**Введение**

В последние два десятилетия во многих странах существенно повысился интерес к расширению выбора населением поставщиков медицинских услуг – медицинских организаций и врачей. В Великобритании, Швеции, Норвегии, Дании, Нидерландах, Испании, Новой Зеландии, Австралии приняты государственные программы, имеющие целью обеспечить возможность выбора и на этой основе решить ряд актуальных вопросов развития здравоохранения – сократить сроки ожидания плановой медицинской помощи, создать рыночное давление на больницы и ограничить их монополию на локальных и национальных ранках. Потребительский выбор в растущей мере рассматривается в качестве инструмента повышения доступности и качества медицинской помощи.

Расширение возможностей выбора является актуальной задачей и для российского здравоохранения. Длительное время этот вопрос вообще не ставился. В стране исторически сложилась система здравоохранения, которая практически не оставляла места для выбора пациентом учреждений здравоохранения и работающих в ней врачей. В секторе амбулаторной помощи доминировали крупные многопрофильные поликлиники, действующие по принципу территориального прикрепления населения. Вплоть до последнего времени практически отсутствовали самостоятельные врачебные практики, конкурирующие между собой за пациентов. Население получало медицинскую помощь в медицинских организациях главным образом по месту жительства. Традиционно действовала многоуровневая система оказания помощи с жестким порядком направлений с одного уровня на другой и многими учреждениями здравоохранения (в сельской местности и небольших городах) - локальными монополистами.

Начатый в 1993 г. переход на обязательное медицинского страхования (ОМС), среди прочего, имел целью расширить возможности потребительского выбора на основе принципа «деньги следуют за пациентом». Законодательство об ОМС предусматривает право застрахованного на выбор страховой медицинской организации (СМО), медицинской организации и врача, в том числе за пределами места проживания застрахованного. Однако для реализации этого права существует большое число препятствий. Государство не предприняло сколько-нибудь заметных действий по стимулированию конкуренции медицинских организаций и страховщиков, расширению на этой основе возможностей выбора.

В последние годы тема расширения возможностей выбора пациентом врача и медицинского учреждения стала подниматься в программных документах правительства и в выступлениях руководителей государства. Об этом говорилось в Программе Правительства Российской Федерации, изложенной В.В. Путиным на заседании Государственной Думы в мае 2008: «Нас не может устраивать сегодняшний уровень здравоохранения, а также бесправное положение пациентов. Нужен переход к современной системе. У граждан должно быть право на выбор врача и медицинской организации» (Путин, 2008) .

Внимание к проблеме выбора заметно возросло в 2010-2011 годах в ходе обсуждения законопроектов «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» и «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». В тексте первого из этих документов, который был принят Государственной думой в первом чтении (Федеральный закон, 2010а), право свободного выбора застрахованным страховой медицинской организации, медицинской организации и врача было не просто провозглашено, но и дополнено указаниями на то, что медицинская организация не вправе отказать застрахованным лицам в предоставлении медицинской помощи в соответствии с территориальной программой ОМС, а страховая медицинская организация не вправе отказать в заключении договора на оказание медицинской помощи по ОМС медицинской организации, выбранной застрахованным лицом.. Однако норма о свободном выборе была подвергнута критике за порождаемые риски роста объемов необоснованных госпитализаций и обращений к врачам-специалистам. В уже принятом законе такое право было сформулировано с ограничивающим дополнением об осуществлении выбора в соответствии с законодательством (Федеральный закон, 2010б). В законопроекте «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», принятом в первом чтении 31 мая 2011 г. (Федеральный закон, 2011), гражданам предоставляется право выбора медицинской организации и врача при прикреплении для получения первичной медицинской помощи. Право выбора медицинской организации и врача для получения бесплатной специализированной амбулаторной и стационарной медицинской помощи обусловливается необходимостью наличия направления на получение такой помощи от врача первичного звена или лечащего врача либо фельдшера. Врач, дающий такое направление, обязан проинформировать пациента о возможности выбора медицинской организации. То есть, право выбора здесь ограничивается вариантами, предложенными пациенту медицинскими работниками.

Действительно ли расширение потребительского выбора может стать инструментом повышения качества и эффективности оказания медицинской помощи? Оправданы ли и в какой мере ограничения свободы выбора пациентом медицинской организации и врача при получении бесплатной медицинской помощи?

 Поиск ответов на эти вопросы предполагает исследование теоретических основ и практики реализации потребительского выбора, оценку его возможностей и ограничителей, позитивных последствий и ожидаемых рисков. Такое исследование было начато в 2007 г. в рамках программы фундаментальных исследований в ГУ-ВШЭ. В итоговом отчете по выполненному в 2007 г. проекту (Колосницына и др., 2001) и в монографии И.М.Шеймана, опубликованной в том же году (Шейман, 2007) были проанализированы сферы потребительского выбора в здравоохранении и его ограничения, дан общий обзор зарубежного опыта, в частности выделены две противоположные тенденции: расширения выбора (большинство западноевропейских стран) и его ограничения (во Франции, и в США – в рамках программ «управляемой медицинской помощи»). Но этих результатов недостаточно для понимания реальных возможностей развития потребительского выбора в российском здравоохранении. Поэтому исследование этой проблематики было продолжено в 2009-2010 гг. с акцентом на получение новой эмпирической информации и анализ конкретных процессов выбора в российском здравоохранении.

Перед исследованием, результаты которого представлены в данной книге, были поставлены следующие задачи:

Первая задача – теоретический анализ роли потребительского выбора в достижении целей функционирования системы здравоохранения. Предметом анализа выступает специфика взаимодействия покупателей и поставщиков медицинских услуг, позитивные и негативные последствия расширения выбора на этом отраслевом рынке, подходы к определению рационального баланса между свободой выбора и требованиями рациональной организации медицинской помощи. В решении этой задачи исследование опирается на результаты выше упомянутых работ, выполненных ранее.

Вторая задача – анализ международного опыта реализации политики расширения выбора. Предметом рассмотрения являются возможные модели выбора, их распространенность и влияние на развитие систем здравоохранения, в том числе на объемы медицинской помощи и расходы. Обсуждаются конкретные механизмы обеспечения выбора, которые могут быть полезны для российского здравоохранения. Эти вопросы ранее не рассматривались в российской литературе.

Третья задача – изучение практики выбора в российском здравоохранении. Предметом эмпирического исследования выступают распространенность ситуаций выбора медицинской организации и врача при обращении пациентов за амбулаторной и стационарной помощью, критерии такого выбора, источники используемой прир этом информации и др. Такой анализ в нашей стране проводится впервые.. Особый вопрос – эмпирическая оценка зон неэффективного выбора, то есть выявление таких форм выбора, которые связаны с большими издержками как для населения, так и системы здравоохранения.

Четвертая задача - анализ влияния институтов выбора пациентами поставщика медицинских услуг на деятельность учреждений здравоохранения. В какой мере расширение выбора влияет на мотивацию медицинских организаций и врачей, их конкуренцию между собой, эффективность использования ресурсов, качество и доступность медицинской помощи?

Пятая задача – разработка рекомендаций для государственной политики расширения выбора в здравоохранении России. Что конкретно нужно сделать, чтобы перейти от деклараций к реальному расширению возможностей выбора, и чтобы этот выбор оказывал позитивное влияние на эффективность функционирования системы здравоохранения?

Решение указанных задач обеспечивается следующими методами:

* анализ зарубежных и отечественных публикаций о возможностях выбора пациентами поставщиков медицинских услуг;
* сбор и обработка статистических данных, характеризующих распространенность моделей выбора в отдельных странах (преимущественно европейских) и их влияние на показатели развития здравоохранения;
* проведение социологического опроса по выборке, репрезентирующей взрослое население России, анализ полученных данных;
* проведение качественных интервью с руководителями органов управления здравоохранением, медицинских учреждений и врачами в двух пилотных регионах России, анализ полученных данных.

Структура настоящей публикации отражает представленные выше задачи исследования.

В первой главе анализируются теоретические аспекты потребительского выбора в здравоохранении – возможность выбора, его необходимость (потребность в выборе) и результативность, то есть его влияние на эффективность функционирования здравоохранения. Выделяется понятие неэффективного выбора и рассматриваются главные его характеристики.

Во второй главе рассматривается зарубежный опыт реализации потребительского выбора. Выделяются и анализируются механизмы осуществления такого выбора в отдельных странах. Делается попытка оценить влияние сложившихся практик выбора на объемы потребления медицинской помощи и общие расходы на здравоохранение. Особое внимание здесь уделяется опыту Великобритании, где недавно была принята специальная программа расширения выбора в здравоохранении. Заканчивается глава обобщением зарубежного опыта и кратким изложением тех уроков, которые важны для проведения политики расширения выбора в российском здравоохранении.

Третья глава посвящена эмпирическому анализу практик выбора в российском здравоохранении – по данным социологического исследования, проведенного ГУ-ВШЭ и Центром Левады. Предметом анализа является выбор: 1) поликлиники, участкового врача и врача общей практики, 2) узкого специалиста для консультаций в амбулаторных условиях, 3) больницы для оказания стационарной помощи. На основе эмпирических данных определяются количественные параметры распространенности практик выбора, оценивается мотивация пациентов, факторы и ограничители выбора, выделяются особенности потребительского поведения различных групп населения.

В четвертой главе рассматривается влияние потребительского выбора на деятельность учреждений здравоохранения - на материалах программы родовых сертификатов, которая реализуется в нашей стране с 2006 года и предусматривает широкие возможности выбора пациентами медицинских организаций и врачей. Опросы руководителей здравоохранения и врачей позволили получить данные для оценки влияния механизма родовых сертификатов на выбор пациентами места оказания медицинских услуг, развитие конкуренции между медицинскими учреждениями, мотивацию врачей, качество медицинской помощи.

В пятой главе рассматриваются вопросы государственной политики расширения выбора в здравоохранении. Анализируется законодательная база выбора пациентами медицинских организаций и врачей в российском здравоохранении. На основе результатов выполненного исследования предлагаются конкретные механизмы расширения выбора и усиления его позитивного воздействия на эффективность работы системы здравоохранения.

Предваряя описание полученных результатов, следует особо подчеркнуть, что главное «послание» данного исследования – это предостережение от упрощенного представления о роли выбора в системе здравоохранения России и предложение рационального подхода к его развитию.