**Глава 5. Государственная политика расширения потребительского выбора в здравоохранении**

Предпринятый в предыдущих главах анализ практики выбора в российском здравоохранении дает серьезную эмпирическую базу для определения реальных возможностей выбора и некоторых аспектов его влияния на систему оказания медицинской помощи. Возникает ряд дополнительных вопросов, связанных с разработкой и реализацией государственной политики расширения выбора в здравоохранении. Главные из них:

* Какова законодательная база выбора пациентами медицинских организаций?
* Каковы конкретные механизмы обеспечения выбора?
* Как обеспечить позитивное воздействие выбора на эффективность функционирования системы здравоохранения?
* Каковы главные элементы нормативно-правового регулирования возможностей выбора с учетом экономических и прочих ограничителей?

**5.1. Российское законодательство и реальные процессы потребительского выбора**

***5.1.1. Право на выбор медицинской организации и врача в российском законодательстве***

В России возможности выбора пациентами поставщиков медицинских услуг закреплены законодательно. Статья 30 «Основ законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан» устанавливает, что при обращении за медицинской помощью и ее получении пациент имеет право на выбор врача, в том числе врача общей практики (семейного врача) и лечащего врача, с учетом его согласия, а также выбор лечебно-профилактического учрежденияв соответствии с договорами обязательного и добровольного медицинского страхования (Федеральный закон, 1993).

Статья 58 того же закона несколько конкретизирует выбор лечащего врача. Этот врач назначается по выбору пациента или руководителя лечебно-профилактического учреждения (его подразделения). В случае требования пациента о замене лечащего врача последний должен содействовать выбору другого врача.

 Программа государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи на 2010 год подтверждает право выбора в вышеприведенной формулировке.

Закон «Об обязательном медицинском страховании граждан в Российской Федерации устанавливает (статья 16), что застрахованный имеет право на выбор медицинской организации из участвующих в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования в соответствии с законодательством Российской Федерации и на выбор врача путем подачи заявления на имя руководителя медицинской организации лично или через своего представителя в соответствии с законодательством Российской Федерации (Федеральный закон, 2010б).

Таким образом, российское законодательство определяет очень широкие возможности выбора врача и медицинского учреждения. Установленные ограничения – согласие врача и участие учреждения здравоохранения в реализации территориальных программ ОМС, подтверждаемое соответствующими договорами со страховщиками.

Столь широкие возможности выбора, по нашему мнению, носят декларативный характер. На практике существуют многочисленные ограничения права выбора медицинской организации и врача. Главный ограничитель – нехватка финансовых средств и связанный с этим низкий уровень материально-технического и кадрового оснащения большинства учреждений здравоохранения, особенно муниципальных. В большинстве регионов страны немного современных учреждений, способных оказать медицинскую помощь в соответствии с требованиями современных медицинских стандартов. Больные люди испытывают необходимость обратиться в более «продвинутые» учреждения, но не могут этого сделать в силу перегруженности последних. Нехватка мощностей лучших учреждений диктует создание многочисленных бюрократических препятствий для попадания в них.

Кроме того, существуют искусственно созданные перегородки между различными учреждениями, свойственные бюджетной системе финансирования. Житель небольшого населенного пункта может видеть из своего окна нужное ему учреждение, расположенное на территории другого муниципального образования, но не может воспользоваться его услугами и вынужден ехать за десятки километров – в «свое» учреждение. Эта проблема относительно легко решается в рамках системы ОМС, где действует принцип «деньги следуют за пациентом» и отсутствуют жесткие перегородки между бюджетами. Но переход на страховые принципы финансирования до самого последнего времени шел очень медленно (Колосницына и др.,2008)., и лишь с принятием нового закона об обязательном медицинском страховании (Федеральный закон, 2010б) эти барьеры будут устранены в ближайшие голы по мере введении я в действие его положений.

 Расширение выбора нередко понимается достаточно узко - как участие частных медицинских организаций в реализации государственных гарантий медицинской помощи. Логика высказываний многих официальных лиц сводится к тому, что нужно привлекать эти организации к выполнению государственных заданий и оплачивать по полному тарифу в системе ОМС. При этом забывается, что законодательство устанавливает требования выбора в системах государственного и муниципального здравоохранения

В России пока не сформулирована государственная стратегия расширения потребительского выбора в сфере здравоохранения. Выбор декларируется, но мало что делается для его обеспечения.

 ***5.1.2. Зоны неэффективного потребительского выбора***

Результаты проведенных нами эмпирических исследований свидетельствуют, что практики потребительского выбора в российском здравоохранении существуют, хотя и в небольших масштабах, и имеются примеры их позитивного влияния на работу медицинских учреждений. Вместе с тем эти же исследования позволяют выделить зоны неэффективного выбора, то есть такого выбора, который требует больших издержек поиска нужного специалиста, нарушает естественные этапы оказания медицинской помощи и порождает затратные тенденции в системе здравоохранения в целом (см. выше, раздел 1.3.):

*Чрезмерно высокая частота выбора для части пациентов.*

Частота выбора поликлинических учреждений среди респондентов, хотя бы раз обращавшихся в поликлинику, составляет всего 0,2 случая. Но среди тех, кто выбирал, частота выбора становится многократной – в среднем такие пациенты самостоятельно выбирали поликлинику или врача 2,6 раза за 2 года, а для многих пациентов намного чаще. Высокая частота выбора требует затрат времени, а иногда и денег на поиск нужного специалиста. Высока вероятность того, что пациент найдет нужного ему врача только после серии ошибок, а может и совсем его не найти.

*Выбор врача-специалиста без консультации участкового врача*

Особенностью организации медицинской помощи в современной России является нарушение действовавшего ранее принципа направлений и ослабление координирующей функции врача первичного звена. 19% пациентов самостоятельно решили, что нужна консультация/помощь специалиста, направления от врача не было. Такая же доля пациентов была направлена к специалисту, но без указания конкретного врача. То есть, 38% пациентов вынуждены были самостоятельно выбирать специалиста – без поддержки своего участкового врача.

*Недостаточно высокая роль направлений для плановой госпитализации.*

При выборе больницы для плановой госпитализации в 30% случаев пациент не имел направления и также вынужден был делать выбор самостоятельно. Такой выбор нельзя считать эффективным.

*Слабость информационной базы для выбора*

Наиболее распространенным источником информации при выборе поликлиники/врача являются рекомендации родственников, друзей, знакомых, не являющихся медицинскими работниками: им воспользовались 40% пациентов, имевших такой выбор. При выборе больницы этот источник гнпе основной, но весьма значимый – 20%. Важный источник – рекомендации медицинских работников среди родственников, друзей, знакомых, предоставляемые на неформальной основе. Их рекомендации оказались решающими для 27% выбравших поликлинику и для 25% выбравших стационар.

При выборе поликлиники, врача пациенты опираются на рекомендации врача поликлиники только в 23% случаев и на рекомендации врача больницы в 14% случаев. При выборе больницы пациенты опираются на рекомендации врача поликлиники в 55% случаев и на рекомендации врача, у которого раньше лечился, и врача скорой помощи – в 7% случаев.

Практически никто не использует публичную информацию, поскольку она обычно отсутствует.

Парадоксальный результат исследования – рекомендациями медицинских работников, не являющихся знакомыми, родственниками, пациенты удовлетворены не больше, чем рекомендациями своих знакомых.

Таким образом, выбор в значительном числе случаев опирается не на достоверные источники информации, а на «сарафанного радио».

*Чрезмерная нацеленность пациентов на выбор больницы третичного уровня*

При выборе стационара пациент в значительной мере мотивирован на то, чтобы попасть в областную клиническую больницу или федеральное учреждение - там выше уровень квалификации и технической оснащенности. Из числа выбиравших стационар при плановой госпитализации 41% в итоге выбрали областную больницу и 9% - федеральный центр. То есть половина пациентов не видит альтернативы больницам третичного уровня, считая их единственным местом, где можно получить качественную медицинскую помощь.

Этот результат исследования является аргументом в пользу того, чтобы стимулировать выбор «по горизонтали» - в медицинские организации одного уровня оказания медицинской помощи, например, в городские больницы с разной удаленностью от места проживания пациента. Это позволит разгрузить клинические учреждения областного уровня, даст им возможность сконцентрироваться на лечении действительно сложных случаев, для чего, собственно, они и создавались.

*Ограниченные возможности выбора определенных категорий врачей*

В силу отсутствия в большинстве больниц отделений амбулаторного приема только 1% пациентов смогли выбрать в больнице врача-терапевта и 4% - врача-специалиста. Не имея возможности проконсультироваться с квалифицированным врачом стационара, пациенты вынуждены искать такую возможность на неформальной основе – за плату и с большими издержками поиска.

Полученные данные свидетельствуют о том, что возможности развития потребительского выбора и усиления его влияния на эффективность оказания медицинской помощи существуют, но пока они достаточно ограничены. Часть практик выбора не являются эффективными, что во многом отражает недостатки сложившейся системы организации медицинской помощи, слабость взаимодействия между отдельными его службами.

***5.1.3. Актуальные направления расширения потребительского выбора в здравоохранении***

Сложность и неоднозначность характеристик потребительского выбора в здравоохранении не снижает актуальности вопроса:нужно ли предпринимать усилия по расширению возможностей выбора медицинской организации и врача?Наше мнение – безусловно, нужно. Г*осударство должно проводить политику расширения возможностей потребительского выбора, добиваясь при этом повышения его влияния на эффективность функционирования здравоохранения.*

Вместе с тем развитие практик потребительского выбора не должно усугублять и без того острые диспропорции в системе оказания медицинской помощи, главные из которых: нерациональное соотношение между амбулаторной и стационарной медицинской помощью, ограниченные функции первичного звена и чрезмерная специализация в деятельности амбулаторно-поликлинических учреждений, ослабление взаимодействия между различными уровнями оказания медицинской помощи ( Вишневский с соавт., 2006).

В качестве главных целей политики расширения выбора предлагается рассматривать следующие:

1. сокращение сроков ожидания плановой медицинской помощи;
2. повышение доступности специализированной медицинской помощи за пределами места проживания больных (расширить объемы межтерриториальной медицинской помощи);
3. создание условий для развития конкуренции медицинских организаций.

 Исходя из зарубежного опыта (прежде всего английского) и с учетом особенностей организации и проблем российского здравоохранения, можно выделить два наиболее важных направления расширения потребительского выбора поставщиков медицинских услуг:

1. Обеспечение реальных возможностей выбора.
2. Повышение результативности выбора.

Каждое из этих направлений предполагает использование определенных механизмов. Некоторые уже действуют в практике российского здравоохранения, другие необходимо создавать практически заново. Рассмотрим их более подробно.

**5.2. Механизмы обеспечения потребительского выбора**

В ряду главных таких механизмов можно выделить следующие:

* предоставление информации для облегчения выбора;
* участие врача первичного звена и лечащего врача в обеспечении потребительского выбора;
* ограничение локальной монополии медицинской организации там, где это возможно и необходимо;
* переход на полный и единый тариф оплаты медицинской помощи в системе ОМС;
* более гибкое реагирование системы планирования на потребительские предпочтения.

***5.2.1. Предоставление информации для облегчения выбора***

 Необходима информация о качестве услуг и результатах оказания медицинской помощи по отдельным медицинским организациям. Наиболее важны данные, характеризующие:

* техническое оснащение и уровень квалификации врачей;
* масштабы выполнения определенных видов медицинских вмешательств, например, определенных хирургических операций; в идеале такая информация нужна по каждому врачу;
* результаты лечения на основе стандартизированных показателей, учитывающих различия в структуре случаев; например, в клинических больницах доля сложных случаев всегда выше, что может негативно отразиться на уровне больничной летальности; поэтому целесообразно группировать учреждения по сложности нозологий и в пределах каждой группы учитывать их состав;
* средние сроки ожидания плановых консультаций и госпитализаций в отдельных медицинских организациях; такая информация нужна по каждому виду медицинских вмешательств;
* условия оказания помощи: среднее число мест в палате, наличие удобств и прочие неклинические показатели;
* уровень удовлетворенности пациентов условиями и результатами лечения;
* рейтинги медицинских организаций, сгруппированные по их типам – в соответствии с номенклатурой учреждений.

Чтобы реально это обеспечить, необходимо организовать измерение клинической деятельности медицинских организаций через набор унифицированных показателей для организаций определенного типа, а также проведение регулярных опросов пациентов больниц до и после госпитализации (по единому формату).

Во всех западных странах быстро растут объемы работ в области измерения результатов деятельности здравоохранения, и есть уже первые результаты формирования системы измерений на уровне медицинских организаций. Наиболее существенные результаты отмечаются в США, Великобритании, Нидерландах, где собирается детальная информация по очень конкретным параметрам медицинской деятельности и публикуются рейтинги медицинских организаций (Scanlon and Chernew, 2002; Maynard, 2008; Van de Ven, 2009). Встреча Министров здравоохранения европейских стран на конференции ВОЗ в июне 2008 г. в Таллине (Эстония) подтвердила необходимость и возможность детальных измерений не только систем здравоохранения, но и конкретных поставщиков медицинских услуг (Smith et al, 2008). Приведенный в главе 2 опыт Великобритании показывает, что это непростая, но вполне выполнимая задача, по крайней мере, к ее решению англичане уже давно приступили.

***5.2.2.Участие врача первичного звена и лечащего врача в обеспечении потребительского выбора***

 Это предполагает установление требования предоставления врачом альтернативных вариантов продолжения лечения при направлении пациента на другой этап оказания медицинской помощи. Такие варианты должны представляться любым врачом, но важно обеспечить, чтобы информация о выбранном медицинском учреждении поступала участковому врачу или врачу общей практики для последующей организации долечивания и реабилитации.

Опыт Англии и ряда других стран показывает, что требование предоставления альтернатив оказывается сильным фактором реализации политики расширения выбора. Этот опыт демонстрирует, что пациенты сильней реагируют на неклинические показатели деятельности медицинских организаций, характеризующие условия предоставления услуг, чем на информацию, характеризующую результаты лечения – в силу недостаточной способности ее понять. Для этого требуется участие врача. При этом врач, как и конечный потребитель, опирается на информацию о качестве и конечных результатах лечения в отдельных медицинских организациях. Информационная политика государства должна быть ориентирована не только на пациентов, но и на врачей.

***5.2.3. Ограничение локальной монополии медицинской организации там, где это возможно и необходимо***

Этот процесс носит конфликтный характер, поскольку крупные больницы в целом доказывают свою более высокую клинико-экономическую эффективность. Они лучше технически оснащены, здесь больше возможностей поставить на поток многие виды медицинских вмешательств, что позволяет врачам и персоналу накопить необходимый опыт и добиться более высоких результатов лечения. Существуют также эмпирические свидетельства существования экономии на масштабах оказания больничных услуг – вплоть до достижения определенного уровня мощности, после чего возникают проблемы управления слишком большим больничным комплексом (Mc Kee and Healy, 2002).

В контексте российского здравоохранения возможности ликвидации локальной монополии в больничном секторе очень ограничены. Можно предположить, что в перспективе доминирующей будет противоположная тенденция укрупнения больниц за счет слияния или даже закрытия мелких неэффективных больниц или их подразделений. С учетом британского опыта можно предположить, что расширение возможности выбора больниц должно связываться не с увеличением их числа, а с *повышением межтерриториальной мобильности пациентов* – получением права лечиться за пределами места жительства.

Поощрение межтерриториальных потоков пациентов и медицинских услуг является важным фактором ослабления локальной монополии. Решение этой задачи может быть обеспечено в рамках предусмотренной новым законом об обязательном медицинском страховании процедуры определения для каждого ЛПУ объемов медицинской помощи, оплачиваемой из средств ОМС. Для ослабления локального монополизма конкретной больницы следует включать определенные объемы помощи населению, проживающему в данном муниципальном образовании, в планируемые объемы помощи для ЛПУ, расположенных в других муниципальных образованиях, и предоставлять пациентам информацию о возможностях лечения в таких ЛПУ в качестве альтернативы.

С расширением географических границ сферы деятельности больниц в пределах субъекта РФ появятся дополнительные возможности для выбора: больной будет выбирать нужную больницу не только в своем городе, но и в любом другом. При этом выбор должен быть обеспечен экономически – через свободное движение денег в системе ОМС или посредством соглашений между отдельными органами власти. Аналогичные отношения возникают между отдельными субъектами РФ при организации межтерриториальной медицинской помощи. Их подробный анализ выходит за рамки данной работы.

Значительно выше потенциал разукрупнения медицинских организаций в секторе амбулаторно-поликлинической помощи. Здесь целесообразно стимулировать *создание индивидуальных и групповых врачебных практик, в том числе на базе крупных поликлиник*. При достаточно большом числе таких практик и превращении их в самостоятельные хозяйствующие субъекты население получит более широкие возможности сравнивать деятельность врачей первичного звена и выбирать между ними. Этот процесс уже давно идет во многих постсоветских странах, например, в странах Балтии, Чехии, Словакии, Польше, Болгарии, Восточных землях Германии: поликлиники сосуществуют с широкой сетью врачебных практик. Население имеет возможности выбирать между ними (Ettelt et al, 2010).

Обратная сторона этого процесса - усложнение взаимодействия между участковой службой, узкими специалистами и диагностическими подразделениями. Хотя и намного в меньшей степени, чем в случае больниц, здесь также присутствует конфликт между расширением условий для выбора и медико-технологическими требованиями, которые легче обеспечить в крупной медицинской организации. Именно поэтому в ряде постсоветских стран, например в Германии, наметился обратный процесс объединения врачебных практик в более крупные организации типа поликлиник (Busse and Nolte,2004), что несколько сужает сферу выбора.

***5.2.4. Переход на полный и единый тариф*** ***оплаты медицинских услуг в системе ОМС***

Для того, чтобы преодолеть бюджетные перегородки между отдельными муниципальными образованиями, необходимо возмещать за счет средств системы ОМС все виды затрат медицинских организаций. В противном случае последние не будут заинтересованы в том, чтобы оказывать услуги жителям других муниципальных образований, не участвующим в возмещении тех статей затрат, которые не входят в систему ОМС (в настоящее время в большинстве регионов тариф включает только 5 статей расходов). Только в этом случае возможно покрытие расходов учреждений, выполняющих функции межтерриториальных центров. Данное условие необходимо и для привлечения в систему ОМС частных медицинских организаций. Без полного возмещения их затрат это невозможно. Соответственно, не будет возможности для выбора таких организаций.

Принцип единого тарифа означает одинаковый для разных медицинских организаций уровень возмещения затрат на лечение определенного заболевания – независимо от их расположения. Учитывая огромную дифференциацию в уровне финансового обеспечения субъектов РФ, в обозримом будущем это невозможно, но необходимо начать движение в этом направлении. Возможный инструмент – оплата медицинской помощи на основе единой системы классификации случаев стационарного лечения и единых подходов к формированию тарифов (принцип клинико-статистических групп). Только на такой основе можно сделать равно выгодным оказание медицинской помощи «своим» и «чужим» пациентам. Кроме того, появится возможность установления экономически обоснованных групп тарифов, сформированных в зависимости от уровня бюджетной обеспеченности регионов.

Важно также заметить, что движение к полному и единому тарифу снизит административное противодействие межтерриториальным потокам пациентов из относительно бедных регионов и облегчит проведение расчетов между территориальными фондами ОМС. При этом в процессе перехода на единый тариф важно договориться о том, кто оплачивает разницу между тарифами региона-покупателя и региона-поставщика медицинских услуг. Это – особая тема, не затрагиваемая в данной работе.

***5.2.5. Более гибкое реагирование системы планирования на потребительские предпочтения***

Выбор эффективных звеньев оказания медицинской помощи реально возможен только при условии оперативной перегруппировки ресурсов. Как было показано в главе 2, не только в России, но и в странах с уже сложившимися конкурентными системами здравоохранения планирование работы сети медицинских организаций и их материальных и кадровых ресурсов часто не поспевает за рыночными сигналами: потребитель «голосует ногами», отказываясь от обращения в определенную организацию, но ее мощности сохраняются неизменными, поскольку государство сдерживает процесс вымывания неэффективных звеньев оказания медицинской помощи. И наоборот: популярные больницы не могут быстро отреагировать на растущий спрос и расширить свои мощности.

Поэтому условием более оперативного реагирования на потребительские предпочтения является повышение гибкости и оперативности системы планирования сети медицинских организаций. Прежде чем оплатить медицинскую помощь, нужно ее заказать и этот заказ должен основываться на оценке решений потребителей, а также объективных показателей деятельности медицинских организаций. Не только объемы, но и клинические показатели работы должны стать основой планирования сети медицинских организаций. Лозунг «деньги следуют за пациентом» должен дополняться правилом «плановые объемы должны следовать за пациентом».

В российском здравоохранении должны возникнуть новые механизмы увязки макро планирования мощностей медицинских организаций с системами договорных отношений и оплаты медицинской помощи.. Решающая роль в такой увязке принадлежит Территориальным фондам ОМС и страховым медицинским организациям. Они должны анализировать, какие конкретно услуги особенно привлекательны для населения в определенном учреждении, и определять количественные параметры необходимого расширения мощностей. Одновременно требуется оценка наиболее слабых звеньев оказания медицинской помощи в разрезе конкретных видов работ. На основе этой оценки формируются рекомендации о сокращении мощностей. Иными словами, позитивные стимулы сочетаются с негативными стимулами.

**5.3. Условия повышения результативности потребительского выбора**

С учетом положений, представленных в главе 1, можно выделить два главных условия повышения результативности потребительского выбора:

* обеспечение координирующей роли врачей первичного звена здравоохранения;
* конкретизация сферы и порядка выбора.

Перечисленные выше условия обеспечения выбора (предоставление информации, ослабление локальной монополии и проч.) влияют и на повышение его результативности.

***5.3.1. Обеспечение координирующей роли врачей первичного звена***

Как показывает реализация английской программы расширения выбора, важно обеспечить центральную роль первичного звена здравоохранения в организации и координации медицинской помощи на других этапах ее оказания. Слабость первичного звена, утрата им функции организатора и координатора медицинской помощи на других этапах ее оказания в сочетании с низким уровнем взаимодействия отдельных служб заставляет больных людей тратить слишком много времени на поиск альтернатив.

Пациент должен иметь возможность выбирать лучшие медицинские организации, но при этом не «перепрыгивать» естественные этапы оказания медицинской помощи.

 Рекомендации об альтернативах должны быть основаны на информации о реальных показателях деятельности больниц и больничных врачей, доступной каждому врачу первичного звена. Кроме того, для реализации координирующей функции необходима информация о всех медицинских услугах, полученных постоянно наблюдаемым пациентом на разных этапах ее оказания, причем независимо от того, где он получал эту помощь, платил ли за нее и проч. Как следует из опыта Англии, именно накопление на уровне врачей общей практики информации о пациентах и больницах создало условия для повышения их роли в обеспечении выбора пациентам.

Для нашего здравоохранения весьма актуально приведенное в главе 1 теоретическое положение о том, что мотивация врачей на оказание большого объема различных специализированных медицинских услуг без координации отдельных звеньев их оказания ведет к снижению структурной эффективности системы здравоохранения. Например, можно обеспечить свободный выбор больницы для больного с хроническим заболеванием и платить за каждый случай его лечения при обострении заболевания, а возможен другой подход – платить врачу первичного звена за недопущение этих обострений и снижение числа госпитализаций. Источник оплаты – экономия на стационарной помощи. Это предполагает серьезные сдвиги в организации помощи хронически больным – объединение усилий врачей разных специальностей (в данном примере - участковых врачей и пульмонологов), реализация проектов по раннему выявлению заболеваний и активному ведению выявленных случаев, фокусом которых является недопущение обострения заболеваний (например, школы астмы, диабета). Совершенно очевидно, что в таких интегрированных системах потребность в выборе больницы снизится и эта потребность станет более рациональной.

Пока в российском здравоохранении реализация интегрированного подхода тормозится недостаточной квалификацией врачей первичного звена и их слабой мотивацией к тому, чтобы иметь на участке больше здоровых, чем больных людей. Отсюда и самостоятельный поиск пациентами узких специалистов, очереди в поликлиниках и проч. Поэтому программа расширения выбора должна сочетаться с мерами по переобучению врачей первичного звена, расширению их клинических и организационных функций, использованием методов оплаты, формирующих заинтересованность в снижении числа больных людей.

***5.3.2. Конкретизация сферы и порядка реализации выбора***

Прежде всего, это выбор участкового врача и врача общей практики для осуществления постоянного наблюдения. Он осуществляется в любом амбулаторно-поликлиническом учреждении – независимо от места проживания пациента. Последний имеет право на регистрацию в таком учреждении с определенной периодичностью – лучше - раз в год. Такой срок дает возможность пациенту реализовать свое право на смену поликлиники и врача и одновременно обеспечивает поликлинике достаточную устойчивость состава обслуживаемого населения.

С учетом того, что большинство участковых врачей не обладают достаточной квалификацией и мотивацией для выполнения координирующей функции, в качестве переходного варианта можно предусмотреть свободную регистрацию к определенной категории узких специалистов (например, к эндокринологу при диабете) в амбулаторно-поликлинических учреждениях. Перечень специальностей свободного прикрепления включает врачей, чаще всего имеющих дело с наиболее распространенными хроническими заболеваниями. На них распространяется порядок регистрации к участковому врачу и врачу общей практики.

На первом этапе реализации новой роли врачей первичного звена разумно допустить свободный выбор определенных категорий специалистов для консультаций в амбулаторно-поликлинических учреждениях без направления участкового врача (например, стоматологов, гинекологов, хирургов). Перечень этих специальностей во многом определяется квалификационными возможностями врачей первичного звена. Если эти врачи будут брать на себя заметную часть нагрузки узких специалистов, то изъятия из принципа «привратника» будут незначительными. Если же в их деятельности ничего не изменится, то перечень специальностей свободного доступа придется постоянно расширять.

Пациент должен иметь право на выбор места проведения диагностических исследований в амбулаторно-поликлинических учреждениях – не только по месту прикрепления, но и в других учреждениях. Диагностические услуги в больницах предоставляются на основе направления лечащего врача. При этом важно обеспечить доступность диагностических услуг в больнице, причем без госпитализации и на бесплатной основе в рамках программы государственных гарантий. Для этого требуются серьезные организационные изменения, «открывающие» ресурсную базу больниц для амбулаторных пациентов, например, открытие или расширение в больницах отделений амбулаторного приема. Необходимо использование новых форм взаимодействия поликлиник и больниц на основе системы заказов в рамках программы государственных гарантий: больница получает заказ на оказание определенного числа диагностических услуг и в формировании этого заказа участвует поликлиника. Примеры такого рода имеются в Самарской области, где в 2010 г. была возобновлена система «поликлиника-фондодержатель», и поликлиники участвуют в планировании работы стационара. Не исключен и вариант объединения поликлиник и стационаров в рамках объединенных городских больниц, обеспечивающий формирование единой диагностической базы для повышения доступности наиболее информативных исследований.

Выбор больницы для оказания плановой стационарной помощидолжен осуществляться на основе направлений врачей амбулаторно-поликлинических учреждений при обязательном предоставлении альтернативных вариантов. При этом важно установить конкретные требования к уровню оказания медицинской помощи. По каждому заболеванию должен существовать *клинически обоснованный стандарт и конкретный порядок оказания помощи,* включая требования к техническому оснащению медицинского учреждения, необходимой квалификации и проч. Эти документы должны устанавливать не только требуемые объемы медицинской помощи для среднестатистического больного с определенным заболеванием, но и тип медицинского учреждения (что можно делать на уровне ЦРБ, а какие случаи требуют перевода в областную клиническую больницу) и необходимые характеристики его ресурсного обеспечения.

Стандарты и порядки оказания медицинской помощи, во-первых, помогают лечащему врачу выбрать рекомендуемое место дальнейшего лечения, во-вторых, могут быть полезными для пациента, в-третьих, создают основания для выделения очевидно неэффективного выбора поставщика услуг и принятия управленческих решений.

В США в рамках систем «управляемой медицинской помощи» получила широкое распространение практика санкционирования получения определенных видов дорогостоящих услуг в тех случаях, когда они явно не соответствуют требованиям клинических стандартов (Шейман, 1998). Подобное санкционирование возможно и в российской системе ОМС: страховщики получают перечень таких услуг и проверяют их на предмет соответствия установленным стандартам, давая заключение об их обоснованности в каждом конкретном случае.

При разработке Территориальной программы государственных гарантий и заданий медицинским учреждениям целесообразно выделять долю объемов плановой стационарной помощи в общем объеме стационарной помощи, а также требования в отношении сроков ее ожидания. Имея бюджет на плановые госпитализации, органы управления здравоохранением могут устанавливать твердые обязательства в отношении предельных сроков ожидания. Как показывает английский опыт, механизм листов ожидания в сочетании с ясными процедурами контроля за прохождением очереди может, во-первых, дать дополнительную информацию для пациента, во-вторых, снизить потребность в поиске другой больницы: если есть твердые гарантии получения лечения, пусть даже через некоторое время, то каждый больной может сопоставить последствия ожидания госпитализации в местной больнице с материальными и моральными издержками поиска других организаций.

Представленные соображения в той или иной мере отражены в законопроекте «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», принятом в первом чтении в мае 2011 г. (Федеральный закон, 2011). Статья 17 этого законопроекта устанавливает право выбора медицинской организации, оказывающей ПМСП, но не чаще одного раза в год (за исключением случаев изменения места жительства или места пребывания гражданина). В выбранной медицинской организации гражданин может осуществлять выбор участкового терапевта и педиатра, врача общей практики (семейного врача) – тоже не чаще одного раза в год (за исключением случаев изменения медицинской организации) с учетом согласия врача.

Что касается выбора медицинской организации при оказании специализированной медицинской помощи в плановой форме, то согласно законопроекту, он осуществляется «по направлению лечащего врача (фельдшера), либо самим гражданином в случае, если в реализации территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи принимают участие несколько медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь по профилю заболевания гражданина». То есть с одной стороны закрепляется требование направлений, с другой - допускается возможность прямого обращения пациента без направления. ..

Указание на направление *лечащего врача (фельдшера)* расширяет круг медиков, направляющих пациентов на следующий этап оказания медицинской помощи, - не только участковые врачи и ВОПы, но также фельдшеры и узкие специалисты, причем не обязательно работающие в амбулаторно-поликлинических учреждениях. Целесообразно к этому добавить требование информирования врача прикрепления о выданном направлении. Участковый врач или ВОП должны знать все о постоянно обслуживаемом контингенте населения. Только так можно обеспечить постоянное наблюдение за больными.

 Принципиальным представляется требование оказания содействия выбору медицинской организации: «лечащий врач обязан проинформировать гражданина о возможности выбора медицинской организации с учетом выполнения условий оказания медицинской помощи, установленной территориальной программой …». Кроме того, предусматривается право гражданина на получение информации в доступной для него форме «о медицинской организации, осуществляемой медицинской деятельности и медицинских работниках, включая сведения об уровне их образования и квалификации» (часть 2, статья 19).

Эти нормы способствуют вовлечению врачей в реализацию выбора и формулируют принципиальные условия для обеспечения выбора. Но требования к предоставлению информации должны быть конкретизированы с акцентом на предоставление клинической информации, характеризующей процесс и результаты деятельности в разных медицинских организациях. Простое описание деятельности медицинских организаций и числа кандидатов и докторов медицинских наук явно недостаточно.

Разумеется, реализация требования предоставления клинической информации в полном объеме в ближайшее время нереалистична (как, впрочем, и в западных странах – см. главу 2), но определенную область такого информирования можно обозначить уже сейчас, например, предоставление информации о больничной летальности по некоторым наиболее распространенным хирургическим вмешательствам, числе осложнений после хирургических операций, числе повторных госпитализаций в пределах трех месяцев после выписки больного. Даже не создавая новые формы статистической отчетности (как это было сделано в Англии), на основе уже имеющейся информации можно получить более ясную картину результатов работы отдельных медицинских организаций.

В законопроекте сделана попытка уточнить требование соблюдения сроков ожидания: «В случае, если медицинская организация, выбранная гражданином, не позволяет обеспечить выполнение условий оказания медицинской помощи, установленных территориальной программой …. в части сроков ожидания и очередности получения медицинской помощи, то гражданин вправе отказаться от выбранной медицинской организации либо дает письменное информированное согласие на лечение в выбранной им медицинской организации с нарушением условий оказания медицинской помощи, установленных территориальной программой …». Ничего позитивного пациенту эта норма не дает: отказаться от выбранной медицинской организации он может и без всякого регулирования, а вот медицинская организация получает возможность легализовать нарушение срока лечения при условии письменного согласия пациента. Вместо ужесточения требований к соблюдению этих сроков создаются условия для их нарушения.

В соответствии с законопроектом гражданин имеет право на выбор медицинской организации для оказания специализированной медицинской помощи в экстренной форме и для оказания скорой медицинской помощи, но и в том и в другом случаях - «на основании информации медицинских работников с учетом соблюдения требований к срокам оказания медицинской помощи на территории обслуживания».

Право гражданина на выбор медицинской организации за пределами субъекта Российской Федерации, в котором он проживает, реализуется в порядке, который должен быть установлен уполномоченным федеральным органом исполнительной власти. Выбор осуществляется «по направлению лечащего врача (фельдшера) - в случае невозможности оказания гражданину медицинской помощи на территории субъекта Российской Федерации, в котором он проживает», либо самим гражданином «в случае его нахождения за пределами территории субъекта Российской Федерации, в котором гражданин проживает».

После перечисления всех оснований для выбора в рамках системы государственных гарантий, законопроект устанавливает «право на выбор медицинской организации независимо от ее расположения и организационно-правовой формы», если помощь предоставляется на платной основе. Когда данная книга выйдет из печати, данный законопроект, по всей видимости, уже будет законом, и приводимые выше формулировки, возможно, будут уточнены. Тем не менее правомерным будет следующее общее заключение: данный документ в рассматриваемой его части является серьезным шагом вперед по сравнению с действующим законодательством, устанавливающим декларативное право на выбор без механизмов его обеспечения. Данный документ вполне реалистично регламентирует право выбора медицинской организации и врача с учетом требований многоуровневой системы оказания медицинской помощи. В нем есть попытка конкретизировать сферу и порядок осуществления выбора.

Но многие вопросы требуют более углубленной проработки, возможности которой очень ограничены в рамках работы над общим законодательством о здравоохранении. Чтобы реально обеспечить выбор и сделать его максимально эффективным, необходим другой документ – *программа расширения потребительского выбора в здравоохранении*. В ней должны быть прописаны конкретные действия для реализации выбора, включая требования к информации, предельные сроки ожидания плановой медицинской помощи, роль врачебного сообщества, прежде всего врачей первичного звена, требования к плановым органам и субъектам системы ОМС в осуществлении политики выбора, а самое главное - экономические условия реализации выбора. Эта программа должна быть нацелена на стратегическую перспективу и в то же время содержать первые наиболее важные шаги для обеспечения выбора и его превращения в действенный механизм повышения эффективности системы здравоохранения.