке, или по затратам); взаимозаменяемые, взаимодополняющие и независимые).

Характерные черты медицинской услуги показаны на рис. 2.

Анализ групп интересов субъектов рынка медицинских услуг (потребителей и покупателей, производителей и поставщиков, государства) представлен в табл. 1.

Интересы субъектов рынка медицинских услуг следует рассматривать в единстве социальных, политических, экономических и духовно-культурных компонентов, что предопределяет необходимость выделения нескольких групп интересов (табл. 2).

Для достижения баланса интересов субъектов рынка медицинских услуг можно предложить комплекс следующих мер:

1. *Развитие партнерских отношений при получении экономической самостоятельности лечебно-профилактических учреждений (ЛПУ)*. Основными структурообразующими элементами рынка медицинских услуг становятся стратегические альянсы, представляющие собой территориальные группировки ЛПУ и связанные с ними организации, действующие в определенной сфере и характеризующиеся общностью деятельности и взаимодополняющие друг друга. Современный рынок медицинских услуг — это трехзвенная рыночная структура, включающая в себя как рынок медицинских услуг, так и рынки сопутствующих товаров и услуг. Предлагается выделять первичный, вторичный и третичный рынки.

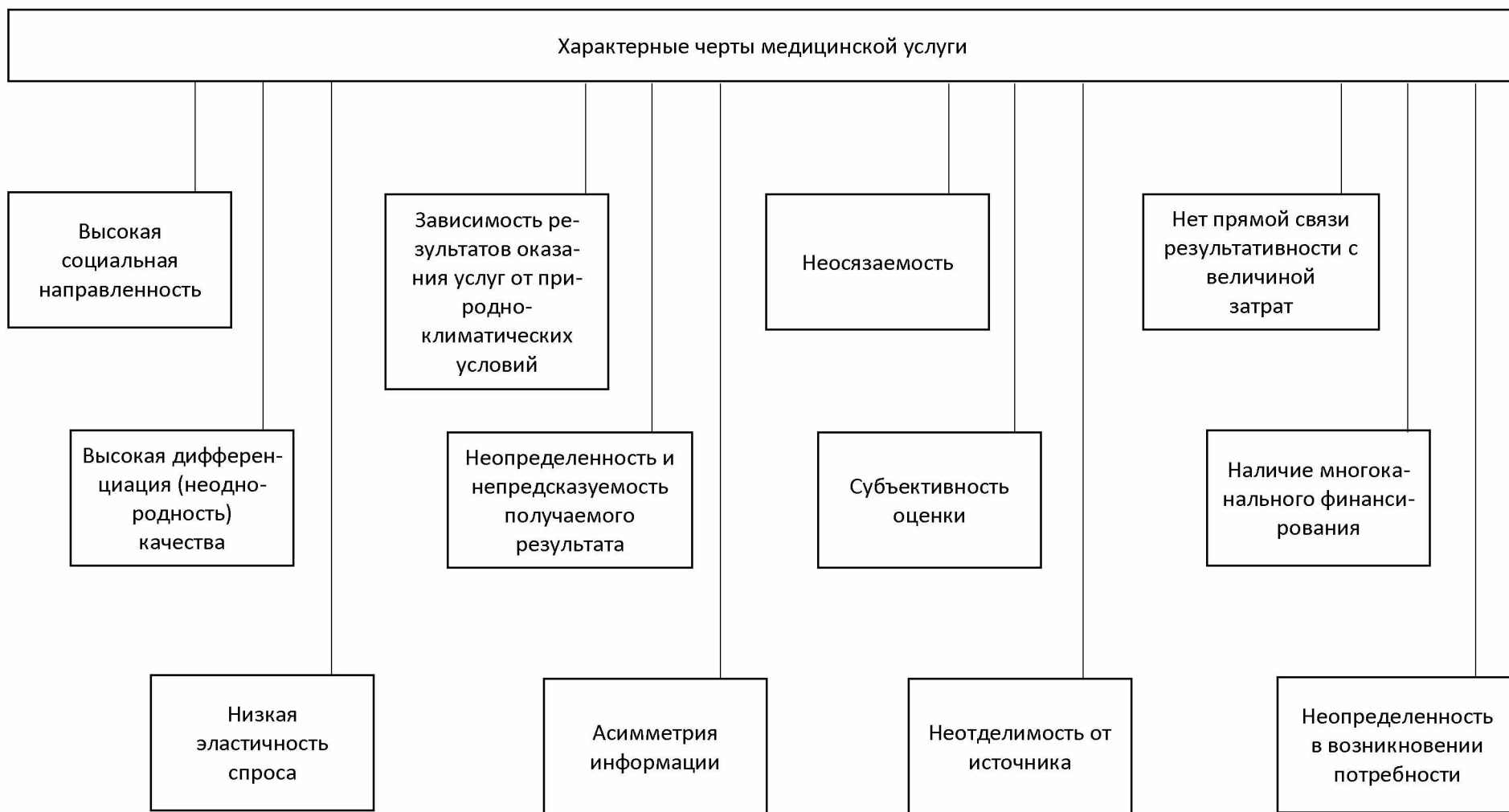


Рис. 2. Свойства медицинской услуги, формирующей экономические интересы субъектов рынка в регионе

Первичный рынок — это рынок стоματοлогических, ортопедических, хирургических, косметологических, репродуктивных, трансплантологических, эндокринологических, терапевтических, судебно-медицинских, лечебно-физкультурных и медико-реабилитационных, санитарно-экологических и нервно-психиатрических услуг.

Вторичный рынок медицинских услуг — это фармакологический рынок, обеспечивающий первичный рынок медицинских ус-

луг необходимыми лекарственными средствами. Как первичный, так и вторичный рынки медицинских услуг непосредственно зависят от производства соответствующих технических средств.

Третичный рынок непосредственно переплетается с материальным производством и ответственен за медицинское обслуживание. Следует находить консенсус интересов субъектов всех трех звеньев рынка медицинских услуг.

Таблица 1

Интересы субъектов рынка медицинских услуг

Субъекты	Интересы
Потребитель (покупатель) медицинской услуги	— потребность жить, быть здоровым с сохранением трудоспособности; — потребность возврата к норме при временной потере трудоспособности; — желание сохранения определенной «ниши» трудоспособности при наличии инвалидности; — потребность достижения наивысшей степени «качества жизни»; — формирование личного капитала здоровья (базового и приобретенного).
Производители (поставщики)	— повышение эффективности взаимодействия с покупателем медицинских услуг и товаров медицинского назначения и с обладателями факторов медико-производственного предпринимательства; — корпоративный интерес (обеспечения профессионального и гражданского достоинства врачебного сословия); — удовлетворение первоочередных потребностей (при бюджетном финансировании); — максимизация прибыли и минимизация издержек (платные медицинские услуги); — преодоление ограниченности ресурсных возможностей наращивания производства услуг; — расширение спектра медицинских услуг и увеличение притока средств.
Государство	— выявление и отражение в государственных планах объема ресурсов, направляемых государством в отрасль охраны здоровья; — формирование и функционирование системы охраны здоровья как сферы государственной и политической деятельности, системы оказания лечебной, профилактической помощи, оздоровления и медицинской реабилитации больных; — развитие медицины как науки и системы специального образования; — развитие системы разработки, производства и продвижения на рынок лекарственных препаратов, изделий медицинского назначения и сложной медицинской техники;

2. *Формирование эффективной конкурентной среды.* Масштабы компаний-лидеров рынка медицинских услуг в регионе являются значимым барьером при входе других фирм на товарный рынок. Постепенный их рост при учете первоначального инвестора — государства — позволил компаниям-лидерам занять ведущие позиции на рынке, то есть в настоящее время цена входа на рынок для небольших предприятий довольно велика. Учитывая потенциальную емкость рынка и определенную зависимость

от импорта, небольшие компании пользуются иными факторами конкурентоспособности. Государство может регулировать барьеры входа (снижать, устранять, повышать) с целью защиты отечественных производителей от чрезмерного вторжения конкурентов, для обеспечения продукцией конечных потребителей и предоставления им права предпочтительного выбора. При этом барьеры могут носить экономический, нормативно-правовой, структурный, организационный, технический (технологический),

финансовый, информационный характер. Это связано с предметом деятельности государства, например, лицензирование деятельности, регистрация, стандарты производства, порядок ценообразования, госу-

дарственное регулирование (обеспечение и организация проведения тендеров на закупки лечебных средств (ЛС)), таможенная, налоговая и инвестиционная политика, патентное право.

Таблица 2

Группы интересов субъектов рынка медицинских услуг

Субъекты	Интересы		
	экономические	институциональные	политические
Потребители и покупатели	— максимизация полезности, — обеспечение «эффекта здоровья» (любой достигнутый уровень порождает изменения в объемах и ассортименте потребления)	стабильность получения медицинскими услугами	
Поставщики и продавцы	— реализация госзаказа, — получение максимума прибыли	— получение правовой и экономической самостоятельности, — диверсификация в целях изменения структуры медицинских услуг.	— лоббирование интересов медицинских учреждений.
Государство			
а) как хозяйствующий субъект (продавец медицинских услуг, фактический покупатель медицинских услуг и собственник медицинских учреждений)	— формирование у населения мотивации укрепления здоровья и соответствующего стиля жизни, создания имиджа здорового человека, системы здорового образа жизни, — профилактика заболеваний	— направленное воздействие на формирование образа жизни и стиля потребления	— формирование капитала здоровья нации
б) как административно-правовой орган	— финансовое обеспечение социальных стандартов, — усиление связи социальной стандартизации с бюджетно-нормативной деятельностью	Обеспечение гарантированного минимума медицинского обслуживания для всех граждан, — создание правового поля, — выработка стратегии здравоохранения	— проведение политики, направленной на полное удовлетворение социальных потребностей населения, — создание национальной системы охраны здоровья
в) как выразитель общенациональных интересов	— повышение количества и качества человеческого капитала	— реализация национально-государственных интересов, — гарантии предоставления бесплатной медицинской помощи	— усиление мощи государства

3. Создание организационных условий для удовлетворения потребностей населения в качественных медицинских услугах. Должны получить дальнейшее развитие такие перспективные организационные технологии микроуровня как врач

общей практики, семейный врач, дневные стационары, стационары на дому, что способствует как извлечению прибыли от предоставления медицинской услуги, так и повышению качества медицинского обслуживания.

4. Развитие системы тактического и стратегического планирования. Действующая в России система здравоохранения относится к традиционной классической форме организации — бюрократической. В функционирующей государственной системе здравоохранения отсутствуют условия появления независимых равноправных партнеров и конкурентов, действуют лишь функции вертикальных взаимоотношений типа «руководитель-исполнитель». Разграничение полномочий на различных уровнях принятия управленческих решений, формирование среды свободного функционирования лечебно-профилактических учреждений, среды, способствующей созданию горизонтальных взаимоотношений между учреждениями, является реальной почвой, на которой возможно и необходимо обеспечение партнерства и стратегического альянса.

5. Реализация альтернативных схем финансирования. Государство должно гарантировать бесплатное медицинское обслуживание граждан при сохранении признания необходимости привлечения дополнительных средств граждан с высокими доходами за счет увеличения страховых тарифов или введения четкой системы доплат за медицинские услуги и лекарства. Соплатежи — это форма участия населения в финансировании оказываемой ему медицинской помощи. В некоторых странах, например, в Финляндии и ОАЭ они легализованы и солидарны: любой пациент, госпитализированный или пришедший на консультацию, доплачивает строго определенную сумму.

В условиях России под этим термином скрывается система рыночного предоставления платных медицинских услуг на договорной основе по экономически необоснованным ценам независимо от формы собственности медицинских учреждений, их организационно-правовых форм, тарифов, методик ценообразования, экономического обоснования. В целом, при наличии рыночной экономики и легального института частной собственности, более естественной представляется модель государственно-частного здравоохранения, с обособленно стоящей системой медицинского страхования в качестве платежной стороны, где на одном полюсе находятся государственные

бюджетные учреждения, работающие по смете, тарифу, выплатам из системы ОМС и обеспечивающие выполнение государственных гарантий, а на другом — частные медицинские учреждения, чьи дополнительные платные услуги не должны дублировать ассортимент утвержденных государственных гарантий.

Заключение

Таким образом, экономические отношения на рынке медицинских услуг проявляются непосредственно через взаимодействие экономических интересов отдельных субъектов. Интересы выступают как формы проявления потребностей. У каждого из субъектов рынка медицинских услуг имеются свои интересы, которые одновременно могут быть взаимоисключающими.

В статье проанализированы основные черты медицинской услуги, выявлены интересы субъектов рынка медицинских услуг, систематизирована и структурирована совокупность экономических интересов субъектов хозяйствования на рынке медицинских услуг, а также намечены меры для достижения баланса интересов.

Следовательно, согласование интересов субъектов рынка медицинских услуг будет способствовать рационализации процесса предоставления и получения населением медицинских услуг и оптимальному распределению ресурсов развития здравоохранения в регионе.

ЛИТЕРАТУРА

1. Об организации предоставления государственных и муниципальных услуг : федер. закон от 27.07.2010 № 210-ФЗ (с изм. и доп., вступ. в силу с 01.01.2016).

2. О здравоохранении в Воронежской области (принят Воронежской областной Думой 21.06.2012) : закон Воронежской области от 25.06.2012 г. № 93-ОЗ.

3. *Лесников Р. В.* Государственное регулирование рынка медицинских услуг на мезоуровне / Р. В. Лесников, Б. Г. Преображенский // Регион: системы, экономика, управление. — 2015. — № 2 (29). — С. 82—87.

4. *Мяснянкина О. В.* Альтернативы развития регионального рынка медицинских услуг / О. В. Мяснянкина, Р. В. Студени-

кин // Регион: системы, экономика, управление. — 2016. — № 3 (34). — С. 86—91.

5. Мяснянкина О. В. Диагностика состояния регионального рынка медицинских услуг / О. В. Мяснянкина // Регион: системы, экономика, управление. — 2016. — № 3 (34). — С. 132—136.

6. Преображенский Б. Г. Маркетинг в системе предоставления государственных (муниципальных) услуг в области медицины (на примере БУЗ ВО «Воронежская областная клиническая больница

№ 1») / Б. Г. Преображенский, А. Г. Волкова, С. Н. Калиткин // Регион: системы, экономика, управление. — 2016. — № 4 (35). — С. 47—55.

Воронежский государственный технический университет

Мяснянкина О. В., кандидат экономических наук, доцент, доцент кафедры инженерной экономики

E-mail: myasnolga@yandex.ru

Тел.: 8-906-675-17-45