**Глава 2. Зарубежный опыт реализации потребительского выбора в здравоохранении**

Выбор поставщиков медицинских услуг тесно связан с действующим в стране порядком обращения пациента к медикам. В данной главе выделяются модели потребительского выбора в отдельных секторах здравоохранения. Эти модели анализируются на материалах по зарубежным странам. Делается попытка оценить влияние этих моделей на объемы потребления медицинской помощи и общие расходы на здравоохранение.

В последние годы в ряде западных стран проводится политика расширения выбора в здравоохранении. В Великобритании в начале 2006 г. была провозглашена широкомасштабная стратегия расширения выбора поставщиков медицинских услуг в Национальной службе здравоохранения (НСЗ). Политическая амбициозность этой стратегии, тщательность подготовки и последовательность реализации сделала ее своеобразным демонстрационным проектом для многих стран Европы, осуществляющих или планирующих аналогичную новацию в системах здравоохранения. В главе рассматривается содержание программы расширения выбора, процесс принятия решений о выборе, некоторые показатели ее результатов в целом и для отдельных групп населения, влияние нового курса на систему здравоохранения.

Заканчивается глава обобщением зарубежного опыта реализации потребительского выбора в здравоохранении и кратким изложением некоторых уроков, которые важны для проведения политики расширения выбора в российском здравоохранении.

**2.1. Практики потребительского выбора и их влияние на потребление ресурсов здравоохранения**

***2.1.1. Рамки анализа практик потребительского выбора***

Практики выбора во многом определяется особенностями организации медицинской помощи. В каждой стране существует разделение на первичную и специализированную медицинскую помощь, оказываемую в амбулаторных и стационарных условиях. Между разными уровнями системы здравоохранения существуют взаимодействие. В зависимости от степени тяжести заболевания больной движется по цепочке поставщиков медицинских услуг – от первичного звена здравоохранения в сферу специализированной и высокоспециализированной медицинской помощи. Ключевая роль в этой системе принадлежит традиционному институту врача общей практики. Он не только лечит сам, но и организует медицинскую помощь на других этапах ее оказания.

Организация взаимодействия между уровнями оказания медицинской помощи существенно различается по странам. В одних странах действует жесткая система, основанная на направлениях врача первичного звена, в других - пациент имеет более значительные возможности самостоятельно определять место оказания специализированных услуг. В первом случае врач первичного звена во многом контролирует ресурсы специализированной помощи, определяя объемы ее потребления. Такой механизм организации медицинской помощи система получил название «контроль доступа к специализированной помощи» (Ettelt et al, 2009). Во втором случае прямой контроль отсутствует и можно говорить только о косвенном контроле за объемами специализированной помощи: потребность в этой помощи формируется

в зависимости от того, как работает первичное звено.

***2.1.2. Выбор поставщика первичной медицинской помощи***

Главным субъектом первичной медицинской помощи в зарубежном здравоохранении является врач общей практики (ВОП), действующий в составе индивидуальной или групповой практики. Население выбирает врачебную практику, а если она групповая, то выбирает конкретного врача групповой практики. В западных странах эта система давно устоялась, в постсоветских странах она только формируется с разной степенью интенсивности.

Можно выделить следующие модели организации обращения населения за услугами поставщика первичной медицинской помощи:

1) Граждане должны встать на учет у определенного ВОПа по месту жительства, то есть действует прикрепительная система: ВОП получает район прикрепления и все его жители автоматически приписываются к этому врачу. При этом возможность выбора практически отсутствует2) Граждане обязаны встать на учет у ВОПа, но при этом могут его выбирать - независимо от места жительства. Они могут пользоваться услугами постоянного врача, практикующего в соседнем квартале и даже в другом административном районе.

1. 3) Граждане не обязаны вставать на учет к определенному врачу общей практики и могут обратиться к любому из них.

Первая модель встречается редко – преимущественно в странах, где действует поликлиническая система оказания ПМП. Например, в Финляндии действуют местные центры здоровья – «мини-поликлиники», включающие несколько врачей общей практики, 2-3 узких специалиста и небольшой набор диагностических услуг (Ettelt et al, p. 12). Они имеют район прикрепления и обслуживают соответствующий контингент населения. Но и в этой стране, как будет показано далее, обсуждаются планы выбора таких центров здоровья за пределами места жительства.

 Во многих странах применяется вторая модель – с постоянным прикреплением, но при праве выбора врачебной практики. Поскольку доход врачей в той или иной мере зависит от числа прикрепленного населения, они заинтересованы в увеличении числа постоянно обслуживаемых клиентов. Выбор осуществляется посредством периодической перерегистрации. Ее частота различается по странам. Единственное ограничение для регистрации – лимит числа обсуживаемых пациентов. Врач первичного звена имеет право отказать претенденту при превышении лимита. В этом случае местные органы власти должны оказать содействие в поиске врача, к которому можно приписаться.

Вторая модель действует в Великобритании, Швеции, Норвегии, Нидерландах, Италии, Дании.

Третья модель используется преимущественно в странах со страховыми системами финансирования здравоохранения. Наиболее типичный пример - здравоохранение Франции. В этой стране традиционно культивировался принцип абсолютной свободы населения в выборе места оказания помощи, причем не только специализированной, но и первичной. Вплоть до последнего десятилетия этот принцип не подвергался сомнению.

Возможности выбора места первого контакта с медициной не ограничиваются врачом общей практики. Во многих странах первичную помощь можно получить в отделениях амбулаторной или экстренной медицинской помощи больницы. Например, в Швеции почти половина первичных посещений приходится на амбулаторные отделения больницы. Однако местные власти стремятся убедить население вставать на учет в центры первичной помощи, где работают в основном врачи общей практики (Leon, Rico, 2002).

Необходимость постоянного наблюдения за состоянием здоровья населения – главный аргумент в пользу модели приписки к определенному врачу первичного звена. Этот врач накапливает информацию о состоянии здоровья постоянно обслуживаемого населения и несет персональную ответственность за улучшение показателей здоровья. Он должен знать свой контингент населения и проводить активную политику предотвращения и раннего выявления заболеваний. Кроме того он интегрирует деятельность других звеньев системы – организует и координирует помощь на других этапах ее оказания, обеспечивает преемственность лечения, взаимодействует с социальной службой и органами местного самоуправления по вопросам охраны здоровья. Осуществление этих функций снижает потребность в специализированной помощи, и рассматривается как фактор сдерживания роста затрат на здравоохранение. Такая организация первичной медицинской помощи последовательно рекомендуется экспертами Всемирной организацией здравоохранения (Saltman, Rico, Boerma, 2006). При этом не оспаривается право на выбор постоянного врача первичного контакта.

***2.1.3. Выбор*** ***узкого специалиста и механизмы контроля доступа к специализированной помощи***

Узкие специалисты (далее – специалисты) действуют как частнопрактикующие врачи в составе индивидуальной и групповой практик, либо работают в медицинских организациях поликлинического типа, а также в амбулаторных отделениях больниц. Независимо от формы организации специализированной амбулаторной помощи выбор специалистов обычно регулируется общими правилами обращения к ним, причем во многих странах – в рамках действующего механизма контроля доступа к специализированной помощи.

Можно выделить следующие модели организации получения услуг специалистов:

1)Только на основе направления врача общей практики или другого врача первичного звена. Если нет направления, то пациент обычно оплачивает услугу специалиста.

2) Без направления врача первичного звена. Население выбирает узкого специалиста и может свободно обращаться к нему.

3) Действует порядок обязательных направлений, но он не распространяется на некоторые виды услуг и категории специалистов, например, психиатров, офтальмологов, хирургов.

4) Сочетание обусловленного и свободного обращения к узким специалистам. Гражданин может выбрать подсистему здравоохранения – с выбором или без. Он может «купить» право свободного выбора, присоединившись к специальной подпрограмме. Такой порядок, насколько нам известно, действует только в Дании и то в ограниченном масштабе (к системе с свободным выбором присоединилось лишь 2% населения страны - Ettelt et.al., 2009, p.9).

 Третья модель является разновидностью первой: направления врачей первичного звена доминируют, но некоторые виды услуг исключаются из этого общего правила. Такая модель используется преимущественно в постсоветских странах. Во многих из них формально действует принцип направлений, но некоторые виды услуг пациенты могут получить без направления. Например, в Молдове существует перечень 80 диагнозов, с которыми пациенты имеют право обратиться за специализированной помощью напрямую, в частности при диабете, астме, туберкулезе (Atun et al, 2008, р.36). В Венгрии пациенты могут напрямую обращаться к дерматологу, ЛОР-специалисту, урологу, хирургу, офтальмологу, психиатру, гинекологу и проч., нарушая формальную систему направлений (Gaal, 2004, p. 70). В Словакии, помимо этих категорий специалистов, пациенты с хроническими заболеваниями могут напрямую обращаться к соответствующим специалистам (Hlavacka et al, 2004, р. 63). Подобное обилие исключений обусловлено прежде всего недостаточной квалификацией врачей общей практики, а также унаследованной от советской системы чрезмерной специализацией первичной медицинской помощи. В результате система направлений и обусловленного выбора действует только на бумаге. Поэтому фактически эти страны следует отнести к сфере использования модели свободного выбора специалистов.

В западноевропейских странах с давно сложившейся системой врача общей практики также существуют примеры исключений из общего порядка направлений, но их значительно меньше. Даже для обращения к психиатру необходимо направление ВОПа. Считается, что врач первичного звена должен вести наблюдение за всеми больными и поэтому должен иметь информацию об услугах, полученных этими больными.

Две доминирующие модели: вторая – прямое обращение к специалисту и третья - на основе направления врача первичного звена и – в зарубежном здравоохранении распространены примерно одинаково. Из 21 страны ОЭСР, по которым удалось собрать информацию (таблица 2.1.), пациент может напрямую выбирать специалиста в США, Канаде, Германии, Франции, Японии, Бельгии, Австралии, Швейцарии, Чехии, Словакии, Венгрии (11 стран) и обязан иметь направление в Великобритании, Дании, Финляндии, Швеции, Новой Зеландии, Норвегии, Италии, Испании, Португалии.

Обращает на себя внимание, что в странах со страховыми системами финансирования здравоохранения действует более либеральный порядок обращения к узким специалистом – так сложилось исторически. Здесь больше возможности выбора специалиста. Но и в этих странах в последние годы повышается интерес к системам контроля доступа к специализированной помощи.

В странах с ограниченным выбором специалистов порядок направлений распространяется и на частнопрактикующих специалистов, работающих по договорам с общественной системой здравоохранения. Если пациент готов платить сам, то никаких направлений не требуется, но в ряде стран порядок направлений распространяется и на программы добровольного медицинского страхования. Например, в Великобритании существует возможность на частной основе обращаться к врачам высшей категории («консультантам») – штатным врачам больниц (они могут иметь практику во внеурочное время). Но если пациенты обращаются к таким врачам в рамках программ ДМС, то требуется направление врача общей практики. Страховщики исходят из того, что ничем не ограниченный выбор ограничивает сферу постоянного наблюдения за застрахованным, что порождает дополнительные расходы (Ettelt et al, p. 38). Иными словами, в этой стране требование направления к специалисту распространяется на ДМС. Ничем не ограниченный выбор существует только тогда, когда пациент самостоятельно оплачивает медицинскую помощь в момент ее потребления.

Возможности выбора поставщика диагностических услуг в здравоохранении европейских стран обычно значительно шире, чем консультаций специалистов. В каждой стране существует широкая сеть самых разнообразных диагностических организаций, в том числе частных. В ряде стран особый акцент делается на использование мощностей стационаров для проведения диагностики в амбулаторных условиях. Например, в Германии традиционно больницы оказывали только стационарную помощь и только в середины этого десятилетия они были открыты для проведения исследований в амбулаторных условиях, что, несомненно, расширило возможности выбора.

Во многих странах выбор ограничивается тем, что поставщики первичной медицинской помощи в растущей мере создают собственные мощности, чтобы повысить физическую доступность диагностических услуг для пациентов. Такие «мини поликлиники» в последние годы создаются в Германии (Busse and Nolte, 2004). Преимущество кооперации врачей разных специальностей и диагностических служб в составе одной медицинской организации достигается за счет сокращения сферы выбора – пациентам предлагаются собственные услуги этих центров.

В ряде стран сфера выбора ограничивается теми медицинскими организациями, с которым заключены договоры на оказание диагностических услуг. Например, в Нидерландах врачи общей практики заключают договоры с частными диагностическими центрами и направляют в них своих пациентов. В Финляндии местные центры охраны здоровья заказывают диагностические услуги у стационаров (Ettelt et al, p. 11). Разнообразие организационных моделей оказания диагностических услуг определяет разные возможности их выбора.

Выбор больницы ограничен тем, что основная часть случаев, требующих стационарного лечения (никто точно не знает какая), - это экстренные госпитализации, которые проводятся чаще всего по решению персонала скорой медицинской помощи или лечащего врача и лишь в редких случаях – с учетом мнения пациента (обычно больного доставляют в ближайшую больницу). Что же касается плановых госпитализаций, то они, как правило, осуществляются на основе направлений - либо врача общей практики, либо узкого специалиста. Этот порядок определяется тем, что плановой госпитализации обычно предшествует консультация специалиста или амбулаторное лечение (иногда в той же больнице, где оказывается плановая стационарная помощь). При этом в некоторых странах с устоявшимися системами контроля доступа к специализированной помощи внедряются инициативы, призванные облегчить обращение к врачам стационаров. Например, в Великобритании с апреля 2005 г. врач-окулист может напрямую направить своего пациента в глазное отделение стационара без необходимости предварительной консультации пациента с врачом общей практики. Во многих странах именно больничная помощь оказалась в центре государственной политики расширения потребительского выбора в здравоохранении.

Но существуют примеры обратной тенденции – к сокращению сферы потребительского выбора. Такая политика в последние годы проводится во Франции. Традиционная для этой страны неограниченная свобода выбора любого врача в сочетании с господством гонорарного метода оплаты породила затратные тенденции, прежде всего потому, что оказалась утраченной комплексность оказания медицинской помощи на различных этапах, появилось дублирование многих услуг, за которое вынуждено платить государство. В этой ситуации правительство страны взяло курс на повышение роли роль врача первичного звена. В 2005 г., после серии экспериментов, была введена система контроля доступа к специалистам. Каждый гражданин должен прикрепиться к определенному врачу. В качестве постоянно наблюдающего врача в абсолютном большинстве случаев выступают врачи общей практики, но в отдельных случаях таким врачом может стать и узкий специалист. Например, женщины могут выбрать для такой роли врача-гинеколога. Из системы контроля исключены консультации офтальмолога, психиатра, гинеколога и педиатра, а также помощь в экстренных случаях. К этим врачам население вправе обращаться напрямую, минуя врача приписки.

Действующая в стране система фиксированных соплатежей пациентов за получаемые медицинсикие услуги теперь построена таким образом, чтобы поощрять приписку к постоянному врачу и использование его направлений к узким специалистам. Утверждается принцип: чем больше свободы в обращении к врачу, тем выше размер соплатежа. При наличии постоянного врача соплатеж пациента за консультацию узкого специалиста и диагностическое исследование возмещается полностью системой дополнительного медицинского страхования, при его отсутствии возмещается лишь половина соплатежа. К этому следует добавить то, что врачи общей практики заинтересованы в расширении числа приписанных пациентов: помимо, гонораров за каждую оказанную услугу, они получают фиксированные суммы за каждого нового постоянного клиента.

Экономические меры заметно повысили интерес французов к системе контроля доступа к специалистам. В 2005 г. 33,5 млн. человек (более половины населения) выбрали себе врача осуществляющего такой контроль. 99% врачей общей практики подписали контракты со страховщиками, основанные на контроле доступа к специалистам (Saltman, Rico, Boerma, 2006).

Ограничение сферы потребительского выбора сопровождается поиском механизмов его рационализации. Особый интерес представляет практика договоров с больными определенными заболеваниями в отношении соблюдения определенных правил лечения и самолечения. В 2004 г. во Франции пациенты с тяжелыми хроническими заболеваниями были освобождены от соплатежей при условии принятия ими установленного протокола оказания помощи при их заболевании, в котором установлены конкретные медицинские мероприятия, обязательные для пациента. Больной обязан следовать определенным рекомендациям, согласованным с определенным лечащим врачом. Если он этого не делает, то повышается доля его финансового участия в возмещении стоимости медицинской помощи. Чтобы получить полное возмещение затрат, пациент должен показать этот протокол при всех обращениях к врачу. С помощью такой политики планируется сдержать рост расходов, предотвратить ненужный поиск врача, сократить нерациональное дублирование услуг и улучшить интеграцию и качество помощи» (International Network for Health Policy, 2005).

Аналогические программы в растущей мере действуют в Германии и Великобритании. Здесь они называются программами управления хроническими заболеваниями. Например, программы соблюдения определенных протоколов лечения при астме, диабете, гипертонической болезни. Они призваны снизить частоту обострений хронических заболеваний и на этой основе сократить потребность в дорогостоящей стационарной помощи. Врачи объединяются в группы для лечения определенных хронических заболеваний. Например, для лечения астмы объединяются врачи общей практики, пульмонологи, поставщики диагностических услуг.:Больной может выбрать такую программу, но практически не имеет выбора поставщика услуг среди соответствующей группы врачей. В рамках таких программ ставка делается на интеграцию различных поставщиков услуг. Выбор приноситься в жертву клинической целесообразности и экономической эффективности (Ettelt et.al, 2009, p. 43).

Важно подчеркнуть, что система направлений далеко не всегда определяет конкретного поставщика специализированных услуг. Существуют противоположные примеры. В Швеции вплоть до последнего времени врач общей практики договаривался о приеме своего пациента с врачом-специалистом, диагностическим центром, лабораторией и больницей. Пациент направлялся к определенному специалисту. Напротив, в Нидерландах врач общей практики выписывает лишь общее направление к определенному типу специалиста без указания конкретного врача. Его выбирает сам пациент, но при одном ограничении: пациентам не разрешается напрямую обращаться в амбулаторное отделение или поликлинику больницы - за исключением случаев экстренной помощи (Ettelt et al, 2009, pp 59, 75). То есть обязательность направления врача первичного звена сосуществует с возможностью выбора. Именно этот вариант является содержанием государственной политики расширения потребительского выбора в Великобритании, рассматриваемой в следующем параграфе.

***2.1.4. Влияние порядка обращения к специалистам на объемы потребления медицинской помощи и расходы на здравоохранение***

Для оценки этого влияния по выделенным ранее группам стран (со свободным выбором специалистов и обязательным направлением) сравнивались следующие показатели:

* число врачебных посещений на одного жителя в год;
* число госпитализаций на 1000 жителей в год;
* доли расходов на здравоохранение (государственных и частных) в ВВП.

Первые два показателя характеризуют объемы потребления медицинской помощи, третий – уровень затрат на здравоохранение. Действующий порядок выбора влияет не только на государственные, но и на частные расходы (размер соплатежей, затраты по добровольному медицинскому страхованию), поэтому для анализа взяты общие расходы на здравоохранение. Результаты анализа представлены в таблице 2.1.

Таблица 2.1.

**Зависимость между свободой выбора специалистов и показателями потребления ресурсов здравоохранения в странах ОЭСР, 2007 г.**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Страна | Порядок обращения к специалистам: свободный (+), через врача первичного звена (-) | Число врачебных посещений на одного жителя в год | Число госпитализаций на 1000 жителей в год | Доля расходов на здравоохранение в ВВП, % |
| США | + | 3,8 | 126 | 16,0 |
| Германия | + | 7,5 | 227 | 10,2 |
| Франция | + | 6,3 | 274 | 11,0 |
| Япония | + | 13,6 | 106 | 8,1 |
| Бельгия | + | 7,6 | 174 | 10,2 |
| Австралия | + | 6,3 | 162 | 8,7 |
| Канада | + | 5,8 | 84 | 10,1 |
| Швейцария | + | 4,0 | 166 | 10,4 |
| Чехия | + | 12,6 | 203 | 6,8 |
| Словакия | + | 11,2 | 191 | 7,7 |
| Венгрия | + | 10,8 | 189 | 7,4 |
| Великобритания | - | 5,0 | 126 | 8,4 |
| Дания | - | 7,5 | 170 | 9,8 |
| Финляндия | - | 4,2 | 152 | 8,2 |
| Нидерланды | - | 5,7 | 109 | 9,8 |
| Швеция | - | 2,8 | 165 | 9,1 |
| Новая Зеландия | - | 4,7 | 135 | 9,2 |
| Италия | - | 7,0 | 139 | 8,7 |
| Норвегия | - | 4,2 | 172 | 8,9 |
| Испания | - | 8,1 | 107 | 8,5 |
| Португалия | - | 4,1 | 109 | 9,9 |
| *Средняя по группе стран со свободным обращением к специалистам*  | *+* | *8,1* | *173* | *9,7* |
| *Средняя по группе стран с ограниченным обращением к специалистам* | *-* | *5,3* | *138* | *9,0* |

*Источники*: Данные по порядку направлений: Ettelt et al. 2009, pp.20, 38,58,76; Macinko et al., 2003, pp 859, 860; European Observatory of Health Systems. Health Care Systems in Transitions (HITs) по Чехии, Словакии, Венгрии. Данные об объемах медицинской помощи и расходах на здравоохранение: OECD, 2009, pp. 91, 97, 163. Health at a Glance 2009. OECD Indicators.

Сравнение двух групп стран демонстрирует явную связь между сложившейся системой обращений и показателями объемов медицинской помощи. Средний показатель числа врачебный посещений по группе стран с неограниченным выбором специалистов (11 стран) составляет 8,1 посещения в год, по группе стран с ограниченным выбором (10 стран) – лишь 5,3 посещения. Средний показатель по странам ОЭСР составляет 6,8 посещений. Уровень госпитализации на 1000 жителей в первой группе стран составляет 173, во второй – лишь 138. Средний показатель по странам ОЭСР составляет 158 госпитализаций.

При этом в обеих группах стран отмечается заметная вариация объемов помощи. В некоторых странах с ограниченным выбором специалистов объемы врачебных посещений оказываются выше средних, например, в Италии, Испании, Дании. В Швеции и Дании уровень госпитализации выше среднего по странам ОЭСР. Напротив: в ряде стран со свободным выбором объемы потребления оказываются ниже среднего, например, в США, Канаде Швейцарии. Эти отклонения могут быть объяснены многими другими факторами, влияющими на потребление медицинской помощи, например, в США серьезным фактором, сдерживающим обращения к специалистам, является высокая цена услуг. При этом уровень ресурсоемкости каждого посещения и каждой госпитализации здесь намного выше, чем в европейских странах.

Если исключить из первой группы постсоветские страны (Чехию, Венгрию, Словакию), в которых исторически сложился относительно высокий объем потребления медицинской помощи, то средний показатель по первой группе составляет 6,9 посещений и 145 госпитализаций. Разрыв со второй группой все равно существует, хотя и не столь значительный как при объединении западных и постсоветских стран, входящих в ОЭСР.

Обнаруживаются также различия в объемах финансирования здравоохранения между группами стран с разным порядком обращений к специалистам. В группе стран с неограниченным выбором доля расходов на здравоохранение в ВВП составляет 9,7%, в группе стран с ограниченным выбором – 9,0%.

Приведенная оценка не принимает во внимание другие факторы, влияющие на объемы потребления и расходы на здравоохранения. Таких факторов очень много, и их сложно контролировать. Тем не менее, с учетом вышеизложенных теоретических соображений полученные оценки дают основания для осторожного вывода о том, что свободный выбор специалиста является фактором роста объемов медицинской помощи и расходов на здравоохранение. И наоборот: системы контроля за доступом к специализированной помощи могут остановить этот процесс и стать фактором сдерживания затрат.

## 2.2. Опыт расширения потребительского выбора в здравоохранении Великобритании

***2.2.1. Стратегия и программа расширения выбора***

 Такая стратегия была принята правительством в 2008 г. (Department of Health, 2008A). Главные ее цели были определены следующим образом:

1. повысить доступность медицинской помощи за счет снижения сроков ожидания плановой медицинской помощи;
2. создать для пациентов дополнительные возможности для реализации права на получения качественной медицинской помощи;
3. стимулировать конкуренцию больниц, сделать их более отзывчивыми к ожиданиям пациентов.

Стратегия направлена на решение многих накопившихся проблем, главной из которых является высокая длительность ожидания плановых консультаций специалистов и госпитализаций. Ставится задача расширить возможности получения услуг за пределами места проживания граждан и на этой основе расшить доступность медицинской помощи. Планируется создать рыночное давление на поставщиков медицинских услуг и на этой основе усилить стимулы к повышению качества медицинской помощи.

Важно подчеркнуть, что реализация политики расширения выбора совпала во времени с существенным повышением объемов финансирования здравоохранения. Правительство лейбористов в 2006-2009 гг. увеличивало расходы на национальную систему здравоохранения (НСЗ) на 10-15% а год. Дополнительные вливания в отрасль создали питательную среду для расширения потребительского выбора. В этой ситуации можно было пренебречь некоторыми достаточно очевидными издержками, связанными с расширением выбора, - возможностью расширения объемов медицинской помощи, дублированием некоторых услуг (например, для получения «второго мнения»). Акцент в новой политике делается на задачи повышения доступности медицинской помощи, а традиционные для европейского здравоохранения задачи сдерживания затрат ушли на второй план.

После серии пилотных проектов в разных регионах страны с апреля 2008 года население получило возможность выбирать больницу для консультации и госпитализации на всей территории Англии (в других частях Великобритании этот порядок не действует). С апреля 2009 года пациент может выбирать также медицинскую организацию для первичного осмотра и консультации – не только в общей врачебной практике, к которой он ранее прикрепился, но и в любой другой организации (Department of Health, 2008A). Для реализации этой стратегии действует общенациональная программа «Выбери и запишись на прием» (далее – Программа).

Основанием для получения услуг в выбранной больнице является направление врача общей практики, ведущего первичный прием, то есть его функция диспетчера сохраняется, но добавляется новое условие ее реализации: ВОП обязан предложить как минимум четыре больницы для получения консультации специалистов и госпитализации, а также рекомендовать лучшую больницу. Пациент вправе принять эту рекомендацию или сделать самостоятельный выбор на основе имеющихся источников информации. Альтернативы выбора предлагаются также специальной информационной системой, созданной в рамках Программы. Пациент может войти на соответствующий сайт, сделать заявку на выбор и получить варианты больниц. Но и в этом случае направление ВОПа играет решающую роль: система реагирует на определенный диагноз и назначение врача (Department of Health, 2008A).

Таким образом, выбор реализуется через традиционную систему направлений, но при возросших требованиях к врачам в отношении предоставления альтернатив оказания медицинской помощи. Складывается новая разновидность системы контроля доступа к специализированной помощи: направление является обязательным, но оно не фиксирует жестко поставщика специализированных услуг, предоставляя пациенту возможности выбирать его из числа предложенных вариантов.

Добавим к этому, что население имеет право выбора не любого поставщика услуг, а «клинически обоснованного» – с учетом характера и тяжести заболевания, его соответствия профилю выбранной организации (Department of Health, 2008A). Практически это означает, что пациент не может сразу обратиться в узкоспециализированную клинику, не пройдя необходимых предшествующих этапов оказания медицинской помощи.

Программа выбора не распространяется на случаи, требующие оперативного оказания медицинской помощи. Например, при острой боли в груди или онкологическом заболевании ВОП направляет пациентов в больницу без предоставления опций. Такой же порядок действует для родовспоможения и случаев психиатрических заболеваний (Department of Health,2008B).

Оплата медицинской помощи в рамках программы свободного выбора осуществляется на основе единого национального тарифа, который действует с 2006 г. Он используется и для частных медицинских организаций, действующих на основе договоров с НСЗ (Department of Health, 2008C). Единый тариф облегчает реализацию выбора, поскольку все больницы оказываются примерно в одинаковых экономических условиях. Пии этом регионы не ведут между собой взаиморасчеты за медицинскую помощь, оказанную за пределами места проживания пациента. Все затраты покрываются региональными органами управления здравоохранением, средства которых планируются с учетом ожидаемых межтерриториальных потоков.

Программа предусматривает расширение информационного обеспечения потребительского выбора - собираются и публикуются показатели деятельности больниц. Пациент может довериться информации, полученной от ВОП, или же посетить сайт Программы, воспользоваться специальной телефонной линией, получить информацию из рекламных проспектов больниц или брошюр региональных служб здравоохранения, в которых даются сравнения показателей деятельности отдельных больниц. К информационному обеспечению выбора в здравоохранении широко привлечены местные библиотеки. Предоставляется два типа информации – об условиях оказания медицинской помощи (набор оказываемых услуг, сроки ожидания консультации и госпитализации, время приема, число мест в палатах и проч.) и результатах деятельности больниц.

Примеры собираемой информации (Maynard, 2008):

* На портале НСЗ (www.nhs.uk) собрана информация о больницах: их специализации, качестве услуг, отзывы пациентов и т.д. С 1999 г. публикуются рейтинги больниц НСЗ по показателям летальности.
* Собираются данные о конкретных параметрах клинической деятельности, например, частоте послеоперационных осложнений и повторных госпитализаций, доле пациентов, получивших конкретную процедуру при лечении инфаркта и инсульта. Причем растущая их часть публикуется.
* Частные страховщики инициировали работу по сбору данных об объемах работ каждого врача больниц по 10 классам заболеваний. Сегодня пациент может сравнить врача Смита и врача Брауна по числу проведенных операций шунтирования и проч. – это косвенный показатель качества услуг (чем больше объем, тем выше квалификация врача).
* Общество кардиохирургов имеет базу данных о смертности после операций по каждому хирургу[[1]](#footnote-1).

С 1 апреля 2009 г. НСЗ стала первой в мире системой здравоохранения, установившей формальное требование сбора показателей результатов деятельности по оценке пациентов. Больницы обязаны проводить опросы пациентов до и после госпитализации, а также учитывать их результаты по отдельным заболеваниям. В 2010 г. введен единый формат сбора показателей деятельности больниц. Кроме того, начался учет дефектов в работе больниц (программа «Never events»); собранные данные публикуются. После длительного обсуждения верх взяла точка зрения о более прозрачной системе отчетности, причем не cтолько для облегчения потребительского выбора, сколько для повышения ответственности поставщиков услуг за результаты своей деятельности (House of Commons, 2010).

***2.2.2. Мониторинг выполнения программы расширения выбора***

 Мониторинг реализации Программы включает регулярное проведение опросов населения о реальной возможности выбора. Министерство здравоохранения проводит такие обследования с 2006 г. на основе общенациональной выборки. В 2008 году обследование охватило 76 тыс. пациентов (Dixon, 2009. Выполнение Программы анализируется также в многочисленных публикациях британских исследователей. Они позволяют оценить возможности выбора, потребность в нем для различных социально-экономических групп и влияние на результаты деятельности здравоохранения.

В декабре 2008 г. выбор больницы для консультации специалиста и прохождения первого обследования был предложен 46% пациентам, в то время как в мае 2006 г. – лишь 30%. Это означает, что почти половина пациентов выбирает больницу, опираясь на предложенные варианты Программы и рекомендации ВОП. Важно также и то, что 50% пациентов знают о том, что у них есть возможность выбора больницы до визита к врачу общей практики, что является признаком достаточно высокой степени осознания пациента своего права на выбор.

Показатели реализации выбора заметно выше для группы пациентов, которым был предложен выбор: 90% таких пациентов смогли реально обратиться в больницу, которую они хотели, и лишь 48% пациентов - из числа тех, кому выбор не был предложен (Dixon, 2009). То есть предложенные варианты выбора повышают вероятность реализации права на выбор.

Наиболее важные факторы, определяющие выбор больницы: чистота больницы (на это указали 74% респондентов), качество предоставляемых услуг (64%) и длительность ожидания (63%). Примечательно, что физическая доступность важна только для половины опрошенных, что является признаком высокой готовности населения получать медицинскую помощь за пределами места проживания. Достаточно высоко значение репутации больницы и конкретных врачей больницы – на это указали соответственно 55 и 45% респондентов. При этом понятие «качество» не конкретизируется (Dixon, 2009).

Оценки независимых исследователей дают несколько более низкую оценку распространенности предложений о выборе. Данные опроса пациентов лондонских больниц, проведенного в конце 2008 г., показывают, что 32% пациентов не получили таких предложений, 86% пациентов получили варианты выбора больниц, но меньше требуемых четырех, а 66% пациентов имели варианты выбора, но без назначения даты консультации, то есть были вынуждены самостоятельно добиваться ускорения госпитализации (Brereton and Vasoodaven, 2010).

Возможности выбора существенно возросли, в том числе в результате дополнительных финансовых вливаний в расширение мощностей больниц. Тем не менее, сохраняется проблема отсутствия мест в больницах, выбранных по Программе. Британские коллеги, с которыми нам удалось обсудить новую систему, указывают на то, что препятствия для реализации выбора все еще значительны, например, Программа часто отказывает пациенту в госпитализации в выбранной больнице, поскольку в ней недостаточно мест для принятия всех желающих. В этой ситуации направляющие врачи часто вынуждены «проталкивать» своих пациентов, используя свои связи с врачами больниц. Это порождает определенные конфликты, поскольку нарушается требование очередности при госпитализации. Подобные факты, несомненно, осложняют процесс реализации новой системы, тем не менее общий тренд очевиден: Программа расширяет возможности выбора.

***2.2.3. Принятие решений о выборе***

 Как следует из данных мониторинга Министерства здравоохранения Великобритании, при выборе больницы 48% опрошенных полагаются на рекомендации своего врача общей практики, 33% - на информацию, полученную от знакомых, родственников или на свой собственный опыт лечения в определенной больнице и лишь, 8% получают информацию из брошюр НСЗ, 5% - на сайтах НСЗ (Dixon, 2009). Хотя принцип «сарафанного радио» имеет большое значение, тем не менее относительно большая часть пациентов полагается на рекомендации направляющего врача, причем значительно чаще, чем на информацию о деятельности больниц. Нужно при этом учитывать традиционно высокую роль врача общей практики в Великобритании: этот врач в отличие от российского участкового врача лечит подавляющую часть заболеваний, что снижает потребность в специализированной помощи; ВОП не только лечит сам, но и организует медицинскую помощь на других этапах ее оказания.

 Интересен вопрос о реакции пациентов на информацию о показателях деятельности больниц. В какой мере она влияет на решения потребителей? В статье Г.Бевана, опубликованной в издании ВОЗа (Bevan, 2007), отмечается, что в Великобритании и в других западноевропейских странах значительная часть пациентов не понимает существа клинических показателей или не доверяет этой информации. Указывается также на то, что пациенты сильней реагируют на те характеристики больниц, которые они способны понять, прежде всего на показатели, характеризующие условия оказания медицинской помощи. Обзор литературы, проведенный группой исследователей Манчестерского университета, показал, что потребители склонны к выбору поставщиков первичной и стационарной медицинской помощи главным образом в тех случаях, когда их не устраивает длительность ожидания услуг в местных медицинских организациях. Соответственно, информация о сроках ожидания в разных больницах является наиболее востребованной (Brereton and Vasoodaven, 2010).

Сравнение реакции потребителей на информацию о результатах деятельности больниц в Великобритании и Испании (Carcia-Lacalle, 2008) показало, что в той и другой стране на решения пациентов о выборе больницы слабое влияние оказывают рейтинги больниц по клиническим показателям, но достаточно ощутимое – показатели удовлетворенности пациентов результатами лечения пациентов, полученные на основе использования единого формата социологических исследований. Использование этого подхода в Андалузии (Испания) позволило повысить интерес пациентов к информации. На основе 12 показателей удовлетворенности рассчитываются агрегированные индексы, характеризующие общее состояние больниц и квалификацию медицинских работников. Такое оценивание проводится уже 10 лет и его результаты реально влияют на предпочтения пациентов (Carcia-Lacalle, 2008).

 Напротив, в исследовании, посвященном использованию информации пациентами в Германии (Wubker et al, 2008), дается высокая оценка роли информации о клинической результативности для выбора больниц пациентами. Более 50% больниц в регионе Рейн-Рур публикуют показатели результатов деятельности больниц по единому формату, причем основная часть этих показателей характеризует клинические результаты, а не условия оказания помощи. Эти больницы привлекают больше пациентов по сравнению с тем, которые не предоставляют такой информации. Обнаружена статистически значимая зависимость между участием в информационной кампании и динамикой доли рынка отдельных больниц: «публикующие» больницы имеют относительно более высокий прирост контролируемого рынка. Вместе с тем авторы все же считают, что на решения потенциальных потребителей сильней действуют показатели удовлетворенности пациентов.

Ряд исследований показал, что реакция пациентов на негативные характеристики больниц оказывается сильней, чем на позитивные. Например, обследование 1000 пациентов по всей Англии показало, что снижение срока ожидания ниже 10 недель не оказало сильного влияния на выбор пациентов (Burge et al, 2006). Но если срок ожидания был выше 10 недель, то такие больницы сильно теряли в глазах пациентов и частота отказов от таких больниц возрастала. Другой вывод авторов: отрицательное отношение врача общей практики к определенной больнице практически всегда ведет к отказу от нее его пациентами, а позитивная оценка не всегда воспринимается пациентами однозначно – они могут выбирать среди предложенных вариантов. То есть, мнение врача общей практики является сильным фактором формирования репутации больницы у его клиентов. В отличие от пациентов, склонных оценивать неклинические аспекты деятельности больниц, ВОПы при условии их вовлечения в процесс реализации выбора и достаточной квалификации могут выбирать более рационально, используя данные о клинических результатах деятельности больниц.

Другой вопрос, характеризующий процесс принятия решения о выборе, касается роли врачей в реализации стратегии расширения выбора. Как врачи реагируют на эту стратегию и какими соображениями они руководствуются, предлагая своим пациентам возможные альтернативы? Попытки ответа на этот вопрос мы нашли в исследовании, выполненном в Швеции, где также реализуется программа расширения выбора, схожая с программой в Великобритании. Роль врачей в осуществлении выбора оценивалась на основе опроса 960 врачей, проведенного в Стокгольмском округе в 2004 г. (Winblad, 2008). 76,5% врачей поддерживают право выбора больницы и лишь 8,5% выступают против. Соответствующие оценки для выбора специалиста – 71,3 и 11,3%. На вопрос «Ограничиваете ли вы направления пациентов в другую больницу или клинику за пределами вашего округа?» утвердительно ответили лишь 25% врачей. Вопреки ожиданиям, врачи не отмечают особых проблем, связанных с предоставлением выбора: только треть их них считают, что помощь пациенту в выборе поставщика занимает слишком много времени. На вопрос «Направите ли вы пациента к выбранному им поставщику услуг, даже если вы знаете, что он получит там менее качественное лечение?» 70% ответили, что все равно направят, и лишь 20% - не направят. Однако абсолютное большинство врачей (90%) ответили, что медицинские соображения должны быть решающими при выборе места оказания услуг, то есть врачи готовы уважать право пациента на выбор, но считают, что лучше полагаться на их мнение, так как их выбор опирается на знания и информацию.

Эти и другие исследования дают основания для осторожного вывода: население слабо реагирует на клиническую информацию, но достаточно ощутимо – на данные о неклинических аспектах деятельности больниц (прежде всего сроках ожидания), а также на показатели удовлетворенности пролеченных больных результатами лечения. Велико значение рекомендаций направляющего врача, особенно их информации о явных недостатках в работе больниц. Врачи готовы участвовать в политике расширения выбора, но при этом отводят себе центральную роль в процессе принятия решений о выборе. Они считают, что при направлении пациента к другому специалисту или на госпитализацию медицинские соображения должны доминировать над стремлением угодить пациенту в реализации его права на выбор.

***2.2.4. Различия в реализация выбора отдельными группами населения***

В процессе подготовки стратегии расширения выбора в Великобритании были проведены многочисленные исследования общественного мнения. Все они продемонстрировали высокую роль выбора поставщиков медицинских услуг в системе приоритетов населения, причем бедные слои населения особенно высоко оценивали стратегию расширения выбора, видя в этом возможность преодоления имеющихся сложностей в получении качественных услуг в районах их проживания (Le Grand and Hunter, 2006).

Имеющиеся исследования по-разному характеризуют возможности выбора для отдельных социальных групп. С одной стороны, именно благодаря новым правилам появилась реальная возможность обратиться в больницы за пределами мест проживания бедных слоев населения и получить необходимую медицинскую помощь. Расширились возможности для более оперативного получения плановой медицинской помощи. Сроки ожидания услуг для нижнего квинтиля доходополучателей в 2007 г. для отдельных видов заболеваний были на 10-20% ниже, чем для верхнего квинтиля (Brereton and Vasoodaven, 2010). То есть бедные слои в целом ждали госпитализации относительно меньше, что может быть результатом более широкого распространения запущенных заболеваний с высокими рисками обострения. Фактор остроты случаев обычно учитывается в процедуре прохождения листа ожидания.

С другой стороны - имеется информация о том, что более образованные и обеспеченные граждане чаще склонны к выбору больницы. В исследовании Берджа с соавторами выявлена статистически значимая связь между уровнем образования и желанием оценивать клинические результаты деятельности больниц и обращаться в больницы за пределами места жительства. Менее образованные и относительно бедные категории населения значительно чаще готовы пользоваться услугами местной больницы, они менее склонны к поиску альтернатив (Burge et.al., 2006). В работе Проппера с соавторами представлены эмпирические свидетельства относительно более низкой потребительской мобильности населения, проживающего в более бедных районах. Здесь ниже межтерриториальные потоки пациентов, население реже потребляет медицинские услуги за пределами места своего проживания, а если и выезжает в больницы других городов, то не так далеко, как жители более богатых районов. (Рropрer et. аl., 2007).

Вопреки ожиданиям, фактор сложности заболевания и его остроты не повышает, а снижает потребность в смене врача и поиске других поставщиков услуг. В работе Берджа с соавторами показано, что население с более серьезными патологиями в относительно большей мере привержено к местной больнице и сильней полагается на мнение своего врача общей практики (Burge et.al., 2006). Можно предположить, что это является результатом более высокой потребности больных со сложными заболеваниями в постоянном наблюдении по месту жительства.

Пожилые люди сильней, чем ожидалось, отреагировали на программу выбора. Выявлены высокие показатели заинтересованности в выборе со стороны пожилых людей как реакция на различающиеся сроки ожидания услуг в отдельных больницах. Но при этом возникли проблемы в использовании пожилыми людьми электронной программы записи на прием, что ставит вопрос о расширении поддержки их выбора врачами общей практики (Brereton and Vasoodaven, 2010).

К сожалению, имеющиеся эмпирические данные пока оставляют без ясного ответа политически «заряженный» вопрос: влечет ли расширение выбора уменьшение социального неравенства в доступности медицинской помощи? Дискуссия по этому по поводу продолжается.

***2.2.5. Влияние расширения выбора на развитие здравоохранения***

Оценка этого влияния осложняется недостатком информации и небольшим сроком действия Программы, но некоторые материалы дают основания считать, что новый курс дает определенные результаты, хотя и заметно более скромные, чем ожидалось.

Прежде всего, есть явные признаки того, что реально выполняется поставленная задача сокращения сроков ожидания плановой медицинской помощи. Программа дала возможность пациентам обращаться в те больницы, в которых есть свободные места и ниже сроки ожидания, причем независимо от места жительства. Выбор способствовал увеличению межтерриториальных потоков пациентов, что стало фактором более полной загрузки больничных коек. За 2006-2008 гг. средний срок ожидания снизился на 15%, что позволило правительству уменьшить предельный срок ожидания госпитализации до 18 недель (Civitas, 2010). Уменьшилась вариация между отдельными больницами по срокам ожидания наиболее «дефицитных» услуг - хирургических операций по удалению катаракты, замены коленного сустава и шейки бедра (Cooper et al, 2010), что можно оценивать как прямой вклад Программы. В то же время совершенно очевидно, что главным фактором повышения доступности плановой медицинской помощи стало увеличение мощностей больниц. Великобритания всегда существенно отставала от других европейских стран по обеспеченности населения коечным фондом (например, по сравнению с Германией – почти в 2 раза), поэтому правительство страны приняло программу создания новых больничных мест на основе привлечения частного капитала к реконструкции больниц. Расширение выбора опиралось на наращивание ресурсной базы отрасли, что дало быстрые результаты.

Менее очевидно влияние Программы на клинические показатели деятельности больниц. Начиная ее реализацию, правительство страны рассчитывало усилить рыночное давление на медицинские организации и на этой основе повысить качество медицинской помощи, их отзывчивость на запросы пациентов в отношении сервисных характеристик процесса лечения. Последнее, пожалуй, удалось. В недавнем обзоре рыночных реформ в Великобритании (Brereton and Vasoodaven, 2010) приводятся многочисленные свидетельства того, что программа расширения выбора способствовала формированию предпринимательской культуры управления больницами. Возросла роль механизмов продвижения медицинских услуг, больницы в растущей мере предоставляют населению информацию о позитивных результатах своей деятельности, делая акцент на те аспекты, которые более понятны пациентам: приемлемые сроки ожидания, чистоту помещений, вежливый персонал, невысокий уровень больничной инфекции, условия пребывания в палатах и проч..

Что же касается задачи стимулирования конкуренции больниц по параметрам клинической деятельности и перемещения ресурсов в соответствии с результатами потребительского выбора, то ее решение оказалось значительно сложней, чем ожидалось. Как уже отмечалось в главе 1, системе здравоохранения присущи ограничения на возможности перераспределения ресурсов. Среди этих ограничений особую роль играет способность и мотивация покупателей медицинской помощи в системе общественного финансирования здравоохранения оценивать результаты деятельности поставщиков услуг и улавливать сигнал, идущий от потребителя.

В Великобритании в роли покупателей стационарной помощи выступают трасты первичной медицинской помощи, объединяющие ВОПов. 152 таких траста (каждый обслуживает население от 100 до 200 тыс. человек) заключают договоры с больницами. Кроме того, имеется 10 региональных органов управления здравоохранения, которые отвечают за планирование сети медицинских организаций. Совместная деятельность этих субъектов призвана обеспечить оперативную реакцию на потребительский выбор – создавать условия для того, чтобы больницы имели возможность принять пациентов в соответствии с их выбором.

Вышедший недавно доклад Палаты общин очень критично оценивает деятельность трастов, обвиняя их в пассивности в проведении политики закупки медицинской помощи и слабом влиянии на эффективность деятельности больниц. Перераспределение ресурсов в сторону лучших больниц практически не происходит, структурные изменения в отрасли идут крайне медленно. И это при том, что административные расходы НСЗ существенно выросли – с 8% в 1997 г. до 13,5% в 2008 г. (House of Commons, 2010).

С чем связана низкая эффективность политики закупки медицинской помощи? Во-первых, недостаточно учитывается выбор пациента и есть определенные сомнения в отношении того, что пациенты всегда выбирают лучшие больницы. Как отмечалось выше, их выбор основан преимущественно на неклинических показателях, которые не в полной мере характеризуют деятельность больниц.

Во-вторых, все еще недостаточно данных о клинической деятельности больниц. Траст первичной медицинской помощи размещает заказ с использованием данных о больничной летальности, но эти данные не адекватно характеризуют деятельность стационаров, а во многих случаях дезориентируют покупателей услуг: более высокая летальность может являться результатом более сложной структуры случаев, которая оказалась недостаточно учтенной при формировании рейтингов больниц. Нужна более детальная информация о том, какие технологии используются в конкретных больницах, и каковы результаты лечения.

В-третьих, нужны специалисты, которые могут правильно интерпретировать имеющуюся информацию, выявлять лучшие клинические практики и на этой основе заключать договоры с больницами. Таких специалистов, как свидетельствует доклад, крайне мало. Обычная практика – планирование объемов и включение в договоры требования соблюдения клинических протоколов (примерно как в российской системе ОМС) – уже явно недостаточна для того, чтобы переместить ресурсы в лучшие больницы.

Наконец (и это главное), возможности трастов влиять на больницы все еще достаточно ограничены. Оплата стационарной помощи осуществляется за объемы услуг, а не за их качество. Методы оплаты с учетом качества в больничном секторе пока практически не используются (Maynard, 2008), то есть возможности поощрения лучших стационаров очень ограничены. Кроме того, весьма ограничены возможности наказания худших больниц. Заrрыть их очень сложно – главным образом по политическим причинам. Как отмечает Дж. Беван, «эффективная закупка медицинской помощи должна выдвигать вызов доминированию поставщика услуг, угрожая стабильности тех, кто имеет плохие результаты деятельности. Все это сделать сложно, если правительство сводит к нулю эти вызовы и угрозы» (Цит. по House of Commons, 2010).

Влияние выбора на удовлетворенность населения качеством медицинской помощи пока не прослеживается. В исследовании Грина с соавторами не были выявлены статистически значимые различия между уровнем удовлетворенности стационарным лечением среди групп населения, которые выбирали и не выбирали больницу. Для обеих групп наиболее распространена оценка «скорее удовлетворен» (Green et al, 2008).

В какой мере изменяются предпочтения врачей общей практики, пока не до конца ясно. В ряде исследований делается вывод об устойчивости практики направлений пациентов. Например, Гринер и Маннион на основании двухлетнего проведения интервью с менеджерами больниц на севере Англии сделали вывод о том, что направления ВОП по-прежнему ориентируются на местную больницу – лояльность к ней считается фактором укрепления основ жизни местного сообщества (Greener and Mannion,2009). В то же время новая информация для выбора дает врачу общей практики возможность более объективно оценивать результаты деятельности больниц. Он становится более информированными заказчиком стационарной помощи. Кроме того, эти врачи благодаря участию в политике выбора получают дополнительные возможности осуществлять постоянное наблюдение за обслуживаемым населением. С помощью Программы можно проследить, получил больной услугу или нет, а также результаты лечения. Повышается вероятность полноты информации о лечении постоянно наблюдаемых пациентов на других этапах оказания медицинской помощи. Это – сильный фактор интеграции медицинской помощи и повышения ответственности ВОП за состояние здоровья обслуживаемого населения.

Заметное влияние на показатели системы здравоохранения оказывает предоставление информации о результатах деятельности отдельных медицинских организаций. Данные о клинических результатах малопонятны для больных, но они оказались очень полезными для менеджеров и врачей. Появилась возможность сравнивать себя со своими коллегами, повысилась эффективность коллективных обсуждений результатов работы. Измерение клинических показателей, установление рейтингов больниц, а тем более открытая публикация этих показателей формируют репутацию медицинских организаций и отдельных врачей и поэтому является сильным фактором совершенствования клинической практики. В США, где измерение клинических результатов началось раньше, чем в европейских странах, существуют эмпирические свидетельства позитивного влияния информационного фактора на показатели результатов лечения. Сравнение больниц по уровню открытости клинической информации показало, что более «прозрачные» больницы при прочих равных условиях имеют относительно лучшие результаты кардиохирургических операций - более низкие показатели летальности, частоты послеоперационных осложнений и повторных госпитализации (Bevan, 2007).

И все же в оценках британских исследователей доминирует сдержанное отношение к политике расширения выбора. Главные тезисы: население недостаточно пользуется новыми возможностями выбора и слабо реагирует на дополнительную информацию; сигналы, исходящие от потребителя, пока слабо улавливаются поставщиками медицинских услуг; механизмы рыночного давления на показатели деятельности больниц пока действуют недостаточно; потенциал расширения выбора велик, но для его реального использования необходимо существенно усовершенствовать систему коллективной закупки медицинской помощи и на этой основе обеспечить более оперативное перемещение ресурсов в сторону наиболее эффективных звеньев оказания медицинской помощи.

**2.3. Уроки и выводы для российского здравоохранения**

В большинстве зарубежных стран потребительский выбор поставщика медицинских услуг в той или иной мере ограничен. В секторе первичной медицинской помощи чаще всего действует принцип прикрепления к врачу общей практики или иному врачу первичного звена. Его можно периодически выбирать, но это не отменяет принципа необходимости постоянного наблюдения за пациентом одним врачом первичного звена. Эффективность этого принципа многократно доказана, поэтому он сохраняется даже в странах, реализующих стратегию расширения выбора в здравоохранении, а некоторые страны с традиционно либеральным порядком обращения к врачам, например, Франция, постепенно переходят к системе постоянного врача.

Выбор узкого специалиста не носит универсального характера. Он действует примерно в половине стран с развитой рыночной экономикой (стран ОЭСР), а в другой половине таких стран используется механизм контроля за доступом к специализированной помощи, главным элементом которого является обязательность направления врача первичного звена. Существование этого механизма объясняется необходимостью повысить ответственность первичного звена за здоровье постоянно обслуживаемого населения и на этой основе снизить потребность в специализированной помощи. Но и в этом случае сохраняются возможность выбора: в ряде стран направление устанавливает потребность в услуге специалиста, но конкретного врача может выбрать сам пациент. Этот подход стал основой программ расширения потребительского выбора в здравоохранении ряда западных стран. Выбор места оказания плановой стационарной помощи также осуществляется на основе направлений – либо врача общей практики, либо специалиста. Этот порядок носит универсальный характер.

Существует зависимость между порядком обращения к специалистам и объемами медицинской помощи. В группе стран с ограниченным порядком обращений к специалистам и в стационар число посещений на одного жителя и уровень госпитализации в среднем существенно ниже, чем в странах со свободным обращением. В последнем случае заметно выше и расходы на здравоохранение. Есть все основания для вывода о том, что ничем не ограниченный выбор является фактором роста затрат. Главные факторы этого роста: а) отсутствие постоянного наблюдения за здоровьем населения и связанные с этим дополнительные затраты на оказание специализированной помощи, б) стимулы к расширению объемов медицинской помощи, б) возможность дублирования некоторых услуг при свободном выборе, г) утрата комплексности оказания медицинской помощи, распадение случая лечения заболевания на отдельные никак не связанные эпизоды оказания медицинской помощи без необходимой преемственности и координаций действий различных поставщиков медицинских услуг.

Различия в исходных условиях организации медицинской помощи предопределяют разные векторы политики в отношении потребительского выбора в здравоохранении. Во многих странах, где выбор всегда был в той или иной мере ограничен, проводится политика расширения выбора. Эта политика делает акцент на повышение доступности медицинской помощи за счет сокращения сроков ожидания плановых консультаций и госпитализаций. В английском варианте она сопровождается повышением объемов финансирования. Что же касается задач сдерживания затрат, то они уходят на второй план.

Другие страны, например, Франция, наоборот, делают акцент на ограничение выбора путем введения порядка приписки к постоянному врачу и установление контроля доступа к специализированной помощи. Экономически стимулируется обращение к специалисту по направлению постоянного врача, вводятся системы управления хроническими заболеваниями и договорного использования пациентами определенных стандартов и порядков лечения, что сопряжено с ограничением их выбора. Здесь в явном виде ставятся задачи сдерживания затрат.

 В Англии возможности потребительского выбора расширяются, что стало результатом последовательных действий по предоставлению информации для выбора, вовлеченности врачей в реализацию программы выбора, создания равных экономических условий для всех медицинских организаций. Программа расширения выбора осуществляется в рамках системы здравоохранения, в центре которой стоит врач общей практики и эта характеристика системы не ставится под сомнение.

В этой стране накоплены некоторые свидетельства влияния этой политики на доступность медицинской помощи – сократились сроки ожидания плановой помощи, снизились вариация отдельных больниц по этому показателю. Тем не менее, информации для потребительского выбора пока недостаточно. Население достаточно активно реагирует на информацию о неклинических показателях деятельности больниц и значительно меньше – на клинические показатели. Достаточно четко прослеживается позитивное влияние клинической информации на деятельность медицинских организаций – многие аспекты клинической работы претерпевают изменения в результате более высокой информированности поставщиков услуг о своем рейтинге по клиническим показателям. Однако сигналы, исходящие от потребителя, пока слабо улавливаются поставщиками медицинских услуг – главным образом в силу того, что их недостаточно учитывают покупатели медицинской помощи – трасты первичной медицинской помощи В целом потенциал влияния выбора на эффективность функционирования здравоохранения достаточно велик, но для его реализации требуется много условий, которые только начали формироваться в британском здравоохранении.

Для российского здравоохранения можно сформулировать следующие уроки зарубежного опыта расширения потребительского выбора в здравоохранении:

1) Политика простого расширения возможностей выбора в мировой практике не является универсальной. Применяется и другая стратегия – конкретизация сферы выбора и целенаправленное формирование условий для повышения его влияния на эффективность функционирования здравоохранения. Это предусматривает: а) установление перечня видов медицинской помощи, детальных услуг и конкретных учреждений, на которые распространяется свободный выбор; б) использование механизмов контроля за доступом к специализированной помощи – введение (или восстановление) системы направлений, обеспечение преемственности в лечении, развитие других форм интеграции различных звеньев оказания медицинской помощи. На этой основе постепенно формируются институциональные условия для будущего расширения возможностей выбора.

2) Расширение выбора не может отождествляться с вовлечениемчастного медицинского бизнеса в систему ОМС. Необходимо создать условия для расширения возможностей выбора в государственной и муниципальной системе здравоохранения.

3) Политика расширения выбора сопряжена с риском усиления затратности здравоохранения. Выбирая эту политику, необходимо отдавать себе отчет в том, что могут повыситься объемы медицинской помощи и возрастет несбалансированность в реализации государственных гарантий. Чтобы минимизировать эти риски, необходимо проведение комплекса мер экономического и организационного характера. Они рассматриваются в заключительной главе книги.

4 Право выбора медицинской организации и врача мало провозгласить, его нужно обеспечить. Для этого требуется программа действий, главными элементами которой являются: повышение роли врачей первичного звена, предоставление информации для выбора, обязательное требование о предоставлении врачами вариантов поставщиков медицинских услуг на последующих этапах оказания медицинской помощи при сохранении системы направлений, использование единого тарифа для всех медицинских организаций, совершенствование механизмов закупки медицинской помощи.

5) При реализации политики расширения выбора необходимо учитывать возможность усиления неравенства в потреблении медицинских услуг. Хотя зарубежный опыт не дает окончательного ответа о параметрах этого неравенства, тем не менее очевидна необходимость принятия специальных мер для облегчения выбора пациентами из числа наименее информированных и наиболее нуждающихся в медицинской помощи категорий населения.

6) Реализация политики расширения выбора требует повышения качества планирования сети учреждений здравоохранения. Цель необходимых мероприятий – оперативная адаптация мощностей поставщиков медицинских услуг к потребительским предпочтениям. Позитивные стимулы для лучших медицинских организаций должны сочетаться с негативными стимулами для тех звеньев системы, которые не востребованы населением. В противном случае потребительский выбор не будет обеспечен мощностями лучших медицинских организаций.

7) Расширение возможностей выбора не является панацеей повышения доступности и качества медицинской помощи. Чтобы это обеспечить, нужны комплексные преобразования в системе здравоохранения и дополнительное финансирование.

1. http:/heart surgery.healthcommission.org [↑](#footnote-ref-1)