

УДК 336.1
ББК 65.495

Филиппов Кирилл Александрович,
аспирант кафедры «Финансы и кредит»
Волжского гуманитарного института (филиал)
Волгоградского государственного университета,
г. Волгоград,
e-mail: filippovka@gmail.com

Filippov Kirill Aleksandrovitch,
post-graduate student of the department
«Finances and credit» of Volzhsky humanitarian institute
(branch) of Volgograd state university,
Volgograd,
e-mail: filippovka@gmail.com

РАЗВИТИЕ КОНКУРЕНЦИИ В СФЕРЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

DEVELOPMENT OF COMPETITION IN THE HEALTH CARE

В статье освещаются вопросы развития конкуренции в сфере здравоохранения. Данная тема наиболее актуальна в период реформирования системы здравоохранения, так как позволяет рассмотреть источники повышения эффективности столь значимой для страны сферы. В статье рассмотрены такие виды конкуренции в здравоохранении, как конструктивная и деструктивная. Исследуется опыт развитых стран по вопросам формирования условий для развития конкуренции. Были выявлены мотивы и отступления, стимулирующие деструктивную конкуренцию, которые следует минимизировать. Также в статье отражена важность такого фактора, как доступность информации о качестве предоставляемых услуг, который напрямую влияет на рациональность выбора потребителей.

The article has examined the issues of development of competition in the health care. The issue is the most urgent in the period of reformation of the health care system as it allows reviewing the sources of increasing the efficiency of the area important for the country. The article has investigated such types of competition in the health care as constructive and destructive competition. The experience of the developed countries in the area of formation of the conditions for competition development has been studied. The motives and deviations stimulating destructive competition that should be minimized have been determined. Additionally, the article has provided the importance of such factor as accessibility of information regarding the quality of the rendered services that is directly affects the rational selection of the consumers.

Ключевые слова: конкуренция, здравоохранение, конструктивная конкуренция, деструктивная конкуренция, поставщики медицинских услуг, здоровье населения, качество медицинских услуг, доступность информации, монополизация, качество медицинских услуг, регулирование, страхование медицинских услуг.

Keywords: competition, health care, constructive competition, destructive competition, suppliers of medical services, population health, quality of medical services, accessibility of information, monopolization, quality of medical services, regulation, medical services insurance.

Общеизвестно, чем здоровее население, тем выше ВВП в стране. Существует и другая закономерность: как отмечает Леонид Рошаль, из международной статистики следует, что показатели продолжительности жизни и смертности напрямую зависят от того, какая доля расходов в ВВП идет на здравоохранение [1]. Однако возможны и негосударственные методы развития системы здравоохранения. Одним из таких направлений является внедрение рыночных (конкурентных) механизмов в сфере здравоохранения

для повышения качества и доступности медицинской помощи, гарантированной населению [2]. При этом внедрение принципов конкуренции в систему оказания медицинской помощи населению требует серьезных структурных изменений.

Сложившаяся в России структура предоставления услуг здравоохранения является, по мнению ряда авторов (Т. В. Лунева, Е. А. Белик), фундаментальной проблемой системы здравоохранения [3, с. 172]. Структура предоставления услуг здравоохранения управляет стоимостью и качеством всей системы и порождает многочисленные проблемы: высокую стоимость услуг, постоянно возрастающие расходы государства на финансирование системы, низкое и нестабильное качество обслуживания, ограниченный доступ к страхованию здоровья, недостаточные объемы страховой защиты, покрываемые страхованием, и др. Причины неэффективного функционирования системы здравоохранения исследователи видят в том, что в данной сфере нарушены принципы конкуренции.

Понятие конкуренции рассматривалось огромным количеством авторов. Особое место занимают труды М. Портера, который сформулировал концептуальные основы конкуренции еще в конце 70-х гг. XX в. и на протяжении всех последующих десятилетий развивал это научное направление. Однако значительно меньшее внимание уделяется вопросам конкуренции в медицине, хотя в последние годы интерес к этой проблеме растет. Так, по мнению И. А. Тогунова, конкуренция в здравоохранении – это состояние и процесс взаимоотношений субъектов производства и потребления медицинских услуг в рамках специфической цивилизованной формы соперничества между медицинскими работниками (врачами) по достижению наивысшей степени удовлетворения целевых потребностей пациента [4].

Анализ различных работ в области конкуренции показал целесообразность расширения классификации видов конкуренции по такому признаку, как конечные последствия конкуренции для потребителя. С этой позиции представляется возможным и необходимым различать конструктивную и деструктивную конкуренцию [5, с. 30].

Конструктивная конкуренция (конкуренция с положительным исходом) направлена на улучшение качества продукции или услуг в соответствии с их ценой. При такой конкуренции возможность выбора расширяется, цены снижаются, что в конечном счете приводит к более полному удовлетворению потребителей.

Напротив, деструктивная конкуренция не нацелена на обеспечение качества результатов для пациентов: поставщики услуг борются за перераспределение финансовых ресурсов, вместо того чтобы привлекать клиен-

тов качественными услугами по соответствующей цене. В результате в данной сфере наблюдаются высокие расходы, низкое и нестабильное качество, недостаток лечения или его передозировка, слишком много ошибок в диагностике и лечении, которых можно было бы избежать, ограничения выбора, лимитирование услуг, ограниченный доступ к лечению и др.

Исходя из западного опыта организации здравоохранения, можно выделить несколько причин, по которым конкуренция может приобрести деструктивную форму.

Конкуренция может принимать деструктивную форму, если поставщики услуг ориентируются на локальный рынок. Это локальное смещение ограждает поставщиков от напряженности рынка и препятствует распространению лучших практик и инноваций. Хотя конкуренция должна заставить поставщиков равняться на результативную качественность, созданную лучшим поставщиком в регионе, государстве или мире.

Помимо этого к деструктивной конкуренции может привести ориентация на широколинейные стратегии при предоставлении услуг, когда не развивается глубокая профессиональная компетенция и специализация, а ведется борьба за максимальное количество пациентов в ущерб качеству. Неверные стратегии поставщиков медицинских услуг способствуют разрозненной организации обеспечения медицинского обслуживания, которая дезориентирована по отношению к качеству. Организация лечения пациента зачастую происходит в подразделениях, которые слабо взаимодействуют между собой. Плохая координация и интеграция усилий в значительной степени снижает качество и повышает риск медицинских ошибок.

В этом же направлении воздействует и монополизация в сфере здравоохранения. Монополизация приводит к росту цен, дублированию усилий, снижению качества и отсутствию конкуренции.

Еще одной причиной появления деструктивной конкуренции является ограниченная информация. Очевидно, что информация о качестве предоставляемых услуг является очень важной для поддержания конкуренции. Однако в сфере здравоохранения информация о результативной качественности для пациента в основном отсутствует или скрывается.

Косвенно на это может влиять и то, что зачастую врачи, ориентированные на увеличение объема оказываемых услуг для привлечения более состоятельных пациентов, могут снижать качество услуг, не наблюдаемое клиентом, ниже эффективного уровня и производить в избыточном объеме по сравнению с эффективными услугами, связанные с удобством клиентов. Последние (продолжительность бесед и детальность разъяснения процедур, внимательность и т. п.) часто воспринимаются клиентами как индикаторы качества собственно лечения.

Регулирование – еще одна ключевая категория, когда мы рассматриваем деструктивную конкуренцию. При отсутствии регулирования деятельности поставщиков медицинских услуг зачастую ведется снижение расходов за счет выбора наиболее здоровых пациентов страховщиками, что напрямую влияет на доступность медицинских услуг. Учреждения по страхованию медицинских услуг должны предоставлять своим пользователям возможность узнать и получить лечение с наилучшими желаемыми результатами, помогать своим членам предотвратить заболевания или управлять ими и т. д. Ложные установки поставщиков приводят к деструктивной конкуренции, так как они вознаграждаются не за поставку лучшей результативности

в лечении определенных болезней. Например, участковые врачи не ставят целью конкурировать за итоговые результаты по всему циклу лечения, что приводит к отсутствию заинтересованности в качестве.

Для повышения уровня реальной и конструктивной конкуренции в здравоохранении необходимо также, чтобы пациенты прилагали усилия для получения информации о поставщиках услуг и возможных альтернативах, а также осознавали ответственность за свое здоровье.

При развитии отечественной системы здравоохранения важно не только наличие сферы конкуренции в условиях производства и потребления медицинских услуг, повышение конкурентоспособности лечебно-профилактических учреждений и медицинских практик, но и развитие ее в конструктивном направлении.

К факторам, определяющим развитие конкуренции в той или иной стране, можно отнести качество и цену. Конкуренция в здравоохранении может по-разному складываться в ситуации регулируемых и нерегулируемых цен. При государственном финансировании здравоохранения цены регулируются либо непосредственно государством (Великобритания, Скандинавские страны), либо государственными органами совместно с ассоциациями страховщиков и медицинских организаций (Франция, Германия). В случае государственного регулирования цен для привлечения клиентов поставщики стараются повышать качество медицинской помощи, использовать новые медицинские технологии. В данной ситуации огромную роль играет система распространения информации о результатах деятельности поставщиков. Стимулы к конкуренции качества резко снижаются, когда фактические издержки превышают фиксированные цены.

Если имеет место ситуация нерегулируемых цен, то конкуренция фокусируется на соотношении «цена – качество». В данных условиях успех будут иметь поставщики, которые достигают более высокого качества на единицу затрат. Однако данное соотношение определяется разной реакцией потенциального потребителя на цену и качество. В ситуации сильной ценовой конкуренции больниц и недостаточной информации потребителя потребитель более чувствителен к цене, чем к качеству. При обратной ситуации, когда высока информированность потребителя о показателях качества услуг и соотношения цены отступают на второй план, можно ожидать улучшения соотношения «цена – качество» [6, с. 52].

Эффект конкуренции в сфере здравоохранения может быть весьма ограничен сильной дифференциацией услуг, а также отсутствием достоверной информации об их качестве [7, с. 19]. Также существенным ограничением является ряд факторов, обуславливающих природу рынков услуг в здравоохранении. К таким факторам можно отнести неоднородность пациентов, что приводит к асимметрии информации. С учетом того, что получение достоверной информации затруднено на рынке медицинских услуг, возникают трудности при выборе медицинского учреждения и методов лечения. Как и практически любая другая услуга, медицинское обслуживание не может быть перепродано и потребляется в момент производства. Дифференциация связана как с уникальностью собственно медицинской услуги для каждого пациента, так и с различиями в обслуживании. Гетерогенность продукта приводит к появлению у поставщиков рыночной власти вследствие затрат пациентов на переключение между поставщиками. При этом потребительские предпочтения пациентов необязательно будут связаны с выбором наиболее

эффективного лечения: у пациентов зачастую нет времени на изучение всей информации для принятия решения о выборе врача или методики лечения.

Также особую роль играет система распространения информации о результатах. Например в США, Германии и ряде других стран предпринимаются усилия по сбору и распространению информации о летальности по отдельным заболеваниям в учреждениях.

Кроме того, существуют значительные препятствия для входа на рынок новых поставщиков и выхода с этого рынка неэффективных поставщиков. Появление на рынке новых больниц затруднено в силу государственного регулирования мощностей больниц. Выход больниц с локального рынка ограничен обязательствами в отношении обслуживания местных нужд, что вытекает из их некоммерческого статуса.

Однако это ограничение становится менее жестким в силу действия тенденции укрупнения больниц, так как новые медицинские технологии зачастую возможно внедрить только в крупных больницах. Эта тенденция ведет к слиянию мелких больниц в крупные больничные комплексы во многих западных странах в последних 10–15 лет. Например, в США за 1994–2000 гг. произошло 900 слияний, охвативших 6100 больниц [8, с. 2].

Конкуренция в сфере здравоохранения ограничена рядом факторов ввиду социальной направленности органов охраны здоровья, а также соответствующих мер по регулированию деятельности в этом секторе. Государственное регулирование в здравоохранении, по мнению экспертов Всемирной организации здравоохранения, должно заключаться в:

- регулировании качества и эффективности: оценке экономичности клинического вмешательства (под экономичностью подразумевается соотношение затрат и эффективности); профессиональной подготовке медиков; аккредитации поставщиков услуг;

- регулировании доступа больных к услугам: регулировании доступа к врачу-специалисту (функция «привратника»); частичной оплате услуг; списке больных, обслуживаемых врачами общей практики; правилах отбора абонентов среди сторонних плательщиков; налоговой политике; налоговых субсидиях;

- регулировании поведения поставщиков: преобразовании больниц в государственные фирмы; регулировании больничных займов; рационализации взаимодействий между больницами и службами первичной помощи и лечения на дому;

- регулировании плательщиков: установлении правил контрактации; разработке плановых рынков для больничных служб; установлении цен на услуги здравоохранения в государственном секторе; введении таких принципов оплаты поставщиков, которые основаны на анализе отдельных случаев (например, принципа распределения по группам согласно диагнозу); регулировании потребностей в резерве и структуры капиталовложений частных страховых компаний; ретроспективном, основанном

на расчете рисков регулировании доходов медицинских страховых фондов;

- регулировании рынка медикаментов: замене патентованных лекарств непатентованными; установлении ориентировочных цен; контроле за прибылью; установлении цен исходя из стоимости «корзины»; «позитивных» и «негативных» перечнях;

- регулировании врачей: установлении уровней зарплаты и компенсаций; требования к лицензированию; установлении страхового покрытия ошибок в работе врачей [9, с. 16].

Перечисленные выше ограничения должны быть учтены при формировании условий для развития конкуренции в сфере здравоохранения в РФ, однако необходимо учитывать и особенности, свойственные только нашей стране. Так, ввиду большой территории и низкой концентрации населения в некоторых районах наличие нескольких конкурирующих поставщиков медицинских услуг маловероятно. Например, в сельских районах развитие конкуренции ограничивается низким неплатежеспособным спросом. Кроме того, конкуренция в крупных, средних и малых городах, скорее всего, будет ограничена невысокотехнологическими услугами, так как они требуют крупных инвестиций, срок окупаемости которых будет весьма длительным. В остальных же районах, где существует платежеспособный спрос на медицинские услуги, целесообразно создавать условия для развития конкуренции.

Создание условий формирования конкурентной среды в медицине, становление и развитие конкурентоспособности медицинских услуг и медицинского труда – важный инструмент на пути качественного изменения отношений в самой отрасли здравоохранения. Опыт европейских стран показал, что конкуренция может весьма эффективно стимулировать организационное изменение системы здравоохранения.

Таким образом:

- выявленные мотивы и отступления, стимулирующие деструктивную конкуренцию, направлены против позитивных изменений, и их следует минимизировать;

- изменение системы здравоохранения должно быть направлено на улучшение соотношения «цена – качество» и доступности медицинской помощи для населения. При этом должны выполняться все социальные обязательства, которые возложены на систему здравоохранения;

- неотъемлемым критерием развития конкуренции в системе здравоохранения является доступная информация о качестве предоставляемых услуг, что сделает выбор потребителя более рациональным;

- конкуренция в здравоохранении должна заметно отличаться от классической рыночной модели. Формирование рынка медицинских услуг с использованием некоторых инструментов предпринимательского поведения обеспечит выполнение таких приоритетных задач модернизации здравоохранения, как повышение качества и доступности медицинской помощи для населения.

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. Рошаль Л. Хроническое недофинансирование оборачивается дефицитом медицинских кадров [Электронный ресурс]. URL: <http://gia-ami.ru/news/49489> (дата обращения: 10.12.2012).
2. Концепция развития системы здравоохранения Российской Федерации до 2020 года [Электронный ресурс]. URL: www.zdravo2020.ru/ (дата обращения: 11.01.2011).
3. Лунева Т. В., Белик Е. А. Анализ видов конкуренции в системе здравоохранения // Вестник Астраханского государственного технического университета. Сер. Экономика. 2010. № 1. С. 172–177.
4. Тогунов И. А. Конкуренция в медицине и здравоохранении [Электронный ресурс]. URL: www.cfin.ru/management/strategy/health_system.shtml (дата обращения: 10.12.2012).

5. Porter Michael E., Teisberg. Elizabeth Olmsted Redefining health care: creating value-based competition on results. Boston: Harvard Business School Press, 2006. 506 p.
6. Шейман И. М. Теоретические аспекты проблемы конкуренции в здравоохранении // Spero. 2007. № 7. С. 51–66.
7. Портер М. Э. Конкуренция / Пер. с англ. М.: Издательский дом «Вильямс», 2005. 608 с.
8. Gaynor M. Competition and Quality in Health Care Markets. Publishers Inc. Hanover, 2007. 67 p.
9. Регулирование предпринимательской деятельности в системах здравоохранения европейских стран / Под ред. Б. Солтмана. М.: «Весь мир», 2002. 254 с.

REFERENCES

1. Roshal' L. Chronic under-financing results in the deficit of personnel [Electronic resource]. URL: <http://ria-ami.ru/news/49489> (date of viewing: 10.12.2012).
2. Concept of development of the health care system in the Russian Federation through 2020 [Electronic resource]. URL: www.zdravo2020.ru/ (date of viewing: 11.01.2011).
3. Luneva T. V., Belik E. A. Analysis of the types of competition in the health care system // Bulletin of Astrakhan state technical university. Series: Economics. 2010. No.1. P. 172–177.
4. Togunov I. A. Competition in medicine and health care [Electronic resource]. URL: www.cfin.ru/management/strategy/health_system.shtml (date of viewing: 10.12.2012).
5. Porter Michael E., Teisberg. Elizabeth Olmsted Redefining health care: creating value-based competition on results. Boston: Harvard Business School Press, 2006. 506 p.
6. Sheiman I. M. Theoretical aspects of the issue of competition in the health care // Spero. 2007. No. 7. P. 51–66.
7. Porter M. E. Competition / Translation from English. M.: Publishing house «Williams», 2005. 608 p.
8. Gaynor M. Competition and Quality in Health Care Markets. Publishers Inc. Hanover, 2007. 67 p.
9. Regulation of the entrepreneurship activity in the health care systems of the European countries / Edited by B. Soltman. M.: «Ves' mir», 2002. 254 p.

УДК 336.2

ББК 65.261.411.2

Болдырева Елизавета Саранговна,
канд. экон. наук, доцент кафедры учета,
анализа и налогообложения
Калмыцкого государственного университета,
г. Элиста,
e-mail: elizavet60@mail.ru

Boldyreva Elizaveta Sarangovna,
candidate of economics, assistant professor
of the department of accounting, analysis and taxation
of Kalmyk state university,
Elista,
e-mail: elizavet60@mail.ru

О ДЕКЛАРИРОВАНИИ РАСХОДОВ

ON THE DECLARATION OF EXPENDITURES

В данной статье автором проводится ретроспективный анализ проблемы организации контроля за соответствием расходов лиц, замещающих государственные должности, и иных лиц их доходам. В результате анализа выявляются недостатки существовавших в России нормативно-правовых актов и вновь вводимого закона. Кроме того, осуществляется сравнительный анализ результатов применения законодательства по данному вопросу как в мировой, так и в отечественной практике. Такой всесторонний анализ позволяет автору внести некоторые рекомендации по совершенствованию механизма контроля за соответствием расходов лиц, замещающих государственные должности, и иных лиц их доходам.

The article has provided the retrospective analysis of the issue of arrangement of the control for compliance of the expenses of the state officials and of the other persons to their revenues. The analysis has revealed the disadvantages of Russian regulatory-legal enactments and the newly introduced law. Besides, the comparative analysis of the results of application of the legislation in the world, as well as in the domestic practice has been performed. Such comprehensive analysis allows the author making some recommendations for improvement of the control

mechanism of the compliance of expenses of the state officials and the other persons to their revenues.

Ключевые слова: декларирование расходов, учет доходов, учет расходов, контроль расходов, контроль доходов, объекты контроля, налоговое законодательство, чиновники, физические лица, государственная служба.

Keywords: declaration of expenditure, accounting and control of income and expenses, objects of control, tax legislation, officials, individuals, state service.

23 ноября 2012 года Государственная Дума приняла Закон «О контроле за соответствием расходов лиц, замещающих государственные должности, и иных лиц их доходам». Предполагается, что закон вступит в силу уже в 2012 году и коснется сделок, совершенных в 2012 году. Под действие закона подпадают все лица, находящиеся на должностях в муниципальной власти, а также чиновники федеральной и региональной госслужбы. Также это касается сотрудников государственных организаций и госкорпораций.

Чиновники должны будут предоставлять сведения по каждой крупной сделке, совершенной им, супругой (супругом) или несовершеннолетним ребенком, если сумма превышает