**Глава 1. Теоретические аспекты проблемы потребительского выбора в здравоохранении**

Потребительский выбор рассматривается в экономической теории как ключевое условие эффективного использования ресурсов. Наличие выбора позволяет потребителю наилучшим образом распределить свои ресурсы при решении задачи максимизации полезности. Сфера здравоохранения не является исключением. Однако реализация потребительского выбора в сфере здравоохранения имеет свою ярко выраженную специфику. Здесь действует много особых факторов, ограничивающих и усложняющих процесс выбора поставщика медицинских услуг.

Последующий анализ основан на выделении трех характеристик выбора: 1) необходимости (потребности в выборе), 2) возможности и 3) результативности (влияния на систему здравоохранения). Каждая из них рассматривается в соответствующем параграфе.

В данном исследовании под ***потребительским выбором в здравоохранении*** понимаются два типа действий:

1) выбор между двумя и более поставщиками медицинских услуг (медицинскими организациями и отдельными врачами)[[1]](#footnote-1);

2) поиск поставщика услуг в ситуации, когда пациент не знает, к кому обратиться за необходимой помощью.

Хотя эти типы действий характеризуют разные ситуации выбора, они тесно связаны между собой: выбор альтернатив обычно предполагает их поиск, а поиск так или иначе связан со сравнением вариантов.

Теоретико-методологической основой проводимого далее анализа является теория агентских отношений (McGuire, 2001) и теория квазирыночных отношений в здравоохранении (Saltman, Von Otter, 1992).

**1.1. Факторы развития потребности в выборе поставщика медицинских услуг**

Потребность выбора поставщика медицинских услуг формируется не только под воздействием ценностных представлений о важности наличия такой возможности для обеспечения доступности необходимой медицинской помощи. Она растет под действием технологических факторов. Прогресс медицинских технологий и растущая специализация медицины оказывают сильное влияние на развитие потребности выбирать поставщика медицинских услуг. В каждой медицинской специальности возникает большое количество узких направлений, предлагающих различные технологии лечения одного и того же заболевания. Велика вариация клинической практики между странами, регионами, а иногда даже в пределах небольшого населенного пункта. И хотя процесс стандартизации медицинских вмешательств ставит определенные ограничения этой вариации, она сохраняется в силу как ускоряющегося процесса появления новых технологий, за которым не поспевает процесс стандартизации, так и объективной неоднородности пациентов, особенностей протекания заболевания у каждого из них. Развитие российской системы здравоохранения в 90-х годах демонстрирует рост потребности населения в выборе поставщиков медицинских услуг. Именно в этот период на рынке появились неизвестные ранее лекарства, медицинское оборудование и новые методы лечения многих заболеваний. Люди узнали о существовании новых медицинских технологий, резко повысился спрос на них. Заметно возросли требования в системе здравоохранения: принцип «мало, хотя и бесплатно» в сознании многих людей уступил место другому принципу - «все самое лучшее, пусть даже платно». В этой ситуации существенно обострилась проблема финансового обеспечения государственных гарантий бесплатной медицинской помощи. Система гарантий оказалась не готова к тому, чтобы обеспечить выбор новых медицинских технологий на бесплатной основе. Общее снижение финансирования здравоохранения усугубило эту проблему.

Потребность в выборе во многом определяется степенью географической дифференциации в уровне финансового обеспечения здравоохранения и доступности медицинской помощи в отдельных регионах, а в их пределах – между различными типами поселений. В странах, где подавляющая часть квалифицированной медицинской помощи концентрируется в столице или крупных городах, право на выбор медицинской организации за пределами места проживания часто становится жизненной необходимостью. И наоборот: в странах с относительно равномерным распределением специализированной медицинской помощи, потребность в поиске альтернатив местной больнице не столь велика.

На потребность в выборе влияют многие поведенческие факторы. Для одних пациентов выбор является самоцелью, поскольку они склонны сравнивать советы и медицинские назначения разных врачей и считают себя способными найти лучшее решение (тактика поиска «второго мнения»). Другие склонны полагаться на мнение врача, к которому они привыкли.

Многие западные экономисты отмечают серьезные ограничители потребительской активности населения в сфере здравоохранения. Они связаны с устойчивостью практик потребления медицинских услуг. При всей важности выбора в сфере здравоохранения поставщику услуг противостоит не потребитель, а пациент со свойственными ему характеристиками пассивности, зависимости и доверия. Это существенно сужает сферу выбора. Необходимость в нем слабо осознается значительной частью больных – даже при явных медицинских показаниях к поиску другого врача.

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, то есть быть активным, сомневаться, искать информацию, сравнивать… 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 это требует значительного времени и ресурсов.

Потребительские предпочтения обычно довольно устойчивы в отношении места оказания первичной медицинской помощи. Так, в Великобритании врача общей практики ежегодно меняет лишь 1-1,1% населения, в США – 4-4,5% (Gage and Rickman, 2000).

Диксон с соавторами демонстрирует особую значимость для населения возможности получать первичную и специализированную помощь в одной и той же организации, включая консультации узких специалистов и необходимые диагностические исследования (Dixon et al, 1997). Комплексность оказания помощи в рамках одной организации приобретает растущее значение в связи с трансформацией традиционных для западного здравоохранения индивидуальных практик в групповые практики. С одной стороны, этот процесс является результатом возрастания роли кооперации врачей различной специальностей, с другой – отражает стремление пациентов уменьшить затраты времени на получение медицинской помощи. Размер косвенных издержек (в данном случае затрат времени) являются важным фактором потребительского выбора (Ettelt et al, 2010, с 13-14).

Эмпирические исследования по странам дают очень пеструю картину потребительской мобильности в больничном секторе. Так, исследование по Дании показало, что пациенты предпочитают ближайшую больницу (Hurst, 2002). Аналогичные результаты получены по Нидерландам, правда до начала крупномасштабной рыночной реформы в 2006 г. (Brower et al, 2003). Но исследования по Великобритании (Proрper et al, 2006) и Норвегии (Botten et al, 2004) – странам, где проводится целенаправленная политика расширения выбора, - дают противоположные результаты: пациенты готовы тратить значительное время на поездку, чтобы быть принятыми в больницах других регионах, но при условии наличия детальной информации о том, что там можно получить. Более подробно эти вопросы рассматриваются в главе 2.

В целом же можно констатировать, что факторы, определяющие потребности населения в выборе поставщика медицинских услуг, пока слабо изучены. Известные нам исследования носят фрагментарный характер и не дают полной картины формирования предпочтений пациентов. Недостаточно работ, оценивающих влияние на выбор различных социально-демографических характеристик пациентов и уровня потребностей в медицинской помощи. Можно предположить, что для менее образованной и менее обеспеченной части населения наличие выбора имеет относительно меньшее значение; молодые люди больше склонны к поиску нужного врача, чем пожилые. Тяжесть заболевания, скорее всего, усиливает требования в отношении места оказания медицинской помощи. Если больной после очередного медицинского вмешательства по-прежнему испытывает болевые ощущения, то, даже отдавая себе отчет в высокой квалификации лечащего врача, он склонен искать других врачей, которые могут ему помочь. Можно также предположить, что наиболее значительная потребность в выборе возникает в момент осознания индивидуумом своего заболевания. На этом этапе особенно важно поставить правильный диагноз, что предполагает исследования и консультации у разных врачей, в том числе и для получения «второго мнения». Однако эмпирические оценки этих гипотез пока отсутствуют.

На потребность в потребительском выборе существенное влияние оказывают сроки ожидания плановой медицинской помощи и порядок ее получения. С одной стороны, ясность гарантий в отношении сроков ожидания (наличие предельных сроков ожидания) снижает потребность в выборе: люди понимают, что можно подождать определенное время, но зато получить бесплатную помощь без сложного поиска альтернатив. С другой – слишком высокие сроки ожидания даже при их жестком соблюдении могут усиливать потребность в поиске альтернативы, чтобы ускорить лечение. Не случайно политика расширения выбора проводится прежде всего в странах с бюджетными системами финансирования (Великобритании, Скандинавских странах), где стимулы для увеличения объемов помощи выражены слабо и, как результат, сроки ожидания традиционно высоки. В странах со страховыми системами финансирования здравоохранения поставщики медицинской помощи обычно оплачиваются на гонорарной основе, что делает проблему высоких сроков ожидания менее острой. В Великобритании установлен предельный срок ожидания плановой стационарной помощи – 18 недель, консультации узкого специалиста – 13 недель. Фактические сроки ожидания примерно совпадают с нормативными (данные за 2008 г.). Во Франции (здесь действует система ОМС) отсутствуют предельные сроки ожидания, а фактический срок ожидания стационарной помощи варьируется по отдельным больницам от 2 до 8 недель, то есть значительно меньше, чем в Великобритании (Ettelt et al, 2010, pp. 41, 59). Есть все основания считать, что потребность в выборе находится в прямой зависимости от сроков ожидания плановой медицинской помощи.

Потребность в выборе складывается под воздействием доминирующих стереотипов потребления и государственной политики по отношению к выбору. В странах, где государство проводит целенаправленную политику расширения возможностей выбора, необходимость такого выбора неизбежно осознается растущим числом людей. И наоборот: там, где такая политика не проводится, часть больных просто не знают о такой возможности, и потребность в выборе у них невелика.

До сих пор речь шла о выборе медицинской организации. Но предметом выбора выступают и конкретные врачи. В секторе амбулаторной помощи выбор медицинской организации часто совпадает с выбором врача, поскольку в большинстве стран доминирует частнопрактикующий врач, действующей в собственной приемной. Однако при переходе к групповой практике, а тем более к поликлинике повышается роль выбора врача в составе медицинской организации. В секторе стационарной помощи потребность в выборе врача больницы обычно ощущается сильней – в силу большей разнородности состава врачебного корпуса. Но возможности выбора врача в больнице существенно ниже по сравнению с амбулаторной организацией. Технология оказания интенсивной медицинской помощи в условиях стационара в значительной большей мере предполагает кооперацию довольно большого числа работников. Свободный выбор может вступить в противоречие с требованиями организации стационарной помощи. Иными словами, возможности реализации потребности в выборе врача в больничном секторе достаточно ограничены. Подробней этот вопрос рассматривается на российском материале в главе 4.

**1.2. Возможности и ограничения потребительского выбора**

***1.2.1. Выбор и формы конкуренции в здравоохранении***

Потребитель может осуществлять выбор поставщика медицинских услуг в каждом из трех главных секторов здравоохранения: 1) первичной медицинской помощи, 2) специализированной амбулаторной помощи (выбор узкого специалиста для консультации и диагностических исследований) и 3) стационарной помощи. Объектом выбора потребителя выступают медицинские организации и врачи. В одних случаях его задача состоит в том, чтобы выбрать необходимую медицинскую организацию без особых запросов в отношении конкретного врача, в других – выбрать лечащего врача безотносительно тому, в какой организации он работает.

Важнейший фактор потребительского выбора в здравоохранении – ожидаемое изменение в состоянии здоровья индивидуума. Выбирая поставщика медицинских услуг, потребитель (чаще всего – пациент) руководствуется естественным желанием получить лучшие результаты лечения. Потребительские решения определяются также ценой услуг. Эти два фактора всегда действуют одновременно: пациент выбирает качество услуги, учитывая при этом ее цену, то есть по существу выбирает наиболее выгодное для себя соотношение цена-качество. В развитых системах общественного здравоохранения роль ценового сигнала обычно невысока, поэтому решения принимаются под действием других факторов – наличия информации, физической доступности медицинской организации, наличия в ней свободных мощностей; учитываются косвенные издержки, например, транспортные, а также дополнительные затраты в связи с необходимостью лечиться вдали от дома и проч. (Mooney, 1994).

Потребительский выбор, во-первых, создает условия для получения тех медицинских услуг, которые необходимы пациенту, во-вторых, стимулирует конкуренцию поставщиков медицинских услуг.

Экономическая теория выделяет две формы конкуренции в здравоохранении:

1) конкуренция, движимая пациентом (patient-driven competition);

2) конкуренция, движимая покупателем медицинской помощи в системах бюджетного финансирования здравоохранения и медицинского страхованияг (purchaser-driven competition).

В первом случае выбор поставщика медицинских услуг определяется индивидуальным решением потребителя, во втором – решениями покупателя медицинской помощи, в роли которого выступают страховщики, органы управления здравоохранением и другие субъекты, планирующие и оплачивающие медицинскую помощь в интересах всего или определенных групп населения. В теоретической модели конкуренции второго вида, то есть движимой покупателямим, они изучают предпочтения потребителей, показатели деятельности поставщиков и на этой основе выбирают поставщиков, с которыми заключают договоры, то есть действует принцип селективных договорных отношений (Smith, 2009).

В дальнейшем в рамках данного исследования будет рассматриваться преимущественно индивидуальный потребительский выбор и, соответственно, конкуренция, движимая пациентом.

Возможность выбора складывается под воздействием комплекса факторов, отражающих специфику рынка медицинских услуг и особенности организации здравоохранения. Главные из них:

* информационная асимметрия в отношениях потребителя и поставщика медицинских услуг;
* особая роль врача как агента пациента;
* ограничения, связанные со структурой рынка медицинских услуг;
* особая роль общественной солидарности в разделении расходов на здравоохранение;
* технологические взаимодействия между отдельными секторами здравоохранения.

***1.2.2. Информационная асимметрия в отношениях потребителя и поставщика медицинских услуг***

Медицинская помощь является доверительным товаром, то есть благом, качество которого может быть оценено самим потребителем лишь в процессе потребления или по его завершении; потребитель поэтому вынужден доверять поставщику медицинских услуг при определении того, какие именно услуги ему необходимы.

Это связано со следующими причинами. Во-первых, потребитель услуг чаще всего не обладает необходимыми знаниями о характере своего заболевания и методах его лечения. Издержки по получению соответствующей информации могут быть весьма высокими. Быстрое развитие медицинских технологий усиливает разрыв между знаниями потребителей и поставщиков медицинских услуг.

Во-вторых, потребитель имеет ограниченные возможности учиться на прошлом опыте, т.к. лишь часть заболеваний повторяется и каждый эпизод лечения требует разных объемов медицинских услуг (а иногда и разный состав их поставщиков).

В-третьих, для пациента оценка качества услуги может быть затруднена, т.к. у него нет объективных данных о сравнении результативности альтернативных методов медицинских вмешательств. На практике такая оценка обычно инициируется государством и проводится медицинским сообществом. На ее основе принимаются медицинские стандарты, устанавливающие, среди прочего, требования к результатам лечения. В принципе пациент может понять содержание этого стандарта, но он далеко не всегда может правильно соотнести его с собственным состоянием.

Доверительный характер медицинской помощи создает трудности для реализации потребительского выбора. Чтобы его реально обеспечить, необходимо снизить информационную асимметрию в отношениях между потребителем и поставщиком медицинских услуг, а также предпринять ряд других действий, направленных на нейтрализацию провалов рынка медицинских услуг и рынка медицинского страхования (Hsiaо, 1995).

Если выбор осуществляется пациентом самостоятельно, то он сталкивается с *издержками поиска* – необходимостью искать поставщика услуг и оценивать варианты, полагаясь на собственные знания и оценку потребности в медицинской помощи. Чем менее информирован потребитель, тем выше издержки поиска и ниже возможности выбора, и тем сильней рыночные позиции поставщиков медицинских услуг (Dranove and Sattherwaite, 2000).

Важнейший фактор реализации выбора – наличие информации о возможностях определенной медицинской организации и результатов лечения в них. Информация важна не только для пациентов, но и для врачей, которые делают рекомендации по дальнейшему лечению.

***1.2.3. Роль врача как агента пациента***

Между врачом и пациентом складываются отношения зависимости, которые теорией агентских отношений описываются моделями поведения врача, как агента пациента (McGuire, 2001). Главная характеристика моделей агентских отношений – это центральная роль врача в определении места оказания и объемов медицинских услуг. Его агентская функция состоит прежде всего в назначении услуг и лекарственных средств, необходимых для лечения. При этом в случае невозможности оказать все требуемые услуги своими силами врач берет на себя организацию медицинской помощи на других этапах ее оказания, направляя пациента к другим специалистам, в том числе для госпитализации. Часть врачей, которые оказывают первичную медицинскую помощь (прежде всего врачи общей практики), помимо собственно лечения и организации медицинской помощи, отвечают за координацию действий своих коллег в отношении лечения пациентов, которые выбрали его в качестве своего постоянного врача. Они накапливают информацию о состоянии здоровья своих пациентов и их потреблении медицинских услуг, обеспечивают преемственность лечения и осуществляют много других координационных задач. Данная категория врачей призвана нести ответственность за состояние здоровья постоянно обслуживаемого населения. Эти функции врача, как агента пациента, существенным образом влияют на возможности потребительского выбора.

Особенностью агентских отношений между врачом и пациентом является то, что они реализуются в ситуации неопределенности возникновения спроса на медицинскую помощь и слабой информированности потребителя в отношении необходимого объема услуг. В статье К. Эрроу (Arrow, 1963), вошедшей в число классических экономических работ, отмечается, что врач решает проблему неопределенности для плохо информированного пациента путем установления диагноза и объема услуг, которые он должен приобрести сам или получить за счет альтернативных источников финансирования. Тем самым врач продает информацию, о которой известно, что она дорогая (врач долго учился), но никто не знает насколько дорогая. Конкретная ее цена, согласно К.Эрроу, «часто неизвестна покупателю, и если бы он знал достаточно, как измерять цену информации, он бы знал саму информацию».

Потребители не имеют достаточных знаний в отношении того, что они покупают, и не могут полагаться на ясно специфицированный договор с врачом – в нем сложно все прописать, поскольку «продукт» деятельности врача плохо измеряется. Хуже всего измеряются такие параметры деятельности как преемственность лечения, интеграция оказания медицинской помощи, включая взаимодействие различных медицинских служб (Figuerаs, 2009). Государство старается помочь пациенту, поэтому устанавливает требования к медицинским организациям и врачам, обеспечивая необходимый технологический и квалификационный уровень оказания медицинской помощи (посредством лицензирования и, аккредитация больниц, сертификации врачей). Но особое место в обеспечении ожиданий пациента принадлежит устойчивым отношениям с врачом. Если эти отношения складываются в течение длительного времени, то пациент может лучше оценить конечные результаты действий врача и в большей мере полагаться на его рекомендации в отношении выбора других поставщиков медицинских услуг.

Устойчивые отношения с врачом исследуются в моделях агентских отношений под углом зрения превращения врача в *совершенного агента пациента*, то есть агента, способного минимизировать свою собственную экономическую мотивацию и выступать в качестве надежного советчика пациента. Такой врач знает вероятное распределение исходов лечения при разных вариантах медицинских вмешательств и соответствующие предпочтения пациентов. Он имеет затратную картину при альтернативных медицинских технологиях. И самое главное: совершенный агент следует правилу назначения услуг и лекарств, для которых предельная полезность будет превышать дополнительные издержки (Dranove and Satterthwaite, 2000, p. 1099). Другими словами, такой врач оказывает только обоснованные услуги и обеспечивает рациональность их оказания силами других поставщиков.

Действия врача, как совершенного агента, обеспечивает продажу информации с реальным выигрышем для потребителя и общества в целом, по крайней мере, по сравнению с ситуацией, когда врач руководствуется только своими экономическими интересами. Кроме того, совершенный агент смягчает действие рыночных изъянов, присущих рынку медицинского страхования, прежде всего эффекта морального риска, то есть искушения перепотребления услуг в ситуации отсутствия или слабого действия ценового сигнала.

Агентские отношения пациента с врачами выстраиваются на двух уровнях оказания медицинской помощи. Первый уровень – первичная медицинская помощь (первичное звено оказания медицинской помощи). Врач, ее оказывающий (врач общей практики, участковый терапевт или педиатр) призван отвечать за состояние здоровья приписавшегося к нему людей. Второй уровень – специализированная медицинская помощь, оказываемая узким специалистом, работающи в клинике или стационаре. Последний также защищает интересы пациентов, но его действия во многом определяются характером «заказа» врача первичного звена в форме направления на консультацию, исследование и проч.

Объективная тенденция к специализации медицины приводит к тому, что пациент вынужден иметь дело с разными врачами, решающими разные его проблемы. В США около 70% расходов на оказание медицинской помощи – это расходы на больных с двумя и более одновременно протекающими заболеваниями, причем средний такой больной на разных этапах получает услуги 17 врачей, которые чаще всего не знают друг друга (Halvorson, 2009). В этой ситуации возникает потребность в таком агенте, который мог бы собрать эпизоды оказания помощи в единое целое. В такой роли может выступать не только врач первичного звена, но и любой другой врач, с которым у пациента имеются устойчивые отношения. Разница состоит в том, что врач первичного звена по действующим в системе здравоохранения правилам обязан вести постоянное наблюдение за обслуживаемым населением, в то время как узкий специалист может этого не делать. Его организационно-координирующая функция выражена намного слабее – даже при устойчивых контактах с пациентом. Он отвечает за эпизод лечения, а не за постоянное наблюдение за определенной группой населения.

В реализации агентской функции врачом первичного звена возникает несколько проблем. Первая - возможности врача выступать в роли агента, определяющего дальнейший «маршрут» своего пациента далеко небезграничны. Он также знает далеко не все об имеющихся альтернативах. Возникает потребность еще в одном субъекте информации – некоем «суперагенте», который концентрирует информацию о врачах (Dranove and Sattherwaite, 2000). В системе здравоохранения должна быть некая организация, которая собирает и распространяет эту информацию среди пациентов и врачей.

При этом важно учитывать, что врач, выполняющий роль агента пациента, не может брать на себя ответственность за качество предоставляемой информации в отношении всех альтернативных субъектов оказания медицинской помощи. В реальной практике он может давать советы только в отношении врачей, с которыми находится в постоянных профессиональных отношениях. Следовательно, и в этом случае устойчивость отношений является фактором преодоления или ограничения асимметрии информации.

Вторая проблема – наличие ресурсных ограничителей. Выступая в роли агента пациента, врач вынужден считаться с требованиями финансирующей стороны в отношении видов, объемов и порядка оказания медицинской помощи. Эти требования отражают существующие ресурсные ограничители: в любом страховом пуле, независимо от формы его формирования (бюджетная система, обязательное или добровольное медицинское страхование), средства для оплаты медицинской помощи всегда имеют свой предел, что заставляет финансирующую сторону максимально возможно конкретизировать свои гарантии. В этой ситуации врач, даже связанный профессиональными обязательствами, часто не может предоставить все необходимое. Он вынужден в неявной форме рационировать медицинскую помощь, например, откладывать оказание услуг, заменять дорогие услуги и лекарства более дешевыми, раньше прекращать лечение (Hauck, Smith and Goddard, 2004). Порядок направлений пациентов на другие этапы оказания медицинской помощи также является элементом имплицитного рационирования. Врач может либо вообще не предложить консультацию другого специалиста, либо ограничить набор предлагаемых альтернатив. Навязываемые ему требования оптимального использования ресурсов, а иногда и просто соображения примитивной экономии влияют на реализацию его агентской функции и, соответственно, ограничивают границы выбора для пациента.

Третья проблема – врач направляет своего пациента на другие уровни оказания медицинской помощи, исходя прежде всего из соображений медицинской целесообразности. Для него важна не абстрактная возможность выбора, а максимально возможный клинический результат, который может быть обеспечен усилиями его коллег. Сталкиваясь с ситуацией, когда политики требуют от него предоставления альтернатив (именно эта ситуация, как будет показано далее, становится все более распространенной), постоянный врач пациента может рассматривать эти требования как некое вмешательство в свою клиническую автономию. Реакция врача на расширяющиеся возможности своих пациентов может быть разной – от безразличной, до агрессивно негативной. В качестве рабочей гипотезы можно предположить, что при реализации политики расширения выбора врач, как агент пациента, руководствуется преимущественно медицинскими соображениями, предлагая того поставщика услуг, который в наибольшей мере решит проблемы его пациента. Предпочтения пациента в отношении места оказания услуг для лечащего врача имеют значительно меньшее значение. В главе 2 представлены некоторые эмпирические данные из зарубежной практики, подтверждающие это положение.

Наконец, врач может иметь свой экономический интерес, вступающий в противоречие с его ролью агента пациента. Он может индуцировать не только спрос на собственные услуги (явление спроса, спровоцированного предложением), но и спрос на услуги своих коллег, с которыми находится в экономических отношениях. Последнее является серьезным нарушением этических кодексов врачей (врач не имеет права «продавать» своих пациентов) и поэтому в западных странах запрещено законом. Но такой вариант вполне может существовать – не в примитивной форме «продажи» а в форме экономически мотивированного обмена пациентами. Пациент оказывается «в ловушке» устойчивых отношений между врачами, выбраться из которой можно только прекратив связь со своим постоянным врачом. Иными словами, возможен вариант оппортунистического поведения врача в отношении поддержки потребительского выбора поставщика медицинских услуг.

Таким образом, модели агентских отношений исходят из особой роли врача в реализации потребительского выбора. В ситуации устойчивых отношений между врачом и пациентом выбор пациентом поставщика медицинских услуг на других этапах их оказания складывается под сильным влиянием врача. Особенно велика роль врача первичной медицинской помощи. Эффективность реализации роли агента ограничивается объемом информации, которой располагает постоянный врач, ресурсными возможностями, а возможно, и экономическими интересами врача.

***1.2.4. Особенности структуры рынка медицинских услуг***

На рынке медицинских услуг действует большое число поставщиков услуг, что создает широкие возможности для их выбора. Но в ряде случаев может складываться *локальная монополия*, при которой потребитель ограничен в возможности выбирать врача по месту жительства и поэтому вынужден искать врача за его пределами, то есть возникает ситуация, именуемая в экономической литературе как «выбор за пределами границы» (cross-border-choice). Этот выбор имеет значение не только при локальной монополии, но и при ее отсутствии: потребитель ищет своего поставщика медицинских услуг за пределами места своего жительства при невозможности получения необходимой услуги, а также в ситуации слишком высокого срока ожидания планового медицинского вмешательства.

На рынке больничных услуг имеется больше препятствий для выбора, чем на рынке амбулаторных врачебных услуг, поскольку здесь чаще возникает локальная монополия. Дело в том, что появление на рынке новых больниц затруднено в силу государственного регулирования мощностей больниц. Оно действует практически во всех западных странах как элемент политики сдерживания затрат. Кроме того, монополию укрепляет эффект масштаба: 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. Этот процесс получил массовое развитие во многих западных странах в последние 10-15 лет (Gaynor, 2006; Porter and Teisberg, 2004).

Важно однако отметить, что монополистическая или олигополистическая структура рынка все меньше ограничивает возможности потребительского выбора – в силу возросшей транспортной мобильности населения и стремления больниц выйти за пределы своих территориальных рынков. Последний фактор действует по-разному – в зависимости от сложившейся системы организации медицинcкой помощи. В децентрализованных системах (например, в Скандинавских странах) традиционно действуют замкнутые сети медицинских организаций, обслуживающих преимущественно местное население. Жесткие административные перегородки между отдельными территориальными единицами являются важным сдерживающим фактором расширения межтерриториальной помощи, а значит и возможности потребительского выбора. В странах с более централизованными системами (например, во Франции) планирование мощностей больниц осуществляется с учетом возможностей обслуживания жителей других регионов, то есть они выполняют функции межрегиональных центров. Это способствует межтерриториальной мобильности пациентов и расширяет возможности их выбора.

Но даже в ситуации отсутствия монополии существует другое ограничение возможностей выбора - сложность перераспределения ресурсов для оказания медицинской помощи, то есть *недостаточно оперативное изменение мощностей медицинских организаций (прежде всего больниц) в зависимости от предпочтений потребителя*. Это связано с тем, что в отсутствие сильного ценового сигнала (а иногда и полного его отсутствия) мощности больниц определяются прямым вмешательством государства, которое практически полностью определяет инвестиционную политику и напрямую планирует географическое размещение больниц и их размеры. Практически во всех европейских странах действуют развитие системы планирования мощностей медицинских организаций. Особенно жестко ограничиваются мощности больниц (Ettelt et al, 2007) Не останавливаясь на причинах этого явления, отметим, что это сильно сдерживает оперативную реакцию больниц на спрос пациентов. Число желающих лечиться в определенной больнице может расти, но ее мощности оказываются недостаточными для удовлетворения спроса. А перемещение мощностей из менее востребованных больниц связано со многими ограничениями, в том числе политического характера (см. главу 2) .

Чтобы усилить возможности перераспределения ресурсов для оказания медицинской помощи, требуется совершенствование системы планирования сети медицинских организаций и оплаты их услуг из общественных источников (Kutzin, 2000).

Но здесь возникают проблемы, связанные со сложностью измерения «продукта» здравоохранения. Органы управления или страховщики, выступающие в роли покупателя медицинской помощи, заключают договоры с медицинскими организациями, которые с одной стороны устойчиво демонстрируют более высокие показатели деятельности, с другой - пользуются популярностью среди населения. В том и в другом случаях покупатель должен вести постоянное наблюдение за потребительскими предпочтениями и оценивать их обоснованность – в какой мере они отражают клинические результаты или же являются реакцией на некоторые понятные пациенту сигналы (вежливый персонал, чистота помещений и проч.). Помимо этого покупатель должен проводить комплексную оценку объемных и качественных показателей деятельности поставщиков услуг. Для этого необходим большой объем информации о результатах клинической деятельности и объемах услуг, их сравнение с учетом неоднородности состава больных и проч. Если покупатель не выполняет этих действий, то возможности более эффективного распределения ресурсов для оказания медицинской помощи в соответствии с запросами пациентов не реализуются, и порождаемые сложившимся распределением ресурсов ограничения возможностей потребительского выбора не преодолеваются.

Проблемы измерений в здравоохранении существенно замедляют движение сигнала, идущего от потребителя: пациент сделал свой выбор, но деньги могут не следовать за этим выбором - в силу неспособности покупателя принять и оценить этот сигнал. Важно учитывать и действие политического фактора – сложность закрытия или слияния больницы даже при наличии информации о ее низкой клинической эффективности. Даже в США, где рыночные институты здравоохранения развиты относительно сильней, существуют серьезные ограничения для перераспределения ресурсов из худших местных больниц в лучшие, прежде всего в силу оппозиции населения планам закрытия местных больниц. По этому поводу американские эксперты шутят: «Легче закончить войну в Ираке, чем закрыть ненужную больницу».

***1.2.5. Общественная солидарность в разделении расходов на медицинскую помощь как ограничитель возможностей потребительского выбора***

Медицинские услуги удовлетворяют не только индивидуальные, но и общественные потребности, их результат во многих случаях является достоянием не только отдельного человека, но и общества в целом. Они обладают свойствами социально значимого или «достойного» блага (merit good), что определяет особую роль общественной солидарности в разделении расходов на медицинскую помощь.

Лица с наибольшими потребностями в медицинской помощи и ограниченными возможностями их удовлетворить в силу низкой платежеспособности должны быть поддержаны государством. Обеспечение доступности медицинских услуг и финансовой защиты в связи с риском «катастрофических» расходов являются важнейшими целями политики в сфере здравоохранения (Kutzin, 2000). Использование рыночных механизмов, включая расширение возможностей потребительского выбора, в современных системах здравоохранения может вступать в конфликт с целями обеспечения общественных результатов. Во всех странах, вставших на путь рыночных реформ в отрасли, остается открытым вопрос о *возможности совместить потребительский выбор, конкуренцию поставщиков услуг и общественную солидарность* (Ван де Вэн, 2004).

Во многих работах западных экономистов присутствует опасение вероятного перераспределения ресурсов в сторону более состоятельной части населения как следствие расширяющегося выбора. Например, британский экономист Т. Райс считает, что возможности выбора для части населения делают проблематичным положительный результат для тех, кто не имеет права на этот выбор или не может реально выбирать в силу различных факторов (Rice, 1985). Другой британский экономист Д. Хантер считает, что возможностями выбора не могут воспользоваться наименее обеспеченные и наименее образованные группы населения, а в значительной мере – и группы населения со сложными и запущенными заболеваниями – просто в силу своего состояния. Он предупреждает о возможности усиления неравенства в возможностях удовлетворения потребностей разных социальных групп, оппонируя государственной политике расширения возможностей выбора в Великобритании. Напротив, его оппоненты Дж. Ле Гранд и Дж.Хантер считают, что для обеспечения равенства требуются государственные программы расширения выбора, предусматривающие механизмы поддержки выбора для лиц с наибольшими потребностями в медицинской помощи и наименьшими возможностями их удовлетворить. Реализация их выбора должна быть приоритетом (Le Grand and Hunter, 2006). Подобные «развилки» обсуждаются во многих европейских странах, в том числе тех, которые уже проводят крупномасштабные рыночные реформы.

Другой аспект проблемы общественной солидарности в расходах на здравоохранение – можно ли свободу выбора связать с размером платы за медицинскую помощь? Речь идет о том, чтобы «покупать» возможность более широкого выбора либо на основе особого страхового плана в рамках ДМС, либо путем дополнительной оплаты в момент потребления услуг выбранного поставщика (например, на основе более высокого размера соплатежа). Степень этого выбора может быть разной – от права на прямое обращение к узкому специалисту, минуя врача общей практики, до выбора любой больницы и «перепрыгивания» листа ожидания. И наоборот: потребитель может сознательно ограничить свое право на выбор, присоединившись к страховому плану, предусматривающему договорные отношения с ограниченным числом медицинских организаций. Такой план всегда стоит меньше, но предусматривает ограничение права на выбор.

Приобретение за деньги более широких прав выбора оказывается проблематичной в ситуации жестких ограничений мощностей медицинских организаций. Если их хватает только на то, чтобы обеспечить лечение наиболее тяжелых больных, и если в обществе существует прозрачный порядок получения плановой помощи на основе листов ожидания, то реализовать дополнительные права на выбор крайне сложно. Господствующие в конкретной стране этические нормы могут существенно ограничивать или даже исключать такую возможность. Эти нормы вынуждены учитывать политики при формировании государственной политике расширения выбора.

***1.5.6. Технологические взаимодействия между отдельными секторами здравоохранения***

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 организация системы медицинской помощи*. Обычно лечение больного распадается на отдельные этапы, соответствующие разным уровням оказания медицинской помощи, отличающимся друг от друга сложностью и интенсивностью медицинских вмешательств, а значит и объемом используемых ресурсов. Уровень оказания медицинской помощи должен соответствовать состоянию больного. В обычной больнице лечат наиболее распространенные заболевания. Объектом деятельности специализированных больниц являются более сложные заболевания, требующие специальных методов и дорогостоящих ресурсов. Сама технология оказания медицинской помощи объективно ограничивает сферу выбора. Из нее выпадают те этапы, которые не соответствуют состоянию больного, например, при несложном заболевании пациент чаще всего не может выбирать между лечением в поликлинике и в специализированной больнице, рассчитанной на лечение более сложных заболеваний.

*Особая роль врача первичного звена*. С ростом специализации медицинской помощи усиливаются риски фрагментации процесса лечения. В этой ситуации, как отмечалось выше, повышается роль врача первичного звена (общей практики или участкового врача), призванного обеспечить организацию и координацию медицинской помощи, оказываемую специалистами. Растет значение единого центра ответственности за состояние здоровья человека. Чтобы обеспечить эту ответственность, многие страны ввели правило обращения к узкому специалисту только по направлению врача первичного звена. Такого врача можно выбирать, но в последующем он действует как «привратник» (gate-keeper) в системе специализированной помощи. Это естественным образом ограничивает сферу свободного выбора пациентов в системах общественного финансирования здравоохранения.

Перечисленные факторы ограничивают, но не исключают возможность расширения потребительского выбора в здравоохранения. Эта проблема по-прежнему стоит в центре дискуссий по поводу возможностей реализации рыночных реформ в отрасли.

**1.3. Результативность потребительского выбора**

Какое влияние потребительский выбор оказывает на доступность и качество медицинской помощи, а также на эффективность использования ресурсов в системе здравоохранения?

Теоретические подходы к оценке результативности потребительского выбора в здравоохранении заметно различаются. В западной экономической литературе можно выделить две наиболее общие позиции. Первая исходит из свойственных неоклассической теории предпосылок методологического индивидуализма и рациональности, поэтому признает наличие выбора безусловным благом. Выбор – это самостоятельная гуманитарная ценность: человек может лечиться там, где считает нужным. Выбор позволяет индивиду минимизировать затраты и максимизировать полезность, что приводит к оптимальному распределению ресурсов. Выбор является двигателем конкуренции, которая всегда продуктивна (см. например, Porter, 2004). Наконец, выбор – это расширение возможностей потребителей медицинских услуг преодолевать территориальные перегородки, свойственные замкнутым системам местного здравоохранения, и на этой основе повышать доступность медицинской помощи и снижать затраты на систему здравоохранения. Последний аргумент особенно часто используется для обоснования политики расширения выбора в странах с традиционно децентрализованными системами на этапе формирования рыночных моделей развития западноевропейского здравоохранения (например, в Швеции см. Saltman, 2009).

При этом во всех работах сторонников безусловного расширения выбора указывается на то, что важнейшим условием позитивного влияния выбора на эффективность распределения ресурсов является обеспечение связи между выбором определенного поставщика услуг и его доходом. Выбор должен трансформироваться в стимулы для медицинских организаций: выигрывают те из них, которые оказываются более привлекательными для пациентов с точки зрения реализации их ожиданий в отношении доступности и качества медицинской помощи (von Otter and Saltman, 1990).

Другая группа авторов (например, Enthoven and Tollen, 2005) исходит из ограниченной возможности потребителей адекватно оценивать результаты деятельности поставщиков медицинских услуг, что снижает результативность выбора с точки зрения обеспечения качества медицинской помощи и достижения оптимального распределения ресурсов. Экономическая теория выделяет ситуации, когда сильно дифференцированный продукт и недостаток информации о его характеристиках могут сильно ограничивать эффект потребительского выбора и связанного с ним развития конкуренции. Существует большой объем экономической литературы о влиянии конкуренции на качество медицинской помощи и общественное благосостояние. Эмпирические оценки влияния конкуренции на показатели качества больничной помощи в США и Великобритании не дают однозначной картины. Возможны разные эффекты, в том числе негативное влияние выбора и конкуренции на показатели качества медицинской помощи, что связано прежде всего со слабой способностью потребителей оценивать качество и выбирать оптимальные соотношения цена-качество. Многие западные экономисты сдержанно относятся к «конкуренции, движимой потребительским выбором», прежде все в силу того, что этот выбор трудно обеспечить и еще трудней сделать результативным с точки зрения максимизации полезности потребителя и влияния на эффективность функционирования здравоохранения (обзор рыночных эмпирических оценок влияния конкуренции см. Шейман, 2007).

Выдвигается также аргумент о том, что выбор требует привлечения дополнительных ресурсов и может не дать ожидаемого результата, если усиливает фрагментарность оказания медицинской помощи, то есть содействует ее распадению на отдельные не координируемые друг с другом эпизоды. Снижаются преемственность и непрерывность лечения. Например, пациент вынужден сам определять, к кому обратиться за восстановительной помощью после хирургической операции в амбулаторных условиях. И наоборот: если есть постоянный врач, который несет ответственность за здоровье постоянно обслуживаемого населения, то ограничение свободного обращения к узкому специалисту может стать фактором повышения непрерывности в лечении и интеграции отдельных служб. Рассматривая такую ситуацию, специалисты Всемирной организации здравоохранения отмечают, что «в таких системах реже встречается дублирование, и за счет этого повышается эффективность использования ресурсов» (Ettelt et.al., 2010, с. 4).

Этот аргумент стал основой для развития системы «интегрированной медицинской помощи» в США и ряде других стран, основанной на ограничении возможностей выбора в рамках замкнутых систем медицинских организаций, с которыми заключены договоры. С другими организациями они не заключаются, соответственно, потребитель не может в них обращаться. Меньшие возможности выбора компенсируются большими возможностями рационализировать сеть поставщиков услуг и на этой основе снизить стоимость медицинской помощи.

Уместно в связи с этим привести аргументы А.Энтховена, автора «модели управляемой конкуренции в здравоохранении», ставшей основой многих преобразований в США и сильно повлиявшей на рыночные реформы в Великобритании и Нидерландах. Он отстаивает необходимость перехода от фрагментированной к интегрированной системе оказания помощи при определенном ограничении возможностей выбора населения (Enthoven and Tollen, 2005). Его логика такова: в американской системе оказания и оплаты медицинских услуг по гонорарному принципу велика вероятность того, что каждая такая услуга выпадает из общего ряда мероприятий, направленных на повышение качества медицинской помощи. Врач получает справедливое возмещение за качественно оказываемую услугу, но не имеет стимулов к тому, чтобы координировать свою деятельность со своими коллегами. Лечение заболеваний часто распадается на многие слабо связанные между собой эпизоды, что требует больших затрат и далеко не всегда дает положительные клинические результаты (особенно в случае хронических заболеваний).

Поэтому А.Энтховен и его сторонники отстаивают формирование замкнутых интегрированных систем, которые позволяют «объединить поставщиков услуг на основе общих представлений об управлении, клинической практике, информации и ответственности за здоровье населения» (Enthoven and Tollen, 2005). 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, 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 в США застрахованные чаще выбирают больницу, к которой привыкли или которая находится ближе к месту их проживания. В то время как в интегрированных системах (системах «управляемой медицинской помощи») зафиксированы более высокие объемы медицинской помощи, оказываемой вне районов проживания, – в больницах, доказавших свое преимущество в отношении качества услуг (Enthoven and Tollen, 2005).

Для застрахованных, имеющих хронические заболевания, ключевую роль в лечении играют постоянное наблюдение и комплексность обслуживания, достигаемые только в интегрированных системах. Для них свобода выбора вне этих систем имеет меньшее значение. Конкуренция за таких больных должна стать *конкуренцией интегрированных систем,* в которых обеспечивается реальная ответственность за их здоровье, а не отдельных медицинских организаций, к услугам которых они время от времени обращаются. Хотя и в неявной форме, А.Энтховен отстаивает позицию, что абсолютно свободный выбор дорого стоит. Поэтому каждая система здравоохранения должна соизмерять свои обязательства в отношении выбора с возможностями его обеспечить. Таким образом, теоретический анализ условий результативности потребительского выбора в здравоохранении допускает возможность ситуаций, когда этот выбор, с одной стороны, не обеспечивает ожидаемой полезности для потребителя, с другой - не ведет к эффективному распределению ресурсов в системе здравоохранения в целом.

В развитие этого подхода, нами предлагается ввести понятие *неэффективного выбора*, то есть выбора, не обеспечивающего прироста индивидуальной полезности и общественного благосостояния.

Выбор поставщика медицинской помощи может оказаться неэффективным для пациента (не обеспечивать прироста индивидуальной полезности) в следующих ситуациях:

* поиск нужного поставщика услуг возлагается на самого больного или членов его семьи – без необходимой поддержки постоянного врача (врача первичного звена) или лечащего врача в специализированной медицинской организации; потребитель сам организует оказание медицинской помощи для решения своих проблем;
* высоки издержки поиска, и он затягивается во времени;
* утрачивается преемственность в оказании медицинской помощи на разных этапах, каждый раз пациент вынужден искать нового поставщика медицинских услуг.

Потребительский выбор может быть неэффективным для системы здравоохранения, если его реализация влечет за собой:

* нарушение естественных этапов оказания медицинской помощи: пациент самостоятельно обращается в медицинскую организацию, которая по своему назначению не соответствует тяжести заболевания; например, плановой госпитализации не предшествует лечение в амбулаторных условиях, относительно простое заболевание лечится в высокоспециализированной медицинской организации, рассчитанной на лечение профильных сложных случаев; в результате снижается структурная эффективность здравоохранения;
* утрату системного подхода к лечебно-профилактической работе; ее этапы распадаются на отдельные не связанные между собой эпизоды; например, больной астмой свободно обращается к любому врачу, и каждый из них оказывает ему помощь в соответствии со своей специальностью, но при этом никто из врачей не отвечает за обострение состояния больного и вынужденную госпитализацию, в результате чего растут затраты на оказание медицинской помощи;
* дублирование лечебно-диагностических мероприятий; например, потребитель обращается за диагностической услугой, не имея направления лечащего врача, при этом велика вероятность того, что потребуется повторное оказание этой услуги и связанные с этим дополнительные затраты.

Ситуации неэффективного выбора чаще всего возникают при слабом развитии первичного звена здравоохранения. Не имея возможности получить необходимое лечение и квалифицированный совет врача первичного звена, больной вынужден искать нужного ему специалиста самостоятельно. То есть понятие неэффективного выбора тождественно понятию вынужденного выбора.

На эффективность выбора влияет также характер взаимодействия отдельных медицинских служб, определяющий комплексность оказания отдельных видов услуг и преемственность лечения на различных этапах оказания помощи (первичная помощь – консультации и исследования в амбулаторных условиях – стационарное лечение – реабилитация – возвращение больного на первичный этап для постоянного наблюдения за его состоянием). Если отсутствует эффективное взаимодействие медиков, то потребность в самостоятельном выборе пациента растет. Повышается вероятность того, что он будет менее эффективным

Общее правило, на наш взгляд, таково: чем меньше потенциал первичного звена и сильней фрагментарность системы оказания медицинской помощи, тем выше потребность в выборе и тем выше вероятность того, что он будет неэффективным.

Итак, связь между развитием потребительского выбора и эффективностью функционирования здравоохранения отнюдь не однозначна. Возможно ее снижение - как результат усиления фрагментарности оказания медицинской помощи в ситуации свободного выбора. Возможны нежелательные перераспределительные эффекты, усиливающее неравенство в доступности медицинской помощи. Нельзя не согласиться с высказываемым многими авторами утверждением, что выбор это не самоцель, а средство, результаты которого не всегда ясны. Необходимость и возможность выбора при этом не отрицаются, но оспаривается позиция, что выбор автоматически повышает результативность функционирования здравоохранения.

Из проведенного анализа следует вывод о необходимости поиска модели выбора, которая применительно к условиям конкретной страны обеспечивает баланс требований обеспечения свободы потребителя на рынке медицинских услуг и требований рациональной организации медицинской помощи.

1. Понятие «поставщик медицинских услуг» и «медицинская организация» примерно совпадают в тех случаях, когда отдельный врач имеет собственную практику и выступает в качестве независимого хозяйствующего субъекта (медицинской организации). [↑](#footnote-ref-1)