

ПРОЦЕССЫ КОНЦЕНТРАЦИИ И ИНТЕГРАЦИИ МЕДИЦИНСКИХ СЛУЖБ В ЗАРУБЕЖНОМ И ОТЕЧЕСТВЕННОМ ЗДРАВООХРАНЕНИИ: ЕСТЬ ЛИ ПРИРАЩЕНИЕ ЭФФЕКТА?

Шейман И.М., Шевский В.И.¹

Аннотация

В статье рассматривается проблема соотношения концентрации рынка медицинских услуг и интеграции деятельности медицинских служб, измеряемая показателями, характеризующими совместную работу врачей, координацию клинических действий и преемственность лечения в амбулаторных и стационарных условиях. Обзор зарубежного опыта показывает значительные масштабы концентрации, главной формой которой является формирование в ведущих западных странах крупных больничных и амбулаторно-стационарных объединений. При этом интеграционные мероприятия проводятся далеко не во всех объединениях и не в полном объеме. Эмпирические оценки результатов этого процесса демонстрируют позитивное влияние укрупнения больниц на показатели качества медицинской помощи и снижение удельных затрат на одну госпитализацию, но одновременно с этим отсутствуют однозначные свидетельства результативности функционирования медицинских объединений. В России масштабы концентрации столь же значительны. В статье рассматриваются конкретные проявления этого процесса и его результаты. Делается вывод о том, что укрупнение и слияния медицинских организаций хотя и расширяют возможности для маневра ресурсами, тем не менее не обеспечивают заметного приращения эффекта деятельности крупных медицинских объединений. Такой результат связан прежде всего со слабостью реальных интеграционных действий. Данные проведенных социологических исследований показывают низкий уровень взаимодействия врачей отдельных медицинских служб. Авторами представлены рекомендации по управлению концентрацией, главная из которых – повышение уровня обоснований решений об объединении медицинских организаций, акцентуация на достижении реальной интеграции системы. Результаты проведенного исследования представляют интерес для специалистов по разработке политики в сфере охраны здоровья, руководителей и работников органов управления здравоохранением всех уровней.

¹ Шейман Игорь Михайлович – кандидат экономических наук, профессор кафедры управления и экономики здравоохранения Национальный исследовательский университет «Высшая школа экономики», заслуженный экономист России. Адрес: НИУ ВШЭ, 101000, Москва, Мясницкая ул., 20. E-mail: isheiman@hse.ru; igor.sheim@g23.relcom.ru

Шевский Владимир Ильич – консультант НИУ ВШЭ, заслуженный врач России. Заместитель руководителя департамента здравоохранения Администрации Самарской области в 1971–2001 гг. E-mail: v_shevsky@mail.ru

Ключевые слова: здравоохранение; медицинская организация; концентрация; интеграция медицинской помощи; преемственность лечения; рынок медицинских услуг.

Введение

В российском здравоохранении идет поиск новых механизмов повышения качества и доступности медицинской помощи. Одним из таких механизмов является увеличение и слияние медицинских организаций, формирование крупных медицинских объединений. На основе данных процессов планируется повысить результативность функционирования отрасли в условиях ее хронического недофинансирования.

Аналогичные процессы отмечаются в зарубежном здравоохранении. Во многих странах идет интенсивное объединение больниц, повышается их средний размер. Но, в отличие от России, ставится более широкая задача – не просто объединить медицинские организации, но и обеспечить интеграцию медицинских служб для достижения более высоких конечных результатов работы системы здравоохранения в целом (Enthoven, 2016; Witt and Jakobs, 2010).

Эти процессы порождают ряд вопросов: каковы реальные масштабы концентрации медицинских служб в зарубежном и российском мировом здравоохранении? Сопровождается ли концентрация интеграционными мероприятиями? Обеспечивают ли эти процессы рост эффективности использования ресурсов и качества медицинской помощи? Что конкретно нужно сделать для повышения эффекта концентрации?

В западных странах идет поиск ответов на эти вопросы. Оценивается влияние концентрации и интеграции на показатели развития здравоохранения (см. об этом: Hwang et al., 2013; Kaul et al., 2016), не прекращается спор о границах укрупнения и объединения медицинских организаций (Gainor et al., 2012). В России эти вопросы практически не обсуждаются. Решения об объединениях принимаются без серьезного научного обоснования, при этом руководствуются простой логикой: больше всегда лучше. Под лозунгом оптимизации сети медицинских организаций иногда режут «по живому» – ликвидируют те звенья системы, которые обеспечивают доступность помощи для жителей сельских и удаленных районов, сокращают и перераспределяют штатные должности, увольняют работников и т.д. При этом нужные для системы здравоохранения процессы реальной интеграции отдельных звеньев системы обычно выпадают из поля зрения органов управления здравоохранением всех уровней.

Первая попытка разобраться в проблеме интеграции в российском здравоохранении содержалась в нашей статье в журнале «Вопросы государственного и муниципального управления» (Шейман, Шевский, 2013). В ней анализировались концептуальные вопросы интеграции и подходы к ее измерению. Цель настоящего исследования – изучение проблемы соотношения концентрации оказания услуг и интеграции в здравоохранении. Рассматривается зарубежный опыт, включая эмпирические оценки эффекта

концентрации и интеграции, анализируются аналогичные процессы в российском здравоохранении. Сравнительный анализ данных процессов дает основания для рекомендаций, адресованных органам управления здравоохранением всех уровней.

Методы исследования – обзор отечественной и зарубежной литературы, статистический анализ на основе международных и российских баз данных за последние два десятилетия. При исследовании уровня интеграции в российской системе здравоохранения авторы опираются на следующие исследования: 1) социологический опрос 1500 врачей из 13 городов России, проведенный ВЦИОМ (НИУ ВШЭ, 2012), 2) опрос руководителей четырех поликлиник и пяти больниц г. Москвы на основе общей анкеты и глубинные качественные интервью с руководителями в ноябре 2015 г. (НИУ ВШЭ, 2015), 3) аналогичные интервью с руководителями пяти крупных медицинских организаций в Москве, Московской и Воронежской областях, проведенные специалистами НИУ ВШЭ в сентябре – октябре 2018 г.

Зарубежные процессы концентрации и интеграции

Концептуальные вопросы

В исследованиях западных авторов под концентрацией оказания медицинской помощи понимается укрупнение хозяйствующих субъектов, их слияния и формирование объединений с различной степенью самостоятельности входящих в них структурных элементов. Слияние медицинских организаций, находящихся на одном уровне в иерархической системе оказания медицинской помощи (например, слияние больниц), считается горизонтальной концентрацией. Слияние медицинских организаций, действующих на разных уровнях (например, поликлиник и стационаров), является вертикальной концентрацией. В первом случае возникают объединенные больничные системы, во втором – амбулаторно-стационарные объединения (см. об этом: American Hospital Association, 2014).

Процесс концентрации медицинских организаций рассматривается с позиции формирования систем интегрированной медицинской помощи. Это связано с тем, что любое объединение медицинских организаций в той или иной мере направлено на усиление взаимодействия работы отдельных медицинских служб. Д. Коднер и С. Спреуенберг (Kodner, Spreuwenberg, 2002) определяют интеграцию как «согласованный набор методов и моделей финансирования, управления, организации предоставления медицинских услуг, цель которого – обеспечить взаимосвязь, согласованность и сотрудничество между секторами медицинской помощи и внутри них». Связь между концентрацией и интеграцией не является линейной. Далеко не всегда объединения обеспечивают усиление взаимодействия между отдельными звеньями. В литературе различается организационная и функциональная интеграция в системе здравоохранения. Организационная интеграция предполагает объединение медицинских организаций и формирование нового юридического лица, включающего амбулаторные практики, больницы и другие медицинские организации в качестве филиалов, действующих под

общим управлением. Функциональная интеграция – это объединение усилий разных поставщиков услуг без формального их объединения и централизованного управления. В этом случае фокусом преобразований является установление более тесных связей между отдельными звеньями медицинских комплексов (см. подробнее: Nolte, 2017).

В зарубежной литературе измерение результативности этих процессов основано на двух группах показателей. Первая группа характеризует качество медицинской помощи – снижение смертности и повторных госпитализаций, улучшение состояния больных; вторая – снижение расходов на лечение одного пациента в стационаре (см. об этом: Hwang et al., 2012; Kaul et al., 2016; Schmitt, 2017). Экономический эффект обычно связывается со снижением фиксированных затрат в расчете на единицу услуг по мере роста размера медицинской организации (экономия на масштабах производства услуг), а также со структурными сдвигами в крупных организациях, например с перемещением части пациентов из дорогостоящего стационара в амбулаторные звенья. Клинический результат может быть достигнут за счет дополнительных возможностей использования новых медицинских технологий, роста объемов проводимых хирургических операций и медицинских манипуляций: чем чаще их выполняют, тем выше вероятность благоприятного исхода.

Клинические и экономические результаты интеграции возникают за счет конкретных мероприятий в рамках медицинских комплексов – повышения уровня командной работы различных специалистов, координации их действий, усиления преемственности лечения в амбулаторных и стационарных условиях. Существует система конкретных показателей уровня интеграции медицинской помощи (см. подробнее об этом: Sheiman, Shevski, 2014).

Масштабы и содержание

В последние два десятилетия во всех западных странах отмечалась ярко выраженная тенденция к консолидации больниц и формированию крупных больничных объединений. В США за 2000–2010 гг. произошло 640 слияний больниц. Среднее больничное объединение включает в себя 7 больниц (см.: Schmitt, 2017). В Германии около 60% государственных и частных больниц являются частью больничных объединений. Рыночная доля этих объединений выросла с 25% в 2005 г. до 31% в 2011 г. Во Франции 60% частных больниц являются частью больничных объединений, на них приходится 30% коечного фонда (см. об этом: Nolte et al., 2014). В Великобритании в конце 1990 – начале 2000-х годов прошла волна слияний: из 223 действующих государственных больниц 112 были объединены. Средний больничный рынок в британских регионах сократился с 7 до 5 больниц (см.: Gainor et al., 2012).

Другая тенденция концентрации – объединение больниц с амбулаторными организациями. В наибольшей мере она выражена в США. Формы объединений многообразны. В 2000-е годы доминировала форма приобретения больницами врачебных практик и создания собственных амбулаторных подразделений. Доля врачебных практик, находящихся в собственности больниц, увеличилась с 30% общего числа практик в 2004 г. до 55% в 2009 г. (Stacey, 2012). В последующие годы наметилась тенденция к функциональ-

ной интеграции. Принятый в 2010 г. закон о доступной помощи (Affordable Care Act) в ряду прочих нововведений предусматривает создание нового субъекта системы здравоохранения – «подотчетных медицинских организаций» (accountable care organizations). Эти организации представляют собой амбулаторно-стационарные системы, берущие на себя ответственность за организацию помощи для определенной группы населения. Они формируются преимущественно на основе соглашений о партнерстве между отдельными поставщиками услуг. В 2016 г. действовало более 400 таких организаций (см. подробнее: Palazzolo, Ozcan, 2017).

Процесс концентрации рынка медицинских услуг в значительно меньшей степени затронул первичную медицинскую помощь. В США, Западной Европе, а в последние два десятилетия и в странах Восточной и Центральной Европы основная часть этой помощи оказывается индивидуальными и групповыми врачебными практиками. В тех немногих странах, где действует модель поликлиники (например, в Финляндии), также не зафиксированы попытки их объединения (Ettelt et al., 2009).

В рамках крупных медицинских комплексов усилились интеграционные процессы. Многие западные исследователи отмечают, что планы интеграции должны предшествовать решениям о слияниях. К. Цвиек и другие (Cwiek et al., 2014) указывают на то, что сначала нужно выделить зоны фрагментации оказания медицинской помощи, наметить набор интеграционных мероприятий и лишь затем выбирать партнеров для слияний. Такая последовательность действий определяется растущим пониманием того, что концентрация не является самоцелью, она оправдана только при ясной стратегии интеграционных действий.

В лучших медицинских объединениях (интегрированных системах) реализуется большой набор организационно-клинических и экономических мероприятий. Некоторые из них хорошо известны в практике здравоохранения России, например введение интегрированных маршрутов движения пациентов в системе (у нас они называются порядками оказания помощи); общие для всех медицинских организаций клинические рекомендации; единые информационные системы. При этом глубина разработки проблемы существенно различается, а круг интеграционных мероприятий заметно шире. Прежде всего это выражается в утверждении *принципа общей ответственности* за весь клинично-технологический цикл оказания медицинской помощи конкретному пациенту. Обеспечивается последовательность движения пациента с акцентом на координирующую роль врача первичной медицинской помощи. В фрагментированной модели врач первичного звена обычно «теряет» своего пациента после направления к специалисту. В интегрированной системе этот врач координирует движение пациента к специалистам с последующей обратной связью. Такая модель повышает конечные результаты лечения, поскольку пациент на всех этапах находится под контролем одного врача или координатора медицинской помощи (см. об этом: Enthoven, 2016).

В интегрированных системах меняется соотношение между стационарной и амбулаторной помощью. *Стационары в растущей мере рассматрива-*

ются как центры затрат, а не как центры дохода. Рост числа госпитализаций является признаком слабого развития амбулаторной помощи, поэтому основные усилия направлены на ее укрепление. Одновременно решаются задачи повышения преемственности лечения в разных звеньях системы – за счет этого можно снизить потери, связанные с их разобщенностью, и обеспечить более высокие конечные результаты лечения.

Обобщая работы западных исследователей проблемы, можно выделить следующие наиболее важные интеграционные мероприятия (см. об этом: McCarhy, Mueller, 2009; Rice, 2011; Keshvani, Walsh, 2013; Essential hospital institute, 2013):

- Участие амбулаторных врачей в медицинской дирекции больничных систем. Им отводится лидирующая роль в организации более тесного взаимодействия врачей амбулаторных организаций, стационаров, реабилитационных центров и пр. В задачи амбулаторных врачей входят обеспечение приема больных, выписавшихся из стационара, и продолжение лечения в амбулаторных условиях с общей ответственностью за результаты.
- Создание общей для врачебных практик и стационаров системы управления качеством медицинской помощи, включая: а) адаптацию действующих клинических рекомендаций и стандартов к условиям конкретной организации; б) создание общей системы отчетности, основанной на «сквозных» показателях клинической деятельности (а не отдельно по стационарам и врачебным практикам); в) создание индивидуальных карт врачей, фиксирующих объем и структуру клинической деятельности, степень ее сложности, клинические результаты; г) регулярное обсуждение клинической практики с участием врачей смежных служб.
- Установление регламентов действий врачей разных уровней, включая обязательный информационный обмен между ними. Порядки оказания медицинской помощи предусматривают конкретные действия – кто, что и как должен делать для того, чтобы пациент не выпадал из поля зрения медиков. Например, врачи общей практики должны знать, что нужно делать сразу после выписки из стационара больного с инсультом или инфарктом.
- Формирование междисциплинарных команд врачей и медсестер с участием врачей стационаров для ведения больных с хроническими и множественными заболеваниями.
- Для стимулирования интеграции в растущей мере используется метод интегрированного платежа (bundled payment), рассчитываемого в расчете на одного человека, выбравшего интегрированную систему. Он включает ожидаемые затраты не только на амбулаторную, но и на стационарную и реабилитационную помощь. Оплачивается не конкретная услуга, а комплекс услуг. Обычно такой платеж дополняется стимулирующими выплатами и распределением возникающей внутрисистемной экономии между медицинскими службами. Идея состоит в том, чтобы обеспечить заинтересованность всех звеньев системы в совместной работе (Tsiachristas et al., 2013).

Мероприятия по интеграции постоянно развиваются с учетом выявленных зон фрагментации оказания помощи и неэффективных зон в амбулаторно-стационарных системах. Управление интегрированными системами – это прежде всего определение таких зон, планирование и реализация мер по их ликвидации.

Эмпирические оценки результативности

Наибольший объем исследований отмечается в США. В работе А. Каул и других (Kaul et al., 2016) анализируются показатели деятельности 526 больничных объединений и 5661 самостоятельной больницы. Для обеспечения сопоставимости выделяются сравнимые типы стационаров и стандартизируется структура заболеваний (case-mix). Авторы приходят к выводу, что повышение размера больниц (т.е. их укрупнение как производственных единиц, независимо от статуса их собственности) ведет к сокращению удельных затрат на одну госпитализацию, а объединение больниц не дает такого эффекта. Крупные объединения не демонстрируют свои преимущества перед юридически самостоятельными организациями по этому показателю. Оценка качества услуг проведена на основе показателя ранга каждой больницы и объединения в ведущем рейтинге больниц США. Результаты расчетов показали отсутствие зависимости между размером организаций и их рангом в рейтинге, т.е. качество услуг в больничных объединениях не выше, чем в самостоятельных больницах. Отсутствие связи объясняется авторами тем, что многие объединения носят формальный характер. Больничные филиалы действуют по своим правилам, а не как часть интегрированных систем. М. Шмитт (Schmitt, 2017) представляет в своей работе аналогичные выводы о том, что эффект оценивается по всему массиву больничных слияний в американском здравоохранении за 2000–2010 гг.

Более оптимистичные результаты получены в работе Д. Дранове и Р. Линдрут (Dranove, Lindrooth, 2003). Доказано, что объединение административных функций в больницах обеспечило экономию на 14% в первые два года, а в последующие годы экономии не было. Д. Кутлер и Ф. Мортон (Cutler, Morton, 2013) отмечают улучшение показателей качества медицинской помощи в крупных больничных объединениях и объясняют этот эффект тем, что здесь легче обеспечить специализацию клинических подразделений (врачам в этих условиях легче освоить новые технологии). Но одновременно авторы отмечают негативный аспект растущей рыночной силы больничных объединений, что выражается в более быстром росте цен на более концентрированных рынках.

Исследования слияний больниц в европейских странах также не дают однозначных аргументов в пользу слияний больниц. Н. Фулоп (Fulop, 2002) показывает, что в Англии этот процесс в конце 1990-х гг. практически не оказал влияния на качество медицинской помощи. На тех локальных рынках, где концентрация традиционно была выше, последующие слияния больниц дали самый низкий эффект. В исследовании Monitor (2014) отмечается, что результаты объединительных процессов сильно зависят

от их содержания – что и как объединяется, как меняются системы управления крупными больничными комплексами. Приведены свидетельства того, что крупные больничные объединения дают улучшение качества только для определенных видов медицинской помощи и до определённого уровня концентрации, после достижения которого позитивный эффект исчезает и на первый план выступают проблемы низкой управляемости таких систем. М. Гайнор и другие (Gaynor et al., 2012) предупреждают, что слияния могут быть негодным средством улучшения показателей деятельности плохо работающих больниц, поскольку они могут снизить действие конкурентных сил.

Особый раздел экономических оценок касается эффекта повышения размера больниц (в отличие от больничных объединений). Западная литература по данной проблеме весьма обширна. Объектом анализа является наличие или отсутствие экономии на масштабах оказания услуг. М. Джанкотти и другие (Giancotti et al., 2017) проанализировали все исследования в мировой литературе за 45 лет (1969–2014) и сделали вывод о том, что укрупнение больниц в целом дает экономию на масштабах, но до определенного предела. Авторы отмечают, что мелкие больницы имеют недостаточный объем помощи, чтобы оправдать фиксированные затраты на больничную инфраструктуру, а крупные больницы с числом коек свыше 500–600 теряют экономию на масштабах в силу сложности управления такими комплексами и, соответственно, его удорожания. Подчеркивается, что результаты обзора дают достаточные основания для оправдания политики увеличения размера больниц, но решения о закрытии мелких больниц должны приниматься с учетом более широкого круга факторов, в том числе физической доступности услуг.

Таким образом, оценки результатов в западных странах демонстрируют позитивный эффект укрупнения больниц, но не их слияний. Объединения пока не доказывают однозначно свою эффективность в терминах удельных затрат и качества медицинской помощи. Объяснения этих эффектов заметно различаются. Но все авторы сходятся во мнении, что концентрация рынка медицинских услуг является сложным процессом с пока неясной результативностью.

Процессы концентрации и интеграции в российском здравоохранении

Главные тенденции

Первая тенденция – *сокращение числа медицинских организаций*. Наши оценки, проведенные на основе официальных данных Минздрава России (табл. 1), показывают, что за период с 2000 по 2014 г. (последний год, по которому есть детальная статистика) число медицинских организаций уменьшилось на 60%. При этом число стационаров сократилось более чем вдвое, а число амбулаторно-поликлинических учреждений – на 35%. Сокращение объясняется прежде всего слияниями медицинских организаций, например, мелкие участковые больницы превращаются в подразделения

центральной районной больницы. Но есть и много примеров закрытия небольших стационаров и поликлиник, их число не фиксируется в статистической отчетности.

Сегодня на одно муниципальное образование приходится в среднем лишь 1,5 медицинские организации, в том числе 1,4 стационара и 3,5 поликлиники. Если учесть, что в число муниципальных районов и городских округов входят административные единицы в крупных городах и мегаполисах, то очевидно, что в большинстве небольших российских городов и районов осталось всего по одной медицинской организации.

Вторая тенденция – *присоединение поликлиник к больницам*. Этот процесс складывался неравномерно. В 90-е гг. доминировали выделение поликлиник из состава больниц и рост их доли в общем числе медицинских организаций. Примерно с 2005 г. наметилась обратная тенденция – поликлиники стали сливаться со стационарами. В настоящее время доля самостоятельных поликлиник составляет лишь 36%, остальные функционируют в составе объединенной больницы (рис. 1).

Таблица 1

Численность медицинских организаций в России за 2000–2014 гг.

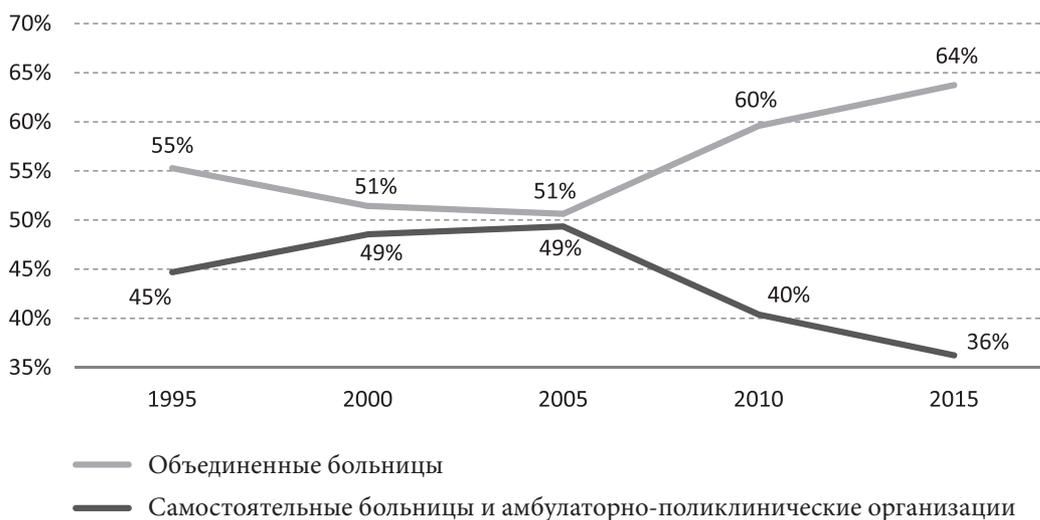
Наименования медицинских организаций	2000 год	2014 год	Соотношение показателей 2014 г. к 2000 г.	2014 год		Среднее число медицинских организаций на один муниципальный район и городской округ
				число медицинских организаций в муниципальных районах и городских округах	число муниципальных районов и городских округов	
Число медицинских организаций – всего	17 627	7098	40,3%	3519	2346	1,5
Число стационаров	9946	4865	48,9%	3236	2346	1,4
Число амбулаторно-поликлинических организаций (самостоятельных и в составе объединенных больниц)	17 689	11 376	64,3%	8171	2346	3,5
Число самостоятельных амбулаторно-поликлинических организаций (без стоматологических)	6306	2233	35,4%	1139	2346	0,5

Источник: Минздрав РФ. Статистические сборники «Ресурсы и деятельность медицинских организаций здравоохранения» за соответствующие годы.

Третья тенденция – *повышение среднего размера больниц* с 156 коек в 2000 г. до 225 коек в 2014 г. Данный показатель сегодня заметно выше, чем в западных странах с крупными территориями проживания населения. Мощность средней больницы в Канаде, Франции, США сокращается, а в Германии и Австралии остается в целом стабильной (рис. 2). В этих странах структура больничного фонда более однородна – здесь нет очень мелких больниц, аналогичных российским больницам участкового типа (на 10–15 коек), но при этом больницы с числом 100–150 коек достаточно оснащены, чтобы проводить сложные медицинские вмешательства. В западных странах концентрация рынка идет преимущественно по пути формирования крупных больничных систем за счет слияния относительно небольших по размеру больниц. Напротив, в России четко прослеживаются оба процесса – укрупнение больниц и их слияние.

Рисунок 1

Динамика структуры объединенных и самостоятельных медицинских организаций в России за 1995–2015 гг.



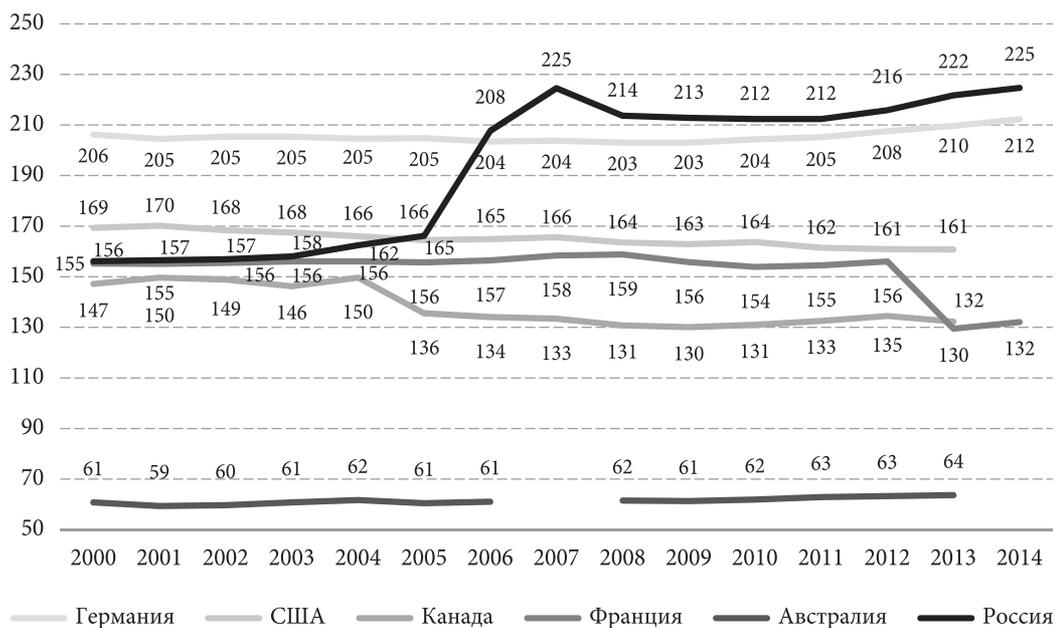
Источник: Составлен авторами.

Четвертая тенденция – *формирование крупных медицинских объединений, включающих в себя практически все территориальные медицинские службы*. По существу это аналоги больничных систем и амбулаторно-стационарных объединений в западных странах. Такие мегаобъединения создаются во многих регионах страны, но статистика не фиксирует этот процесс – их число остается неизвестным. Они сформированы, например, в районах Московской области. В частности, в городе Королеве в 2016 г. был создан единый медицинский комплекс, объединивший 4 стационара, все городские поликлиники, диспансеры, вспомогательные службы. Комплекс обслуживает 220 тыс. человек. Централизована диагностическая служба, созданы объединенные лаборатории, общегородская инфраструктура для проведения гемо-

диализа, вспомогательные организации. Действует единая административная служба (Королёвская городская больница, 2016). В Москве в 2012 г. все поликлиники были объединены в крупные амбулаторные центры – по 5–7 поликлиник в составе каждого центра. Каждый такой центр обслуживает в среднем 250–300 тыс. человек взрослого населения (ДЗМ, 2015).

Рисунок 2

Динамика средней мощности медицинских организаций (число коек на одну больницу) в России и отдельных западных странах за 2000–2014 гг.



Источник: Health Care Resources: The Organization for Economic Co-operation and Development. – Электронная база данных. – Last updated on October 7, 2016. – URL: <https://stats.oecd.org/index.aspx?queryid=24880>. Ежегодные отчетные формы Росстата № 30-здрав за 1995–2015 гг.

Указанные тенденции в целом соответствуют процессам, идущим в мировом здравоохранении, но они в меньшей степени определяются стремлением к расширению рыночных позиций медицинских объединений. Главный мотив объединения – облегчить управление системой и обеспечить условия для проведения структурных преобразований. Немаловажен и набор субъективно-бюрократических мотивов – расширить сферу влияния руководителя медицинской организации, реализовать его видение необходимых перемен, централизовать принятие кадровых и организационных решений, обеспечить «ручное управление» всем комплексом. Проведенные интервью с руководителями созданных медицинских объединений показали разнообразие их намерений, но ни один из них не упомянул задачу усиления взаимодействия различных медицинских служб в крупных медицинских комплексах. В западных странах эта задача ставится, хотя далеко не всегда решается.

Эффект концентрации

Ограниченность целеполагания определяет неоднозначные результаты концентрации медицинских служб. Строгий анализ этих результатов по аналогии с западными оценками (на основе показателей удельных затрат и качества медицинской помощи) невозможен из-за отсутствия соответствующей информации и сложности определения контрольных объектов. Поэтому наше исследование ограничено фиксацией некоторых качественных процессов на основе доступных данных и социологических опросов.

Главный позитивный результат концентрации – *возросшая возможность для маневра ресурсами*. На централизованном уровне решаются вопросы реструктуризации сети медицинских организаций – закрыть или перепрофилировать мощности мелких и неэффективных организаций, централизовать дефицитные ресурсы, перегруппировать отдельные медицинские службы с целью более эффективного использования ресурсов. В условиях крупных больниц и медицинских объединений активизировался процесс сокращения ненужных мощностей больниц при одновременном повышении эффективности использования больничной койки. За 2000–2016 гг. удалось сократить среднюю длительность курса стационарного лечения в городских больницах на 23%, улучшить работу больничной койки в году на 5%, увеличить оборот больничной койки в 1,5 раза (табл. 2). Но следует признать, что эти позитивные тенденции являются результатом действия комплекса факторов, а не только концентрации. Решающую роль играет государственная политика реструктуризации больничного сектора здравоохранения с акцентом на сокращение объемов стационарной помощи и перевод части больных на амбулаторный этап. Концентрация облегчает, но не определяет масштабы преобразований, а тем более их «качество». Во многих регионах страны накопилось много свидетельств необоснованного закрытия мелких организаций в сельских и удаленных районах, чрезмерного сокращения коечного фонда больниц, непродуманных увольнений персонала, что негативно сказывается на доступности медицинской помощи².

Таблица 2

Показатели развития городских больниц за 2000–2016 гг.

	2000 г.	2005 г.	2010 г.	2016 г.
Число больничных коек на 10 тыс. жителей	115,0	110,9	93,8	81,6
Средняя длительность стационарного лечения (число дней)	14,8	13,1	12,0	11,5
Среднее число дней занятости больничной койки в году	320	321	333	333
Оборот больничной койки в году (число пациентов)	22,2	27,6	31,3	35,3

Источник: Отчетная статистическая форма Госкомстата России № 47.

² Екатерина Романова. Реформы в здравоохранении вызывают у медиков недовольство. URL: <https://59.ru/text/health/307012416364544.html> (дата обращения: 06.03.2019).

Александр Аникин. Больная тема, или несколько слов об оптимизации здравоохранения... URL: <https://www.gosrf.ru/news/22821/> (дата обращения: 06.03.2019).

Другой позитивный результат концентрации – *расширение доступа населения к дорогостоящим диагностическим услугам и наиболее дефицитным специалистам поликлиник*. Например, в Москве больные получили доступ ко всем специалистам в рамках поликлинического объединения (а не только к специалистам своей привычной поликлиники). Можно записаться на сложное диагностическое исследование в филиале, который ранее был недоступен. В рамках амбулаторного объединения в Москве за 2010–2015 гг. время ожидания приема специалистами сократилось в 2–3 раза, исследований с использованием компьютерных томографов – с 60 до 15 дней, МРТ – с 50 до 16 дней, УЗИ – с 10 до 7 дней (ДЗМ, 2015). Обратная сторона этого процесса – более сложная логистика движения пациентов: нередко им приходится добираться более длительное время до нужного специалиста. Появляются группы населения, которые «проигрывают» от объединений, нужные им услуги не приближаются, а удаляются от места их проживания.

Объединение медицинских организаций в принципе облегчает решение задачи построения рациональных «маршрутов» движения пациентов в многоуровневой системе оказания медицинской помощи (от небольших поликлиник, где лечат простые заболевания, к центрам оказания более сложной медицинской помощи). Решить эту задачу в рамках крупной системы проще, поскольку все звенья системы находятся под единым управлением. Но это лишь общая предпосылка. Для ее реализации требуются реальные действия по построению многоуровневой системы. Содержание и результативность этих действий сильно различаются по регионам и медицинским объединениям. В частности, в Москве при построении такой системы в рамках амбулаторных центров был реализован принцип записи пациентов «все ко всем», позволяющий обратиться к большинству специалистов без направления участкового врача. В результате значительная часть пациентов делают самостоятельный и далеко не всегда рациональный выбор нужного специалиста, а затем оказываются на приеме врача без предварительных исследований. Трудно признать рациональной и запись к участковому врачу, который не ведет пациента на постоянной основе. В этом случае утрачивается наиболее важный принцип организации первичной медицинской помощи – непрерывность наблюдения постоянного контингента населения, что дало основание группе московских медиков сделать вывод об эрозии участковой системы в Москве (Действие Профсоюз, 2016). Вызывает сомнение и степень интеграции клиничко-диагностических отделений больниц (третий уровень амбулаторной помощи). Они действуют не как определенная стадия лечения пациентов, а преимущественно как обособленный ресурс, не контролируемый амбулаторными объединениями.

В то же время есть примеры реальных успехов в построении многоуровневой системы оказания медицинской помощи, причем без формального объединения медицинских организаций. Так, в Воронежской области была построена такая система в части урологической помощи. Созданы межрайонные центры, которые берут на себя основную часть лечебных функций и осуществляют координацию движения больных в общей системе. Акцент делается на преемственность лечения и командную работу разных звеньев

системы, в том числе через механизмы взаимных консультаций и обмена информацией. В результате обеспечено снижение доли запущенных урологических заболеваний. Часть помощи переместилась из областной больницы в межрайонные центры, что обеспечило существенное снижение удельных затрат на лечение (см.: Аполихин и др., 2014). Этот вариант многоуровневой системы имеет характеристики функциональной, а не организационной интеграции.

К позитивным последствиям концентрации можно отнести и возможность сократить административные затраты. В Москве на начальном этапе преобразований была сокращена почти 1000 административных штатных единиц, а экономия административных расходов составила 1 млрд. руб. в год (ДЗМ, 2015).

При всей важности проведенных преобразований многие из них имеют затухающий эффект: экономия на административных функциях возможна только на первом этапе формирования объединения; доступность дефицитных услуг реально повышается только за счет расширения круга организаций, в которые может обратиться пациент; диагностическая техника сначала используется лучше, а потом «как всегда» и т.д. В простом слиянии медицинских организаций отсутствует главное – нацеленность разных медицинских служб на более тесное взаимодействие.

Логично предположить, что концентрация должна привести к усилению командной работы, координации и преемственности медицинской помощи, так как в условиях административного единства можно наладить более тесное взаимодействие отдельных служб. В то же время наши оценки не подтверждают эту гипотезу. Опрос руководителей четырех поликлиник и пяти больниц г. Москвы на основе общей анкеты показал, что врачи поликлиник при подготовке больного к плановой госпитализации редко согласовывают свои действия с врачами стационаров; врачи стационара, в свою очередь, крайне редко консультируют врачей поликлиник в отношении тактики ведения больных после стационарного лечения. Все опрошенные главные врачи больниц единодушны в неудовлетворительной оценке общего уровня взаимодействия между персоналом стационаров и поликлиник (НИУ ВШЭ, 2015).

Сравнительный анализ уровня интеграции в условиях самостоятельных поликлиник и объединенных больниц, проведенный на основе опроса 1500 врачей из 13 городов России (НИУ ВШЭ, 2012), показал отсутствие преимуществ объединенных больниц по параметрам интеграции. При анализе ответов врачей на вопрос «Как часто, по Вашей оценке, врачи поликлиник согласовывают с врачами стационаров действия по подготовке больного к плановой госпитализации на амбулаторном этапе?» выяснилось, что 38% врачей как самостоятельных поликлиник, так и поликлиник, входящих в состав объединенных больниц, не согласовывают вообще свои клинические решения или согласовывают менее чем в 10% случаев.

Ответы на вопрос «Как часто, по Вашей оценке, врачи стационара консультируют врачей поликлиник в отношении тактики ведения пациента после стационарного лечения?» показывают, что 52% врачей самостоятельных

поликлиник и 57% врачей поликлиник в составе объединенных больниц не получают или получают крайне редко консультации врачей стационара.

Число врачей самостоятельных поликлиник, не получающих важную для координации медицинской помощи информацию о госпитализации приписавшихся к ней пациентов, составляет 43%, а число врачей поликлиник, входящих в объединенную больницу, – 30%. Это означает, что объединение стационара и поликлиники носит формальный характер и не сопровождается мерами по обеспечению командной работы и преемственности лечения.

Как это ни парадоксально, но врачи объединенных медицинских организаций значительно чаще (по сравнению с врачами самостоятельных поликлиник) считают, что взаимодействие между отдельными медицинскими службами недостаточно (64% против 51% врачей).

Таким образом, результаты концентрации противоречивы: есть свидетельства позитивного влияния на доступность диагностических исследований и консультаций специалистов, но отсутствуют убедительные доказательства влияния этого процесса на организацию медицинской помощи и эффективность взаимодействия медицинских организаций, а в конечном – на результативность медицинской помощи.

Обсуждение и рекомендации

Проведенный анализ показывает общую тенденцию к концентрации рынка медицинских услуг. В западных странах этот процесс принимает форму объединений медицинских организаций и формирования больничных и амбулаторно-стационарных комплексов без заметного укрупнения собственно поставщиков услуг – врачебных практик и больниц. В России концентрация выражена еще сильнее – здесь происходит укрупнение медицинских организаций и их слияние. Масштабы этого процесса очень значительны, число самостоятельных поставщиков услуг быстро сокращается.

Есть основания считать, что концентрация медицинских организаций в России достигла своего предела. Сегодня в небольших муниципальных районах и городских округах действует в среднем лишь одна объединенная организация. Дальше объединять невозможно без ущерба для доступности медицинской помощи. Об этом свидетельствует и выявившееся недовольство населения скоропалительным массовым слиянием медицинских организаций, и протесты медицинских работников, сталкивающихся с оптимизацией больниц и поликлиник – обычным спутником объединений. А самое главное – результаты концентрации оказались неубедительными. *Очевидного приращения эффективности они не дали.* Повышение доступности наиболее дефицитных услуг и сокращение административных затрат носят кратковременный характер. Заложенные в концентрации потенциальные возможности усиления взаимодействия медицинских служб используются слабо. Примечательно, что и в западных странах результативность этого процесса также пока не имеет убедительного эмпирического подтверждения.

Что сдерживает повышение эффективности концентрации в российском здравоохранении? Можно выделить три главных фактора. Первый – *общая несбалансированность структуры медицинской помощи*. Система устойчиво воспроизводит слабость первичной медико-санитарной помощи (ПМСП) и доминирующие позиции стационаров. Первичное звено здравоохранения, прежде всего его участковая служба, испытывает острейший дефицит врачебных кадров – не хватает 32% участковых терапевтов (см.: Шейман, Сажина, 2018). На долю ПМСП приходится 33,2% общего финансирования отрасли, стационарной помощи – 50,3%, в то время как в западных странах эти доли примерно равны (Флек, 2015; OECD, 2017). Лечебный функционал врачей поликлиник ограничен: как минимум 30–40% первичных посещений участковых врачей заканчиваются направлением к узкому специалисту или в стационар. В западных странах – лишь 5–15%, т.е. в этих странах основная часть больных начинает и заканчивает лечение на уровне врача общей практики (см.: Kringos et al., 2015). Ослаблена координационная функция участкового врача, без которой невозможна интеграция отдельных звеньев медицинской помощи. Поликлиники практически никак не участвуют в планировании объемов стационарной помощи, их «голос» в определении порядка взаимодействия со стационаром практически никак не учитывается.

Кадровый, материально-технический и организационный потенциал ПМСП сегодня таков, что невозможно безболезненно переместить больных из стационаров в поликлиники. Сокращение коечного фонда не снижает нагрузку на стационар. Системные факторы повышения эффективности, на которые делают акцент идеологи концентрации, в реальности действуют слабо.

Второй фактор – *слабость реальных интеграционных процессов*. Как показывает зарубежный и отечественный опыт, важна «начинка» процесса объединения реальными мероприятиями по интеграции действий отдельных служб. Функциональная интеграция должна иметь более высокий приоритет по сравнению с организационной интеграцией. Имеющиеся данные показывают, что командная работа, координация и преемственность оказания медицинской помощи находится на низком уровне.

Третий фактор – *слабость экономических стимулов к интеграции*. Сегодня в системе ОМС действуют методы оплаты амбулаторной и стационарной помощи, которые не создают общего стимула к усилению интеграции. Поликлиники не заинтересованы в том, чтобы расширять объем профилактических мероприятий и на этой основе сокращать число госпитализированных в стационары, а последние имеют сильные стимулы к наращиванию объемов стационарной помощи. Все это никак не мотивирует проведение совместных лечебных мероприятий, например дополнительных мер по ведению больных с хроническими заболеваниями силами врачей разных служб, оказание помощи сразу после выписки из стационара. Больной с перенесенным инсультом после сложного лечения в стационаре возвращается домой, но поликлиники об этом не знают, а тем более не готовы к послебольничному ведению пациента. В результате усилия врачей стаци-

онара по спасению жизни человека часто девальвируются в амбулаторных условиях. Можно объединить стационар и поликлинику, но при отсутствии соответствующих интеграционных мероприятий и сильных экономических стимулов мало что изменится.

Следует также учитывать, что при достижении определенного предела укрупнения организаций ограничиваются возможности снижения удельных затрат, о чем свидетельствуют оценки на основе материалов по западным странам. Нет оснований считать, что эта закономерность не действует в России. Все опрошенные руководители больничных комплексов подтверждают возросшие сложности управления объединениями.

При всей важности повышения доступности ряда дефицитных услуг в крупных комплексах возникает законный вопрос: можно ли это обеспечить без формальных объединений? Нам представляется, что такой вариант вполне возможен. Достаточно вспомнить практику функционирования консультативно-диагностических центров, созданных еще в советское время, когда они были доступны по направлениям всех поликлиник территории. Решения по этому вопросу принимались территориальными органами управления здравоохранения и были обязательными для всех таких центров. Сейчас возможности создания таких общедоступных центров намного выше, поскольку дорогой диагностической техники стало больше. В таких центрах можно сконцентрировать наиболее квалифицированных специалистов и сделать их консультации доступными для всех жителей территории. Система ОМС, обеспечивающая свободное движение финансовых средств между подведомственными учреждениями, существенно облегчает реализацию такого варианта организации медицинской помощи. Иными словами, тот же результат может быть достигнут за счет более эффективных управленческих действий без объединений.

С учетом накопленного отечественного и международного опыта можно сформулировать следующие конкретные рекомендации по управлению процессами концентрации:

1. *Повысить уровень медико-экономического обоснования решений об объединении медицинских организаций, сделать акцент на достижение реальной интеграции функционирования их отдельных звеньев.* Необходимо выявить сложившиеся зоны фрагментации в работе: а) отдельных подразделений поликлиники, б) поликлиник и стационаров, в) поликлиник и станций (отделений) скорой медицинской помощи, г) стационаров и служб долечивания и реабилитации, д) лечебных отделений и диагностических служб. Собрать и проанализировать информацию о степени непрерывности наблюдения за пациентами, а также о рациональности сложившихся маршрутов движения пациентов между отдельными службами. При этом важно определить, можно ли преодолеть фрагментацию усилиями органов управления здравоохранением без формального объединения.
2. При решении вопроса о целесообразности объединения медицинских организаций следует учитывать их месторасположение. *Такое объединение оправданно при наличии маломощных медицинских организаций,*

находящихся в относительной близости друг от друга. В этом случае легче построить рациональные маршруты движения пациентов. Если объединение будет превышать оптимальный размер или филиалы будут расположены далеко друг от друга, то ожидаемое усиление взаимодействия поликлиники и стационара может быть нейтрализовано сложностями управления таким объединением. Возможны также негативные последствия для доступности медицинской помощи: расстояние, которое нужно преодолеть для получения определенной услуги, окажется неприемлемым для населения.

3. *В системе управления амбулаторно-стационарными объединениями целесообразно предусмотреть ответственных за проведение интеграционных мероприятий.* В качестве первого шага можно возложить эту задачу на заместителя главного врача по организации лечебно-профилактической помощи. Реальные интеграционные процессы покажут, нужны ли дополнительные управленческие структуры.
4. *На федеральном уровне утвердить порядок адаптации клинических протоколов в регионах на основе федеральных клинических рекомендаций.* Каждое медицинское объединение разрабатывает и внедряет собственные клинические протоколы, устанавливающие требования к каждой медицинской службе в составе объединения. В западных странах общие клинические рекомендации и интегрированные маршруты движения пациентов конкретизируются применительно к условиям отдельных медицинских систем. Именно эти конкретизированные документы являются основой для объединения клинических действий разных медицинских служб. Этот опыт очень важен для российского здравоохранения, где особенно велики региональные и организационные различия в ресурсном обеспечении и возможностях реализовать общие клинические рекомендации.
5. *Необходимо ускорить формирование информационной системы, единой для амбулаторных и стационарных организаций.* При этом важно учитывать, что доступная информация (например, общие электронные истории болезни) не гарантирует реальное осуществление интеграционных процессов. Информационные системы, построенные на неэффективных моделях организации медицинской помощи, сами по себе не обеспечивают преемственность ведения больных. Нужны конкретные порядки (а иногда и регламенты) действий разных звеньев системы на основе общей информации. Создание развитых информационных систем является необходимым, но не достаточным условием реализации интеграционных процессов.
6. *Установить требования в отношении информационного обмена между врачами различных медицинских служб, а также их взаимных консультаций, включая:*
 - оперативное доведение до поликлиник (а в их составе – до участковых врачей) информации обо всех случаях госпитализации приписанных к ним пациентов и вызовах скорой медицинской помощи;

- информирование врачами стационаров врачей поликлиник о выявленных дефектах ведения пациентов в период, предшествующий госпитализации, а также о недостаточности обследования пациента в амбулаторных условиях перед госпитализацией;
 - согласование участковыми врачами и врачами-специалистами поликлиник планов ведения пациентов;
 - консультирование врачами стационаров врачей поликлиник в отношении общих вопросов тактики ведения пациентов после стационарного лечения, а также в отношении выделенных больных, требующих особого внимания при долечивании в амбулаторных условиях;
 - совместное обсуждение врачами поликлиник и стационаров проблем интеграции амбулаторной и стационарной помощи и выработка совместных планов ее усиления.
7. Установить «сквозные» показатели результативности лечения и эффективности использования ресурсов для системы в целом, а не только для отдельных филиалов объединений. Например, показателем лечения инсульта является не только выведение пациентов из острого состояния в стационаре, но и конечное улучшение их состояния, достигаемое совместными усилиями врачей разных медицинских служб.
 8. Организовать эпизодическое участие врачей поликлиник в работе соответствующих подразделений стационара в рамках медицинских объединений. Работа в стационаре позволит им расширить свои представления об имеющихся возможностях стационарного лечения, более квалифицированно формировать маршруты для своих пациентов, выявить дополнительные возможности усиления преемственности лечения своих пациентов. В условиях амбулаторно-стационарных объединений такую ротацию врачей поликлиник обеспечить относительно несложно.
 9. Усилить координирующую функцию врачей участковой службы. В качестве первого шага следует включить эту функцию в должные инструкции этих врачей, программы их подготовки и повышения квалификации.
 10. Начать апробацию новых методов оплаты медицинской помощи в системе ОМС, нацеленных на усиление интеграции.

Выводы

Масштабы концентрации рынка медицинских услуг значительны как в ведущих западных странах, так и в России. Четко прослеживается тенденция к объединению медицинских организаций, а в нашей стране еще и к повышению среднего размера больниц. Эмпирические оценки по западным странам демонстрируют позитивное влияние укрупнения больниц на показатели качества медицинской помощи и удельных затрат на одну госпитализацию. Но отсутствуют однозначные свидетельства результативности функционирования медицинских объединений. В этих странах утверждается мнение, что слияние медицинских организаций – это не самоцель, а возможный инструмент, который дает результаты только при проведении реальных интеграционных мероприятий.

В России результаты концентрации также противоречивы. Укрупнения и слияния медицинских организаций хотя и расширяют возможности для маневра ресурсами, тем не менее не обеспечивают заметного приращения эффективности использования ресурсов и качества медицинской помощи. Это связано прежде всего со слабостью реальных интеграционных действий. Представленные рекомендации для органов управления здравоохранением исходят из того, что процесс слияний медицинских организаций достиг своего предела. На данном этапе необходимо повысить уровень медико-экономического обоснования решений об объединении медицинских организаций, сделать акцент на достижение реальной интеграции функционирования их отдельных звеньев. Таким образом, выводы западных исследователей оказываются актуальными для российского здравоохранения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Аполихин О.И., Сивков А.В., Шишкин С.В., Шейман И.М., Сон И.М., Катибов М.И., Золотухин О.В., Шадеркин И.А., Просянкин М.Ю., Сажина С.В., Войтко Д.А., Григорьева М.В., Цой А.А. Медико-экономические аспекты комплексной этапной стандартизированной программы диагностики и лечения доброкачественной гиперплазии предстательной железы // Экспериментальная и клиническая урология. – 2014. – № 3. – С. 4–8.
2. Шейман И.М., Сажина С.В. Кадровая политика в здравоохранении: как преодолеть дефицит врачей // Мир России. – 2018. – № 3. – С. 130–153.
3. Шевский В.И., Шейман И.М. Проблемы формирования интегрированной системы здравоохранения // Вопросы государственного и муниципального управления. – 2013. – № 3. – С. 24–47.
4. Флек В.О. Анализ финансового обеспечения российского здравоохранения по системе счетов. – М., 2015.
5. American Hospitals Association. Clinical Integration – The Key to Real Reform. Trendwatch. February 2010.
6. American Hospitals Association. Fast Facts on US Hospitals. URL: <http://www.aha.org/research/rc/stat-studies/fast-facts.shtml> (дата обращения: 05.05.2014).

7. Cutler D., Scott Morton F. Hospitals, Market Share, and Consolidation. *Journal of the American Medical Association*. 2013. Vol. 310. No. 18. P. 1964–1970. URL: [http:// https://www.researchgate.net/publication/258501309_Hospitals_Market_Share_and_Consolidation](http://https://www.researchgate.net/publication/258501309_Hospitals_Market_Share_and_Consolidation) (дата обращения: 27.02.2019).
8. Cwiek K., Inniger C., Zisner D. Setting the Right Path and Pace for Integration. *Healthcare Financial Management*. April 2014.
9. Dafny L. Hospital industry consolidation – Still more to come? *New England Journal of Medicine*. 2014. Vol. 370. P. 198–199.
10. Dranove D., Lindrooth R. Hospital Consolidation and Costs: Another Look at the Evidence. *Journal of Health Economics*. 2003. Vol. 22. P. 983–997.
11. Fulop N., Protosaltis G., Hutchings A. et al. Process and Impact of Mergers of NHS Trusts: Multicentre Case Study and Management Cost Analysis. *BMJ*. 2002. Vol. 325. P. 246–253.
12. Enthoven A.C. What is an Integrated Health Care Financing and Delivery System (IDS)? and What Must Would-Be IDS Accomplish to Become Competitive With Them? *Health Economics & Outcome Research: Open Access*. 2:115. 2016. Vol. 2. No. 2. URL: [http:// http://doi:10.4172/heor.1000115](http://http://doi:10.4172/heor.1000115) (дата обращения: 25.05.2016).
13. Ettelt S., Nolte E., Mays N., Thomson S., McKee M. International Healthcare Comparisons Network. *European Observatory of Health Systems and Health Policy*. Copenhagen: World Health Organization. 2009.
14. Essential Hospital Institute. *Integrated Health Care Literature Review*. Wash. 2013.
15. Gaynor M., Laudicella M., Propper C. Can Governments Do it Better? Merger Mania and Hospital Outcomes in the English NHS. *Journal of Health Economics*. 2012. Vol. 31. No. 3. P. 528–543.
16. Giancotti M., Guglielmo A., Mauro M. Efficiency and Optimal Size of Hospitals: Results of a Systematic Search. *PLOS ONE*. 2017. No. 12(3). URL: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0174533> (дата обращения: 27.02.2019).
17. Hwang W., Chang J., Laclair M., Paz H. Effects of Integrated Delivery System on Cost and Quality. *The American Journal of Managed Care*. May 2013. P. 175–184.
18. Kaul A., Prabha K., Katragadda S. Size Should Matter: Five Ways to Help Healthcare Systems Realize the Benefits of Scale. *PWC Strategy&*. URL: <https://www.strategyand.pwc.com/report/size-should-matter> (дата обращения: 27.02.2019).
19. Keshvani P., Walsh A. Physician-Hospital Integration Strategies. *Health Care Law Monthly*. December 2013.
20. Kodner D., Spreeuwenberg C. Integrated Care: Meaning, Logic, Applications, and Implications – a Discussion Paper. *International Journal of Integrated Care*. Oct-Dec. 2002. URL: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1480401/> (дата обращения: 27.02.2019).
21. Kringos D.E., Boerma W.G.W., Hutchinson A., Saltman R. (eds.). *Building Primary Care in a Changing Europe*. The European Observatory on Health Systems and Health Policies. 2015.
22. McCarhy D., Mueller K. *Organizing for Higher Performance: Case Studies of Organized Delivery Systems*. July 2009.
23. Monitor. *Facing the Future: Smaller Acute Providers*. London: Monitor. 2014.

24. Nolte E. et al. The Changing Hospital Landscape. An Exploration of International Experiences. The RAND Corporation. 2014.
25. Nolte E. International Perspectives on Integration and Care Coordination. Concepts and Experiences. Presentation at Integrated care seminar in Moscow, 25 April 2017. World Bank. 2017.
26. Palazzolo J., Ozcan Y. Do the Most Efficient Accountable Care Organizations Earn Shared Savings? // Socio-Economic Planning Science. 2017. Vol. 63. P. 12–17. URL: <https://doi.org/10.1016/j.seps.2017.05.001> (дата обращения: 27.02.2019).
27. Rice T. et al. Challenges Facing the United States of America in Implementing Universal Coverage. Bulletin of World Health Organization. 2014. No. 92. P. 894–902.
28. Sheiman I., Shevski V. Evaluation of Health Care Delivery Integration: The Case of the Russian Federation // Health Policy. 2014. Vol. 115. No. 2–3. P. 128–137.
29. Schmitt M. Do hospital mergers reduce costs? Journal of Health Economics. 2017. No. 52. P. 74–94.
30. Stacey R. What's the Problem with Health Care and How Did We Get Here? Presentation at Fort Collins Chamber of Commerce // Health Care Summit. 2012.
31. Tsiachristas A., Dikkers C., Melinde R., Boland M., Rutten-van Mólken. Exploring Payment Schemes Used to Promote Integrated Chronic Care in Europe. Health Policy 113. 2013. P. 296–304.
32. Witt M., Jacobs L. Physician-Hospital Integration in the Era of Health Reforms. California HealthCare Foundation. December 2010.

СПРАВОЧНЫЕ МАТЕРИАЛЫ

1. Обращение 18 участковых терапевтов о провале проекта «Московский стандарт поликлиники» в 4-м филиале ГБУ ГП № 180 от 26 марта 2016 г. URL: <http://www.medrabotnik.org/materials/644> (дата обращения: 27.02.2019).
2. Департамент здравоохранения Москвы. Презентация Проектного офиса № 13. 27.03.2015.
3. Отчет о научно-исследовательской работе «Направления и механизмы формирования интегрированной, транспарентной и эффективной системы. ЦФИ НИУ ВШЭ. 2012.
4. Отчет о научно-исследовательской работе «Экспертные аналитические материалы о перспективных направлениях дальнейших преобразований в системе здравоохранения города Москвы с рекомендациями для работников здравоохранения г. Москвы для дальнейшего широкомасштабного использования». Приложение 21.8. НИУ ВШЭ. 2015.

CONCENTRATION AND INTEGRATION OF MEDICAL SERVICES PROVIDED IN THE INTERNATIONAL AND RUSSIAN HEALTH CARE: IS THERE AN INCREMENT IN EFFECT?

Igor M. Sheiman

Ph.D. (in Economics), Honored Economist of the Russian Federation,
Professor of the National Research University High School of Economics.
Address: NRU HSE, 20 Myasnitskaya Str., 101000 Moscow, Russian Federation.
E-mail: isheiman@hse.ru; igor.sheim@g23.relcom.ru.

Vladimir I. Shevsky

HSE Consultant, Honored Doctor of Russia. Deputy Head of the Department
of Health Administration of Samara Region in 1971–2001.
Address: 20 Myasnitskaya St., Moscow, 101000, Russian Federation.
E-mail: v_shevsky@mail.ru

Abstract

The paper addresses the issue of the interrelationship between concentration of service delivery market and integration of individual medical services, measured by indicators of team work, coordination and continuity of care in outpatient and inpatient facilities. The review of the international experience indicates the growth of concentration with the major forms of hospital and hospital-physician complexes. However, the integrative activities are implemented not in all complexes and to a limited extent. There is some empirical evidence of the positive impact of a greater size of hospitals on the quality of care and unit cost reduction per hospital admission, but there is no clear-cut evidence of the positive impact of medical complexes on their performance. In Russia, the scale of the concentration is also substantial. The paper addresses specific forms of this process and its outcome. It is concluded that consolidation and mergers of health providers do not improve the performance of large medical complexes, although they have a potential for restructuring service delivery. This outcome can be attributed to the weakness of the actual integrative activities. Sociological surveys of physicians demonstrate a low level of providers' interaction. The authors provide recommendations on the process of concentration management, of which the most important is the need for better substantiation of health providers' mergers and the focus on reaching actual integration of service delivery. The results of the research may be of interest to health policy experts and health authorities of all levels.

Keywords: health care; medical organization; concentration; integration of health care; continuity of care; health services market.

Citation: Sheiman, I.M. & Shevsky, V.I. (2019). Protsessy kontsentratsii i integratsii meditsinskikh sluzhb v zarubezhnom i otechestvennom zdravookhranении: Est' li pri-rashchenie efekta? [Concentration and Integration of Medical Services Provided in the International and Russian Health Care: Is There an Increment in Effect?]. *Public Administration Issues*, no 1, pp. 111–135 (in Russian).

REFERENCES

1. Apolikhin, O.I., Sivkov, A.V., Shishkin, S.V., Sheiman, I.M., Son, I.M., Katibov, M.I., Zolotukhin, O.V., Shaderkin, I.A., Prosyannikov, M.Yu., Sazhina, S.V., Voytko, D.A., Grigorieva, M.V. & Tsoi A.A. (2014). Mediko-ekonomicheskie aspekty kompleksnoy etapnoy standartizirovannoy programmy diagnostiki i lecheniya dobrokachestvennoy giperplazii predstatel'noy zhelezy [Medical and Economic Aspects of a Comprehensive, Milestone Standardized Program for the Diagnosis and Treatment of Benign Prostatic Hyperplasia]. *Experimental and Clinical Urology*, no 3, pp. 4–8.
2. Sheyman, I.M. & Sazhina, S.V. (2018). Kadrovaya politika v zdravookhraneni: Kak preodolet' defitsit vrachey [Personnel Policy in Health Care: How to Overcome the Shortage of Doctors]. *Mir Rossii*, no 3.
3. Shevskiy, V.I. & Sheyman I.M. (2013). Problemy formirovaniya integrirovannoy sistemy zdravookhraneniya [Formation Problems of an Integrated Health System]. *Public Administration Issues*, no 3, pp. 24–47.
4. Flek, V.O. (2015). *Analiz finansovogo obespecheniya rossiyskogo zdravookhraneniya po sisteme schetov* [Analysis of the Financial Support of the Russian Health Care System of Accounts]. Moscow.
5. *American Hospitals Association* (2010). Clinical Integration – The Key to Real Reform. Trendwatch. February.
6. *American Hospitals Association* (n/d). Fast Facts on US Hospitals. Available at: <http://www.aha.org/research/rc/stat-studies/fast-facts.shtml> (accessed: 20 May, 2014).
7. Cutler, D. & Scott, M.F. (2013). Hospitals, market share, and consolidation. *Journal of the American Medical Association*, vol. 310, no 18, pp. 1964–1970. Available at: http://https://www.researchgate.net/publication/258501309_Hospitals_Market_Share_and_Consolidation (accessed: 27 February, 2019).
8. Cwiek, K., Inniger, C. & Zismer, D. (2014). Setting the Right Path and Pace for Integration. *Healthcare Financial Management*. April.
9. Dafny, L. (2014). Hospital Industry Consolidation – Still More to Come? *New England Journal of Medicine*, no 370, pp. 198–199.
10. Dranove, D. & Lindrooth, R. (2003). Hospital Consolidation and Costs: Another Look at the Evidence. *Journal of Health Economics*, no 22, pp. 983–997.
11. Fulop, N., Protopsaltis, G., Hutchings, A. et al. (2002). Process and Impact of Mergers of NHS Trusts: Multicentre Case Study and Management Cost Analysis. *BMJ*, no 325, pp. 246–253.
12. Enthoven, A.C. (2016). What is an Integrated Health Care Financing and Delivery System (IDS)? And What Must Would-Be IDS Accomplish to Become Competitive With Them? *Health Economics & Outcome Research: Open Access*, 2:115, vol. 2, no 2. Available at: <http://doi:10.4172/heor.1000115> (accessed: 25 May, 2016).
13. Ettelt, S., Nolte, E., Mays, N., Thomson, S. & McKee, M. (2009). *International Healthcare Comparisons Network. European Observatory of Health Systems and Health Policy*. Copenhagen: World Health Organization.
14. *Essential Hospital Institute*. (2013). Integrated Health Care Literature Review. Washington.

15. Gaynor, M., Laudicella, M. & Propper, C. (2012). Can Governments Do it Better? Merger Mania and Hospital Outcomes in the English NHS. *Journal of Health Economics*, vol. 31, no 3, pp. 528–543.
16. Giaccotti, M., Guglielmo, A. & Mauro, M. (2017). Efficiency and Optimal Size of Hospitals: Results of a Systematic Search. *PLOS ONE*, vol. 12, no 3. Available at: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0174533> (accessed: 27 May, 2017).
17. Hwang, W., Chang, J., Laclair, M. & Paz, H. (2013). Effects of Integrated Delivery System on Cost and Quality. *The American Journal of Managed Care*, May, pp. 175–184.
18. Kaul, A., Prabha, K. & Katragadda, S. (2016). Size Should Matter: Five Ways to Help Health-care Systems Realize the Benefits of Scale. *PWC Strategy* & Available at: <https://www.strategyand.pwc.com/report/size-should-matter> (accessed: 25 May, 2017).
19. Keshvani, P. & Walsh, A. (2013). Physician-Hospital Integration Strategies. *Health Care Law Monthly*, December.
20. Kodner, D. & Spreeuwenberg, C. (2002). Integrated Care: Meaning, Logic, Applications, and Implications – a Discussion Paper. *International Journal of Integrated Care*, Oct-Dec. Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1480401/> (accessed: 27 May, 2017).
21. Kringos, D.E., Boerma, W.G.W., Hutchinson, A. & Saltman, R. (Eds.). (2015). Building Primary Care in a Changing Europe. *The European Observatory on Health Systems and Health Policies*.
22. McCarhy, D. & Mueller, K. (2009). *Organizing for Higher Performance: Case Studies of Organized Delivery Systems*, July.
23. Monitor (2014). *Facing the Future: Smaller Acute Providers*. London: Monitor.
24. Nolte, E. et al. (2014). *The Changing Hospital Landscape. An Exploration of International Experiences*. The RAND Corporation.
25. Nolte, E. (2017). *International Perspectives on Integration and Care Coordination. Concepts and Experiences. Presentation at Integrated Care Seminar in Moscow, 25 April 2017*. World Bank.
26. Palazzolo, J. & Ozcan, Y. (2017). Do the Most Efficient Accountable Care Organizations Earn Shared Savings? *Socio-Economic Planning Science*, no 63, pp. 12–17. Available at: <https://doi.org/10.1016/j.seps.2017.05.001> (accessed: 27 December, 2017).
27. Rice, T. et al. (2014). Challenges Facing the United States of America in Implementing Universal Coverage. *Bulletin of World Health Organization*, no 92, pp. 894–902.
28. Sheiman, I. & Shevski, V. (2014). Evaluation of Health Care Delivery Integration: The Case of the Russian Federation. *Health Policy*, vol. 115, no 2–3, pp. 128–137.
29. Schmitt, M. (2017). Do Hospital Mergers Reduce Costs? *Journal of Health Economics*, no 52, pp. 74–94.
30. Stacey, R. (2012). *What's the Problem with Health Care and How Did We Get Here? Presentation at Fort Collins Chamber of Commerce*. Health Care Summit.
31. Tsiachristas, A., Dijkers, C., Melinde, R., Boland, M. & Rutten-van, M. (2013). Exploring Payment Schemes Used to Promote Integrated Chronic Care in Europe. *Health Policy*, no 113, pp. 296–304.
32. Witt, M. & Jacobs, L. (2010). *Physician-Hospital Integration in the Era of Health Reforms*. California HealthCare Foundation, December.