

И.М.Шейман

# ТЕОРИЯ И ПРАКТИКА РЫНОЧНЫХ ОТНОШЕНИЙ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ



ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ  
ВЫСШАЯ ШКОЛА ЭКОНОМИКИ

И.М.Шейман

**ТЕОРИЯ И ПРАКТИКА  
РЫНОЧНЫХ ОТНОШЕНИЙ  
В ЗДРАВООХРАНЕНИИ**

*Второе издание*



Издательский дом ГУ ВШЭ  
Москва 2008

УДК 338:61  
ББК 65.011.3:65.495  
ШЗ9



Издание осуществлено в рамках  
Инновационной образовательной программы ГУ ВШЭ  
«Формирование системы аналитических компетенций для  
инноваций в бизнесе и государственном управлении»

Рецензент:

национальный специалист по вопросам политики и управления  
здравоохранением в России, представитель Офиса Всемирной  
организации здравоохранения в России, кандидат  
экономических наук *Е.Г. Потанчик*

ISBN 978-5-7598-0578-6

© Шейман И.М., 2007  
© Оформление. Издательский дом ГУ  
ВШЭ, 2007

# ОГЛАВЛЕНИЕ

ОГЛАВЛЕНИЕ .....	4
ВВЕДЕНИЕ .....	6
<b>РАЗДЕЛ I РЫНОЧНЫЕ ОТНОШЕНИЯ В СИСТЕМЕ ЧАСТНОГО ФИНАНСИРОВАНИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ .....</b>	<b>13</b>
<b>ГЛАВА 1 ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ РЫНОЧНЫХ ОТНОШЕНИЙ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ .....</b>	<b>15</b>
1.1 ХАРАКТЕРИСТИКИ ПОТРЕБИТЕЛЬСКОГО ВЫБОРА НА РЫНКАХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ И МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ .....	15
1.2 Особенности рыночных отношений в здравоохранении .....	25
1.3 Монополистическая конкуренция на рынке медицинских услуг .....	37
1.4 Эмпирические исследования влияния конкуренции на качество больничных услуг .....	46
<b>ГЛАВА 2 МОДЕЛЬ УПРАВЛЯЕМОЙ КОНКУРЕНЦИИ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ .....</b>	<b>61</b>
2.1 Основные положения модели .....	61
2.2 Условия обеспечения эффективной конкуренции .....	67
2.3 Изменения в системе оказания медицинской помощи .....	72
Литература к главе 2 .....	80
<b>ГЛАВА 3 РЫНОЧНЫЕ МЕХАНИЗМЫ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ США .....</b>	<b>82</b>
3.1 Эволюция рыночной модели здравоохранения .....	82
3.2 Барьеры для действия рыночных сил .....	94
3.3 Поиск новой концептуальной основы .....	102
3.4 Есть ли альтернатива рыночному механизму в здравоохранении США? .....	104
Литература к главе 3 .....	108
<b>РАЗДЕЛ II РЫНОЧНЫЕ ОТНОШЕНИЯ В СИСТЕМЕ ГОСУДАРСТВЕННОГО ФИНАНСИРОВАНИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ .....</b>	<b>111</b>
<b>ГЛАВА 4 КОНЦЕПТУАЛЬНАЯ ОСНОВА АКТИВИЗАЦИИ КОНКУРЕНЦИИ В ЕВРОПЕЙСКИХ СИСТЕМАХ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ .....</b>	<b>113</b>
4.1 Квазирыночные отношения в системе общественного здравоохранения .....	113
4.2 Модель регулируемой конкуренции .....	117
4.3. Объединение рынков обязательного медицинского страхования .....	128
Литература к главе 4 .....	142
<b>ГЛАВА 5 НЕОИНСТИТУЦИОНАЛЬНАЯ ТЕОРИЯ: РЫНОК ИЛИ СЕТЕВАЯ МОДЕЛЬ? .....</b>	<b>144</b>
5.1 Концептуальная основа исследования .....	144
5.2 Институциональные условия повышения эффективности деятельности субъектов здравоохранения .....	151
Литература к главе 5 .....	161
<b>ГЛАВА 6 ТЕНДЕНЦИИ ПОТРЕБИТЕЛЬСКОГО ВЫБОРА НА РЫНКАХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ И ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ В ЗАПАДНЫХ СТРАНАХ .....</b>	<b>163</b>
6.1 Потребительский выбор на рынке медицинских услуг .....	163
6.2 Потребительский выбор на рынке обязательного медицинского страхования .....	174

Литература к главе 6 .....	190
<b>ГЛАВА 7 ПЛАНИРОВАНИЕ И ДОГОВОРЫ В СИСТЕМЕ КВАЗИРЫНОЧНЫХ ОТНОШЕНИЙ</b> .....	192
7.1 Системы планирования здравоохранения .....	192
7.2 Планирование и договорные отношения .....	197
7.3 Роль селективных договорных отношений .....	205
7.4 Роль договорных отношений в повышении качества медицинской помощи .....	209
7.5 Реализация модели внутреннего рынка в здравоохранении Великобритании .....	215
Литература к главе 7 .....	229
<b>ГЛАВА 8 ФОРМИРОВАНИЕ РЫНОЧНОЙ МОДЕЛИ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ НИДЕРЛАНДОВ</b> .....	231
8.1 Главные характеристики и проблемы голландского здравоохранения .....	231
8.2 Содержание рыночной реформы .....	237
8.3 Осуществление рыночной реформы .....	245
8.4 Проблемы и противоречия конкурентной модели ОМС .....	252
Литература к главе 8 .....	259
<b>ГЛАВА 9 ЗАРУБЕЖНЫЙ ОПЫТ ВЫРАВНИВАНИЯ УСЛОВИЙ ФИНАНСИРОВАНИЯ И РАЗДЕЛЕНИЯ ФИНАНСОВЫХ РИСКОВ СТРАХОВЩИКОВ В СИСТЕМЕ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ</b> .....	261
9.1 Роль и методы выравнивания условий финансирования страховщиков .....	262
9.2 Механизмы разделения финансовых рисков .....	278
Литература к главе 9 .....	287
<b>ГЛАВА 10 ФОРМИРОВАНИЕ КОНКУРЕНТНОЙ МОДЕЛИ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ</b> .....	289
10.1 Основания для эффективной конкуренции страховых медицинских организаций .....	291
10.2 Задачи и функции страховщиков в конкурентной модели ОМС .....	298
10.3 Как построить конкурентную модель ОМС? .....	302
10.4 Альтернативные модели организации ОМС .....	310
Литература к главе 10 .....	314
<b>ЗАКЛЮЧЕНИЕ</b> .....	316
<b>ВЫХОДНЫЕ ДАННЫЕ</b> .....	319
<b>ОБ АВТОРЕ</b> .....	320

# ВВЕДЕНИЕ

В начале 1990-х годов в России начался процесс реформирования здравоохранения. Переход на обязательное медицинское страхование (ОМС) породил серьезные ожидания в отношении рыночных регуляторов деятельности медицинских организаций-поставщиков медицинских услуг. За основу была взята конкурентная модель ОМС с участием большого числа страховых медицинских организаций, выполняющих функции страховщиков. Предполагалось, что конкуренция между ними будет способствовать повышению качества медицинской помощи и эффективности использования ресурсов.

В отличие от ряда западноевропейских стран, где выбор рыночной системы основывался на определенной теоретической модели, в нашей стране он стал результатом лоббирования страхового бизнеса без серьезных концептуальных обоснований. Подобно известному литературному герою, который не ведал, что он говорит прозой, разработчики российской реформы не знали, что они действуют в русле модели так называемой «регулируемой конкуренции» и не отдавали себе отчета в сложности выбранного варианта преобразования системы финансирования здравоохранения.

Система ОМС существует почти 15 лет. В ней задействованы 350 страховых медицинских организаций. Серьезные изменения происходят и в порядке оказания медицинской помощи. Принцип содержания бюджетных учреждений постепенно уступает место оплате результатов их деятельности — объема услуг, оказанных в соответствии со сложившимися требованиями к их качеству. Однако ожидания оказались явно завышенными как в отношении дополнительных источников средств, так и по поводу

рыночных механизмов повышения качества и эффективности медицинской помощи. По поводу рациональности выбранной модели ОМС возникают серьезные вопросы. При этом до сих пор отсутствует ясная концептуальная основа для определения оптимального соотношения роли государства и конкуренции, плановых и рыночных регуляторов. Спектр мнений по этому вопросу весьма широк.

С одной стороны, неоднозначные результаты перехода на ОМС породили призывы к усилению роли государства. Однако эти призывы в конкретной российской ситуации лишены реального содержания, поскольку рыночные отношения в системе общественного (т.е. организуемого и финансируемого государством) здравоохранения так и не утвердились. Бюджетные учреждения здравоохранения практически не конкурируют между собой за заключение договоров в системе ОМС. Что же касается деятельности страховых медицинских организаций, то конкуренция между ними концентрируется на привлечении крупных страхователей и практически не связана с потребительским выбором, что существенно снижает потенциал их воздействия на показатели деятельности поставщиков медицинских услуг. Соответственно и задача замены рынка государственным вмешательством не актуальна. Скорее, это призыв к возвращению к прежней административно-командной системе управления отраслью.

Другая крайность — абсолютизация рыночных механизмов. Применение экономических методов управления породило претендующие на концептуальность утверждения о «саморегулировании» здравоохранения. Считается, что оплата результатов деятельности медицинских организаций автоматически обеспечивает эффективное использование ресурсов — как на уровне отдельного учреждения, так и в системе здравоохранения в целом. Подобные утверждения отражают глубоко укоренившуюся в общественном сознании склонность к унификации норм хозяйственной жизни. Общие принципы развития рыночных отношений в экономике автоматически переносятся на сферу здравоохранения.

В западных странах проблема соотношения участия государства и рынка в здравоохранении также весьма актуальна.

Многие страны встали на путь более широкого использования рыночных механизмов. Концептуальной основой этого поиска стали различные версии рыночной модели здравоохранения. Они приняты также в ряде стран Центральной и Восточной Европы.

Первая задача данного исследования — теоретическое осмысление роли рынка в достижении целей политики здравоохранения. Анализируется концептуальная база рыночных реформ — теоретические модели конкуренции, разработанные в западных странах. Делается попытка расширить границы исследования за рамки традиционных взглядов, основанных на постулатах неоклассической экономической теории, и выделить альтернативные формы управления экономическими отношениями в отрасли, базирующиеся на неоинституциональной экономической теории.

Вторая задача — анализ практики реализации рыночных реформ в тех западных странах, где они проводятся наиболее последовательно. Необходимо оценить реальные процессы рыночных преобразований и сделать содержательные выводы о возникающих проблемах и противоречиях, условиях их успешной реализации, а в конечном итоге о реальном вкладе рыночных реформ в решение актуальных задач общественного здравоохранения — обеспечения более эффективного использования ресурсов, повышения качества и доступности медицинской помощи.

Третья задача — оценка возможности реализации рыночной модели в российском здравоохранении. Анализируется сложившаяся ситуация, представлены предложения по конкретным основаниям, механизмам и условиям формирования эффективной конкуренции на рынках обязательного медицинского страхования и медицинских услуг.

Структура исследования определяется особенностями рыночных процессов в системах преимущественно частного и государственного финансирования здравоохранения. Частное финансирование на основе прямой оплаты получаемых медицинских услуг и добровольного медицинского страхования (ДМС) создает более широкие условия для развития конкурентных отношений, поскольку здесь в той или иной мере

соблюдается главное условие формирования рынка — возможность потребительского выбора. Однако реализация этого выбора и связанные с ним экономические эффекты существенно отличаются от большинства других отраслевых рынков — в силу набора особых характеристик, известных в экономической теории как изъяны рынка. В наибольшей степени эти характеристики проявляются в здравоохранении США, где традиционно действуют реальные рынки медицинских и страховых услуг, но при этом идет поиск путей их модификации.

Совершенно иная ситуация складывается в системах преимущественного государственного финансирования здравоохранения, основанных на принципе равенства в доступности медицинской помощи для различных групп населения. Традиционное для этих систем государственное регулирование и планирование здравоохранения породили множество проблем, главные из которых — недостаточно оперативная реакция поставщиков услуг на нужды потребителей и затратный механизм функционирования отрасли. Отсюда и поиск новых подходов, способных реанимировать «замороженную» систему здравоохранения. В Великобритании, Германии, Нидерландах, Швейцарии, Новой Зеландии, Австралии реализуются системные рыночные модели, во многих других странах используются определенные рыночные механизмы, например в Швеции, Финляндии, Испании, Италии. В том же ряду находятся и реформы здравоохранения в ряде стран Восточной и Центральной Европы.

Различия в общей среде и исходных условиях реализации рыночных реформ диктуют необходимость выделения комплекса вопросов, относящихся к системам частного и государственного финансирования здравоохранения. Этому соответствует общая структура работы: в первом разделе анализируются рыночные отношения в частном секторе здравоохранения, во втором — в общественном секторе.

Первый раздел начинается с анализа теоретических аспектов функционирования рынка в здравоохранении (глава 1). Сначала дается систематизация сфер потребительского выбора — реального основания для развития конкурентных отношений в отрасли. Где возможен такой выбор, где он ограничен

и где исключается сложившимися условиями оказания и финансирования медицинской помощи? От ответа на эти вопросы зависят возможности построения рыночной модели здравоохранения. Следующий вопрос — каковы особенности экономических отношений в отрасли, создающие качественно иную среду для реализации рыночной модели. Рассматриваются изъяны рынка и механизмы их нейтрализации. Далее обсуждается модель монополистической конкуренции, включая ее влияние на некоторые параметры функционирования отрасли.

В главе 2 анализируется теоретическая модель управляемой конкуренции, ставшая концептуальной основой модификации рыночного механизма здравоохранения США и оказавшая существенное влияние на поиск рыночных подходов в европейском здравоохранении. В этой модели акцент сделан на преобразование добровольного медицинского страхования и формирование интегрированных медико-страховых систем.

В главе 3 рассматриваются реальные процессы реализации рыночной системы здравоохранения в США. Анализируются барьеры на пути эффективного функционирования рынка, а также попытки устранить их на основе модели управляемой конкуренции. Этот материал свидетельствует о необоснованности ожиданий в отношении способности классического рынка решить ключевые проблемы здравоохранения.

Раздел второй начинается с анализа моделей квазирыночных отношений в здравоохранении — регулируемой конкуренции и внутреннего рынка (глава 4). Далее рассматриваются альтернативные подходы к системе управления отраслью, основанные на положениях неинституциональной экономической теории (глава 5).

Реальную оценку этим моделям может дать только практика их реализации. В последующих главах рассматривается западноевропейский опыт рыночных реформ, их сочетание с традиционными механизмами прямого государственного вмешательства в сферу здравоохранения. Сначала дается обзор тенденций потребительского выбора и потребительской мобильности на формирующихся рынках медицинских услуг и обязательного медицинского страхования в пяти западноевропейских странах

(глава 6). Затем анализируется противоположный процесс усиления государственного планирования отрасли, рассматриваются попытки примирить это планирование с новыми механизмами предпринимательского поведения в здравоохранении, прежде всего с договорными отношениями между покупателями и поставщиками медицинских услуг (глава 7).

Отдельно рассматривается рыночная реформа в Нидерландах, ставшая «демонстрационным проектом» для Европы и имеющая прямой выход на практику реформирования системы ОМС в России (глава 8). Автор сознательно отошел от метода межстранового анализа, свойственного многим исследованиям, например работам Европейской обсерватории Всемирной организации здравоохранения, и сделал акцент на глубокое «погружение» в страновую специфику, позволяющее выявить наиболее значимые тенденции рыночных преобразований.

В главе 9 рассматриваются наиболее важные инструментальные вопросы формирования условий эффективного рынка в здравоохранении — системы выравнивания условий финансирования конкурирующих страховщиков и разделения их финансовых рисков с государством. Представлены концептуальные подходы и конкретные механизмы формирования системы финансирования, ограничивающее свойственное конкурентной модели явление отбора наиболее здоровых контингентов населения (эффект селекции рисков).

Работа завершается анализом модели ОМС в Российской Федерации (глава 10). Обосновывается необходимость серьезного пересмотра этой модели. На зарубежном опыте рассматриваются конкретные основания, механизмы и условия формирования эффективной конкуренции. Многие из представленных рекомендаций отражены в проекте закона «Об обязательном медицинском страховании», в разработке которого автор участвовал в 2004—2005 гг. Главные идеи этого законопроекта сегодня обсуждаются в рамках готовящейся реформы российского здравоохранения.

Монография рассчитана прежде всего на исследователей проблем управления и финансирования здравоохранения и

социальной сферы в целом. Она может представлять интерес для организаторов здравоохранения, работников фондов обязательного медицинского страхования, страховых компаний, практических медиков, желающих разобраться в том, как функционирует рынок медицинских услуг.

Главное «послание» данной монографии — предостеречь от упрощенного представления о роли рынка в здравоохранении и пересмотреть действующую в России так называемую конкурентную модель обязательного медицинского страхования.

## РАЗДЕЛ I

# **РЫНОЧНЫЕ ОТНОШЕНИЯ В СИСТЕМЕ ЧАСТНОГО ФИНАНСИРОВАНИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ**



# Глава 1

## ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ РЫНОЧНЫХ ОТНОШЕНИЙ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ

Задача данной главы — обобщение теоретических представлений о роли рынка в здравоохранении. Последовательно рассматриваются характеристики потребительского выбора (сферы выбора, его факторы и ограничители), изъяны рынков медицинских услуг и медицинского страхования, модель монополистической конкуренции применительно к этим рынкам, теоретические концепции и эмпирические оценки влияния конкуренции на качество медицинской помощи.

### **1.1 Характеристики потребительского выбора на рынках медицинских услуг и медицинского страхования**

#### **Варианты потребительского выбора**

Потребитель в сфере здравоохранения выбирает:

- форму оплаты;
- медицинскую организацию — поставщика медицинских услуг;
- объем и условия оказания медицинской помощи.

Конкретные параметры потребительского выбора представлены в табл. 1.1.

Таблица 1.1

### Варианты потребительского выбора в здравоохранении

<b>Форма финансирования</b>	<b>Поставщик медицинских услуг</b>	<b>Объем и условия оказания медицинской помощи</b>
Оплата медицинской помощи из собственных средств в момент ее потребления	Медицинская организация, оказывающая первичную медицинскую помощь	Отказаться от лечения
Приобретение полиса добровольного медицинского страхования (ДМС): выбор страховщика и страхового плана	Врач первичного звена (участковый врач или врач общей практики)	Вариант лечения и связанный с ним набор медицинских услуг и лекарственных средств
Выход из системы ОМС и приобретение полиса ДМС, если такой выход допускается законом	Узкий специалист, оказывающий амбулаторную помощь	Время ожидания лечения (в порядке очереди или без очереди)
Выбор страховщика в конкурентной системе ОМС	Больница или другая организация, оказывающая стационарную и реабилитационную помощь	Сервисные характеристики оказания медицинской помощи
Выбор страховщика и страхового плана в объединенной системе ОМС и ДМС	Врач в стационарном учреждении	Условия получения лекарственных средств при амбулаторном обслуживании

Первая область потребительского выбора — принятие решения о *форме финансового обеспечения медицинской помощи*. Современные системы здравоохранения строятся на основе принципа государственного страхования — в форме обязательного медицинского страхования (ОМС) или прямого бюджетного финансирования. Однако масштабы этого страхования существенно различаются в разных странах. В случае недостатка государственного финансирования человек вынужден платить за медицинскую помощь из собственных средств, выбирая при этом различные формы платежа. Он может рассчитывать исключительно на свои возможности по оплате медицинской помощи в случае заболевания, а может приобрести полис добровольного медицинского страхования (ДМС). В последнем случае выбирается страховщик и страховой план (в России — страховая программа) — набор видов медицинских услуг и условия их предоставления при наступлении страхового случая.

Приобретение страхового плана ДМС в западных странах — одна из наиболее сложных сфер потребительского выбора, поскольку каждый такой план содержит большое количество вариантов. Предложения страховщиков существенно различаются по видам оказываемых услуг, условиям оплаты (сколько и за что нужно платить самим застрахованным), составу медицинских организаций, оказывающих услуги, и проч. Каждый такой план — это детальное изложение всех условий ДМС с большим количеством вариаций. Например, можно приобрести страховой план с более существенным покрытием расходов на лекарства (с сотнями вариантов страхового возмещения), а можно предпочесть более надежную защиту от расходов на дорогостоящие диагностические услуги. Особенно велико число страховых планов в США, где ДМС является основой финансирования здравоохранения. Сами американцы говорят о том, что им предлагаются тысячи, а может быть, десятки тысяч таких планов.

В этих условиях выбор оптимального сочетания цены страховки (страховой премии) и реального страхового покрытия представляет собой сложную проблему. В ряде западных стран вводится государственное регулирование, направленное

на облегчение потребительского выбора в системе ДМС, в частности обязательные для страховщиков стандартные пакеты коммерческого страхования, объединяющие однородные страховые планы с единой ставкой страховой премии [Mossialos, Thompson, 2004]. В России также отмечается тенденция к расширению числа страховых программ ДМС с разными условиями возмещения затрат. Но острота проблемы выбора у нас значительно ниже, поскольку страховые компании обычно делают акцент не столько на наборы оказываемых услуг, сколько на учреждения, их оказывающие, привлекая клиентов доступом в «элитные» медицинские организации.

Выбор страховщика в системе ОМС возможен в странах, где эта система строится на конкурентной основе — с участием страховых посредников, реализующих общие пакеты государственных гарантий. Этот выбор возможен на коллективной или индивидуальной основе. В первом случае выбирает страхователь — работодатель или орган исполнительной власти, отвечающий за страхование неработающего населения, а во втором — сам застрахованный. Обычно право выбора страховщика ограничивается определенным временным интервалом (enrollment period), в течение которого застрахованный может сменить свою страховую компанию — обычно раз в год. Отказ от обеспечения постоянного выбора обусловлен стремлением ограничить «неблагоприятный отбор» (выбор страховщика застрахованным в соответствии с текущими потребностями в медицинской помощи) и тем самым обеспечить финансовую устойчивость страховых пулов. Как будет показано далее, рыночные реформы в системе ОМС основаны на расширении сферы индивидуального выбора. Аналогичные планы рассматриваются и в России.

Другая форма выбора финансового обеспечения — альтернатива выхода из системы ОМС и присоединения к ДМС. Такой выбор допускается в небольшом числе стран — Германии, Нидерландах, Чили. Право на него имеют лица с доходом свыше определенного уровня. В случае выбора ДМС они уходят из ОМС «со своими деньгами», т.е. освобождаются от необходимости делать страховые взносы в больничные кассы (страховые

фонды ОМС). Аналогичная схема обсуждалась в России в 2003—2004 гг. и была отвергнута в силу очевидного нарушения принципа общественной солидарности, который является основой построения современных систем финансирования здравоохранения в индустриально развитом мире. Ясно, что выход из системы ОМС групп населения с наибольшими взносами и относительно меньшими потребностями в медицинской помощи (как правило, более обеспеченные люди — одновременно и более здоровые) ограничит финансовые ресурсы для удовлетворения потребности наиболее нуждающейся части населения.

Наконец, возможен выбор страховщика и страхового плана в объединенной системе ОМС и ДМС. Речь идет об интеграции средств, направляемых страхователем на обязательное и добровольное страхование в одну страховую компанию, берущую на себя обязательства по обеспечению как стандартного пакета государственных гарантий по ОМС, так и дополнительных услуг, предусмотренных коммерческой страховкой. Такое объединение позволяет избежать возникновения ситуации дублирования страховых взносов: страховой взнос на ОМС зачитывается при приобретении полиса ДМС (страхователю не нужно платить дважды). Одновременно это слияние расширяет возможности индивидуального выбора, поскольку ставки страховых премий и предлагаемый пакет медицинских услуг могут различаться (в отличие от ОМС, где этот пакет, как правило, универсален для всех застрахованных). Такая схема сегодня реализуется в ряде западноевропейских стран. В России также обсуждаются варианты объединения ОМС и ДМС. Эта схема заложена в законопроект «Об обязательном медицинском страховании», который был подготовлен Министерством здравоохранения в 2004 г., но в силу многих причин не был принят [Слепнев и др., 2004].

Вторая область потребительского выбора в здравоохранении — *выбор поставщика медицинских услуг*. Прежде всего, это выбор медицинской организации, оказывающей первичную медицинскую помощь. Главным субъектом первичной помощи в зарубежном здравоохранении является врач общей практики,

в России — участковый врач. Обычно они обслуживают проживающих в определенном районе (действует принцип территориального прикрепления), но одновременно существует возможность свободного прикрепления к врачу за пределами места проживания (принцип свободного прикрепления). Эта схема действует в большинстве индустриально развитых стран, в том числе в России. В ряде стран прикрепление к определенному врачу общей практики отсутствует. Например, во Франции население напрямую обращается к любому врачу, в том числе узкому специалисту, оплачивая при этом часть гонорара врача в форме соплатежа.

Выбор узкого специалиста, оказывающего амбулаторную помощь (далее специалист), не носит универсального характера. Законодательство многих западноевропейских стран устанавливает требование врачу общей практики по обязательному направлению пациентов к специалисту. Этот порядок оказания специализированной помощи известен как система «врач общей практики — привратник (gatekeeper)». Ее существование объясняется необходимостью повысить ответственность первичного звена за здоровье прикрепившегося к нему населения. Врач общей практики должен не только сам оказывать медицинскую помощь на уровне своей компетенции, но и организовывать и координировать предоставление услуг в других звеньях системы здравоохранения. Примерно в половине европейских стран действует порядок обязательного направления к специалисту [Воегта, 2005]. В России этот порядок также формально существует, но на практике постоянно нарушается. С одной стороны, население в последние десятилетия в значительной мере утратило доверие к своим участковым врачам, а новый институт общей врачебной практики зарождается крайне медленно. С другой — органы управления здравоохранением в большинстве регионов не контролируют соблюдение установленного порядка. В ряде регионов активные попытки восстановления данного правила предпринимаются с разной степенью результативности.

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 специалиста. Этот порядок носит универсальный характер, он определяется тем, что плановой госпитализации обычно предшествует консультация специалиста или амбулаторное лечение (иногда в той же больнице, где оказывается плановая стационарная помощь). Право выбора врача в больнице в известных нам европейских системах здравоохранения никак не регламентируется законом. Предполагается, что этим правом должны пользоваться не столько пациенты, сколько врачи, направляющие на госпитализацию. Так обычно и происходит на практике.

В последние годы в ряде западноевропейских стран приняты законодательные акты, направленные на облегчение выбора, и проводится сознательная политика создания условий для выбора. Например, в Великобритании объявлено о расширении возможностей выбора больницы для получения плановой стационарной помощи. Система направлений не упразднена, но врачи обязаны информировать пациентов об альтернативных вариантах оказания помощи — создавать условия для реального выбора больницы и лечащего врача. Расширяются возможности для получения стационарного лечения за пределами страны. В частности, Германия, Нидерланды и Бельгия приняли соответствующие законы [Fotaki, 2005]. Но и в этом случае требуется направление лечащего врача. Последний обязан учесть предпочтения пациента.

Начатая как средство ускорить получение плановой помощи, политика расширения выбора постепенно меняет цели. На первый план встают общие гуманитарные ценности обеспечения прав и свобод граждан. Лозунги такого рода в той или иной мере звучат в большинстве западноевропейских стран.

Третья сфера потребительского выбора в здравоохранении — *выбор объема и условий оказания медицинской помощи*. Больной выбирает не только медицинскую организацию и лечащего врача,

но и вариант лечения — из числа предложенных врачом. Он может вообще отказаться от лечения или предпочесть определенный его вид, обеспечивающий улучшение его состояния.

Более очевидны такие параметры потребительского выбора, как предпочтение времени ожидания лечения (в порядке очереди или без очереди), сервисных характеристик оказания медицинской помощи, порядок получения лекарственных средств в амбулаторных условиях (в России можно отказаться от пакета льготного лекарственного обеспечения и получить льготы в денежной форме). Во многих западных странах условия оказания медицинской помощи могут быть улучшены для владельцев коммерческих страховок или лиц, способных оплатить дополнительные сервисные характеристики (может быть предоставлена лучшая палата, более качественное питание, более интенсивный уход). В Великобритании застрахованные по ДМС имеют право на внеочередную плановую госпитализацию или консультацию специалиста. Но в ряде стран, например в Канаде, такая возможность исключается — все пациенты получают лечение на равных условиях.

Таким образом, сфера потребительского выбора в здравоохранении достаточно широка. Но практическая его реализация ограничена многими факторами, прежде всего особенностями организации медицинской помощи в стране.

## **Факторы и ограничители выбора поставщика медицинских услуг**

Важнейший фактор потребительского выбора в здравоохранении — ожидаемое сохранение или улучшение состояния здоровья человека. Выбирая финансового посредника или поставщика медицинских услуг, индивидуум руководствуется естественными соображениями обеспечить предотвращение заболевания или (что случается намного чаще) получить наилучшие результаты лечения. В экономической литературе эти ожидания пациентов определяются как эластичность спроса по качеству, т.е. готовность пациента приобретать дополнительную единицу ожидаемого результата лечения [Gaynor, 2006].

Потребительские решения определяются также ценой услуг или размером соплатежа — в тех случаях, когда оказание медицинской помощи предполагает полную или частичную оплату ее стоимости. Степень чувствительности потребительского спроса к тарифам на услуги измеряется коэффициентом ценовой эластичности.

Эти два фактора всегда действуют одновременно: пациент выбирает качество услуги, учитывая при этом ее цену, т.е. по существу выбирает наиболее выгодное для себя соотношение «цена — качество».

Этот выбор опосредуется множеством других факторов. В ряду главных из них можно назвать следующие:

- физическую доступность поставщика услуг;
- наличие свободных мощностей;
- степень устойчивости отношений с врачом;
- поведенческие характеристики различных групп населения (например, к выбору медицинской организации обычно более склонны молодые люди, чем пожилые);
- наличие информации о формах медицинских вмешательств и поставщиках услуг.

При выборе учитываются и косвенные издержки, связанные с получением необходимой помощи, например транспортные, а также возможное время на семейный бюджет в связи с необходимостью лечиться вдали от дома. Немаловажен и моральный аспект — близость к семье, поддержка родных во время болезни, что нередко ограничивает сферу сравниваемых вариантов места лечения.

Границы потребительского выбора определяются особенностями организации медицинской помощи в конкретной стране. Однако можно выделить два общих ограничителя, в той или иной мере действующих в абсолютном большинстве стран с развитыми системами общественного здравоохранения.

*Многоуровневая система медицинской помощи.* Обычно лечение больного состоит из отдельных этапов, отличающихся друг от друга интенсивностью медицинских вмешательств, а значит и объемом используемых ресурсов. Уровень оказания медицинской помощи должен соответствовать состоянию

больного. В обычной городской больнице лечат наиболее распространенные недуги. Объектом деятельности клиник являются более сложные заболевания, требующие специальных методов и значительных материальных затрат.

Особенно велика роль многоуровневой системы в странах с ограниченными финансовыми возможностями. Наиболее дорогие клинические ресурсы концентрируются в крупных медицинских центрах. Соответственно, доступ в эти центры определяется не решениями пациентов, а направлениями врачей, осуществлявших медицинскую помощь на предшествующих ее этапах (так, в России врач районной больницы направляет пациента для консультации или госпитализации в областную клинику). В странах с более значительными финансовыми ресурсами роль многоуровневой системы снижается, но не исчезает совсем. Например, в Скандинавских странах в последние два-три десятилетия активно проводится политика регионализации специализированной медицинской помощи, особенно третичного уровня. Эта помощь в растущей мере перемещается в межрегиональные центры, соответственно выбор такого центра для лечения основан на направлениях врачей, а иногда предполагает и прямое рacionamento типа известного в российской практике квотирования высокотехнологичной помощи, оказываемой в федеральных медицинских центрах. Пожалуй, только в США отсутствуют очевидные признаки многоуровневой системы. Даже сложные кардиохирургические операции проводятся в небольших провинциальных больницах мощностью в 150—200 коек.

*Особая роль первичной медицинской помощи.* С ростом специализации медицинской помощи усиливается фрагментация процесса лечения. В этой ситуации повышается роль врача общей практики, призванного обеспечить организацию и координацию медицинской помощи, оказываемой специалистами. Растет значение единого центра ответственности за состояние здоровья человека. Для ее обеспечения необходимо, с одной стороны, предоставить свободу потребительского выбора врача общей практики (к кому приписаться для постоянного наблюдения), с другой — ввести определенные ограничения в отношении

обращений пациентов на другие этапы. При этом врач общей практики сохраняет контроль за лечением своих пациентов. Эта функция врача общей практики как «привратника» становится все более распространенной даже в странах с традиционно либеральной моделью потребительского выбора, например во Франции (см. главу 6).

Названные факторы ограничивают, но не исключают, возможность расширения потребительского выбора в здравоохранении. Эта проблема по-прежнему стоит в центре дискуссий по поводу возможностей реализации рыночных реформ в отрасли. Ее теоретическое осмысление — предмет исследований в западной экономической литературе.

## **1.2 Особенности рыночных отношений в здравоохранении**

Неоклассическая экономическая теория выделяет *изъяны рынка*, т.е. устойчивые отклонения экономических отношений в той или иной сфере экономики от идеальной рыночной модели. Здравоохранение, по выражению известного американского экономиста У. Хсияо, является «искаженной экономикой», т.е. экономикой, в которой могут действовать рыночные силы, но их влияние на параметры «продукта» (объем услуг, их цена и качество) может существенно отличаться от большинства других товарных рынков [Hsiao, 1995].

Рассмотрим основные изъяны рынка применительно к двум главным отраслевым рынкам здравоохранения — медицинских услуг и медицинского страхования.

### **Специфика медицинских услуг, как экономических благ**

*Часть услуг обладает свойствами общественных благ.* Экономическая теория выделяет особый вид результатов хозяйственной

деятельности — общественные блага (public goods). Им свойственны характеристики, отличающие их от товаров индивидуального потребления. Во-первых, они являются объектом коллективного потребления. Это означает, что потребление услуг одним человеком не уменьшает ресурсы потребления, доступные другим членам общества. Во-вторых, на общественные блага, в отличие от благ индивидуального потребления, не распространяется принцип исключения других лиц из процесса потребления. Например, санитарно-гигиенические мероприятия неизбежно становятся достоянием больших групп населения.

Для обслуживания потребностей в услугах с характеристиками общественных благ во всех странах действует так называемый сектор «общественного здравоохранения» (public health). Он включает службы, осуществляющие контроль за эпидемиологической ситуацией, ведущие работу по лечению инфекционных заболеваний, занимающиеся санитарно-просветительской работой и проч. В сферу общественного здравоохранения традиционно входят санитарно-эпидемиологические станции, общественные оздоровительные центры и т.д. Эти учреждения обычно финансируются из государственного бюджета на основе принципа содержания, т.е. оплачивается их готовность к работе (вложенные ресурсы), а не конкретные ее результаты.

Следует, однако, признать, что наличие свойств общественного блага лишь в малой степени объясняет нарушение рыночного механизма в здравоохранении. Эти свойства присущи относительно небольшой части медицинских услуг. Услуги по лечению, например артрита или ангины, не наделены характеристиками общественных благ: их потребление строго индивидуально и не имеет внешнего эффекта. Таким образом, эти услуги обладают свойствами частого блага. Значительно более важное значение имеют другие характеристики медицинских услуг. Они и определяют устойчивые отклонения от обычной рыночной модели.

*Информационная асимметрия в отношениях между поставщиком и потребителем услуг.* Потребительский выбор может быть надежным регулятором распределения ресурсов только

при условии полной информированности потребителя и его независимости от производителя товаров. В здравоохранении эти условия, как правило, не соблюдаются. Во-первых, потребитель медицинских услуг не обладает теми знаниями, которые позволяли бы ему осуществлять рациональный выбор медицинской организации и врача, способного предоставить медицинскую помощь высокого качества. Обычно он полагается на мнение других потребителей услуг или мнение врача, предлагающего ему варианты, т.е. на информацию, получение и оценка которой требует определенных затрат времени и ресурсов. Чем выше число вариантов, тем больше эти затраты. Американские экономисты Д. Дранов и М. Саттервейт определяют эту характеристику информационной асимметрии как явление *издержек поиска* и связывают с ней возможность усиления рыночных позиций врачей [Dranove, Satterthwaite, 2000]. Авторы популярного английского учебника по экономике здравоохранения формулируют зависимость: чем более информирован потребитель и меньше издержки поиска, тем рыночная структура ближе к модели совершенной конкуренции [McPake, Kumaranayake, Normand, 2003. P. 137].

Во-вторых, потребитель медицинских услуг обладает ограниченной рациональностью в отношении выбора объема услуг и стоимости лечения. У него нет необходимой компетенции для определения набора медицинских консультаций, исследований и процедур, требующихся для лечения, тем более ему сложно оценить обоснованность стоимости этого набора и приемлемое ее соотношение с качеством. Иногда такой выбор полностью исключен ограниченной дееспособностью человека и экстренным характером потребления услуг. Более того, ожидаемый результат лечения далеко не всегда проявляется сразу после медицинского вмешательства, что еще более усложняет выбор необходимого объема услуг. Именно это обстоятельство придает медицинским услугам характер *доверительных благ*, т.е. таких благ, сведения о результатах потребления которых становятся доступными и очевидными лишь спустя определенное время.

В-третьих, в отличие от обычных рынков, в здравоохранении решающая роль в определении объемов потребления

принадлежит производителям, а не потребителям. Врачи, как главные поставщики услуг, оценивают состояние пациентов, определяют меру их потребностей и назначают необходимое лечение. Одновременно они имеют экономические интересы, что создает потенциальные условия для оказания чрезмерного объема услуг. Это явление известно в экономической теории как *спрос, спровоцированный предложением* (supply-induced demand).

Такой спрос порождает сильные затратные тенденции в здравоохранении. Поставщики медицинских услуг даже в рыночной среде не имеют достаточных ограничителей для рационального использования ресурсов. Если этим процессом не управлять, то будут расти удельный вес дорогостоящих видов медицинских услуг и общие затраты на случай лечения. Снизится заинтересованность в профилактике заболеваний и использовании относительно простых, но эффективных медицинских технологий. Возможен эффект Румера: «Каждая новая больничная койка всегда будет занята» [Feldstein, 1993].

Другое последствие спроса, спровоцированного предложением, — усиление рыночных позиций врачей в отношении объемов и цен медицинских услуг, усложнение рационального выбора потребителей. Государство вынуждено предпринимать меры регулирования как спроса, так и предложения медицинских услуг. Эти меры получили название «политики сдерживания затрат» [Экономика здравоохранения, 2002. Глава 1].

Таким образом, важнейшими последствиями информационной асимметрии являются:

- усложнение потребительского выбора;
- ослабление влияния потребителя на показатели деятельности поставщиков услуг (слабость рыночного сигнала);
- нарушение принципа независимости сторон рыночной сделки, возможность искусственного генерирования спроса;
- усиление рыночных позиций поставщика медицинских услуг.

*Неопределенность возникновения спроса на медицинскую помощь.* Спрос индивидуума на медицинскую помощь произволен от состояния его здоровья и во многом носит вероятностный характер. Существует риск заболевания и связанных с

ним затрат. Размер этих затрат может быть весьма значительным, если покупать медицинские услуги в момент появления потребности в них. Чтобы избежать больших одновременных затрат в ситуации неопределенности, индивидуум склонен прибегать к различным формам страхования: здоровые люди вносят определенные суммы в общий страховой «котел» (*страховой пул*), который управляется специальным страховым институтом (*страховщиком*), а затем получает возможность лечиться за счет накопленных средств. Иными словами, население вынуждено учитывать, что в случае серьезных заболеваний рынок медицинских услуг не обеспечивает достаточной защиты от больших затрат, и поэтому вынуждено прибегать к рынку страховых услуг.

Фактор неопределенности возникновения спроса видоизменяет характер отношений на рынке медицинских услуг. Их приобретение осуществляется не напрямую, а через страхового посредника, который вступает в договорные отношения с медицинскими организациями, оплачивает их счета за оказанную медицинскую помощь, контролирует ее качество и осуществляет ряд других операций. В совокупности эти операции формируют *функцию закупки медицинской помощи* (*purchasing function*), т.е. функцию взаимодействия страховщика как покупателя медицинской помощи и медицинских организаций как поставщиков медицинских услуг.

В отличие от возмещения стоимости услуг самим потребителем при страховании функция закупки медицинской помощи становится *коллективной*, т.е. страховщик отражает групповые интересы и обеспечивает групповую солидарность застрахованных (заболел — выиграл, не заболел — проиграл). Индивидуальная рыночная сделка с медицинской организацией уступает место рыночной сделке по поводу «коллектива» застрахованных. Это повышает рыночную силу покупателя медицинской помощи по сравнению с вариантом прямого взаимодействия пациента с медицинской организацией. Но при этом, как будет показано далее, возникают особые эффекты, свойственные уже рынку страховых услуг.

Другой аспект проблемы неопределенности на рынке медицинских услуг — характер взаимодействия между врачом и

пациентом. Поскольку пациент слабо представляет меру своих потребностей в медицинской помощи, между ним и врачом возникают отношения зависимости. В экономической литературе такие отношения описываются *моделями поведения врача как агента пациента* (physician-patient agency models).

В рамках этих моделей врач выступает в роли агента пациента как принципала, т.е. выполняет комплекс действий по его поручению. Агентские функции врача можно разделить на две группы. С одной стороны, он принимает решения в отношении объема необходимых услуг и сам оказывает все или часть этих услуг. С другой — врач защищает интересы своего принципала, беря на себя организацию медицинской помощи на других этапах ее оказания. В случае невозможности оказать все необходимые услуги своими силами врач направляет пациента к другим специалистам.

В классической статье К. Эрроу отмечается, что врач решает проблему неопределенности для плохо информированного пациента путем установления диагноза и объема услуг, которые тот должен приобрести сам или получить за счет других источников финансирования. Тем самым врач продает информацию, о которой известно, что она дорогая (врач долго учился), но никто не знает насколько [Arrow, 1963].

Таким образом, врач выступает одновременно в роли поставщика услуг и агента пациента, что создает условия для конфликта интересов. Врач может преувеличить число посещений, объем необходимых процедур, исключить из набора лекарственных средств и услуг дешевые заменители, выбрать те виды услуг, которые обеспечивают полную нагрузку больниц или поликлиник и т.д. Возникает проблема экономического поведения врачей, определяющая масштабы спроса, спровоцированного предложением.

*Медицинские услуги как социально значимые экономические блага.* Медицинские услуги призваны удовлетворять не только индивидуальные, но и общественные потребности, их результат во многих случаях является достоянием как отдельного человека, так и общества в целом. Они обладают свойствами социально значимого, или «достойного» блага (merit goods).

Можно выделить несколько их типов [Hsiao, 1995. P. 126]. Первый состоит из услуг, потребление которых обеспечивает социальные результаты, выходящие за рамки удовлетворения личных потребностей. Например, услуги по планированию семьи обеспечивают решение общественных задач по регулированию демографической ситуации. Второй тип — положительные экстерналии: услуга предоставляется конкретному лицу, но полезный эффект ощущают многие люди. Классический пример — услуги по предотвращению инфекционных заболеваний. Третий тип — блага, ориентированные на оказание помощи в сложных для людей ситуациях, например при травмах, отравлениях и проч. Наконец, это услуги, которые корректируют иррациональное поведение людей, не обладающих достаточными знаниями, в частности медицинская профилактика.

Общественно значимый характер медицинских услуг обуславливает особую роль принципов доступности и равенства в их потреблении. Объем потребления не может определяться только уровнем платежеспособности человека. Основой развития отрасли является *общественная солидарность* — богатый платит за больного, здоровый — за бедного. Реализация этого принципа требует активного вмешательства государства. Во всех индустриально развитых странах действуют развитые системы общественного финансирования здравоохранения. Использование рыночных механизмов в таких системах может вступать в конфликт с целями обеспечения общественных результатов, в том числе солидарности.

### **Специфика рынка медицинского страхования**

*Моральный риск* (moral hazard). Пациент, имеющий медицинскую страховку или право на получение бесплатной медицинской помощи в системе государственного здравоохранения, не ощущает ценового сигнала, регулирующего объем потребления услуг. У него возникает серьезное искушение воспользоваться максимальным их объемом, например посетить лишний раз специалиста, настоять на госпитализации или получении

дорогостоящего лекарства. В сочетании с заинтересованностью медиков в расширении объема услуг нерациональность потребительского поведения пациентов ведет к чрезмерному потреблению относительно дорогих, но далеко не всегда клинически необходимых услуг.

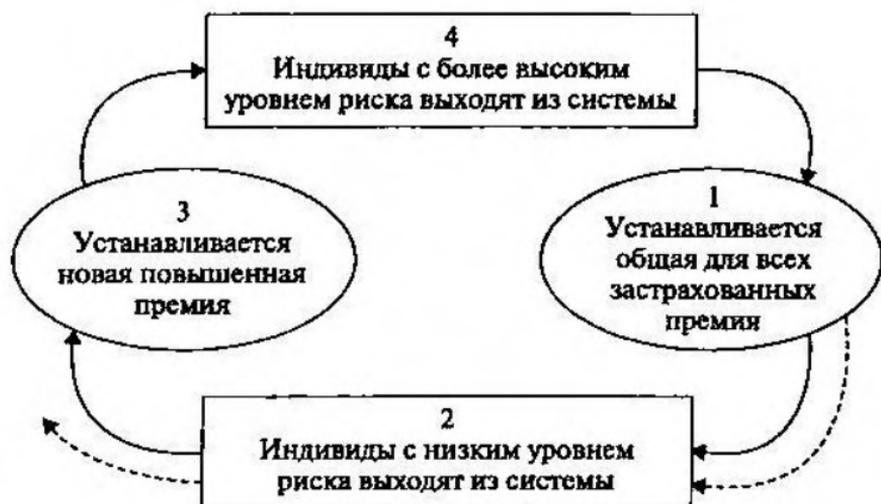
Страховщики вынуждены учитывать действие морального риска в своей ценовой политике на рынке медицинских услуг: размер страховой премии устанавливается с учетом возможного их перепотребления. Соответственно цена медицинских услуг складывается под сильным влиянием ценообразования на рынке страховых услуг. В результате уровень цен на медицинские услуги при использовании страхового посредника оказывается выше, чем при прямом взаимодействии потребителя и поставщика медицинских услуг [Feldstein, 1993].

*Эффект неблагоприятного отбора (adverse selection).* В страховых системах возникает проблема отбора страховых программ самими застрахованными. Даже если информация, которой располагает страховая организация, вполне достоверна, никто лучше клиента не знает истинного состояния его здоровья, и он обычно старается «подобрать» страховую программу под свое заболевание. К тому же он может просто скрывать информацию о своих проблемах со здоровьем. В этом случае подрывается вероятностный характер страхования и клиент обрекает страховщика на расходы.

Если действует стандартная ставка страховой премии, то от эффекта неблагоприятного отбора несут урон группы населения с низкими рисками: при равной ставке взноса они субсидируют группы с высокими рисками. Естественная их реакция — выйти из предлагаемой или действующей страховой программы. Структура рисков в результате смещается в сторону групп с высокими рисками, что ведет к повышению затрат на медицинскую помощь.

Чтобы покрыть растущие затраты, страховщик вынужден повышать размер страховой премии. Это порождает новый раунд неблагоприятного отбора. Появляется группа людей, для которых страховка оказывается невыгодной, они выходят из системы, и т.д. Возникает эффект спирали затрат на медицинское страхование, схематично представленной на рис. 1.1. Он порожден

неравномерностью распределения рисков и стремлением застрахованных подбирать страховые программы под свои ожидаемые риски. Чем больше разброс рисков в страховом пуле, тем выше вероятность его дестабилизации и раскручивания затратной спирали. Дранов и Саттервейт называют этот эффект *ограниченной товарностью рисков* [Dranove, Satterthwaite, 2000].



**Рисунок 1. Эффект спирали затрат на медицинское страхование**

Для преодоления неблагоприятного отбора и связанных с ним последствий, страховщики вынуждены отказываться от стандартной страховой премии и переходить к дифференцированным ставкам, в большей мере учитывающим риски затрат индивидуума или групп застрахованных. Они проводят процедуру андеррайтинга (оценки индивидуальных рисков), что делает страховой пул более устойчивым и останавливает раскручивание спирали затрат. Но при этом возникает другая проблема — высокая цена страхования для лиц с наиболее высокими рисками, например пожилых людей, лиц с хроническими заболеваниями, требующими дорогостоящего лечения. Во многих случаях встает вопрос о «нестраховемости» рисков, т.е. складываются *неполные страховые рынки*.

## Механизмы нейтрализации изъянов рынка

Перечисленные особенности медицинских и страховых услуг ограничивают, но не исключают возможности развития рыночных отношений в здравоохранении. Проблемы порождают поиск их решений. Возникают новые механизмы, имеющие целью нейтрализовать или уменьшить действие изъянов рынка. Схематично эти проблемы и возможные альтернативы их решения представлены в табл. 1.2.

Таблица 1.2

### Изъяны рынков медицинских услуг и медицинского страхования

<b>Изъяны рынков медицинских и страховых услуг</b>	<b>Последствия изъянов рынка</b>	<b>Механизмы преодоления или ограничения действия изъянов рынка</b>
Часть услуг имеют свойства общественных благ	Рынок не обеспечивает необходимый объем этих услуг	Для оказания этих услуг государство создает специальный сектор «общественного здравоохранения» (санитарный надзор и проч.)
Информационная асимметрия	Усложняется потребительский выбор Ослабевают влияние потребителей на качество медицинской помощи Нарушается принцип независимости сторон рыночной сделки	Коллективные покупатели медицинской помощи (например страховщики) действуют в интересах населения Предоставляется информация о результатах деятельности медицинских организаций для облегчения потребительского выбора Врачи обязаны предоставлять и объяснять варианты для выбора

Изъяны рынков медицинских и страховых услуг	Последствия изъянов рынка	Механизмы преодоления или ограничения действия изъянов рынка
	Усиливаются рыночные позиции поставщика медицинских услуг	
Эффект спроса, спровоцированного предложением	Создаются условия для затратного функционирования здравоохранения	Устанавливается глобальный бюджет для медицинских организаций Используются методы оплаты медицинской помощи, основанные на разделении финансовых рисков между покупателем и поставщиком медицинских услуг Проводится контроль обоснованности медицинской помощи Вводятся клинические стандарты
Медицинские услуги имеют свойства социально значимых благ; особая роль принципов доступности и равенства в получении медицинской помощи	Снижается стимулирующее воздействие платежеспособного спроса Ограничиваются условия для конкуренции страховщиков	В государственном здравоохранении вводятся механизмы квазирыночного типа: «деньги следуют за пациентом» Вводятся дополнительные программы медицинского страхования

<b>Изыяны рынков медицинских и страховых услуг</b>	<b>Последствия изыянов рынка</b>	<b>Механизмы преодоления или ограничения действия изыянов рынка</b>
Эффект морального риска	Создаются условия для затратного функционирования здравоохранения	Вводятся соплатежи населения Устанавливается система обязательных направлений пациентов врачом первичного звена к узким специалистам Страховщики контролируют обоснованность медицинской помощи Устанавливаются «листы ожидания»
Эффект неблагоприятного отбора	Ограничивается вероятностный характер страхования Застрахованные с низкими рисками выходят из страхового пула, что ведет к повышению страховых премий (эффект «страховой спирали») Часть населения оказывается незастрахованной	Проводится оценка индивидуальных рисков Повышаются интервалы проведения регистрации застрахованных в определенной страховой организации Страховые организации страхуют большие группы работников Медицинское страхование становится обязательным

Усиливающийся в 1980-х годах интерес к рыночным моделям здравоохранения сместил акценты в исследовании специфики

отрасли в западной экономической литературе. Признавая эту специфику, большинство исследователей сконцентрировались на вопросе о том, как преодолеть изъяны рынка и активизировать действие рыночных сил. Концептуальной основой поиска новых решений стала модель монополистической конкуренции.

### **1.3 Монополистическая конкуренция на рынке медицинских услуг**

Экономическая теория исходит из того, что поставщик медицинских услуг обладает рыночной силой и в то же время испытывает на себе действие факторов потребительского выбора и борьбы за пациента. Эта ситуация описывается моделью монополистической конкуренции, т.е. сочетания противоположных сил монополии и конкуренции. При этом условия монополистической конкуренции заметно различаются для отдельных секторов здравоохранения.

На *рынке врачебных услуг* (оказания амбулаторной помощи) действует большое число поставщиков. Возможности выбора и рыночной конкуренции во многом определяются их организационно-правовым статусом. Если основная часть врачей является частнопрактикующими, то возможности для развития отношений рыночного типа существенно выше. Такие врачи конкурируют между собой и как профессионалы, и как экономические агенты. Масштабы этого сектора здравоохранения сильно различаются по странам. В США 67% врачей действуют в составе частных практик (индивидуальных или групповых), остальные 33% работают в штате других медицинских организаций [McGuire, 2000. P. 470]; в западноевропейских странах доля частнопрактикующих врачей заметно ниже — 20—30%. К этому уровню подтягивается ряд стран Восточной и Центральной Европы (Чехия, Словакия, Венгрия, Эстония, Литва). В России на частной основе, по примерной оценке, практикует не более 3% врачей.

В большинстве стран с системами общественного финансирования основная часть врачей работает в штате больниц и других медицинских организаций, т.е. эти врачи не являются независимыми экономическими субъектами. Их мотивация во многом определяется коллективной мотивацией медицинской организации, которая, в свою очередь, складывается под воздействием используемых методов оплаты услуг. Однако и в этом случае экономический интерес врача выражен достаточно четко, особенно при оплате по гонорарному методу (за каждую оказанную услугу). Врачи в таких организациях определяют, как и какими средствами лечить, а менеджеры предоставляют им необходимые ресурсы. В связке «врач — менеджер» медицинской организации роль врачей первична: назначая лечение, они определяют объем и структуру необходимых затрат.

Рыночная сила независимых врачей обусловлена несколькими факторами [Dranove, Satterthwaite, 2000].

*Дифференциация «продукта» деятельности врачей.* В силу географического расположения, принадлежности к определенной специальности и медицинской «школе», квалификации, устойчивости потребительских предпочтений пациенты не рассматривают отдельных врачей как совершенных субститутов. Каждый из них по-своему уникален. При выборе врача возможны альтернативы, но пациент о них может не знать, и поэтому готов больше платить за услуги врача, к которому привык.

*Ограничения на приток трудовых и материальных ресурсов.* Право на медицинскую практику получают только те врачи, чей уровень подготовки отвечает установленным государством требованиям. В большинстве западноевропейских стран (а в 1970-е годы и в США) действует разрешительный порядок открытия новых врачебных практик, в том числе частных, как часть политики сдерживания затрат.

*Низкая ценовая эластичность спроса на врачебные услуги.* Объемы потребляемых медицинских услуг относительно слабо зависят от их цены. Главные факторы низкой ценовой эластичности:

- особая роль неценовых параметров выбора (близость больницы к месту проживания, привязанность к определенному врачу и проч.);

- экстренный характер значительной части спроса на медицинскую помощь;
- наличие страховки и связанное с этим ослабление ценового сигнала в момент потребления услуг.

Эмпирические исследования по рынку медицинских услуг США (на основе данных за 1970—1980-е годы) показывают, что ценовая эластичность спроса на госпитализации (число принятых в стационары) варьирует в разных работах от  $-0,3$  до  $-0,5$ , на объем стационарной помощи (число койко-дней) — от  $-0,2$  до  $-0,7$ , на посещения врачей — от  $-0,1$  до  $-0,2$  [Feldstein, 1993. P. 92].

Одновременно действуют рыночные факторы: большое число врачей даже на локальных рынках, конкуренция между врачами общей практики, узкими специалистами, а в определенной мере и между врачами разных специальностей. Это соперничество определяет многие параметры поведения медицинских работников — выбор места врачебной практики, уровень цен на услуги (в тех случаях, когда они не регулируются), маркетинговые стратегии, используемые методы лечения и проч. Например, Р. Ньюхауз эмпирически доказывает, что географическое распределение врачей в США соответствует традиционным рыночным представлениям: врачи склонны работать в местах концентрации богатых клиентов [Newhouse, 1982]. Нечто подобное наблюдается и в сегодняшней России: без всякого вмешательства планирующих органов в местах компактного проживания обеспеченных людей появляются врачебные практики.

Существует много свидетельств сильной конкуренции по качеству услуг. Потребители ищут врача, способного лечить с лучшими результатами. Каждый врач поставляет на рынок свою версию качества лечения. Возникает что-то похожее на конкуренцию брендов основных продуктов, свойственную большинству товарных рынков [Dranove, Satterthwaite, 2000].

Конкуренция усиливается действиями коллективных покупателей медицинской помощи в лице страховщиков и органов государственного управления. Когда потребители сами выбирают поставщика услуг или лекарств, их спрос малоэластичен, но при коллективной закупке он значительно выше.

Коллективные покупатели выбирают поставщиков услуг, предъявляя более высокие требования к их ценам. В 1990-х годах в США и во многих европейских странах утвердился принцип *селективных договорных отношений*: договоры заключаются не со всеми поставщиками услуг данной местности, а лишь с наиболее эффективными. Коллективный покупатель медицинской помощи делает то, что не может сделать индивидуальный потребитель.

На *рынке больничных услуг* существует больше препятствий для входа на рынок новых поставщиков и выхода с этого рынка неэффективных поставщиков. Появление на рынке новых больниц затруднено в силу государственного регулирования мощностей больниц. Оно действует практически во всех западных странах как элемент политики сдерживания затрат. Уже действующие больницы, как правило, способны расширить сферу своей деятельности на новые регионы, если есть неудовлетворенный спрос. Но далеко не всегда потребители способны перемещаться далеко за пределы своего места жительства (только в случае плановых госпитализаций). Возможности рыночной экспансии больниц определяются их транспортной доступностью, устойчивыми предпочтениями врачей и пациентов.

Выход больниц с локального рынка ограничен обязательствами в отношении обслуживания местных нужд, что вытекает из их некоммерческого статуса (даже в США основная часть частных больниц — некоммерческие). Но это ограничение становится все менее жестким в силу действия технологических факторов укрупнения больниц. Новые медицинские технологии в экономически рациональных формах могут использоваться прежде всего в крупных больницах. Это ведет к закрытию мелких местных больниц и их слиянию в крупные больничные комплексы. Подобный процесс получил массовое развитие во многих западных странах в последние 10–15 лет. Его результатом стало повышение уровня концентрации рынка. В США за 1994–2000 гг. произошло 900 слияний, охвативших 6100 больниц. В крупных мегаполисах с многомиллионным населением действуют 2–3 крупные больничные системы, а на местных рынках — 1–2 больницы (в штате Северная Каролина

в 82 из 100 округов функционируют больницы-монополисты) [Gaynor, 2006; Porter, Teisberg, 2004].

В ряде теоретических работ более подробно рассматривается вопрос о ценовой эластичности спроса на медицинские услуги. Например, Дранов и Саттервейт указывают на то, что потребители значительно более чувствительны к цене при выборе врача, чем при выборе объемов потребляемой помощи, т.е. ценовая эластичность спроса на первичный визит значительно выше ценовой эластичности спроса на общий объем потребления услуг. Данный эффект определяется тем, что потребители более зависимы от врача в отношении объемов услуг (их назначает сам врач), чем при определении места лечения. Представленная авторами формальная модель показывает, как меняются уровни перемещения (switching rates) от одного врача к другому при изменении цены [Dranove, Satterthwaite, 2000].

Особое место в моделях монополистической конкуренции занимает вопрос о ее влиянии на качество медицинской помощи и общественное благосостояние. Общепринятое представление — потребительский выбор и обусловленная им конкуренция улучшают качество. Это презумпция антимонопольного законодательства, в том числе в здравоохранении. Но экономическая теория выделяет ситуации, когда сильно дифференцированный продукт и недостаток информации о его характеристиках могут сильно ограничивать эффект конкуренции. Существует большой объем экономической литературы о влиянии конкуренции на качество медицинской помощи, прежде всего в больничном секторе здравоохранения [Dranove, Satterthwaite, 2000; Enthoven, 2004; Gaynor, 2006].

Первый вопрос: всегда ли более высокое качество медицинской помощи оправдано с точки зрения общественного благосостояния? С этической точки зрения, ответ на этот вопрос очевиден. Но с точки зрения экономиста, вложения в качество медицинской помощи должны сопоставляться с издержками и альтернативными вариантами вложения ограниченных ресурсов. Например, американский экономист Мартин Гейнор допускает «излишнее» качество медицинской помощи и даже «излишнее» снижение смертности в том смысле, что улучшение

этих показателей сегодня достигается все с большими затратами ресурсов, отдача от которых далеко не всегда очевидна. Он отмечает, что средства на улучшение медицинской помощи для снижения смертности должны направляться до тех пор, пока его предельные выгоды равны предельным издержкам. Автор задается вопросом: если дополнительная единица улучшения качества благодаря новым медицинским технологиям невелика, то, возможно, имеет смысл вкладывать общественные средства в научные исследования, образовательные программы и прочие сферы, влияющие на здоровье населения?

Гейнор считает, что социальный оптимум снижения смертности всегда выше нулевого значения. Это соответствует ситуации во многих других сферах общественной жизни, так или иначе связанных со здоровьем человека: «Мы вкладываем в дорожное хозяйство, безопасность авиационных полетов, но не до такой степени, чтобы свести к нулю риск смертности» [Gaynor, 2006. P. 4].

С позиции ситуации в здравоохранении России подобная постановка вопроса выглядит неактуальной: мы далеки от того оптимума усилий по повышению качества медицинской помощи и снижению смертности, прежде всего в силу недофинансирования здравоохранения. Для США это более чем существенный вопрос. Страна тратит почти 15% своего ВВП на здравоохранение, при этом отнюдь не опережает другие индустриально развитые страны по показателям качества медицинской помощи и смертности населения. А самое главное — масштабные вложения в повышение качества, спровоцированные потребительским выбором и конкуренцией поставщиков услуг, далеко не всегда соответствуют его приросту. В 1970—1980-е годы сформировалось целое направление исследований, объединенных понятием «гонка медицинских вооружений» (medical arms race), делающее акцент на то, что конкуренция носит затратный характер: существуют сильные стимулы к повышению объемов сложных диагностических исследований, дорогостоящих операций, бесчисленных консультаций врачей и проч. В совокупности они улучшают качество, но очень большой ценой [обзор исследований см.: Колосницына и др., 2006]. По существу

речь идет об эффективности альтернативных вложений в здравоохранение.

Примерно в таком же ключе конкуренция и потребительский выбор рассматривается в работе британского экономиста Т. Райса [Rice, 1985]. Он отмечает, что ничем неограниченная свобода потребительского выбора в здравоохранении может снижать общественное благосостояние, если:

- высоки издержки получения и обработки информации;
- возможности выбора части населения делает проблематичным положительный результат для тех, кто не имеет права на этот выбор или не может реально выбирать в силу разных факторов (т.е. снижается равенство в возможностях удовлетворения потребностей разных групп населения в медицинской помощи);
- совокупные издержки общества, связанные с предоставлением выбора, превышают дополнительные блага.

В том же ряду находятся идеи известного американского экономиста Алана Энтховена («гуру» рыночной школы в здравоохранении) об интегрированных системах и селективных отношениях с медицинскими организациями. Они также исходят из того, что ничем неограниченная свобода выбора может быть деструктивна, тормозя прирост общественного благосостояния. Если мотивация врачей направлена на оказание большого объема фрагментированных услуг и отсутствует необходимая координация различных звеньев системы оказания медицинской помощи, то ничем неограниченный потребительский выбор закрепляет неэффективность системы здравоохранения и ведет к потере общественного благосостояния (подробней см. 2.3).

Второй вопрос: как потребительский выбор и конкуренция влияют на качество медицинских услуг? Этот вопрос рассматривается в большом количестве теоретических работ западных экономистов применительно к рынку больничных услуг.

Монополистическая конкуренция больниц по-разному складывается в ситуации регулируемых и нерегулируемых цен. В системах государственного финансирования здравоохранения обычно используются регулируемые цены, устанавливаемые либо напрямую государством (Великобритания, скандинавские страны), либо на основе коллективных соглашений

органов государственного управления, ассоциаций страховщиков и медицинских организаций (Россия, Франция, Германия). При частном финансировании здравоохранения (через ДМС или за наличный расчет) цены обычно устанавливаются самими поставщиками услуг.

*При регулируемых ценах* конкуренция больниц смещается в сторону качества медицинской помощи. Для привлечения врачей (они определяют основную часть госпитализаций) и пациентов больницы предлагают новые медицинские технологии, способные обеспечить более высокие результаты лечения. Реальный выбор зависит от наличия и точности информации об этих показателях. Именно поэтому в США, Германии, Нидерландах и ряде других стран сегодня предпринимаются активные усилия по сбору и распространению информации о больничной летальности по отдельным заболеваниям. Большое значение имеет уровень регулируемой цены: если она не покрывает фактических издержек (ситуация, характерная для России), то стимулы к конкуренции качества снижаются, но не исчезают совсем, поскольку всегда существует возможность переложить затраты на пациентов — в форме формальных и неформальных платежей.

Если цена устанавливается самой больницей — т.е. имеет место *ситуация нерегулируемых цен*, — то конкуренция фокусируется на соотношении «цена — качество»: выигрывают те больницы, которые способны обеспечить более высокое качество на единицу затрат.

Вышеупомянутый М. Гейнор анализирует влияние конкуренции на качество медицинской помощи при разных вариантах поведения потребителей. Соотношение «цена — качество» определяется реакцией потенциального потребителя на обе его составляющие. *Качество снижается по отношению к цене, если эластичность спроса по нему ниже, чем эластичность по цене.* Это соответствует ситуации сильной ценовой конкуренции больниц и недостаточной информации потребителя: потребитель более чувствителен к цене, чем к качеству [Гаупог, 2006].

Примером могут служить страховые планы «управляемой медицинской помощи», получившие распространение в США в 1990-х годах. Эти планы предлагают расширенный набор опций по доступности медицинской помощи, увязывая их с

ценой страховки: при полной свободе выбора врача эта цена намного выше, чем при ограниченном выборе (подробней см. 2.3). Такой подход повысил рациональность потребительского выбора: население стало сильнее реагировать на цену страховки — повысилась ценовая эластичность спроса. Это привело к замедлению роста цен на больничные услуги. Обратной стороной этого процесса стало некоторое снижение качества и доступности медицинской помощи, что сделало такие страховые планы непопулярными [Porter, Teisberg, 2004].

Обратное соотношение: *качество повышается по отношению к цене при высокой эластичности спроса по нему в сравнении с эластичностью по цене*. Это соответствует ситуации высокой информированности потребителя о показателях качества услуг. Если соображения цены отступают на второй план, то можно ожидать улучшения соотношения «цена — качество». Интуитивно это следует из практики отношений родственников серьезно больного человека с частной медициной: «Доктор, плачу любые деньги!» Гейнор демонстрирует подобные отношения на основе формальных моделей.

Кроме того, автор моделирует соотношение «цена — издержки» и приходит к выводу, что *при снижении ценовой эластичности относительно эластичности спроса по качеству цена в большей мере превышает уровень издержек*. Это также вытекает из интуитивного представления о том, что при низкой чувствительности спроса к цене больницы могут концентрироваться на использовании новой медицинской технологии и вложения в улучшение качества становятся более прибыльными.

Чтобы улучшить соотношение «цена — качество», необходима информация о качестве. Тогда выбор потребителя будет более рациональным, соответственно эластичность по качеству будет снижаться по сравнению с эластичностью по цене. В ситуации более информированного спроса не всякие улучшения медицинских технологий приемлемы для потребителя, а только те из них, которые обеспечивают более высокие результаты лечения.

Имеют значение и издержки поиска [McPake et al., 2003], а также устойчивые представления о потенциале больницы.

Они способны снизить рациональность потребительского выбора. Врач направляет пациента в больницу, которая хорошо себя зарекомендовала в лечении определенного заболевания без серьезного сопоставления альтернатив, а пациент принимает этот выбор. Такая ситуация очень распространена в здравоохранении любой страны<sup>1</sup>.

Дранов и Саттервейт указывают на то, что профессиональная этика сдерживает слишком сильную реакцию на экономические стимулы и видоизменяет зависимость между ценой и качеством. Действительно, в реальной клинической практике врачи действуют не как рациональные экономические субъекты, руководствуясь прежде всего требованиями профессиональных стандартов и гуманных соображений. Однако, по мнению авторов, в долгосрочном плане рациональность действий врачей повышается даже при сохранении требований профессиональных стандартов. Они способны реагировать на слабую чувствительность потребителей к цене услуг, уменьшая вложения в повышение квалификации: «в своей карьере врач может действовать... не путем компромисса снижения профессиональных стандартов, а путем недоинвестирования и устаревания знаний» [Dranove, Satterthwaite, 2000. P. 1110].

#### **1.4 Эмпирические исследования влияния конкуренции на качество больничных услуг**

Эти исследования основаны в основном на материалах по США. Известны также несколько работ по Великобритании.

<sup>1</sup> Например, в 2006 г. бывший президент США Билл Клинтон выбрал для коронарного шунтирования больницу с низким рейтингом по показателю смертности в связи с этой операцией, т.е. продемонстрировал низкую эластичность спроса по качеству (впрочем, скорее всего, и по цене).

В США рынок больничных услуг характеризуется высокой концентрацией. Но при этом рыночная структура в разных частях страны существенно различается, что создает условия для эмпирической проверки различных гипотез влияния рыночных факторов на качество медицинской помощи.

Используемые эконометрические модели исходят из теоретических положений о наличии зависимости между уровнем рыночной конкуренции и показателями качества медицинской помощи. Как отмечалось выше, эта зависимость проявляется по-разному на рынках с регулируемой и нерегулируемой ценой. По данному признаку можно разделить и эмпирические модели.

Развитию исследований способствовало расширение информационной базы о результатах функционирования отдельных больниц. В последние 10–15 лет в США собираются и публикуются данные о смертности по отдельным заболеваниям в разрезе больниц. Аналогичная работа проводится в Великобритании и ряде других западноевропейских стран, хотя там она началась заметно позже.

В качестве зависимой переменной используются различные показатели результативности медицинской помощи, чаще всего смертность от кардиологических заболеваний. Уровень концентрации локальных рынков измеряется на основе индекса Херфиндаля—Хиршмана (HHI). Индекс определяется как сумма квадратов рыночных долей фирм:  $\sum S_i$ . Растет он при снижении числа фирм или при нарастающей асимметрии распределения рынка — увеличении доли рынка, контролируемой крупнейшими фирмами (максимум 1 для случая монополии). Уровень концентрации является показателем степени потребительского выбора и конкурентной среды.

В наиболее общей форме эконометрическая модель имеет следующий вид:

$$q = f(X, W, HHI),$$

где  $q$  — показатели качества предоставляемых услуг;  $X$  — факторы, определяющие спрос на медицинские услуги;  $W$  — факторы, определяющие издержки оказания медицинских услуг.

При этом показатели качества и конкретные факторы спроса и издержек различаются в каждом из эмпирических исследований.

## Эффект конкуренции при регулируемых ценах

В США работы на эту тему сконцентрированы на измерении влияния конкуренции в рамках государственной программы медицинской помощи пожилым людям («Медикер»), оплачиваемой по фиксированным ценам. По условиям этой программы потребители могут выбирать больницу. Исследуемая гипотеза: возможность выбора больницы заставляет последние бороться за потребителя и повышать показатели качества. Условие регулируемой цены, как следует из теоретических моделей, способствует позитивному эффекту конкуренции.

Кесслер и МакКленнон (2000) рассматривают влияние конкуренции на больничную смертность от инфаркта. Для этого сравниваются показатели уровня концентрации больничных услуг в разрезе отдельных штатов за 1985–1994 гг. Рыночные доли больниц оцениваются на основе модели потребительского выбора, который измеряется в основном расстоянием физической доступности больницы от места проживания. В модель включаются описание характерных данных больницы и структура случаев по степени тяжести (case-mix), а также характеристики населения в определенном регионе. Помимо показателя качества услуг, как зависимая переменная рассматриваются расходы на одного больного. Чтобы учесть влияние особенностей потребительского выбора и организации медицинской помощи по регионам, в модель вводится переменная, характеризующая степень участия застрахованных в страховых планах «управляемой медицинской помощи» (УМП), предусматривающих более жесткую политику страховщиков в отношении издержек на оказание медицинской помощи.

Оценка этой модели показывает статистически значимую зависимость между уровнем концентрации больничных рынков и показателями смертности от инфаркта. На наиболее конкурентных рынках в 1991 г. вероятность смертельных исходов была на 1,46 процентных пункта ниже, чем на наименее конкурентных. В абсолютных величинах это дает существенные различия — на 2000 смертей меньше. При этом позитивный эффект конкуренции после 1991 г. повышается.

Результат в отношении расходов иной: вплоть до 1991 г. они были выше на менее концентрированных (более конкурентных) рынках, т.е. больницы, действующие в более конкурентной среде, имели более высокие расходы на пациентов «Медикер». При этом фактор участия в планах УМП существенно снижает размер расходов, но не имеет статистически значимого эффекта в отношении смертности от инфаркта.

В модели не учитывается уровень регулируемой цены на региональных рынках, который, скорее всего, влияет на уровень концентрации рынка: чем выше цена, тем больше приток больниц и сильнее конкуренция между ними. Это ограничивает содержательную интерпретацию результатов модели.

Кроме того, не ясно, существует ли реальная конкуренция больниц за пациентов с инфарктом. Половина больных госпитализируются в экстренном порядке и фактически не могут сделать выбор. Соответственно в этой части рынка конкуренция ослаблена, хотя и существует в силу репутационных характеристик больниц. Можно предположить, что больного в экстренном состоянии доставляют в больницы с более высокими средними показателями исхода лечения.

Авторы считают, что обратная связь между концентрацией рынка и смертностью является основанием для вывода о позитивном влиянии конкуренции на уровень общественного благосостояния. М. Гейнор ставит этот вывод под сомнение, утверждая, что «дополнительные блага для потребителя от более высокого качества могут быть ниже, чем понесенные затраты». Влияние конкуренции на соотношение «цена — качество» не оценивалось, что делает суждение о позитивном влиянии на благосостояние необоснованным [Gaunor, 2006. P. 17].

Противоположный результат получен в работе Гоурисанкарян с соавторами [Gowrisankaran et al., 2004], выполненной на основе данных по отдельным округам г. Лос-Анжелеса. Авторы показали более высокую больничную летальность от инфаркта и пневмонии на более конкурентных рынках. Причина, по их мнению, состоит в том, что больницы работают при низкой прибыли или ее отсутствии — в силу низких цен: они не могут вкладывать достаточно средств в повышение качества услуг.

Разные результаты этих двух исследований трудно объяснить. Возможно, дело в уровне цены: в больницах исследуемого региона во втором случае они могут быть ниже предельных издержек и наоборот. Эту гипотезу невозможно проверить, т.к. оба исследования не учитывают уровень регулируемых цен на региональных рынках. При этом инструментальная их часть примерно одинаковая.

Кесслер и Гепперт [Kessler, Geppert, 2005] расширяют рамки анализа. Исследуются различия результатов лечения и расходов кардиологических больных с разной тяжестью заболеваний. В качестве показателей качества используются больничная смертность и повторные госпитализации. Авторы показывают разное влияние конкуренции для групп пациентов — позитивное для «высоких» рисков (групп больных, которые госпитализируются по поводу инфаркта повторно): показатели смертности здесь ниже на более конкурентных рынках, но одновременно отмечаются более высокие расходы на их лечение и негативное — для относительно «низких» рисков (групп больных, госпитализированных впервые). Поскольку результаты выше именно для пациентов со значительными потребностями в медицинской помощи, делается вывод о том, что конкуренция обеспечивает прирост благосостояния.

Тэй [Тay, 2003] исследует факторы выбора больницы городскими жителями штатов Калифорния, Орегон и Вашингтон. Рассматривает связь различных показателей качества на вероятность попадания пациента с инфарктом в определенную больницу. Используется две группы показателей качества: 1) смертность и повторная госпитализация, 2) ресурсоемкость услуг: число сестер на одну койку и масштабы распространения определенных дорогих исследований и процедур. Автор показывает, что в городских округах с более конкурентной структурой рынка больничных услуг смертность от инфаркта ниже. Кроме того, обнаружено, что спрос на больничные услуги находится в обратной зависимости от расстояния между местом проживания пациента и больницей, но в прямой зависимости — от объявленных показателей качества. При прочих равных условиях наличие в больнице лаборатории катетеризации повышает спрос на

76%, а процедуры реваскуляризации — на 65%. При увеличении числа медсестер на одну койку на 1 % спрос возрастает на 24%, что свидетельствует о высокой оценке фактора интенсивности обслуживания. Следовательно, потребители сильно реагируют на наличие в больнице современных медицинских технологий и качество обслуживания.

Интуитивное представление во всех этих моделях состоит в том, что при регулируемой цене конкуренция смещается в сторону неценовых параметров, прежде всего качества лечения и обслуживания. Возможности вложений в качество зависят от уровня регулируемой цены. Но практически ни одна из вышеприведенных работ эффект уровня цены не исследует, что снижает обоснованность вывода о позитивном влиянии конкуренции на качество при регулируемой цене. Кроме того, за рамками исследования остается вопрос об адекватности уровня издержек реальному приращению качества.

### **Эффект конкуренции при нерегулируемых ценах**

Исследования на материалах по США дают различные результаты для разных периодов. В 1970—1980-е годы, когда роль страховщика сводилась только к оплате счетов больниц и отсутствовали попытки влиять на издержки оказания медицинской помощи, конкуренция больниц не способствовала оптимизации затрат и снижению цен. В этот период использовались методы оплаты больничных услуг, основанные на возмещении их фактических затрат. Система финансирования была открыта «сверху» в том смысле, что страховщики оплачивали практически любые счета, а больницы не имели стимулов к снижению затрат. Соответственно застрахованные были слабо мотивированы к экономии, принимая ресурсоемкие варианты лечения, предлагаемые медицинскими организациями. В этой ситуации ценовая конкуренция была выражена слабо либо вообще отсутствовала. Доминировала конкуренция качества услуг при слабой связи с издержками.

Исследование Джоскоу [Joskow, 1980] показало, что на более конкурентных рынках больничных услуг (менее концентрированных) в 1970-е годы была выше доля незанятых мощностей, что свидетельствует о стремлении больниц привлечь пациентов легкостью госпитализации при значительных затратах на содержание этих мощностей. Работа Робинсона и Люфта [Robinson, Luft, 1985] продемонстрировала: больницы с большим числом конкурентов в пределах 15-мильной зоны доступности имели более высокий уровень госпитализации и более высокие средние издержки в расчете на случай стационарной помощи. Эти результаты интерпретируются авторами как стремление больниц в высококонкурентной среде облегчить требования к госпитализациям. Макроэкономический эффект такой стратегии — рост затрат и снижение структурной эффективности.

Дранов с соавторами [Dranove et al., 1992] исследовали связь конкуренции с показателями распространенности наиболее дорогих медицинских технологий в 1970—1980-е годы. Результаты оценки эконометрической модели на базе данных по 15 штатам страны показали, что более конкурентным рынкам соответствует более широкое использование наиболее дорогостоящих технологий.

В последующий период условия конкуренции существенным образом изменились в связи с появлением систем УМП, более жесткими требованиями к использованию дорогих ресурсов, ограничениями на потребительский выбор и развитием во многих штатах предварительных методов оплаты за рамками программы «Медикер» (на основе цен, отражающих не фактические, а нормативные затраты).

В 1990-х годах конкуренция заметно влияла на уровень издержек и цен на больничные услуги, особенно в системах УМП. Например, Кесслер и Гепперт [Kessler, Geppert, 2005] показали, что некоммерческие больницы, расположенные в регионах с меньшей концентрацией (более высокой конкуренцией), устанавливали значительно более низкие цены, чем на более концентрированных рынках.

Исследование Гоурисанкарян [Gowrisankaran et al., 2004] продемонстрировало, что в 1995 г. смертность от инфаркта и

пневмонии в 40 штатах была ниже на более конкурентных рынках. Работа Сари [Sari, 2002] показала статистически значимую негативную связь между уровнем конкуренции больниц в 16 штатах и частотой осложнений после хирургических операций, больничной инфекции и больничной летальности, т.е. эти показатели были ниже на более конкурентных рынках.

В то же время имеются эмпирические свидетельства обратного эффекта конкуренции на качество больничных услуг. Например, Мукамел с соавторами продемонстрировали более высокую смертность от инсульта, инфаркта и пневмонии на более конкурентных рынках [Mukamel et al., 2002], а Энсиноса и Бернард — более высокую общую больничную летальность [Encinosa, Bernard, 2005]. Оба исследования выполнены на материалах по отдельным округам в разных штатах.

Существует также большое число исследований влияния объема больничных услуг на их качество. Они сфокусированы на эмпирической оценке эффекта на масштабе производства. Хорошо известно, что в медицине особое значение имеет опыт и навыки клинической практики врачей. Считается, что для достижения высоких результатов необходимо увеличение объема работ. Это предположение является основой лицензирования и аккредитации деятельности больниц. Например, операции на открытом сердце разрешены только больницам, способным проводить установленный минимум подобных операций. Естественно, крупным больницам легче достичь этого минимума. Существуют и другие параметры, определяющие экономию на масштабах оказания больничных услуг.

Если объем обеспечивает качество, то на более концентрированных рынках, где доминируют крупные больницы (менее конкурентных), возможны лучшие клинические результаты. Это интуитивное представление получило эмпирическое подтверждение в ряде работ. Например, в исследовании Хо по операциям шунтирования в больницах Калифорнии за 1984–1996 гг. [Ho, 2002] показало, что кумулятивное число таких операций (их увеличение в течение рассматриваемого периода) очень сильно влияет на показатели результатов (смертность и осложнения), а вариация ежегодных объемов хотя и влияет,

но значительно слабее. Эффект экономии на масштабах считается доказанным.

Гоурисанкарян с соавторами [Gowrisankaran et al., 2004] исследуют влияние объемов на качество лечения для трех видов кардиохирургических операций в больницах двух штатов. Смертность значительно ниже в больницах с большими объемами операций.

Особый интерес представляют исследования по *Великобритании*. Реформа Национальной службы здравоохранения (НСЗ), начавшаяся в 1991 г., была направлена на стимулирование конкуренции больниц. Главный механизм формирования конкурентной среды — конкурсное размещение заказа коллективными покупателями медицинской помощи, в роли которых выступали районные отделы здравоохранения и врачи общей практики-фондодержатели (последние получали средства не только на собственную деятельность, но и на часть услуг больниц и вступали с ними в договорные отношения). Больницы самостоятельно назначают цены и выступают со своими предложениями в отношении показателей объемов, качества и цены услуг. Размер рынка, контролируемый определенной больницей, зависит от сравнительных преимуществ по этим параметрам.

Предложение больничных услуг характеризуется как монополистическая конкуренция. Потребителям приходится тратить определенное время на дорогу и они не имеют полноценной информации, что ставит больницы в разные условия. Но одновременно лишь небольшое число больниц являются локальными монополистами — абсолютное большинство имеют хотя бы одного конкурента в пределах 30-минутной транспортной поездки на автомобиле, т.е. потребители могут реально выбирать место оказания помощи. Ограничения на вход и выход весьма существенны для больниц в целом (государство планирует их размещение), но значительно ниже для отдельных специальностей: больницы имеют право выбирать структуру услуг и могут открыть или закрыть определенные подразделения.

На стороне спроса выступают не пациенты, а коллективные покупатели медицинской помощи, заключающие договоры с больницами. Пациенты ничего не платят (вся стационарная

помощь включена в пакет государственных гарантий медицинской помощи), поэтому их единственная мотивация — получение более качественных услуг. Но коллективные покупатели медицинской помощи заинтересованы в более низкой цене: они заключают договоры на определенное сочетание ценовых и качественных параметров. Предметом конкуренции больниц, как и в США, является соотношение «цена — качество».

В отличие от США покупатели медицинской помощи получают средства от правительства. Система «закрыта сверху», т.е. имеет твердые бюджетные ограничения, в которые покупатели должны «вписаться». Другое отличие — особенности мотивации поставщиков услуг. В соответствии с законодательством больницы не могут использовать возникающую экономию на повышение оплаты труда, аналогичные ограничения установлены для врачей — фондодержателей (последние вправе использовать экономию только на инвестиции и улучшение пенсионного обеспечения).

Как отмечалось выше, влияние конкуренции на качество зависит от того, как на него и цену реагирует покупатель (от эластичности спроса по цене и качеству). Если конкуренция усиливает чувствительность покупателей к цене, но не затрагивает эластичность по качеству (покупатель не имеет информации), то качество может снизиться. Если конкуренция повышает чувствительность и к цене, и к качеству, то результат зависит от сравнительной эластичности: при более высокой реакции на качество, чем на цену, качество может расти.

Реальность ценовой конкуренции подтверждается эмпирически. Исследование Проппера с соавторами для периода «пика» рыночной реформы (1991—1995) показало, что *цены на больничные услуги были ниже в регионах с более конкурентной средой*. Это же исследование продемонстрировало прямую связь уровня цен с переговорной силой покупателей медицинской помощи: чем выше размер организации-покупателя, тем ниже цена [Propper et al., 1996].

Другое исследование группы Проппера касается влияния конкуренции на качество медицинской помощи [Propper et al., 2004]. В построенной авторами модели как показатель качества

используется смертность от ишемической болезни сердца (в пределах 30 дней после госпитализации по каждой больнице) на основе данных за 1999 г. Показателем конкурентной среды является число больниц в радиусе действия рассматриваемой больницы, измеряемом 30-минутной доступностью на автомобиле. Важно также заметить, что именно в 1999 г. стали публиковаться данные о смертности от отдельных заболеваний в разрезе отдельных больниц.

Как и в американских исследованиях, в модель включается структура случаев стационарной помощи, т.е. уровень сложности патологий, с которыми имеет дело конкретная больница. Учитывается также ее размер: в крупных больше возможности для распространения новых технологий, которые сильно влияют на качество. Кроме того, в таких больницах можно обеспечить экономию на проведение определенных вспомогательных и параклинических услуг, дающую конкурентные преимущества — большие вложения в качество.

Результат оценки модели качества однозначен: *конкуренция его снижает*. Больницы, расположенные на более конкурентных рынках, имеют более высокие показатели смертности при равенстве прочих условий, учитываемых моделью. Этот вывод получен на основе нескольких версий спецификации модели, причем с высокими показателями статистической значимости (подробней см.: Колосницина и др., 2006. Гл. 3).

О чем говорят столь разные результаты? Лишь на первый взгляд они несовместимы. На самом деле экономическая теория допускает *разные влияния конкуренции на качество медицинских услуг*. В ситуации свободного ценообразования при сильной реакции потребителей на цену можно ожидать не только снижения цен, но и снижения качества, о чем свидетельствует ситуация в здравоохранении Великобритании. Если чувствительность к качеству сильнее, чем к цене, то есть надежда на повышение качества — ситуация более распространенная в США, хотя и в этой стране имеются противоположные примеры.

*Другой вывод: при регулируемых ценах позитивный эффект конкуренции на качество больничных услуг обнаруживается значительно чаще, чем при нерегулируемых ценах. Это соответствует*

теоретическим моделям, доказывающим смещение конкуренции в сторону показателей качества. Ключевой вопрос при этом — уровень цен. Если он низок по отношению к фактическим издержкам, то результатом может быть снижение качества услуг.

Есть все основания считать, что представленные результаты относятся к первому поколению эмпирических работ. Они не позволяют сделать однозначные выводы о влиянии конкуренции в силу нескольких факторов. Во-первых, показатели качества очень фрагментарны, отражают лишь ограниченные области деятельности больниц (в основном определенную часть кардиологического и кардиохирургического профиля). Во-вторых, представленные работы трудно сравнивать, поскольку используются разные показатели качества, а иногда по-разному специфицируются модели. В-третьих, в случае регулируемых цен не учитывается вариация региональных цен. Наконец, отсутствуют попытки увязать прирост качества с размером дополнительных издержек на его обеспечение, т.е. отсутствует эмпирическая база для заключений о влиянии конкуренции на общественное благосостояние.

Масштабы исследований растут быстрыми темпами. Можно предположить, что многие из сегодняшних пробелов будут устраняться. Тем не менее уже сейчас во многих работах американских и западноевропейских авторов отмечается очень сдержанное отношение к «конкуренции, движимой потребительским выбором». Например, М. Гейнор, выступая в декабре 2006 г. на международной конференции в Иерусалиме закончил свою презентацию следующими выводами для политики в области здравоохранения [Gaupog, 2006(a)].

- 1) Режим регулируемых цен:
  - «зеленоватый» (green-ish) свет для конкуренции;
  - при этом неясно полностью положительное влияние конкуренции на общественное благосостояние.
- 2) Режим свободных цен:
  - «желтый» свет для конкуренции;
  - нет доказательств того, что конкуренция улучшает или снижает качество, не говоря уже о влиянии на общественное благосостояние.

3) Существует огромное поле для исследований в данной области.

Аналогичным образом на той же конкуренции охарактеризовал ситуацию Т. МакГир [McGuire, 2006]. Он говорил о том, что конкуренция может быть решением многих проблем, но для этого нужно ее правильно выстроить. Это очень сложный процесс, не допускающий единого для всех решения о соотношении рыночных и нерыночных факторов. Потребительский выбор всегда является дополнительным благом для людей, но его влияние на систему здравоохранения не очевидно. Примерно такие же оценки были представлены и в выступлениях европейских участников конференции.

## **Литература к главе 1**

*Колосницына М.Г., Шейман И.М., Якобсон Л.И., Капицина Н.И., Пономоренко А.И., Степанов И.И., Ракута Н.И., Засимова Л.И., Хоркина Н.Н.* Отчет НИР по теме «Микроэкономические эффекты институциональных изменений в общественном секторе» // Центр фундаментальных исследований ГУ ВШЭ. М., 2006.

*Слетев А.А., Шевский В.И., Шейман И.М., Шишкин С.В.* Реформа здравоохранения: трудный поиск решений // Менеджер здравоохранения, 2004. № 11.

*Шейман И.М.* Реформа управления и финансирования здравоохранения. М.: Русь, 1998.

Экономика здравоохранения: учеб. пособие / под ред. И.М. Шеймана // Проект «Тасис». М.: ТЕИС, 2001.

*Arrow K.* Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care // American Economic Review, 1963. N 53 (5).

*Boerma W.* Coordination and Integration in European Primary Care, in: Primary Care in the Driver's Seat? / European Health Systems Observatory. WHO, 2005.

*Dranove D., Satterthwaite M.* The Industrial Organisation of Health Care Markets, in: Handbook of Health Economics / ed. by A. Culyer, J. Newhouse. Elsevier Science, 2000. \fol. 1.

*Dranove D., Shanley P., Simon C.* Is Hospital Competition Wkistful? // Rand Journal of Economics, 1992. N 23.

*Encinoza W., Bernard P.* Hospital Finance and Patients Satisfaction // Inquiry, 2005. N 42.

*Enthoven A.* Market Forces and Efficient Health Care Systems // Health Affairs, March/April 2004. Vol. 23. N 2.

*Feldstein P.* Health Care Economics / Delmar Series in Health Service Administration. 4<sup>th</sup> ed. Delmar Publishers Inc., 1993.

*Fotaki M.* Patient Choice and Empowerment — What Does It Take to Make it Real? A Comparative Study of Choice in the UK and Sweden under Market-oriented Reforms // Eurohealth, 2005. Vol. 11. N 3.

*Gaynor M.* What Do We Know about Competition in Health Care Markets? // Paper for the Federal Trade Commission. December 2006. (Unpublished).

*Gaynor M.* What Do We Know about Competition and Quality in the Health Care Markets? // Presentation at the 3<sup>rd</sup> International Conference on Health Policy in Jerusalem. December 2006(a).

*Gowrisankaran G., Ho V, Town R.* Causality and the \blume-outcome Relationship in Suigery // Unpublished manuscript. University of Minnesota, 2004.

*Ho V* Learning and the Evolution of Medical Technologies: The Diffusion of Coronary Angioplasty // Journal of Health Economics, 2002. N 21 (5).

*Hsiao W.* Abnormal Economics in the Health Sector // Health Policy, 1995. N 32.

*Joskow P.L.* The Effects of Competition and Regulation on Hospital Bed Supply and the Reservation Quality of the Hospital // Bell Journal of Economics, 1980. N 11.

*Kessler D., McClellan M.* Is Hospital Competition Socially Wasteful? // Quarterly Journal of Economics, 2000. N 115 (2).

*Kessler D. P., Geppert J.J.* The Effects of Competition on Variation in the Quality and Cost of Medical Care // Journal of Economics and Management Strategy, 2005. N 14 (3).

*McGuire T.* Competition in the Health Care Markets // Presentation at the 3<sup>rd</sup> International Conference on Health Policy in Jerusalem. December 2006.

*McGuire T.* Physician Agency / ed. by A. Culler, J. Newhouse // Handbook of Health Economics, 2000. Vol. 1.

*McPake P., Kumaranayake L., Normand C.* Health Economics: An International Perspective. L.: Routledge, 2003.

*Mossialos E., Thomson S.* Voluntary Health Insurance in the European Union. WHO, 2004.

*Mukamel D., Zwanziger J., Bamezai A.* Hospital Competition, Resource Allocation and Quality of Care. BMC // Health Services Research, 2002. N2(1).

*Newhouse J.* Does the Geographic Distribution of Physicians Reflect Market Failure // Bell Journal of Economics, 1982. N 13.

*Propper C.* Market Structure and Prices: the Responses of Hospitals in the UK NHS to Competition // Journal of Public Economics, 1996. N 61.

*Porter M., Teisberg E.* Redefining Competition in Health Care // Harvard Business Review, June 2004.

*Propper C., Burgess S., Green K.* Does Competition between Hospitals Improve Quality of Care? Hospital Death Rates and the Internal Market // Journal of Public Economics, 2004. Vol. 88.

*Rice T. et al.* The State of PPOs: Results from a National Survey // Health Affairs, 1985. N4.

*Robinson J., Luft H.* The Impact of Hospital Market Structure on Patients Volume and the Cost of Care // Journal of Health Economics, 1985. N 4.

*Sari N.* Do Competition and Managed Care Improve Quality? // Health Economics, 2002. N 11.

*Tay A.* Assessing Quality in Hospital Care Markets // Rand Journal of Economics, 2003. N6.

# **Глава 2**

## **МОДЕЛЬ УПРАВЛЯЕМОЙ КОНКУРЕНЦИИ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ**

Автор этой модели — известный американский экономист Алан Энтховен. Хотя она относится к системе частного финансирования медицинской помощи и сфокусирована на проблемах здравоохранения США, тем не менее многие ее положения, как будет показано в разделе 2, имеют прямой выход и на системы общественного здравоохранения. В начале 1990-х годов статьи Энтховена стали предметом широкого обсуждения не только в США, но и в Европе, особенно в странах, вставших на путь рыночных реформ в здравоохранении. В последующие годы круг сторонников этой модели существенно расширился. В начале этого десятилетия в американской экономике здравоохранения сформировалось оппозиционное течение, ставящее под сомнение многие идеи модели управляемой конкуренции.

### **2.1 Основные положения модели**

Энтховен и его сторонники исходят из того, что сложившаяся в США система добровольного медицинского страхования (ДМС) порождает затратные тенденции в оказании медицинской помощи. Первая причина такого положения, по их мнению, состоит в том, что у населения отсутствуют возможности

и достаточная мотивация для выбора планов добровольного медицинского страхования (далее страховых планов) и поставщиков медицинских услуг. Как будет показано в следующей главе, посвященной анализу конкретной практики здравоохранения США, ни работодатели, ни работники не имеют достаточных стимулов к экономии. В этой ситуации страховщики обладают значительными возможностями перекладывания растущих затрат на самих застрахованных.

Вторая причина состоит в том, что у поставщиков медицинских услуг отсутствует экономическая мотивация к выбору более рациональных форм использования средств здравоохранения. Труд врачей оплачивается на основе гонорарного принципа — за каждую оказанную медицинскую услугу. Имея возможность контролировать объем этих услуг и не получая сильных сдерживающих сигналов со стороны страховщика, медики заинтересованы в наращивании дорогостоящих исследований, госпитализаций и проч.

Главные положения модели концентрируются на двух направлениях реформы: 1) активизации роли потребительского выбора, 2) создании новой системы организации и оплаты медицинской помощи, ориентирующей врачей на повышение эффективности использования ресурсов здравоохранения.

Отдавая себе отчет в том, что изъяны рынка не позволяют решить проблемы американского здравоохранения исключительно на рыночной основе, Энтховен и его сторонники делают акцент на сочетании действия рыночных сил и сильного управляющего воздействия со стороны государства и работодателей. Представленный набор концептуальных положений объединяет как меры по активизации рынка, так и механизмы усиления управляющего и регулирующего воздействия на систему оказания медицинской помощи. Отсюда и название модели — «управляемая конкуренция» (*managed competition*).

Главным двигателем рыночных процессов должно стать *расширение возможности потребительского выбора*. Чтобы этот выбор реально влиял на систему оказания медицинской помощи, необходимо сделать его:

- *индивидуальным* — выбирает не страхователь, а сам застрахованный;

- *информативным* — страхователь и страховщик предоставляют необходимую информацию для сравнения страховых планов;
- *экономически мотивированным* — застрахованный сам делает страховые взносы в дополнение к страховым платежам работодателей.

Считается, что расширение потребительского выбора в совокупности с действиями страхователя по повышению «чувствительности» потребителей к цене страховки создадут для страховщиков и поставщиков медицинских услуг мотивацию к повышению эффективности использования ресурсов в здравоохранении. Более конкретно этот тезис сводится к следующему.

*Расширение индивидуального выбора страховых планов.* Главной составляющей страхового плана является набор предоставляемых медицинских услуг, на которые имеет право застрахованный (пакет медицинских услуг). Он существенно различается по составу — в него могут входить или исключаться определенные виды услуг и лекарственных средств. Каждый такой план имеет свою цену (страховую премию) и список медицинских организаций, предоставляющих медицинскую помощь. В соответствии с моделью управляемой конкуренции страховой план выбирает не страхователь, а сам застрахованный — в этом ее серьезное отличие от действующей схемы медицинского страхования, основанной преимущественно на коллективном выборе. При этом деньги страхователя следуют за выбором застрахованного [Enthoven, 1993. P. 40].

*Экономическая мотивация потребительского выбора.* В одной из своих первых работ Энтховен отмечал, что «конкуренция начинается с того, что застрахованный ощущает свои затраты на медицинскую помощь, а это побуждает поставщиков медицинских услуг критически оценивать рациональность своих затрат и стимулировать формирование более эффективных систем» [Цит. по: \&n de \fen, 1990. P. 255]. Ставится задача сделать застрахованных более чувствительными к цене страхового плана, т.е. повысить ценовую эластичность спроса на страховку, а следовательно и на медицинскую помощь. Для этого предлагается законодательно устанавливать *фиксированный размер страхового*

*взноса страхователя на уровне самого дешевого страхового плана. Остальную часть доплачивает сам застрахованный.*

При этом застрахованный приобретает *право сохранения экономии*, возникающей в результате выбора относительно дешевого страхового плана. Она определяется как разница между сложившимся размером среднего страхового взноса страхователя в рамках коллективного страхования и фактическим размером уплачиваемой страховой премии для конкретного индивидуума. Этим достигается заинтересованность к «ответственному выбору» [Enthoven, 2004. P. 61]. Застрахованный уже не безразличен к цене страховки и начинает выбирать варианты. Возникает рыночное давление на страховщиков, обеспечивающее их заинтересованность в снижении страховой премии. А это в свою очередь предполагает более эффективные формы взаимодействия последних с медицинскими организациями. Страховые компании не просто возмещают фактические затраты, а *выступают в роли информированных покупателей медицинской помощи*, т.е. проводят комплекс мероприятий, направленных на повышение клинико-экономической эффективности приобретаемых медицинских услуг.

При этом главный ценовой сигнал возникает в момент выбора страхового плана, а не в процессе потребления медицинской помощи. Эмпирически доказано, что соплатежи потребителей в момент потребления (обычно они предусматриваются страховыми планами) слабо влияют на объем расходов, поскольку возможная реакция самих потребителей на более высокую цену перекрывается усилиями врачей, искусственно увеличивающими объем потребления пациентов для достижения своего целевого дохода [Robinson, 2002; Jemai et al., 2004]. Таким образом, *соплатежи в момент потребления уступают место предварительному страховому взносу самих застрахованных, дополняющему страховой взнос работодателя.*

*Информативный выбор.* Чтобы выбор стал рациональным, страхователь берет на себя задачу информирования застрахованных о различиях отдельных страховых планов. Он создает условия для сравнения неоднородных страховых продуктов, прежде всего по параметрам цены, набора и качества предлагаемых услуг.

По замыслу сторонников данной модели, Конгресс США должен законодательно закрепить свободу индивидуального выбора страховых планов, размер фиксированных платежей и право сохранения экономии.

Расширение возможностей потребительского выбора тесно связано с другой важной характеристикой модели управляемой конкуренции — *активизацией роли страхователей*. В качестве таковых выступают работодатели и органы государственного управления (по государственным программам финансирования медицинской помощи определенным группам населения). Управляемая конкуренция понимается как «коллективная закупка медицинской помощи от имени большой группы клиентов» [Enthoven, 1993. Р. 28]. Страхователи присоединяются к страховым планам, выбранным застрахованными.

Авторы сознательно отказываются от обычной терминологии медицинского страхования. Вместо понятия «страхователь» используется термин «спонсор», чтобы подчеркнуть отличие предлагаемого подхода от сложившейся системы ДМС.

Активизация роли страхователей рассматривается как средство достижения главной цели — преодоления затратного механизма функционирования рынков медицинского страхования и медицинских услуг. Логика такого подхода состоит в том, что бороться с неэффективностью может только субъект, реально заинтересованный в экономии, т.е. финансирующая сторона.

Центральная идея модели управляемой конкуренции — «спонсоры» направляют конкуренцию страховщиков и поставщиков медицинских услуг в русло обеспечения эффективности использования ресурсов и равенства застрахованных. В том же направлении действует государственное регулирование. Что не смогут сделать работодатели на основе рыночного давления на страховщиков и поставщиков медицинских услуг, должно сделать государство с помощью набора законодательно установленных правил медицинского страхования.

Хотя авторы концепции не говорят об отказе от ДМС как базовой конструкции системы финансирования американского здравоохранения, тем не менее ряд ее положений свидетельствует о существенном пересмотре наиболее важных целей и механизмов функционирования этой системы.

Прежде всего, впервые была поставлена цель обеспечения более весомого вклада добровольного медицинского страхования в создании условий для *эффективности* использования ресурсов здравоохранения. Новая система финансирования призвана оптимизировать издержки на оказание медицинской помощи и на этой основе остановить рост цен на медицинские услуги и размера страховых премий.

Другая задача — *обеспечение более равных условий доступа к медицинской помощи* [Englewood et al., 1992]. Размер гарантий обеспечивается законодательно установленным минимальным размером страхового взноса страхователя — либо работодателя, либо государства. Имея такие гарантии, застрахованные должны самостоятельно решать задачу своего дополнительного обеспечения — с большими возможностями доступности и более высокими стандартами качества услуг. Таким образом, устанавливается принцип совместной ответственности государства, работодателей и населения в обеспечении права на получение медицинской помощи. И хотя он существенно отличается от принципа общественной солидарности, являющейся основой более развитых систем общественного здравоохранения в Европе, тем не менее подобная постановка задач рыночной реформы здравоохранения демонстрирует заметный сдвиг в этом направлении (отметим, что последние два десятилетия 10–15% американцев не имеют страховой защиты на случай болезни).

Важно отметить, что фиксированный размер страхового взноса на универсальной основе означает существенный отход от модели ДМС и приближение к модели обязательного медицинского страхования. По существу речь идет об установлении налога на работодателей и участия государства в обеспечении некоего социального минимума в сфере оказания медицинской помощи — вне связи с платежеспособностью человека и состоянием его здоровья. А это уже существенные характеристики ОМС. В то же время сохраняются главные характеристики рынка ДМС — свобода установления цен на страховку и медицинские услуги, связь объема медицинских услуг с размером страхового взноса, существенная вариация страхового продукта в зависимости от платежеспособности страхователя.

Еще одна теоретическая новация — *перенесете финансовой ответственности за рациональный выбор со страхователя на самих застрахованных*. Получая возможность и экономическую мотивацию к выбору, последние самостоятельно несут часть финансовых рисков, связанных с медицинским страхованием и получением медицинской помощи. Экономя на цене страховки, они будут вынуждены платить значительные средства из собственного кармана.

По существу предлагается передача части социальных льгот самим застрахованным, т.е. что-то сходное с известным в новейшей российской истории принципом монетизации льгот. Хотя прямой трансформации льгот в денежную форму не происходит, тем не менее сами застрахованные управляют частью средств страхователей на обеспечение льгот: эти средства следуют за выбором застрахованного.

## **2.2 Условия обеспечения эффективной конкуренции**

Комплекс этих условий призван обеспечить достижение, как минимум, двух задач. Первая — создание равных условий для различных групп населения в отношении приобретения полисов медицинского страхования. Вторая — облегчить потребительский выбор и сделать его более «чувствительным» к условиям страховки, т.е. повысить ценовую эластичность спроса. Решающая роль в создании этих условий, по замыслу авторов модели управляемой конкуренции, принадлежит спонсорам (страхователям).

## **Обеспечение равенства различных групп населения**

Главная проблема обеспечения равенства — ограничение мотивации страховщиков к селекции рисков, т.е. к отбору наиболее

здоровых контингентов населения. Усиление конкуренции страховщиков неизбежно ведет к повышению роли фактора отбора: выигрывают те из них, которые имеют более благоприятную структуру рисков — более высокую долю здоровых («хороших рисков») и низкую долю больных людей с высокими потребностями в медицинской помощи («плохих рисков»).

Эта проблема не ощущается в традиционных страховых планах ДМС, основанных на актуарных оценках будущих рисков и их перенесении на размер страховой премии: «плохие» риски платят больше, чем «хорошие». Но в ситуации фиксированного минимального размера страховки возможность перекладывания рисков на самих застрахованных заметно сужается, соответственно *растет вероятность их селекции*. Страховщикам выгодно иметь дело со здоровым населением. Соответственно фокус их деятельности может сместиться с поиска путей повышения эффективности оказания медицинской помощи к «снятию сливок». А это существенно подрывает базовую цель модели — преодоление изъянов рынка и связанных с ними затратных тенденций функционирования здравоохранения.

Эмпирически доказано, что отбор «хороших рисков» обеспечивает более высокие доходы страховщиков, чем меры по повышению эффективности использования ресурсов здравоохранения. В США, например, оценки нормы прибыли от селекции рисков, осуществляемых конкурирующими страховщиками, варьируются в пределах 20–34% размера страховых взносов [Van de Ven, Van Vilet, 1990].

Предлагается комплекс мер по снижению мотивации страховщиков к селекции рисков [Enthoven, 1993. P. 33]:

- застрахованный имеет право выбора или смены страховщика в течение установленного срока, т.е. действует система свободной регистрации (open enrollment);
- страховщики обязаны принимать любого клиента, за которого спонсор выплачивает страховые взносы;
- при регистрации не оценивается состояние здоровья человека;
- размеры страховой премии и страхового возмещения не увязываются с потребностью в медицинской помощи.

Таков минимальный набор требований. Но очевидно, что он недостаточен. Страховщики могут придумать много способов отказаться от человека с «букетом» заболеваний, например убедить его в том, что компания не заключила договоры с квалифицированными врачами, способными лечить его заболевания. Набор этих способов хорошо известен. Накоплено много свидетельств того, что формальные требования свободного выбора вне связи с показателями здоровья не решают эту проблему [Van de Ven, Van Vilet, 1990]. В связи с этим Энтховен предлагает установить *единый порядок присоединения к страховому плану страховщика — только через спонсора*. Застрахованный выбирает страховой план, а все последующие действия для защиты его интересов выполняет сам спонсор. Он заключает договоры со страховщиками, стремясь при этом к ограничению их оппортунистического поведения.

По замыслу авторов, спонсор должен следить за причинами открепления застрахованных от определенной страховой компании, выявляя практику селекции рисков. При этом подчеркивается, что спонсор должен быть объективным посредником без права выполнять функции страховщика, т.е. принимать на себя страховые риски. Считается, что только так можно избежать дискриминации определенных групп застрахованных [Enthoven, 1993. P. 33].

Но главная роль в обеспечении равенства застрахованных отводится системе *выравнивания рисков различных групп застрахованных (risk-adjustment)*. Страховщики оплачиваются спонсорами по дифференцированному подушевому нормативу, учитывающему риски ожидаемых расходов различных групп застрахованных. Формула выравнивания рисков должна отражать максимально большое число факторов, определяющих потребность застрахованных в медицинской помощи. Страхование «плохих» рисков влечет за собой дополнительное финансирование в размере, отражающем объем их ожидаемых расходов сверх среднего для всех групп застрахованных.

Спонсор осуществляет выравнивание для своих застрахованных. Его задача состоит в том, чтобы сделать страхование разных групп населения равновыгодным для страховщика. При этом Энтховен не предлагает решения проблемы выравнивания

рисков застрахованных, чья страховка приобретается за счет средств разных страхователей. В рамках этой модели создать единую систему выравнивания рисков можно только для национальных страховых программ типа «Медикер» (медицинское страхование лиц старше 60 лет). Данный вопрос встал в 2004–2005 гг. в связи с федеральными планами реформирования здравоохранения.

Повышение уровня солидарности таких систем обеспечивается также требованием установления страховщиком *единого дополняющего страхового взноса* самих застрахованных. Он учитывает не индивидуальные, а усредненные групповые риски (community rating). Каждый страховой план имеет свой дополняющий страховой взнос (в зависимости от условий страховки), но все застрахованные, выбравшие определенный страховой план, уплачивают одинаковые страховые взносы. Данное правило имеет целью уравнивать условия страхования для лиц с разными потребностями в медицинской помощи.

## **Регулирование потребительского выбора**

Особое значение придается предоставлению *информации о качестве медицинской помощи* по альтернативным страховым планам, в частности данных об объеме медицинской помощи с использованием сложных медицинских технологий (считается, что при более высоком объеме работ врачи накапливают необходимый опыт) и результатах лечения по отдельным медицинским организациям (например, показателей лечебно-диагностической деятельности врачей общей практики, данных о больничной летальности после проведения определенных видов хирургических операций). Эта информация призвана обеспечить условия для рационального выбора наиболее выгодного соотношения цены и качества медицинских услуг, точнее — соотношения цены страховки и обеспечиваемой ею медицинской помощи определенного качества. Логика Энтховена такова: если подобной информации будет достаточно, то реакция потребителей на цену страховки возрастет и они будут реально мотивированы к тому, чтобы выбирать наиболее рациональные наборы услуг.

В части государственных программ медицинского страхования за сбор информации отвечает государство. По страховым планам для работников частного бизнеса этим занимаются работодатели. И те, и другие должны проводить опросы своих застрахованных в отношении уровня удовлетворенности страховыми планами, в частности обязательные опросы всех лиц, поменявших свои страховые планы.

Чтобы облегчить выбор, предлагается *стандартизация набора услуг, предусматриваемых страховым планом*. В настоящее время в США действуют десятки тысяч вариантов страховых планов, существенно отличающихся друг от друга по составу покрываемых медицинских услуг и лекарственных средств. Вариация этих услуг настолько велика, что возможности для их рационального сравнения оказываются ограниченными. Можно сравнивать страховые планы по составу включаемых в них укрупненных видов медицинской помощи, но крайне сложно оценивать детальные наборы покрываемых услуг в рамках определенного вида медицинской помощи (например, какие конкретные диагностические услуги предусмотрены при определенном заболевании). Реальная «цена» страховки выявляется на том этапе, когда застрахованный обращается к врачу и выясняет, что многие виды услуг не предусмотрены и за них надо платить из собственного кармана. Поэтому возникает потребность в максимально возможной стандартизации предлагаемых услуг.

Под стандартизацией понимается определение единого для всех застрахованных *укрупненного пакета* медицинских услуг, который мог бы стать ориентиром для оценки различных вариантов страховых планов — как по набору услуг, так и по их цене. Если все страховые планы будут выделять стандартный набор услуг, добавляя к ним дополнительные, то в части стандартного набора все страховые планы будут идентичными и человек сможет сравнивать страховые премии и рационально реагировать на их размер, выбирая относительно более дешевые полисы. Это приведет к повышению ценовой эластичности спроса и создаст более сильное давление на страховые компании [Enthoven, 1993. P. 33]. Аналогичные предложения сегодня рассматриваются и на европейских рынках ДМС [Mossialos, Thomson 2004].

Важная мера повышения ценовой эластичности спроса — *предоставление застрахованным различных вариантов выбора медицинской организации и конкретного врача*. Условия такого выбора должны иметь свою цену. Если выбор безграничен, то цена страховки высока. Если же застрахованные сознательно ограничивают рамки своего выбора (например получение консультации узкого специалиста возможно только по направлению своего врача общей практики), то соответственно снижается цена страховки. Задача спонсора — представить информацию о цене альтернативных вариантов выбора.

### **2.3 Изменения в системе оказания медицинской помощи**

Ключевой вопрос эффективности модели управляемой конкуренции — передается ли ценовой сигнал с рынка медицинского страхования на рынок медицинских услуг? Предлагаемые Энтховеном и его сторонниками механизмы активизации роли потребительского выбора в сфере медицинского страхования не гарантируют ожидаемой реакции рынка медицинских услуг. Снижение стоимости медицинской помощи может блокироваться разными факторами: высокой степенью монополизации рынка больничной помощи, отсутствием у страховщиков сильных рычагов давления на медицинские организации, действующими методами оплаты медицинской помощи (гонорарный метод подстегивает рост ее необоснованных объемов), особенностями организации медицинской помощи. Не только в США, но и в Европе, в том числе в России, накоплено много эмпирических свидетельств того, что изъяны в планировании и организации медицинской помощи могут «погасить» любые рыночные сигналы, идущие от страховщика [Реформирование системы оплаты, 2002. С. 37–39].

Понимая сложную связь между функционированием рынков медицинского страхования и медицинских услуг, Энтховен и его сторонники делают акцент на поиске механизмов существенного

повышения уровня управляемости системой оказания медицинской помощи, как рыночных, так и организационно-управленческих. Поэтому тема управляемой конкуренции оказалась созвучной другой новации американского здравоохранения — *модели управляемой медицинской помощи* — managed care model — (УМП). Ее главные положения были сформулированы чуть ранее (в начале 1980-х годов) и органично инкорпорированы в модель управляемой конкуренции [Kongstvedt, 1995].

УМП — это комплекс управленческих, организационно-экономических и клинических мероприятий, направленных на преодоление фрагментарности системы оказания и финансирования медицинской помощи и обеспечение более высокой затратной эффективности функционирования всего комплекса медицинских организаций [Шейман, 1998. С. 104].

Возникшая как реакция на фрагментарную и дорогостоящую систему оказания медицинской помощи в США, эта модель поставила под сомнение принцип возмещения фактических затрат поставщиков медицинских услуг и сделала акцент на планирование объемов и структуры оказания медицинской помощи совместными усилиями страховщика и медицинских организаций.

Страховщики объединяются с поставщиками медицинских услуг в *интегрированные медицинские системы*, или системы УМП. Разделение между функциями финансирования и оказания медицинской помощи в таких системах сохраняется: в большинстве случаев действуют договорные отношения между страховщиком или иным финансирующим органом, с одной стороны, и медицинскими организациями — с другой. Однако степень этого разделения уменьшается по сравнению с традиционной страховой моделью. Отношения прямой закупки медицинской помощи уступают отношениям партнерства между страховщиком и медицинскими организациями. Совместными усилиями они добиваются оптимизации затрат на оказания медицинской помощи.

Основой систем УМП является звено первичной медицинской помощи — групповая общая врачебная практика (ОВП). Она отвечает за комплексность оказания услуг группе

застрахованных, выбравших соответствующий страховой план управляемой медицинской помощи. В отличие от традиционного страхового плана в системах ОМС, построенного на оплате каждой услуги по гонорарному методу, в таких системах действует принцип предварительного платежа в расчете на одного приписавшегося застрахованного. По существу первичное звено становится фондодержателем средств, неся финансовые риски, связанные с возможным перерасходом средств.

Чтобы повысить свою финансовую устойчивость ОВП, в подобных системах используется принцип *разделения финансовых рисков* (risk sharing) между отдельными звеньями оказания медицинской помощи. Делается это следующим образом: ОВП заключает договора с больницами и другими медицинскими организациями, обслуживающими клиентов этой системы. Все они объединены общим экономическим интересом — не выйти за рамки предварительного платежа на весь комплекс необходимых медицинских услуг. Это заставляет их искать внутрисистемные источники экономии, возникающие как бы «на стыках» между отдельными видами медицинской помощи. Проводится комплекс мер по сокращению необоснованных госпитализаций, исследований, дорогостоящих, но не всегда нужных консультаций узких специалистов; делается акцент на предотвращение обострения хронических заболеваний, повышается значение медицинской и социальной профилактики; вводятся административные механизмы санкционирования потребления наиболее дорогостоящих услуг и проч.

В таких системах возникает мотивация к улучшению показателей здоровья застрахованных: чем меньше объем потребности в медицинской помощи, тем выше доход системы УМП и прежде всего ее ключевого звена — предварительно оплачиваемой групповой ОВП. Этим они существенно отличаются от обычных страховых планов, основанных на возмещении фактических затрат медицинских организаций.

Особое значение в этой модели имеет *ограничение потребительского выбора рамками только системы УМП*. Застрахованные в интегрированной системе имеют право на получение медицинской помощи только в строго определенной сети лечебных

учреждений, с которыми заключены договоры. Взамен на ограничение прав выбора страхователя и частично застрахованные получают значительные скидки в отношении цены страховки и ставок соплатежей в момент потребления услуг.

Страхователь вправе выбрать страховой план в виде интегрированной системы, а в ее пределах и врача общей практики и приписаться к нему. Но при этом он вынужден оплачивать его услуги из собственных средств, если обращается за пределы группы или получает помощь без направления этого врача [Enthoven, Tollen, 2004]. Тем самым ставится под сомнение принцип «деньги следуют за пациентом», который, как известно, стал лозунгом реформ здравоохранения во многих странах, в том числе и в России. В явной форме признается то, что абсолютно свободный выбор дорого стоит. Поэтому каждая система должна соизмерять свои обязательства в отношении свободного выбора с возможностями его обеспечения.

Одновременно с повышением управляемости системой ставится задача роста уровня конкуренции медицинских организаций. Главная идея состоит в создании на каждом локальном рынке нескольких *замкнутых интегрированных систем*, каждая из которых опирается на свою собственную сеть медицинских организаций и является основой определенного страхового плана. Предполагается, что выбор страховых планов будет также и выбором замкнутых систем медицинских организаций, конкурирующих между собой за получение заказа интегрированной системы. Интегрированные системы проводят политику целенаправленного управления затратами медицинских организаций. Те из них, которые делают это лучше, получают конкурентные преимущества [Enthoven, 1993].

В последующих работах сторонников управляемой конкуренции акцент на замкнутость интегрированных систем усиливается. В частности, отмечается, что десять страховщиков, предлагающих всю сеть медицинских организаций в крупном городе, не создают условий для конкуренции, ориентированной на оптимизацию затрат и повышение качества медицинской помощи. Принцип «все включено» не способствует формированию такой конкуренции, поскольку он ограничивает

или совсем исключает формирование общего экономического интереса медицинских организаций, способных дополнять друг друга для обеспечения экономики. Их трудно объединить в сети с единым финансовым стимулом и общими принципами управления [Enthoven, Tollen, 2005].

Добавим к этому, что данный принцип заметно сужает возможность давления страховщика на медицинские организации: трудней отказать определенной медицинской организации в заключении договора, требовать от нее высокого качества. Это универсальная проблема для всех стран, особенно для имеющих большие резервы мощностей медицинских организаций (например для России).

Комплекс мер по управлению медицинской помощью призван сдерживать действие традиционного механизма спроса, спровоцированного предложением, возникает мотивация к поиску наиболее эффективных форм медицинских вмешательств как в клиническом, так и в экономическом отношении. Например, устанавливается подушевой норматив финансирования лечения больных бронхиальной астмой. Из этих средств оплачиваются и услуги ОВП, и деятельность нескольких специалистов стационара. Общими усилиями они добиваются снижения частоты обострений заболевания и, соответственно, уменьшения объема стационарной помощи. Возникающая экономия делится между участниками этой группы. Они же несут ответственность за возможный перерасход. Напротив, в традиционных страховых планах каждая медицинская организация заинтересована в том, чтобы объем помощи увеличивался, что существенно подпитывает затратные тенденции.

В 2004—2005 гг. споры о конкретных направлениях активизации рынка обострились в связи с появлением новой концептуальной основы правительственных планов реформирования американского здравоохранения — *«модели здравоохранения, движимого потребителем»* (consumer-driven health care model).

Некоторые ее положения повторяют идеи модели управляемой конкуренции, например, расширение прав застрахованных в отношении выбора страховых планов, необходимость информационного обеспечения этого права, активизация отбора

наиболее эффективных медицинских организаций. Главное расхождение связано с разным ответом на вопрос: кто должен стать главными субъектами конкуренции — отдельные медицинские организации или их замкнутые комплексы?

Сторонники новой модели оспаривают центральный тезис Энтховена о том, что активизация рыночных сил невозможна без серьезных организационно-управленческих изменений в системе оказания медицинской помощи. Например, М. Портер и Е. Тейзберг утверждают, что застрахованный, выбравший сеть медицинских организаций и соответствующий страховой план, лишается возможности влиять на конкретного поставщика медицинских услуг. По их мнению, «конкуренция страховых планов, возникающая раз в год в момент набора клиентов из-за сильных сетевых ограничений, блокирует основную часть конкуренции на уровне заболеваний и их лечения» [Porter, Teisberg, 2004. P. 67]. Они полностью исключают любые формы ограничения «маршрутов» движения пациентов и ратуют за полную свободу обращений в любую медицинскую организацию.

Отстаивая такое видение конкуренции, Портер, Тейзберг и их сторонники ратуют за отмену всех сетевых ограничителей и системы направлений врачей первичного звена. В их представлении — это конкуренция без проигравших и выигравших (*zero-sum competition*), в то время как необходима конкуренция с положительным результатом (*positive-sum competition*), выявляющая слабых и сильных [Ibid. P. 67–68]. При этом авторы ссылаются на конкретный эмпирический материал, свидетельствующий о причинах снижения популярности страховых планов УМП в США начиная с 1998–1999 гг.

Отсюда следуют рекомендации работодателям: 1) выбирайте страховые планы, которые не ограничивают выбор места оказания услуги за пределами системы медицинских организаций; 2) требуйте от страховщиков и медицинских организаций информацию о результатах лечения и используемых технологиях; 3) выбирайте опытных врачей; 4) вводите формы соучастия больных в покрытии расходов по факту потребления медицинских услуг и проч. [Ibid. P. 75].

Читая эти работы, удивляешься сходству проблем и рецептов их решения в США и России. Имея качественно разные системы здравоохранения и совершенно иные исходные позиции

их преобразования, мы сталкиваемся с примерно одинаковым набором аргументов, выдержанных в духе рыночной риторики: рынок все расставит на свои места, надо только убрать все препятствия для его развития. Если для нашей страны подобные заблуждения связаны с отсутствием исторического опыта рыночных процессов в здравоохранении, то в США они «питаются» постоянной неудовлетворенностью прежних рыночных подходов. Идет постоянный поиск новых идей, которые по существу повторяют старые, опровергнутые практикой.

Рассматривая эти аргументы, А. Энтховен и Л. Толлен отмечают, что «убрать интегрированные системы — это значит вернуться к гонорарной оплате и традиционному медицинскому страхованию, основанному на возмещении фактических расходов, с которым США борются уже два десятилетия. В ситуации морального риска это ведет к тому, что объемы услуг растут свыше разумной меры — независимо полезно ли это пациенту или нет. В результате ни потребитель, ни поставщик услуг не имеют стимулов к оптимизации затрат. Это не привело к конкуренции качества, но вызвало рост затрат» [Enthoven, Tollen, 2005. P. 426].

Авторы отстаивают преимущества интегрированных систем, которые позволяют «объединить поставщиков услуг на основе общих представлений об управлении, клинической практике, информации и ответственности за здоровье населения». Именно эти системы могут обеспечить обслуживание застрахованных наиболее эффективными медицинскими организациями и опытными врачами, поскольку их выбирает не больной человек, не имеющий достаточных знаний и способности к сравнению вариантов (чаще всего ему не до выбора), а сама интегрированная система — на основе информации о числе проводимых медицинских вмешательств, их результатах, данных об удовлетворенности пациентов и проч.

Приводятся данные исследований, свидетельствующие о том, что в традиционных страховых планах застрахованные чаще выбирают больницу, к которой привыкли или которая находится ближе к месту их проживания. В то время как в страховых планах УМП больше объемы медицинской помощи, оказываемой

вне районов проживания, в больницах, доказавших свое преимущество в отношении качества услуг [Enthoven, Tollen, 2005. P. 427].

Для застрахованных, имеющих хронические заболевания, ключевую роль имеет *постоянное наблюдение и комплексность обслуживания*, достигаемые только в интегрированных системах. Для них свобода выбора вне этих систем не имеет особого значения. Конкуренция за таких больных должна стать конкуренцией интегрированных систем, в которых обеспечивается реальная ответственность за их здоровье, а не отдельных медицинских организаций, за услугами которых они время от времени обращаются.

Портер и Тейзберг считают, что с затратными тенденциями можно бороться путем установления соплатежей застрахованных в виде процента от стоимости оказанных услуг. Энтховен и Толлен опровергают этот тезис тем, что соплатежи не могут существенно повлиять на общий объем затрат на медицинскую помощь. Действительно, уровень морального риска теоретически может снизиться, но реальное число посещений и необходимых услуг определяет врач, и с ним трудно спорить. В экономической литературе, как отмечалось выше, накоплен большой эмпирический материал в пользу этого вывода.

Ссылки на снижение популярности интегрированных систем опровергаются тем, что основная часть застрахованных в рамках этих систем не имеет стимулов к тому, чтобы платить меньше за страховой план, жертвуя свободой выбора медицинской организации. Они не получают экономию, связанную с ограничениями на потребительский выбор и другими особенностями этих систем. Ситуация может измениться, если работодатели будут платить фиксированную часть стоимости страховки, а работник сам ее выбирает и распоряжается возможной экономией. При этом приводятся примеры подобных систем, реально действующих во многих регионах страны [Ibid. P. 429].

Таким образом, концепция управляемой конкуренции ставит под сомнение многие характеристики сложившихся рынков медицинского страхования и медицинских услуг, прежде всего коллективный, а не индивидуальный выбор страховых

планов, господство гонорарного принципа оплаты медицинской помощи, фрагментарную систему оказания медицинской помощи, отсутствие мотивации к предотвращению заболеваний и снижению затрат на лечение. Предложены новые рыночные механизмы, качественно отличающиеся от действующих. Особый акцент делается на меры регулирования рынка.

В следующей главе рассматриваются реальные процессы развития рынков медицинского страхования и медицинских услуг в США.

## **Литература к главе 2**

Реформирование системы оплаты медицинской помощи: в 2 т. / под ред. Л.Е. Исаковой, И.М. Шеймана. Кемерово: СибформС, 2002.

*Шейман И.М.* Реформа управления и финансирования здравоохранения. М.: Русь, 1998.

*Englewood P., Enthoven A., Etheridge D.* The Jackson Hole Initiatives for the Twenty-first Century American Health Care System // Health Economics, 1992. N 1 (3).

*Enthoven A.* The History and Principles of Managed Competition // Health Affairs, 1993. Vol. 12. Supplement.

*Enthoven A.* Sustaining a Market-based Healthcare System // Healthcare Financial Management. July 2004.

*Enthoven A.* Market Forces and Efficient Health Care Systems // Health Affairs. March/April 2004(a). Vol. 23. N 2.

*Enthoven A., Tollen L.* Toward a 21<sup>st</sup> Century Health System / The Contributions and Promise of Prepaid Group Practice. Jossey-Bass, San Francisco, 2004.

*Enthoven A., Tollen L.* Competition in Health Care: It Takes Systems to Pursue Quality and Efficiency // Health Affairs. September 2005.

*Jemai N., Thomson S., Mossialos E.* An Overview of Cost Sharing for Health Services in the European Union // Euro Observatory. Autumn 2004. \fol. 6. N 3.

*Kongstvedt P.* The Managed Health Care Handbook / An Aspen Publication. 2nd ed. Washington, 1995.

*Mossialos E., Thomson S.* Voluntary Health Insurance in the European Union. WHO, 2004.

*Porter M., Teisberg E.* Redefining Competition in Health Care // Harvard Business Review, June 2004.

*Robinson R.* User Charges for Health Care, *in*: Funding Health Care: Options for Europe / ed. by E. Mossialos, A. Dixon, J. Figueros, J. Kutzin. Bickingham: Open University Press, 2002.

*Van de Ven W.* From Regulated Control to Regulated Competition in the Dutch Health Care System // European Economic Review, 1990. N 34.

*Van de Ven W., Van Vilet R.* How Can We Prevent Cream Skimming in a Competitive Health Insurance Market? / Paper Presented to the Second Wbrld Congress on Health Economics in Zurich. September 1990.

## Глава 3

# РЫНОЧНЫЕ МЕХАНИЗМЫ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ США

Реализация рыночной системы здравоохранения США — это реальный опыт крупномасштабных процессов, накопленный в течение многих десятилетий, в то время как в Европе, что будет показано далее, на этом пути делаются только первые шаги. Поэтому анализ американского опыта представляет особый интерес.

Каковы результаты реализации рыночной модели в США? Что препятствует созданию эффективных рыночных механизмов? Есть ли альтернатива рыночной модели для американского здравоохранения? Что надо изменить в ходе ее реализации? Попытка ответить на эти вопросы основана на анализе американской литературы, личных контактах с американскими специалистами, в том числе с разработчиками концепции управляемой конкуренции.

### 3.1 Эволюция рыночной модели здравоохранения

В США отсутствует универсальная система государственного финансирования. Большинство населения получает медицинскую помощь за счет приобретаемой страховки. Государство берет на себя финансирование программ оказания медицинской помощи определенным группам населения — пожилым («Медикер»), иждивенцам («Медикейд»), ветеранам войн, федеральным служащим.

В качестве страхователей выступают прежде всего работодатели. Индивидуальное страхование также существует, но его роль невелика по сравнению с групповым: 174 млн американцев (работники, а иногда и члены их семей) получают страховку от работодателя и лишь 27 млн приобретают ее самостоятельно [Marquez, 2006]. Помимо уплаты установленной части страховой премии (цены страховки) население оплачивает часть расходов на медицинскую помощь в момент потребления. Размер и формы этих соплатежей устанавливаются договором страхования.

На долю государства приходится около 45% общего объема финансирования здравоохранения (в западноевропейских странах — 70–90%), остальные расходы финансируются через ДМС и напрямую из средств пациентов. Из общего объема частных расходов 64% приходится на выплаты по страхованию.

Огромная индустрия медицинского страхования охватывает коммерческие и некоммерческие страховые компании и объединенные медико-страховые системы типа Организаций по поддержанию здоровья (ОПЗ), в которых функции страхования и оказания медицинской помощи совмещены. Страховщики предлагают страховые планы (программы), существенно различающиеся по видам оказываемых услуг, цене, условиям оплаты (сколько и за что нужно платить самим застрахованным), составу медицинских организаций, оказывающих услуги, и проч. Для привлечения клиентов используются различные методы продвижения страховых планов, включая ценовые скидки. Активная борьба за страхователей сопровождается банкротствами и слияниями при явной тенденции к укрупнению страхового бизнеса: в 1970–1980-е годы на этом рынке действовало около 2 тыс. страховых компаний и ОПЗ, сегодня примерно 300 [Quinn, 2004. P. 5].

В отличие от европейских систем ОМС американская система медицинского страхования построена на принципе групповой (через механизм ДМС), а не общественной солидарности. Для целей последующего анализа важны следующие характеристики ДМС [Экономика здравоохранения, 2001. С. 60]:

- зависимость объема и стоимости получаемых медицинских услуг от размера страховой премии (чем она выше, тем выше гарантии получения необходимой медицинской помощи);

- зависимость размера страховой премии от индивидуальных или групповых страховых рисков — половозрастной структуры застрахованных, обобщенных показателей здоровья, состояния здоровья индивидуума в момент страхования и проч.;
- рыночный принцип формирования цен на медицинские услуги;
- отсутствие жестких бюджетных ограничителей: медицинское страхование конкурирует с другими товарами и услугами за средства потребителя.

Напротив, в системах ОМС объем услуг не зависит от размера страхового взноса, не связан с показателями здоровья застрахованных, а тарифы на медицинские услуги либо напрямую устанавливаются государством, либо согласовываются на основе коллективных тарифных соглашений при решающей роли государства.

Отметим также уникальность американского опыта реализации государственных программ финансирования — использование преимущественно механизмов добровольного медицинского страхования. Разумеется, эти программы имеют свой твердый бюджет, но их реализация предполагает выбор обычных страховых планов ДМС по рыночным ставкам страховых премий: органы государственного управления ведут переговоры со страховщиками в отношении условий страхования — примерно так же, как это делают работодатели, т.е. государственные программы в основном реализуются на основе общих рыночных механизмов<sup>1</sup>.

Важнейшее ожидание от усиления действия рыночных сил — сокращение темпов роста размера страховых премий и цен на медицинские услуги. Теоретики управляемой конкуренции не скрывали своих надежд на то, что усиление конкуренции страховых планов обеспечит растущее давление на медицинские организации, заставив их оптимизировать издержки.

Особенно велики были надежды на системы управляемой медицинской помощи. В 1990-х годах эти системы стали активно

<sup>1</sup> Исключение — использование по государственным программам регулируемых тарифов на стационарную помощь, дифференцированных по укрупненным группам заболеваний — «диагностически связанным группам».

развиваться. В конце десятилетия страховыми планами УМП было охвачено более 80% застрахованных [Maupard, Bloor, 1998].

Результаты использования систем УМП оказались весьма противоречивыми. С одной стороны, существенно повысилась активность страховщиков в формировании рациональной структуры потребления медицинской помощи, распространении инноваций, направленных на достижение системной экономии. Усилилось их давление на поставщиков услуг: практика оплаты врачебных услуг и стационарной помощи на основе «обычных, привычных и разумных» размеров гонораров уступила место согласованию цен и более широкому использованию подушевого финансирования. Наметился ряд качественно новых медико-организационных и экономических процессов (см. табл. 3.1).

*Таблица 3.1*

**Эволюция механизмов финансирования и оказания медицинской помощи в США**

<b>1980-е годы</b>	<b>1990-е годы</b>
Доминирует гонорарный принцип оплаты медицинской помощи (за каждую оказанную услугу)	Развивается подушевой принцип оплаты (на одного свободно прикрепившегося застрахованного)
Страховщики — пассивные плательщики, склонные принимать предложенную цену	Страховщики — покупатели медицинской помощи, заинтересованные в ведении торга с медицинскими организациями
Функции финансирования и оказания медицинской помощи полностью разделены между страховыми компаниями и медицинскими организациями	Происходит сближение функций финансирования и оказания медицинской помощи в рамках медико-страховых систем типа ОПЗ

1980-е годы	1990-е годы
Свободный выбор поставщиков медицинских услуг	Ограниченный выбор в рамках списка поставщиков услуг; врач общей практики выполняет функцию «привратника», т.е. специализированная помощь оказывается по направлению такого врача
Доминирует индивидуальная врачебная практика	Доминирует групповая врачебная практика
Независимые больницы	Крупные интегрированные больничные сети
Малое число попыток управлять объемами потребления медицинской помощи	Жесткий контроль за объемами потребления медицинской помощи

Сравнительные оценки показателей структурной эффективности убедительно демонстрируют преимущество систем управляемой помощи. В середине 1990-х годов в ОПЗ уровень госпитализации (на 1000 застрахованных) составлял 79, в то время как в обычных страховых медицинских компаниях — 1220; средний срок пребывания пациента в стационарах интенсивного лечения — 4,6 и 6,2 дней соответственно; число койко-дней на 1000 застрахованных — 360 и 751 (для сравнения отметим, что последний показатель в здравоохранении России почти на порядок выше — около 3400); частота хирургических операций на 1000 застрахованных в 1,5—2 раза выше, чем в обычных страховых компаниях, что также расценивается как признак системной экономии [Sourcebook, 1997].

В пиковый момент распространения страховых планов УМП (1992—1996 гг.) темпы роста цен на медицинские услуги сравнялись с общим темпом инфляции, что позволило стабилизировать долю расходов на здравоохранение на уровне 13,6% ВВП.

Однако в последующий период ускоренный рост цен возобновился. За 2002—2005 гг. среднегодовой темп роста составил 15%, что почти в 4 раза выше, чем средний рост потребительских цен [Marquez, 2006]. Доля совокупных расходов на здравоохранение (государственных и частных) в ВВП за последние три десятилетия более чем удвоилась.

В 2005 г. эти расходы составили 16% ВВП против 10,5% в Германии, 9,6 — во Франции, 9,5 — в Канаде, 7,5 — в Японии и Великобритании при среднем показателе по ОЭСР 8,8%. Средние расходы на одного человека составляют 6260 долл. США. При этом 46 млн человек не имеют никакой формы социальной защиты — у них нет частной страховки и они не охвачены государственными программами [Marquez, 2006].

Более значительные расходы на здравоохранение в США в определенной мере отражают ее более высокий экономический потенциал. Зависимость между уровнем ВВП и расходами на здравоохранение — эмпирически доказанный факт. Эластичность расходов на медицинскую помощь по доходу превышает единицу — как при межстрановых и межрегиональных сравнениях, так и при исследованиях, основанных на динамических рядах. Тем не менее, сравнительные расчеты по 24 странам ОЭСР показывают, что США существенно выделяются из этой общей зависимости, затрачивая на одного человека на 36% больше, чем может быть объяснено более высоким размером ВВП [OECD Health Data, 2004].

Причины неспособности систем УМП снизить темпы роста цен многообразны. Помимо общих причин, рассматриваемых далее, корни этой проблемы кроются в существенном снижении популярности соответствующих страховых планов в начале этого десятилетия — главным образом в силу ограничений доступности медицинской помощи. Хотя страховые планы, основанные на принципах УМП, стоят дешевле, тем не менее они поколебали основу американского образа жизни — право свободного выбора. Те ограничения выбора, которые давно стали нормой в более солидарных системах финансирования здравоохранения в Европе (например, во многих европейских странах консультации специалиста предоставляются

только по направлению врача общей практики), вызвали серьезное недовольство американского населения.

Разочарование в одном, пусть даже важном, элементе УМП, в значительной мере дискредитировало многие другие новации, ориентированные на повышение эффективности. В немалой мере этому способствовали и усилия врачебного сообщества, основная часть которого отстаивает гонорарный принцип оплаты услуг и без энтузиазма относится к новым механизмам.

Особенно важно подчеркнуть, что пропагандируемый сторонниками УМП принцип подушевого финансирования комплекса взаимосвязанных звеньев оказания медицинской помощи предполагает переход от системы «страховщик — носитель всех финансовых рисков» к системе, в которой страховщик и медицинские организации делят между собой финансовые риски, связанные с потреблением медицинских услуг и их нерациональной организацией. А это невыгодно врачебному сообществу, привыкшему перекладывать все риски на страховщика, а в итоге на конечных плательщиков — работодателей, правительство и самих застрахованных.

Имело значение и то, что формирование рынка УМП происходило в период довольно высокого уровня безработицы. Не имея сильного противодействия, работодатели относительно легко отстаивали ограничительную практику потребления медицинских услуг. В конце 1990-х годов в ситуации более напряженного рынка труда и недовольства застрахованных работодатели вынуждены были ослабить жесткость управляемых форм, что сразу ускорило рост стоимости страховки.

В полной мере идеи управляемой конкуренции не были реализованы в национальном масштабе. Главный элемент этой модели — формирование экономически мотивированного индивидуального спроса на медицинскую страховку — в настоящее время действует только на уровне отдельных крупных страховых систем, в частности в рамках государственной программы медицинского страхования служащих федеральных учреждений, Калифорнийской программы медицинского страхования пенсионеров государственной службы, систем медицинского

страхования Станфордского, Гарвардского и Калифорнийского университетов, в ряде крупнейших корпораций. Затраты страхователей на одного застрахованного в этих системах оказались существенно ниже, чем в обычных страховых планах [Enthoven, 2004; Enthoven, Tollen, 2005].

Более заметное влияние идеи Энтховена и его сторонников оказали на позицию крупных корпораций. Наметилась тенденция к активизации роли работодателей в управлении всем комплексом отношений, связанных с медицинским страхованием. Главная мотивация — снизить издержки на приобретение страховки.

Мероприятия в этой области получили обобщенное название «Закупка медицинской помощи, ориентированная на результат» (Value-based Purchasing). Она имеет две доминирующие цели. Первая — повлиять на поведение потребителей услуг, т.е. помочь застрахованным сделать рациональный выбор страхового плана. Вторая — повлиять на поставщиков медицинских услуг [Scanlon, Chemew, 2002].

Основа первой стратегии — *сбор и распространение информации о качестве медицинской помощи по альтернативным страховым планам*. Работодатели проводят информационные кампании, призванные сфокусировать внимание застрахованных на рациональном выборе, обучить базовым приемам такого сравнения, предоставить для него необходимую информацию.

Рассмотрим примеры инициатив по информированию застрахованных [Scanlon, Chemew, 2002; Porter, Teisberg, 2004].

- Нью-йоркская деловая группа по здравоохранению (New York Business Group on Health) — частная некоммерческая организация, финансируемая правительством штата Нью-Йорк, — имеет сайт по качеству медицинской помощи, на котором представлена сравнительная информация по отдельным страховым планам и больницам по всему штату. В частности, на сайте можно получить информацию о смертности в результате кардиохирургических операций шунтирования в каждой больнице штата, причем показатели стандартизированы с учетом половозрастной структуры пациентов и сложности случаев. Эта информация, по мнению исследователей, заметно по

влияла на выбор больниц. Более того, зафиксировано заметное снижение смертности. Есть случаи увольнения врачей, не имеющих достаточного опыта проведения таких операций. После четырех лет практики регулярной публикации этих данных штат стал лидером по данному показателю по всей стране.

- Компания «Форд Моторс» инициировала создание базы данных по стационарной помощи во всех больницах Южного Мичигана. К ней присоединилось 5 других крупных компаний. Информация доступна для работников и вышедших на пенсию в этих компаниях.

- В течение нескольких лет Коалиция работодателей тихоокеанского побережья (Pacific Business Group on Health) проводит массовые обследования уровня удовлетворенности потребителей качеством деятельности отдельных медицинских организаций в Калифорнии и публикует ежегодные отчеты по их результатам.

Подобную информацию в растущей мере собирают и страховщики, прежде всего те из них, кто строят свою работу на основе методов УМП. Например, Организация по поддержанию здоровья *Preferred Global Health* собирает и распространяет среди своих клиентов информацию по 15 заболеваниям: выделяет медицинские организации и отдельных врачей, обеспечивших наибольший прогресс в лечении этих заболеваний; составляет списки организаций, в которых по этим заболеваниям действуют успешные системы обеспечения качества.

Основное препятствие для распространения подобной информации — оппозиция врачебного сообщества. Отстаивая свое право на традиционную клиническую автономию, врачи апеллируют к реальным проблемам построения объективной системы показателей деятельности отдельной медицинской организации, главная из которых — необходимость учета структуры пациентов по возрасту и тяжести заболеваний. Более того, приводится аргумент, что отсутствие учета структуры случаев способно повлиять на клиническую практику: опасаясь плохих показателей, врачи будут отказываться от сложных случаев. Имеются факты прямого саботирования информационной деятельности работодателей, например, в Кливленде в 2003 г. собранная частными

организациями информация по оценке качества не была распространена под нажимом врачебного сообщества.

В отношении к этой проблеме в США сегодня доминирует прагматизм — делать то, что реально возможно. Далеко не всегда проблема измерения результатов стоит настолько остро, как ее представляют медики. В лечении наиболее распространенных заболеваний уже давно используются достаточно стандартные методы с вполне измеримыми результатами, которые можно и нужно оценивать. Что касается более сложных заболеваний, то к исходу их лечения надо относиться с большей осторожностью, используя при этом арсенал современных статистических методов корректировки на структуру случаев.

В то же время многие исследователи предостерегают от чрезмерных иллюзий по поводу быстрых успехов этой стратегии: «Никто не должен думать, что только сравнительные данные о качестве могут стать панацеей. Значительная часть медицинской практики остается в серой зоне без ясных научных доказательств и так будет еще долго. ...Больше данных о качестве и эффективности улучшают наши знания, лежащие в основе выбора, но выбор останется сложной сферой в любом случае» [Nichols et al., 2004. P. 20].

*Стратегия воздействия работодателей на медицинские организации и страховщиков* охватывает определенные механизмы [Scanlon, Chemew, 2002].

- Требование предоставления медицинскими организациями показателей результатов клинической деятельности и здоровья по универсальному формату, разработанному национальными статистическими службами специально для работодателей — *Healthplan Employer Data and Information Set (HEDIS)* и *Consumer Assessment of Health Plans (CAMPS)*. Кроме того, иногда работодатели настаивают на том, чтобы больницы предоставляли периодические отчеты с оценкой этих показателей и определением зон клинической деятельности, требующих особого внимания.

- Стандартизация пакетов медицинских услуг, предлагаемых разными страховыми планами. Разрозненная информация приводится в сравнимый вид для облегчения потребительского

выбора. В результате число страховых планов снижается с нескольких тысяч до нескольких десятков, а иногда для выбора предлагается 2-3 укрупненных страховых плана, стандартизированных по параметрам состава услуг и медицинских организаций, условиям страхования. Каждый такой план имеет типовую цену.

- Требование включения в страховые планы больниц и врачебных практик, имеющих не только обязательную лицензию, но и добровольную аккредитацию, получаемую по запросу самой организации. Обычно на такой шаг идут те поставщики услуг, которые уверены в высоком уровне клинической практики.

- Ведение переговоров со страховщиками и медицинскими организациями о включении в страховые планы максимально большого числа программ управления хроническими заболеваниями — комплекса мероприятий по постоянному ведению хронически больных, нацеленных на определенный клинический результат.

- Организация конкурсов страховых планов. В предложениях своих страховых планов страховщики должны отразить ожидаемые объемы, порядок, условия и предполагаемые результаты предоставления медицинской помощи. Наиболее известный пример такой работы — стандартизированный запрос на информацию, реализуемый группой из восьми крупных работодателей с 1997 г. (V-8). В 2002 г. к ним присоединились Дженерал Моторс и Марриотт Интернешнл.

Масштабы информированной закупки медицинской помощи в крупных компаниях уже довольно значительны, поэтому проводится оценка ее эффективности. В частности, оценивается доля застрахованных, которые знают о различиях в качестве медицинской помощи по альтернативным страховым планам, доля выбравших более экономичные планы, конечные показатели здоровья застрахованных и уровень удовлетворенности качеством медицинской помощи в разрезе отдельных страховых планов.

В стране сформировалась целая индустрия консультативных услуг по вопросам сравнения альтернативных страховых планов. Совершенно очевидно, что такого рода деятельность

требует значительных средств и доступна лишь самым крупным корпорациям.

При всей важности этих инициатив они не стали основой политики в области здравоохранения. Значительная часть средств государства и населения, направляемая на оплату медицинской помощи, реализуется через традиционные механизмы медицинского страхования. В результате поставленная цель ограничения действия затратного механизма не была достигнута. Фрагменты разумных подходов не превратились в систему.

Основная часть американских компаний, не имея возможности осуществлять крупномасштабные акции по рациональной закупке медицинской помощи, вынуждены нести очень высокие расходы. Средние затраты работодателей на приобретение медицинских страховок в расчете на одного работника составили в 2004 г. 7500 долл. США, а в наиболее крупных компаниях — около 10 тыс. Бремя этих затрат становится все более важным фактором ограничения конкурентоспособности американских товаров и услуг [Porter, Teisberg, 2004].

В этой ситуации американский бизнес сужает границы сферы своей социальной ответственности, отказываясь от медицинского страхования или сокращая его объемы. За 2001–2005 гг. доля американских фирм, предлагающих работникам медицинскую страховку, снизилась с 70 до 60%. Доля работников, получающих страховку от работодателя, снизилась с 70% в конце 1970-х годов до 50% в настоящее время [Marquez, 2006].

Анализ американской литературы по этому вопросу свидетельствует об удивительном единодушии в оценке результатов функционирования рынка в американском здравоохранении, хотя рецепты выхода из сложившегося положения существенно различаются.

Начиная с 1996 г. раз в два года в течение девяти лет в 60 населенных пунктах страны проводились опросы населения по вопросам функционирования рынка медицинской помощи (Community Tracking Study). Ими были охвачены 60 тыс. домохозяйств, 12 тыс. врачей, 10 тыс. работодателей и страховщиков. Результаты этого исследования дважды рассматривались

Федеральной торговой комиссией, занимающейся вопросами регулирования конкуренции.

Исследование продемонстрировало нарастающий скептицизм в отношении способности конкуренции обеспечить эффективность в использовании ресурсов здравоохранения. Подавляющая часть (90—95%) опрошенных отметили, что: а) без серьезных изменений в механизме финансирования здравоохранения цены на медицинские услуги и страховые тарифы будут расти намного быстрее, чем в среднем цены на товары и услуги; б) ответственность за данную ситуацию несут все субъекты системы финансирования — работодатели, страховщики и поставщики медицинских услуг, поскольку все они не имеют достаточной мотивации к эффективности; в) требуется более серьезное государственное вмешательство. В обзорной статье по результатам исследования его авторы отмечают, что проблема создания эффективной системы финансирования здравоохранения в США пока не нашла своего решения [Nichols et al., 2004. P. 9].

Презентация результатов исследования на Ежегодном собрании Американской академии здравоохранения в Бостоне в июне 2005 г. поставила в центр обсуждения проблему доступности медицинской помощи. В выступлении Пола Гинзбурга, одного из самых авторитетных сторонников рыночных подходов в здравоохранении, прозвучало признание в существовании «пределов терпимости общества в отношении роста цен и неравенства в доступности медицинской помощи» [Ginsburg, 2005].

### **3.2 Барьеры для действия рыночных сил**

Возникает вопрос: почему при наличии острой конкуренции страховщиков и поставщиков медицинских услуг действие рыночных сил не дает ожидаемых результатов? Ответ на этот вопрос предполагает анализ реальной рыночной среды, в которой действуют главные субъекты системы — работодатели,

страховщики, потребители и поставщики медицинских услуг. Мы выделяем три главные причины деформации рынка в здравоохранении США:

- 1) недостаточные условия для индивидуального и экономически мотивированного выбора страховых планов;
- 2) усиливающиеся рыночные позиции больниц;
- 3) недостаточную мотивацию медицинских организаций к сдерживанию затрат и повышению качества медицинской помощи.

### ***Недостаточные условия для индивидуального и экономически мотивированного выбора страховых планов***

Можно выделить несколько причин дефицита такой мотивации. Первая причина — *институциональные ограничители выбора*. Из общего числа работников, на которых распространяются государственные и частные программы медицинского страхования, только 25% имеют возможность выбора страхового плана, за 75% работников это делают сами работодатели [Enthoven, 2004. P. 61].

Можно назвать несколько главных ограничителей выбора.

- Страховщики боятся ухудшающегося отбора (возможности выбора застрахованным страхового плана под свои болезни), поэтому в ценовой политике компании поощряют тех страхователей, которые не предлагают своим работникам выбор страховых планов.

- Большие административные затраты работодателей, связанные с предоставлением выбора страховых планов: распространение информации, ведение реестров застрахованных по конкретным страховщикам и страховым планам, мониторинг условий страхования по разным страховым планам и проч. Вышеупомянутые меры по стимулированию рациональной закупки медицинской помощи требуют больших затрат, которые доступны только крупным компаниям. Для мелкого и среднего бизнеса значительно проще унифицировать медицинские льготы для всех работников.

- Традиционное представление о том, что выбор страхового плана работодателем всегда основан на информированности и, следовательно, более разумный. Это представление справедливо лишь в тех случаях, когда работодатель проводит целенаправленную политику рациональной закупки медицинской помощи, сопоставляя альтернативные планы. Соответствующие затраты оправданы лишь при большом числе застрахованных.

- Наличие условия «уже существующего состояния» (preexisting condition). Примерно 60% предлагаемых страховых планов ограничивают доступ к страхованию лиц с серьезными заболеваниями, требующими больших затрат. Необходимость прохождения проверки состояния здоровья при смене страховщика удерживает от этого шага при индивидуальном, а иногда (при небольшом числе застрахованных) и при групповом страховании.

Перечисленные факторы особенно важны для мелкого бизнеса. Обычно работники мелких фирм оказываются «привязанными» к уже сложившимся условиям медицинского страхования. В фирмах с числом занятых менее 25 человек только 6% из них имеют возможность выбора страховых планов. Лишь 27% работников мелких фирм являются участниками страховых планов УМП, в то время как в компаниях со штатной численностью свыше 100 сотрудников этот показатель составляет 57% [Cutler, 1995. P. 33].

Вторая причина недостаточной экономической мотивации — *наличие налоговых льгот на ДМС*. Действующий порядок налогообложения освобождает от налога основную часть затрат работодателей на приобретение медицинской страховки. В совокупности размер налоговых льгот составляет примерно 140 млрд долл. США [Butler, 2004. P. 23]. С учетом налогового субсидирования медицинского страхования американское правительство покрывает не 45% (как отмечалось ранее), а почти 60% общих расходов на здравоохранение [Marquez, 2006].

Поскольку медицинское страхование в отличие от фонда оплаты труда практически не облагается налогом, цена медицинской страховки для работодателя относительно снижается — по оценке Д. Катлера, примерно на 40% [Cutler, 1995. P. 33]. Соответственно

снижается «чувствительность» работодателей к цене страховых полисов, а следовательно и интенсивность поиска более экономичных вариантов медицинского страхования и оказания медицинской помощи.

Третья причина — *низкая ценовая эластичность индивидуального спроса на медицинское страхование*. Мотивация самих застрахованных к оптимизации затрат на медицинскую помощь ограничивается тем, что они сами либо совсем не платят за свою страховку, либо платят не более 10—15% ее цены. Как отмечает известный исследователь рынков в здравоохранении Стюарт Батлер, «для большинства потребителей медицинских услуг действуют стимулы не к тому, чтобы обеспечить более выгодное соотношение затрат и результатов, а к тому, чтобы расширить объем льгот по страховке, поскольку выглядит это так, что платит кто-то другой. Неизбежный результат — неэффективность и быстро растущие затраты» [Butler, 2004. Р. 23]. Добавим к этому, что иллюзия «бесплатности» страховки обычно создает неблагоприятный социально-политический климат в отношении попыток сделать систему финансирования менее затратной. Так, предложения теоретиков управляемой конкуренции передать самим застрахованным часть причитающихся им средств по медицинскому страхованию интерпретируется оппонентами как попытка переложить затраты на самих работников.

Неэластичный спрос в свою очередь снижает мотивацию страховщиков к предложению менее дорогих планов, а в конечном счете ведет к давлению на поставщиков медицинских услуг в отношении оптимизации затрат (например, путем установления более жестких требований к обоснованности госпитализаций и дорогостоящих обследований, использования более рациональных форм взаимодействия отдельных звеньев оказания медицинской помощи).

В подобной рыночной среде неизбежно снижение популярности страховых планов УМП, направленных на оптимизацию затрат. Некоторые ограничения в доступности медицинской помощи в интегрированных системах не перекрываются экономией для застрахованных. Они практически ничего не

выигрывают от самоограничений. Комментируя сложившуюся ситуацию, Энтховен и Толлен отмечают, что «если бы был обеспечен ответственный выбор, то 70—80% работников выбрали ОПЗ, являющиеся интегрированными системами оказания медицинской помощи» [Enthoven, Tollen, 2005. P. 430].

### *Усиливающиеся рыночные позиции больниц*

Концепция управляемой конкуренции исходила из того, что коллективные покупатели медицинской помощи будут оказывать рыночное давление на медицинские организации, отражая требования застрахованных. Но это давление в значительной мере оказалось заблокированным усиливающимися рыночными позициями больниц — главных генераторов затратных тенденций.

В конце 1990-х годов началась волна объединений больниц, которая привела к формированию рыночной структуры олигополистического типа, а в ряде регионов — к локальным монополиям (см. 1.3). Главный фактор концентрации — стремление больниц усилить свои рыночные позиции в торге со страховщиками (в страховом бизнесе, как отмечалось выше, наметилась аналогичная тенденция). Попытки антимонопольных органов остановить этот процесс пока успешно блокируются больничными системами. Несколько судебных дел закончились в их пользу, поскольку слияния обосновывались организационно-экономическими потребностями, например тем, что в крупных системах существует экономия на масштабах оказания больничных услуг, легче кооперироваться в организации дорогостоящих исследований и проч. [Ibid].

Усиление рыночных позиций больниц определяется также тенденцией к сокращению мощностей для оказания стационарной помощи. Число больниц сократилось с 5830 в 1980 г. до 4908 в 2001 г., а число коек в них — с 990 тыс. до 826 тыс. соответственно [Bazzoly et al., 2003. P. 41]. В ситуации отсутствия или незначительности резервных мощностей возможности коллективных покупателей медицинской помощи выбирать больницы постоянно сужаются.

Ожидаемое усиление селекции больниц страховщиками в определенной мере тормозится поведением потребителей. Их предпочтения в отношении места оказания услуг достаточно устойчивы. Данные социологических исследований показывают, что в США 70% населения и 75% лиц с хроническими заболеваниями лечатся только у одного врача, 15% — в одной организации у разных врачей, остальные не имеют постоянного места лечения [Smith, 2005].

Нереализованным оказалось важное положение концепции управляемой конкуренции — стимулирование замкнутых систем оказания медицинской помощи, каждая из которых является основой определенного страхового плана. Предполагалось, что выбор страховых планов будет одновременно выбором таких систем. На практике выбор страхового плана не дает существенных альтернатив в отношении выбора медицинских организаций. В условиях укрупнения больничных систем разные страховые планы все чаще опираются на одну и ту же сеть поставщиков услуг. Кроме того, попытки работодателя или страховщика выделить наиболее эффективные больницы и врачебные практики нередко блокируются жалобами застрахованных, недовольных тем, что их врач не включен в сеть поставщиков услуг. Это заставило страховщиков вернуться к широко критикуемому в 1980-е годы принципу «все включено». Ясно, что в такой ситуации снижается давление на медицинские организации.

### ***Недостаточная мотивация медицинских организаций к сдерживанию затрат и повышению качества медицинской помощи***

Американская система оказания медицинской помощи традиционно построена на основе гонорарного принципа оплаты — за фактический объем оказанных услуг. Этот принцип, как отмечалось выше, существенно подрывает мотивацию поставщиков медицинской помощи к сдерживанию затрат.

В США затратный характер гонорарного принципа оплаты ощущается значительно сильнее, чем в странах с развитыми

системами общественного здравоохранения. Главная причина — «открытая сверху» система финансирования. Общий бюджет отрасли складывается не столько на основе бюджетных приоритетов и финансовых планов государства и работодателей, а прежде всего в результате клинических решений врачей. Они выставляют счета за фактически оказанные услуги, независимо от их обоснованности, а плательщики (работодатели, правительство и население) их оплачивают. И что особенно важно — в системе отсутствуют сильные противовесы затратным тенденциям со стороны спроса. Ни работодатели, ни работники, как отмечалось выше, не имеют достаточной мотивации к экономии.

Подобное сочетание спроса, слабо чувствительного к стоимости медицинской помощи, и предложения, основанного на гонорарном принципе, является встроенным фактором *затратного механизма в американском здравоохранении*. Пока существует эта «гремучая смесь», затратный механизм не исчезнет. Именно это, на наш взгляд, явилось главной причиной неспособности УМП сдерживать рост затрат. Рациональные механизмы управления издержками во многом оказались заблокированными тем, что врачи не захотели нести сколько-нибудь существенные финансовые риски, связанные с оказанием медицинской помощи застрахованным, а последние негативно отреагировали на попытки рационализировать потребление медицинских услуг.

Многие американские исследователи считают, что конкуренция в американском здравоохранении имеет неверный фокус — на вариацию страховых планов, а не на конкуренцию качества услуг. Страховщики конкурируют между собой по цене страховки без объективного основания для сравнения этих цен (сопоставлять надо соотношение «цена — качество») и недостаточности информации о результатах лечения.

Признаки слабости такой конкуренции — медленное внедрение клинических руководств, основанных на эмпирически доказанных передовых методах лечения («медицины, основанной на доказательствах»), а также сохранение и даже усиление различий в методах лечения одних и тех же заболеваний в разных медицинских организациях. Господствующий гонорарный

принцип оплаты медицинской помощи формирует экономическую мотивацию медиков, далеко не всегда соответствующую клиническим рекомендациям и препятствующую унификации клинической практики [Wfennberg, et al., 2002].

Подводя итоги анализа реальных процессов в американском здравоохранении, можно утверждать, что идеи управляемой конкуренции, хотя и оказали определенное влияние на действия части работодателей и страховщиков, тем не менее в основной части оказались нереализованными. Не были созданы институциональные условия для превращения пациента в рационального потребителя, а работодателей и страховщиков — в ответственных и информированных покупателей медицинской помощи. Доминируют традиционные схемы коммерческого страхования, многократно доказавшие свою затратность. В системе оказания медицинской помощи не произошло кардинальных изменений, ориентированных на повышение эффективности использования средств.

Предложения теоретиков управляемой конкуренции — установление фиксированного размера страхового взноса и создание условий для сохранения экономии самими застрахованными, предоставление информации для рационального выбора, отказ от доминирования гонорарного принципа оплаты, стандартизация страховых пакетов, отмена налоговых льгот на ДМС, проведение активной антимонопольной политики — оказались либо совсем нереализованными, либо приняли форму отдельных фрагментов в общей нерациональной системе. Рынки медицинского страхования и медицинских услуг развиваются по инерции доминирующих ранее представлений, без серьезных попыток государства изменить их.

Авторы концепции не скрывают зависимости успеха рыночных сил от господствующей позиции политиков, работодателей и врачебного сообщества. «Если все это чрезмерно для американских работодателей и политиков, — пишет Энтохвен, — то эффективные рыночные силы никогда не будут действовать, а то, что реально действует, не будет достаточным для создания эффективной системы здравоохранения» [Enthoven, 2004. P. 26].

Общий вывод: идеи управляемой конкуренции реализовались лишь в малой мере, а старые схемы коммерческого медицинского страхования не позволили решить задачу преодоления затратного механизма американского здравоохранения.

### **3.3 Поиск новой концептуальной основы**

В 2004—2006 гг. начался новый раунд обсуждений о путях развития американского здравоохранения — на этот раз в связи с подготовкой программы Буша о преобразовании системы. Достаточно четко оформились две позиции.

Первая позиция: рынки в здравоохранении не работают, поэтому требуется существенное повышение роли государственного регулирования, а в крайнем варианте — переход на систему государственного финансирования с единым плательщиком в лице правительства (по типу той, которая существует в соседней Канаде).

Вторая позиция: рынки не работают в сложившейся институциональной среде. Если ее поменять, то можно ожидать усиления рыночного давления на поставщиков медицинских услуг и на этой основе обеспечить повышение эффективности, качества и доступности медицинской помощи.

Последняя позиция в конечном итоге оказалась доминирующей. Предложения о создании социализированной системы медицинского страхования с обязательными страховыми взносами работодателей и более высокой ответственностью государства за всеобщность гарантий были отвергнуты, поскольку они требуют повышения уровня налогообложения.

Что конкретно предлагается в рамках «позитивного» подхода? В наиболее общем виде — достаточно эклектичный набор идей модели управляемой конкуренции и вышеупомянутой «модели здравоохранения, движимой потребителем». С одной стороны, это старые идеи Энтховена о создании условий

индивидуального потребительского выбора, расширении информации для выбора, более эффективной антимонопольной политике. С другой — акцент на безграничную свободу выбора и соплатежи населения. Предлагается повысить размер фиксированной суммы, в пределах которой пациент сам оплачивает медицинскую помощь — франшизы (deductible). Расходы свыше этой суммы покрываются страховщиком. Фиксированные суммы должны устанавливаться либо за каждую услугу, либо в виде накапливаемой суммы (в ряде работ называется цифра — 1000 долл. в год). На эту сумму снижается размер страховых взносов работодателей. Часть экономии предлагается размещать на сберегательных медицинских счетах (health savings accounts), открываемых для каждого застрахованного. Пациент оплачивает медицинскую помощь с этого счета вплоть до установленной фиксированной суммы, далее вступает в действие обычный механизм страхового возмещения.

Правительство будет стимулировать повышение размера франшизы: если человек покупает страховку с франшизой не меньше 2100 долл. США в год на семью, то он может положить эквивалентную сумму средств на свой индивидуальный сберегательный счет и эти средства не облагаются налогом. Считается, что такая схема заставит потребителей критически оценивать необходимость посещения врача или дорогого исследования, а поэтому станет серьезным ограничителем затратных тенденций. В частности, делаются ссылки на исследование в Детройте, показавшее, что в 2004—2005 гг. по страховым планам с большой франшизой стоимость медицинской помощи росла в 2 раза медленней, чем в среднем по всем страховым планам [Marquez, 2006].

Меняется система налоговых льгот. Администрация Буша планирует снизить льготы для работодателей и повысить их для застрахованных, но при условии покупки ими страховых планов с высокой франшизой. Таким образом, налоговые льготы остаются, но передаются самим потребителям услуг.

Предлагается также существенно увеличить затраты государства на информационное обеспечение в целях облегчения потребительского выбора.

В рамках этого подхода не оспаривается принцип гонорарной оплаты каждой отдельной услуги, по существу отброшены идеи Энтховена о формировании интегрированных медико-страховых систем и механизмов управляемой медицинской помощи.

Одновременно объявлено о том, что оплата стационарной помощи по программе «Медикер» будет производиться за набор показателей результатов лечения. Каждая больница должна представить отчеты о результатах.

Перечисленные предложения — попытка усилить свободу действия рыночных сил. Создаются сильные стимулы для потребителей, но побудительные причины для поставщиков медицинских услуг остаются прежними. Спрос может стать более чувствительным к цене страховки, но мотивация на стороне предложения останется прежней. На наш взгляд, предлагаемые меры лишены системности в охвате всех факторов затратного механизма.

В комментариях на эти предложения пока доминирует скепсис — как в отношении возможности этой системы сдержать рост цен, так и в отношении опасности усиления неравенства в потреблении медицинской помощи.

### **3.4 Есть ли альтернатива рыночному механизму в здравоохранении США?**

Нам представляется, что такая альтернатива отсутствует. Развитие любой системы здравоохранения в значительной мере определяется сложившимися ценностями и интересами ее субъектов. Американская система традиционно ориентировалась на потребительский выбор и коммерческие интересы поставщиков медицинских услуг. Способность «организованной медицины» отстаивать свои интересы весьма значительна. Столь же значительна вера американского бизнеса в возможности действия рыночных сил. Изменить это крайне сложно.

В американском здравоохранении прослеживается движение к сетевой модели отношений, что нашло отражение в формировании интегрированных медико-страховых систем и новых механизмов УМП<sup>1</sup>. Тем не менее, судя по последним процессам реанимации наиболее простых рыночных подходов, темпы этого движения, скорее всего, будут снижаться. В обозримом будущем рыночная форма управления станет доминирующей.

Усилившееся недовольство низкой доступностью медицинской помощи для части населения, на наш взгляд, приведет к расширению государственного финансирования для обеспечения более значительного объема государственных гарантий медицинской помощи тем, кто сегодня их не имеет (45 млн незастрахованных). Однако маловероятно, чтобы реализация этих гарантий привела к огосударствлению системы финансирования и оказания медицинской помощи по типу европейских систем. Более реально сосуществование государственных программ финансирования с рынками медицинского страхования и медицинских услуг.

Но если институциональные условия функционирования рынков страховых и медицинских услуг не создадут стимулов к сдерживанию затрат, то можно ожидать девальвации дополнительных вложений государства в здравоохранение. Приток государственных денег в неэффективную систему здравоохранения даст новый импульс затратным тенденциям. Энтховен абсолютно прав в своей оценке: «Будет трагической ошибкой замкнуть общественные программы финансирования в действующую систему финансирования, основанную на гонорарном принципе оплаты и недостаточной мотивации населения к поиску более эффективных страховых планов» [Enthoven, 2004. P. 26].

Есть все основания утверждать, что развитие рынка, базирующееся на традиционных механизмах добровольного медицинского страхования, плохо сочетается с целями повышения равенства и эффективности. В пользу такого вывода свидетельствует не только американский, но и европейский опыт

<sup>1</sup> Подробней о сетевой модели отношений см. главу 5.

развития ДМС. Анализ рынков добровольного страхования в западноевропейских странах, проведенный Э. Моссиалосом и С. Томсоном, показал, с одной стороны, слабость ценовой конкуренции в силу разнородности предлагаемых пакетов услуг, с другой — отсутствие сколько-нибудь значительных рычагов рыночного давления страховщиков на медицинские организации [Mossialos, Thomson, 2004].

Опора на договорные цены медицинских услуг в ситуации слабой мотивации застрахованных к оптимизации объемов их потребления, сильных рыночных позиций поставщиков медицинских услуг и доминирования гонорарного принципа оплаты ведет к росту размера страховых премий. Что касается равенства, то оно подрывается высокими ценами страховок, их зависимостью от потребностей населения (состояния здоровья застрахованных).

Аналогичные выводы делают известные британские исследователи А. Мейнард и А. Диксон: «Мы утверждаем, что частное медицинское страхование без адекватного регулирования не может соответствовать задачам социальной политики. Но даже с жестким регулированием, этого будет недостаточно, чтобы создать эффективную и солидарную систему финансирования здравоохранения» [Maynard, Dixon, 2002. P. 109].

Предложения авторов во многом повторяют американские подходы:

- изменение фокуса регулирования от обеспечения финансовой устойчивости страховщиков к стимулированию более эффективных форм взаимодействия с медицинскими организациями с целью сдерживания затрат;
- стандартизация страховых планов для облегчения рыночного выбора;
- облегчение доступности ДМС для лиц с высокими рисками, в частности автоматическое возобновление договора для уже застрахованных;
- выравнивание рисков с помощью создания более значительных страховых пулов.

Соглашаясь с общей оценкой европейских исследователей, трудно признать правильность их конкретных предложений

по реформированию ДМС. По существу авторы предлагают использовать механизмы регулирования системы ОМС для качественно иного рынка страхования, которое построено на оценке рисков, свободном ценообразовании, менее солидарных страховых пулах и проч. Например, работодатель может обеспечить выравнивание рисков по отдельным страховым планам, предлагаемым «своим» застрахованным, но он не может сделать это для всего рынка ДМС. А это означает, что мотивация страховщиков к отбору здоровых контингентов населения сохранится. Если же в этот процесс будет вмешиваться государство, как это происходит в Германии или Нидерландах, то такая система утратит черты, свойственные коммерческому страхованию.

В США уже есть признаки понимания того, что нужна смена парадигмы финансирования здравоохранения. Предложения сторонников управляемой конкуренции отражают логику перехода от ДМС к ОМС, в частности фиксированный размер страхового взноса работодателей на стандартный пакет государственных гарантий, безусловное право выбора страховщика (безотносительно к состоянию здоровья), выравнивание условий финансирования по разным страховым планам. То есть ставится вопрос о переходе от системы, «открытой сверху», к более жесткой системе бюджетирования медицинского страхования. Фиксированные взносы работодателей станут объективным ограничителем роста затрат. В этой части рынка *неизбежно усиление государственного регулирования цен на медицинские услуги*, что коренным образом повлияет на взаимодействие страховщиков и медицинских организаций. Возрастут требования к ограничению сферы действия гонорарного принципа оплаты, который во многом является источником затратных тенденций.

В известном смысле можно говорить о конвергенции систем финансирования здравоохранения в США и европейских странах, выбравших рыночную модель ОМС. При разном соотношении принципов общественной солидарности и индивидуальной ответственности системы будут сближаться. Модель управляемой конкуренции — это попытка соединить механизмы добровольного и обязательного медицинского страхования.

Если произойдет «монетизация» льгот работников по медицинскому страхованию и сами застрахованные будут выбирать страховые планы, то система финансирования американского здравоохранения получит шансы для активизации рыночных процессов. Но в действительности эти шансы смогут реализоваться только при осуществлении комплекса предлагаемых мероприятий по формированию информированного и экономически мотивированного спроса самих застрахованных. А это долгий процесс, требующий больших затрат.

Другое условие активизации рыночных механизмов — способность государства демонополизировать больничный сектор и создать возможности для выбора больниц. В том же направлении будет происходить и сужение сферы действия гонорарного принципа оплаты врачебных услуг. Если совершится реальный сдвиг к системе ОМС, то государство сможет сильнее сфокусировать рыночные процессы на достижение приоритетных задач.

Таким образом, попытки активизировать рыночные механизмы в американском здравоохранении пока не дают желаемых результатов. Эти механизмы не доказали свою способность обеспечить более эффективное использование ресурсов и равенство в оказании медицинской помощи. Существует ряд встроенных в систему институциональных факторов ограничения эффективной конкуренции. Для их преодоления необходимо поменять базовые принципы финансирования и организации медицинской помощи.

### **Литература к главе 3**

Экономика здравоохранения: учеб. пособие / под ред. И.М. Шеймана. М.: ТЕИС, 2001.

*Bazzoly G., Brewster L., Liu G., Kuo S.* Does U.S. Hospital Capacity Need to Be Expanded? // Health Affairs, 2003. Vol. 22. N 6.

*Butler S.* A New Policy Framework for Policy Markets // Health Affairs. March/April 2004. Vol. 23. N 2.

*Cutler D.* The Cost and Financing of Health Care // The American Economic Review, 1995. Vol 85. N 2.

*Enthoven A.* Market Forces and Efficient Health Care Systems // Health Affairs. March/April 2004. Vol. 23. N 2.

*Enthoven A., Tollen L.* Competition in Health Care: It Takes Systems to Pursue Quality and Efficiency // Health Affairs. September 2005.

*Ginsburg P.* The Impact of Market Competition on Delivery System Quality and Efficiency / Presentation to AcademyHealth Annual Research Meeting. June 27, 2005.

*Kongstvedt P.* The Managed Health Care Handbook / An Aspen Publication. 2<sup>nd</sup> ed. Washington, 1995.

*Marquez P.* Is Employer-based Health Insurance Doomed to Failure? // The Economist, January 2006.

*Maynard A., Bloor K.* Managed Care: Palliative or Panacea // Occasional Papers in Health Economics. N 8. L.: Nuffield Trust, 1998.

*Maynard A., Dixon A.* Private Health Insurance and Medical Savings Accounts: Theory and Experience, in: Funding Health Care: Options for Europe / ed. by E. Mossialos. Buckingham: Open University Press, 2002.

*Mossialos E., Thomson S.* Voluntary Health Insurance / European Observatory Health Systems and Policies. WHO, 2004.

*Nichols L., Ginsburg P., Berenson R., Christanson J., Hurley R.* Are Market Forces Strong Enough To Deliver Efficient Health Care Systems? / Confidence is Waning // Health Affairs, March/April 2004. \bl. 23. N 2. OECD. Towards High-Performing Health Systems: Summary Report. Paris, 2004.

*Porter M., Teisberg E.* Redefining Competition in Health Care // Harvard Business Review, June 2004.

*Quinn K.* Dividing a Trillion-dollar Pie // Healthcare Financial Management, April 2004.

*Scanlon D., Chemew M.* Evaluating the Impact of Value-based Purchasing Initiatives: A Guide for Purchasers / US Department of Health and Human Services. Agency for Healthcare Research and Quality. Washington, 2002.

*Smith M.* Continuity of Care and Trust Among Individuals with Chronic Conditions / AcademyHealth Annual Research Meeting. Boston, June 26—28, 2005. Sourcebook on HMO Utilization Data, Washington, 1997.

*Wennberg J., Fisher E., Skinner J.* Geography and the Debate over Medicare // Health Affairs. February 13, 2002.

## **РАЗДЕЛ II**

# **РЫНОЧНЫЕ ОТНОШЕНИЯ В СИСТЕМЕ ГОСУДАРСТВЕННОГО ФИНАНСИРОВАНИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ**



## Глава 4

# КОНЦЕПТУАЛЬНАЯ ОСНОВА АКТИВИЗАЦИИ КОНКУРЕНЦИИ В ЕВРОПЕЙСКИХ СИСТЕМАХ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

В последние полтора-два десятилетия в ряде европейских стран предпринимаются энергичные попытки активизировать рынок, создать условия для конкуренции как покупателей, так и поставщиков медицинских услуг. Теоретической базой нового курса стали модели квазирыночных отношений в здравоохранении. Одновременно формируется противоположный подход с акцентом на институциональные факторы повышения эффективности функционирования здравоохранения и отводящий рынку второстепенную роль. В контексте реформы здравоохранения России интерес представляют оба теоретических подхода, равно как и практика их реализации.

### 4.1 Квазирыночные отношения в системе общественного здравоохранения

Эти отношения заметно отличаются от классической рыночной модели. По существу речь идет о *конструировании рынка с использованием некоторых инструментов предпринимательского*

поведения для обеспечения приоритетных задач политики здравоохранения. Поэтому в экономической литературе модели внутреннего рынка и регулируемой конкуренции рассматриваются как имитация рынка или как «квазирынок» [Saltman, Casten von Otter, 1992. P. 17]. Важнейшие отличительные особенности квазирыночных отношений состоят в следующем.

### ***Ограниченная роль ценового фактора***

Потребители медицинских услуг в общественных системах здравоохранения либо совсем не платят за них, либо делают фиксированные соплатежи, размер которых установлен законодательством. В этой ситуации их предпочтения реализуются финансирующей стороной — страховщиком в системе ОМС или органом государственного управления в бюджетных системах здравоохранения. Ставится задача превращения финансирующей стороны в информированного покупателя медицинской помощи, способного продуктивно использовать ресурсы здравоохранения на основе выбора наиболее эффективных звеньев оказания медицинской помощи. Но непосредственно для потребителя ценовой сигнал выражен слабо или отсутствует полностью.

### ***Ограниченное развитие коммерческого сектора***

На этом рынке действуют преимущественно некоммерческие организации, в деятельности которых относительно слабо выражены мотивы повышения доходности по сравнению с коммерческими организациями. Ставится задача расширения механизмов, свойственных коммерческому сектору, на основе расширения автономии поставщиков медицинских услуг, повышения их финансовой ответственности за результаты своей деятельности.

### ***Недостаточно развитые рынки труда и капитала***

Исходные условия рыночных реформ в большинстве европейских стран — ограниченная мобильность трудовых и инвестиционных

ресурсов. Доминирование некоммерческого сектора, слабость ценового сигнала в сочетании с действием политических факторов (трудно закрыть ненужную больницу, уволить персонал) определяют относительную устойчивость сложившейся сети медицинских организаций, меньшую гибкость трудовых ресурсов по сравнению с коммерческим сектором экономики. Ставится задача повышения мобильности ресурсов в соответствии с реальными потребительскими предпочтениями, но при сохранении ограничений, связанных с особой природой экономических отношений в здравоохранении.

### ***Конкуренция в ситуации твердого бюджета здравоохранения***

Система финансирования отрасли «закрыта сверху», в том числе в моделях ОМС, где действуют ограничения на приток средств за счет повышения страховых взносов. Государство осуществляет финансовый контроль за ресурсами здравоохранения, поэтому конкуренция поставщиков медицинских услуг с другими отраслями экономики за средства потребителей отсутствует. Эта характеристика рынка в целом не ставится под сомнение, но предполагается, что расширение потребительского выбора будет сигнализировать о реальных потребностях населения, создавая условия для более обоснованных решений в отношении масштабов и структуры финансирования отрасли.

### ***Сохранение сильного государственного регулирования системы финансирования и оказания медицинской помощи***

Элементы рыночных отношений сочетаются с сохранением государственного регулирования здравоохранения. Наиболее важные его элементы — обеспечение равенства в доступности медицинской помощи для всех групп населения, планирование сети медицинских организаций, их лицензирование и аккредитация, управление системой договорных отношений, комплекс мер по сдерживанию затрат [Шейман, 1998]. Все это

в принципе сохраняется и в моделях квазирыночных отношений, но в меньших масштабах и избирательно — в зависимости от эффективности действия рыночных механизмов.

Решающая роль в новой системе экономических отношений принадлежит коллективному покупателю медицинской помощи. Он призван оперативно реагировать на потребительский выбор и передавать сигналы поставщикам медицинских услуг. Его способность выполнять эту роль во многом определяется сложившейся структурой соответствующего рынка (рис. 4.1).



Источник. Адаптирован: Kutzin, 2001.

Рисунок 4.1. Рыночная структура покупателей медицинской помощи

Возможны рыночные структуры с одним или множеством покупателей медицинской помощи. В первом случае действует один страховщик или один орган государственного управления, который реализует функцию закупки медицинской помощи, во втором — несколько таких организаций. Они осуществляют свои операции по-разному: либо при жестком территориальном закреплении обслуживаемого населения, либо могут распространять свою деятельность на любые локальные рынки. В последнем случае возникает своя «развилка».

Первый вариант: покупатели медицинской помощи закрепляют за собой местные рынки решением правительства. Например, во Франции территориальные отделения национальной больницы кассы, выполняющей функции страховщика по ОМС, получают право на обслуживание населения соседних территорий.

Второй вариант: страховщики свободны в выборе сферы своей деятельности и могут конкурировать за потребителей. Именно этот последний вариант является главным объектом конструирования рынка. Но определенные механизмы квазирыночных отношений используются и в странах с системой одного покупателя — договорные отношения, оплата за результаты деятельности поставщиков услуг, децентрализация управления, автономия государственных медицинских учреждений.

Квазирыночные отношения реализуются в двух типах систем финансирования здравоохранения. Первый тип — в системе ОМС, основанной на конкуренции страховщиков. Этот вариант получил название *модели регулируемой конкуренции*, которая является теоретической основой рыночных реформ в европейских странах — Германии, Нидерландах, Швейцарии, Израиле<sup>1</sup>, Бельгии, Чехии, Словакии.

Второй тип — в бюджетной системе финансирования здравоохранения, основанной на разделении функций финансирования и оказания медицинской помощи. Этот вариант известен в экономической литературе как *модель внутреннего рынка*. Он стал основой рыночных реформ в Великобритании, Швеции, Италии, Финляндии.

## 4.2 Модель регулируемой конкуренции

Концептуальной основой рыночных реформ в европейских системах обязательного медицинского страхования стала мо

<sup>1</sup> Европейское бюро ВОЗ расширительно трактует рамки европейского региона, включая в него Израиль, Турцию, Казахстан и др. В данной работе принята эта трактовка, хотя она носит условный характер.

дель регулируемой конкуренции. Данная модель разрабатывалась под сильным влиянием американской концепции управляемой конкуренции. Идеи А. Энтховена и его сторонников были взяты за основу для разработки рыночных механизмов, используемых в качественно иной среде европейского здравоохранения.

В начале 1980-х годов во многих западноевропейских странах в этот период усилилось недовольство населения сложившейся системой оказания и финансирования медицинской помощи. Обострились проблемы доступности и качества медицинской помощи. Возросли сроки ожидания плановых консультаций специалистов и госпитализаций. Усилились структурные диспропорции в системе здравоохранения. Медицинские организации не имели достаточной экономической мотивации, а больничные кассы, выполняющие функции страховщиков, оказались неспособными ограничить действие затратного механизма в отрасли.

В дискуссиях о перспективах развития здравоохранения в этот период доминировала критика сложившейся системы сдерживания затрат, прежде всего практики установления твердых бюджетов медицинских организаций. В этой ситуации правительства многих европейских стран сформулировали задачу обеспечить более оперативную реакцию медицинских организаций на нужды пациентов, создать условия для повышения доступности и качества медицинской помощи.

При этом ни в одной европейской стране не был поставлен под сомнение основополагающий принцип общественной солидарности как основы функционирования систем общественного финансирования здравоохранения. Это предопределило специфику модели регулируемой конкуренции по сравнению с ее американским «оригиналом». Главная особенность данной модели состоит в поиске путей сочетания равенства в получении медицинской помощи с новыми рыночными механизмами. Многие ее положения являются попыткой ответить на главный вопрос: *как совместить конкуренцию и общественную солидарность?*

В то же время положения модели регулируемой конкуренции имеют свою достаточно выраженную специфику по отношению к другой европейской версии модели управляемой

конкуренции — концепции внутреннего рынка. Главное отличие состоит в том, что решающая роль отводится конкурирующим страховым посредникам, действующим в системе ОМС. Конкурируя между собой за привлечение застрахованных, они призваны внедрить рыночные отношения в собственно здравоохранение. В рассматриваемой далее концепции внутреннего рынка отношения рыночного типа складываются в сфере оказания медицинских услуг, а не медицинского страхования. Соответственно, основные усилия направлены на создание более конкурентной среды функционирования медицинских организаций.

Модель регулируемой конкуренции оказала наибольшее влияние на политику здравоохранения в тех европейских системах ОМС, которые исторически складывались с участием множества больничных касс (например в Германии, Нидерландах). В странах с вертикальной системой ОМС, где действует единый страховщик (например во Франции), данная модель не получила распространения.

### **Основные положения модели**

Модель регулируемой конкуренции исходит из того, что многие параметры развития здравоохранения складываются на основе действия рыночных сил, но при существенном государственном регулировании рынка. Профессор Роттердамского университета Винанд Ван де Вэн, один из главных разработчиков этой модели, дает следующее ее определение: «Регулируемая конкуренция — это свободный рынок, где ценообразование в принципе определяется рыночными силами, но в рамках нормативной базы, устанавливаемой государством в целях соблюдения принципа общественной солидарности и обеспечения эффективного функционирования рынка» [Ванде Вэн, 2004].

Можно выделить пять главных рыночных механизмов системы закупки медицинской помощи [Sheiman, Wassem, 2002].

*Расширение возможностей потребительского выбора.* Исторически европейские системы ОМС складывались как неконкурентные даже в странах с множеством больничных касс (плюралистическая

модель ОМС). Последние выступали преимущественно как профессиональные организации, реализующие социальную функцию работодателей. По мере расширения сферы действия обязательного медицинского страхования появились территориальные больничные кассы, но границы между типами страховщиков оставались достаточно жесткими. Из числа стран с плюралистической системой ОМС (много страховщиков) в начале 1980-х годов только в Германии 50% застрахованных имели право на выбор страховщика.

Модель регулируемой конкуренции исходит из того, что все застрахованные получают право на выбор. Как и в модели управляемой конкуренции, *групповой выбор работодателей уступает место индивидуальному выбору*. Для привлечения новых клиентов страховщики берут на себя многие несвойственные им ранее функции — предлагают новые услуги, создают условия для обеспечения качества медицинской помощи, стимулируют развитие видов помощи с наибольшей затратной эффективностью, обеспечивают более рациональную структуру системы здравоохранения.

Чтобы потребительский выбор реально влиял на действия страховщика и систему оказания медицинской помощи, необходимо обеспечить экономическую мотивацию застрахованного к выбору страховщика. Реально она возникает только тогда, когда застрахованный участвует в финансировании медицинского страхования, т.е. делает определенные страховые взносы в дополнение к взносам работодателя или государства, выступающих в качестве страхователей. Возможность выбора более экономичной страховой программы (страхового плана, по терминологии, принятой в США) является основой ценовой конкуренции страховщиков. Модель регулируемой конкуренции исходит из необходимости не просто ввести соучастие застрахованных, а сделать их более чувствительными к размеру страхового тарифа, т.е. повысить ценовую эластичность спроса. Таким образом, повторяются положения модели управляемой конкуренции, но уже в отношении общественной системы финансирования здравоохранения.

Ценовая конкуренция в системе ОМС возможна только в том случае, когда страховщик вправе самостоятельно устанавливать

размер страхового тарифа. Полная самостоятельность исключается солидарной природой этого вида страхования в европейских системах финансирования здравоохранения. В отличие от США, страховой взнос здесь носит обязательный характер. Государство либо устанавливает единый размер страхового взноса в виде процента от фонда оплаты труда (в большинстве стран с системами ОМС), либо допускает вариацию этого размера, но в определенных пределах, чтобы иметь возможность обеспечить выравнивание условий финансирования конкурирующих страховщиков. Например, в Германии допускается вариация взносов, но с 1996 г. действует система перераспределения поступлений из больничных касс с «хорошими» рисками в кассы с «плохими» рисками [Busse, Reisberg, 2004].

И в том и в другом случае модель регулируемой конкуренции исходит из расширения права страховщиков устанавливать размер страхового тарифа. Следовательно, первое основание для конкуренции страховщиков — это *возможность вариации цены участия застрахованных в системе ОМС*. То, что в американской системе медицинского страхования является естественным, в европейских системах ОМС выступает как серьезная новация.

Ценовая конкуренция страховщиков, в свою очередь, предполагает усиление рыночного давления на медицинские организации: страховщик не просто оплачивает их услуги, а отбирает наиболее эффективные из них, участвует в выборе наиболее рациональных форм оказания услуг, т.е. добивается оптимизации затрат, позволяющей снизить размер страхового тарифа.

Потребительский выбор определяется не только ценой, но и качеством услуг. Застрахованный заинтересован в оптимальном для себя соотношении «цена — качество». Для этого он должен иметь необходимую информацию. Сложность измерения результатов медицинской деятельности, ограниченная возможность потребителей оценивать эти результаты диктуют необходимость специальных мер по предоставлению информации для облегчения потребительского выбора. Информированный спрос является важным условием рационального выбора.

На этой основе планируется сформировать рынок ОМС и создать рыночные сигналы повышения эффективности функционирования страховщиков и медицинских организаций.

*Возможность установления дополнительных программ медицинского страхования.* Другим основанием для потребительского выбора является наличие конкурирующих программ медицинского страхования. Исторически европейские модели ОМС складывались как универсальные системы государственных гарантий — с единым пакетом медицинских услуг, предоставляемых в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования. Модель регулируемой конкуренции допускает дополнительные программы, обеспечивающие расширение гарантий в отношении видов, объемов, порядка и условий оказания медицинской помощи.

Страховщик, участвующий в реализации базовой программы ОМС, вправе участвовать в реализации дополнительных программ медицинского страхования и самостоятельно определять цену участия в них (страховой тариф по этой программе). В результате застрахованные получают реальную мотивацию к выбору страховщика. Появляется возможность сравнивать различные наборы услуг и страховые тарифы на них.

*Селективные договорные отношения между страховщиками и медицинскими организациями.* Страховщик может выбирать медицинскую организацию и вступать с ней в договорные отношения. Он вправе устанавливать свои требования к доступности, качеству, формам организации медицинской помощи и проч., рассматривая нормы, устанавливаемые государством, в качестве минимальных.

Кроме того, ставится задача *постепенного отказа от ценового регулирования*, в первую очередь на рынке врачебно-амбулаторных услуг, где сильнее выражена конкуренция. Это означает переход от исторически сложившихся тарифных соглашений, т.е. коллективных договоров ассоциаций страховщиков с ассоциациями медицинских организаций (например ассоциациями общих врачебных практик, амбулаторных специалистов, больниц), к индивидуальным договорам с отдельными медицинскими организациями. Предметом согласования, среди прочего, является цена на медицинские услуги.

В то же время государство оставляет за собой регулирование ряда наиболее важных условий договоров. Прежде всего

это касается *минимального набора услуг и стандартов качества*. Такое регулирование необходимо для того, чтобы ограничить возможное оппортунистическое поведение медицинских организаций — предложение более низкой цены за счет снижения пакета услуг и их качества [Ван де Вэн, 2004].

*Растущее значение финансовых рисков страховщиков.* По аналогии с добровольным медицинским страхованием в системе ОМС страховщики должны нести финансовые риски. Эти риски связаны с отклонениями фактических расходов на медицинскую помощь застрахованных от расходов, планируемых государством. Страховщики несут финансовую ответственность за страховое возмещение не только в пределах полученных налоговых средств, но и за счет собственных накоплений. Их неспособность уложиться в установленный порядок финансирования влечет за собой прямые экономические потери.

Предлагаются разные варианты разделения финансовых рисков (см. главу 9). Все они строятся на основе определенных договорных отношений между солидарным фондом, в котором аккумулируется часть страховых взносов застрахованных, и конкретным страховщиком. Государство устанавливает определенную пропорцию финансовых рисков, которые берут на себя страховщики и солидарный фонд.

Ответственность за финансовые риски является сильным фактором оптимизации издержек на оказание медицинской помощи. Индифферентный транслятор средств ОМС уступает место рациональному покупателю медицинской помощи, который определяет зоны неэффективности в здравоохранении и предпринимает меры по их ликвидации [Van de Ven, 1990].

*Меры по демополизации рынка медицинского страхования.* Подчеркивается необходимость отказа от картельных соглашений страховщиков, т.е. их коллективных соглашений в отношении тарифов, порядка оказания медицинской помощи, набора услуг и проч. Каждый страховщик выступает в качестве самостоятельного субъекта рыночных отношений и напрямую взаимодействует с медицинскими организациями, согласовывая с ними главные параметры оказания медицинской помощи застрахованным. Считается, что коллективное регулирование рынка медицинского

страхования противоречит принципу рыночного выбора и свободного ценообразования, поэтому влечет за собой консервацию неэффективности в системе оказания медицинской помощи [Schut, Van de Ven, 2005].

Таким образом, модель ОМС постепенно «дрейфует» в сторону модели добровольного медицинского страхования — при сильном регулирующем воздействии государства. Напомним, что в рамках модели управляемой конкуренции в США планируется начать противоположный процесс — от ДМС к ОМС. Разные стартовые позиции формирования регулируемого рынка медицинского страхования в США и Европе определяют и разный вектор преобразований.

Использование перечисленных рыночных механизмов, по замыслу авторов модели, позволят, во-первых, существенно ограничить сферу государственной политики сдерживания затрат, во-вторых, постепенно вытеснить государство из области закупки медицинской помощи. Главными покупателями станут страховщики, причем не их объединение (картель), а отдельные больничные кассы. Практически это означает, что *страховщики берут на себя весь широкий круг функций по планированию и организации медицинской помощи застрахованным*. Это предложение поступило от сторонников регулируемой конкуренции в Нидерландах [Ван де Вэн, 2004], в других странах оно в явной форме не артикулировалось.

Первые выступления идеологов рыночной реформы в Нидерландах призывали к тому, чтобы сфера государственного планирования ограничивалась стационарной помощью третичного уровня. Вся амбулаторная помощь и основная часть стационарной планируется самими страховщиками на основе рыночных сигналов, исходящих от самих застрахованных [Van de Ven, 1990].

Подчеркивая важность конкуренции страховщиков (прежде всего ценовой), авторы модели регулируемой конкуренции признают, что решающим фактором активизации рыночных сил является конкурентная среда в системе оказания медицинской помощи. Ее надо целенаправленно формировать, и роль страховщиков при этом решающая.

Как и в США, допускается формирование интегрированных медико-страховых систем, конкурирующих между собой

за застрахованных. Методы управляемой медицинской помощи актуальны и для европейских систем, но в значительно меньшей мере. Большинство механизмов УМП здесь традиционно используется органами государственного управления здравоохранением, например, планирование объемов медицинской помощи и сети медицинских организаций, регулирование направлений больных с одного этапа на другой. Ограничения на выбор медицинских организаций — актуальные для американских условий затратного здравоохранения — в Европе оказались менее актуальными, прежде всего в силу того, что они уже существуют в той или иной мере. Поэтому модель регулируемой конкуренции отводит значительно более скромное место мерам по совершенствованию организации медицинской помощи.

### **Условия обеспечения эффективной конкуренции**

Предлагая новые механизмы формирования рынка ОМС, сторонники модели регулируемой конкуренции отдают себе отчет в том, что рыночные механизмы могут вступать в противоречие с целями государственной политики обеспечения равенства и доступности медицинского страхования и медицинской помощи для всех граждан. Государство в новой модели обязано сохранить сложившуюся систему государственных гарантий. Более того, в ряде европейских стран рыночные реформы сопровождались расширением этих гарантий. Например, в Нидерландах в начале 1990-х годов был взят курс на преобразование отдельных программ обязательного медицинского страхования в универсальную систему государственных гарантий — общую для всего населения.

Необходимость государственного регулирования для обеспечения солидарности в системах ОМС связано с двумя главными обстоятельствами. Во-первых, необходимо учитывать, что *потребность в медицинской помощи складывается крайне неравномерно по отдельным группам населения*. Относительно небольшая доля населения, прежде всего старики, дети, инвалиды, являются главными потребителями медицинских услуг.

Например, во Франции на 5% населения приходится 51% совокупных затрат, на 10% — 64% расходов [Kutzin, 2001].

Подобная неравномерность в распределении потребности в медицинской помощи существенно ограничивает возможности вариации размера страхового взноса в системе ОМС. Ценовой сигнал, несомненно, нужен, но он не должен быть настолько сильным, чтобы отсечь от системы государственных гарантий наиболее нуждающуюся часть населения. Объем услуг не может определяться уровнем платежеспособности человека. Данный фундаментальный принцип систем общественного финансирования заставляет государство устанавливать такие формы участия застрахованных в системе ОМС, которые бы формировали их экономическую мотивацию, но не ограничивали доступность медицинской помощи для лиц с наибольшими потребностями в ней. Это предполагает создание развитой системы субсидирования расходов различных групп застрахованных.

Соответственно, возможности построения системы медицинского страхования, «движимой решениями потребителей», в европейских странах значительно ниже, чем в США. Границы вариации страховых тарифов здесь, очевидно, более ограничены.

Во-вторых, в модели, основанной на индивидуальном выборе страховщика, *повышается экономическая мотивация страховщиков к селекции рисков*. Эта проблема в европейских странах стоит значительно острее, чем в США — опять же в силу иных базовых ценностей в сфере здравоохранения. Если не принять необходимых регулирующих мер, то конкуренция страховщиков станет серьезным фактором «эрозии общественной солидарности» [European Health Care Reform, 1997. P. 39–42].

Важно также учитывать, что в странах, где исторически допускалась вариация страхового взноса (в Израиле, Германии и Швейцарии), действует законодательно установленный верхний предел его размера, что облегчает выравнивание условий финансирования отдельных больничных касс. Чем меньше разброс размера страхового взноса, тем легче перераспределить поступления в целях обеспечения общественной солидарности. Однако одновременно возникает другая проблема: наличие такого предела существенно ограничивает возможность конкурирующих страховщиков

перекладывать «плохие» риски на страхователей, а следовательно усиливает мотивацию к отбору застрахованных.

Характерно высказывание в отношении мотивации к селекции в Израиле: «Для больничной кассы равносильно самоубийству получить репутацию организации, предоставляющей самую лучшую помощь для лиц с хроническими заболеваниями, поскольку она не может поднять страховой взнос. Эта касса станет привлекательной для лиц, которые с высокой степенью вероятности будут генерировать больше затрат, чем поступлений» [Van de Ven et al., 2003. P. 80].

Как и в модели управляемой конкуренции, предлагается набор требований, направленных на обеспечение равенства застрахованных (обязанность приема к страхованию всех граждан, процедура свободной приписки, запрет на индивидуальные проверки состояния здоровья и проч.). Кроме того, предусматривается установление единого страхового тарифа, общего для всех застрахованных, выбравших определенного страховщика.

С учетом особой важности обеспечения общественной солидарности модель регулируемой конкуренции отводит особую роль системе выравнивания финансовых рисков страховщиков с помощью перераспределения поступлений, осуществляемых на основе максимально точной формулы выравнивания. Концептуальные подходы к построению этой формулы являются неотъемлемой частью данной модели (см. главу 9).

Как и в США, в формировании рынка значительная роль отводится мерам по облегчению потребительского выбора, прежде всего обеспечению застрахованных информацией о цене и качестве медицинских услуг в разрезе отдельных страховщиков и медицинских организаций.

Кроме того, ставится задача построения системы измерения качества медицинской помощи для включения соответствующих показателей в договоры между страховщиками и медицинскими организациями и стимулирования на этой основе конкуренции по параметрам качества [Schut, Van de Ven, 2005].

Практическая реализация модели регулируемой конкуренции рассматривается на примере Нидерландов (глава 8).

### 4.3. Объединение рынков обязательного медицинского страхования

Модель регулируемой конкуренции предусматривает дополнительные пакеты медицинской помощи. Потребитель выбирает страховщика не только по базовой программе ОМС, но и по условиям дополнительного страхования. Последнее может существовать в двух основных формах: а) государственных дополнительных программ дополнительного страхования (такие программы существуют, например, в Израиле), б) добровольного медицинского страхования. В обоих случаях страховщики предлагают единый пакет медицинского страхования, т.е. рынки ОМС и ДМС интегрируются в один объединенный рынок ОМС-ДМС.

В России действующий закон «О медицинском страховании» исключает объединение ОМС и ДМС, соответствующие страховые программы разведены по страховщикам и не могут реализоваться одним страховщиком. Такое разделение вплоть до последнего времени существовало и в большинстве западноевропейских стран (например в Германии), но в последние годы оно было упразднено в рамках общей стратегии активизации рыночных механизмов в медицинском страховании и в системе здравоохранения. Аналогичные изменения обсуждаются и в России в рамках подготовки реформы обязательного медицинского страхования [Слепнев и др., 2005].

Существует необходимость в теоретическом осмыслении проблемы потребительского выбора в ситуации «пакетного» страхования. Ключевые вопросы: 1) какие факторы определяют потребительский выбор объединенных пакетов услуг? 2) как такое объединение может повлиять на поведение потребителей услуг медицинского страхования?

Ответы на поставленные вопросы предполагают моделирование потребительского поведения в ситуации объединения ОМС и ДМС. Обильная литература по рыночным реформам, как ни странно, практически не касается теоретических аспектов этого объединения. Единственная известная нам работа,

затрагивающая эти вопросы, — исследование группы западно-европейских авторов по потребительской мобильности на рынках ОМС в пяти европейских странах [Laske-Aldershof et al., 2004]. В ней содержится анализ большого эмпирического материала по каждой стране (см. главу 6). Используемый формат сравнения, на наш взгляд, может служить отправной точкой для теоретического осмысления поставленных вопросов. Для этого представленные в работе факторы были перегруппированы и дополнены факторами, имеющими значение в специфическом контексте системы ОМС в России.

Можно выделить 4 группы факторов, определяющих потребительскую мобильность на объединенном рынке ОМС и ДМС.

1. *Основания для выбора* — какие конкретно параметры определяют потребительский выбор на объединенном рынке.

2. *Рыночная структура* — какие субъекты действуют на этом рынке и какова их рыночная сила.

3. *Институциональные условия потребительского выбора* — как он организован и какова мотивация важнейших субъектов медицинского страхования, способная деформировать условия выбора.

4. *Издержки выбора* — что сдерживает возможности потребительского выбора.

Выделение этих четырех групп факторов, на наш взгляд, достаточно полно отражает условия потребительского выбора и конкуренции. Рассмотрим каждую из них.

## **Основания для выбора**

*Ставка страхового тарифа.* Как отмечалось ранее, рыночная модель медицинского страхования имеет наибольший потенциал, когда потребитель получает возможность индивидуального выбора и при этом имеет достаточную мотивацию к поиску рационального сочетания размера страхового тарифа и пакета медицинских услуг, на получение которых он имеет право. Такой выбор возможен только в ситуации, когда страховщик получают право на установление страхового тарифа, который

объединяет страховой взнос на ОМС (в том числе и ту его часть, которая по закону должна оплачиваться самим застрахованным) и страховую премию по ДМС — в расчете на риски по программам дополнительного медицинского страхования. Уровень совокупной цены пакета основных и дополнительных услуг и является основанием для потребительского выбора и конкуренции страховщиков. Она служит сигналом для застрахованных. Ценовая конкуренция состоит в том, что выигрывают те страховщики, которые лучше работают с медицинскими организациями, оптимизируют структуру оказания медицинской помощи и поэтому могут снизить размер ставки страхового взноса.

Участие населения в формировании средств объединенной программы ОМС-ДМС имеет целью изменить соотношение между солидарной и личной оплатой медицинской помощи. Формальные и неформальные платежи за медицинские услуги постепенно уступают место солидарным, а значит более доступным формам оплаты медицинской помощи — через ДМС. Одновременно решается задача повышения уровня регулирования личных платежей населения. В ситуации здравоохранения России эти платежи часто замещают государственные гарантии, не гарантируют качества медицинской помощи, а иногда искусственно поддерживают излишние мощности медицинских организаций [Шейман, 2007]. В такой системе отношений общие поступления страховщиков складываются из средств, получаемых от центрального фонда ОМС (солидарная часть), и совокупности страховых премий по ДМС (личная часть).

*Размер пакета гарантий.* Этот пакет включает обязательства страховщиков по ОМС и ДМС. Реальный выбор такого пакета возможен только в ситуации объединения этих обязательств в руках одного страховщика. Такое объединение диктуется также организационно-технологическими факторами повышения комплексности оказания медицинской помощи: исчезает ненужное дублирование, обеспечивается преемственность медицинской помощи по двум программам. В такой концептуальной конструкции базовая программа ОМС может объединяться с разными страховыми планами ДМС, но в совокупности

они представляют собой определенный страховой продукт, параметры которого различаются по отдельным участникам страхового рынка.

*Размер соплатежа в момент потребления.* В развитых системах ОМС общепринятой практикой является законодательное установление размера соплатежа в момент потребления (например, начиная с 2004 г. в Германии действует соплатеж за оказанную амбулаторную помощь в размере 10 евро, столько же за один день госпитализации). Страховые планы ДМС также устанавливают различные варианты соплатежей (франшиза, сострахование и проч.). В системе ОМС-ДМС может устанавливаться единый размер соплатежа по всем видам медицинской помощи, включенным в объединенный пакет страховых гарантий. Другой вариант — установление отдельных соплатежей по основной и дополнительной программам. Страховщик вправе назначать более низкий размер соплатежа по сравнению с установленным законом по основной программе. Ценовая конкуренция возникает в силу различной способности отдельных страховщиков снижать размер личного участия застрахованных в оплате медицинской помощи.

Российским законодательством соплатеж в системе ОМС не предусмотрен, но по ДМС он реально используется (например в варианте франшизы). Соответственно, при объединении двух видов медицинского страхования соплатеж будет возможен. Его размер станет дополнительным фактором потребительского выбора.

*Возможность выбора поставщика медицинских услуг в объединенной программе ОМС-ДМС.* Такая возможность возникает в нескольких случаях. Во-первых, в ситуации ограничений на выбор, существующих в системе ОМС. Например, право на получение консультаций специалистов возникает только при условии направления врача первичного звена (врач общей практики выступает в роли «привратника» в системе специализированной помощи). Дополнительная программа может снять это ограничение и застрахованные будут напрямую обращаться к специалистам.

Во-вторых, возможен вариант ничем не ограниченного выбора поставщиков услуг в определенной местности по сравнению

с вариантом, предусмотренным базовой программой ОМС, — только те поставщики, с которыми заключен договор. Например, объединенная программа предусматривает оказание услуг в частных или «элитных» медицинских организациях, недоступных по программе ОМС. И наоборот: возможны еще более жесткие ограничения на выбор поставщиков — формирование замкнутых систем медицинских организаций и введение процедур санкционирования получения наиболее дорогостоящих видов медицинских вмешательств. В этом случае страховщик заключает договоры только с группой поставщиков услуг — действует принцип селективных договорных отношений. Подобные ограничения позволяют страховщикам предлагать страховой план с более низким размером страховой премии.

*Качество медицинских услуг.* Этот параметр потребительского выбора имеет решающее значение. Однако на практике выбор страховщика по параметру качества медицинских услуг возможен только при условии формирования замкнутых систем оказания медицинской помощи. Их сравнение по установленному набору показателей является основой выбора. Как отмечалось выше, это предполагает сбор и распространение большого объема информации.

Потребительская мобильность зависит от *степени вариации* всех параметров. Если она невелика, например в силу устанавливаемых ограничений государства, то основания для выбора становятся формальными. Если вариация существует, но потребитель не может рационально ее оценивать, то результат может быть таким же.

## **Рыночная структура объединенного рынка ОМС-ДМС**

*Степень концентрации рынка.* Определяется долей нескольких крупнейших страховщиков на территориальных рынках медицинского страхования. Чем она выше, тем меньше возможности потребительского выбора.

*Свобода входа-выхода страховщиков.* При свободном входе страховщиков на рынок при прочих равных условиях появляются

дополнительные возможности выбора и снижается рыночная сила действующих страховщиков. Государство устанавливает требования к уставному капиталу страховщиков и другим параметрам их деятельности, имея в виду обеспечение ее устойчивости. Одновременно государство поддерживает страховщиков в системе ОМС, беря на себя часть страховых рисков. Устойчивость состава страховщиков в системе ОМС определяется также историческими традициями: в большинстве европейских стран даже с конкурентной моделью ОМС действуют уже сложившиеся больничные кассы. Состав участников объединенного рынка ОМС-ДМС определяется государственным регулированием.

*Степень развития картельных соглашений.* Потребительская мобильность возрастает в ситуации реальной вариации размера страховых тарифов и прочих параметров выбора. Если же страховщики сообща определяют эти параметры, то право выбора становится формальным. В частности, если тарифы на медицинские услуги устанавливаются коллективными соглашениями между ассоциациями страховщиков и поставщиков медицинских услуг (как это происходит в России и ряде других стран с конкурентной моделью ОМС), то возможности вариации страховых тарифов будут ограничиваться, а потребительская мобильность снижаться.

## **Институциональные условия потребительского выбора**

*Возможность и частота регистрации в выбранной страховой организации.* При объединении ОМС и ДМС такая возможность должна быть обязательной. Частота смены страховщика определяется, как минимум, двумя факторами. Во-первых, вероятностью неблагоприятного отбора. Для ее снижения устанавливается более значительный срок перерегистрации в другой страховой организации: застрахованный оказывается «замкнутым» в своей организации и не может в пределах установленного срока поменять страховщика и страховой план. Во-вторых, частотой изменения страхового тарифа по объединенному пакету

страхования. Чем она выше, тем больше оснований у застрахованных требовать возможности выхода из страхового плана и перерегистрации. Возможно сочетание продолжительных сроков регистрации (например раз в год) с правом перерегистрации при изменении ставки страхового тарифа.

*Уровень финансовых рисков страховщиков.* Как отмечалось выше, в конкурентных моделях ОМС страховщики несут риски, связанные с отклонениями фактических затрат на медицинскую помощь от плановых. Показателем конкурентоспособности рынка является доля финансовой ответственности страховщиков за эти отклонения. В объединенной системе ОМС-ДМС к ней добавляются обычные риски страховщиков, связанные с обязательствами по страховым планам коммерческого страхования. Суммарные риски определяют возможности потребительского выбора. Чем выше доля финансовой ответственности страховщика, тем более важным для него становится выбор состава застрахованных. В этой ситуации сознательно снижаются возможности выбора «плохих» рисков и, наоборот, расширяется сфера потребительского выбора «хороших» рисков. Другими словами, в ситуации высоких финансовых рисков страховщиков усиливается селективный отбор здоровых контингентов населения. Формально больной человек может иметь право на выбор страховщика, но реально такой выбор может быть ограничен комплексом специальных мероприятий.

*Качество выравнивания финансовых рисков страховщиков.* Селекция рисков и связанное с ней ограничение потребительской мобильности застрахованных может сдерживаться путем системы выравнивания финансовых рисков страховщиков — введением коэффициентов, отражающих вариацию в ожидаемых расходах различных групп рисков на медицинскую помощь. Государство при этом устанавливает правила выравнивания — через центральные фонды ОМС (Нидерланды, Россия) или путем обязательного перераспределения страховых взносов между страховыми фондами (Германия). Общее правило таково: чем выше качество этого выравнивания, т.е. чем выше степень предсказуемости расходов страховщиков, тем шире

возможности потребительского выбора. При идеальной формуле выравнивания, способной полностью уловить вариацию ожидаемых расходов различных групп застрахованных, страховщикам выгодно привлекать любого человека, независимо от его ожидаемых расходов. В реальной жизни это невозможно, поэтому уровень потребительской мобильности зависит от точности формулы выравнивания.

*Возможность маркетинговых стратегий, ориентированных на группы населения с низкими рисками.* Если законодательство допускает такие стратегии, то при прочих равных условиях (степени финансовых рисков и качестве выравнивания финансирования страховщиков) повышается потребительская мобильность групп населения с низкими рисками. Они учитывают предлагаемые улучшения условий страхования, прежде всего размер страхового взноса и пакет услуг, ориентированный преимущественно на молодых и здоровых (например дополнительная пренатальная помощь, родовспоможение в лучших условиях) и больше склонны к смене страховщика.

*Финансовые стимулы работодателей.* При коллективном страховании (страховщика и страховой план выбирает сам работодатель) возможности потребительской мобильности ограничиваются теми случаями, когда работодатель принимает решение о смене страховщика для всех застрахованных. Более низкий страховой тариф — важный фактор принятия такого решения. Если допускается индивидуальный выбор, то работодатель также заинтересован в более дешевых страховых планах, поскольку участвует в формировании средств ОМС и платит определенную часть страховой премии по ДМС. Чем выше ставка страхового взноса и доля уплачиваемая работодателем, тем больше заинтересованность в рациональном выборе работников — работодатели будут поощрять выбор.

*Порядок оценки рисков.* Если по ДМС используется процедура оценки индивидуальных рисков и размер страхового тарифа устанавливается на индивидуальной основе, то это создает разную мотивацию групп рисков к смене страховщика на объединенном рынке ОМС-ДМС. Лица с высокими рисками, скорее всего, не будут заинтересованы в такой смене. Во-первых,

они теряют накопленные льготы по ДМС в своей компании, например автоматическую возобновляемость страхования по истечению срока договора. Во-вторых, велика вероятность того, что при индивидуальной оценке здоровья в новой компании они будут вынуждены платить больше. И наоборот: молодые и здоровые будут выигрывать от процедуры индивидуальной оценки рисков (в другой компании объединенный пакет ОМС и ДМС может стоить меньше).

*Наличие информации для потребительского выбора.* Наиболее важные условия повышения потребительской мобильности — наличие информации о ставках страховых тарифов, составе медицинских организаций по ОМС-ДМС, качестве медицинских услуг по страховому плану.

## **Издержки выбора**

*Издержки поиска.* Они выше при более высокой степени дифференциации страхового продукта ставки страхового тарифа и вариации других оснований для потребительского выбора. Потребитель получает возможность сравнивать большее число вариантов, а это требует затрат времени.

*Степень сложности процедуры перерегистрации.* Потребительская мобильность может снизиться, если она предполагает сложную бюрократическую процедуру перерегистрации в другой страховой организации.

*Необходимость смены поставщиков услуг в связи со сменой страховщика.* Если новый страховщик не заключил договор с медицинской организацией, в которой застрахованный получает лечение, то его заинтересованность в перерегистрации снижается.

*Риск менее благоприятных условий дополнительного страхования.* Такой риск возникает чаще всего в тех случаях, когда по ДМС используются стандартные ставки. Страховщикам невыгодно принимать «плохие» риски даже при хорошей процедуре выравнивания по ОМС. Взяв в свое ведение пожилого человека по ОМС в момент перерегистрации, они вынуждены нести большие расходы по ДМС. С другой стороны, и обладатели льготы по ДМС.

Совокупность представленных факторов определяет условия потребительской мобильности и конкуренции на объединенном рынке ОМС-ДМС. Их относительное значение может различаться в зависимости от сложившейся организации ОМС и ДМС, порядка взаимодействия с медицинскими организациями, уже накопленного опыта смены страховщиков и склонности застрахованных к выбору.

#### **4.4 Концепция внутреннего рынка**

Концептуальной основой рыночных реформ в странах с бюджетной системой финансирования является модель внутреннего рынка. Она была сформулирована в конце 1980-х годов как реакция на те же негативные процессы, которые наметились в странах со страховой моделью финансирования здравоохранения. Безусловным лидером в реализации этой модели стала Великобритания, где в 1991 г. началась реформа Национальной службы здравоохранения (НСЗ). Предложенные рыночные механизмы в той или иной мере используются также в Швеции, Финляндии, Испании, Италии.

Как и модель регулируемой конкуренции, модель внутреннего рынка складывалась под сильным влиянием американских идей управляемой конкуренции. Наиболее серьезные исследования на эту тему опирались на теорию и практику модификации рынков медицинских и страховых услуг в США [Culier, Posnett, 1990; Maupard, Bloor, 1998]. В начале 1990-х годов А. Энтховен выступал в качестве главного зарубежного консультанта реформы НСЗ Великобритании (его до сих пор считают ее «крестным отцом»). Тем не менее, логика реформы в качественно иной среде государственной системы здравоохранения обусловила необходимость серьезной корректировки

модели управляемой конкуренции. В конечном варианте модель внутреннего рынка носит самостоятельный характер.

Главная цель модели внутреннего рынка — использование элементов рыночных отношений во взаимодействии между финансирующей стороной и медицинскими организациями. Государство децентрализует принятие решений о распределении ресурсов, осуществляя «частичную замену бюрократических административных механизмов стимулами, определяемыми рынком» [Saltman, Von Otter, 1992. P. 17].

Эти рыночные отношения возникают внутри сложившейся системы финансирования общественного здравоохранения, поэтому получили название «внутреннего рынка». Причем с самого начала идеологи реформы подчеркивали, что новая система экономических отношений далека от рыночной модели, действующей в большинстве отраслей хозяйства. В связи с этим в экономической литературе модель внутреннего рынка рассматривается как его имитация или как «квазирынок» — в значительной мере, чем модель регулируемого рынка.

Модель внутреннего рынка отличается не только от «настоящего» рынка, но и от других рыночных моделей здравоохранения. Прежде всего, в ней не предусматривается конкуренция покупателей медицинской помощи, что вытекает из самой системы бюджетного финансирования отрасли: здесь отсутствует «третья сторона» в виде конкурирующих страховщиков.

Кроме того, в модели внутреннего рынка уже заметен набор параметров потребительского выбора. Данная модель разрабатывалась преимущественно для систем бюджетного финансирования Великобритании и скандинавских стран, где подавляющая часть медицинской помощи оказывается на бесплатной основе и роль ценового сигнала для потребителей услуг практически отсутствует. Вопрос о расширении элементов платности медицинской помощи практически не поднимался в силу господствующих эгалитарных ценностей в сфере здравоохранения. Соответственно не ставилась задача формирования экономически мотивированного потребительского выбора.

В этих странах действует универсальная система государственных гарантий, поэтому отсутствуют возможности потребительского

выбора на основе разных пакетов медицинских услуг. В результате выбор в модели внутреннего рынка ограничен параметрами качества и физической доступности медицинской помощи. Население выбирает медицинские организации, в наибольшей мере соответствующие их ожиданиям, оставаясь при этом «нечувствительными» к цене услуги.

Важно также учитывать, что в Великобритании и других странах с бюджетной системой здравоохранения в отличие от европейских систем ОМС традиционно господствовала система административных отношений между правительством и медицинскими организациями. Подавляющая часть больниц находится в государственной собственности (в западноевропейских системах ОМС доминируют частные больницы, прежде всего некоммерческие). В течение десятилетий полностью отсутствовали договорные отношения, больницы напрямую управлялись региональными и местными органами здравоохранения. В 1970–1980-е годы важную роль в политике здравоохранения играли методы сдерживания затрат с акцентом на планирование сети медицинских организаций — централизованное (в Великобритании) или региональное (в скандинавских странах). Большое внимание уделялось вопросам установления целевых показателей деятельности национального и регионального здравоохранения с хорошо налаженным их мониторингом. В то же время сектор первичной медицинской помощи традиционно опирался на независимые врачебные практики (частные или муниципальные), действующие по договорам с местными органами управления.

Центральная идея модели внутреннего рынка — *разделение функций финансирования и оказания медицинской помощи (purchaser/provider split)*. Суть этого подхода сводится к следующему.

Во-первых, прямое подчинение медицинских организаций органу управления здравоохранением уступает место их взаимодействию на основе рыночной сделки и гражданско-правовых отношений. Отношения прямого административного подчинения заменяются договорными отношениями между покупателем и поставщиком медицинской помощи: первый

выступает в роли заказчика, второй — в роли исполнителя. Основой взаимодействия между ними является договор, определяющий объем, качество, цену медицинских услуг, а также взаимные обязательства по их выполнению.

Во-вторых, утверждается принцип «деньги следуют за пациентом». Население может выбирать медицинские организации для получения медицинской помощи. Выбор потребителей является главным источником информации для покупателя медицинской помощи. Средства направляются в медицинские организации, в наибольшей мере отвечающие потребительским предпочтениям. Покупатель медицинской помощи не связан обязательствами приобретать всю необходимую медицинскую помощь в своем административном районе и вправе вступать в договорные отношения с любыми другими поставщиками услуг, в том числе частными.

В-третьих, покупатель медицинской помощи оплачивает не ресурсы, а конечные результаты деятельности медиков — объем медицинских услуг, соответствующих установленным стандартам качества.

Разделение функций финансирования и оказания медицинской помощи закладывает возможность создания конкурентного рынка. Хотя такое разделение может осуществляться и в нерыночной среде, первые теоретические обоснования внутреннего рынка исходили из того, что новая система отношений должна способствовать конкуренции. Конкуренция медицинских организаций возникает в результате конкурсного размещения заказа на оказание медицинской помощи. Отсутствие прямых обязательств содержания определенной государственной больницы может привести к передаче заказа другой больнице. Эта потенциальная угроза формулируется как «состязательные» рынки (*contestable markets*) и служит формой давления на поставщиков медицинских услуг [Savas, 2000. P. 7].

В системе отношений, основанной на разделении функций финансирования и оказания медицинской помощи, орган государственного управления освобождается от представительства интересов медицинских организаций и является покупателем

медицинской помощи в интересах населения. На первый план выступают функции определения потребностей населения, формирования приоритетов, поиск наиболее эффективных вариантов использования имеющихся ресурсов.

Важное условие реализации функции закупки медицинской помощи — *хозяйственная самостоятельность медицинских организаций*. Модель внутреннего рынка исходит из необходимости существенного преобразования организационно-правовой формы медицинских организаций, прежде всего государственных больниц, исторически сложившихся как бюджетные учреждения, непосредственно управляемые правительством. Больницы остаются в собственности государства, но приобретают значительную автономию. В частности, в Великобритании они приобрели статус больничных трастов НСЗ — самоуправляемых организаций, осуществляющих управление имуществом государства на основе договоров доверительного управления.

Эти трасты обладают значительной управленческой автономией, в частности могут распоряжаться собственным имуществом (продавать, сдавать и брать в аренду), определять условия найма и оплаты труда, ограничивать свои обязательства перед районами своего расположения и проч. Их доход формируется только на основе поступлений по договорам, прежде всего с органами управления здравоохранением. При этом правительство сохраняет за собой многие стратегические рычаги контроля за деятельностью трастов.

Таким образом, концептуальной основой активизации конкуренции в здравоохранении стала модель квазирыночных отношений в двух ее главных вариантах — регулируемой конкуренции и внутреннего рынка. Отражая особенности экономических отношений в системах обязательного медицинского страхования и бюджетного финансирования, в этих теоретических концепциях акцент сделан на стимулирование потребительского выбора, новую роль финансирующей стороны как информированного покупателя медицинской помощи, новые формы ее взаимодействия с поставщиками медицинских услуг. Логика модели регулируемой конкуренции развивается в направлении объединения рынков ОМС и дополнительных страховых

программ. Это объединение возможно при наличии достаточных оснований для выбора страховых программ, адекватных институциональных условий и конкурентной рыночной структуры объединенного рынка и приемлемых издержек выбора.

Как будет показано в последующих главах, реальные процессы реализации этих моделей оказались весьма конфликтными. Сочетание встроенных факторов, ограничивающих формирование рынков, и изменение политической ситуации в ряде стран с рыночными моделями здравоохранения (например в Великобритании) привели к пересмотру многих положений этих моделей. Возникает необходимость в поиске альтернативы рыночным моделям.

Теоретические аспекты новой парадигмы экономических отношений в здравоохранении рассматриваются в следующей главе.

#### **Литература к главе 4**

*Van de Вэн В.* Реформы системы здравоохранения Нидерландов за последние 15 лет: Презентации 1 и 2 / Материалы совместного семинара Правительства РФ и Всемирного банка по вопросам здравоохранения. Москва, 20 декабря 2004 г.

*Слепнев А.А., Шевский В.И., Шейман КМ., Шишкин С.В.* Реформа здравоохранения: трудный поиск решений // Менеджер здравоохранения, 2004. М> 11.

*Шейман И.М.* Реформа управления и финансирования здравоохранения. М.: Русь, 1998.

*Шейман И. М.* Платные медицинские услуги или фиксированные соплатежи населения? // Здравоохранение, 2007. № 4.

*Busse R., Reisberg D.* Health Care Systems in Transition // WHO Health Systems Observatory. Germany, Copenhagen, 2004.

*Culier A., Posnett J.* Hospital Behavior and Competition, *in*: Competition in Health Care / Reforming the NHS. L.: Macmillan Press, 1990.

European Health Care Reform. Analysis of Current Strategies / ed. and writ, by R. Saltman, J. Figueras // WHO Regional Publications. European Series. Copenhagen, 1997. N 72.

*Kutzin J.* A Descriptive Framework for Country-Level Analysis of Health Care Financing Arrangements // Health Policy, 2001. N 56 (3).

*Laske-Aldershof F., Shut E., Bech K., Greb S., Shmueli A., Van de Voorde C.* Consumer Mobility in Social Health Insurance Markets. A Five-country Comparison // Applied Health Economics and Health Policy, 2004. N 3 (4).

*Maynard A., Bloor K.* Managed Care: Palliative or Panacea // Occasional Papers in Health Economics. N 8. L.: Nuffield Trust, 1998.

*Saltman R., Richard B., Von Otter C.* Planned Markets and Public Competition. Buckingham, Philadelphia: Open University Press, 1992.

*Savas S.* Methodology for Analysing Contracting Health Care // WHO. Copenhagen, 2000.

*Schut F, Van de Ven W.* Rationing and Competition in the Dutch Health Care System // Health Economics, 2005. N 14.

*Sheiman I., Wasseem J.* Regulating the Entrepreneurial Behaviour of Third-party Payers, in: Regulating Entrepreneurial Behavior in European Health Care Systems / ed. by R. Saltman, R. Busse, E. Mossialos. Open University Press, 2002.

*Van de Ven W.* From Regulated Control to Regulated Competition in the Dutch Health Care System // European Economic Review, 1990. N 34.

*Van de Ven W., Beck K., Bucher F., Chemichovs/cy D., Gardial J., Holl A., Labe rL., Schokkaer E., Wasseem J., Zmora J.* Risk Adjustment and Risk Selection on the Sickness Fund Uninsurance Market in Five European Countries // Health Policy, 2003. N 65.

## **Глава 5**

# **НЕОИНСТИТУЦИОНАЛЬНАЯ ТЕОРИЯ: РЫНОК ИЛИ СЕТЕВАЯ МОДЕЛЬ?**

Первые подходы к рыночным реформам в здравоохранении основывались на постулатах неоклассической теории. Повышение роли потребительского выбора, усиление конкуренции, конструирование квазирыночных отношений в бюджетных системах финансирования — все это было попыткой адаптировать традиционные рыночные модели к специфическим условиям общественного здравоохранения. Однако по мере реализации новых подходов обнаружилось, что традиционная система взглядов не отражает ряд важных процессов. Характер взаимодействия между покупателями и поставщиками медицинских услуг, поведение потребителей, мотивация врачей оказались намного сложнее, чем это вытекает из рыночных моделей. Появилась необходимость в анализе институциональных условий возникающих отношений. Теоретико-методологической основой нового подхода стала неоинституциональная экономика.

### **5.1 Концептуальная основа исследования**

Свойственная рынку медицинских услуг информационная асимметрия неизбежно порождает отношения взаимной зависимости между субъектами здравоохранения. В рамках

неоинституциональной теории подобные связи описываются системой *агентских отношений*. Они возникают в ситуации, когда один субъект — *принципал* — отвечает за производство товаров и услуг, но не имеет достаточных знаний, квалификации, имущества, поэтому вынужден нанимать *агента*, способного осуществить соответствующие функции, и делегирует ему часть контроля за операциями. Отношения между принципалом и агентом основаны на формальном или неформальном договоре.

Проблема принципала — как обеспечить максимум возможного, не имея достаточной информации для оценки деятельности агента.

Ключевую роль в рыночных моделях здравоохранения играет функция закупки медицинской помощи. Ее выполняет или орган государственного управления, или страховой посредник, или сам потребитель. В новых теоретических рамках функция закупки анализируется под углом зрения отношений «принципал — агент». Выделяется три типа таких отношений [Forder, Robinson, Hardy, 2005. P. 85]:

- покупатель медицинской помощи как агент населения;
- поставщик медицинской помощи как агент покупателя;
- покупатель медицинской помощи как агент государства.

В каждом типе отношений складывается определенная *структура управления* как набор условий взаимодействия и мотивации субъектов отношений [Ibid. P. 88]:

- рынок;
- иерархия;
- сети.

*Рынок* предполагает взаимодействие самостоятельных субъектов экономических отношений на основе согласования их экономических интересов. В этой системе управления возникают сильные стимулы, определяемые независимостью субъектов, стремлением к получению дохода и давлением их конкурентов. Принципал и агент действуют в конкурентной среде, отношения между ними строятся на основе рыночных механизмов — отбора лучших агентов, четко определенных гражданско-правовых обязательств, финансовых санкций за нарушение обязательств и проч.

*Иерархия* характеризуется отношениями соподчинения. Право принятия решения возлагается на принципала, а агент выполняет эти решения. Договоры отражают эти отношения, поэтому обычно принимают унифицированную форму типовых. Подчиненная сторона обычно оплачивается на основе твердых ставок или иной формы возмещения, не создающей сильных стимулов. Иерархия как правило характеризуется общей собственностью сторон (хотя и не всегда).

*Сети* характеризуют устойчивую структуру отношений между субъектами. Они основаны на силе социальных связей, возникающих в ходе хозяйственной деятельности. Стороны выполняют свои обязательства не на основе приказа (иерархия) или боязни утратить свои позиции (рынок), а путем совместных действий по выбору наиболее эффективных решений. Участники таких отношений принуждаются к выполнению своих обязательств на основе норм, характерных для определенной сети. Возникает «внерыночный тип двустороннего партнерства — двустороннее управление сделкой» [Кузьминов, Бендукидзе, Юдкевич, 2006. С. 197].

Границы сетевой модели управления достаточно размыты. Она имеет определенные характеристики рынка и иерархии. Собственность разделена, как в рыночной модели. Но контроль добровольно передается одной стороной другой стороне, как в иерархии.

Доминирование каждой структуры управления определяется некоторыми главными факторами.

### ***Трансакционные издержки***

*Издержки измерения.* Участники экономических отношений заинтересованы в том, чтобы иметь информацию о результатах деятельности. В здравоохранении в качестве «продукта» выступают характеристики объема и качества медицинских услуг. Как отмечалось выше, это измерение всегда представляет собой серьезную проблему. Участники договорных отношений вынуждены затрачивать большие усилия на определение результатов лечения, сбор данных и их верификацию. Во многих

случаях имеет место дублирование в выполнении этой функции принципалом и агентом. Возникает много ситуаций, когда можно договориться о том, чтобы одна сторона собирала информацию и делилась ею с другой. Подобное партнерство особенно важно, учитывая то обстоятельство, что основным носителем информации являются медицинские организации и работающие в них врачи. Никто лучше них не знает реальные результаты деятельности.

*Издержки по ведению торга* обусловлены природой договорных отношений. Когда обе стороны действуют исключительно на основе собственных экономических интересов, эти издержки могут быть очень велики, особенно в странах, где управление здравоохранением исторически складывалось на основе иерархической модели. В первой половине 1990-х годов в НСЗ Великобритании средний срок подготовки договоров между покупателями медицинской помощи (райздравами и врачами общей практики — фондодержателями) и больницами составлял 6–8 месяцев. При этом выяснилось, что покупатели и поставщики медицинских услуг практически ничего не выигрывают, но и не проигрывают в результате сложных договорных отношений. Неэффективные больницы не банкротятся и не уходят с рынка; врачи общей практики — фондодержатели не имеют возможности направлять экономию на повышение оплаты труда, а могут рассчитывать только на дополнительные инвестиции [(Maynard, 1994)]. Эта конкуренция с нулевым результатом делает актуальным вопрос об оправданности отношений, основанных на конфликте экономических интересов покупателя и поставщика услуг.

*Издержки мониторинга* могут быть двух типов — до сделки и по ходу ее реализации. В первом случае объектом мониторинга является предшествующая деятельность поставщика услуг. На основе накопленной информации согласовываются условия договора. Во втором случае оцениваются результаты реализации договора. Ясно, что информация, полученная предварительно, имеет большую ценность — на ее основе можно принимать более рациональные решения о выборе контрагентов. Но издержки мониторинга в этом случае оказываются

выше: ведь речь идет об анализе функционирования организации за определенный, возможно, значительный период, а не простой фиксации текущих результатов.

Главное достоинство иерархии и сетевой модели состоит в том, что они снижают издержки измерения и торга. Поскольку контроль передается вышестоящей организации или партнеру по сети, исключается дублирование измерений. По той же причине маловероятно длительное согласование условий договора.

### ***Возможность мотивационных изъянов***

В ситуации недостатка и асимметрии информации возможно *оппортунистическое поведение сторон*, т.е. поведение, искажающее поставленные цели отношений. В деятельности покупателей медицинских услуг это может выражаться в селекции рисков, в деятельности поставщиков — навязывании ненужных услуг, манипулировании с выгодой для себя структурой назначаемых процедур и лекарственных средств и проч. Издержки, связанные с подобными действиями, являются прямым вычетом из доступных ресурсов: с точки зрения общественного благосостояния оппортунистическое поведение неэффektivно.

### ***Уровень конкуренции***

Конкуренция является фактором ограничения оппортунистического поведения сторон. Чем она сильнее, тем выше вероятность подрыва репутации недобросовестного экономического агента. Тем не менее конкуренция также не решает всех проблем. Как отмечалось ранее, в системе ОМС конкуренция страховщиков может снижать стимулы к обеспечению солидарности. В деятельности медицинских организаций возможна недобросовестная конкуренция. Речь идет об использовании ложной информации, о действиях, направленных на формирование ложных характеристик качества услуг.

### ***Вероятность неполноты контрактов***

Высокие транзакционные издержки могут ограничить возможность полной спецификации рыночной сделки в отношении

объемов и результатов деятельности производителя. В ситуации, когда «продукт» плохо измеряется, трудно сформулировать санкции за несоблюдение условий договора. Кроме того, неопределенность финансовых рисков, связанных с объемами и структурой работ, усложняет ясное определение ответственности за эти риски.

Неоинституциональная экономика оперирует понятием *отношенческого или имплицитного контракта*. Это долгосрочный контракт, в котором неформальные условия преобладают над формальными. Он исключает четкое определение условий, стороны контракта рассчитывают на их спецификацию в ходе его реализации. Выполнение такого контракта гарантируется взаимной заинтересованностью участников. Для его осуществления требуется определенный порядок, предполагающий иерархию или сетевые отношения [Олейник, 2000. С. 237–239; Сухарев, 2004. С. 52].

Именно по этому пути пошла реформа здравоохранения Великобритании на втором этапе ее осуществления (после 1997 г). Во-первых, ежегодные контракты с поставщиками услуг уступили место долговременным (на 3–4 года) договорам. Во-вторых, допускается возможность совместного пересмотра условий контракта. В-третьих, договоры утрачивают гражданско-правовую силу, принимая форму общих соглашений [Duran et al., 2005].

Необходимо также учитывать, что в здравоохранении велика роль планирования (см. главу 7). Планы покупателя медицинских услуг должны согласовываться с планами медицинских организаций. А это предполагает кооперацию, а не конфликт интересов. Такого рода совместное планирование ближе к сетевой модели отношений.

### ***Вероятность использования специфичных активов***

Специфичные активы — «активы, которые не могут быть использованы альтернативным образом без существенной потери в их производственном потенциале» [Кузьминов и др., 2006. С. 197]. В результате возникают отношения взаимозависимости,

основанные на том, что производитель сделал специфические инвестиции и адаптировал свой товар к специфическим условиям данного покупателя. Происходит трансформация рыночных отношений в отношения взаимозависимости. Как отмечает один из столпов неинституциональной теории О. Уильямсон, «выбор формы управления зависит от специфичности активов, участвующих в транзакции. При использовании активов общего назначения такой формой является рынок. Если же специфичность активов высока, то оптимальной формой управления будет фирма — передав транзакции в единое управление, можно снизить издержки управления» (Цит. по: Кузьминов и др., 2006. С. 242).

Таким образом, чем выше уровень специфичности активов, тем меньше место рынка и больше роль иерархии и сетевой модели. В последнем случае вместо рыночного типа связи между продавцом и покупателем возникает внерыночный тип двустороннего партнерства — двустороннее управление сделкой.

В государственных системах здравоохранения роль специфичных активов весьма значительна. Основная часть медицинских организаций является государственными, их имущество формируется на основе государственной инвестиционной политики и ориентировано преимущественно на удовлетворение потребностей территориально закрепленного населения, интересы которого защищает определенный покупатель медицинской помощи. Межтерриториальные потоки пациентов возможны, но основная часть активов обслуживает интересы местного населения. Даже если медицинская организация заключает договоры со многими покупателями услуг, основная часть ее деятельности ориентирована на выполнение договора, учитывающего интересы собственника (например в России — органа местного самоуправления). Иными словами, высок уровень специфичности активов, а значит меньше место рынка и выше роль иерархии и сетевой модели.

Новая концептуальная основа исследования позволяет выявить ряд дополнительных факторов, ограничивающих рыночное взаимодействие между субъектами здравоохранения и усложняющих комплекс отношений в этой сфере.

## 5.2 Институциональные условия повышения эффективности деятельности субъектов здравоохранения

В российской экономической литературе впервые этот вопрос исследуется в работе С. В. Шишкина. Используя методологическую основу агентских отношений, автор выделяет движущие силы деятельности агентов на квазирынке:

- давление принципала;
- конкурентное давление;
- давление клиента;
- внутренняя мотивация агента.

Рассматривая эти силы в каждой паре агентских отношений, Шишкин приходит к принципиально важному выводу *о решающей роли сильного давления принципала в повышении эффективности деятельности агента*. Без этого отношения неустойчивы даже при наличии конкуренции [Шишкин, 2000. С. 225]. Данный вывод, на наш взгляд, отражает особую природу отношений в общественном здравоохранении — обязательное следование целям и приоритетам политики государства, обеспечение солидарности в системе, решающая роль государства в выстраивании мотивации субъектов отношений. Он характеризует также реальную практику функционирования отрасли — не только в бюджетных, но и в страховых системах финансирования здравоохранения. Представления о том, что рынок автоматически обеспечивает соответствие мотивации страховщиков и медицинских организаций целям государственной политики, не подтверждаются теоретическим анализом.

В то же время автор отмечает, что необходимость сильного управляющего воздействия формирует ряд встроенных факторов, ограничивающих возможности повышения эффективности использования ресурсов. Первый такой фактор — рен-тоориентированное поведение агента. Эту роль выполняют

чиновники, имеющие собственные личные интересы, не совпадающие с интересами принципала. Стремление получить выгоду из своего положения создает условия для принятия решений, противоречащих целям политики здравоохранения [Шишкин, 2000. С. 225-229].

Второй фактор — формирование сетевой модели. Автор допускает положительное влияние сетей на эффективность, «если функциональная роль сетей ограничивается увеличением устойчивости системы, снижением рисков, более равномерным распределением рисков между участниками». В то же время акцент делается на негативный эффект сетевой модели: «...наличие таких связей препятствует проведению системных реформ, направленных на более широкое внедрение рыночных отношений в системы общественного финансирования социальных услуг». При этом справедливо указывается на возможность перерождения сетей в *кланы*, т.е. «социальные сети, служащие средством нарушения формальных институтов в общих интересах этих сетей» [Там же. С. 227, 228].

Нам представляется, что негативное влияние сетевой модели на развитие рынка очевидно. В контексте неинституциональной теории эта модель противостоит рыночной форме управления, имея ряд специфических характеристик, отмеченных автором. Более того, в этих теоретических рамках рынок не рассматривается в качестве самоцели. Это лишь одна из форм управления экономическими отношениями. Поэтому уместно вернуться к первоначальному вопросу о том, как сетевая модель влияет на эффективность отношений в сфере здравоохранения и есть ли у нее преимущества перед рыночной моделью. Эти вопросы особенно важны для агентских отношений — покупатель как агент населения и поставщик как агент покупателя.

Другое серьезное исследование институциональных условий отношений в здравоохранении — глава Дж. Фордера, Р. Робинсона и Б. Харди в книге Европейской обсерватории систем здравоохранения ВОЗ «Закупка для совершенствования функционирования систем здравоохранения» [Forder, Robinson, Hardy, 2005]. Концептуальной основой анализа закупки

медицинской помощи выбрана модель агентских отношений. Среди прочего авторы рассматривают вопрос о возможных управленческих структурах в каждой паре отношений «принципал — агент». В качестве главных факторов выбора принимаются: 1) характеристики транзакций, 2) «конфигурация» отношений между принципалом и агентом.

### ***Покупатель медицинской помощи как агент пациента***

Авторы склоняются к тому, что для этих отношений больше подходят иерархия или сеть. Пациент передает покупателю право на принятие значительной части решений по организации медицинской помощи от его имени, освобождая себя от бремени расходов по измерению процесса и результатов необходимой ему медицинской помощи — этим занимается прежде всего покупатель. Кроме того, такая передача решений позволяет избежать дублирования затрат сторон по сбору информации. Принятие иерархической модели во многом определяется сложностью деятельности и недостатком информации.

Устойчивость отношений определяет репутацию агента и защищает пациента от мотивационных изъянов типа отмеченной ранее ситуации спроса, спровоцированного предложением. Причем репутация формируется в результате отношений не отдельных пациентов, а их совокупности — путем распространения информации.

В сетевой модели механизмом защиты пациента являются коллективные санкции. Транзакционные издержки невелики, поскольку измерение осуществляется только одной стороной (покупателем медицинской помощи) и согласование сведено к минимуму.

При этом авторы не исключают рыночную структуру управления: информированный пациент нанимает покупателя для организации оказания помощи, природа которой определена заказчиком. Но большие издержки измерения и дублирование усилий сторон по сбору информации ограничивают возможности рынка [Forder, Robinson, Hardy, 2005. P. 94—97).

## ***Покупатель медицинской помощи как агент государства***

Государство несет ответственность за реализацию политики здравоохранения, поэтому следит за деятельностью покупателей, ограничивая их рыночную свободу. В большинстве государственных систем здравоохранения эта ответственность реализуется в рамках иерархической модели, т.е. по существу повторяется тезис Шишкина о решающем значении давления принципала.

В то же время авторы допускают, что в США действует рыночная структура управления: государство финансирует программы «Медикер» и «Медикейд» через частные страховые компании, конкурирующие между собой. Цель такой модели — обеспечить более гибкую реакцию покупателей медицинской помощи на нужды застрахованных. Но проблема чрезмерно высоких транзакционных издержек подталкивает к сетевой модели.

## ***Поставщик медицинских услуг как агент покупателя***

В этих отношениях, по мнению авторов, выбор вариантов во многом определяется характером услуги, приобретаемой покупателем. Часто встречающиеся услуги больше открыты рынку по сравнению с высокоспециализированными услугами.

При этом авторы подчеркивают, что преимущество рыночной модели над иерархией сильно зависит от объема информации покупателей. Если ее недостаточно, то иерархическая модель подходит лучше.

Обобщая этот анализ, авторы приходят к выводу, что рыночная модель дает результаты если:

- есть достаточный потенциал для конкуренции;
- инвестиции не связывают поставщиков с определенными покупателями;
- нет особой сложности и неопределенности транзакций;
- отсутствует экономия на масштабах производства.

По мнению авторов, эти характеристики не так часто встречаются на рынках медицинских услуг. Поэтому делается вывод о том, что «теория не указывает на превосходство рыночного механизма» [Forder, Robinson, Hardy, 2005. P. 97].

Развивая эти положения, можно привести ряд *дополнительных соображений в пользу сетевой модели отношений* в системе оказания и финансирования медицинской помощи.

### ***Необходимость преодоления фрагментарности оказания медицинской помощи***

Прогресс медицины приводит к ее специализации, а это, в свою очередь, порождает проблему фрагментации общей системы здравоохранения. Отдельные ее звенья в растущей мере оказываются разрозненными. Каждое звено отвечает за свой участок работы, чаще всего соответствующий определенной части человеческого организма или области знаний. В этих условиях весьма непросто обеспечить рациональную координацию действий и преемственность отдельных этапов лечебно-диагностического процесса. Гонорарный принцип оплаты (за каждую детальную услугу) закрепляет эту фрагментарность: врачи заинтересованы в том, чтобы выполнить собственную часть работы по лечению пациента, утрачивая мотивацию к тому, чтобы потребность в их услугах снижалась, а лечение носило системный характер.

Чтобы преодолеть эту фрагментарность, недостаточно двусторонних отношений «заказчик — исполнитель». Каждый в отдельности поставщик услуг сталкивается с проблемой координации своих действий с другими поставщиками, особенно в тех случаях, когда имеет дело с хроническими больными или случаями нескольких одновременно протекающих заболеваний. Да и конкуренция отдельно взятых медицинских организаций и врачей не обеспечивает интеграцию отдельно взятых звеньев оказания медицинской помощи.

Не трудно заметить, что последняя версия модели управляемой конкуренции Энтховена с акцентом на интегрированные системы (см. 2.3.) больше соответствует сетевой модели

отношений, чем рыночной. Двусторонние рыночные сделки по каждому эпизоду заболевания уступают место системе многосторонних формальных и неформальных отношений, основанных на *кооперации и партнерстве в достижении поставленных целей*. Лечение хронического заболевания — это ответственность прежде всего врача общей практики, который организует профессиональный контакт с узкими специалистами и добивается снижения частоты обострений заболевания. Формирующиеся системы объединены общим экономическим интересом уменьшения затрат на лечение. Гонорарный принцип оплаты за каждую услугу уступает место принципу предварительного финансирования в расчете на каждого застрахованного, а пропорции распределения средств между участниками сетей определяются соглашением между ними [Подробней см.: Исакова, Шейман, 2002. Глава 1].

Точно так же в отношениях «покупатель — поставщик» медицинской помощи обычные отношения «заказчик — исполнитель» в интегрированных системах преобразуются в более сложные отношения партнерства в решении проблем организации медицинской помощи. Например, совместными усилиями страховщиков и медицинских организаций определяются зоны неэффективности, выбираются наиболее рациональные «маршруты» движения пациентов, реализуются рациональные схемы организации медицинской помощи. Закладываемый в страховую модель конфликт сторон рыночной сделки уступает место *сближению функций финансирования и оказания медицинской помощи*.

Можно выделить следующие формы партнерства в отношениях между страховщиками и медицинскими организациями:

- совместное принятие решений об организации медицинской помощи застрахованным;
- не столько контроль, сколько *обеспечение* качества общими усилиями;
- совместное определение экономически обоснованных затрат и совместная разработка тарифов (медицинские организации способны лучше оценивать соотношение «цена — качество» услуг);

- отказ от ценовой конкуренции — оплата услуг на основе общих, а не индивидуальных цен (издержки по согласованию тарифов с каждой медицинской организацией могут быть чрезмерными);

- согласование объемов медицинской помощи и систем распределения финансовых рисков — кто платит за отклонения фактических объемов от согласованных;

- создание систем поощрения для групп медицинских организаций и врачей, объединенных общей целью повышения клинической и экономической эффективности внедрения новых форм медицинских вмешательств;

- использование долгосрочных договоров, допускающих их пересмотр по согласованию сторон.

Сетевая модель может существовать как подобие внутри-корпоративной системы отношений. Эти отношения не являются рыночными (не базируются на конфликте интересов покупателя и поставщика услуг), но укрепляют рыночные позиции фирмы. Конкурируют не самостоятельные субъекты, а их сети. Ограничивая сферу действия рыночных сил, сети способны функционировать в полноценной рыночной среде.

### ***Преодоление мотивационных изъянов***

Вопрос о мотивации поставщиков услуг обычно рассматривается под углом зрения используемых методов оплаты медицинской помощи. Этот вопрос достаточно хорошо изучен [см., например: Исакова, Шейман, 2002]. Менее ясны факторы мотивации врачей, работающих в медицинских организациях. Особенно важен вопрос о роли конкуренции врачей.

Рассматривая этот вопрос с теоретических позиций, Дж. Стиглиц указывает на значительную силу профессиональных связей деятельности врачей как фактор, ограничивающий действие конкурентных сил: «тот факт, что врачам часто приходится консультироваться друг с другом и что они пользуются совместно больничным оборудованием, может понизить давление конкуренции» [Стиглиц, 1997. С. 277].

Конкуренция смягчает, но далеко не решает проблему мотивационных изъянов. Анализируя формы оппортунистического

поведения на рынке образовательных услуг, российский исследователь Тамбовцев формулирует понятие «деятельности в сигнальной сфере» [Тамбовцев, 2005]. Примеры такой деятельности в образовании — привлечение родителей учеников внешними формами обучения в частных школах, хорошими условиями для отдыха, высокими показателями поступления в вузы, на которые «обречены» богатые клиенты, и проч.

На рынке медицинских услуг вероятность подобных действий еще более велика. Как правило, пациенты не имеют достаточной информации, чтобы оценивать соотношение «цена — качество» услуг и выбирать приемлемые варианты. Блеск новой медицинской техники и вежливый персонал часто являются более сильными факторами позитивной реакции пациента, чем реальные меры по обеспечению качества услуг. В результате конкурентную борьбу могут выиграть те, кто обладает меньшими возможностями обеспечить качественное лечение. Перемещение деятельности поставщиков услуг в сигнальную сферу трудно уловить и ограничить на основе имеющейся информации, располагаемой даже коллективным покупателем медицинской помощи, не говоря о конкретном пациенте.

Положения неоинституциональной экономики дают основания для выделения иных факторов мотивации врачей. Главный из них — достижение признания высокой квалификации, т.е. *репутация* врача. Наиболее важными ее характеристиками являются опыт, объем деятельности в предыдущий период (например чем больше произведено кардиохирургических операций, тем выше вероятность их успешного результата), место сложных случаев в клинической практике, результаты лечения, уважение коллег, устойчивость отношений с большим числом пациентов, а самое главное — их доверие. Именно это определяет уровень оплаты труда и место врача в общественной жизни. Американские врачи-миллионеры — это не всегда более активные экономические агенты, выигравшие гонку за деньги пациентов и правительства. Своих позиций они достигли прежде всего за счет высокой репутации.

Иногда репутационные характеристики формируются на основе формальных показателей, например стажа. В Великобритании

узкая группа врачей высшей квалификации (так называемые «консультанты») — это специалисты старше 40 лет. Их зарплата в 1,5-3 раза выше, чем у молодых врачей. Чтобы выйти на такой уровень, молодым врачам приходится много лет работать на износ, довольствуясь очень скромными доходами. Это естественный процесс накопления их «человеческого капитала» и формирования репутации.

В России, где царит уравниловка в формальной оплате труда врачей, опытные квалифицированные специалисты также выделяются на основе их репутационных характеристик. Признание коллег и доверие пациентов в нормальных коллективах — важнейшие факторы материального успеха врачей.

Автор, работая в конце 1980-х годов в Институте кардиохирургии имени А.И. Бакулева, наблюдал очень высокую активность хирургов в определении коэффициента трудового участия в так называемой «системе хозрасчета». Вопреки ожиданиям врачи очень ответственно отнеслись к обсуждению КТУ: шли яростные споры по поводу сложности и результатов операций, проводимых каждым хирургом; врачи проявили удивительную осведомленность и знание статистики, сравнивая себя с другими. Естественен был наш вопрос: «Зачем им это? Ведь они могут заработать тысячи, приняв “своего” больного из десятков тысяч жаждущих попасть в институт, а спорят из-за 20-30 рублей?» Покойный ныне Владимир Иванович Бураковский, директор института, ответил: «Твои КТУ — это их репутация. О них через год забудут, а “рейтинги” в сознании врачей и пациентов останутся».

В последние годы мы часто сталкиваемся с явным нарушением этических норм деятельности врачей. Все чаще после осмотра пациента врач опровергает все сделанное его предшественниками. Пусть и в извращенной форме, но это тоже борьба за репутацию (хотя и примитивная, рассчитанная на пациента, не способного к оценке).

В более общем плане на мотивацию врачей влияет комплекс факторов, объединенных понятием «социальные механизмы» и действующих в сетевой модели отношений. В ряду главных из них [Кузьминов и др., 2006. С. 247]:

- ограничение доступа в сеть;
- культура членов сети;
- коллективные санкции;
- репутационное принуждение.

В американских интегрированных системах оказания медицинской помощи эти характеристики приобретают особое значение. Врачи доказывают свое право работать в системах, имеющих высокую репутацию. Формируется общая корпоративная культура, основанная на том, что врач оказывается вовлеченным в принятие главных решений об управлении медицинской помощью. Менеджеры таких систем понимают, что любые попытки оптимизировать издержки обречены на неудачу, если они не поддерживаются врачами: именно решения врача определяют объем затрат на лечение. Все это позволяет если не преодолеть, то по крайней мере ограничить действие мотивационных изъянов.

Формы мотивации врача — это своеобразный «социальный контракт», заключаемый обществом с каждым специалистом. Он отражает репутационные характеристики врача и по определению должен быть индивидуальным, выходящим за рамки единых нормативов (например единой тарифной сетки). Недостаточно создать конкурентную среду, нужно поставить врача в центр отношений сетевого типа, где репутация является главным фактором успеха [Вишневыский и др., 2006].

Важнейший фактор таких отношений — *профессиональная самоорганизация врачей*. Формы этой самоорганизации многообразны. Главная цель — обеспечение высоких профессиональных и этических норм деятельности. Мотивация врачей формируется под сильным влиянием коллективных действий профессионального сообщества.

Таким образом, неоинституциональная экономика не указывает на превосходство рыночного механизма в здравоохранении. Новая теоретико-методологическая основа исследования

дает серьезные основания для сомнений об адекватности рыночных моделей. В концептуальных моделях экономических отношений фокус сдвигается к сетевой модели. Растет интерес к системам партнерских связей, которые основаны на сохранении разделения покупателя и поставщика услуг, но при этом предполагают более длительные отношения и совместное принятие решений. Больше внимания уделяется имплицитным контрактам, опирающимся на отношения доверия. Особое значение приобретают вопросы преодоления мотивационных изъянов врачей в ситуации неопределенности и информационной «асимметрии». Оптимизация трансакционных издержек становится лозунгом поиска «третьего пути» — среднего между административно-командной системой и рыночными моделями развития здравоохранения.

Рассмотренные модели хотя и отражают многие реально складывающиеся процессы в здравоохранении, тем не менее представляют собой теоретические конструкции, в которых желаемое далеко не всегда увязывается с возможным. Концептуальные положения институциональной модели указывают на неоднозначность многих допущений рыночных моделей, прежде всего тезисов об особой роли потребительского выбора, конфликте интересов между покупателем и поставщиком медицинской помощи как двигателе прогресса в здравоохранении, возможности вытеснения государства из сферы планирования.

Последующие главы посвящены анализу практики реализации рыночных моделей в странах с общественным здравоохранением.

## **Литература к главе 5**

*Кузьминов Я.И., Бендукидзе К.Л., Юдкевин М.М.* Курс институциональной экономики. М.: Изд. дом ГУ ВШЭ, 2006.

*Олейник А.Н.* Институциональная экономика. М.: Изд-во МГУ, 2000.

Реформирование системы оплаты медицинской помощи: в 2 т. / под ред. Л.Е. Исаковой, И.М. Шеймана. Кемерово: СибформС, 2002.

Российское здравоохранение: как выйти из кризиса / А.Г. Вишневский и др. ; Докл. Гос. ун-та — Высшая школа экономики. М.: Изд. дом ГУ ВШЭ, 2006.

*Стиглиц Дж.* Экономика государственного сектора. М.: Изд-во МГУ, 1997.

*Сухарев О. С.* Основные понятия институциональной и эволюционной экономики. Москва; Брянск, 2004.

*Тамбовцев В.* Реформы российского образования и экономическая теория // Вопросы экономики, 2005. № 3.

*Шейман И.М.* Реформа управления и финансирования здравоохранения. М.: Русь, 1998.

*Шишкин С.В.* Реформа финансирования российского здравоохранения. М.: ТЕИС, 2000.

*Duran A., Sheiman I., Schneider M., Ovretveit J.* Purchasers, Providers and Contracts, *in: Purchasing to Improve Health System Performance / ed. by J. Figueras, R. Robinson, E. Jakubowski.* Buckingham: Open University Press, 2005.

*Forder J, Robinson R., Hardy B.* Theories of purchasing, *in: Purchasing to Improve Health System Performance / ed. by J. Figueras, R. Robinson, E. Jakubowski.* Buckingham: Open University Press, 2005.

*Ham C.* NHS Reform Developments / Paper Presented at Academy Health. Annual Research Meeting. Boston. June 2005.

*Maynard A.* Can Competition Enhance Efficiency in Health Care? Lessons from the Reforms of the UK National Health Service // *Social Science and Medicine*, 1994. Vol. 39. N 10.

## **Глава 6**

# **ТЕНДЕНЦИИ ПОТРЕБИТЕЛЬСКОГО ВЫБОРА НА РЫНКАХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ И ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ В ЗАПАДНЫХ СТРАНАХ**

### **6.1 Потребительский выбор на рынке медицинских услуг**

Различия в исходных условиях организации медицинской помощи предопределяют векторы политики в отношении потребительского выбора в здравоохранении. В одних странах, например в США, Франции, Швейцарии, всегда допускался свободный выбор медицинской организации и врача, поэтому задача расширения выбора здесь не ставится. Напротив, возникает потребность в преодолении некоторых негативных последствий ничем не ограниченного выбора, хотя в явной форме задача ограничения выбора не ставится. В других странах, например в Великобритании, скандинавских странах выбор всегда был в той или иной мере ограничен, поэтому там проводится политика расширения выбора. На этой основе планируется усилить

рыночное давление на поставщиков медицинских услуг для решения приоритетных задач развития здравоохранения. Чаще всего такой задачей является сокращение сроков ожидания плановой медицинской помощи (консультаций узких специалистов, исследований, несрочных хирургических операций и проч.).

Рассмотрим более подробно противоположные тенденции потребительского выбора.

### **Стимулирование потребительского выбора**

Такая политика проводится в Великобритании, Швеции, Дании, Испании, Германии, Нидерландах, Норвегии, Новой Зеландии, Австралии. Например, в Великобритании на втором этапе реформы Национальной службы здравоохранения (НСЗ) (после прихода к власти в 1997 г. лейбористского правительства) программа формирования «внутреннего рынка» уступила место курсу на улучшение системы управления и финансирования. Были сформированы крупные объединения врачебных практик (трасты первичной медицинской помощи), они стали покупателями других видов медицинской помощи. На некоторое время лозунг «деньги следуют за пациентом» был снят, но в 2003 г. реанимирован — была принята программа расширения потребительского выбора. Причем цели расширения выбора были теми же, как и в 1990 г., когда начиналась реформа НСЗ, — повернуть систему здравоохранения к нуждам потребителей, повысить эффективность использования ресурсов и качество услуг. Одновременно был провозглашен лозунг обеспечения реального равенства в потреблении медицинских услуг [Department of Health, 2003].

Объявлено о расширении возможностей выбора больницы для получения плановой стационарной помощи. Система направлений врачей общих практик не упразднена, но эти врачи теперь обязаны информировать пациентов об альтернативных вариантах оказания помощи (равно как и другие врачи, направляющие пациентов на следующий этап оказания помощи).

Главные элементы программы расширения выбора — сбор и распространение информации о сроках ожидания лечения

и его результатах в отдельных медицинских организациях, работа с врачами и пациентами для формирования «новой культуры выбора».

В Швеции курс на расширение выбора потребителя последовательно внедряется в жизнь уже два десятилетия, но только на уровне региональных экспериментов, проводимых в 13 округах. В 2002 г. правительство объявило о расширении возможностей выбора в национальном масштабе. Акцент делается на вовлеченность врачей в эту программу и предоставление информации для выбора [Fotaki, 2005].

Частью программ расширения выбора является облегчение условий получения плановой помощи за пределами места проживания. Население получает право на обращение в больницы с менее длительными сроками ожидания госпитализаций, чем в местных больницах. Информация о сроках ожидания в больницах Великобритании, Дании, Норвегии детализируется до уровня отдельных видов хирургических операций, а иногда до уровня конкретных подразделений [Hurst, Siciliani, 2003. P. 33].

Практически во всех этих странах допускается обращение пациентов в частные коммерческие медицинские организации для получения плановой медицинской помощи. При этом действуют два ограничителя: 1) наличие у этих организаций договоров с органами государственного управления или структурами ОМС, 2) ожидание права на получение помощи (как правило, 2–3 месяца) в частных организациях для первоочередного заполнения мощностей государственных учреждений. В Великобритании и Испании это позволило сократить «листы ожидания». В Швеции трехмесячное ожидание доступа в частные организации существенно ограничивает интерес потребителей к ним [Ibid. P. 32].

В Великобритании, Дании, Ирландии, Нидерландах, Бельгии допускается получение плановой стационарной помощи за пределами страны при условии направления, выданного врачом, а также решения органа управления здравоохранением [Fotaki, 2005; Hurst, Siciliani, 2003. P. 33].

Имеющаяся фрагментарная информация о ходе реализации этих программ свидетельствует о неоднозначных результатах.

*Поведение потребителей.* Население в целом положительно оценивает политику расширения потребительского выбора,

видя в ней возможность повышения доступности медицинской помощи. Например, в Великобритании ежегодные опросы общественного мнения по состоянию социальной сферы свидетельствуют об устойчивой поддержке большинством населения этого курса, причем наивысшие ожидания зафиксированы в группах населения с низкими доходами [Le Grand, Hunter, 2006. P. 2].

Однако на практике восприятие населением новых прав оказалось довольно пассивным. Пациенты склонны выбирать более удобно расположенные больницы, прежде всего те, к которым они привыкли. Недостаточная информация, прямые и косвенные издержки выбора сдерживают обращения в другие медицинские организации. Например, исследование свободы выбора для больных с катарактой в Лондоне и Стокгольме показало недостаточную доступность информации о вариантах проведения операций с меньшим сроком ожидания. Правом на выбор больницы воспользовались преимущественно молодые люди, способные более активно искать информацию о листах ожидания. Пожилые люди имеют более устойчивые отношения с врачами, поэтому предпочитают ожидать операции в местной больнице [Fotaki, 2005].

Другое исследование, проведенное в Великобритании в 2004 г., показало, что пациенты высоко оценивают возможность выбора больницы, даже если реально этим выбором не пользуются. Но чаще практические решения о выборе определяются способностью врачей предложить и обосновать альтернативы. Действия потребителей во многом оказываются производными от поведения врачей [Ibid],

В Дании еще в 1993 г. население получило право лечиться в стационарах за пределами места проживания, но реально этим правом пользуется лишь 5%, а сроки ожидания в первые годы даже увеличились — с 93 до 110 дней за 1993–1998 гг., и лишь затем наметилось их сокращение до 103 дней в 2001 г. [Hurst, Siciliani, 2003. P. 34].

Достаточно ограничены и межстрановые потоки пациентов — в странах ЕС на них в среднем приходится менее 1% расходов на здравоохранение. Несмотря на принятые решения о создании единого рынка медицинских услуг в рамках Европейского

Союза, их практическая реализация ограничивается отсутствием четких регламентов в отношении условий получения помощи за пределами страны проживания — при каких заболеваниях и каких сроках ожидания возможно получение медицинских услуг за рубежом. Такой регламент ожидается только в 2008 г., но уже сейчас комиссия ЕС по здравоохранению объявила, что права передвижения больных будут ограниченными [Коммерсант, 6 февраля 2007 г.].

Анализ предпочтений потребителей в 7 странах Европы, проведенный журналом ВОЗ, показал, что за исключением Нидерландов интерес к выбору места оказания медицинской помощи и врача в целом пока невысок. Интересен также вывод о том, что при наиболее распространенных заболеваниях большинство населения рассматривает прежде всего на своего врача общей практики. В общественном сознании узкий специалист не воспринимается как более квалифицированный врач по сравнению с врачом общей практики. Высокая квалификация врача общей практики, доверие и устойчивые отношения с ним являются сильным ограничителем интереса к выбору [Wats, 2005].

*Поведение врачей* во многом определяет эффективность политики расширения потребительского выбора. Именно они направляют пациентов на другие этапы оказания медицинской помощи, и их рекомендации имеют особое значение при выборе места лечения. Информация для облегчения выбора — это в значительной мере информация для врача. А вот захочет ли он ею воспользоваться или предпочтет сложившуюся (весьма консервативную) практику отношений со своими коллегами — вопрос, ответ на который пока не очевиден.

Исследование, проведенное в 2003 г. в Швеции, имело целью выявление реакции врачей на политику расширения потребительского выбора. Опрос 960 врачей показал, что только 17% из них всегда помогают пациентам сделать выбор. Большинство же предлагают варианты только тем пациентам, которые напрямую задают вопрос о существующих вариантах (где лучше провести более углубленное исследование или сделать хирургическую операцию). В большинстве случаев направления определялись исключительно медицинскими соображениями, как их

видят сами врачи, а желание пациента имело вторичное значение [Spangberg, 2005].

На вопрос «Способны ли врачи осуществлять политику выбора?» большинство опрошенных ответили положительно. Шведские врачи никак не ограничены организационными факторами. Отсутствует финансовая заинтересованность в направлениях в определенные медицинские организации и к определенным врачам. Но при этом все опрошенные отмечали, что местные власти сделали очень мало, чтобы распространить информацию о новых правилах предоставления выбора и возможных последствий для врача за их несоблюдение.

Выяснилось также, что врачи понимают цели политики, но не осведомлены о деталях ее реализации. 70% опрошенных знают, что пациент имеет право выбрать местную больницу, но только 7% известно, что это право распространяется на любую больницу, т.е. уровень информированности врачей был недостаточным, чтобы реально стимулировать изменения в системе.

Врачи не видят угрозы своим интересам, хотя отдают себе отчет в том, что пациенты могут настаивать на неверном выборе, и они вынуждены удовлетворять их требования. 70% врачей заявили, что так и делают, но при этом информируют пациента о неправильном решении.

Авторы исследования делают вывод о том, что врачи понимают цели новой политики, но при этом лишь в малой степени меняют клиническую практику. В реализации этой политики отсутствуют системные действия по вовлечению врача и разъяснению пациентам реальных возможностей их прав. Допускается также, что врачи в будущем будут воспринимать выбор как растущую угрозу принципу клинической автономии.

Английские исследователи указывают на следующие причины низкой активности врачей в реализации программ расширения выбора в Швеции и Великобритании [Fotaki, 2005]:

- опасения, что пациент выберет некачественное лечение;
- недостаточная информация для выбора — только 15% работников больниц оказались охваченными информационной политикой программы;
- боязнь потерять пациента, а следовательно и свою репутацию при слишком активной политике потребительского выбора;

- большие затраты времени для информационной работы с пациентом.

В ходе реализации новой политики выявились сложности формирования институциональных условий расширения потребительского выбора. Прежде всего следует учитывать определенные ограничители, связанные с *устойчивостью и консерватизмом норм потребления медицинских услуг*. В сфере здравоохранения поставщику услуг противостоит не потребитель, а пациент со свойственными ему характеристиками пассивности, зависимости и доверия. Это существенно сужает сферу рационально принимаемых решений. Как отмечает П. Муни, автор популярных учебников по экономике здравоохранения, «чтобы реагировать на действие рыночных сил и принимать решения на основе информации об издержках и качестве, необходима потребительская ориентация. Пациент должен превратиться в потребителя, т.е. быть активным, сомневаться, искать информацию, сравнивать... Последние исследования показали, что такого рода консьюмеризм пока встречается редко даже в США» [Mooney, 1994. P. 160]. Превращение пациента в потребителя требует не только финансовых стимулов и доступа к информации. Нужно помочь ему в понимании этой его роли, а для этого необходимы значительное время и ресурсы.

Важно заметить, что устойчивость потребительских предпочтений в западных странах намного выше, чем в России, в силу, как минимум, трех факторов. Во-первых, в большинстве западных стран не столь велики региональные различия в уровне медицинской помощи. Во-вторых, намного выше роль врача общей практики, который берет на себя лечение 80–90% заболеваний и является советчиком в отношении оказания специализированной помощи. В-третьих, получение плановой помощи в абсолютном большинстве этих стран уже давно регламентируется правилами ведения листов ожидания, которые дают пусть неудовлетворительные, но все же ясные гарантии получения помощи (преимущественно бесплатной). Обследование потребительских настроений в 5 странах, проведенное в 1999 г., показало, что в Великобритании доля лиц, заявивших о «серьезной озабоченности» сроком ожидания несрочной

медицинской помощи, составляет всего 12% (срок ожидания плановой хирургической операции составляет 2,2 месяца), в США — 14, Канаде — 15, Австралии — 25 и только в Новой Зеландии эта доля значительно выше — 38% [Hurst, Siciliani, 2003. Annex 1. P. 8].

Второе ограничение — *недостаточная гибкость ресурсов больниц*. Их реакция на возможное расширение спроса ослабляется двумя обстоятельствами. Во-первых, в большинстве западноевропейских стран в целях сдерживания затрат действует принцип глобального бюджета, т.е. лимита финансовых средств по программам государственного финансирования, который рассчитывается на основе согласования объемов медицинской помощи. Имея такой бюджет, больницы ограничены в возможности принять дополнительных пациентов.

Реальная возможность оперативной реакции на потоки пациентов возникает только при оплате за фактические объемы помощи, а это может вступать в противоречие с политикой сдерживания затрат. Поэтому для обеспечения реальных возможностей потребительского выбора быстрое реагирование требуется не только от больницы, но и от финансирующей стороны (периодическое чередование оплаты согласованных и фактических объемов помощи), наличие финансовых резервов, а самое главное — снижение размера оплаты больниц, теряющих пациентов. В более широком плане — сокращение обязательств государства в отношении сложившейся сети больниц.

Во-вторых, деятельность по стимулированию потребительского выбора нередко вступает в противоречие с сформировавшейся системой государственного планирования здравоохранения, осуществляемой в рамках политики сдерживания затрат. Во всех западноевропейских странах, за исключением Нидерландов, действуют системы государственного планирования мощностей больниц, крупных инвестиций и кадровых ресурсов (см. главу 7). В этой ситуации число желающих лечиться в определенной больнице может расти, но ее мощности оказываются недостаточными для удовлетворения спроса. Сигнал, поступающий от пациента, плохо улавливается поставщиками услуг.

Чтобы изменить ситуацию, требуются более глубокие преобразования в системе планирования и финансирования

здравоохранения. В конечном итоге они должны сбалансировать цели сдерживания затрат (планирование) и расширения потребительского выбора (рынок). Обеспечение такого равновесия — весьма сложная задача.

Третье ограничение — вышеупомянутая *многоуровневая система оказания медицинской помощи* (глава 1). При всем разнообразии западных систем здравоохранения принцип этапности оказания помощи в той или иной мере присутствует в любой стране (возможно, за исключением США). Высокоспециализированная и наиболее сложная медицинская помощь концентрируется в крупных центрах, попасть в которые можно только при заболеваниях, соответствующих их профилю и выполняемым ими функциям. Например, в Норвегии пациенты не имеют права выбирать больницы с большей степенью специализации по сравнению с указанной в направлении врача. В Швеции право свободного выбора не распространяется на региональные специализированные центры: чтобы попасть в них на плановое лечение, пациент должен зарегистрироваться в листе ожидания и получить разрешение местного совета [Hurst, Siciliani, 2003. P. 34].

Уместно заметить, что современные клинические стандарты устанавливают требования не только к методам, но и к месту проведения лечения. С одной стороны, это условие контроля над издержками (не допустить лечение банальной ангины в специализированном кардиохирургическом центре), с другой — средство защиты пациента (например, доказано, что родовспоможение в условиях сельской больницы опасно). Четко прослеживаемая тенденция к стандартизации мировой медицины (распространение «медицины, основанной на доказательствах») может вступать в противоречие с целями расширения выбора. В более широком плане — возможен конфликт между целями обеспечения выбора и целями повышения клинической и экономической эффективности медицинских вмешательств.

Межтерриториальная мобильность на рынке медицинских услуг сдерживается исторически возникшими *региональными различиями в издержках и ценах*. Если они велики, то неизбежны конфликты между территориями в отношении свободного

движения пациентов. Например, в Дании действует единая система тарифов на медицинские услуги, но в ряде территорий местные власти делают существенные инвестиции, которые не отражены в тарифах. В этом случае экспорт услуг жителям соседней территории оказывается невыгодным для больницы [Bech, 2004]. И хотя общей тенденцией для Европы является движение к единым тарифам на больничные услуги, тем не менее этот процесс еще далек от завершения.

Оценивая политику стимулирования выбора, британские эксперты С. Томсон и А. Диксон отмечают: «Похоже, что энтузиазм в отношении политики расширения выбора был основан на теоретических предположениях о потенциальном вкладе выбора в стимулирование управляемой конкуренции в общественных системах здравоохранения, чем на эмпирических оценках фактических результатов выбора. Более того, культура и нормы поведения могут быть существенными факторами реализации права выбора» [Thomson, Dixon, 2004].

## **Ограничение потребительского выбора**

Наиболее известным примером ограничения потребительского выбора является деятельность интегрированных медико-страховых систем или систем управляемой медицинской помощи в США, о которых речь шла в главе 2.

Европейским примером тенденции ограничения выбора может служить здравоохранение *Франции*. Традиционная для этой страны неограниченная свобода выбора любого врача в сочетании с господством гонорарного метода оплаты врачебных услуг породила затратные тенденции. Кроме того, оказалась утраченной комплексность оказания медицинской помощи на различных этапах: из системы выпало звено, ответственное за здоровье населения и координирующее лечение на других этапах. В этой ситуации правительство пытается повысить роль врача первичного звена. В 1998 г. была принята программа добровольного присоединения к системе «направляющего врача» (medicine referent), который объявлен в ней «привратником». Стимулы для врачей — в дополнение к гонорарам получение

фиксированного платежа на одного приписавшегося (46 евро в 2001 г.); стимулы для населения — более низкий размер соплатежа в момент получения медицинской помощи. Но программа оказалась непопулярной: в 2004 г. только 1,8% застрахованных имели «направляющего врача» и 10% населения выбрали врача общей практики [Doumfon, 2004].

Следующий шаг — введение системы «регулярный врач» (*medicine traitant*): каждый гражданин прикрепляется к определенному врачу (не обязательно врачу общей практики), который действует как субъект первичной помощи: собирает информацию и координирует лечение на других этапах, направляет пациентов к специалистам и в стационары. Но эта система пока необязательна. Планируется распространить ее на все население и дополнить более сильными финансовыми стимулами для врачей и пациентов, в частности поднять размер соплатежа для тех, кто не выбрал себе такого врача и напрямую обращается к специалистам.

До сих пор во Франции потребительский выбор рассматривался как важный фактор усиления конкуренции медицинских организаций. Сейчас отношение меняется. Схема «регулярного врача» при более широком ее использовании будет действовать в сторону ограничения выбора. Отсюда и новые оценки. Как отмечается в докладе Совета по будущему медицинского страхования (*Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie*), «будущие реформы должны фокусироваться на улучшении качества и организации медицинской помощи, а не потребительском поведении» [Ibid].

Таким образом, имеющаяся информация свидетельствует о несовпадении ожиданий и реальных тенденций потребительского выбора в тех странах, где делается ставка на его стимулирование. Существуют серьезные ограничители этого процесса. Совсем не очевидно, что их можно быстро преодолеть. Опыт США и Франции свидетельствует о том, что возможна противоположная тенденция — ограничение выбора с акцентом на системность оказания медицинской помощи.

Английский ученый М. Фотаки отмечает, что «исследования рыночных реформ показали, что прогресс качества и эффективности

оказывается возможным главным образом там, где были определенные ограничения на выбор» [Fotaki, 2005. P. 5]. Возможно, это некоторое преувеличение (насколько нам известно, такие исследования проводились только в США), но не слишком большое. Вопрос о влиянии выбора на эффективность — важная область будущих исследований, требующая значительного объема эмпирического материала. Пока же ограничимся предположением, что потребительский выбор сам по себе не является панацеей повышения качества медицинской помощи и эффективности использования ресурсов.

## **6.2 Потребительский выбор на рынке обязательного медицинского страхования**

В европейских системах ОМС выбор страховщика возможен в Германии, Нидерландах, Бельгии, Израиле, Швейцарии, Чехии, Словакии, в других странах Европы такой выбор не предоставляется.

Там, где такое право существует, политика государства направлена на расширение возможностей выбора страховщиков (в большинстве этих стран — больничных касс) и повышение мобильности застрахованных. На такой основе планируется повысить конкуренцию страховщиков, усилить их влияние на систему оказания медицинской помощи. В Германии, где исторически сложилась сильная вариация размера страховых взносов по отдельным больничным кассам, ставится дополнительная задача их выравнивания [Busse, Reisberg, 2004. P. 60—62].

Реальные тенденции интенсивности выбора рассматриваются группой экспертов из пяти европейских стран (Германии, Нидерландов, Бельгии, Израиля и Швейцарии) с конкурентной моделью ОМС за период 2000—2003 гг. [Laske-Aldershof et al., 2004]. Изложение результатов этого исследования дополнено информацией за последующий период, главным образом по Нидерландам и Германии, где соответственно в 2006 г. и 2007 г. начались крупномасштабные реформы ОМС. Кроме того, про

изведена перегруппировка результатов исследования в соответствии с вышеизложенной моделью потребительской мобильности на объединенных рынках ОМС-ДМС (см. 4.3).

## **Основания для выбора**

Информация об основаниях для выбора в системах ОМС представлена в табл. 6.1. Прежде всего, во всех рассматриваемых странах больничные кассы, выполняющие функции страховщиков по обязательному медицинскому страхованию, могут совмещать операции по ОМС и ДМС. Население может приобрести полис коммерческого страхования не только в страховой компании, но и в больничной кассе.

При этом условия совмещения двух видов медицинского страхования могут быть разными. В большинстве стран эти операции разведены: действуют отдельные системы финансового учета и не допускается перекрестное субсидирование ДМС за счет страховых взносов на ОМС. В Нидерландах пошли дальше: здесь в 2006 г. проведено объединение двух видов медицинского страхования.

В Израиле помимо ДМС больничные кассы вправе предлагать дополнительные программы медицинского страхования, предусматривающие доступ застрахованных к частным врачам и в частные больницы, а также дополнительное лекарственное обеспечение. Размер страхового тарифа зависит только от возраста человека и утверждается Министерством здравоохранения. Таким образом, население может выбирать между ДМС (охвачено 25% населения) и дополнительными программами (охвачено 65% населения) в дополнение к выбору больничной кассы по базовой программе ОМС. Дополнительные программы являются чем-то средним между ОМС и ДМС: они не являются обязательными, но при этом предусматривают стандартные, слабо дифференцируемые страховые тарифы, регулируемые государством [Rosen, 2003. P. 31—34].

*Вариация пакетов государственных гарантий медицинской помощи* традиционно почти отсутствовала во всех рассматриваемых странах, что связано со стремлением государства унифицировать

Таблица 6.1

**Основания для выбора страховщиков в системе ОМС в пяти европейских странах в 2000–2003 г.**

	<b>Бельгия</b>	<b>Израиль</b>	<b>Германия</b>	<b>Нидерланды</b>	<b>Швейцария</b>
<i>Может ли страховщик совмещать ОМС, дополни-</i>	<i>Да</i>	<i>Да</i> по ДМС и дополнительным программам страхования	<i>Да</i> с 2004 г.	<i>Да</i> с 2006 г.	<i>Да</i>
<i>Вариация страхового взноса застрахованных в ОМС</i>	<i>Практически отсутствует: размер взносов очень низкий, хотя и различается по больнич-</i>	<i>Отсутствует</i> в ОМС. По дополнительным программам (охвачено 65% застрахованных) ставки различаются по больничным кассам. В пределах	<i>Существенная:</i> в 2000 г. — от 12,2 до 15,7% по отдельным кассам; в 2004 г. — от 13,5 до 14,5%; в 2003 г. разница между минимальной и	<i>Умеренная:</i> действует фиксированная ставка личного взноса. В 2003 г. разница между минимальной и максимальной ставками — 60 евро, в 2006 г. — примерно 400 евро (оценка Я.	<i>Существенная:</i> от 2700 до 4608 евро в группе кантонов с высокими доходами (2004 г.)
<i>Вариация соплатежей за услуги, входящие в программу ОМС</i>	<i>Нет</i> (действует единая ставка)	<i>Нет</i> по медицинским услугам (единая ставка). Небольшая вариация по лекарственным средствам (каждая касса устанавливает свои ставки)	<i>Нет</i> (действует единая ставка)	<i>Да:</i> больничные кассы предлагают выбор среди страховок с различными пределами покрытия затрат, но не свыше 500 евро в год	<i>Да:</i> больничные кассы предлагают выбор среди страховок с различными пределами покрытия затрат

	<b>Бельгия</b>	<b>Израиль</b>	<b>Германия</b>	<b>Нидерланды</b>	<b>Швейцария</b>
<i>Вариация пакетов медицинской помощи</i>	<i>Нет</i>	<i>Умеренная по основной программе: в части лекарственных обеспечения и физиотерапии Существенная по до-</i>	<i>Умеренная: больничные кассы предлагают дополнительные пакеты с лимитом в 5% от</i>	<i>Низкая до 2006 г. Есть признаки повышения после реформы 2006 г.</i>	<i>Умеренная</i>
<i>Возможности использования селективных договоров с поставщиками</i>	<i>Нет</i>	<i>Значительные: больничные кассы заключают селективные договоры с замкнутыми</i>	<i>Умеренные: ожидается их рост в 2007 г.</i>	<i>Умеренные: есть признаки повышения после реформы 2006 г.</i>	<i>Значительные</i>
<i>Резюме: основания для выбора страховщика</i>	<i>Низкие</i>	<i>Умеренные</i>	<i>Высокие</i>	<i>Высокие</i>	<i>Высокие</i>

Примечание. Там, где указано, используются более поздние данные на основе источников по отдельным странам.

Источники: Laske-Aldershof et al., 2004. P. 237; Health Care Systems in Transition / WHO Health Systems Observatory. Israel, 2003. P. 31—34; Germany, 2004. P. 60—65; The Netherlands, 2004. P. 49—56; Bultman J. Health Insurance in the Netherlands. Warsaw, December 2005 (slides); Личные коммуникации с J. Bultman and de Ven (Netherlands), R. Busse (Germany), D. Chemihovski (Israel).

государственные гарантии для всех граждан. В ходе рыночных реформ в Израиле, Германии и Нидерландах такая вариация стала допускаться, но в очень ограниченных размерах — преимущественно в части набора лекарств и предлагаемых физиотерапевтических процедур. Наибольшая вариация существует в Германии — здесь больничные кассы могут предлагать дополнительные услуги, но в пределах 5% общих затрат.

В Нидерландах на новом этапе реформы предполагается сохранить единую базовую программу гарантий, но каждый страховщик может присоединять к ней дополнительные пакеты. Следует, однако, подчеркнуть, что эти пакеты будут дифференцироваться не столько по набору видов помощи (они достаточно полно охвачены базовым страхованием), сколько по условиям страхования — полным или частичным выбором поставщиков услуг, размером тарифов на медицинские услуги, размером соплатежей. Следовательно, даже в этой стране вариация пакетов в узком понимании (как набора видов помощи) будет незначительной.

Другое основание для выбора страховщика — *вариация страховых тарифов*, уплачиваемых самими застрахованными. Она практически отсутствует в Бельгии и Израиле в рамках ОМС, но весьма существенна в Германии и Швейцарии, где традиционно условия страхования определяются каждой больничной кассой, но при этом в последние годы введены системы перераспределения («выравнивания») поступлений из касс с более низкими страховыми рисками в кассы с более высокими рисками.

В Нидерландах различие между максимальным и минимальным страховыми тарифами, уплачиваемыми самим застрахованным, вплоть до 2006 г. составляло всего 60 евро. После начала нового витка реформы в 2006 г. разрыв вырос примерно до 400 евро [Bultman, 2005], но все еще остается намного ниже, чем в Германии (750 евро в 2003 г., сейчас он выше, но данные отсутствуют).

В тех странах, где допускается значительная вариация размеров страховых взносов, возможности влияния ценового фактора на выбор застрахованных существенно выше. На это указывает

сравнительное исследование по Германии и Нидерландам [Schut, Greb, Wasem, 2005. P. 130,133]. В Германии ценовая эластичность спроса при выборе больничных касс за период 1996–2001 гг. составляла  $-3,27$  для всех категорий застрахованных,  $-4,34$  — для трудоспособного населения и  $-0,24$  — для пенсионеров. То есть наиболее чувствительными к размеру страхового взноса были работающие, поскольку они вынуждены оплачивать 50% совокупного страхового тарифа.

В Нидерландах за 1996–2000 гг. эти показатели составляли соответственно  $-0,14$ ,  $-0,15$  и  $-0,10$ . По данным того же исследования, различия в размере страхового взноса по отдельным больничным кассам для работника со средним доходом в Германии в 2001 г. были в 11 раз выше, чем в Нидерландах. Поэтому ценовая эластичность спроса в Германии существенно выше.

Различия в размере страхового тарифа стали решающим фактором смены застрахованными больничных касс в Германии. За 1996–2004 гг. (с момента введения права выбора кассы) произошли существенные изменения в структуре рынка. Региональные фонды потеряли 16% своих застрахованных, фонды для государственных служащих — 11%, профессиональные фонды — 5,5%. Наибольший прирост застрахованных отмечен в корпоративных кассах — почти вдвое. Эти сдвиги четко коррелируют с размером страхового тарифа — он заметно ниже в корпоративных кассах.

При этом правом выбора воспользовались прежде всего молодые и здоровые люди — они переместились в кассы с более низкими тарифами. Это в свою очередь усилило дифференциацию касс по составу обслуживаемых рисков и поэтому стало фактором повышения различий между фондами по уровню страхового тарифа. Государство вынуждено затрачивать растущие суммы для выравнивания финансового положения касс [Busse, Reisberg, 2004. P. 63].

*Вариация размера соплатежей в момент получения услуг* отсутствует в Бельгии и Германии (действует единая ставка), в незначительной мере присутствует в Израиле (в части лекарственного обеспечения), Нидерландах и Швейцарии, где каждая касса вправе устанавливать размер франшизы (максимального значения расходов, не покрываемых страховкой). Первые затраты на медицинскую помощь покрываются самим пациентом, но не

свыше определенной суммы, устанавливаемой государством (500 евро в год в Нидерландах). Только в двух последних странах размер соплатежа служит серьезным основанием для выбора страховщика.

Новация рыночных реформ — введение механизмов *селективных договоров с поставщиками услуг*. Больничные кассы вправе заключать договоры с замкнутыми системами оказания медицинской помощи, допускающими выбор потребителя только в пределах этих систем. Кроме того, используются механизмы управляемой медицинской помощи, также устанавливающие некоторые ограничения на выбор, в том числе санкционирование страховщиком оказания определенных услуг. Такие механизмы уже давно действуют в Израиле и Швейцарии. В Германии и Нидерландах в 2006—2007 гг. началось движение к селективным договорам и УМП. Предполагается сделать их серьезным основанием для активизации потребительского выбора. На этой основе решаются также задачи повышения воздействия страховщиков на систему оказания медицинской помощи, усиления комплексности обслуживания застрахованных.

Обобщая данные по параметрам выбора (табл. 6.1), можно/ сделать вывод, что в Германии, Швейцарии и Нидерландах созданы или создаются значительные условия для выбора страховщика, в Израиле их можно считать умеренными, в Бельгии они незначительны<sup>1</sup>.

## **Рыночные условия реализации выбора больничных касс**

Эти условия представлены в табл. 6.2. Число таких касс наиболее значительно в Германии и Швейцарии, в этих же странах отмечен самый низкий уровень рыночной концентрации. В Бельгии и Израиле на рынке доминирует крупнейшая больничная касса.

<sup>1</sup> Наши оценки на основе последних данных несколько меняют выводы, сделанные европейскими исследователями в отношении суммарных выгод для населения от смены страховщика. Эти выгоды признаются высокими в Германии и Швейцарии, умеренными в Нидерландах, низкими в Бельгии и Израиле (Laske-Aldershof et al., 2005. P. 237).

Нидерланды занимают промежуточное положение: 50—90% локальных рынков здесь контролируется крупнейшей кассой.

Картельные соглашения страховщиков существуют во всех пяти странах, но в наименьшей мере в Нидерландах, где уже несколько лет действует государственная политика стимулирования конкуренции касс с акцентом на ограничение картельных соглашений по тарифам и прочим условиям страхования.

## Институциональные условия выбора

Эти условия охватывают набор характеристик, представленных в табл. 6.2. Население имеет достаточно либеральные условия регистрации в выбранной больничной кассе, а в Германии может выбирать практически без временных ограничений, если больничная касса подняла страховой тариф.

Таблица 6.2

### Рыночные условия для реализации выбора больничных касс в пяти европейских странах в 2000–2003 гг.

	<b>Бельгия</b>	<b>Израиль</b>	<b>Герман</b>	<b>Нидерланды</b>	<b>Швейцария</b>
Количество страховщиков, из которых можно выбрать	5 национальных больничных касс	4 национальные больничные кассы	По 70-130 касс в каждом регионе (земле)	21 национальная больничная касса	По 40-70 касс в каждом регионе (кантоне)
Уровень рыночной концентрации	<i>Высокий:</i> 90% рынка приходится на 3 крупнейшие кассы	<i>Высокий:</i> 58% рынка приходится на 1 крупнейшую кассу	<i>Низкий:</i> 20% рынка приходится на 3 крупнейшие кассы	<i>Умеренный:</i> 35% рынка приходится на 3 крупнейшие кассы <i>Высокий</i> на региональном уровне: 50-90% рынков контролируются крупнейшей кассой	<i>Низкий:</i> 13-44% — максимальная рыночная доля одной кассы в кантоне; крупнейшая национальная компания занимает 14% рынка

	Бельгия	Израиль	Германия	Нидерланды	Швейцария
Возможны ли сговор страховщиков?	Да: отсутствует политика поощрения конкуренции	Да: отсутствует политика поощрения конкуренции	Да: отсутствует политика поощрения конкуренции	Только скрытый, т.к. действует политика стимулирования конкуренции	Только скрытый, т.к. действует политика стимулирования конкуренции

Источник: Laske-Aldershof et al., 2004. P. 232.

Больничные кассы несут реальные *финансовые риски*, в наибольшей мере в Германии, Швейцарии и Израиле, где 90–100% отклонений фактических расходов от плановых покрываются самими страховщиками. Уровень финансовой ответственности касс заметно ниже в Нидерландах (54%), но этот показатель быстро растет. Лишь в Бельгии государство берет на себя основную часть финансовых рисков по ОМС.

При такой структуре финансовых рисков больничные кассы оказываются действительно в рыночной среде, имея стимулы к оптимизации издержек на оказание медицинской помощи. Но одновременно с ростом их финансовой ответственности они больше заинтересованы в селекции рисков<sup>1</sup>.

В связи с этим особое место в рыночных реформах занимает политика *выравнивания финансовых рисков*. Используются формулы разной сложности, учитывающие различия в составе застрахованных по отдельным кассам. На их основе осуществляется перераспределение поступлений из касс с низкими рисками в кассы с высокими рисками. Чем точнее эти формулы учитывают вариацию будущих расходов застрахованных, тем более солидарна система ОМС, тем ниже стимулы страховщиков к «снятию сливок» (подробней см. главу 8).

Сравнительная оценка этих формул показывает, что наиболее высокое качество выравнивания достигнуто в Нидерландах, среднее — в Германии и Бельгии, низкое — в Бельгии и

<sup>1</sup> Подробней см.: Шейман И.М., Гладков М.Н., Логинова Е.А. Отчет НИР по теме «Рыночные отношения в системе общественного здравоохранения». М.: ГУ ВШЭ, 2005.

Израиле [Laske-Aldershof et al., 2004. P. 232]. Именно высоким качеством выравнивания объясняется то обстоятельство, что в Нидерландах проблема селекции рисков стоит не так остро, как в европейских странах с рыночными моделями [Schut, Van de Mat, 2005].

Важное значение для реализации права выбора имеет степень *экономической заинтересованности работодателей* в выборе работниками более дешевых страховых программ. Чем выше вариация размера страховых взносов, уплачиваемых работодателями, тем больше их давление на работников в отношении рационального выбора. Наиболее значительна эта заинтересованность в Германии, где работодатели оплачивают 50% стоимости страховки и велика степень вариации страхового тарифа. В других странах либо действует единый тариф, либо вариация тарифа имеет значение только для застрахованного. Например, в Нидерландах работодатели делают взносы в Центральный фонд ОМС по единой ставке, а застрахованный платит непосредственно в кассу, каждая из которых устанавливает свой тариф.

Во всех рассматриваемых странах, кроме Израиля, действует процедура *оценки индивидуальных рисков* по программам дополнительного страхования, предлагаемым больничными кассами. Это существенно снижает потребительскую мобильность лиц с наиболее высокими рисками заболеваний, во-первых, в силу селекции рисков со стороны страховщиков, во-вторых, из-за опасения потерять накопленные льготы по ДМС.

*Наличие информации* для выбора рассматривается в качестве ключевого фактора потребительской мобильности. Практически во всех странах предпринимаются активные усилия для расширения объема информации. В Нидерландах, Германии и Швейцарии сравнение пакетов и цен страховок возможно в сети Интернет.

Обобщая институциональные условия выбора, авторы исследования наиболее высокий ранг определяют для Германии. Далее идут Нидерланды и Швейцария. Менее благоприятные условия складываются в Израиле и Бельгии.

**Институциональные условия выбора больничных касс в пяти европейских странах в 2000–2003 гг.**

	<b>Бельгия</b>	<b>Израиль</b>	<b>Германия</b>	<b>Нидерланды</b>	<b>Швейцария</b>
Возможность и частота регистрации в выбранной больничной кассе по ОМС	<i>Да:</i> раз в 3 месяца	<i>Да:</i> 2 раза в год Если состоял в другой кассе — как минимум 12 месяцев до ее смены	<i>Да:</i> раз в месяц Если будет состоять в выбранной кассе — как минимум 18 месяцев после ее выбора Может выбирать более часто, если касса поднимает страховой тариф	<i>Да:</i> раз в год	<i>Да:</i> 2 раза в год
Размер финансового риска для больничной кассы	<i>Низкий:</i> 8-10%	<i>Высокий:</i> более 90%	<i>Высокий:</i> 97-100%	<i>Средний:</i> 54%	<i>Высокий:</i> 100%
Качество системы выравнивания финансовых рисков	<i>Среднее</i>	<i>Низкое</i>	<i>Среднее</i>	<i>Высокое</i>	<i>Низкое</i>
Финансовые стимулы для работодателей, влияющие на выбор	<i>Нет:</i> действует единый тариф	<i>Нет</i>	<i>Высокие:</i> работодатели покрывают 50% тарифов, которые устанавливаются кассами	<i>Нет:</i> действует единый тариф	<i>Небольшие</i>

	Бельгия	Израиль	Германия	Нидерланды	Швейцария
Есть ли процедура андеррайтинга при дополнительном страховании (селекция рисков)	Да	Нет: в больших кассах, но проводится частными коммерческими страховщиками	Да	Да	Да
Доступна ли сравнительная информация о конкурирующих страховщиках	Нет	Информация по программам и правилам работы страховых компаний публикуется в сети Интернет	Сравнение пакетов и цен страховок возможно в сети Интернет	Сравнение пакетов и цен страховок возможно в сети Интернет	Сравнение пакетов и цен страховок возможно в сети Интернет
Резюме: повышают ли условия выбора мобильность застрахованных	Нет	Нет	Да	Умеренно	Умеренно

Источник: Laske-Aldershof et al., 2004. P. 232 (адаптировано автором).

### Издержки выбора

Они складываются из элементов, отраженных в табл. 6.4. Прежде всего, это *издержки поиска страховой программы*. Они везде незначительны в силу слабой вариации базовой программы, но достаточно велики и будут расти как следствие распространения селективных контрактов с поставщиками услуг. Потребитель сталкивается с необходимостью выбирать не только набор услуг, но и условия их предоставления — с полным или ограниченным выбором поставщика услуг (особенно важно для Израиля, Швейцарии и Нидерландов) и с разными условиями соплатежей (в Швейцарии и Нидерландах). По дополнительным программам эти издержки намного выше, чем по базовой.

## Потенциальные издержки, связанные со сменой больничной кассы в пяти европейских странах

	<b>Бельгия</b>	<b>Израиль</b>	<b>Германия</b>	<b>Нидерланды</b>	<b>Швейцария</b>
<i>Степень дифференциации продукта по базовому страхованию</i>	<i>Отсутствует</i>	<i>Значительная: вариация контрактов с поставщиками услуг и их клинической практики</i>	<i>Небольшая: вариация пакета</i>	<i>Значительная: вариация контрактов с поставщиками</i>	<i>Значительная: вариация франшизы и страховых бонусов</i>
<i>Степень дифференциации продукта по дополнительному страхованию</i>	<i>Умеренная</i>	<i>Небольшая</i>	<i>Отсутствует (до 2007 г.)</i>	<i>Умеренная, но растет</i>	<i>Высокая</i>
<i>Административные издержки смены кассы</i>	<i>Низкие</i>	<i>Умеренные</i>	<i>Умеренные</i>	<i>Умеренные</i>	<i>Низкие</i>
<i>Необходимость поменять медицинскую организацию</i>	<i>Нет</i>	<i>Обычно существует</i>	<i>Нет</i>	<i>Нет</i>	<i>Нет, за исключением организаций УМП</i>
<i>Риск менее благоприятных условий дополнительного страхования при смене</i>	<i>Низкий</i>	<i>Низкий</i>	<i>Отсутствует</i>	<i>Умеренный</i>	<i>Низкий</i>
<b>Резюме: потенциальные издержки, связанные со сменой больничной кассы</b>	<b>Низкие</b>	<b>Умеренные</b>	<b>Низкие</b>	<b>Умеренные</b>	<b>Умеренные</b>

*Необходимость менять поставщика услуг в связи с выбором нового страховщика* является осязаемым фактором, сдерживающим этот выбор. И в ряде стран это стало серьезным ограничением развития селективных договорных отношений: страховщики опасаются потерять клиентуру [Подробнее см.: Шейман, 2006]. В 2000—2003 гг. во всех странах, кроме Израиля, застрахованные обычно не меняли медицинскую организацию в связи с выбором другого страховщика. Но если рыночные реформы пойдут по пути серьезной вариации страховых тарифов, то появится возможность сопоставлять потери, связанные с доступом в привычную больницу, с выгодами от более низкого страхового тарифа. Сознательное самоограничение выбора может стимулировать селективные договорные отношения, о чем свидетельствует опыт США.

*Риск менее благоприятных условий дополнительного страхования при смене страховщика* связан с возможной потерей накопленных льгот. Он во всех странах был низким в 2000—2003 гг. в силу слабого распространения схем объединения ОМС и ДМС. Если же они будут развиваться, то такой риск возрастет. Менять страховщика будут преимущественно молодые и здоровые, не имеющие большого опыта коммерческого страхования.

Авторы рассматривают также субъективную склонность застрахованных к смене страховщика (табл. 6.5), которая определяется:

- прежним опытом выбора (в Бельгии и Нидерландах его до 1990-х годов не было вообще);
- чувствительностью застрахованных к низкому качеству медицинской помощи (в Швейцарии люди достаточно часто меняют кассу, если недовольны лечением);
- приверженностью к определенным кассам в силу территориального или производственного принципа организации страхования.

Данные о фактической потребительской мобильности на рынках ОМС (табл. 6.6) свидетельствуют о том, что за 1997—2003 гг. во всех исследуемых странах доля застрахованных, сменивших свою больничную кассу, повысилась незначительно. В Германии и Швейцарии интенсивность выбора была выше, чем в

## Склонность застрахованных к смене больничной кассы в пяти европейских странах

	<b>Бельгия</b>	<b>Израиль</b>	<b>Германия</b>	<b>Нидерланды</b>	<b>Швейцария</b>
Предшествующий опыт	<i>Низкий</i>	<i>Умеренный</i>	<i>Умеренный: до реформы 60% могли</i>	<i>Низкий</i>	<i>Значительный: особенно среди здоровых</i>
Склонность к использованию “стратегии выхода” вместо “стратегии голоса” в случае	<i>Низкая</i>	<i>Низкая</i>	<i>Умеренная</i>	<i>Низкая</i>	<i>Значительная</i>
<i>Приверженность к определенным кассам</i>	<i>Высокая: в силу политической и религиозной лояльности (но снижается)</i>	<i>Высокая: лояльность к поставщикам услуг больше, чем к страховщикам</i>	<i>Умеренная: в силу привязки к определенной компании, гильдии, синим/белым</i>	<i>Высокая: в силу территориальной привязанности (но снижается)</i>	<i>Умеренная: но снижается</i>
Резюме: склонность к смене кассы	<i>Низкая</i>	<i>Низкая</i>	<i>Умеренная</i>	<i>Низкая</i>	<i>Значительная</i>

других странах, но и здесь этот показатель составляет лишь 4-5% в пределах одного года. В Нидерландах — 2% (при заметном росте), в Бельгии и Израиле — менее 1%.

Таблица 6.6

**Доля застрахованных, сменивших страховщика в системах  
ОМС пяти стран, % числа застрахованных**

	1997-1998	2002-2003
Швейцария	5,4	4
Германия	4	5
Нидерланды	< 1	2,5
Бельгия	< 1	< 1
Израиль	< 1	< 1

**Источник: Laske-Aldershof et al.,**

Результаты исследования показали низкую мобильность застрахованных в Бельгии, Израиле и Нидерландах, высокую — в Германии и Швейцарии. С учетом нового витка реформ в Нидерландах эта страна, скорее всего, выйдет в число стран с наиболее высокой мобильностью застрахованных.

Представляют интерес выводы авторов в отношении политики государства в отношении потребительской мобильности на рынке ОМС. Эти выводы отнюдь неоднозначны. С одной стороны, авторы призывают к активизации политики расширения выбора в тех странах, где он ограничен. С другой — указывают на опасность увлечения расширением выбора в странах, где этот процесс уже набрал силу, прежде всего в Германии и Швейцарии. Объясняется это тем, что при расширении возможностей выбора неизбежно повысится селекция рисков со стороны страховщиков. Чтобы ей противостоять, нужна надежная система выравнивания рисков.

В Нидерландах такая система создана, поэтому здесь, по мнению авторов, необходимо проводить более активную политику стимулирования выбора — менять его условия и снижать

издержки смены страховщика. Напротив, в Германии и Швейцарии «сложившиеся показатели мобильности, похоже, слишком высоки. Необходимо сконцентрироваться на создании новой системы выравнивания рисков, а не на повышении мобильности» [Laske-Aldershof et al., 2004. P. 239].

Что же касается конечной цели рыночных реформ ОМС — усиления влияния страховщиков на эффективность функционирования здравоохранения, — то пока у конкурирующих страховщиков недостаточно сильных инструментов влияния на поставщиков медицинских услуг. Ограничены возможности заключения договоров с лучшими медицинскими организациями, недостаточно высок уровень интеграции отдельных звеньев оказания медицинской помощи. Поэтому, по мнению авторов, расширение выбора на данном этапе может повысить операционную эффективность страховщиков, но никак не эффективность системы оказания медицинской помощи.

В контексте реформы российской системы ОМС такие выводы, на первый взгляд, выглядят неожиданными: рыночная реформа не может состояться без расширения выбора. На самом деле, они отражают реальные сложности реализации рыночной модели. Главные из них:

1) потенциальное противоречие конкуренции с общественной солидарностью: индивидуальный выбор влечет за собой селекцию рисков и ущемляет интересы части населения с наиболее высокими потребностями в медицинской помощи;

2) потребительский выбор может повысить мотивацию страховщиков, но чтобы она реально заработала, необходимо поменять очень многое в системе планирования, финансового обеспечения и организации медицинской помощи. А это значительно более масштабная задача, чем расширение выбора.

Более подробно данный вопрос рассматривается на материалах по реформе здравоохранения в Нидерландах (глава 8).

## **Литература к главе 6**

*Шейман И.М.* Система стратегической закупки медицинской помощи: международный опыт и его значение для российского здравоохранения // Здравоохранение, 2006. № 4.

*Bech M.* Choice in the Danish Health Care // Euro Observer, 2004. Vol. 6. N 4.

Building on the Best: Choice, Responsiveness and Equity in the NHS / Department of Health. L., 2003.

*Bultman J.* Health Insurance in the Netherlands. Warrsaw. December 2005 (Slides).

*Busse R., ReisbergD.* Health Care Systems in Transition. Germany: WHO Health Systems Observatory, 2004.

*Doumfon P.* Choice in the French Health Care System // Euro Observer, 2004. Vol. 6. N 4.

*Exter A, Hermans H., Dosljak M, Busse R.* Health Care Systems in Transition. Netherlands: WHO Health Systems Observatory, 2004.

*Fotaki M.* Patient Choice and Empowerment — What Does It Take to Make It Real? A Comparative Study of Choice in the UK and Sweden under Market-oriented Reforms// Eurohealth, 2005. \bl. 11. N 3.

*Hurst J., Siciliani L.* Tackling Excessive Waiting Times for Elective Surgery: A Comparison of Policies in Twelve OECD countries / OECD Health Working Papers, 2003.

*Laske-Aldershof F., Schut F., Bech K., Greb S., Shmueli A., Van de Voorde C.* Consumer Mobility in Social Health Insurance Markets. A Five-country Comparison //Applied Health Economics and Health Policy, 2004. N 3 (4).

*Le Grand J., Hunter D.* Debate: Choice and Competition in the British National Health Service // Eurohealth, 2006. Vol. 12. N 1.

*Mooney G.* Key Issues in Health Economics. L.: Harvester Wheatsheaf, 1994.

*Rosen B.* Health Care Systems in Transition. Israel: WHO Health Systems Observatory, 2003.

*Schut F., Greb S., Wasem J.* Consumer Price Sensitivity and Social Health Insurance Choice in Germany and the Netherlands // International Journal of Health Care Finance and Economics, 2003. N 3.

*Schut F., Van de Ven W.* Rationing and Competition in the Dutch Health Care System // Health Economics, 2005. N 14.

*Spangberg U.* The Role of the Physician in Implementing Patient Choice in Swedish Health Care // Eurohealth, 2005. Vol. 11. N 3.

*Thomson S., Dixon F.* Choices in Health Care: the European Experience // Euro Observer, 2004. \bl. 6. N 4.

*Wats M.* The Preferences of Health Care Consumers in Europe // Eurohealth, 2005. Vol. 11. N3.

## **Глава 7**

# **ПЛАНИРОВАНИЕ И ДОГОВОРЫ В СИСТЕМЕ КВАЗИРЫНОЧНЫХ ОТНОШЕНИЙ**

Обсуждение рыночных реформ в европейских странах сфокусировано на усилении действия рыночных механизмов и ограничении прямого государственного вмешательства в здравоохранение. Однако реальным фоном этих реформ является сохранение большинства инструментов традиционной политики сдерживания затрат. Главный из них — государственное планирование сети медицинских организаций. Новое в системе управления здравоохранением — развитие договорных отношений между покупателями и поставщиками медицинских услуг.

Каковы масштабы и формы планирования? Каковы механизмы увязки планирования с договорными отношениями? Какова реальная практика селективных договоров? Эти вопросы рассматриваются на материалах по нескольким западным странам.

### **7.1 Системы планирования здравоохранения**

В большинстве западноевропейских стран уже давно действуют развитые системы планирования сети медицинских организаций.

Органы государственного управления при участии органов системы ОМС планируют:

- строительство и реконструкцию больниц;
- инвестиции в дорогостоящее оборудование;
- объемы и структуру оказания помощи, соответствующие им показатели мощности медицинских организаций;
- трудовые и финансовые ресурсы.

Главная сфера планирования — больничная помощь, но в ряде стран разрабатываются планы наращивания мощностей амбулаторной помощи. Важно заметить, что в большинстве стран предполагается развивать мощности не только государственных, но и частных медицинских организаций, работающих по контрактам в системе государственного финансирования здравоохранения (табл. 7.1).

*Таблица 7.1*

### **Сфера планирования здравоохранения в отдельных западных странах**

Канада	Планирование только больничной помощи — государственных и частных больниц
Великобритания	Планирование больничной и амбулаторной помощи, оказываемой в Национальной системе здравоохранения (включая частные врачебные практики)
Германия	Планирование только больничной помощи — государственных и частных больниц
Франция	Планирование только больничной помощи — государственных и частных больниц
Италия	Планирование только больничной помощи — государственных и частных больниц
Дания	Планирование больничной помощи, оказываемой в государственных больницах, и амбулаторной помощи, оказываемой частными врачебными практиками

Финляндия	Планирование больничной помощи, оказываемой в государственных больницах, и амбулаторной помощи, оказываемой частными врачебными практиками
Новая Зеландия	Планирование больничной помощи, оказываемой в государственных больницах, и амбулаторной помощи, оказываемой частными врачебными практиками
Нидерланды	Ограниченное планирование части больничной помощи

Источник: Ettell et al., 2007.

Государство исходит из того, что в ситуации информационной асимметрии и отсутствия ценового сигнала отрасль способна поглотить любые ресурсы без адекватных конечных результатов, поэтому берет на себя не только ответственность за финансирование, но и планирование мощностей медицинских организаций. Планирование является частью политики сдерживания затрат, цель которой — повышение структурной эффективности отрасли: расширение функций первичной медицинской помощи, использование медицинских технологий с высокой затратной эффективностью, снижение необоснованных госпитализаций, специализированных исследований и консультаций, оптимизация конечного фонда больниц.

Акцент на планирование мощностей больниц связан с тем, что именно эти мощности порождают затратные тенденции. Во-первых, новые больничные места меняют клиническую практику в секторе амбулаторной помощи. Врачи получают дополнительные стимулы к направлению пациентов в стационары для специализированного обследования и лечения. Снижается заинтересованность в том, чтобы основную часть медицинской помощи оказывать собственными силами в амбулаторных условиях. Во-вторых, новая дорогостоящая технология должна использоваться с максимальной отдачей, поэтому нередко врачи больниц предпочитают ее менее дорогостоящим,

но достаточно эффективным методам диагностики и лечения. В-третьих, повышается давление пациентов, желающих получить дорогое, но не всегда нужное лечение.

В большинстве западных стран планирование мощностей медицинских организаций осуществляется на региональном уровне. Например, в Германии это функция правительства земель. Во Франции планированием занимаются региональные больничные агентства, являющиеся подразделениями национального агентства. В Дании, Финляндии, Швеции функция планирования делегируется местным правительствам, но разработкой проектов специализированной помощи занимаются центральные правительства.

В системах планирования большая роль отводится согласованию процедур: местные планы согласуют с планами на региональном, а иногда и на национальном уровнях (Франция, Великобритания). Такое согласование диктуется прежде всего необходимостью планирования межрегиональных потоков пациентов для обеспечения населения нескольких территорий специализированной помощью [Ettell., et al., 2007].

В США также предпринимались попытки планировать сеть медицинских организаций. В начале 1980-х годов существовала практика выдачи лицензий на открытие новых врачебных практик на основе «сертификатов потребности». Правительства штатов и округов определяли территории с большим числом практик и отказывали частным врачам в открытии новых. Позже от этого отказались, сделав акцент на рыночные механизмы формирования ресурсов. Другое исключение — Нидерланды. Здесь функции планирования переданы региональным ассоциациям больниц (в основном частных) и страховщикам, а правительство планирует только мощности социально значимых услуг (психиатрия, СПИД и проч.), а также строительство больниц.

Существуют стратегическое и операционное планирование. Первое устанавливает общие принципы и приоритеты развития сети медицинских организаций, а также методологические подходы к планированию. Такое планирование на среднесрочную и долгосрочную перспективу (нередко на 10 и более

лет) осуществляется на максимально высоком уровне управления. Например, в Великобритании, Франции, Италии — центральным министерством здравоохранения. Операционное планирование производится на основе стратегических планов, охватывая практические вопросы размещения и ресурсного обеспечения медицинских организаций. В Италии, в частности, региональные правительства обязаны один раз в три года разрабатывать подробные планы реструктуризации сети медицинских организаций.

Повышается значение целевого планирования. Во многих странах устанавливаются показатели результативности систем здравоохранения — как на национальном, так и на региональном уровне. Она является основой оценки деятельности системы управления на всех уровнях.

Традиционный инструмент планирования мощности больниц — планирование коечного фонда — постепенно уступает место планированию объемов медицинской помощи (особенно успешно в Великобритании и Франции). Планирование начинается с оценки потребностей в разных видах помощи и необходимых объемов услуг. Только на этой основе планируется коечный фонд.

Еще одна новация — использование в планировании тех же единиц объемов, которые применяются для оплаты стационарной помощи. Повсеместное распространение тарифов по укрупненным клиникостатистическим группам заболеваний сопровождается переходом на планирование объемов помощи в разрезе этих же групп. Например, в Германии с 2003 г. планирование осуществляется примерно по тремстам таким группам. Подобное совмещение позволяет лучше скоординировать планирование и оплату медицинской помощи, обеспечивая более высокую степень предсказуемости затрат.

Однако планирование мощностей имеет свою обратную сторону. Утрачивается гибкость трудовых и инвестиционных ресурсов, снижается реакция медицинских организаций на изменяющиеся потребности населения, а в ряде стран растут очереди на получение услуг. В более широком плане возникает противоречие между планированием и предпринимательскими механизмами

поведения поставщиков услуг. Больницы в ряде стран получают автономию, но ею непросто воспользоваться.

Такое ограничение на мобильность ресурсов является питательной средой для призывов к рыночным реформам, но реально отказаться от прямого государственного планирования можно только при накоплении их критической массы, когда рынок станет надежным регулятором аллокации ресурсов. Пока же ни в одной из рыночно ориентированных стран необходимость планирования мощностей никем всерьез не оспаривается. При этом идет поиск механизмов увязки системы договорных отношений между покупателем и поставщиком медицинских услуг с системой планирования здравоохранения.

## 7.2 Планирование и договорные отношения

Важная проблема европейских систем ОМС — *обеспечение увязки договоров между страховщиками и медицинскими организациями с общей системой планирования медицинской помощи*. Ее актуальность связана с тем, что функции планирования и финансирования здравоохранения оказались во многом разобщены, их выполняют разные субъекты системы, которые слабо координируют деятельность между собой. В результате нередко возникает ситуация, что планирующие органы (чаще всего органы управления здравоохранением) целиком определяют развитие отрасли, а страховщикам отводится пассивная роль плательщика.

Например, во Франции планированием сети больниц занимаются так называемые региональные больничные агентства (Agence Regionale de l'Hospitalisation). Они оценивают потребности населения, определяют обоснованные объемы медицинской помощи и необходимые мощности больниц, устанавливают систему разрешений на открытие новых (в том числе и частных) больниц, регулируют крупные инвестиции в строительство и закупку медицинской техники.

Другой субъект системы — централизованная больничная касса, выполняющая функции страховщика на монопольной основе. Она заключает договоры с больницами на оказание больничной (специализированной в стационарных и амбулаторных условиях) помощи, но роль этих договоров сводится к условиям оплаты медицинских услуг. Возможности больничной кассы влиять на объемы и структуру медицинской помощи оказываются ничтожными [Pouvirville, 2005]. Соответственно, оказывается утраченной обратная связь между фактическими потребностями застрахованных и показателями планирования: «сигналы», возникающие в ходе работы страховщика со своими застрахованными, не доходят до планирующего органа.

Не трудно заметить, что в российском здравоохранении сложилась примерно такая же ситуация. В нашей стране страховщики практически не участвуют в разработке главного планового документа — Территориальной программы государственных гарантий обеспечения населения бесплатной медицинской помощью. Заключаемые ими договоры на оказание медицинской помощи по ОМС чаще всего не увязываются с целевыми показателями реструктуризации здравоохранения, в них отсутствуют конкретные показатели объемов медицинской помощи. В результате фактически оказываемые объемы помощи существенно отличаются от целевых показателей территориальной программы. Планирование и финансирование оказываются разобщенными.

В каждой стране имеются свои особенности планирования и договорных отношений, но тем не менее наблюдается общая тенденция повышения связи между двумя этими важными процессами. Прежде всего, повышается роль плановой функции договоров. Они рассматриваются в качестве «альтернативной формы осуществления тех же задач, которые традиционно осуществлялись через механизм планирования» [Savas, Sheiman, 1998].

Кроме того, договоры в растущей мере инкорпорируются в систему планирования здравоохранения, обеспечивая более тесную связь между функциями планирования и финансирования, органами управления здравоохранением и страховщиками [Duran et al., 2005].

Связь договорных отношений с общими организационно-управленческими преобразованиями выражается прежде всего в том, что договоры заключаются и реализуются в рамках государственных планов здравоохранения. Страховщик вступает в договорные отношения с медицинской организацией, имея «на входе» определенные параметры государственных планов, в разработке которых он участвует вместе с органами государственного управления. Если этот план предусматривает, например, сокращение объемов стационарной помощи и развитие стационарозамещающих технологий, то страховщик обязан следовать ему.

В такой ситуации либеральная модель распределения средств на основе оплаты фактических объемов оказания медицинской помощи уступает место *планированию оплачиваемых объемов помощи*. Страховщик закладывает в договор объемы медицинской помощи, соответствующие планам реструктуризации отрасли.

Во многих странах установлены формальные требования отражения в договорах финансирующих организаций целевых показателей доступности медицинских услуг для населения (обычно используется показатель максимального срока ожидания плановой госпитализации или консультации специалиста), а также их качества.

В то же время страховщик обладает правом вносить коррективы в общие планы исходя из потребностей и конкретной ситуации оказания медицинской помощи своему контингенту застрахованных. Он может пойти на расширение объема ресурсосберегающих мероприятий сверх установленных планом целевых показателей, может использовать свои системы стимулирования повышения качества медицинской помощи и проч. Собранный им информация о возможностях реструктуризации учитывается при макропланировании. Планирование «сверху» дополняется планированием «снизу» на основе установленного алгоритма взаимодействия этих процессов.

Планирование и договорные отношения складываются из определенных этапов, составляющих соответственно плановый и договорный циклы. Эти циклы, а также порядок их взаимодействия представлены на рис. 7.1.



Источник: Ovretveit, 1993. Р. 135.

Рисунок 7.1. Плановый и договорный циклы в системе закупки медицинской помощи

Не останавливаясь на деталях, рассмотрим главные характеристики договорного цикла, которые обеспечивают более тесную его связь с планированием. Прежде всего это этап *согласования* объемов медицинской помощи и условий их оплаты. На этом этапе страховщик накапливает информацию о сложившихся зонах неэффективности в деятельности отдельных медицинских организаций, нерациональных формах взаимодействия между ними, планируемых стратегиях решения этих проблем и проч. Медицинская организация руководствуется своими интересами, чаще всего стремлением занять все имеющиеся мощности и обеспечить наибольшие поступления средств.

Согласование экономических интересов страховщика и медицинской организации осуществляется в русле требований и целевых показателей макропланирования, оно заканчивается соглашением в отношении конкретных объемов медицинской помощи, включаемых в договор. Кроме того, устанавливаются условия оплаты медицинской помощи при отклонениях фактических объемов от плановых. Чаще всего утверждаются

допустимые расхождения, которые оплачиваются по действующим тарифам, а объемы свыше согласованных — по пониженным тарифам.

Без договорного определения объемов помощи договоры с медицинскими организациями утрачивают свою плановую функцию. В таком варианте договор становится «калькой» договора коммерческого страхования, предусматривающего возмещение расходов при наступлении страхового случая. Искажается природа экономических отношений, свойственных системе финансирования общественного здравоохранения и ее частному варианту — системе обязательного медицинского страхования. По существу ставится знак равенства между деятельностью страховщика в системе ОМС и коммерческим страхованием. Именно так обстоит дело в российской системе ОМС, где типовой договор на оказание медицинской помощи по ОМС не предусматривает определение объемов медицинской помощи.

Другой важный этап — *мониторинг* за выполнением договоров. На этом этапе страховщик собирает информацию о выполнении договорных объемов медицинской помощи, оценивает неудовлетворенный потребительский спрос (например слишком большие «листы ожиданий»), возможности расширения объемов помощи и проч. Эта информация должна быть учтена при формировании общих планов в следующем плановом цикле.

Примером увязки планирования и договорных отношений может служить НСЗ *Великобритании*. Здесь договоры являются конечным пунктом планового цикла и одновременно определяют многие этапы последнего. Начиная с 1997 г. в роли покупателей помощи (заказчиков) выступают региональные органы управления здравоохранением и интегрированные группы врачей общей практики — фондодержателей — трасты врачебных практик НСЗ. Последние из собственных средств, рассчитанных на основе подушевого норматива финансирования, оплачивают часть объемов стационарной помощи, услуги специалистов и медико-социальную помощь. Сложился определенный алгоритм действий заказчиков и исполнителей в системе договорных отношений [England, 2000].

Прежде всего, заказчики обязаны разработать *стратегические планы закупки медицинской помощи* (strategic health care purchasing plans), которые призваны продемонстрировать медицинским организациям намерения в отношении заказов на медицинскую помощь на следующие 3—5 лет. В этих планах представлена оценка потребностей в медицинской помощи, приоритеты их удовлетворения, ожидаемые государственные расходы, планы реорганизации оказания медицинской помощи (например возможное слияние больниц, развитие дневных стационаров), требования к информационному обеспечению и созданию систем обеспечения качества медицинской помощи, ожидаемый объем инвестиций.

*Операционные планы покупки медицинской помощи* (operational purchasing plans) на следующий календарный год имеют целью показать медицинским организациям ожидаемые объемы заказов на оказание медицинской помощи.

Зная стратегические и текущие планы потенциальных заказчиков, медицинские организации разрабатывают свои собственные *бизнес-планы*, включающие целевые показатели и ожидаемые объемы деятельности, источники финансирования, инвестиции, меры по обеспечению качества медицинской помощи, предполагаемые показатели доступности плановой помощи и т.д. На основе операционных планов и бизнес-планов стороны *согласовывают договоры*. Обязательным элементом договоров являются приложения, включающие объемы помощи (с разной степенью детализации), цены и общую стоимость оплачиваемой медицинской помощи, а также возможные отклонения фактических объемов от плановых и условия оплаты при отклонениях.

Более того, действующее регулирование предусматривает право вышестоящих органов управления НСЗ оценивать согласованные договоры на предмет их соответствия стратегическим и текущим планам заказчиков.

Заключенный договор является основой для *оценки деятельности* (performance evaluation). Это наиболее важная часть всей системы договорных отношений. Реальные показатели деятельности сравниваются с установленными договором, анализируются

причины отклонений. При этом предметом оценки является не только конкретный случай лечения, т.е. его соответствие действующим стандартам качества и установленным срокам лечения (именно этим занимаются страховщики в России), но и *работа медицинской организации в целом*, точнее те ее аспекты, которые отражены в договоре, например, уровень профилактической деятельности, объем и структура оказанной помощи, выполнение планов обеспечения качества, размер листа ожидания плановой помощи, виды и стоимость используемых лекарств и проч. Для планирования и оценки деятельности активно используется метод сравнительных оценок медицинских организаций.

Важно подчеркнуть, что по результатам такой оценки далеко не всегда применяются финансовые санкции. Считается, что более продуктивна совместная работа заказчика и поставщика медицинских услуг над мерами по улучшению показателей деятельности медицинской организации. В контексте нынешнего этапа реформы НСЗ (с приходом в 1997 г. правительства лейбористов) это совместное планирование договаривающихся сторон считается признаком «зрелости» договорных отношений — договоры все более определяют возможность и процедуры обсуждения мер по улучшению показателей деятельности. Юридически связывающие, «жесткие» договоры уступают место договорам «мягким», нацеливающим на совместный поиск конструктивных решений [England, 2000].

Аналогичная практика действует в *Германии*. Планирование в этой стране сконцентрировано на больничном секторе, особенно сильно влияющем на объем расходов на здравоохранение. В каждом регионе (земле) разрабатываются планы развития больничной сети — стратегический (на несколько лет) и ежегодный. Эти планы основаны на оценке потребностей населения и определении мощностей больниц, необходимых для их удовлетворения. Кроме того, органы управления здравоохранением дают санкции на крупные инвестиции, включая строительство новых учреждений и закупок дорогостоящей медицинской и прочей техники.

Деятельность больничных касс (страховщиков) должна осуществляться в соответствии с показателями плана развития.

Чтобы обеспечить эту увязку, федеральное законодательство устанавливает определенные требования к плановой функции больничных касс. Прежде всего, они обязаны разрабатывать операционные планы, определяющие, среди прочего, круг медицинских организаций, с которыми будут заключены договоры; объемы и структуру медицинской помощи; требования к показателям качества медицинской помощи и системам обеспечения качества.

Эти планы подлежат согласованию с федеральными и региональными службами надзора в здравоохранении. Они не принимаются, если противоречат приоритетным задачам борьбы с затратным механизмом функционирования здравоохранения. Например, орган надзора может не утвердить договор больничной кассы на оказание диагностических услуг в соседнем населенном пункте, если для удовлетворения потребностей можно ограничиться мощностями местной диагностической службы [Affield, 1997].

В ходе рыночной реформы в здравоохранении Германии, начавшейся в 2003 г., эти требования были несколько ослаблены. Но политика сдерживания затрат по-прежнему доминирует в системе ОМС. Рыночные механизмы вводятся постепенно при соблюдении максимально возможного баланса между рынком и планированием. Каждый этап реализации более либеральной системы договорных отношений внимательно оценивается правительством, причем уже есть примеры обратного движения. Федеральный министр здравоохранения Германии Улла Шмидт отмечает, что «устойчивость рыночных реформ означает прежде всего постоянную оценку того, насколько новые процессы материализуются так, как ожидалось» [Schmidt, 2005].

Возможности договорных отношений влиять на результаты функционирования системы здравоохранения во многом зависят от степени сбалансированности системы организации медицинской помощи. Они выше в западных системах здравоохранения, где поиск более рациональной структуры оказания помощи ведется уже несколько десятилетий. Договорные отношения и другие рыночные механизмы «отшлифовывают» эти системы. В системах же с глубокими структурными диспропорциями

роль этих механизмов уменьшается в силу масштабности задач реструктуризации и связанной с этим необходимости использования административных рычагов. Еще ниже роль договорных отношений в системах здравоохранения, где вообще отсутствуют стратегические и текущие планы реструктуризации здравоохранения. Здесь договоры обречены на консервацию сложившихся диспропорций.

Нам представляется, что в российском здравоохранении роль макропланирования еще долго будет первична по сравнению с плановой функцией договоров страховщиков с медицинскими организациями. Масштабность задач реструктуризации отрасли требует достаточно высокой степени централизации планирования, который может быть обеспечен региональными органами управления здравоохранением и Территориальным фондом ОМС.

Роль страховщиков состоит в том, чтобы: а) участвовать в формировании региональных планов (в том числе территориальной программы государственных гарантий); б) корректировать эти планы применительно к особенностям контингента застрахованных; в) осуществлять обратную связь для совершенствования системы макропланирования.

### **7.3 Роль селективных договорных отношений**

Договорные отношения могут складываться в неконкурентной и конкурентной среде. В первом случае доминирует плановая функция договоров. Они выступают в роли инструмента реализации государственных планов оказания медицинской помощи. В конкурентной среде договорные отношения становятся селективными. Это означает, что покупатель медицинской помощи вправе заключать договоры не со всеми медицинскими организациями, имеющими лицензию, а только с теми, которые он выберет.

В большинстве европейских стран в последние 10–15 лет приняты законы, допускающие отбор медицинских организаций страховщиком или органом государственного управления, заключающим договоры. Как отмечалось ранее, в ряде стран с системами ОМС отмечается тенденция перехода от коллективных договоров, заключаемых ассоциацией больничных касс с ассоциациями больниц и врачей частной практики, к индивидуальным договорам между больничной кассой и конкретной медицинской организацией. Эта тенденция означает отход от общих тарифных соглашений и возможность согласования цен с конкретной медицинской организацией, т.е. закладываются основы для ценовой конкуренции медицинских организаций.

В ряде стран накоплен определенный опыт отбора медицинских организаций покупателем медицинской помощи. Например, в *Великобритании* в ходе первого этапа реформы НСЗ некоторые больницы в крупных городах (прежде всего в Лондоне и Манчестере) остались без достаточного для всех их мощностей объема заказов. Конкурентная модель размещения заказа на основе стратегического плана закупки способствовала формированию более рациональной структуры сети больниц (например слиянию местных больниц, концентрации высокотехнологичной медицинской помощи в наиболее крупных центрах), но одновременно поставила ряд больниц на грань банкротства.

Правительство сохранило свои прямые обязательства в отношении поддержки этих больниц, поэтому до их закрытия дело, как правило, не доходило даже в самый радикальный период британской реформы. Как отмечают британские эксперты, «когда потенциальный результат конкуренции угрожал создать хаос в центральных районах Лондона, вступало правительство с обзором необходимых услуг, имеющим целью ограничить действие рыночных сил. Между тем именно в Лондоне существовали наибольшие возможности для острой конкуренции между больницами за получение заказа» [Цит. по: Duran et al., 2005. P. 200].

Подобный опыт накоплен и в ряде восточноевропейских стран. Например, в *Чехии* в 1997 г. генеральный фонд медицинского

страхования, страхующий 75% населения страны, отказал в договорах 176 новым медицинским организациям и аннулировал 130 договоров с действующими организациями. Эта мера была предпринята в рамках общегосударственной политики сокращения имеющихся излишних мощностей медицинских организаций [Busse, Prymula, 2001].

При всей важности подобных примеров следует признать, что *роль селективных договорных отношений в европейских системах здравоохранения пока очень незначительна.*

В 2003 г. Европейская Обсерватория ВОЗ проводила опрос экспертов из отдельных стран Европы в отношении разных аспектов функционирования системы закупки медицинской помощи. Один из вопросов — наличие или отсутствие конкуренции медицинских организаций за получение заказа покупателя медицинской помощи. Анализ материалов по отдельным странам (Health Purchasing Questionnaire, unpublished) дает следующие результаты.

В западноевропейских странах с системами ОМС (Австрия, Бельгия, Швейцария, Германия, Франция) только в Германии зафиксирована «незначительная» конкуренция, в прочих странах она отсутствует (данных по Нидерландам нет).

В западноевропейских странах с бюджетными системами финансирования (Дания, Финляндия, Италия, Норвегия, Испания, Швеция) только в Дании отмечается ощутимая конкуренция в секторе вспомогательных услуг, в прочих странах она незаметна.

В странах Центральной и Восточной Европы с системами ОМС (Чехия, Словакия, Румыния, Хорватия, Словения, Венгрия, Польша, Россия, прибалтийские государства) только в Чехии и Словении отмечается «ограниченная» конкуренция, в Румынии — в секторе амбулаторной помощи.

Причины ограниченного распространения селективных договоров многообразны. Особое значение имеет ответственность государства за обеспечение физической доступности медицинской помощи. Главный ее показатель — близость больницы или врачебной практики к обслуживаемому населению. Если сеть медицинских организаций уже сложилась, то пожертвовать

какой-то организацией крайне сложно. Отказ в договоре и даже снижение объема заказа, не обеспечивающее полное использование всех мощностей организации, обычно встречает сильное противодействие населения и врачебного сообщества.

Имеет значение и устойчивость потребительских предпочтений. Люди привыкают к своим врачам и не хотят их менять. Репутация врача, доверие к нему, нежелание потерять с ним контакт могут ограничивать или даже подавлять действие рыночных сил. Данные социологических исследований показывают, что в США 70% населения и 75% лиц с хроническими заболеваниями в течение 5 последних лет регулярно лечатся у одного врача, 15% — в одной организации у разных врачей и только примерно 15% оказываются без регулярного места оказания услуг, т.е. обладают более значительным потенциалом выбора врача [Smith, 2005]. Менее исследован вопрос об устойчивости предпочтений врачей амбулаторного звена, направляющих своих пациентов в стационары и к другим специалистам. Скорее всего, они также опираются на уже накопленный опыт взаимодействия с другими медицинскими организациями.

Устойчивость потребительских предпочтений приводит к негативной реакции застрахованных на попытки страховщиков исключить неэффективные медицинские организации. В Германии, Нидерландах, Швейцарии, Чехии известны случаи кампаний бойкота больничных касс, организованных потребительскими обществами, в ответ на селективную договорную политику страховщиков [Duran et al., 2005].

Как это ни парадоксально, но именно в конкурентной системе ОМС страховщикам особенно сложно отказать медицинским организациям в договоре, во-первых, в силу упомянутой возможности потерять клиентуру, во-вторых, вследствие складывающегося иногда неблагоприятного соотношения сил между страховщиками и крупными медицинскими организациями, прежде всего больницами. В практике любой из стран с конкурентной системой ОМС (не только в России) накоплено много примеров того, что крупные больницы навязывают свои условия, пользуясь разобщенностью нескольких страховщиков,

с которыми они заключают договоры. В этой ситуации вектор отбора меняется на противоположный: выбирает не страховщик, а медицинская организация страховщика.

Бороться с этим сложно, поэтому селективные договорные отношения оказываются далеко не главным механизмом закупки медицинской помощи. Возможно, в будущем их роль повысится. Но для этого требуются специальные меры по целенаправленному формированию более конкурентной среды в системе оказания медицинской помощи: реорганизация крупных городских поликлиник в конкурирующие между собой врачебные практики, отказ от чрезмерного укрупнения больниц, развитие частного сектора здравоохранения и проч. Реализация этих мер потребует большого времени, их последствия далеко не очевидны.

#### **7.4 Роль договорных отношений в повышении качества медицинской помощи**

Во многих европейских странах в последнее десятилетие осуществляются национальные программы повышения качества медицинской помощи, включающие такие мероприятия, как разработка клинических протоколов, проведение аккредитации больниц и врачебных практик, аттестация врачей и проч. Система закупки медицинской помощи доводит эти мероприятия до конкретной медицинской организации через механизм договорных отношений.

Первые попытки повышения договорных требований к качеству медицинской помощи предпринимались в ряде стран в 1980-е годы (США, Великобритания, Швеция). Но тогда преобладало мнение, что качеством трудно управлять, а тем более учитывать его при оплате медицинской помощи. Врачебное сообщество возражало против стандартизации услуг, системы внешней оценки качества, а более всего против возможности признания

деятельности конкретного врача неудовлетворительной. Считалось, что это исключительно внутреннее дело медиков.

В 1990-е годы в большинстве западных стран удалось преодолеть эти представления. Активизировалась работа по формированию стандартов медицинской помощи, основанных на доказательной медицине, расширилась сфера их применения. Покупатели медицинской помощи накапливают все больше знаний и информации, чтобы измерять качество услуг и судить о том, что такое плохая или хорошая медицинская практика [Roland, 2004].

Четко прослеживается *тенденция к детализации содержания договоров в отношении показателей качества медицинской помощи, систем его обеспечения, процедур мониторинга и оценки*. Договоры в возрастающей мере устанавливают финансовые санкции за невыполнение или бонусы за выполнение целевых показателей качества. Формируются системы оплаты интегрированного типа — не только за количество, но и за качество проделанной работы, т.е. за интегрированные показатели деятельности медицинских организаций (integrated performance-related payment).

В Великобритании, Германии, Франции, Нидерландах и ряде других стран с развитыми системами закупки медицинской помощи правительства проявили политическую волю в отношении введения договорной системы оценки качества услуг. Официально было признано, что в новой системе отношений будут не только выигравшие, но и проигравшие врачи.

Система стимулирования качества медицинской помощи с помощью договорных отношений складывается из отдельных элементов, набор которых становится все более унифицированным. При этом каждый элемент реализуется на определенном этапе договорного процесса. Группа экспертов ВОЗ систематизирует действия покупателя медицинской помощи по нескольким этапам [Velasco-Garrido et al., 2005].

На этапе *согласования* договора устанавливаются:

- требования к качеству;
- ответственность медицинской организации в отношении сбора информации о качестве;
- формы отчетности медицинской организации.

На этапе *мониторинга* реализации договоров покупатель медицинской помощи:

- получает отчеты медицинской организации, проверяет их достоверность;
- предпринимает действия в отношении выявленных случаев низкого качества;
- рассматривает жалобы пациентов;
- проводит опросы пациентов в отношении их удовлетворенности качеством.

На этапе *оценки* договоров покупатель медицинской помощи:

- анализирует результаты деятельности каждой медицинской организации;
- согласовывает с медицинской организацией внесение изменений в договорные требования к качеству;
- определяет условия нового договора.

На «входе» в эту систему действуют определенные условия обеспечения качества. Главное из них — информация об эмпирически доказанной лучшей клинической практике, включающая клинические и экономические показатели. Основанные на этой информации клинические протоколы и руководства рекомендуют медицинские вмешательства с наибольшей затратной эффективностью.

Чтобы обеспечить *такую* информацию, в ряде западноевропейских стран были учреждены крупные общенациональные научные центры по качеству медицинской помощи. Например, в Великобритании — Национальный институт лучшей клинической практики, в Германии — Федеральный институт качества медицинской помощи.

Национальные программы повышения качества медицинской помощи в ряде стран являются основой коллективного договора с ассоциациями медицинских организаций. В договоре конкретизируются требования программы и механизмы ее реализации. Пример подобных программы и договора — коллективный контракт с врачами общей практики в НСЗ Великобритании, заключенный в апреле 2004 г. Он основан на системе качества и результатов (Quality and Outcomes Framework) (подробнее см. 7.5). Более полутора лет Министерство

здравоохранения вместе с врачебным и экспертным сообществом обсуждали конкретные показатели этой системы. В конечном итоге было выработано взаимное соглашение о возможности использования набора показателей качества и результатов (225 показателей) для оплаты деятельности врачей общей практики [Roland, 2004].

В большинстве стран такие национальные программы отсутствуют, что ограничивает возможности унификации требований к медицинским организациям. В ряде стран действуют региональные программы обеспечения качества и региональные стандарты медицинской помощи (например, во многих регионах России — медико-экономические стандарты). Если отсутствуют унифицированные программы и стандарты, то покупатель в доконтрактный период вынужден самостоятельно собирать необходимую информацию о медицинских вмешательствах с наибольшей затратной эффективностью для включения соответствующих требований в договоры с медицинскими организациями. Разумеется, это снижает стимулирующий потенциал договорных отношений — даже в тех случаях, когда законодательство устанавливает требование включения показателей качества в договор.

Заключая договоры с медицинскими организациями, заказчик может положиться на действующую систему лицензирования медицинских организаций, но может установить и более высокие требования, превышающие требования лицензирования. Все более распространенной практикой в европейских странах становится заключение договоров с медицинскими организациями, прошедшими аккредитацию на основе более высоких требований к их деятельности.

Набор требований, включаемых в договор, можно классифицировать по-разному. Наиболее распространена классификация, основанная на понятии качества как совокупности характеристик ресурсов, процесса и результатов. В частности, группа экспертов ВОЗ делит эти требования на три группы [Velasco-Garrido et al., 2005. P. 222].

1. *Организационно-структурные требования*, в том числе:
  - обязанность медицинской организации осуществлять программу обеспечения качества медицинской помощи, нацеленную

на конкретные задачи (обеспечение безопасности медицинских технологий, непрерывность лечебного процесса, доступность услуг, своевременное оказание и проч.);

- сбор данных о качестве.
- 2. *Требования к процессу оказания медицинской помощи:*
  - обязательное соблюдение стандартов;
  - целевые показатели распространенности определенных медицинских технологий (например, доля пациентов с определенным заболеванием, получающих лечение с использованием неинвазивных технологий);
  - минимальные объемы помощи, дающие право на оказание определенного ее вида (например, право на кардиохирургические операции на открытом сердце предоставляется только при договорном обязательстве проводить определенное число операций в месяц).
- 3. *Требования к результатам оказания медицинской помощи:*
  - целевые показатели результатов лечения определенного заболевания (доля пациентов с определенным результатом);
  - целевые показатели удовлетворенности пациентов.

Особенно важно подчеркнуть, что в комплексе требований растет значение *программ обеспечения качества медицинской помощи*. Договоры устанавливают обязательство медицинской организации участвовать в такой программе. Это требование становится все более унифицированным.

Программы обеспечения качества охватывают широкий круг мероприятий. Их важнейшая характеристика — установление целевых показателей результата лечебно-профилактической работы, в том числе и по лечению определенного заболевания, а также оценка достижения этих показателей. Контроль качества лечения конкретного случая является элементом данных программ, но далеко не самым важным.

В полной мере это относится к деятельности страховщиков в системах ОМС. Основа их деятельности в этой области — определение требований к системам обеспечения качества, мониторинг и оценка реализации этих программ.

Системы договорных отношений для стимулирования качества заметно различаются по странам, а в пределах одной

страны — для отдельных секторов здравоохранения. Например, в *Германии* в секторе больничной помощи действуют жесткие правила договорных отношений, установленные Германским социальным кодексом. Договоры на оказание медицинской помощи по ОМС заключаются только с больницами, в обязательном порядке участвующими в программах обеспечения качества.

Социальный кодекс устанавливает требование прямого включения в договор максимально конкретного изложения обязательств больницы в отношении системы обеспечения качества. Больницы обязаны вести всю необходимую документацию по показателям качества в рамках системы его обеспечения, а также представлять ее больничной кассе в форме, пригодной для сравнения этих показателей по отдельным больницам. Для облегчения работы сторон, участвующих в договоре по выбору набора показателей и проведения мониторинга за их выполнением, федеральные и региональные органы государственного управления разработали специальную программу с особой ролью Федерального института качества медицинской помощи.

Кроме того, федеральное законодательство устанавливает список видов медицинских вмешательств, по которым больницы обязаны представлять больничным кассам отчеты о результатах лечения — это минимальное требование. В дополнение к нему больничные кассы обязаны расширять сферу аналитической отчетности, согласовывая с больницами дополнительные перечни медицинских вмешательств, по которым предоставляются отчеты по результатам лечения. Используются финансовые санкции за недобросовестную отчетность: больничная касса устанавливает расхождения между числом случаев, указанным в счетах больниц, и числом случаев в отчетах по системе обеспечения качества. Эти расхождения оплачиваются по более низким тарифам.

Вопрос о повышении роли договорных отношений в стимулировании качества медицинской помощи становится предметом усиливающегося государственного регулирования. Совет Европы в 1997 г. рекомендовал, чтобы покупатели медицинской помощи внесли свой вклад в совершенствование качества услуг путем включения в договоры более высоких

требований к поставщикам медицинских услуг [Velasco-Garrido et al., 2005. P. 224].

Таким образом, рыночные реформы в европейском здравоохранении идут параллельно с мерами по совершенствованию системы планирования отрасли, развитием договорных отношений, повышением ориентации договоров на обеспечение качества медицинской помощи. Эти и другие инструменты управления в одних случаях вступают в противоречие с рыночными реформами (например в Нидерландах), в иных сочетаются с ними (например в Великобритании). Возможно также и доминирование новых инструментов управления — в странах, где задача проведения рыночных преобразований не ставится.

## **7.5 Реализация модели внутреннего рынка в здравоохранении Великобритании**

Главный принцип реформы Национальной службы здравоохранения (НСЗ) Великобритании — договорное взаимодействие заказчика и исполнителя в бюджетной системе здравоохранения. Осуществление этого принципа распалось на два этапа.

*Первый этап* — 1991–1997 гг. На этом этапе решалась задача *стимулирования конкуренции больниц по параметрам цены и качества медицинской помощи*. Основным покупателем стационарной помощи являлись районные органы управления здравоохранением (райздравы). Они размещали заказ больницам на конкурсной основе. Другой покупатель стационарной помощи — общие врачебные практики (ОВП), являющиеся фондодержателями. Они получают средства не только на собственную деятельность, но и на специализированную помощь, а затем вступают в договорные отношения с больницами и узкими специалистами: заказывают соответствующие виды медицинской помощи и оплачивают их из собственных средств.

Больницы получили статус самоуправяемых организаций — больничных трастов НСЗ. Они обязаны формировать свой доход только за счет поступлений по договорам.

Рычаги регулирования системы остаются в ведении правительства, которое устанавливает правила поведения как для органов управления здравоохранением, так и для поставщиков медицинских услуг. Жестко регламентируется механизм договорных отношений. Установлено правило обязательности конкурсного размещения заказов на основе открытой информации о цене и прочих параметрах договорных отношений. Определены требования к ценообразованию, исключаяющие перекаldывание на покупателей услуг издержек по содержанию неиспользованных мощностей больниц. Расписаны условия и процедура получения больницами статуса трастов, а также порядок их ликвидации. Разработана процедура проверки обоснованности цен, особенно для больниц-монополистов и проч. В отношениях между покупателями медицинской помощи и больницами доминируют ретроспективные методы оплаты — за фактическое число случаев стационарной помощи.

Этап либеральных преобразований продолжался вплоть до 1997 г. В оценке его результатов до сих пор нет единства. Очевидным плюсом реформы стало расширение экономических методов управления медицинскими организациями. Стремясь получить заказ, больницы старались снизить цены, поэтому вынуждены были делать акцент на ресурсосберегающие медицинские и управленческие технологии.

Другой позитивный результат — повышение уровня первичной медицинской помощи. ОВП получили стимулы и дополнительные рычаги давления на больницы, диктуя им требования в отношении качества и условий оказания стационарной помощи. Как показывают исследования, превращение этих врачей в фондодержателей мотивировало их к расширению функций, что позволило сократить частоту направлений к узким специалистам. Кроме того, под давлением этих врачей больницы вынуждены ускорять плановую госпитализацию — листы ожидания стали короче [Dixon, Le Grand, Smith, 2003; Glennester, Cohen, Bovell, 1998].

Неудачей реформы признаются слишком большие затраты на осуществление договорных отношений (высокие транзакционные издержки) при отсутствии очевидных позитивных

клинических результатов деятельности больниц. Стремясь предложить более низкую цену, последние часто жертвовали качеством. Попытки райздравов и особенно врачей общей практики согласовать оптимальное соотношение «цена — качество» требовали многомесячных переговоров с больницами без видимых результатов из-за отсутствия необходимой информации. Оставшиеся без договоров больницы, как правило, не закрывались. Правительство вынуждено было их поддерживать в силу действия политических факторов. Иными словами, рынок не обеспечивал вывод менее эффективных поставщиков услуг. Мобильность капитальных ресурсов изменилась незначительно.

К числу негативных характеристик реформы относится неспособность мелких врачебных практик проводить эффективную политику покупки других видов медицинской помощи. Размеры этих практик оказались недостаточными для того, чтобы планировать потоки пациентов и финансов и строить рациональные формы взаимодействия со стационарами. Кроме того, ряд исследователей указывает на потери эффективности из-за дезинтеграции функции покупки медицинской помощи. Райздравы и врачи общей практики — фондодержатели часто действовали разрозненно, создавая разную мотивацию больниц [Dixon, Le Grand, Smith, 2003]. Отмечаются также некоторые другие недостатки реформы (подробней см.: Шейман, 1998. Глава 2).

В 2000 г. начался *новый этап этой реформы*. Правительство лейбористов приняло обязательство увеличивать расходы на здравоохранение в среднем на 7,4% ежегодно (в неизменных ценах) начиная с 2003/2004 финансового года в течение пяти последующих лет. При этом определены ожидаемые результаты функционирования НСЗ. Акцент сделан на снижении сроков ожидания плановых консультаций, исследований и госпитализаций [Department of Health, 2002].

Хотя правительство в 1997 г. объявило модель внутреннего рынка неудачной, тем не менее на практике основной ее принцип — разделение покупателей и поставщиков услуг — не только сохранился, но и усилился. Общая логика этого этапа

реформы — *создать сильного покупателя медицинской помощи и сделать акцент на финансово-управленческие механизмы, а не на действие рыночных сил.* Обязательное правило конкурсного размещения заказов по ценовому параметру было отменено.

Все функции покупки стационарной помощи были переданы территориальным объединениям общих врачебных практик, получивших статус трастов ОВП. Они контролирует около 90% бюджетов больниц и заказывают у них специализированную помощь (стационарную и амбулаторную). Система фондодержания сохранилась, но в более интегрированном виде — действует *принцип одного покупателя медицинской помощи.* Целью интеграции функции закупки является преодоление фрагментации финансовых потоков, усиление позиций ОВП в отношениях с больницами. Имеет значение и то обстоятельство, что первичное звено медицинской помощи способно лучше оценивать потребности обслуживаемого населения и отстаивать его интересы.

Существенно изменилась роль договорных отношений. Ежегодные договоры уступили место *соглашениям (service level agreements), заключаемым как минимум на 2–3 года.* Эти соглашения регулируют систему стратегической закупки услуг, т.е. устанавливают среднесрочные приоритеты и конкретные планы преобразования сети медицинских организаций. Их особенность — совместное решение выявленных проблем усилиями как заказчика, так и исполнителя. Лозунгами нового этапа реформы стало обеспечение кооперации и партнерства сторон договорных отношений.

Логическим следствием новой парадигмы договорных отношений стал отказ от ценовой конкуренции больниц. Важнейший элемент новой системы финансирования — *формирование единых национальных тарифов.* Считается, что они заставят больничные трасты лучше управлять затратами на оказание медицинской помощи. Чтобы «вписаться» в установленные нормативы, менее эффективные больницы будут вынуждены искать пути оптимизации издержек. Кроме того, единые тарифы позволят трастам общих врачебных практик при формировании заказа больницам сосредоточиться на вопросах

объема, качества и доступности медицинской помощи, а не на ценах услуг. Это даст возможность существенно снизить транзакционные издержки и нейтрализовать конфликт между ценой и качеством медицинской помощи (более конкурентная цена обеспечивается снижением качества).

Доминирующей формой договорных отношений становится договор (соглашение) на объемы и стоимость медицинской помощи (cost and volume contracts). Блок-контракты (block contracts), устанавливающие готовность медицинских организаций к оказанию медицинской помощи без твердых обязательств в отношении объемов, больше не будут использоваться. Снижается и роль договоров на оплату фактических объемов помощи (cost per case contracts). Они используются преимущественно для покрытия расходов на услуги дневных стационаров, которым отводится роль важного фактора снижения издержек на оказание стационарной помощи.

Обязательным условием договора между трастами ОВП и больничными трастами теперь является *определение объемов медицинской помощи*. При этом устанавливаются условия разделения рисков между финансирующей стороной и поставщиком медицинских услуг при отклонениях фактических объемов оказанной помощи от плановых. В случае непредвиденных обстоятельств (например при более высоком уровне экстренных госпитализаций и более высокой частоте направлений первичного звена) вступают в действие установленные в процессе заключения договора правила финансовой ответственности сторон за допустимые отклонения. Общая установка — не допускать чрезмерного превышения объемов. В правительственном документе четко говорится о том, что сверхплановые случаи могут быть не оплачены [Department of Health, 2002].

В политике ценообразования акцент делается на более точное отражение реальных затрат на медицинскую помощь. Расчеты единого тарифа базируются на большой выборке учреждений в разных регионах страны. В качестве базовой величины взяты укрупненные затраты в 2001/2002 финансовом году. Эти затраты будут служить ориентиром для построения шкалы более детальных тарифов. Предпочтение отдается не количеству

тарифов (их способности отразить детальную структуру диагнозов и детальную структуру простых услуг), а *обоснованности укрупненных тарифов*. Десятки тысяч разработанных тарифов, базирующихся на необоснованных общих финансовых нормативах (на укрупненных случаях лечения, койко-днях, посещениях и проч.), все равно не смогут продемонстрировать реальные затраты на лечение конкретного случая.

Для отражения структуры случаев по интенсивности и затратам используются укрупненные группы однородных заболеваний с примерно одинаковой стоимостью, известные в России как «клинико-статистические группы» (КСГ). На первом этапе тарифы по КСГ устанавливаются региональными органами государственного управления. На последующих этапах планируется усреднить эти тарифы и разработать систему региональных «весов» (коэффициентов). То есть будут использоваться общенациональные тарифы, скорректированные на объективные различия в ценах ресурсов в отдельных регионах, прежде всего уровня зарплаты.

Правительство признает, что переход на единый тариф может породить серьезные проблемы, главная из которых — высокий риск финансовой нестабильности для медицинских организаций. Некоторые больничные трасты имеют сегодня значительно более высокие или более низкие удельные затраты по сравнению со средними по стране. Поэтому переход растянут во времени — до 2008 г. Больницам дается срок, в течение которого они могут оптимизировать свои затраты и приблизить их к уровню стандартного тарифа [Boyle, 2005. P. 2].

Кроме того, считается, что реальное влияние на эффективность использования ресурсов может быть достигнуто только при условии, что система единого тарифа будет использоваться для подавляющей части медицинских услуг (на 80% объемов стационарной помощи). Если этого не сделать, то могут возникнуть предпосылки для перекрестного субсидирования: больницы будут перекладывать затраты с одних видов помощи на другие, чтобы уложиться в стандартный тариф для ограниченного числа услуг.

Одновременно с оплатой по КСГ размещается заказ на оказание наиболее приоритетных услуг по лечению конкретных

заболеваний, относимых к числу приоритетных в связи с чрезмерно большими сроками ожидания лечения (например на хирургические операции по удалению катаракты). Список КСГ и приоритетных конкретных заболеваний устанавливается регионами до начала финансового года (при существенной роли национального Министерства здравоохранения).

Отказавшись от рыночного давления на поставщиков услуг, правительство Великобритании сделало ставку на *использование договоров в качестве инструмента обеспечения качества медицинской помощи* в неконкурентной или слабоконкурентной среде. Требования в отношении конкретных параметров качества включаются в договоры с больницами. При этом основой обеспечения качества, как отмечалось ранее, является общенациональная система клинических стандартов.

Важный элемент нового этапа реформы — *формирование экономической мотивации общих врачебных практик*. Правительство исходит из того, что от состояния первичной помощи зависит эффективность функционирования здравоохранения в целом. В 2004 г. началась реализация системы оплаты ОВП за результаты деятельности. Она обеспечивается серьезными вливаниями государственных средств на развитие первичной медицинской помощи — на 20% ежегодно в течение 2004–2007 гг.<sup>1</sup>.

Более полутора лет Министерство здравоохранения совместно с врачебным и экспертным сообществом обсуждали конкретные показатели системы конечных результатов (СКР). В конечном итоге было принято взаимное соглашение и заключен общенациональный контракт, который распространяется на всех врачей общей практики (80% врачей общей практики проголосовали за этот контракт). Он предусматривает финансовое поощрение за достижение установленных показателей.

За достижение всех показателей, включенных в СКР, врачам начисляются 1050 баллов, что обеспечивает увеличение их доходов на 25%. Основой для определения стоимости одного балла является общенациональный бюджет. Бонус выплачивается за достижение трех групп установленных показателей:

<sup>1</sup> Изложение системы оплаты основывается на материалах Мартина Роланда, одного из разработчиков этой системы [Roland, 2004].

- клинических;
- организационных;
- работы с пациентами.

*Клинические показатели.* Акцент в выборе показателей сделан на регулярность наблюдения за приписанными пациентами. Установлено 19 хронических состояний, на которые приходится основная часть обращений к ОВП. Выше всего оценивается наблюдение за больными с сердечно-сосудистыми заболеваниями. Для них установлено 15 показателей, по которым можно набрать максимум 121 балл. Для случаев диабета — 18 и 99, гипертонии — 5 показателей и 105 баллов соответственно. Всего по этой группе показателей можно набрать 550 баллов, т.е. клиническая часть деятельности врача определяет возможность получения примерно половины максимально возможного бонуса. Остальная его часть формируется на основе достижения показателей организации практики и работы с пациентами.

Клинические показатели отражают процесс и «промежуточный результат». Показатели результатов всегда оцениваются выше, чем процесса. Например, при гипертонии в качестве показателя процесса принята частота измерения кровяного давления, а результат характеризуется контрольными показателями снижения рисков. В данном случае используются два показателя: 1) частота измерения давления у больных гипертонией за последние 15 месяцев, 2) доля больных с давлением 150 на 90, зарегистрированным в конце 15-месячного периода наблюдения. Диапазон допустимой вариации по первому показателю составляет 25–90%, каждому значению придается определенное число баллов. Если врач регулярно наблюдает 25% больных, то он получает один оплачиваемый балл, если 90%, то 7 баллов. Диапазон допустимой вариации по второму показателю составляет 25–70%. При достижении контрольного показателя результата для 25% больных врачу начисляется один балл, для 70% — 19 баллов. Если фактическое значение показателя находится в пределах этой вилки, то количество назначаемых баллов определяется на основе простой пропорции.

Когда клинический показатель трудно измерить или он не поддается статистической обработке, соответствующая сфера

деятельности оценивается показателями организации практики (организационно-структурными показателями). Это касается прежде всего онкологических заболеваний.

Баллы оценивались на основе эмпирических исследований, проведенных в Англии и Шотландии, в ходе которых пилотные группы врачей сами ранжировали отдельные виды работ исходя из оценки их сложности и трудоемкости. В отношении результатов использовался принцип ранжирования по степени сложности их достижения. Нормативные показатели явились результатом согласования с представителями врачебного сообщества.

При оценке показателей не принимаются в расчет определенные группы лиц, в частности пациенты, которые не приходят на прием к врачу после трех напоминаний; пациенты, имеющие медицинские противопоказания к методам лечения, включенным в СКР; лица, недавно приписавшиеся к врачу и недавно узнавшие свой диагноз и ряд других.

*Организационные показатели* охватывают 5 групп.

Ведение истории болезни и сбор данных о пациентах — максимум 85 баллов. Например врач, располагающий информацией о вредных привычках 75% своих пациентов, получает за это 5 баллов.

Доступность врача и общение с пациентами — максимум 8 баллов. Например, пациенты имеют возможность реально связаться с регистратурой (по телефону или непосредственно) не менее чем в течение 45 часов в неделю. За это назначается 1,5 балла.

Повышение квалификации, в том числе на рабочем месте — максимум 20 баллов. Например, врачи провели за последние три года как минимум 12 коллективных обсуждений клинически важных случаев (устанавливается примерный набор таких случаев — смерть в офисе врача, два новых диагноза рака, два случая смерти на дому в терминальном состоянии, одно самоубийство, одна жалоба на плохое лечение). За эту работу врачу начисляются 4 балла.

Использование лекарственных средств — максимум 42 балла. Например, документированное рассмотрение

врачом назначений лекарств для 80% пациентов, уже имеющих назначения, не требующие дополнительного обращения к врачу за рецептом (врач проверяет и корректирует свои назначения). Эта работа оценивается в 8 баллов.

Управление практикой — максимум 20 баллов. Основная часть показателей касается информационного обеспечения практики. По организационным показателям врачебная практика может набрать максимум 184 балла.

*Показатели работы с пациентами.* Руководство НСЗ отводит большое внимание вопросам налаживания обратной связи с обслуживаемыми контингентами населения, для чего в последнее десятилетие проводились эксперименты по организации врачебными практиками опросов и обсуждений их результатов. Эта деятельность особо поощряется и в рамках нового контракта с ОВП. На ней можно заработать 70 баллов. Врачам предложены специальные формы вопросников и организованы консультации по проведению опросов.

Финансовые стимулы по контракту достаточно ощутимы. В 2005 г. цена одного балла составляла 120 фунтов в расчете на среднюю практику, т.е. на 3 врача общей практики и вспомогательный персонал, обслуживающих 5500 пациентов. Потенциально врач может заработать по этой системе до 42 тыс. фунтов в год (около 80 тыс. долл. США).

Реализации контракта предшествовала большая методическая и разъяснительная работа. Кроме того, значительные средства были отпущены на информационное обеспечение офисов врачебных практик. Разработаны новые клинические коды и согласованы с фирмами-поставщиками информационных систем. Сейчас 90% врачей общей практики используют компьютеры для назначений и, по примерной оценке, 33–50% имеют компьютеризованную систему ведения историй болезни. Предусмотрен централизованный сбор данных для управления СКР.

Условиями контракта планируется проведение ежегодных проверок силами врачей-инспекторов трастов ОВП, выполняющих функции органа управления ПМСП на местах. Разработаны специальные процедуры проверки. Идеологи реформы не исключают манипулирования показателями и приписок,

но при этом подчеркивают, что предусмотренные очень строгие штрафы станут для них сдерживающим фактором.

Интерес в мире к новому контракту очень высок, он сегодня активно обсуждается в профессиональной литературе и на международных конференциях. Попытки учесть показатели качества и стимулировать их достижение предпринимаются во многих странах, в том числе и в России, но нигде ранее не было такой тщательно разработанной, масштабной и хорошо финансируемой системы. Спектр предварительных оценок весьма широк — от восторженных до очень сдержанных.

Оценивая эту систему с позиций интересов российского здравоохранения, следует отметить, что она несомненно является очень серьезной разработкой стимулов к повышению качества медицинской помощи. Дополнительные средства направляются не просто на повышение зарплаты врачей, а на создание качественно новой системы оплаты в зависимости от качества их работы. Скорее всего врачи действительно отреагируют на новые финансовые стимулы. Первая информация по врачебным практикам в Шотландии свидетельствует о том, что примерно 90% их достигли установленных показателей и получили материальное поощрение по контракту. Непосредственным результатом начального этапа реформы стало [Roland, 2005]:

- быстрое развитие информационных систем;
- усиление роли медсестер;
- расширение деятельности общих врачебных практик по управлению хроническими заболеваниями.

В то же время ряд положений системы не может не вызывать возражений. Опираясь на опыт нескольких регионов России, где проводились подобные эксперименты (например, в Тверской и Калужской областях в рамках проекта Всемирного банка в 2000—2003 гг.), а также регионов, где система оценки качества устойчиво действует, хотя и в значительно меньших масштабах (Кемеровская область), можно сделать следующие критические замечания в отношении британской системы.

Прежде всего, число показателей (всего в СКР включено 225 показателей) представляется чрезмерным. Попытка отразить

все отдельные функции врачей определенным показателем вряд ли продуктивна, поскольку она может привести к фрагментации оказания помощи и утрате комплексного подхода в деятельности врачей. Неизбежно появятся более и менее выгодные работы, что может нанести ущерб пациентам, особенно имеющих несколько заболеваний.

Понимая вероятность таких последствий, разработчики системы попытались учесть «широту» достигнутых параметров качества. В дополнение к установленным показателям, контракт предусматривает использование статистического показателя, отражающего масштабы преобразований: при равенстве числа набранных баллов выигрывают те врачи, которые имеют больше достижений. Однако маловероятно, чтобы чисто статистические приемы могли ограничить манипуляцию структурой работ. При таком большом количестве показателей врачи располагают значительно большей информацией, чем любой самый квалифицированный инспектор.

При многочисленности набора показателей неучтенной оказалась такая важная сфера деятельности ОВП, как организация и координация медицинской помощи на других этапах. И сделать это вряд ли вообще возможно. Вне сферы оценки остался неформальный контакт с пациентом, нередко оказывающий решающее воздействие на показатели здоровья населения (российские земские врачи в свое время считали нормой регулярное чаепитие в семье своих пациентов).

Чтобы избежать фрагментации работ, необходимы более интегрированные показатели деятельности, комплексно оценивающие процесс и результаты деятельности врача общей практики и позволяющие сосредоточиться действительно на приоритетных задачах оказания первичной медицинской помощи. В российской практике также был период увлечения большим числом показателей качества и их сложной статистической обработкой (на первом этапе реализации «нового хозяйственного механизма» в конце 1980-х годов), но по мере накопления опыта работы пришло убеждение в том, что для оценки первичного ее звена необходимо не так уж много показателей — не более десяти. При этом они должны быть нацелены

на приоритетные задачи. Чем более интегрированы показатели, тем больше вероятность того, что они отразят широкие блоки деятельности врачей [Реформирование системы оплаты, 2002].

Кроме того, возникает проблема устойчивости системы, основанной на слишком большом числе показателей. Даже для относительно хорошо финансируемого британского здравоохранения будет непросто найти средства на оплату деятельности ОВП после исчерпания источников дополнительного финансирования. Поощрить достижение всех 225 показателей будет значительно сложнее, чем за 10 показателей, поскольку ограниченный размер общего «бюджетного пирога» делает слишком маленькой ту его часть, которая пойдет на поощрение достижения каждого показателя. Врачи могут утратить «чувствительность» к таким поощрениям. Конечно, не исключено, что к этому моменту они привыкнут к деятельности, ориентированной на конечный результат, и будут работать без финансового стимулирования. Но если это не станет для них обыкновением, то велика вероятность потери уже достигнутого: в Великобритании и до нового контракта многие наиболее приоритетные работы финансово поощрялись, и эта система хорошо себя зарекомендовала.

Имеет значение и то, что управлять таким большим числом показателей сложно и дорого. Даже при серьезной подготовке и хорошо поставленном информационном обеспечении возникнет много непредвиденных проблем, решение которых потребует больших усилий и денег.

Вызывает определенные возражения и слишком большая жесткость установленных показателей, централизованный характер оценки результатов деятельности врачей. Российский опыт показывает, что централизованная система на уровне отдельной области (при значительно меньшей централизации, чем в Великобритании) проходит серьезные испытания на прочность, поскольку районы, имеющие более высокие исходные показатели деятельности, быстро достигают установленных показателей, у них появляются новые проблемы, решение которых не предусматривается системой показателей. Например, в ходе пилотного проекта в Калужской области некоторые районы быстро

вышли на нормативный уровень по показателю вклада звеньев первичной помощи в снижение объемов стационарной помощи (в российской практике этот показатель имеет особое значение), но при этом обострились проблемы ее доступности и возникла угроза ухудшения показателей результата деятельности (например повышения смертности на дому). В этой ситуации неизбежной стала корректировка набора показателей и их «веса» в общей системе оценки деятельности. Слишком централизованная и унифицированная система показателей существенно ограничивает возможности такой корректировки. В результате утрачивается интерес врачей к новым финансовым стимулам<sup>1</sup>.

Выход — в разумном сочетании национальных, региональных и местных моделей оценки деятельности врачей. Система строится как централизованная, но при этом допускается определенный «люфт» для региональных и местных систем, учитывающих их особые приоритеты. Устанавливается порядок согласования общих и специфических показателей.

Вряд ли можно согласиться и с такой характеристикой британского контракта, как жесткость периода оценки результатов деятельности ВОП. Все показатели оцениваются только раз в год. С этим можно согласиться в отношении результатов клинической деятельности и организационно-методической работы, но в отношении показателей процесса важно проводить текущую оценку деятельности врачей, более оперативно влияя на их мотивацию к выполнению приоритетных задач. Это имеет и серьезное психологическое значение — врач не должен забыть, за что его поощряют в конце года. На наш взгляд, более рационален подход, основанный на сочетании годовых, квартальных и месячных показателей.

<sup>1</sup> В одной из российских областей, где проводилась подобная программа поощрения качества медицинской помощи, в некоем районе в прошлом сгорел корпус местной больницы. В этой ситуации ее руководство предприняло ряд очень серьезных мер по оптимизации структуры работ с акцентом на деятельность первичного звена. Тем не менее на район распространялись общие показатели поощрения. Характеризуя эти обстоятельства, разработчики системы шутили, что больница сгорела, но уцелел показатель снижения объемов ее деятельности.

Отвечая на эти и ряд других замечаний<sup>2</sup>, британские разработчики контракта в целом соглашались с ними, делая при этом акцент на то, что все они являются проблемами осуществления, а не замысла системы. Смысл ответов состоит в том, что «надо ввязаться», а потом поправим. Скорее всего это правильно. В таком крупномасштабном и амбициозном эксперименте трудно предусмотреть все заранее. Во всяком случае предложенный подход намного лучше простого повышения заработной платы врачей вне связи с результатами их деятельности. Он создает основу для будущих серьезных институциональных изменений в британском здравоохранении и обеспечит необходимую информацию и опыт, в том числе и для других стран.

Таким образом, во многих странах сделан акцент на использование новых механизмов управления здравоохранением с акцентом на повышение роли договорных отношений и новых экономических стимулов для поставщиков услуг. В большинстве этих стран они реализуются в неконкурентной среде и в растущей мере рассматриваются как альтернатива рыночной реформе. Но есть примеры использования аналогичных механизмов в ситуации рыночного давления, возникающего в результате конкуренции покупателей медицинской помощи. Этот опыт представлен в следующей главе.

## **Литература к главе 7**

Реформирование систем оплаты медицинской помощи: в 2 т. / под ред. Л.Е. Исаковой, И.М. Шеймана. Кемерово: СибформС, 2002.

*Affeild. D. Regulations for Sickness Funds and Health Insurance Companies Activities in Germany / Workshop on Regulating Health Insurance Companies in Russia. Federal Fund of Mandatory Health Insurance. Moscow. September 1997.*

*Boyle S. Payment by Results in England // Euro Observatory, 2005. Vol. 7. N 4.*

<sup>2</sup> Эти вопросы обсуждались на Ежегодном собрании Американской академии здравоохранения в июле 2005 г. в Бостоне в ходе сессии по оплате медицинской помощи, на которой в качестве докладчиков выступали британские, американские и российские эксперты.

*Busse R., Prymula R.* Implementing Hospital Reforms in the Czech Republic // Eurohealth, 2001. Vol. 7. N 3. (Special issue).

Department of Health. Reforming NHS Financial Flows. L., 2002. October.

*Dixon J., Le Grand Smith P.* Shaping the National Health Service — Can Market Forces Be Used for Good? King Fund, 2003.

*Duran A., Sheiman I., Schneider M., Ovretveit J.* Purchasers, Providers and Contracts, *in: Purchasing to Improve Health System Performance / ed. by J. Figueras, R. Robinson, E. Jakubowski.* Buckingham: Open University Press, 2005.

*England R.* Contracting and Performance in the Health Sector. A Guide for Lower and Middle Income Countries. L.: Institute for Health Systems Development, 2000.

*Ettell S., Nolte E., Thomson S., Mays N.* Capacity Planning in Health Care: Reviewing International Experience // Euro Observer, 2007. Vol. 9.

*Glennester H., Cohen A., Bovell V.* Implementing GP Fundholding // International Journal of Health Services, 1998. Vol. 28. N 1.

*Ovretveit J.* Purchasing for Health. Buckingham: Open University Press, 1993.

*Pouvirville G.* Personal Communication, 2005.

*Roland M.* Linking Physicians\* Pay to the Quality of Care — A Major Experiment in the United Kingdom // New England Journal of Medicine, September 2004.

*Roland M.* Linking 30% of UK GP's Pay to Quality of Care: a Unique Collaboration between Funders, Physicians and Academics / Slides for the Presentation at the AcademyHealth Annual Research Meeting in Boston, June 26-28, 2005.

*Savas S., Sheiman I.* Contracting Models and Provider Competition, *in: Critical Changes for Health Care Reform in Europe / ed. by R. Saltman, J. Figueras, C. Sakellarides.* Buckingham: Open University Press, 1998.

*Schmidt U.* How Sustainable Is a Market-oriented Approach to the German Health System? // Euro Observatory, 1995. \fel. 7. N 1.

*Smith M.* Continuity of Care and Trust Among Individuals with Chronic Conditions / AcademyHealth Annual Research Meeting, Boston, June 26—28, 2005.

*Velasco-Garrido M., Borowitz M., Ovretveit J., Busse R.* Purchasing for Quality of Care, *in: Purchasing to Improve Health System Performance / ed. by J. Figueras, R. Robinson, E. Jakubowski.* Buckingham: Open University Press, 2005.

## Глава 8

# ФОРМИРОВАНИЕ РЫНОЧНОЙ МОДЕЛИ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ НИДЕРЛАНДОВ

Нидерланды являются первой европейской страной, предпринявшей попытку заменить сложившуюся систему государственного планирования здравоохранения рыночными механизмами. В начале 1990-х годов здесь начались крупные преобразования, объявленные «демонстрационным проектом для Европы» [Van de Ven, 1993]. Почти 15-летний опыт реформы в Нидерландах свидетельствует о сложности реализации модели регулируемой конкуренции и поэтому заслуживает специального рассмотрения с позиций интересов реформирования российской системы ОМС.

### 8.1 Главные характеристики и проблемы голландского здравоохранения

Система ОМС состоит из двух основных дополняющих друг друга и нескольких мелких программ, охватывающих только различные категории государственных служащих. Первая из основных программ была введена Законом о больничных кассах (программа ZFW), принятом еще в 1941 г. Закон предусматривает обязательное медицинское страхование населения с низким и средним уровнем доходов. Используется традиционная

схема формирования средств: работодатели делают взносы в страховые кассы в виде установленной доли от фонда оплаты труда; используется семейный принцип страхования, т.е. взносы устанавливаются на таком уровне, чтобы обеспечить оплату медицинской помощи как работникам, так и членам их семей. Из общих бюджетных поступлений покрываются расходы на страхование неработающих граждан, за которых не платят работодатели (прежде всего на страхование детей), а также капитальные и некоторые другие расходы. Программа ZFW предлагает стандартный пакет медицинской помощи — стационарную, врачебно-амбулаторную, скорую медицинскую помощь, лекарства по рецептам, некоторые виды реабилитационных услуг. Этой программой охвачено примерно 62% населения страны.

Граждане, имеющие право на данный вид страхования, должны быть застрахованы в одной из больничных касс. Последние выполняют функции страховщиков и имеют статус некоммерческих организаций. В исходный период рыночной реформы в стране действовало более 40 больничных касс — территориальных и профессиональных (страхующих лиц определенных профессий).

Вторая основная программа социального медицинского страхования была разработана на основании Закона «О чрезвычайных затратах на медицинскую помощь» (программа AWBZ), принятого в 1967 г. Эта программа покрывает затраты, связанные с дорогостоящей помощью и лечением психических заболеваний. Этот вид страхования также является обязательным, но в отличие от первого охватывает все население. Данная программа финансируется взносами не только работодателей, но и работников. Кроме того, предусматриваются соплатежи застрахованных в момент потребления медицинской помощи, например в домах сестринского ухода или на дому. Программа AWBZ реализуется региональными департаментами здравоохранения, которые заключают контракты с поставщиками медицинских услуг.

Особенность голландской системы финансирования — предоставление лицам с доходом выше установленного уровня права на выход из системы ОМС при условии присоединения

к страховому плану частного (добровольного) медицинского страхования. Выбрав страховую компанию, они уплачивают страховую премию и пользуются набором предлагаемых услуг, который в целом не сильно отличается от стандартного пакета гарантий по ОМС. Но в этом случае они могут рассчитывать на более высокое качество обслуживания, реализуемого не по регулируемым (как в ОМС), а по договорным ценам.

Чтобы обеспечить доступность медицинской помощи по ДМС для лиц с высокими рисками заболеваний, правительство в 1986 г. приняло Закон «О доступе к медицинскому страхованию» (программу WTZ), предусматривающий комплекс мер по облегчению частного страхования. Этот закон обязывал все страховые компании предлагать страховки со стандартным пакетом услуг, а также устанавливал размер страховой премии для лиц с высокими рисками. Все убытки, понесенные страховыми компаниями в связи с такими ограничениями, компенсируются из специального страхового пула, созданного из отчислений всех застрахованных по ДМС.

Фактически программа WTZ представляет собой симбиоз ОМС и ДМС. Государство регулирует ту часть отношений, которые связаны с формированием средств медицинского страхования (признак системы ОМС). Но при этом сохраняет свойственный ДМС порядок взаимодействия страховых компаний с медицинскими организациями, участвующими в реализации этой программы. Это в первую очередь касается договорного порядка установления цен на медицинские услуги.

Три главных источника финансирования обеспечивают практически все население той или иной формой социальной защиты в случае заболевания. Соотношение этих источников в 2002 г. складывалось следующим образом (в %):

Программа ZFW	52
Программа AWBZ	44
Программа WTZ	4

Источник: Ван де Вэн В., 2004.

Эти источники дополняются личными платежами населения в момент потребления медицинской помощи, прежде

всего в части льготного лекарственного обеспечения. Общий объем личных расходов на медицинскую помощь (ДМС и соплатежи в момент потребления) в последние два десятилетия составлял 25—28% от совокупных расходов на здравоохранение (личных и государственных) [Schut, Van de Ven, 2003].

Длительное время голландская система ОМС была «открыта сверху», т.е. не имела ограничителей в отношении роста цен на медицинские услуги и ставок страховых взносов. Цены устанавливались коллективными соглашениями медицинских и страховых ассоциаций, причем позиции врачей были традиционно сильны, что позволяло им диктовать условия соглашений. Размер взносов определялся самими больничными кассами в зависимости от ожидаемых объемов помощи и согласованных цен. Действующие ретроспективные методы оплаты — за каждую фактически оказанную услугу врача и койко-день стационарной помощи — способствовали наращиванию объемов медицинских услуг. В этой ситуации расходы на здравоохранение (государственные и частные) росли быстрыми темпами.

Пытаясь преодолеть затратный механизм, правительство взяло курс на сдерживание затрат (cost containment). Закон о больничных организациях (1978 г.) установил серьезные ограничения на расширение сети больниц. Новое строительство и крупные инвестиции больниц должны соответствовать государственному плану развития сети стационарных учреждений. Больницы вправе расширять свои мощности только после получения разрешительного документа. Это правило распространяется и на частные больницы, поскольку они участвуют в реализации программ ОМС и не в меньшей мере, чем государственные больницы, являются носителями затратных тенденций.

В 1981 г. правительство повысило свою роль в тарифных соглашениях. Но эффект такого регулирования был невысок, поскольку поставщики медицинских услуг быстро научились бороться с контролем цен путем повышения объемов медицинской помощи. Поэтому следующим шагом стало установление фиксированных (глобальных) бюджетов больниц — сначала на основе предыдущих расходов, потом (с 1985 г.) — путем

согласования с каждой больницей заказываемых объемов помощи. По каждому виду медицинской помощи, оказываемой больницами (стационарной, амбулаторной и услугам дневных стационаров), органы государственного управления (а не страховщики) вели переговоры с больницами исходя из показателей государственного плана. Согласованные объемы умножались на установленные «веса» по каждому виду помощи и формировался глобальный бюджет отрасли. Экономическая природа этого процесса состоит в переходе от «открытой сверху» к более жесткой системе планирования расходов больниц.

Стремясь ограничить действие затратного механизма, правительство предприняло попытку ограничить пакет государственных гарантий. Был создан Комитет по выбору в здравоохранении, в задачу которого входило установить приоритеты развития отдельных видов медицинских вмешательств и исключить из пакета гарантий те из них, которые требуют больших затрат, но не дают ощутимых клинических результатов (медицинских вмешательств с относительно низкой затратной эффективностью). Его деятельность в течение несколько лет продемонстрировала, что государству крайне сложно отказаться от заявленных ранее обязательств. После длительных обсуждений приоритетов из списка гарантий были исключены несколько малораспространенных медицинских вмешательств. Неудачная попытка более глубокого рационарования еще более усилила интерес к рыночным механизмам развития здравоохранения [Government Committee, 1992].

Исходной точкой рыночной реформы в конце 1980-х годов была ситуация отсутствия стимулов к повышению эффективности использования ресурсов здравоохранения. Главные проблемы отрасли сводились к следующему [Van de Ven, 1990; Van de Ven, 1993; Van de Ven et al., 2003].

- Неполный охват населения основной программой обязательного медицинского страхования.
- Отсутствие у застрахованных стимулов к выбору медицинской помощи с более высокой затратной эффективностью. Они практически не участвовали своими деньгами в формировании страховых фондов, не могли выбрать страховщика и не

несли никаких финансовых последствий в связи с затратным механизмом оказания медицинской помощи.

- Страховые взносы работодателей аккумулировались в Центральном фонде ОМС и распределялись в больничные кассы на основе принципа ретроспективного возмещения их фактических затрат на оказание медицинской помощи. Если больничная касса имела экономию, то на величину этой экономии снижался объем ее финансирования.

- Планирование сети медицинских организаций оказалось изолированным от системы финансирования, результатом чего стала серия несогласованных решений Министерства здравоохранения и Центрального фонда ОМС в отношении нового строительства и инвестиций в дорогостоящее медицинское оборудование. В системе ОМС не имелось достаточных средств для оплаты медицинской помощи, оказанной в новых и реконструированных больницах.

- Действующая система планирования слабо сдерживала наращивание лишних мощностей. Больницы препятствовали реализации этих планов и, как правило, выигрывали судебные иски против правительства. Складывалась ситуация, когда «только правительство отвечало за сдерживание затрат. Все остальные субъекты системы — медицинские организации, страховщики и пациенты — только оппонировали этим планам без всяких обязательств и последствий для себя» [Van de Ven, 1990].

- В отличие от других стран, выбравших рыночную модель ОМС (например Германия или Швейцария), в Нидерландах в конце 1980-х годов страховщики не несли никаких финансовых рисков. Они ретроспективно возмещали затраты медицинских организаций. Рост этих затрат являлся основанием для повышения размера страховых взносов, т.е. затраты переносились на конечных плательщиков страховых взносов.

Итак, система оказания медицинской помощи традиционно складывалась при сильном воздействии государственного регулирования и планирования. В системе финансирования отсутствовали стимулы к поиску более эффективной структуры оказания медицинской помощи. В совокупности это привело к ограничению ее доступности — повышению длительности

ожидания плановых госпитализаций и консультаций специалистов. Листы ожидания были заметно длиннее, чем в соседних странах и имели тенденцию к росту, несмотря на государственные вложения, направленные на их сокращение. Например, в 1999 г. число ожидавших увеличилось на 2%, хотя правительство потратило дополнительно 54 млн долл. США на повышение интенсивности деятельности больниц [Naik, 2007].

Как видим, система финансирования здравоохранения Нидерландов имеет много общих черт с российской системой ОМС. *Стартовые позиции голландской реформы — это наша современная ситуация:* отсутствие условий для реального рыночного выбора; страховщик не несет финансовых рисков, связанных с затратным механизмом здравоохранения, не участвует в планировании объемов медицинской помощи и сети медицинских организаций; планирование оторвано от реальной практики оплаты медицинской помощи; затратные тенденции доминируют. Существенное различие: в Нидерландах эти негативные процессы складывались в условиях достаточно «щедрого» государственного финансирования здравоохранения в размере 8% ВВП, у нас — в условиях скудного финансирования на уровне 3% ВВП. Но главное отличие состоит в том, что в Нидерландах была предпринята попытка начать действительно рыночную реформу, в то время как в России, что будет показано далее, так называемая конкурентная модель ОМС реально рыночной не является.

## **8.2 Содержание рыночной реформы**

В 1986 г. специальная комиссия разработала предложения по рыночной реформе, получившие название «план Деккера». Его главные принципы сводились к следующему.

Центральный фонд ОМС собирает страховые взносы работодателей и распределяет их конкурирующим больничным

кассам (страховщикам). При этом действующая ранее *ретроспективная* передача средств (т.е. за фактические затраты) уступает место системе *предварительного* финансирования страховщиков. Они не могут получать дополнительные средства и должны уложиться в твердый норматив финансирования. Считается, что это создаст для них стимулы к поиску более эффективных форм оказания медицинской помощи.

Ключевой элемент новой системы — создание условий для ценовой конкуренции больничных касс. *Страховые взносы работодателей в Центральный фонд ОМС дополняются взносами работников в выбранную больничную кассу.* Общий объем средств, контролируемых страховщиками, складывается из солидарной части (поступлений от Центрального фонда) и прямых платежей застрахованных.

Каждая больничная касса самостоятельно определяет страховой тариф. При этом закон устанавливает правило определения *единого* его размера (*flat-rate tariff*) для всех категорий застрахованных, выбравших определенную больничную кассу. Логика этого правила двояка. Во-первых, исключается возможность повышения ставки тарифа для лиц с более высокой потребностью в медицинской помощи. Страховщик не может «наказать» человека с хроническим заболеванием требованием уплатить более высокий страховой взнос на том основании, что его заболевание требует больших расходов. Другими словами, принцип общественной солидарности присутствует и в новой системе финансирования.

Во-вторых, ставится задача создать ценовой сигнал для застрахованных и на этой основе побудить больничные кассы к поиску путей оптимизации затрат на оказание медицинской помощи. Если страховщик активно работает с медицинскими организациями, добываясь более благоприятной структуры затрат (например за счет использования медицинских технологий с большей медико-экономической эффективностью), то он может снизить размер страхового тарифа, а значит привлечь больше застрахованных.

Начиная с 1993 г. население получило право свободного выбора страховщика. С этого момента 24 больничные кассы

(их число снизилось в последнее десятилетие) ежегодно проводят кампании перерегистрации застрахованных, включающие традиционный набор маркетинговых стратегий.

На первом этапе реформы страховой тариф, уплачиваемый самими застрахованными, был невелик и составлял 2—3% поступлений страховщиков. Но после 1998 г. он вырос в 3,5 раза (табл. 8.1). При этом солидарная часть поступлений больничных касс все равно доминировала: в 2000 г. она составляла 88%, и лишь 12% средств поступали непосредственно от застрахованных [Schut et al., 2001].

*Таблица 8.1*

**Средний размер страховых взносов в  
выбранную страховую кассу в Нидерландах в  
расчете на одного застрахованного старше 18**

<b>Год</b>	<b>Страховой взнос €/год</b>
1988	0
1998	98
2000	188
2003	356
2006 (план)	1106
2007 (план)	1134

Источники: Ван де Вэн, 2004; Naik, 2007.

В 2004 г. был принят новый закон о медицинском страховании, предусматривающий, среди прочего, существенный рост страхового тарифа. В 2006–2007 гг. планировалось поднять его до уровня свыше 1000 евро в год. В совокупности личные взносы застрахованных будут формировать почти 50% общих поступлений страховщиков [Ван де Вэн, 2004]. Сохраняя приверженность принципу общественной солидарности, правительство Нидерландов планирует субсидировать страховые взносы лиц с низким доходом. Голландские эксперты прогнозируют,

что за субсидиями в 2006 г. обратится около 6 млн человек, или более трети населения страны [Bultman, 2005].

Другим основанием для конкуренции страховщиков является *возможность вариации планов медицинского страхования*. Хотя базовая программа ОМС охватывает стандартный пакет видов медицинской помощи (исключение — стоматология для взрослых), тем не менее допускается предложение дополнительных услуг — стоматологической помощи, санаторного обслуживания, более комфортных условий лечения в стационаре и проч.

Длительное время правительство Нидерландов с большой осторожностью относилось к дополнительным программам медицинского страхования, объединенным с базовой программой ОМС. Они допускались, но в очень ограниченных масштабах — не более 63 евро на одного застрахованного в год [Ван де Вэн, 2004]. Эти опасения были основаны на том, что дополнительные программы могут стать инструментом отбора страховщиками наиболее здоровых категорий населения (формой селекции рисков). Больничные кассы могут формировать пакеты дополнительных программ таким образом, чтобы они были привлекательными для относительно здоровых людей. Например, дополнительные программы родовспоможения и медицинской помощи детям, несомненно, привлекут молодых людей.

Однако на новом витке реформы, начатом в январе 2006 г., возобладала либеральная позиция. Ставка делается на систему выравнивания условий финансирования страховщиков в зависимости от реальных рисков застрахованных (подробней см. гл. 9).

Закон 2004 г. устанавливает, что все граждане страны старше 18 лет обязаны приобрести медицинскую страховку в коммерческих страховых компаниях путем прямого страхового взноса (в дополнение к взносу работодателя в Центральный фонд). Все население страны имеет право на стандартный пакет медицинских услуг — на уровне сложившегося в системе ОМС. Страховщики реализуют разные вариации этого пакета по условиям оказания медицинской помощи. Они могут создавать замкнутые системы медицинских организаций с ограниченными условиями доступности услуг за их пределами — в этом случае страховая премия будет ниже, чем при неограниченном

праве выбора поставщика услуг; могут предлагать особые условия оказания медицинской помощи, например программы управления хроническими заболеваниями (диабетом, астмой и проч.), а также программы стимулирования здорового образа жизни. Кроме того, страховщики вправе реализовывать финансовые схемы, свойственные ДМС: франшизу (но не более 500 евро в год), скидки страховых премий за установленный набор действий застрахованных и проч. При этом страховщики не вправе отказать гражданину в страховании, а также не могут устанавливать страховую премию в зависимости от состояния его здоровья — ее размер един для всех выбравших определенную страховую компанию.

Начиная с 2006 г. операторами системы являются не больничные кассы, а частные страховые компании. Им разрешено действовать на коммерческой основе, т.е. распределять прибыль акционерам. Считается, что коммерческий интерес компаний сделает их активными покупателями медицинской помощи в интересах застрахованных.

Хотя голландская система реализуется на основе традиционного семейного принципа (страхователь делает взносы не только за работающих, но и за неработающих членов его семьи), тем не менее в ходе реформы остро встал вопрос о субсидировании страховых взносов наименее обеспеченной части населения — получателей социальных пособий. Непосредственно перед началом реформы 2006 г. было принято решение о их поддержке из муниципальных бюджетов и средств социального страхования. Муниципальные власти могут выступать в роли страхователя, заключая договоры с wybranными страховыми компаниями. Поощряется объединение муниципалитетов для заключения коллективных договоров.

Если размер прямых страховых взносов застрахованных окажется выше прогнозируемого уровня (1106 евро в 2006 г.), то разница будет возмещаться из специально созданного бюджетного фонда центрального правительства.

Еще одна новация рыночной реформы — *превращение страховщиков в носителей финансовых рисков*. Они делят ответственность с Центральным фондом ОМС за отклонения фактических расходов на медицинскую помощь от плановых, определяемых

Центральным фондом на основе дифференцированного норматива финансирования страховщиков. Последние оплачивают медицинскую помощь не только в пределах полученных от государства средств, но и из собственных средств. Их неспособность уложиться в установленный порядок финансирования влечет за собой прямые экономические потери.

Создание системы разделения финансовых рисков растянулось во времени. Поначалу финансовая ответственность страховщиков за незапланированные расходы на медицинскую помощь была минимальна — всего 3% совокупных финансовых рисков (табл. 8.2). Правительство опасалось того, что слишком высокие финансовые риски страховщиков усилят их стремление к отбору наиболее здоровых контингентов застрахованных, чьи расходы ниже и их легче предсказать. Но по мере совершенствования системы выравнивания условий финансирования отдельных больничных касс правительство постепенно увеличивало долю возлагаемых на страховщиков финансовых рисков. В 2004 г. они отвечали за 53% незапланированных расходов на медицинскую помощь.

*Таблица 8.2*

**Доля финансовых рисков больничных касс в общем объеме расходов на ОМС в Нидерландах за 1992—2004 гг.**

1992	0
1993	3
1995	3
1997	27
1999	35
2001	38
2003	52
2004	53

Конкурентная модель ОМС предусматривает также изменение системы взаимодействия больничных касс с медицинскими организациями. Основой ее становится *принцип селективных договорных отношений*, т.е. страховщик вправе отказать в договоре лицензированной медицинской организации.

Больничные кассы обязаны до начала перерегистрации застрахованных сделать свои предложения в отношении состава медицинских организаций, с которыми они заключили договоры, а также финансовых условий оказания медицинской помощи в медицинских организациях, с которыми договоры не заключены. Общее правило таково: чем больше свободы выбора, тем дороже страховка. Застрахованные, заинтересованные в неограниченном доступе в медицинские организации делают более высокий страховой взнос.

Допускается *возможность договорного установления цен на медицинские услуги* — на основе согласования между больничной кассой и медицинской организацией. В первую очередь новая система ценообразования затронула услуги врачей общей практики. Прежняя система тарифных соглашений между ассоциацией таких врачей и ассоциацией больничных касс (примерно такая же, как сегодня действует в России) уступила место индивидуальным договорам с каждой врачебной практикой и двустороннему согласованию цен.

Менее либеральный подход используется в больничном секторе. Допускается свободное установление цен только на 10% объема деятельности конкретной больницы, остальные 90% тарифов регулируются на основе коллективных соглашений при сильном влиянии государства [Schut, Van de Ven, 2005]. Правительство опасается резкого повышения цен на больничные услуги. Для этого имеются серьезные основания — недостаточный уровень конкуренции больниц, особенно в секторе высокотехнологичной помощи.

Практика договорных цен более широко распространена в сфере вспомогательных услуг. Медицинские организации предлагают услуги своих лабораторий, диагностических центров, отделений физиотерапии и проч. для оплаты больничными кассами. В этой сфере остается все меньше ограничений на свободное ценообразование.

Все шире используются мощности частных клиник, особенно центров амбулаторной хирургии, дневных стационаров. Их услуги оплачиваются по договорным ценам. Но при этом до сих пор действует закон, по которому такие стационарозамещающие центры не могут держать пациента более 24 часов. Закупка услуг этих центров должна находиться в рамках допустимых мощностей стационаров, чтобы не подстегнуть затратные тенденции.

Наиболее амбициозная часть модели регулируемой конкуренции — *ограничение сферы государственного планирования здравоохранения*. Органы государственного управления сохраняют свою ответственность за состояние здравоохранения и обеспечение солидарной системы финансирования, но без прямого контроля за объемами медицинской помощи и ценами. В конце 1990-х годов был сформулирован тезис о том, что главным покупателем медицинской помощи должны стать больничные кассы, а не правительство. При этом подчеркивается, что в роли покупателя должен выступать не «картель больничных касс» (их ассоциация, заключающая коллективное соглашение с поставщиками медицинских услуг), а каждая больничная касса в отдельности [Ван де Вэн, 2004]. Таким образом, страховщикам, а следовательно рынку, отводится центральная роль в распределении ресурсов здравоохранения. На практике, как будет показано далее, все оказалось намного сложнее.

Кроме того, существенно расширилась самостоятельность больниц в определении объема своей деятельности. Прежнее установление лимита расходов (глобального бюджета) постепенно уступает место ретроспективным методам оплаты фактических объемов стационарной помощи. Больницы получают возможность более оперативно реагировать на слишком большие сроки ожидания плановой помощи и наращивать объемы услуг.

Одновременно меняется порядок финансирования крупных инвестиций больниц: их источником теперь являются не государственный бюджет, а доходы самих больниц, формируемые в системе ОМС, а также кредиты коммерческих банков. Государство больше не несет финансовой ответственности по обязательствам больниц. Вместо этого правительство инициировало создание резервного (по существу страхового) фонда для поддержки финансовой устойчивости больниц. Он формируется на добровольной основе за счет последних.

В то же время сохранилась важнейшая мера политики сдерживания затрат — государственное планирование крупных инвестиций медицинских организаций (включая строительство и реконструкцию больниц). Основой плановой деятельности государства является «сертификат потребности», доказывающий обоснованность этих инвестиций [Bultman, 2005]. Однако, как указывалось в предыдущей главе, Нидерланды (в отличие от других западноевропейских стран) существенно расширили роль ассоциаций больниц и страховщиков в планировании мощностей действующей сети больниц. Это также стало элементом новой рыночной стратегии.

По замыслу идеологов реформы, больничные кассы должны получить возможность использовать весь арсенал инструментов системы управляемой медицинской помощи, в том числе и формы интеграции с медицинскими организациями. Закон 2002 г. разрешил больничным кассам и больницам создавать собственные аптечные учреждения. Некоторые больничные кассы и больницы это делают, иногда кооперируясь между собой. Считается, что наличие собственной аптечной сети позволяет больничным кассам лучше контролировать использование лекарственных средств. Другая тенденция — создание страховщиками собственных центров первичной медицинской помощи и их финансирование по подушевому нормативу на весь объем медицинской помощи.

Новая система медицинского страхования получила неформальное название «обязательного добровольного медицинского страхования» [Bultman, 2005; Naik, 2007]. Эта система имеет черты, свойственные ОМС и ДМС, и по существу является их объединением.

### **8.3 Осуществление рыночной реформы**

Использование рыночных механизмов не стало одномоментным актом. Они вводились поэтапно — в зависимости от созревания условий и на основе консенсуса субъектов системы

ОМС. Первое серьезное решение — о праве больничных касс заключать договоры не со всеми лицензированными медицинскими организациями, а с теми из них, которые имеют наиболее высокие показатели деятельности — было принято в 1992 г. В 1993 г. вступил в силу закон, предусматривающий свободный выбор страховщика и фиксированный соплатеж страхового взноса. Тем же законом установлен общий принцип выравнивания страховых рисков по больничным кассам на основе относительно простой формулы, учитывающей половозрастные различия в ожидаемых расходах застрахованных. Во второй половине 1990-х годов были приняты законы, упорядочивающие взаимодействие страховщиков и медицинских организаций, а также условия регулирования конкуренции страховщиков.

В 2004 г. по итогам оценки более чем десятилетнего опыта реформы был принят закон о медицинском страховании, интегрирующий уже апробированные механизмы и вводящий новые. Он стал основой реализации нового наиболее значимого этапа реформы 2006 г. — создания единой системы медицинского страхования. Помимо уже описанных изменений были объединены ранее существующие программы (теперь программы защиты от чрезмерных расходов не существует). Медицинское страхование («обязательное добровольное медицинское страхование») стало всеобщим. Естественным образом исчезла опция свободного выхода из обязательного в добровольное медицинское страхование.

Важно подчеркнуть, что рыночная реформа осуществлялась без особой спешки на основе серьезной разработки каждого элемента. Технические вопросы реформы, например построение рациональной системы управления финансовыми рисками, были столь же важны, как и политические приоритеты и достижение консенсуса всех субъектов системы. Эти проблемы решаются с широким привлечением всех заинтересованных сторон и полным осознанием того, что без их адекватного решения может быть дискредитирована основная идея реформы. Выращивание соответствующих институциональных условий стало доминантой реформы.

Реализация рыночной реформы приняла форму серии исправлений первоначальных намерений, отражающих как

комплекс политических условий, так и конкретных проблем перехода рыночным отношениям. Как отмечают голландские исследователи, «многие из корректировок хода реформы невозможно было предвидеть. Политики и заинтересованные стороны вынуждены были открывать проблемы и реагировать на них методом проб и ошибок» [Heldergerman et al., 2005. P. 205]. При этом отмечается, что в ходе корректировок «трудно было понять, где лежит граница между осторожностью и неприятием реформы» [Ibid. P. 206].

Немаловажную роль играют страховые компании и медицинское сообщество. Их позиции в ходе реформы постоянно менялись — от безусловного ее принятия до сильного противодействия. В конечном итоге реформа 2006 г. была ими поддержана. Важно подчеркнуть, что этому предшествовала волна слияний на рынках больничных услуг и медицинского страхования [Ван де Вэн, 2004]. Этот процесс оказал существенное влияние на принятие решения о реализации крупномасштабной рыночной реформы.

Из экономической теории следует, что слияния сдерживают рыночные процессы, ограничивая конкуренцию больниц и страховщиков. Но политэкономическая сторона слияний может дать совершенно противоположный эффект: появляются крупные субъекты системы с собственными экономическими интересами, отличными от интересов мелких субъектов. Они почувствовали свою силу, которую хотят реализовать на конкурентной основе, а не путем регулируемых государством картельных соглашений. Крупные больничные комплексы и крупные страховщики стали движущими силами голландской реформы.

Хотя содержание рыночной реформы было разработано достаточно полно, тем не менее практика ее реализации продемонстрировала необходимость соблюдения ряда условий, обеспечивающих эффективную конкуренцию больничных касс и их позитивное воздействие на систему оказания медицинской помощи. Голландские специалисты формулируют эти условия следующим образом [Адаптировано на основе: Schut, Van de Ven, 2005].

1. Наличие эффективной системы выравнивания финансовых рисков страховщиков.

2. Адекватное определение объемов медицинской помощи и тарифов на медицинские услуги.

3. Ограничение монопольных позиций и предотвращение картельных соглашений страховщиков и медицинских организаций.

4. Стимулирование конкуренции по качеству медицинской помощи.

5. Обеспечение полной информации о цене и качестве медицинских услуг в разрезе отдельных страховщиков и медицинских организаций для облегчения потребительского выбора.

### ***Создание системы выравнивания финансовых рисков больничных касс***

За последние годы в Нидерландах проведена значительная работа по формированию такой системы. Формула и конкретный алгоритм выравнивания постоянно совершенствуются (см. главу 9). Эта работа имела свой результат: благодаря более точной формуле выравнивания рисков мотивация страховщиков к отбору рисков стала снижаться, и сегодня эта проблема стоит значительно менее остро, чем в других странах, выбравших рыночную модель ОМС, особенно в Германии и Швейцарии [Van de Ven et al., 2003].

### ***Адекватное определение объемов медицинской помощи и тарифов на медицинские услуги***

Эффективное взаимодействие страховщиков и медицинских организаций возможно только при наличии общей единицы объемов медицинской помощи; ее вариации исключают их сравнение по разным медицинским организациям и договорное определение объемов и цен. Имеет значение и то, что слишком дробная единица объемов усложняет процесс их планирования и согласования. Страховщику легче заказать определенное число законченных случаев хирургических вмешательств с примерно одинаковой стоимостью, чем число случаев лечения конкретных заболеваний (например аппендектомий),

поскольку динамика агрегированных групп заболеваний более предсказуема.

Кроме того, для эффективной конкуренции необходимы тарифы, отражающие реальные затраты на оказание медицинской помощи. Если тарифы оторваны от затрат и рассчитываются по большому числу трудно сравнимых единиц объемов медицинской помощи (как это происходит в российской системе ОМС), то страховщику как покупателю медицинской помощи трудно сопоставлять разные варианты размещения заказов. Без ясных ориентиров в отношении обоснованной цены на принятую единицу объемов медицинской помощи появляются широкие возможности для оппортунистического поведения медицинских организаций. Например, можно занижить предлагаемую цену и получить заказ, но при этом качество услуг будет низким; можно «проталкивать» более выгодные для себя виды работ, перекладывая затраты на менее выгодные и проч.

В 2000 г. была создана группа по разработке системы классификации «продукта» больниц. За основу был взят «сквозной» случай лечения на всех этапах (стационарном и амбулаторном) с однородной стоимостью. Каждый пациент больницы входит в определенную группу (Diagnosis and Treatment Combination — DTC). Эта группа включает все услуги, оказываемые больницами, начиная с первого посещения врача до проверки состояния после госпитализации. Новая классификационная система охватывает примерно 500 групп [Schut, Van de Ven, 2005].

Новая система была запущена в 2004 г. Больничные кассы сегодня ведут с больницами согласование объемов медицинской помощи на основе общей единицы учета — достаточно крупной для повышения «качества» планирования и в меру детальной, чтобы отразить различия в составе пациентов отдельных больниц по степени сложности и уровню затрат.

Кроме того, данная система позволила приблизиться к реализации принципа «цены отражают реальные затраты». На основе большой статистической выборки медицинских организаций были определены средние и экономически обоснованные цены укрупненного «продукта» (совокупности однородных случаев, входящих в одну группу). Они выполняют

роль финансовых нормативов, отражающих стандартизированные издержки. Такая цена отсекает отклонения затрат и принуждает медицинские организации работать в режиме жестких требований к оптимизации издержек. Вместо тысяч нереальных и трудно верифицируемых тарифов была построена единая система цен, позволяющая оценить реальную затратную картину.

### ***Ограничение монопольных позиций и предотвращение картельных соглашений страховщиков и медицинских организаций***

Этими вопросами занимается Управление по вопросам конкуренции — орган антимонопольного регулирования в экономике Нидерландов. Сфера его деятельности охватывает регулирование рынков медицинского страхования и медицинских услуг.

Наиболее важные решения Управления — запрет на ценовой сговор и разделение рынка больничными кассами и медицинскими организациями. В 2001 г. была признана незаконной практика картельного согласования тарифов врачами общей практики. Выявление ценовых картелей влечет за собой крупные штрафы [Schut, Van de Ven, 2005].

Управление осуществляет надзор за обоснованностью цен. Особенно жестко — в секторе третичной медицинской помощи, где действуют медицинские организации-монополисты и возможны завышения цен.

Объектом надзора стали слияния больниц. Каждый такой проект рассматривается Управлением. Оценка ведется прежде всего с позиций формирования эффективного рынка больничных услуг, а не только организационно-экономической целесообразности.

### ***Стимулирование конкуренции по качеству медицинской помощи***

Четко наметился процесс усиления требований больничных касс к качеству медицинской помощи. Они включают в договоры

с медицинскими организациями параметры *систем обеспечения качества*. Если медицинская организация предлагает более действенные механизмы управления качеством и более высокие клинические результаты, то она имеет больше шансов на получение договора.

Чтобы такие системы могли реально действовать, необходимы меры по измерению качества медицинской помощи. Соответствующие показатели качества включаются в договоры между страховщиками и медицинскими организациями.

Широкое распространение получили клинические руководства, основанные на доказательной медицине. Их использование в клинической практике позволяет если не стандартизировать, то по крайней мере ограничить неоправданную вариацию в методах лечения.

Другое направление стимулирования конкуренции по качеству — формирование базы данных, характеризующих удовлетворенность пациентов уровнем качества и условиями оказания медицинской помощи в разных медицинских организациях. Правительство и Союз потребителей Нидерландов инициировали разработку системы рейтингов больниц на основе опроса 40 тыс. пациентов. В 2002 г. был опубликован доклад со сравнением шести специальностей в 37 больницах. Одновременно разрабатываются объективные показатели деятельности медицинских организаций. Эта информация призвана облегчить выбор населением медицинских организаций и страховщиков [Schut, Van de, Ven. 2005].

### ***Предоставление информации о страховщиках***

Непосредственно перед началом реформы 2006 г. правительство установило правило обязательного предоставления страховщиками информации о размере страховых премий и условиях страхования. Для этого был открыт правительственный сайт и организованы консультации для облегчения выбора страховщика.

Примеры предложений страховых компаний в 2006–2007 гг. [Naik, 2007]:

- компания «Мензис» открыла 3 собственных центра первичной медицинской помощи и планирует открыть еще 10 для облегчения доступности этой помощи и существенного снижения затрат на стационарную помощь;
- компания «Увит» предлагает ваучеры со скидками на приобретение продуктов питания с низким содержанием холестерина;
- ряд компаний предоставляет лицам с чрезмерным весом существенную скидку на страховую премию при условии достижения целевого показателя снижения веса (можно сэкономить примерно 600 евро в год);
- компания «Увит» предлагает льготные условия получения плановых хирургических операций, в том числе в Германии;
- компания «Мензис» платит существенные бонусы врачам за назначение лекарств-дженериков;
- компания «Увит» предлагает услуги информационного центра, предоставляющего застрахованным данные о возможности лечения в разных медицинских организациях.

Министерство здравоохранения Нидерландов прогнозировало, что дополнительная информация приведет к тому, что примерно 5% застрахованных в 2006 г. поменяют свою страховую компанию. Реально это сделало 20% застрахованных [Naik, 2007]. Более сильный ценовой сигнал в сочетании с вариацией страховых планов и дополнительной информацией стал основой повышения потребительской мобильности на рынке медицинского страхования по сравнению с предшествующими годами (см. главу 7).

#### **8.4 Проблемы и противоречия конкурентной модели ОМС**

При всей важности зарождающихся рыночных механизмов их роль пока не следует переоценивать. Реальные процессы в голландском здравоохранении существенно отличаются от теоретических конструкций конкурентной модели ОМС. Остаются нерешенными главные проблемы ее реализации.

## **Конфликт между конкуренцией и общественной солидарностью**

Ключевой вопрос конкурентной модели: как совместить конкуренцию с общественной солидарностью? Поиск ответа на этот вопрос стал доминантой голландской реформы. Большие усилия направлены на то, чтобы обеспечить справедливое финансирование больничных касс и тем самым ограничить их мотивацию к селекции рисков. Однако полностью решить эту проблему не удастся. Конфликт между конкуренцией и солидарностью имманентно присущ конкурентной модели. Скорее всего, можно лишь снизить его остроту, но не устранить полностью.

Западные специалисты почти единодушно признают, что идеальное выравнивание рисков в системе ОМС маловероятно. Пессимистичная оценка доминировала, когда работа по созданию более точной формулы выравнивания только начиналась [Risk-adjustment, 1995], она сохранилась и после почти десяти лет интенсивного поиска новых подходов [Van de Ven et al., 2003]). Невозможность переложить риски на самих застрахованных, как это делается в обычном коммерческом страховании, неминуемо ведет к убыткам тех страховщиков, которые имеют менее благоприятную структуру рисков (страхуют «хроников», стариков и проч.). И хотя в этом процессе есть и свои «победители», тем не менее сама вероятность убытков смещает фокус усилий страховщиков от решения проблем эффективности и качества к селекции рисков.

Неясность перспективы справедливого финансирования страховщиков повышает политические риски конкурентной модели. Казалось бы технический вопрос — точность формулы выравнивания — вырастает в серьезную социальную проблему: лица с наибольшей потребностью в медицинской помощи становятся нежелательными клиентами больничных касс. Возникает необходимость в своеобразном «отстойнике» для этой категории застрахованных, что сужает поле для конкуренции.

Но само главное, на наш взгляд, состоит в том, что в системе ОМС *существуют объективные ограничения для вариации страховых тарифов*. Ценовой сигнал, несомненно, нужен, но он не должен быть настолько сильным, чтобы отсесть от системы

государственных гарантий наиболее нуждающуюся часть населения. Государство вынуждено сдерживать процесс свободного рыночного взаимодействия, устанавливая лимиты на формы личного участия застрахованных в формировании средств системы.

В 1990-е годы в Нидерландах страховой тариф, как отмечалось, был невысоким. Соответственно он не сильно различался по отдельным больничным кассам. Это предопределило слабую чувствительность населения к цене страховки (см. главу 7). Соответственно, условия ценовой конкуренции страховщиков были ограничены. В 2006–2007 гг. эти ограничители были сняты и ставки страховых премий стали определяться рыночными условиями. Вариация страховых премий существенно возросла. Их средний размер не вышел за рамки прогнозируемых ставок и даже был немного ниже — 1028 евро по сравнению с прогнозируемыми 1106 евро. Но даже этот уровень оказался достаточно чувствительным для многих застрахованных. Как показывают данные общенационального обследования 2006 г., 70% работников — членов профсоюзов заявили об ухудшении финансовых условий оплаты медицинской помощи [Naik, 2007].

Правительство переформулировало задачу сдерживания затрат, сделав акцент на то, что превышение бюджета здравоохранения будет теперь компенсироваться затратами потребителей, а не путем снижения предложения и цен [Helderman, 2005. P. 206]. Такая постановка вопроса означает, что рыночная реформа сможет заменить государственное планирование только в том случае, если она позволит сдержать рост затрат. Признаки снижения затрат уже наметились: доля совокупных расходов на здравоохранение за 2000–2004 гг. снизилась с 10 до 8% ВВП [Ibid]. Но насколько устойчива эта тенденция (особенно в связи с частичной либерализацией тарифов) пока неочевидно.

### **Конфликт между ожиданиями и реальными возможностями реализации новой роли страховщиков**

В ходе рыночной реформы активизировалась роль страховщиков как информированных покупателей медицинской помощи.

Расширяется сфера договорного определения объемов и цен на медицинские услуги, усиливается их плановая функция, повышается давление на медицинские организации в отношении обеспечения качества медицинской помощи, усиливается контроль за рациональностью использования лекарственных средств. Голландские эксперты единодушны в отношении растущего влияния больничных касс на деятельность общих врачебных практик и систему лекарственного обеспечения. Значительно сложнее влиять на деятельность больниц, особенно крупных. В секторе больничной помощи рыночное давление ощущается слабо [Ван де Вэн, 2004; Naik, 2007]. Важнейшие решения в отношении параметров мощности больниц и объемов их деятельности по-прежнему принимаются органами государственного управления в рамках политики сдерживания затрат.

Оказались практически нереализованными ожидания в отношении вытеснения государства из сферы закупки медицинской помощи и передачи этих функций страховщикам. Правительство поощряет конкуренцию больничных касс, но при этом пока не решается передать им функции планирования и распределения ресурсов в сколько-нибудь значительном объеме. Доминирует точка зрения, что это может усилить затратные тенденции в здравоохранении.

Возможности страховщиков влиять на общие объемы издержек на оказание медицинской помощи, прежде всего стационарной, пока ограничены — в силу достаточно узкой сферы свободного ценообразования и доминирования крупных больниц. Разумеется, по мере формирования более конкурентной среды в сфере оказания медицинской помощи возможности рыночного давления страховщиков будут возрастать, соответственно — и их роль как покупателя медицинской помощи. Тем не менее, маловероятно, чтобы каждая из них смогла бы эффективно планировать систему оказания медицинской помощи, заменив органы государственного управления в выполнении этой функции.

Нам представляется, что объективно такое планирование предполагает определенный уровень централизации. Концентрация некоторых видов работ в более крупных больницах, создание межрегиональных медицинских центров, обеспечение кооперации

между медицинскими организациями и социальными службами, регулирование межрегиональных потоков пациентов — вот далеко неполный список функций, выполнение которых требует расширения горизонта планирования. Разумеется, в такой небольшой стране, как Нидерланды, планировать легче, чем в России, но и размеры большинства из 24 действующих больничных касс здесь намного ниже, чем большинства российских страховых компаний.

Остается значительным прямое регулирование бюджетов больниц. Органы государственного управления устанавливают глобальные бюджеты больниц под планируемые объемы стационарной помощи, контролируют их капитальные затраты. В оплате стационарной помощи доминируют предварительные методы — за планируемые, а не фактические объемы. Другое дело, что в новой ситуации принцип глобального бюджета не является единственно возможным. Предварительные методы оплаты сосуществуют с ретроспективными (оплатой фактических объемов). В зависимости от ситуации плановые регуляторы чередуются с рыночными механизмами.

Показательна ситуация, сложившаяся в начале этого десятилетия, когда политика сдерживания затрат привела к заметному ухудшению условий оказания специализированной медицинской помощи. Средний срок ожидания плановой госпитализации составил 5,3 недели, консультации специалиста — 5,7 недели. При этом сами застрахованные, как показывают опросы, считают, что максимальные сроки ожидания должны быть значительно ниже — соответственно 2,4 и 2,8 [Schut, Van de Ven, 2005]. Именно поэтому в 2001 г. было принято решение вернуться к ретроспективному принципу оплаты медицинских услуг, основанному на возмещении всех объемов помощи, а не только согласованных. Эта мера позволила довольно быстро снизить сроки ожидания до приемлемого уровня.

Столь же показательна позиция правительства по поводу перспектив такого подхода. В официальных заявлениях подчеркивается, что ретроспективная оплата носит временный характер, поскольку не соответствует макробюджету здравоохранения [Ван де Вэн, 2004]. Другими словами, правительство в своем

стремлении преодолеть затратные тенденции в отрасли «нажимает» то на акселератор, то на тормоза рыночных процессов.

По нашему мнению, *вытеснение государства из процесса закупки медицинской помощи в обозримом будущем маловероятно*. Максимально достижимая ситуация: органы государственного управления осуществляют планирование с учетом рыночных сигналов, исходящих от страховщиков и медицинских организаций. Для этого требуется конкретный алгоритм участия страховщиков в планировании здравоохранения. Их планы должны быть органично инкорпорированы в общую систему планирования. В этом смысле в модели «внутреннего рынка» значительно более реалистично оценивается роль отдельных покупателей медицинской помощи: заключаемые ими договоры должны быть частью стратегических и текущих планов развития здравоохранения (глава 6).

Рыночный механизм в здравоохранении начинает действовать только тогда, когда исчерпаны главные резервы повышения структурной эффективности в системе за счет государственного планирования отрасли. Образно говоря, сначала нужно использовать «грубый рубанок» государственного планирования, а потом «тонкий наждак» рыночных механизмов, способных исправить недостатки планирования. И наоборот: эта притирка дает необходимую информацию для повышения качества планирования.

## **Большие затраты на осуществление конкурентной модели ОМС**

Во-первых, требуются крупные стартовые вложения в формирование нового комплекса отношений, прежде всего в информационное обеспечение для облегчения потребительского выбора, создание эффективной системы выравнивания и разделения финансовых рисков, определения реальных цен и проч. Детальные статистические показатели результатов деятельности медицинских организаций начинают реально влиять на процесс выбора медицинских организаций и страховых планов, но стоит это огромных денег.

Во-вторых, конкурентная модель предполагает большие текущие расходы на осуществление договорных отношений. Условия договоров с медицинскими организациями неизбежно усложняются, повышаются затраты на планирование объемов медицинской помощи, согласование цен и других условий, обеспечение качества услуг, мониторинг выполнения договоров и проч. При этом, как отмечалось в главе 5, неизбежно дублирование затрат покупателей и поставщиков медицинских услуг.

В-третьих, необходим значительный объем мероприятий по надзору за деятельностью страховщиков, причем он существенно выходит за рамки принятого в России контроля за их финансовой устойчивостью и охватывает прежде всего вопросы соответствия деятельности страховщиков целям политики в области здравоохранения.

Эти и другие затраты в принципе могут окупаться более значительным вкладом страховщиков в обеспечение качества медицинской помощи и эффективность использования ресурсов здравоохранения. Явные свидетельства такого вклада в Нидерландах пока отсутствуют.

Большинство голландских специалистов сдержанно оценивают результаты рыночной реформы. Признается значительный прогресс в создании для нее институциональных условий, но сама реформа только начинается: «Реальное осуществление рыночно-ориентированной реформы пока находится на стадии младенческого развития» [Schut, Van de Ven, 2003]; «Будущее покажет, прошли ли мы по истечении этих пятнадцати лет реформ (сейчас уже 20. — *И. Ш.*), направленных на установление управляемой конкуренции, половину пути» [Van de Ven et al., 2004]. Отметим, что приведенные оценки принадлежат именно идеологам рыночной реформы, в первую очередь профессору Роттердамского университета Винанду Ван де Вэну — специалисту с мировым именем.

Правоцентристское правительство подтвердило курс на рыночную реформу. Было заявлено, что «система централизованного планирования оказалась неэффективной, ей на смену придет регулируемая конкуренция, в той мере, в какой это оправдано» (подчеркнуто нами. — *И. Ш.*) [Schut, Van de Ven, 2003].

Такая формулировка отражает настоятельную потребность рыночной реформы, но только при создании всех необходимых условий для ее осуществления. Неизбежен процесс чередования рыночных и нерыночных механизмов совершенствования системы здравоохранения с разными акцентами на различных этапах осуществления реформы.

В то же время нельзя не признать, что рыночная реформа создает условия для накопления опыта управления системой здравоохранения. И дело не в том, что она рыночная, а в том, что она представляет собой осмысленную программу конкретных действий. Новые методы оплаты медицинской помощи, прогресс в ценообразовании, меры по обеспечению качества, распространение информации о результатах лечения, стандартизация медицинских технологий, построение системы выравнивания и разделения финансовых рисков — вот неполный перечень управленческих новаций последних лет, являющихся «побочным продуктом» рыночной реформы. Эти новации неизбежно повышают эффективность функционирования здравоохранения даже в ситуации движения маятника от рынка к более существенному государственному регулированию.

Нельзя не признать и то, что амплитуда колебаний уже не может быть сколько-нибудь значительной. В отличие от Великобритании, где масштабы и продолжительность рыночных реформ были не столь серьезными (6–7 лет), в Нидерландах движение назад менее вероятно. За 20 лет преобразований четко оформилась рыночная стратегия поиска решения проблем здравоохранения. «Джин выпущен из бутылки», и повернуть новые процессы вспять будет очень сложно.

## **Литература к главе 8**

*Van de Ven B.* Реформы системы здравоохранения Нидерландов за последние 15 лет: Презентации 1 и 2 / Материалы совместного семинара Правительства РФ и Всемирного банка по вопросам здравоохранения. Москва, 20 декабря 2004 г.

*Bultman J.* Health Insurance in the Netherlands: 20 Years of Reform to Create a Mandatory Private Insurance for Acute Care / World Bank Seminar in Warsaw. December 5, 2005.

- Duran A., Sheiman I., Schneider M., Ovretveit J.* Purchasers, Providers and Contracts, in: *Purchasing to Improve Health System Performance* / ed. by J. Figueras, R. Robinson, E. Jakubowski. Buckingham: Open University Press, 2005.
- Helderman J., Schut F., Van der Grinten T., Van de Ven W.* Market-oriented Health Care Reforms and Policy Learning in the Netherlands // *Journal of Health Economics, Policy and Law*, 2005. Vol. 30. N 1/2.
- Lamers L., Vliet R., Van de Ven W.* Risk Adjusted Capitation Payment System for Health Insurance Plans in a Competitive Market // *Expert Review Pharmacoeconomics Outcomes Research*, 2003. Vol. 65.
- Naik G.* Dutch Treatment // *The Wall Street Journal*, September 2007.
- Risk Adjustment and Its Implications for Efficiency and Equity in Health Care Systems. *Pharmaceutical Partners for Better Healthcare* / National Economic Research Associates. December 1995.
- Schut F., Van de Ven W.* Rationing and Competition in the Dutch Health Care System // *Health Economics*, 2005. N 14.
- Schut F., Greb S., Wasem J.* Consumer Price Sensitivity and Social Health Insurance Choice in Germany and the Netherlands // *International Journal of Health Care Finance and Economics*, 2003. N 3.
- Van de Ven W.* From Regulated Control to Regulated Competition in the Dutch Health Care System // *European Economic Review*, 1990. N 34.
- Van de Ven W.* Regulated Competition in Health Care: Lessons for Europe from the Dutch ^Demonstration Project» /Annual Conference ^Managing Healthcare Markets» of the European Healthcare Management Association. Warsaw, June 1993.
- Van de Ven W., Beek K., Bucher F, Chemichovsky D., GardialJ., HollA., LaberL., Schokkaer E., Wassem J., Zmora J.* Risk Adjustment and Risk Selection on the Sickness Fund Uninsurance Market in Five European Countries // *Health Policy*, 2003. N 65.
- Van de Ven W., Ren C., Van Vliet R., Lamers L.* Health-adjusted Premium Subsidies in the Netherlands // *Health Affairs*, 2004. Vbl. 23. N 3.
- Van de Ven W., Van Vilet R.* How Can Wfe Prevent Cream Skimming in a Competitive Health Insurance Market? / Paper Presented to the Second Wbrld Congress on Health Economics in Zurich. September 1990.

## Глава 9

# ЗАРУБЕЖНЫЙ ОПЫТ ВЫРАВНИВАНИЯ УСЛОВИЙ ФИНАНСИРОВАНИЯ И РАЗДЕЛЕНИЯ ФИНАНСОВЫХ РИСКОВ СТРАХОВЩИКОВ В СИСТЕМЕ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

Во всех странах с конкурентной моделью ОМС действуют развитые системы выравнивания условий страховщиков. Отвечая за соблюдение принципа общественной солидарности, правительства этих стран субсидируют деятельность страховщиков, имеющих высокую долю застрахованных с наибольшими потребностями в медицинской помощи. Для этого используется формула корректировки (выравнивания) финансовых рисков (risk-adjustment) или в российской терминологии — дифференцированный норматив финансирования страховщиков.

Одновременно возникает проблема разделения финансовых рисков страховщиков. Какова мера финансовой ответственности страховщиков за отклонение фактических расходов от плановых? С кем и каким образом делится эта финансовая ответственность в конкурентной модели ОМС? Какова связь системы выравнивания финансирования и системы разделения финансовых рисков страховщиков? Эти вопросы являются предметом рассмотрения в данной главе.

## 9.1 Роль и методы выравнивания условий финансирования страховщиков

Выравнивание финансовых рисков служит решению следующих задач:

- созданию более справедливых условий деятельности страховщиков;
- ограничение мотивации страховщиков к селекции рисков, т.е. отбору относительно здоровых клиентов;
- стимулированию конкуренции, основанной на качестве предоставляемых страховых и медицинских услуг, а также эффективности использования ресурсов здравоохранения: стратегия «снятия сливок» должна уступить место стратегии поиска более эффективных форм обслуживания застрахованных и оптимизации издержек на оказание медицинской помощи;
- усилению ценовой конкуренции страховщиков: чем лучше они контролируют расходы на оказание медицинской помощи, тем больше возможностей снижения страхового тарифа и расширения страхового поля.

Острота проблемы выравнивания рисков во многом зависит от господствующих ценностей в системе здравоохранения. В западноевропейских странах с традиционным и отнюдь не угасающим интересом к обеспечению равенства и доступности медицинской помощи данная проблема занимает ключевое место в построении конкурентной модели ОМС. Определение точной формулы выравнивания — тема многочисленных конференций и множества публикаций. Интерес к этой теме связан не только с построением конкурентной модели, но и с общей проблемой распределения ресурсов. Она актуальна для любой системы финансирования здравоохранения. В странах с бюджетной системой финансирования и неконкурентной моделью ОМС точная формула выравнивания рисков необходима для распределения ресурсов в региональном разрезе, а также для построения системы оплаты деятельности звеньев первичной медицинской помощи, имеющих прикрепленное

население (в тех случаях, когда используется метод подушевой оплаты).

В России интерес к данной проблеме во многом сдерживается доминированием «серых» схем разделения рынка ОМС страховщиками: нередко выигрывают те, кто располагает большим административным ресурсом убеждения крупных страхователей — органов власти и крупных предприятий. При распределении средств территориальных фондов ОМС в лучшем случае учитываются половозрастные характеристики застрахованных, а во многих регионах подушевой норматив финансирования вообще не дифференцируется, т.е. не учитываются никакие другие факторы, кроме численности населения. Тем не менее, и в нашей стране логика развития системы ОМС рано или поздно потребует создания более развитой системы выравнивания финансовых рисков. Движущей силой разработки такой системы будут страховщики, заинтересованные в справедливом распределении средств.

### **Способы выравнивания**

Можно выделить три главных способа. Первый предусматривает, что сбор взносов осуществляется каждой страховой организацией. Но одновременно вводится законодательно закрепленное правило перераспределения страховых взносов на основе установленной государством формулы выравнивания. В Германии больничные кассы, имеющие более значительную долю застрахованных с высокими рисками заболеваний, получают средства от других касс, имеющих более благоприятную структуру застрахованных [Busse, Reisberg, 2004. P. 63—70].

Второй способ — сводится к тому, что одна из страховых организаций выделяется в качестве социально ответственной. Она страхует основную массу населения (в том числе группы лиц с высокими рисками, «отсеченных» другими страховщиками), но при этом отвечает за перераспределение средств. Все остальные страховщики направляют в главную страховую организацию установленные законодательно доли собранных взносов, которые используются для перераспределения. Такая система действует в Чехии.

Третий способ основан на создании специальных государственных организаций — солидарных фондов ОМС, которые собирают взносы из разных источников и затем финансируют страховщиков по дифференцированному подушевому нормативу. Такая система действует в России и Нидерландах. Ясно, что этот способ требует дополнительных затрат на содержание специальных структур — центрального (Нидерланды) или территориальных фондов ОМС (Россия), но одновременно он обеспечивает регулирование и контроль деятельности страховых организаций. Кроме того, обеспечивается равенство всех страховых организаций в отношении их роли в системе ОМС, чего нет при втором способе выравнивания.

В экономической литературе первые два способа выравнивания получили название «внутренней системы субсидирования», а третий — «внешней системы субсидирования» [Ван де Вэн, 2004]. Во внутренней системе субсидирования происходит внутреннее перераспределение средств, во внешней требуется внешний источник выравнивания — централизованный фонд, осуществляющий сбор страховых взносов.

### **Ретроспективные и предварительные модели выравнивания**

Субсидирование страховщиков может осуществляться по факту более высоких расходов по сравнению со средними (ретроспективная модель) и на основе заранее установленного дифференцированного норматива подушевого финансирования (предварительная модель). Возможно и сочетание этих моделей. Например, за основу берется предварительная модель, но допускается дополнительное финансирование страховщиков при условии обоснования лишних расходов. Так строятся отношения со страховщиками в российской системе ОМС: страховщики получают средства по подушевому нормативу, но при этом могут претендовать на получение субсидий Территориального фонда ОМС. Подобная система существовала в дореформенной системе здравоохранения в Нидерландах.

Предпочтительность предварительной модели выравнивания определяется прежде всего тем, что «закрытая сверху» система создает стимулы к активизации работы страховщиков с медицинскими организациями для обеспечения более рациональной структуры оказания медицинской помощи. В ситуации жесткого бюджета они несут реальные финансовые риски, а потому вынуждены искать варианты оптимизации издержек по своим финансовым обязательствам. Кроме того, такая модель исключает или существенно ограничивает дополнительное субсидирование страховщиков по факту непредвиденных затрат, т.е. сужает сферу субъективно принимаемых решений о распределении средств. Что же касается смягчения финансовых последствий непредвиденных расходов, то для этого используется рассматриваемый далее механизм разделения финансовых рисков.

### **Какие затраты субсидировать?**

Это ключевой вопрос при построении системы выравнивания. Если взять за основу фактические расходы медицинских организаций, имеющих договоры со страховщиком, то велика вероятность искусственной поддержки тех из них, которые имеют относительно более высокие расходы при средних объемах, структуре и качестве медицинской помощи. «Зонтик» субсидий позволяет выжить страховщикам, слабо работающим с медицинскими организациями. Консервируются излишние мощности медицинских организаций и, наоборот, наиболее эффективные организации недофинансируются, поэтому основой для создания равновесия является принцип выравнивания *приемлемых* затрат, т.е. экономически обоснованных издержек на оказание медицинской помощи.

Чтобы определить приемлемые затраты, необходимо провести анализ расходов по однородным группам заболеваний в разрезе однотипных медицинских организаций (одного уровня оказания определенного вида медицинской помощи), выделить неоправданные расходы, связанные с неэффективностью использования ресурсов, и определить стандартизированные

затраты в расчете на показатели объемов помощи (случай заболевания, койко-день, посещение и проч.). Использование такого подхода к выравниванию рисков обеспечивает не только солидарность, но и эффективность использования ресурсов здравоохранения.

Эксперты, изучавшие проблему выравнивания финансовых рисков в пяти западноевропейских странах с конкурентной системой ОМС, указывают на две группы факторов, учитываемых при определении размера субсидий страховщикам [Van de Ven et al., 2003. P. 81]:

- факторы, по которым требуется соблюдение солидарности, например пол, возраст, место проживания (факторы S-типа);
- факторы, по которым соблюдение солидарности необязательно (факторы N-типа).

Для обеспечения равенства и доступности медицинской помощи не всегда требуется выравнивание различий в уровне фактических расходов, связанных с исторически возникшими особенностями формирования сети медицинских организаций. Зачем покрывать расходы на содержание ненужных мощностей больниц, построенных в расчете на более высокую потребность в стационарной помощи в прежние времена? Зачем искусственно поддерживать излишнюю сеть врачебных практик в определенном районе?

В идеале система выравнивания должна строиться только на факторах, требующих соблюдения солидарности. Тогда уровень приемлемых расходов определяется действительно потребностями населения в определенных видах медицинской помощи. На практике же приходится учитывать и факторы N-типа. Это связано с тем, что слишком радикальный подход к выравниванию может привести к серьезному недофинансированию и даже закрытию некоторых медицинских организаций, что не всегда возможно по многим причинам. Поэтому на практике чаще используется *механизм постепенного перехода от фактических к приемлемым издержкам*, рассчитанным с учетом только факторов S-типа.

Практически это означает, что на первом этапе в расчет формулы финансирования страховщиков закладывается неэффективность

сложившейся сети медицинских организаций, с которыми они имеют договоры, но при этом страховщики должны знать, что в последующие годы удельный вес факторов N-типа будет снижаться, а в конечном итоге (например через 3–4 года) будут покрываться только экономически обоснованные издержки. Количественно определенный вектор изменения порядка финансирования (например, в первый год «вес» факторов N-типа составляет 50%, второй — 20% и т.д.) дает ясный ориентир страховщикам и позволяет растянуть во времени процесс реструктуризации сети. Подобные подходы используются и в практике российского здравоохранения. Например, в Калужской области в 2000—2003 гг. в рамках проекта Всемирного банка проводилась работа по выравниванию условий финансирования отдельных районов (отделений территориального фонда ОМС), основанная на алгоритме снижения доли N-факторов.

### **Выбор параметров выравнивания**

Наиболее часто используются следующие параметры выравнивания (параметры подушевой формулы):

- пол и возраст застрахованных;
- уровень доходов застрахованных: если страховые премии рассчитываются как процент дохода застрахованного, то у страховщиков возникает стимул для привлечения более состоятельных людей;
- уровень устойчивой и временной нетрудоспособности застрахованных: он характеризует объем потребности в медицинской помощи;
- статус занятости (постоянная или временная занятость, самозанятые): обычно объем расходов самозанятых выше;
- смертность и заболеваемость населения;
- состояние здоровья застрахованных, оцениваемое на основе объемов потребления в предыдущие периоды;
- уровень урбанизации: объемы потребления медицинской помощи в городах обычно выше, чем в сельской местности.

Общий принцип выбора параметров выравнивания — повышение способности формулы выравнивания предсказывать будущие расходы, что предполагает расширение набора учитываемых параметров: постепенный переход от относительно простых параметров (например половозрастной структуры) к более сложным (например, предыдущим расходам застрахованных на наиболее затратные виды медицинской помощи). Алгоритм движения от простого к сложному состоит в том, что учет каждой дополнительной группы факторов должен снизить возможные убытки страховщиков, застраховавших «плохие» риски, и обеспечить равные условия финансирования всех страховщиков.

Включение определенного параметра в расчет формулы подушевого финансирования должно быть основано на реалистичной оценке возможности получения необходимой информации и затрат на ее получение.

Реальный выбор набора параметров определяется остротой проблемы выравнивания: чем важнее обеспечить справедливое распределение средств, тем более оправданы затраты на расширение набора учитываемых параметров.

Специалисты по расчету подушевой формулы финансирования признают, что совершенное выравнивание рисков — это задача на очень длительную перспективу, а может быть, вообще невыполнимая задача, что связано с вероятностной природой потребления медицинской помощи [Ван де Вэн, 2004]. Но каждое даже небольшое движение к более точной формуле снижает мотивацию страховщиков к селекции рисков. Во-первых, снижаются убытки от страхования «плохих» рисков. Во-вторых, ожидаемые убытки могут оказаться ниже административных затрат на селекцию рисков. В-третьих, при правильном построении работы по выравниванию рисков органы государственного управления могут влиять на стратегии страховщиков по селекции рисков. Периодическое изменение правил выравнивания, в частности относительного значения отдельных его факторов, способно обесценивать эти стратегии. Иными словами, выравнивание рисков — это не только точная формула, но и определенная тактика ее применения.

В любой формуле выравнивания делается попытка отразить половозрастные различия в потреблении медицинской помощи.

Обычно это делается на основе статистики потребления стационарной помощи. В экономической литературе накоплено много доказательств того, что объемы стационарной помощи являются хорошим показателем потребности в медицинской помощи и надежным предиктором совокупных расходов индивидуума на лечение, поскольку в большинстве случаев пациенты, прошедшее в прошлом стационарное лечение, имеют более низкие показатели здоровья и более высокие потребности в медицинской помощи [см., например: Van Vilet, Van de Ven, 1999].

Многочисленные оценки половозрастных коэффициентов потребления стационарной помощи, выполненные на материалах разных стран, дают в целом одинаковые результаты: пожилые люди и дети раннего возраста потребляют относительно больше медицинской помощи. Более подробную картину дают оценки по дезагрегированным половозрастным группам. Пример такой оценки — расчет российского экономиста Э.М. Фрида, сделанный на материалах по Кемеровской и Калужской областям [Фрид, 2000].

Как следует из табл. 9.1 и рис. 9.1, дети в первые годы жизни потребляют медицинскую помощь в гораздо больших объемах, чем в возрасте 7–14 лет, причем мальчики болеют больше, чем девочки того же возраста. Далее, в фертильном возрасте для женщин наблюдается четкий локальный максимум потребления, объясняемый деторождением, заболеваниями до- и послеродового периодов, а также женскими опухолевыми заболеваниями. Несколько ранее у мужчин также отмечается локальный пик, объясняемый как производственным и бытовым травматизмом, так и повышенной госпитализацией при призыве в армию.

Локальные минимумы обеих кривых в возрасте приблизительно 40 лет предшествуют росту заболеваемости после этого возрастного периода. Рост приостанавливается, и даже наблюдается некоторый спад потребления медицинской помощи у женщин перед 55-ю, а у мужчин перед 60-ю годами — возрастом массового выхода на пенсию по старости. В этот момент люди предпочитают не ложиться в стационар, чтобы не уменьшить средний заработок, от которого зависит будущая пенсия.

Объемы потребления стационарной помощи по возрастным группам и коэффициенты половозрастных затрат в регионах Российской Федерации

Возрастная группа	Койко-дней на жителя		Средний возраст	Относительные объемы стационарной помощи (коэффициенты)	
	Мужчины	Женщины		Мужчины	Женщины
От 0 до 4 лет	5,1625	3,0544	2,5	1,6980	1,0046
От 5 до 9 лет	2,1896	1,3183	7,5	0,7202	0,4336
От 10 до 14 лет	2,2796	1,4041	12,5	0,7498	0,4618
От 15 до 19 лет	2,5422	1,6246	17,5	0,8362	0,5343
От 20 до 24 лет	3,2507	2,4669	22,5	1,0692	0,8114
От 25 до 29 лет	2,8196	3,3152	27,5	0,9274	1,0904
От 30 до 34 лет	2,3185	1,8351	32,5	0,7626	0,6036
От 35 до 39 лет	2,2883	1,4673	37,5	0,7527	0,4826
От 40 до 44 лет	2,9024	1,8045	42,5	0,9546	0,5935
От 45 до 49 лет	3,9632	2,3370	47,5	1,3036	0,7687
От 50 до 54 лет	5,6302	3,3261	52,5	1,8519	1,0940
От 55 до 59 лет	5,1642	2,2148	57,5	1,6986	0,7285
От 60 до 64 лет	5,2018	2,3680	62,5	1,7109	0,7789
От 65 до 69 лет	7,0426	2,8051	67,5	2,3164	0,9226
От 70 до 74 лет	8,0042	1,9745	72,5	2,6327	0,6495
От 75 до 79 лет	23,8476	6,7544	77,5	7,8438	2,2216
От 80 до 84 лет	20,5782	4,8279	82,5	6,7685	1,5880
От 85 лет и старше	11,5207	3,0486	92,5	3,7893	1,0027
Итого:	3,9018	2,2929		1,2834	0,7542
Всего жителей	3,0403		1,0000		

Источник: Фрид, 2000.

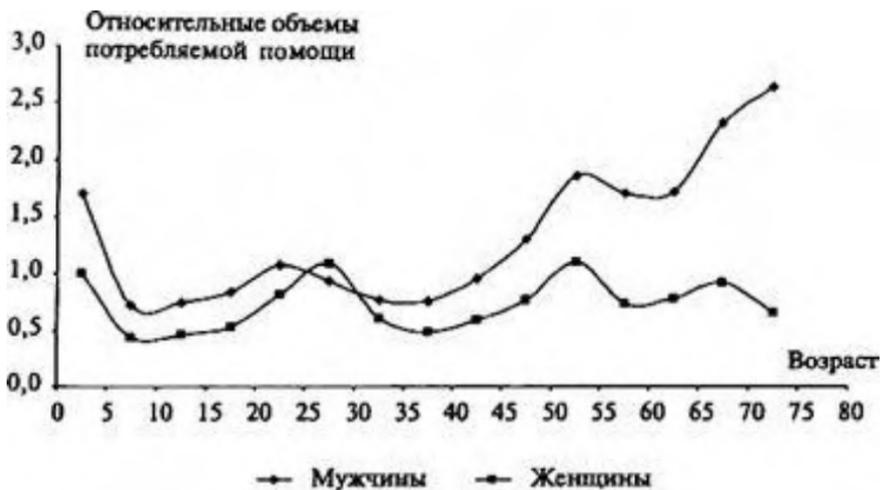


Рисунок 9.1. Объемы медицинской помощи по половозрастным группам

Приведенные коэффициенты стали основой для расчета дифференцированных нормативов финансирования страховщиков в ряде регионов Российской Федерации, Казахстане, Армении.

### Системы выравнивания условий финансирования в западноевропейских странах с конкурентной моделью ОМС

Стартовые позиции стран, выбравших конкурентную модель ОМС, существенно различаются. В Бельгии и Швейцарии уже в конце 1980-х годов существовал свободный выбор страховщиков, в Германии он допускался примерно для 60% застрахованных (в связи с замкнутостью некоторых профессиональных больничных касс). В Нидерландах и Израиле право свободного выбора отсутствовало. В последующем возможности выбора расширялись и в этих странах. Общее правило: чем выше возможность потребительского выбора страховщика, тем острее проблема селекции риска и тем более актуально построение точной формулы выравнивания рисков.

Как показано в табл. 9.2, количество и состав параметров, включаемых в расчет формулы дифференцированного норматива подушевого финансирования заметно различается по странам, выбравшим конкурентную модель ОМС. Менее всего разработана эта формула в Израиле, где учитывается только возраст застрахованных. В Швейцарии оценивается вариация расходов по половозрастным характеристикам, а также по месту проживания застрахованных (для сельского и городского населения). В Германии, Бельгии и Нидерландах учитывается достаточно широкий круг факторов, включая пол, возраст, место проживания, право на оплаченный бюллетень (считается, что такое право ведет к росту затрат на медицинскую помощь). В Германии в расчет включаются также доход застрахованных и показатели смертности по отдельным больничным кассам. Примерно такие же показатели с разной вариацией и отличающимися «весами» используются и в других странах [Risk-adjustment, 1995; Van de Ven et al., 2003]. И лишь в Нидерландах используется качественно иной подход: с обычными факторами дополнительно учитываются предыдущие расходы застрахованных («исторические расходы»). Их оценка, как будет показано далее, существенно повышает точность формулы выравнивания.

В Германии и Швейцарии используются «внутренние» системы выравнивания, основанные на ретроспективном перераспределении средств между конкурирующими больничными кассами; в Нидерландах, Бельгии и Израиле — «внешние» и предварительные системы выравнивания. Кроме того, в первых двух странах отсутствуют системы разделения финансовых рисков: больничные кассы несут их на 100%. Это существенно обостряет проблему селекции рисков. Для больничных касс Германии и Швейцарии жизненно важно получить преимущества перед конкурентами в отношении привлечения здоровых контингентов населения, поскольку они не могут рассчитывать на финансовую поддержку солидарного фонда (он там вообще отсутствует).

Таким образом, складывается довольно мозаичная картина выбора параметров выравнивания рисков. Как показывают

Таблица 9.2

**Системы выравнивания и разделения финансовых рисков в западноевропейских странах с конкурентной моделью ОМС в 2000 г.**

<b>Характеристики систем</b>	<b>Бельгия</b>	<b>Германия</b>	<b>Израиль</b>	<b>Нидерланды</b>	<b>Швейцария</b>
Используемые параметры выравнивания	Пол, возраст, уровень урбанизации, уровень нетрудоспособности, доход, статус занятости, уровень смертности	Пол, возраст, уровень нетрудоспособности, доход, право на получение пособия по временной нетрудоспособности	Возраст	Пол, возраст, уровень урбанизации, право на получение пособия по временной нетрудоспособности, предыдущие затраты застрахованного	Пол, возраст, проживание в определенном регионе
Предварительная или ретроспективная система выравнивания	Предварительная	Ретроспективная	Предварительная	Предварительная	Ретроспективная
Внутренняя или внешняя система выравнивания	Внешняя	Внутренняя	Внешняя	Внешняя	Внутренняя
Наличие финансовой ответственности страховщика в отношении капитальных расходов больниц	Отсутствует	Отсутствует	Имеется (расходы включены в норматив подушевого финансирования)	Имеется только в отношении 5% расходов	Отсутствует

<b>Характеристики систем</b>	<b>Бельгия</b>	<b>Германия</b>	<b>Израиль</b>	<b>Нидерланды</b>	<b>Швейцария</b>
Наличие обязательной системы разделения финансовых рисков	Пропорциональное разделение рисков и специальные условия в случае превышения фактических расходов над макро-бюджетом более чем на 2%	Отсутствует, но есть возможность добровольной организации системы разделения рисков между больничными кассами	Разделение рисков по пяти наиболее затратным заболеваниям (6% общих расходов), а также субсидирование больничных касс в случае их финансового дефицита из специального фонда	Пропорциональное разделение рисков и разделение рисков по отклонениям	Отсутствует

Источники: Van de Ven et al., 2003; tables 5 and 7 (адаптировано).

опросы экспертов, при любом наборе этих параметров они не могут обеспечить идеальное выравнивание рисков и полностью ликвидировать проблему «снятия сливок». Но острее всего она ощущается в Германии и Швейцарии как следствие комплекса факторов — неточной формулы выравнивания, отсутствия демпфирующей системы разделения рисков, существенных возможностей потребительского выбора больничных касс, в том числе и по размеру страхового тарифа.

## **Голландский опыт выравнивания рисков**

Начиная с 1992 г. в Нидерландах ведется активный поиск формулы выравнивания рисков. Эта формула последовательно усложнялась. Сначала использовалась демографическая модель выравнивания, учитывающая только половозрастные характеристики застрахованных. Она оказалась очень грубой, поскольку затраты на медицинскую помощь сильно варьируют в пределах одной возрастной группы. Больничные кассы сочли эту модель несправедливой, поскольку многие из них несли большие потери. Не помогло сколько-нибудь существенно и включение других обычных факторов выравнивания.

В середине 1990-х годов сформировалась новая стратегия поиска — включение «исторических затрат» застрахованных. Она основана на вполне реалистичной гипотезе: чем чаще и серьезнее раньше болел человек, тем выше вероятность перехода заболевания в хроническую форму, а значит больше объем текущих и будущих расходов на медицинскую помощь.

Первой попыткой реализации нового подхода стало формирование фармстоимостных групп (ФСГ), объединяющих однородные по размеру затраты застрахованных на лекарства. Эти затраты в базовый период были признаны показателем текущего состояния здоровья. В расчет принимались только данные о потреблении лекарств по рецептам. На основе данных за предыдущие три года эксперты разработали шкалу относительных коэффициентов затрат, которые и использовались для выравнивания.

Хотя модель ФСГ дает хорошую основу для расчетов будущих расходов, она может породить проблемы. Первая проблема

— возможность чрезмерного субсидирования застрахованных, случайно попавших в определенную группу хронических показателей. Например, человеку пару раз прописали дорогое лекарство, в котором он более не нуждался, или он сломал ногу. Такие эпизодические затраты, как выяснилось, существенно искажают общую затратную картину.

Вторая проблема — при использовании этого подхода больничные кассы утрачивают интерес к контролю за рациональностью выписки лекарств: чем слабее этот контроль, тем больше вероятность получить дополнительные средства на своих застрахованных. В Нидерландах проблема рациональности выписки лекарств стоит остро (как и в других западных странах), в связи с чем этому вопросу было уделено большое внимание.

Данные о предыдущих затратах на лекарства были подвергнуты тщательному анализу с целью выделения действительно обоснованных затрат, имеющих связь с определенным хроническим заболеванием. В результате этой работы основная часть информации была признана несущественной. В ФСГ отражены расходы только 11% потребителей лекарственных средств [Van de Ven, 2004(a)].

Следующий этап уточнения формулы выравнивания — использование клинико-стоимостных групп (КСГ). Каждая из 23 таких групп объединяет застрахованных со сходными по размеру предыдущими расходами на стационарную помощь. При формировании КСГ также использовался принцип отсекаемых случайных расходов в предыдущий период. В конечном итоге ими оказались охвачены 40% госпитализированных.

Последний этап — построение формулы выравнивания на основе объединения фармстоимостных и клинико-стоимостных групп. В таком виде она действует сегодня.

Каждая из предыдущих моделей выравнивания использовалась как основа последующей. Нарастивался объем учитываемой информации. В результате можно выделить 5 последовательно используемых моделей выравнивания рисков [Ibid],

- *Демографическая I*: возраст, пол (1992—1994).
- *Демографическая II*: возраст, пол, место проживания, право на получение пособия по нетрудоспособности (1999—2001).

- *ФСГ (по фармстоимостным группам)*: демографическая II плюс фармстоимостные группы (2001—2002).
- *КСГ (по клинико-стоимостным группам)*: демографическая II плюс клинико-стоимостные группы (2002—2003).
- *КСГ + ФСГ*: демографическая II плюс КСГ и ФСГ (предварительная версия модели для использования начиная с 2004 г.).

Каждая последующая модель обладает более высокой объясняющей способностью, т.е. лучше оценивает объем будущих расходов. Коэффициент детерминации, отражающий степень объясняющей способности модели выравнивания, в модели КСГ + ФСГ в три раза выше, чем в демографической модели I. Система выравнивания становится более обоснованной, а значит более справедливой. При этом каждая новая модель существенно снижает прогнозируемые убытки страховщиков, связанные с расходами наиболее затратных групп застрахованных.

В табл. 9.3 представлены расчетные расходы и убытки больничных касс при использовании разных моделей выравнивания рисков в текущем году (год  $t$ ). Оценка сделана для 10% застрахованных с наибольшими расходами на медицинскую помощь в предыдущий год ( $t - 1$ ). Средний уровень фактических расходов по этой группе в год  $t$  составляет 3433 евро.

Первая строка таблицы показывает, что если бы вообще не было выравнивания рисков риска, то больничная касса получила бы только 875 евро на одного застрахованного в группе наивысших рисков (вместо фактических 3433) и понесла бы убытки в сумме 2558 евро по каждому из них. Отношение убытков к фактическим расходам составляет 75%.

При использовании демографической модели I для рассматриваемой группы застрахованных средние расчетные убытки в текущем году составляют 61% от средних фактических расходов.

При использовании модели КСГ в дополнение к демографической модели точность расчетов повышается. Расчетные убытки по отношению к фактическим расходам снижаются до 43%. При использовании модели ФСГ + КСГ последний показатель снижается до 30%. По сравнению с демографической моделью он оказывается вдвое ниже.

**Таблица 9.3 Точность разных моделей выравнивания рисков в Нидерландах: расчетные убытки больничных касс для 10% застрахованных с наивысшими расходами в предыдущем году**

Модель выравнивания	10% застрахованных с наивысшими расходами в предыдущем году*		
	Средние расчетные расходы, €	Средние расчетные убытки больничных касс, €	Средние расчетные убытки больничных касс, % среднего размера фактических расходов по этой группе (3433 €)
Без выравнивания	875	2558	75%
Демографическая I	1350	2083	61%
Демографическая II	1443	1990	58%
КСГ	1967	1466	43%
ФСГ	2046	1387	40%
КСГ + ФСГ	2418	1015	30%

\* Фактические расходы в этой группе составляли 3433 €.

Источник: Lamers et al., 2003.

Таким образом, все формулы выравнивания не обеспечивают совершенно точной оценки будущих расходов, но каждая новая формула, учитывающая большее число факторов, повышает точность прогноза и снижает убытки страховщиков, связанные с покрытием расходов наиболее затратных групп застрахованных. Соответственно, распределение финансирования среди конкурирующих страховщиков становится более справедливым, а стимулы к «снятию сливок» — менее очевидными.

## 9.2 Механизмы разделения финансовых рисков

Как отмечалось выше, важным механизмом реализации конкурентной модели ОМС является превращение страховщиков

в носителей финансовых рисков, для чего устанавливается определенный порядок разделения рисков между ними и солидарным фондом. Такой порядок планируется ввести и в российской системе ОМС, он предусматривается законопроектом «Об обязательном медицинском страховании» (2005 г.).

Система разделения финансовых рисков обычно трактуется как механизм, обеспечивающий заинтересованность страховщиков к оптимизации затрат на оказание медицинской помощи, т.е. как механизм обеспечения эффективности. Но одновременно он может быть и механизмом борьбы с селекцией рисков — обеспечивать солидарность. Возможны два крайних варианта последствий введения системы разделения рисков.

Первый вариант — страховщики в стартовый период не являются носителями существенных финансовых рисков. В этой ситуации перекладывание на страховщиков части финансовых рисков становится фактором повышения их заинтересованности в повышении эффективности использования ресурсов здравоохранения. Чтобы реально обеспечить свою долю финансовой ответственности за покрытие расходов застрахованных, они вынуждены больше заниматься вопросами организации медицинской помощи, искать варианты ее более рациональной структуры.

Второй вариант — страховщики «стартуют», являясь носителями всех финансовых рисков. Введение в этой ситуации системы их разделения снижает мотивацию к отбору рисков, поскольку часть рисков покрывается из солидарного фонда. Но одновременно снижается интерес к повышению эффективности использования ресурсов в силу того, что появляется возможность переложить на солидарный фонд часть расходов на оказание медицинской помощи.

Таким образом, возникает конфликт между целями обеспечения эффективности и солидарности. Решение этого конфликта лежит в плоскости тонкой настройки системы разделения рисков. Проблема состоит в том, чтобы обеспечить разумную меру финансовых рисков, за которые несут ответственность страховщики. Слишком большая их мера может привести к тому, что повысится заинтересованность страховщиков в селекции

рисков: выбор здоровых контингентов населения станет инструментом снижения затрат.

Изменится и фокус конкуренции: вместо ожидаемых стимулов к увеличению давления на медицинские организации (повышение эффективности) страховщики будут конкурировать за людей с более низкими рисками заболеваний.

Мероприятия по повышению финансовой ответственности страховщиков должны иметь приоритетную цель — либо увеличение вклада страховщиков в повышение эффективности, либо борьба с селекцией рисков. В зависимости от приоритетности целей выбираются количественные параметры разделения рисков. Они определяются на короткий период времени и корректируются в зависимости от поведения страховщиков — их доминирующей мотивации.

Другая проблема — взаимозависимость систем выравнивания и разделения финансовых рисков. Общее правило здесь таково: чем точнее формула выравнивания, тем шире возможности для повышения финансовой ответственности страховщиков. Если предстоящие затраты страховщиков планируются достаточно точно, то в этой ситуации менее опасна высокая доля их финансовых рисков. И наоборот: при плохой формуле выравнивания опасно перекладывать на страховщиков ответственность за возможное превышение фактических расходов от плановых. Именно поэтому поиск более точной формулы выравнивания рисков является условием построения рациональной системы разделения рисков.

## **Формы разделения финансовых рисков**

Разделение финансовых рисков предполагает ретроспективное возмещение из солидарного фонда расходов страховщиков сверх заранее установленного их размера. Порядок разделения финансовых рисков между солидарным фондом и страховщиком един для всех страховщиков. Как правило, не принимаются во внимание никакие другие обстоятельства, обусловившие превышение расходов.

Группа исследователей системы управления финансовыми рисками в пяти европейских странах выделяет следующие его формы [Van de Ven et al., 2003].

1. *Пропорциональное разделение рисков* (proportional risk sharing). Солидарный фонд берет на себя ретроспективное возмещение установленной доли экономически обоснованных расходов страховщиков. Эта часть устанавливается для всей совокупности застрахованных.

2. *Разделение рисков по отклонениям* (outlier risk sharing). Солидарный фонд ретроспективно возмещает страховщикам определенный процент их экономически обоснованных расходов сверх установленного лимита расходов в год в расчете на одного застрахованного.

3. *Разделение рисков по группе высоких рисков* (risk sharing for high risks). Заранее определяется процент застрахованных с высокими рисками (в западноевропейских странах он составляет 1—4%). Расходы этой группы возмещаются ретроспективно из средств солидарного фонда.

4. *Разделение рисков по определенным состояниям* (condition-specific risk sharing). Заранее определяется размер платежа при определенных заболеваниях. Соответствующие расходы возмещаются ретроспективно из средств солидарного фонда.

Первые две формы используются при превышении совокупных расходов страховщиков над плановыми, рассчитанными на основе дифференцированного подушевого норматива финансирования. В терминах теории страхования — это «эксидент убыточности». Третья и четвертая формы относятся к индивидуальным рискам: принадлежность застрахованного к определенной группе (например к группе престарелых) или группе риска по заболеванию автоматически относит его к финансовой ответственности солидарного фонда. В терминах теории страхования — это «эксидент убытка».

В Нидерландах используется метод разделения рисков по отклонениям, в Бельгии — метод пропорционального разделения рисков, в Израиле — разделение рисков по определенным состояниям. В Германии и Швейцарии все страховые риски несут больничные кассы, т.е. система разделения рисков отсутствует (табл. 9.2).

В российском законопроекте «Об обязательном медицинском страховании» устанавливается вторая форма для отклонений совокупных расходов и такая же форма для индивидуальных расходов (индивидуальные риски покрываются территориальным фондом ОМС сверх установленных лимитов). Нам представляется, что описанные выше третья и четвертая формы более приемлемы для разделения финансовой ответственности за индивидуальные риски, поскольку они не ориентируют страховщиков на искусственное «дотягивание» расходов пациентов с серьезными заболеваниями до установленного лимита. Например, если при лимите по индивидуальным рискам по онкологическим заболеваниям особой сложности в размере 1000 долл. США фактические расходы на конкретный случай составляют 900 долл. США (дополнительные затраты не обоснованы), то страховщик будет заинтересован предложить больнице оказать дополнительные услуги, чтобы получить возмещение из солидарного фонда. Если же расходы по тому же заболеванию полностью покрываются из солидарного фонда, то такая заинтересованность не возникает.

В то же время следует учитывать, что при использовании метода разделения рисков по определенным состояниям также возникают возможности для оппортунистического поведения страховщиков. Так, в Израиле после введения этого метода в первые три года число «катастрофических» состояний возросло на 40% при росте населения на 9% [Van de Ven et al., 2003. P. 85], т.е. больничные кассы стали с пользой для себя манипулировать структурой случаев, искусственно завышая их сложность.

Тем не менее, есть основания считать, что такое манипулирование осуществить сложнее, чем завышать объемы услуг в «пограничных» состояниях пациентов с затратными заболеваниями. При контрольных проверках первый вариант, скорее всего, легче обнаружить, чем второй.

Таким образом, планируемые в российской системе ОМС формы разделения рисков между территориальным фондом ОМС и страховщиками в целом повторяют западные подходы. Отличие состоит в форме солидарного участия в покрытии индивидуальных рисков. Солидарно возмещаемая часть может распространяться на большое число заболеваний и групп населения (вариант российского законопроекта) или на небольшую

долю застрахованных или состояний, связанных с большими расходами (западные подходы). Общий объем затрат солидарного фонда может быть одинаков и в том, и в другом случае, но порядок разделения риска и связанная с этим мотивация существенно различаются.

### **Влияние системы разделения финансовых рисков на точность подушевой формулы распределения средств ОМС**

Система разделения рисков позволяет смягчить неравенство в финансировании страховщиков, возникающее в результате использования неточной формулы выравнивания. Для иллюстрации этой возможности воспользуемся данными исследования, проведенного в Нидерландах на основе данных за 1988–1993 гг. по выборке из 47 тыс. застрахованных. Результаты этого исследования, представленные в табл. 9.4, иллюстрируют масштабы снижения убытков конкретной больничной кассы при использовании альтернативных методов разделения рисков между Центральным фондом ОМС и больничной кассой.

*Таблица 9.4*

#### **Средние убытки больничной кассы Нидерландов в расчете на одного застрахованного при использовании различных методов разделения рисков, 1993 г., долл. США**

Группы застрахованных	Средние убытки при использовании демографической модели выравнивания	Средние убытки при добавлении методов разделения рисков к демографической модели выравнивания рисков с использованием разных методов			
		Пропорциональное	по отклонениям	по группе высоких рисков	по определенным состояниям
Застрахованные с наивысшими издержками на лекарства в 1991 г.	5,179	4,143	3,644	2,519	1,483

Группы застрахованных	Средние убытки при использовании демографической модели выравнивания	Средние убытки при добавлении методов разделения рисков к демографической модели выравнивания рисков с использованием разных методов			
		пропорциональное	по отклонениям	по группе высоких рисков	по определенным состояниям
Застрахованные с наибольшим объемом стационарной помощи в 1989-1992 гг.	5,298	4,238	3,480	2,174	1,108
Застрахованные с заболеваниями сердечно-сосудистой системы	1,850	1,482	1,463	869	801
Застрахованные с диабетом	1,237	990	1,025	749	691
Застрахованные с раком	2,394	1,915	1,482	835	515

*Источник:* Van Barneveld, 2001.

Анализ проводился по наиболее затратным группам застрахованных. Он показал, что использование различных методов разделения рисков в 2–5 раз снижает расчетные убытки больничной кассы, особенно сильно — для группы застрахованных с наибольшими расходами на стационарную помощь в предыдущий период.

Представленные расчеты свидетельствуют о том, что совмещение двух механизмов — выравнивания рисков и разделения рисков — создает условия, при которых страховщику становится менее выгодно заниматься селекцией рисков.

## **Нерешенные проблемы**

Высокая интенсивность поиска новых систем выравнивания и разделения рисков в западных странах не снимает остроты этой

проблемы. Хотя прогресс очевиден, тем не менее пока доминирует мнение, что формула выравнивания рисков остается неточной. Причем общая тональность оценок практически не меняется на разных этапах реализации конкурентной модели ОМС [Risk-adjustment, 1995; European Reforms, 1997, ch. 3; Smith et al., 2005]. Голландские эксперты значительно более оптимистичны, но и они признают, что многое предстоит еще сделать.

Будущие исследования проблемы выравнивания рисков основаны на сборе дополнительной информации о предыдущих расходах застрахованных, а также ее верификации с целью определения устойчивой связи между предыдущими и будущими расходами. Объясняющая способность модели должна расти, но совершенно очевидно, что она имеет свои пределы. Поэтому многое зависит от выбора правильной стратегии и тактики использования систем выравнивания. Как уже отмечалось, точность формулы должна повышаться до того уровня, когда страховщикам уже невыгодно тратить деньги на разработку стратегий отбора «хороших» рисков и ограничение притока «плохих» рисков.

Другое перспективное направление поиска — определение экономически обоснованных затрат, включаемых в формулу выравнивания. Пока при расчете субсидий закладываются многие сложившиеся в здравоохранении зоны неэффективности. Стандартизация и обоснование затрат в разрезе однородных групп пациентов (метод формирования клинически связанных групп — КСГ) позволят продвинуться в этом направлении. Система выравнивания рисков в растущей мере становится обусловленной новыми системами оплаты медицинской помощи, прежде всего стационарной.

Наконец, нерешенной остается проблема увязки системы выравнивания с целями политики здравоохранения. Если больничные кассы будут оплачивать деятельность медицинских организаций с учетом качества медицинской помощи и успехов в профилактике заболеваний, то могут возникнуть новые проблемы мотивации. Чем лучше медицинские организации будут работать с точки зрения улучшения состояния здоровья

населения, тем выше уровень их оплаты, но тем ниже будет объем финансирования, поскольку он рассчитан в зависимости от состояния здоровья застрахованных. Пока эта проблема не очень актуальна в силу слабой разработанности систем оплаты с учетом качества. Они только начинают развиваться, причем наибольший опыт накоплен в США [Rosenthal, et al., 2004]. Но в будущем эта проблема обострится, соответственно возрастут требования к системам выравнивания рисков — они неизбежно будут усложняться.

Именно поэтому в каждой из стран с конкурентной моделью ОМС (и не только в них) сегодня действуют масштабные программы исследований по вопросам выравнивания рисков. В будущем планируется их расширение [Van de Ven et al., 2004(b)],

Итак, реализация конкурентной модели ОМС существенно повышает потребность в разработке системы выравнивания рисков. Точность формулы подушевого финансирования страховщиков во многом определяет доминирующую стратегию их деятельности — заниматься повышением качества медицинской помощи и эффективностью использования ресурсов или сделать акцент на отбор здоровых контингентов населения. Во всех западных странах идет активный поиск более точной формулы, но с разным успехом.

В целом западные исследователи пока невысоко оценивают сложившиеся системы выравнивания рисков. Их объясняющая способность, а следовательно и точность финансирования страховщиков, остаются недостаточно высокими, чтобы снять проблему селекции рисков. Это обстоятельство существенно сдерживает темпы реализации рыночной реформы здравоохранения.

Тем не менее, в последнее десятилетие в Нидерландах были предложены действительно серьезные подходы, основанные на учете предыдущих расходов застрахованных. Они были дополнены системой разделения рисков, параметры которой определены таким образом, что эта система смягчает для страховщиков последствия неточной формулы выравнивания и в то же время повышает их финансовую ответственность за

рациональность затрат на оказание медицинской помощи. В результате острота проблемы выравнивания рисков снизилась, что дало возможность смелее вводить механизмы регулируемой конкуренции.

Диалектика поиска «магической формулы» состоит в том, что каждое достижение порождает цепочку новых проблем. Это диктует необходимость серьезных исследований, рассчитанных на перспективу.

## **Литература к главе 9**

*Van de Вен В.* Реформы системы здравоохранения Нидерландов за последние 15 лет / Материалы совместного семинара Правительства РФ и Всемирного банка по вопросам здравоохранения. Москва, 20 декабря 2004 г.

*Фрид Э.М.* Итоговый отчет о выполнении консультативных услуг по контракту К/С/RPI/10/2002 Фонда «Российское здравоохранение», 2000.

*Busse R., Reisberg D.* Health Care Systems in Transition. Germany: WHO Health Systems Observatory. Germany, Copenhagen, 2004.

*Lamers L.M., Van Vliet R., Van de Ven W.* Risk Adjusted Capitation Payment System for Health Insurance Plans in a Competitive Market // Expert Review Pharmacoeconomics Outcomes Research, 2003. Vol. 65.

Risk Adjustment and Its Implications for Efficiency and Equity in Health Care Systems. Pharmaceutical Partners for Better Healthcare / National Economic Research Associates. December 1995.

*Rosenthal M., Femandopulle R., Landon B.* Paying for Quality: Providers\* Incentives for Quality Improvement // Health Affairs, 2004. N 2.

*Van Bameveld E.* Risk Sharing as a Supplement to Imperfect Capitation: A Tradeoff between Selection and Efficiency // Journal of Health Economics, 2001. N2.

*Van de Ven W., Beck K., Bucher F., Chemichovsky D., Gar dial J., Holla., LaberL., Schokkaer E., Wasseem Zmora J.* Risk Adjustment and Risk Selection on the Sickness Fund Unsurance Market in Five European Countries // Health Policy, 2003. N 65.

*Van de Ven W., Ren C., Van Vilet R., Lamers L.* Health-adjusted Premium Subsidies in the Netherlands // Health Affairs, 2004(a). \bl. 23. N 3.

*Van de Ven W., Ren C., Van Vilet R., Lamers L.* Managed Competition and Health-adjusted Subsidies: Recent Experiences in the Netherlands/ Unpublished Paper Distributed at Moscow Seminar of The Government of Russia and World Bank on Health Reform. December 2004(b).

*Van de Ven W., Van Vilet R.* How Can We Prevent Cream Skimming in a Competitive Health Insurance Market? / Paper Presented to the Second World Congress on Health Economics in Zurich. September 1990.

*Van Vilet R., Van de Ven W.* Towards a Budget Formula for Competing Health Insurers. Empirical Analysis / Department of Health Policy and Management. Hague, 1999.

## Глава 10

# **ФОРМИРОВАНИЕ КОНКУРЕНТНОЙ МОДЕЛИ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

Анализ теории и практики рыночных моделей здравоохранения за рубежом позволяет с новых позиций оценить процессы, происходящие в системе финансирования и оказания медицинской помощи в Российской Федерации. Закон «О медицинском страховании» принимался в 1991 г. при сильном лоббирующем влиянии зарождающегося страхового бизнеса. Серьезная концептуальная база для выбора системы с множеством страховых медицинских организаций (СМО) отсутствовала. Были только смутные ожидания в отношении действия рыночных сил: страховщики будут конкурировать между собой за застрахованных и поэтому будут сильнее бороться за эффективность использования ресурсов и качество медицинской помощи. Их давление будет передаваться на медицинские организации. Они будут конкурировать за получение средств, контролируемых страховщиками.

Реальная действительность оказалась далека от этих ожиданий. В настоящее время в российской системе ОМС действует более 350 страховых медицинских организаций (СМО). Разумеется, они конкурируют между собой. Но эту конкуренцию

трудно признать эффективной с точки зрения интересов застрахованных. Прежде всего, в системе отсутствует реальный выбор страховщика самим застрахованным (хотя он предусмотрен действующим законодательством). Выбор страховщика определяется решениями страхователя, а не самого застрахованного. А это порождает явления, несовместимые с эффективной конкуренцией. Верх берут те страховые компании, которые обладают более значительным ресурсом (чаще всего административным) привлечения страхователей. Появляются «карманные» компании, полностью зависимые от воли чиновников. А вот действительно полезная для людей конкуренция выражена слабо, и пока отсутствует ясная стратегия формирования конкурентной модели ОМС.

Страховщики заключают договоры со всеми лицензированными медицинскими организациями, если они этого захотят. Причем соотношение сил между ними и медицинскими организациями складывается явно в пользу последних. Даже не очень крупная городская больница, взаимодействуя с несколькими СМО, диктует им свою волю. Кроме того, страховщики не научились планировать объемы медицинской помощи и управлять ими с целью обеспечения более эффективного использования средств. Основная часть их усилий сводится к оплате счетов ЛПУ, т.е. доминирует функция «кассира».

Неспособность СМО выступать в качестве рациональных и информированных покупателей медицинской помощи многократно отмечалась в научной литературе [Шейман, 1998; Шишкин, 2000] и в выступлениях представителей общественности, но без всяких последствий для страхового бизнеса. Профанация конкурентной модели, прикрываемая рыночной риторикой и ссылками на «страховой принцип», возведена в норму, к которой все привыкли. То, что «король голый» знают многие, но говорить об этом не следует, поскольку можно прослыть противником рыночных реформ.

К сожалению, последний законопроект «Об обязательном медицинском страховании» (2005 г.) в очередной раз обошел эту проблему, оставив без изменения псевдоконкурентную модель ОМС.

Позиция автора сводится к следующему: *либо мы действительно строим конкурентную модель, способную приносить пользу населению, либо существенно меняем организацию системы ОМС, отказываясь от рыночной риторики и возвращаясь к здравому смыслу.*

Для обоснования этой позиции в данной главе делается попытка ответить на три вопроса:

1. Каковы основания для эффективной конкуренции в российской системе ОМС?

2. Что конкретно нужно сделать для того, чтобы сложившаяся система стала действительно конкурентной?

3. Каковы альтернативные варианты организации ОМС?

Поиск ответов на эти вопросы основан на предшествующем анализе направлений и механизмов формирования рыночных моделей здравоохранения, проблем и противоречий их реализации в странах, вставших на путь рыночных реформ.

## **10.1 Основания для эффективной конкуренции страховых медицинских организаций**

Объектом соперничества СМО должен стать сам застрахованный, что предполагает преимущественно *индивидуальный, а не коллективный выбор страховщика*. Только в этом случае потребительские предпочтения застрахованных будут реально влиять на деятельность СМО. Их привлечение станет фактором расширения рыночных позиций страховщика.

Индивидуальный выбор — это минимальное условие формирования конкурентной модели ОМС. Из предыдущего анализа следует, что необходимы реальные основания для выбора. К их числу можно отнести:

- качество медицинских и страховых услуг;
- цену участия в системе ОМС, т.е. размер страхового взноса застрахованного;

- предлагаемый пакет медицинских услуг;
- сочетание цены, пакета и качества.

Рассмотрим каждое из перечисленных оснований в контексте ситуации в здравоохранении России.

## **Конкуренция по качеству страховых и медицинских услуг**

СМО организуют предоставление медицинской помощи таким образом, чтобы застрахованные не имели проблем с ее получением. Это общее положение реализуется в сфере разрешения конфликтных ситуаций (защите прав застрахованных). Например, определенная страховая компания лучше других организует оказание медицинской помощи вне постоянного места жительства застрахованного или в ситуации отказа врачей в переводе больного на более высокий уровень оказания помощи (компания обосновывает необходимость такого перевода). Выигрывают те страховщики, которые лучше выполняют эту работу и (самое главное) лучше информируют застрахованных о формах своей работы по организации медицинской помощи.

Несомненно, эта деятельность важна для пациента, но она все же достаточно ограничена, чтобы строить на этом конкурентную модель ОМС. Цели этой модели, на наш взгляд, должны быть значительно масштабней — не просто защищать пациента в конфликтной ситуации, а *влиять на всю систему оказания медицинской помощи, обеспечивая повышение ее качества и эффективности использования ресурсов здравоохранения*. Реальное число случаев такой работы со сколько-нибудь реальным результатом в российской практике очень невелико. Фактически страховщики концентрируются на тех ситуациях, которые грозят выйти на уровень судебного разбирательства с вероятностью финансовых санкций (существующая судебная практика такова, что иски граждан чаще всего взыскиваются с «богатого» страховщика, а не «бедного» бюджетного учреждения здравоохранения).

Застрахованный, выбирающий страховщика, должен иметь информацию не только и не столько о том, как его обслужат в страховой компании, а прежде всего об ожидаемом уровне качества медицинской помощи в медицинских организациях, с которыми компания заключила договор. Основание для конкуренции появляется только тогда, когда данная информация детальна, достоверна и понятна застрахованным.

Однако конкуренция по качеству медицинской помощи очень сложна — и в теоретическом и в практическом плане. Во-первых, сегодня в деятельности страховщиков доминирует контроль качества, а не его обеспечение. Соответственно, страховщики отличаются друг от друга только уровнем этого контроля, а сравнить его практически невозможно даже профессиональному медику.

Более реально сравнение систем обеспечения качества. Их действительно можно оценить по конкретным параметрам процесса и результатов лечения определенных заболеваний. Могут быть использованы результаты публикуемых социологических исследований удовлетворенности потребителей или ранжирования медицинских организаций по определенным параметрам, как это делается сейчас в США, Нидерландах, Германии и других странах, выбравших конкурентную модель медицинского страхования. Но для этого требуется *изменение идеологии работы страховщиков по вопросам качества медицинской помощи — перенесение акцента с его контроля на обеспечение.*

Во-вторых, нехватка средств во многом ограничивает возможности страховщиков по контролю качества медицинской помощи и ее обеспечению. В этой ситуации очень непросто ужесточать требования к медицинским организациям. И все страховщики находятся примерно в равных плохих условиях, что существенно ограничивает сферу их конкуренции.

В-третьих, в крупных городах конкуренция по качеству тормозится сложившейся практикой заключения договоров со всеми лицензированными медицинскими организациями. В этой ситуации застрахованному практически невозможно определить, чем страховщики отличаются друг от друга. Рассмотренные выше предложения Энтховена о создании замкнутых интегрированных

систем оказания медицинской помощи в российском здравоохранении даже не обсуждались.

Таким образом, ограничение сферы конкуренции страховщиков только контролем качества медицинской помощи является слабой причиной для построения конкурентной модели ОМС. Более реальны другие основания.

## **Ценовая конкуренция**

Ценовая конкуренция страховщиков возможна в трех основных вариантах:

- по размеру страхового взноса застрахованного (соплатежа страхового взноса);
- по размеру соплатежа застрахованного в момент потребления медицинской помощи;
- по размеру соплатежа страхового взноса и соплатежа в момент потребления медицинских услуг.

В первом случае страховщик получает право на установление индивидуального соплатежа страхового взноса — в дополнение к страховому взносу страхователя, направляемому в Территориальный фонд обязательного медицинского страхования (ТФОМС). Страховщик определяет страховой тариф, он служит сигналом для застрахованных. Ценовая конкуренция состоит в том, что выигрывают те страховщики, которые лучше работают с медицинскими организациями, оптимизируют структуру оказания медицинской помощи и поэтому могут снизить размер этого соплатежа.

Во втором случае государство устанавливает размер соплатежа застрахованных за фактически оказанные услуги в виде определенной доли стоимости услуги или фиксированной ставки. При этом установленный соплатеж является предельным. СМО вправе назначать более низкий его размер. Ценовая конкуренция возникает в силу различной способности отдельных страховщиков снижать размер личного участия застрахованных в оплате медицинской помощи.

Вариант соплатежа страхового взноса представляется нам предпочтительным, поскольку он обеспечивает относительно

большую степень солидарности. Застрахованные делают предварительные платежи, что позволяет распределить финансовые риски отдельных групп населения («плохие» и «хорошие» риски) среди большего числа людей. Здоровый платит за больного, снижается финансовая нагрузка на лиц с наибольшими потребностями в медицинской помощи.

Участие населения в формировании средств ОМС имеет целью изменить соотношение между солидарной и личной оплатой медицинской помощи. *Формальные и неформальные платежи за медицинские услуги постепенно уступают место солидарным, а значит более доступным формам оплаты медицинской помощи.* Одновременно решается задача повышения уровня регулирования личных платежей населения. Сегодня они часто замещают государственные гарантии, не обеспечивают качества медицинской помощи, а иногда искусственно поддерживают излишние мощности медицинских организаций. Если часть средств населения будет привлечена на страховых принципах, появится реальная возможность тратить их в соответствии с приоритетами политики в области здравоохранения, обеспечивая при этом контроль за эффективностью их использования.

В такой модели общие поступления СМО складываются из средств, получаемых от ТФОМС (солидарная часть), и соплатежей страховых взносов самими застрахованными непосредственно в выбранную страховую компанию. Как следует из теории и реальной практики реализации рыночной модели, размер соплатежа должен быть единым для всех застрахованных, выбравших определенную страховую компанию. По существу это цена страхового продукта конкретного страховщика, по которой его выбирают застрахованные.

На начальном этапе реализации этой модели целесообразно установить лимит размера соплатежа страхового взноса: страховщики вправе свободно определять его, но не свыше определенной суммы. Данный лимит, на наш взгляд, должен устанавливаться на уровне, обеспечивающим примерно 10–15% поступлений страховщиков (остальное — средства, поступающие от ТФОМС по дифференцированному подушевому

финансированию страховщиков). По мере экономического роста появится возможность для повышения этой доли, соответственно будет расти вариация абсолютного размера соплатежа по отдельным страховщикам, что создаст условия для ценовой конкуренции.

Однако повышение размера соплатежа не должно быть самоцелью. Если государство сможет повысить финансирование здравоохранения с нынешних 3,3% ВВП хотя бы до 4–4,5%, то потребность в соплатежах страхового взноса снизится, хотя не исчезнет совсем: часть населения будет заинтересована в расширении объема своих гарантий за счет дополнительных программ.

## **Конкуренция по страховому продукту**

Эта конкуренция основана на *дополнительных программах медицинского страхования*, предусмотренных законопроектом «Об обязательном медицинском страховании». Они могут быть федеральными и территориальными и предполагают участие органов государственной власти, органов местного самоуправления, работодателей и населения. Эти программы реализуются в том же порядке и на тех же условиях, как и базовая программа ОМС, что создает возможность для а) объединения всех дополнительных средств, в том числе и средств населения (принцип «веника», а не отдельных его «прутиков»), б) регулирования условий страхования в целях обеспечения его доступности, в первую очередь регулирования тарифов на медицинские услуги (принцип более высокой финансовой доступности дополнительных программ по сравнению с традиционным ДМС).

Целесообразно установить требование *объединения базовой и дополнительных программ в руках одного страховщика*. Такое объединение диктуется организационно-технологическими факторами повышения комплексности оказания медицинской помощи: исчезает ненужное дублирование, обеспечивается преемственность медицинской помощи по базовой и дополнительным программам.

В такой концептуальной конструкции базовая программа ОМС может объединяться с разными дополнительными программами, но в совокупности они представляют собой определенный страховой продукт, предлагаемый страховщиком.

Возможен вариант предоставления одной интегрированной дополнительной программы, обеспечивающий своеобразное «дострахование», т.е. страхование на покрытие разницы между расчетной стоимостью территориальной программы ОМС и ее фактическим финансовым обеспечением. Страховые компании участвуют в реализации этой программы, предлагая разный размер соплатежа страхового взноса застрахованных. В этом случае конкуренция по цене и продукту уступает место конкуренции только по цене. Основание для конкуренции сужается, но такую модель легче реализовать, поскольку потребительский выбор осуществляется только по одному параметру.

На наш взгляд, из всех возможных альтернатив формирования конкурентной модели ОМС в российских условиях *наиболее реален вариант конкуренции по пакету дополнительного медицинского страхования*. Вариация страховых продуктов может подстегнуть и другие разновидности конкурентной модели — по цене и качеству медицинской помощи.

## **Политические риски**

Все вышеизложенное имеет свое политическое измерение. Государство должно оценить политические риски перехода на действительно конкурентную модель.

Первый риск связан с тем, что единая программа государственных гарантий уступает место вариации программ для разных групп населения. Ничего нового по существу не произойдет, поскольку неравенство в потреблении медицинской помощи давно стало реальностью, люди вынуждены платить большие суммы за получаемую медицинскую помощь, а фактор платежеспособности человека определяет объем и качество получаемых услуг [Шишкин и др., 2004]. В то же время возведение сложившейся практики в ранг государственной политики часто является фактором социальной напряженности. Эгалитарные

ценности в сфере здравоохранения достаточно устойчивы — как у нас, так и за рубежом. Во всяком случае в большинстве стран Европы действует единая система государственных гарантий, а дополнительные услуги обеспечиваются через механизм добровольного медицинского страхования, доступного только 5—15% населения [Figueras et al., 2005; Van de Ven et al., 2003].

Второй риск — узаконивание личных платежей населения, пусть даже в объеме дополнительных программ медицинского страхования. На наш взгляд, эта мера давно назрела. Но для ее реализации нужна серьезная разъяснительная работа.

Если государство сочтет эти риски приемлемыми, то можно переходить к практическим вопросам реализации конкурентной модели.

## **10.2 Задачи и функции страховщиков в конкурентной модели ОМС**

Государство должно ясно определить главные ожидания в отношении конкурентной модели ОМС. Если ограничиться господствующими сегодня представлениями о роли СМО (защита прав пациентов и контроль качества), то мы обречены на профанацию страхового принципа. Необходимо расширить круг задач и функций страховщиков, выделив главную цель — *повышение их вклада в эффективность функционирования системы здравоохранения*. Только это может оправдать довольно значительные административные затраты на реализацию действительно конкурентной модели ОМС.

Опыт ряда регионов (например Кемеровской и Самарской областей) свидетельствует о том, что СМО могут быть реальной силой, способной влиять на реструктуризацию здравоохранения и повышение эффективности использования ресурсов отрасли. Но это влияние связано не столько с конкуренцией, сколько с давлением государства — четким определением требований и оценкой деятельности страховщиков.

Помимо стандартных функций, выполняемых сегодня страховщиками, должны появиться две новые, нацеленные на эффективное использование ресурсов:

- 1) организация предоставления медицинской помощи;
- 2) содействие внедрению и поддержанию инноваций в системе здравоохранения.

Новизна первой функции относительна, поскольку она предусмотрена действующим законодательством, но слабо реализуется даже в ее узком понимании. Сегодня важно расширить цели выполнения этой функции — не только обеспечить доступность медицинской помощи для застрахованных, но и создать условия для более эффективного использования ресурсов отрасли. На то же нацелена и вторая функция. Страховщики должны использовать свои ресурсы для поддержки зарождающегося института врача общей практики, его адекватной экономической мотивации, содействия в построении системы экономического управления в медицинских организациях и проч.

В конкурентной модели эти функции выполняются не только потому, что этого требует государство, но и в силу рыночного давления со стороны других СМО. На этой основе обеспечиваются их доходы, создаются условия для расширения рыночных позиций. Например, участие СМО в организации и текущем администрировании системы оплаты по принципу «поликлиника — фондодержатель» дает возможность им переложить на первичное звено часть своих финансовых рисков. Кроме того, это создает условия для оптимизации затрат за счет перевода части дорогостоящей медицинской помощи на амбулаторный этап, что в свою очередь дает конкурентное преимущество — возможность предложить застрахованным более низкий размер соплатежа страхового взноса.

Функция организации медицинской помощи в ее современном понимании означает, что СМО:

- планирует объемы медицинской помощи и согласовывает их с медицинскими организациями;
- управляет объемами медицинской помощи;
- осуществляет мониторинг выполнения договорных обязательств медицинских организаций.

При выполнении *плановой функции* страховщика:

- анализируют сложившиеся зоны неэффективности в системе оказания медицинской помощи;
- планируют потоки пациентов на разные уровни оказания медицинской помощи и в разные медицинские организации;
- участвуют в выборе медицинских технологий с наибольшей затратной эффективностью;
- участвуют в разработке территориальных планов реструктуризации, территориальной программы государственных гарантий медицинской помощи;
- корректируют целевые показатели реструктуризации применительно к своим контингентам застрахованных;
- участвуют в формировании заданий медицинским организациям в отношении объемов медицинской помощи;
- определяют условия оплаты при отклонениях от согласованных объемов;
- влияют на экономическую мотивацию медицинских организаций для обеспечения целевых показателей реструктуризации.

Важнейшее требование к страховщику — разработка операционного плана, устанавливающего планируемые объемы и структуру закупаемой медицинской помощи.

При выполнении *функции управления объемами медицинской помощи* страховщики курируют следующие вопросы:

- проведение организационных мероприятий по оптимизации объемов медицинской помощи;
- санкционирование получения некоторых видов услуг, например дорогостоящих плановых видов помощи;
- внедрение методов стимулирования первичного звена;
- создание условий для формирования многоуровневой системы оказания медицинской помощи.

Эти и другие виды работ призваны реализовать плановую функцию страховщиков. По существу это содействие реализации договорных объемов медицинской помощи.

С введением планирования объемов медицинской помощи возникает потребность в *проведении мониторинга* их выполнения. Наличие у страховщиков персонифицированной базы

данных о пролеченных больных позволяет провести детальный анализ обоснованности пребывания пациентов на различных этапах лечения, объемов потребления лекарственных средств, направлений пациентов на клинический уровень, назначений на исследования и проч.

Пока не сформируется действительно конкурентная среда и рынок не начнет «отбраковывать» СМО, не способные выполнять перечисленные функции, потребуется внешняя оценка эффективности их деятельности, а возможно, и дифференциация размера норматива на ведение дела. Для этого необходимы ясные критерии оценки, а для слабых страховщиков и процедуры лишения лицензии. Совершенно очевидно, что Госстрахнадзор Минфина России не способен оценивать выполнение рассмотренных функций: ведь речь идет не только и не столько о финансовой устойчивости страховых компаний, а прежде всего о выполнении ими функций покупателя медицинской помощи. А это требует совершенно иных критериев оценки их деятельности и другого «оценщика».

Нам представляется, что *функцию надзора за СМО следует передать в субъекты РФ*. Орган управления здравоохранением региона и ТФОМС смогут лучше, чем федеральный орган, оценивать их деятельность, а решения могут приниматься согласительной комиссией по разработке территориальной программы государственных гарантий (они уже действуют во многих регионах). Тот факт, что ряд СМО действует во многих регионах, например МАКС-М — в 13, РОСНО — в 14 регионах [Здравоохранение в регионах, 2006. С. 16], не является серьезным основанием для централизации надзора на федеральном уровне. Региональные власти будут оценивать деятельность региональных отделений страховщиков и принимать решения о целесообразности продолжения их работы.

Изменение задач и функций СМО, установление новых требований к ним — необходимое, но отнюдь не достаточное условие построения конкурентной модели ОМС. Кроме этого предстоит большая работа по созданию институциональных условий для эффективной конкуренции.

### 10.3 Как построить конкурентную модель ОМС?

Предыдущий анализ показал, что для обеспечения конкурентной модели ОМС необходимо, чтобы выбор страховщика был индивидуальным, информированным и экономически мотивированным. Реальным основанием для построения такой модели являются дополнительные программы медицинского страхования. Участвующие в их реализации страховые медицинские организации предлагают разные страховые продукты с различными размерами соплатежа страхового взноса.

На первом этапе осуществления конкурентной модели государство устанавливает более высокие требования к СМО, нацеливая их на участие в мероприятиях по повышению эффективности использования ресурсов здравоохранения и оценивая результаты этого участия. После прохождения этого этапа главным «оценщиком» эффективности деятельности страховщика становится рынок. Выигрывают те из них, которые могут обеспечить более привлекательную дополнительную программу по более низкой цене.

Но этого недостаточно. Сам по себе этот рынок не формируется. Необходимо создание институциональных условий, обеспечивающих *сочетание конкуренции с общественной солидарностью, формирование новых ценностных установок населения, новой культуры экономических отношений в системе ОМС*. Выращивание этих условий, как показывает зарубежный опыт, — долгий процесс без твердой гарантии успеха в реализации целей политики здравоохранения. Мы полагаем, что с определенной корректировкой для российской системы ОМС актуальны главные из рассмотренных выше условий (см. главу 9).

#### ***Создание более точной системы выравнивания условий финансирования страховщиков***

Совершенно очевидно, что реальное обеспечение индивидуального выбора страховщиков усилит мотивацию последних к

отбору здоровых контингентов населения. Чтобы нейтрализовать эту мотивацию, запрета на отбор и жесткого контроля за его соблюдением недостаточно. Необходимо обеспечить справедливое финансирование страховщиков — с учетом различий в составе застрахованных и их ожидаемых расходах.

В настоящее время в 42 субъектах РФ дифференциация нормативов финансирования страховщиков осуществляется по возрасту, в 38 — по полу застрахованных, в 21 — по месту жительства, в 26 регионах — по другим основаниям [Здравоохранение в регионах, 2006. С. 21]. Как показывает зарубежный опыт, пол, возраст, место жительства застрахованных не являются достаточными факторами выравнивания рисков. Необходимо учитывать уже сложившуюся затратную картину по каждому застрахованному. Объем потребления дорогостоящих услуг в предыдущие годы является более надежным фактором предсказания будущих расходов.

Построение формулы выравнивания финансовых рисков требует накопления большого массива данных о предыдущих затратах застрахованных. Но без этого не обойтись, поскольку конкурирующие СМО должны быть в равной исходной позиции. Только тогда их усилия могут быть направлены на повышение эффективности, а не на селекцию рисков.

Но даже максимально точная формула допускает заинтересованность в исключении «плохих» рисков. Территориальным фондам ОМС необходимо научиться быстро реагировать на селекцию рисков, меняя те параметры, которые страховщики могут контролировать с пользой для себя. Формирование тактики выравнивания — самостоятельная сфера деятельности государственных органов регулирования, которой мы, к счастью, пока не занимались, но совершенно точно будем вынуждены заниматься, как только начнем реализацию действительно конкурентной модели ОМС.

### ***Информационное обеспечение конкурентной модели***

Нужна совершенно другая информация — совсем не та, которую мы собираем. Прежде всего необходимо *предоставление*

*застрахованным информации для облегчения потребительского выбора.* Выбирая страховщика, застрахованный должен знать, как конкретно работают медицинские организации, с которыми заключены договоры, например, как лечат астму или диабет, как часто умирают больные после кардиохирургических операций, как участковые врачи Иванов и Петров работают с населением. Кроме того, человек должен хоть что-то выигрывать, если он выберет страховщика, обеспечивающего менее затратную структуру оказания медицинской помощи (например обеспечит удобное для пациентов лечение простых случаев в условиях дневного стационара). Если такая информация отсутствует, то не может быть и рациональной основы для выбора.

Как отмечалось выше, во всех западных странах с конкурентной моделью медицинского страхования информирование застрахованных является основой для создания конкурентной среды на этом рынке. Однако до сих пор проблема рационального потребительского выбора далека от решения, поскольку объем и качество информации все еще недостаточны. Необходимо быть готовым к длительной работе по накоплению и распространению информации о результатах деятельности отдельных медицинских организаций.

Другое направление информационного обеспечения — *накопление данных о медико-экономической эффективности альтернативных медицинских вмешательств.* Страховщики только тогда станут рациональными покупателями медицинской помощи, когда будут иметь достаточно эмпирически доказанных преимуществ определенного вида медицинских вмешательств. В конкурентной борьбе выигрывают те из них, которые организуют предоставление застрахованным медицинскую помощь с наибольшей медико-экономической эффективностью. Нехватка такой информации стала серьезным ограничителем очень амбициозной рыночной реформы здравоохранения Великобритании.

Предусмотренные законопроектом «О государственных гарантиях медицинской помощи» (2005 г.) клинические протоколы и клинико-экономические стандарты призваны стать основой эффективной закупки медицинской помощи. СМО смогут отбирать медицинские организации, способные обеспечить эти стандарты. Появится реальная основа конкуренции по

качеству. Но для этого необходимо разработать стандарты и внедрить их в клиническую практику. Эта работа, по нашим наблюдениям, уже выходит из эмбрионального состояния.

### ***Создание эффективной системы взаимодействия страховщиков и органов государственного управления в процессе закупки медицинской помощи***

Как отмечалось ранее, для реализации конкурентной модели ОМС необходимо существенное повышение роли плановой функции СМО. Они не просто оплачивают счета медицинских организаций, а планируют объемы медицинской помощи с акцентом на поиск более рациональных вариантов ее оказания. Практически это означает выполнение следующих требований:

- страховщики участвуют в разработке Территориальной программы государственных гарантий;
- страховщики сами планируют объемы медицинской помощи для своих застрахованных и предпринимают комплекс мер по управлению этими объемами;
- в субъекте РФ действует порядок планирования, в котором предусмотрены шаги каждой стороны на всех его этапах. Этот порядок обеспечивает связь целевых показателей программы государственных гарантий с договорами на оказание медицинской помощи по ОМС (вариант такой связи см. 7.2).

Сегодня в большинстве регионов страны СМО практически исключены из процесса планирования здравоохранения. Оказавшись в таком положении, они не накапливают необходимый управленческий потенциал, поэтому работу по планированию большинству из них придется начинать «с чистого листа». На это также потребуется много времени и средств.

### ***Адекватное определение тарифов на медицинские услуги***

В настоящее время каждый регион самостоятельно определяет порядок ценообразования. 26 регионов используют индивидуальные тарифы для каждого учреждения, т.е. создается «зонтик»

для неэффективных учреждений; 61 регион использует среднепрофильные тарифы; 64 — тарифы по отдельным типам ЛПУ. Лишь в 8 регионах тарифы рассчитываются на основе клинико-статистических групп, что предполагает обоснование затрат [Здравоохранение в регионах, 2006. С. 29].

Создание условий для ценовой конкуренции предполагает расчет тарифов, отражающих среднеотраслевые *нормативные* затраты в расчете на унифицированную единицу объемов помощи. Эти тарифы должны отсеять неоправданные отклонения затрат по отдельным однотипным медицинским организациям. Переход от учета фактических затрат к учету нормативных должен быть растянут во времени, чтобы не привести к финансовому банкротству медицинских организаций с относительно большими расходами, связанными с низкой эффективностью их функционирования.

В сфере стационарной помощи единицей ее объемов должен стать законченный случай лечения. Возможны два главных подхода к оценке единицы законченного случая.

Первый подход — считать затраты по каждому заболеванию, используя при этом имеющиеся стандарты его лечения. Последние отражают набор детальных услуг и лекарственных средств, с определенной вероятностью используемых при лечении конкретного заболевания. Затраты на них складываются, и получается тариф за законченных случай<sup>1</sup>.

Второй подход — считать затраты по укрупненным группам заболеваний, так называемым *клинически связанным группам (КСГ)*<sup>2</sup>. Эти группы формируются по трем главным признакам — однородным заболеваниям, примерно одинаковой длительности госпитализации и общей стоимости лечения. Тариф устанавливается не на конкретное заболевание, а на его группу. Он применяется к любому заболеванию из этой группы. Презумпция такого подхода состоит в том, что более высокие затраты на лечение относительно сложного заболевания в

<sup>1</sup> Такой подход отстаивается Минздравсоцразвития России для использования в пилотных проектах в 19 регионах, начавшихся в 2007 г.

<sup>2</sup> Отсюда и название метода — метод клинико-связанных групп (diagnostically-related groups — DRG).

пределах одной группы компенсируются более низкими затратами на лечение менее сложного заболевания.

Недостатки слишком детальной единицы расчета законченного случая (первого подхода) состоят в следующем. Во-первых, разработка такой системы требует огромного массива информации по большому числу заболеваний, т.е. система очень дорогая. В этой ситуации неизбежно использование «суррогатов» стоимости лечения — в виде уже упомянутых койко-дней по конкретным заболеваниям, а это искажает фактические затраты. Во-вторых, даже если удастся посчитать тарифы по стандартам, их сложно использовать в системе ОМС. Планирование объемов, являющееся основой управления издержками, практически невозможно осуществлять на основе тысяч тарифов по конкретным заболеваниям. Рационально планировать объемы можно только по укрупненным группам заболеваний: можно достаточно точно предсказать потребность в хирургических операциях, но намного сложнее — число аппендектомий. Наконец, такая система может исказить мотивацию врачей. Каждая дополнительная услуга, выходящая за рамки стоимости стандарта, будет восприниматься как платная.

В мировой практике однозначно утвердился второй подход. В системах общественного финансирования четко прослеживается *тенденция к агрегации единицы учета стоимости стационарной помощи*. В США по государственным программам используется 450 КСГ в Великобритании — 540, Германии и скандинавских странах — 300–400. По такому же пути пошли и постсоветские страны: в Казахстане и Кыргызстане расчеты ведутся по 140 группам, Литве — 147, Латвии — 164 [Langenbmnner et al., 2005].

Переход к унифицированной единице объемов медицинской помощи и единому обоснованному тарифу требует проведения масштабной работы по формированию общей для всей страны системы КСГ. При этом в отличие от западных стран с относительно равными региональными условиями в России такая система, на наш взгляд, должна строиться с учетом объективных различий в уровне издержек на оказание медицинской помощи в отдельных регионах. Для этого в общей системе КСГ целесообразно выделить группы регионов со сходными экономическими условиями и единым тарифом.

Ничего принципиально нового для российской системы ОМС эти предложения не несут: давно идут разговоры о единой цене, единых финансовых нормативах и проч. Но реально к этой работе и не приступали. А она, как показывает зарубежный опыт, требует существенных усилий, времени и средств. На наш взгляд, разработка и внедрение российской версии системы КСГ потребует, как минимум, 2–3 года.

Выполнив эту работу, можно начинать *частичную либерализацию цен на медицинские услуги в системе ОМС*, соблюдая при этом крайнюю осторожность. Во-первых, такое право могут получить медицинские организации, действующие в конкурентной среде, — прежде всею городские поликлиники, общие врачебные практики, некоторые городские больницы. Во-вторых, масштабы свободно назначаемых цен в обозримом будущем будут незначительными — не более 20–30% объемов амбулаторной и 5–10% объемов стационарной помощи в городских больницах. Остальные цены будут регулироваться тарифным соглашением.

### ***От контроля к обеспечению качества медицинской помощи***

Чтобы привлечь застрахованных, СМО должны влиять на качество медицинской помощи. Одного контроля для этого недостаточно. Необходимо начать работу по договорному определению мероприятий медицинских организаций, необходимых для обеспечения качества, а также порядка оценки выполнения этих мероприятий (см. 7.4).

Это направление работы должно быть тесно связано с мерами по информационному обеспечению конкурентной модели. Необходимо начать работу по измерению качественных характеристик деятельности медицинских организаций.

### ***Формирование кадровых ресурсов***

Страховщики должны сформировать команды специалистов, способных выполнять все перечисленные выше задачи и функции, стать инициаторами новых привлекательных предложений, быть нацеленными на более активное влияние на систему

здравоохранения. Учитывая масштабы ожидаемой работы, круг этих специалистов не должен ограничиваться менеджерами компаний. Необходимо подготовить большое число специалистов среднего звена, которые будут нести основную часть работы.

### ***Стимулирование конкуренции СМО***

Необходимы целенаправленные действия по ликвидации монополии одной страховой компании и созданию действительно конкурентной среды на региональных рынках. Но вначале следует провести «очистительную работу» — убрать из системы ОМС те страховые компании, которые не способны эффективно выполнять весь набор старых и новых функций страховщиков. Для этого целесообразно поднять требования к размеру уставного капитала страховщиков и другим характеристикам их деятельности.

На втором этапе, когда новые требования утвердятся, необходимо максимально либерализовать вхождение новых СМО и создавать условия для конкуренции, в том числе ценовой.

Одновременно нужно начать формирование конкурентной среды на рынке медицинских услуг. Следует учитывать, что часть медицинских организаций выпадает из сферы конкуренции — в условиях многоуровневой системы оказания медицинской помощи это неизбежно. Но что-то сделать можно и в этих условиях: способствовать развитию групповых и индивидуальных врачебных практик, не давать разрешения на механистическое объединение городских больниц, разукрупнять те медицинские организации, в деятельности которых отсутствует экономия на масштабах оказания услуг, создавать стимулы для развития частного медицинского бизнеса.

Таковы в наиболее общей форме важнейшие условия реализации конкурентной модели ОМС. *Для формирования этих условий необходимо не только желание, но и огромная работа, требующая больших затрат.* Мы к ней по существу не приступали. В ряде стран, например в Нидерландах, эта работа ведется уже 20 лет, и ее результаты, как было показано, пока не очевидны.

Необходимо политическое решение о целесообразности создания конкурентной модели ОМС. Помимо всего вышеизложенного следует принимать во внимание и альтернативные модели.

#### 10.4 Альтернативные модели организации ОМС

Можно выделить две модели организации ОМС, альтернативные рассмотренной выше.

1. Модель «одного покупателя медицинской помощи», в роли которого выступает либо ТФОМС, либо уполномоченная страховая медицинская организация.

2. Модель разделения ответственности за закупку медицинской помощи между ТФОМС и поликлиниками — фондодержателями.

*Модель одного покупателя* автоматически делает страховщика локальным монополистом, и поэтому ограничивает мотивацию к привлечению клиентуры. Рыночное давление на страховщика здесь отсутствует. Если в качестве покупателя медицинской помощи будет выступать Территориальный фонд ОМС, то к этим недостаткам следует добавить отсутствие у персонала достаточной мотивации к эффективной работе. Недостаток этой мотивации потребует четкого определения требований и контроля за ними со стороны государства. Если покупателем помощи будет частная компания, то мотивация персонала может быть выше, но без рыночного давления со стороны конкурентов.

В то же время эта модель исключает селекцию рисков страховыми компаниями и не требует столь значительных административных затрат. Она также должна быть тщательно выстроена, но, скорее всего, будет проще для реализации. Кроме того, эта модель создает более благоприятные условия для преодоления традиционного доминирования медиков в отношениях

с финансирующей стороной: одному покупателю медицинской помощи легче навязывать свою волю больнице-монополисту, чем группе конкурирующих покупателей. До принятия действенных мер по созданию более конкурентной среды на рынке медицинских услуг модель одного покупателя может быть предпочтительной.

Важно также подчеркнуть, что господствующая модель рынка покупателей медицинской помощи сама по себе не гарантирует достижение наиболее рациональной системы взаимодействия с медиками. Можно допустить, что множество конкурирующих страховщиков в одинаковой степени безразличны к эффективности использования ресурсов здравоохранения, считая, что это задача должна решаться силами органов управления здравоохранением и самих медиков. Напротив, возможна и противоположная ситуация, когда один покупатель медицинской помощи строит договорные отношения с медицинскими организациями на селективной основе, ставя в центр своей деятельности соображения эффективности и оптимизации структуры оказания медицинской помощи. Отсутствие рыночного давления на страховщика компенсируется правильно выбранной управленческой стратегией.

***Модель разделения ответственности за закупку медицинской помощи между Территориальным фондом ОМС и поликлиниками-фондодержателями*** имеет много общего с моделью одного покупателя, прежде всего то, что в ней отсутствуют конкурирующие страховые медицинские организации. ТФОМС выступает в роли главного покупателя медицинской помощи. Но при этом часть своей финансовой ответственности он делегирует поликлиникам, доводя их бюджет не только на амбулаторно-поликлиническую помощь, но и на часть расходов на стационарную и скорую медицинскую помощь. Средства передаются поликлиникам на основе дифференцированного подушевого норматива финансирования медицинской помощи. Эти средства являются источником оплаты услуг медицинских организаций, участвующих в обслуживании населения, прикрепившегося к поликлинике—фондодержателю. Остаточный доход поликлиники

формируется как разница между ее общим бюджетом и оплатой услуг внешних поставщиков медицинских услуг по направлению врачей поликлиники.

ТФОМС в этой модели берет на себя закупку амбулаторно-поликлинической помощи, а также части стационарной и скорой медицинской помощи, не оплачиваемой из средств поликлиник. Фонд несет финансовую ответственность за оплату части медицинской помощи — примерно по той же схеме, по которой в конкурентной модели ОМС делятся финансовые риски между фондом и СМО. Один из вариантов — фонд берет на себя покрытие стоимости медицинской помощи сверх установленного лимита совокупных расходов поликлиники на оплату внешних услуг.

Кроме того, ТФОМС администрирует систему расчетов поликлиники за внешние услуги. По поручению поликлиники он переводит средства в другие медицинские организации, ведет аналитический учет потоков пациентов и финансовых средств, рассчитывает остаточный доход поликлиники и проч.

Система фондодержания апробировалась в ряде регионов России в конце 1980-х годов в рамках «нового хозяйственного механизма в здравоохранении» (НХМ). В системе ОМС она сохранилась только в Самарской области, где демонстрирует устойчиво положительные результаты в сравнении с другими регионами страны.

Принятие такой модели по существу означает возврат к НХМ. Его главная положительная черта — повышение роли и места первичной медицинской помощи в общей системе здравоохранения. Возникающая экономическая мотивация к расширению объема этой помощи является серьезным фактором реструктуризации отрасли. Врачи первичного звена вовлекаются в процесс планирования медицинской помощи на всех этапах ее оказания, повышается интерес к медицинской профилактике, обеспечению преемственности лечения больного. Возникает реальная ответственность за здоровье прикрепившегося населения.

В данной модели организации ОМС конкуренция страховщиков уступает место конкуренции поликлиник как покупателей медицинской помощи. Они заинтересованы в расширении численности обслуживаемого населения, поскольку используется принцип «деньги следуют за пациентом». Это будет конкуренция по качеству медицинской помощи и степени ответственности за здоровье приписавшегося населения.

Реализация этой модели требует развитой системы разделения финансовых рисков, адекватного определения единицы объемов и тарифов на медицинскую помощь. Но в отличие от конкурентной модели ОМС в данном случае не требуется система стимулирования и надзора за конкуренцией страховщиков, меньше значение выравнивания рисков и информационного обеспечения.

Недостаток данной модели состоит прежде всего в потенциальной заинтересованности поликлиник сдерживать направления пациентов в другие медицинские организации. В условиях нехватки средств этот недостаток может вырасти в серьезную проблему. Поэтому необходим комплекс мер, направленных на его нейтрализацию, многие из которых использовались в условиях НХМ.

\* \* \*

Анализ российской модели обязательного медицинского страхования дает основания для определенных выводов.

1. Сложившаяся система ОМС — это имитация конкурентной модели без всяких шансов обеспечить ее реализацию в будущем.

2. Реальными основаниями для конкурентной модели ОМС является введение дополнительных программ медицинского страхования, соплатежей страхового взноса самими застрахованными и систем обеспечения качества медицинской помощи, реализуемых конкурирующими страховщиками.

3. Задачи и функции СМО в конкурентной системе существенно меняются, акцент перемещается в сторону различных форм управляемой медицинской помощи.

4. Для реализации конкурентной модели ОМС необходимо обеспечить ряд условий, главные из которых надежная система выравнивания рисков, большой объем информации, сравнимый «продукт» медицинских организаций, экономически обоснованные тарифы, демонополизация рынка медицинских услуг.

5. Наиболее реальные альтернативы псевдоконкурентной модели — система одного покупателя медицинской помощи и модель разделения ответственности за закупку медицинской помощи между ТФОМС и поликлиниками-фондодержателями.

6. Необходимо принять политическое решение: строим заново конкурентную модель ОМС или принимаем альтернативные системы.

## **Литература к главе 10**

Здравоохранение в регионах Российской Федерации: механизмы финансирования и управления / отв. ред. С.В. Шишкин. М.: Независимый институт социальной политики, 2006.

Российское здравоохранение: оплата за наличный расчет / С.В. Шишкин и др. М.: ГУ ВШЭ, 2004.

*Шейман И.М.* Реформа управления и финансирования здравоохранения. М.: Русь, 1998.

*Шишкин С.В.* Реформа финансирования российского здравоохранения. М.: ТЕИС, 2000.

*Figueras J., Robinson R., Jakubowski E.* Purchasing to Improve Health Systems Performance: Drawing the Lessons, in: Purchasing to Improve Health System Performance / ed. by J. Figueras, R. Robinson, E. Jakubowski. Buckingham: Open University Press, 2005.

*Langenbrunner J., Kutzin J., Wiley M., Orosz E.* Rewarding Providers, /«Purchasing to Improve Health System Performance / ed. by J. Figueras, R. Robinson, E. Jakubowski. Buckingham: Open University Press, 2005.

*Van de Ven W., Beck K., Bucher F., Chernichovsky D.* Risk Adjustment and Risk Selection in the Sickness Fund Insurance Market in Five European Countries // Health Policy, 2003. N 65.

*Velasco-Garrido M., Borowitz M., Ovretveit J., Busse K* Purchasing for Quality of Care, *in: Purchasing to Improve Health System Performance / ed. by J. Figueras, R. Robinson, E. Jakubowski.* Buckingham: Open University Press, 2005.

# ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Концептуальной основой развития рыночных отношений в общественном здравоохранении являются модели управляемой и регулируемой конкуренции внутреннего рынка. Отражая особенности организации и финансирования систем здравоохранения в нескольких группах стран, эти модели имеют целью повысить роль потребительского выбора, усилить конкуренцию покупателей и поставщиков медицинских услуг, направить действия врачей на достижение более высоких показателей качества медицинской помощи и эффективности использования ресурсов. Для решения этих задач требуется соблюдение ряда условий, главное из которых — поддержание необходимого баланса между рынком и общественной солидарностью в сфере здравоохранения.

Традиционный неоклассический подход, основанный на стимулировании конкуренции на рынках медицинских услуг и медицинского страхования, на наш взгляд, должен уступить место более широкой концептуальной основе развития здравоохранения с акцентом на формирование институциональной среды, способствующей повышению результативности деятельности поставщиков медицинских услуг. Включение в исследование инструментария неинституциональной экономики дает основания для вывода о том, что рыночные механизмы сами по себе не обеспечивают превосходство перед другими формами управления экономическими отношениями в отрасли, прежде всего перед сетевой моделью. Более широкие рамки теоретического исследования указывает на неоднозначность многих допущений рыночных моделей, прежде всего положений об особой роли потребительского выбора, конфликте интересов между покупателем и поставщиком медицинской помощи как двигателе прогресса в здравоохранении, возможности

вытеснения государства из сферы закупки медицинской помощи.

В институциональной модели развития здравоохранения на первый план выступают механизмы партнерства между покупателями и поставщиками медицинских услуг, включая совместное планирование сети медицинских организаций; формирование мотивации врачей, основанной на сочетании экономических стимулов и репутационных характеристик; снижение транзакционных издержек; создание интегрированных систем оказания медицинской помощи с особой ролью первичного звена; формирование долговременных договорных отношений.

Исследование практики реализации рыночных моделей в западных странах показало, что введение рыночных механизмов предполагает проведение огромного объема работы по формированию адекватных условий для достижения поставленных целей. Прогресс в создании этих условий очевиден. Тем не менее, пока отсутствуют доказательства того, что рыночные силы способны обеспечить более рациональное распределение ресурсов и повышение качества медицинской помощи. Более того, нет свидетельств, что рыночные механизмы сужают сферу государственного регулирования и планирования здравоохранения. Напротив, возрастает роль управляющего воздействия на систему оказания медицинской помощи — либо в виде механизмов управляемой медицинской помощи (США), либо на основе государственного регулирования и планирования отрасли (Европа). Ожидания в отношении действия рыночных сил оказались явно завышенными.

Парадокс реализации рыночных реформ состоит в том, что их «побочный продукт» оказывается важнее, чем сами рыночные процессы. Государство, стимулируя конкуренцию, вынуждено одновременно повышать качество управления системой здравоохранения. Именно в странах, взявших курс на рыночные механизмы, наибольшее распространение получили современные подходы к планированию отрасли, управлению затратами на макро- и микроуровнях, стандартизации медицинских технологий, обеспечению качества медицинской помощи,

оплате услуг, ценообразованию и проч. Другими словами, не доказав своих преимуществ, рыночные модели активизировали поиск новой системы экономических отношений в отрасли.

Конкуренция покупателей и поставщиков медицинских услуг способна дополнять и усиливать целенаправленные действия всех субъектов здравоохранения по формированию более рациональной системы оказания медицинской помощи.

В российском здравоохранении создание рыночной модели по существу не начиналось. Реальными основаниями для нее является введение дополнительных программ медицинского страхования, соплатежей страхового взноса самими застрахованными, систем обеспечения качества медицинской помощи, реализуемых конкурирующими страховщиками. Для реализации конкурентной модели ОМС необходимо провести большую работу, требующую значительных затрат. При этом, как показывает опыт западных стран, результаты этой работы далеко не очевидны.

# Выходные данные

**Шейман, И. М.** Теория и практика рыночных отношений в ШЗ9 здравоохранении [Текст] / И. М. Шейман ; Гос. ун-т — Высшая школа экономики. — 2-е изд. — М.: Изд. дом ГУ ВШЭ, 2008. — 318, [2] с. — 1000 экз. — ISBN 978-5-7598-0578-6 (в пер.).

В монографии исследуются возможности использования рыночных механизмов в общественном здравоохранении (в системах бюджетного финансирования и обязательного медицинского страхования). Рассматриваются теоретические модели рынка в здравоохранении, в том числе различные версии концепции «регулируемой конкуренции». Разрабатывается набор условий реализации рыночной модели, не противоречащей целям политики в области здравоохранения. Неоклассический подход к анализу рынка дополняется аналитическим аппаратом неинституциональной теории. На этой основе корректируются теоретические представления о рыночной модели здравоохранения.

Теоретический анализ подкреплен анализом практики реализации рыночных моделей в зарубежном здравоохранении (прежде всего в США, Нидерландах, Великобритании), с акцентом на следующих характеристиках: «изъяны» рынка страховых услуг, роль потребительского выбора, формы взаимодействия покупателей и поставщиков медицинских услуг, механизмы разделения финансовых рисков между ними и др. Особое место уделено роли институциональных факторов рыночных реформ. Автор подробно анализирует сложившуюся модель ОМС и выдвигает гипотезу о необходимости формирования новых институциональных условий для конкуренции на рынках медицинских и страховых услуг в системе ОМС Российской Федерации.

Для экономистов, работников сферы здравоохранения, а также всех интересующихся вопросами медицинского обслуживания; может служить в качестве дополнительной учебной литературы по курсам в рамках направления «Экономика общественного сектора».

Шейман Игорь Михайлович

## **Теория и практика рыночных отношений в здравоохранении**

*Второе издание*

*Зав. редакцией О.А. Шестопалова*

*Редактор Г.В. Кораблева*

*Художественный редактор А.М. Павлов*

*Компьютерная верстка и графика: Н.Е. Пузанова* *Корректор Л.А. Серавкина*

[OCR by Palek, 2013](#)

Подписано в печать 16.11.07. Формат 60x88 1/16. Бумага офсетная №1. Гарнитура Newton C. Печать офсетная. Усл. печ. л. 19.4. Уч.-изд. л. 17.48. Тираж 1000 экз. Заказ 7627. Изд. №919.

ГУ ВШЭ. 125319, Москва, Кочновский проезд, 3.

Тел./факс: (495) 772-95-71.

Отпечатано в соответствии с качеством предоставленных диапозитивов в ФГУП "Производственно-издательский комбинат ВИНТИ", 140010, г. Люберцы, Московской обл., Октябрьский пр-т, 403 при содействии ООО "МАКС Пресс".

107066, г. Москва, Елоховский пр., д. 3, стр. 2.

Тел. 939-38-90, 939-38-93. Тел./факс 939-38-91.

## Об авторе



**Шейман Игорь Михайлович**

Профессор кафедры государственного управления и экономики общественного сектора Государственного университета — Высшей школы экономики Постоянный эксперт Всемирной Организации Здравоохранения, член экспертных групп Министерства экономического развития и торговли РФ и Министерства здравоохранения и социального развития РФ, консультант Всемирного банка и других международных организаций, визитирующий профессор Бостонского университета директор некоммерческой организации «Здравконсалт».

Сфера профессиональных интересов: управление и финансирование здравоохранения, формирование экономической мотивации медицинских работников, обязательное и добровольное медицинское страхование, экономические оценки альтернативных программ развития здравоохранения.

В ГУ ВШЭ ведет учебный курс «Экономика здравоохранения». Автор монографий и многочисленных статей по экономике здравоохранения.