**Заключение**

* + 1. Право на выбор врача или медицинской организации обладает высокой ценностью для российского населения. Однако практики выбора медицинской организации и врача занимают в российском здравоохранении пока скромное место, хотя и не являются маргинальными.

Эмпирические результаты впервые в нашей стране проведенного исследования таких практик показывают, что 5% населения в течение двух лет по собственной инициативе меняли поликлиническое учреждение, к которому были прикреплены для получения медицинской помощи. Среди тех, кто обращался за амбулаторной медицинской помощью, 12% в тот же период времени оказывались в ситуации выбора врача или поликлинического учреждения для получения нужного лечения. И, наконец, 18% среди получавших стационарную помощь за последние три года выбирали больницу.

Это намного меньше, чем, например, в Англии, где почти половине пациентов, нуждающихся в госпитализации, предлагают на выбор несколько больниц для лечения.

* + 1. Расширение возможностей выбора пациентом медицинской организации и врача декларируется в качестве актуальной задачи государственной политики в сфере здравоохранения в нашей стране. Эта актуальность обусловливается назревшими общественными потребностями повышения доступности для граждан качественной медицинской помощи и повышения эффективности использования ресурсов здравоохранения. Устранение явных и неявных препятствий для такого выбора рассматривается как способ обеспечения доступа граждан к нужным медицинским услугам и как средство развития конкуренции между медицинскими учреждениями за пациентов, которая будет способствовать улучшению качества их работы.
    2. Проведенное исследование влияния программы родовых сертификатов, реализуемой в нашей стране с 2006 г. на деятельность учреждений родовспоможения показал, что предоставление беременным женщинам возможности выбирать учреждения родовспоможения для получения бесплатной медицинской помощи способствовало активизации конкуренции между роддомами, предоставив преимущества тем учреждениям, которые имеют хорошие сервисные условия и квалифицированный медперсонал. Мотивация персонала к более качественному оказанию медицинской помощи существенно возросла по мере внедрения механизма родовых сертификатов.
    3. Однако существуют серьезные ограничения на возможности расширения потребительского выбора в здравоохранении. Это прежде всего ограничения самой потребности в выборе. Примерно для половины населения она не актуальна. Так, немногим менее половины взрослого населения (43%), обращавшегося за амбулаторной помощью, не имеет желания менять своего постоянного врача, потому что он их устраивает, а у 9% нет времени на поиски и выбор другого врача. В случае стационарной помощи 44% пациентов, нуждавшихся в ней, не выбирали больницу, поскольку их устраивала уже «проверенная» больница или врач, а 15% не имели времени на поиски и выбор больницы.

Около 18% населения, возможно, имеют потребность выбирать или менять врача, но фактически свое право выбора не могут реализовать в связи с отсутствием денег, отсутствием других предложений медицинских услуг, ограниченной мобильностью или значительной удаленностью медицинских учреждений. Доля пациентов, столкнувшихся с такими ограничениями возможностей выбора, оказалась невелика, но она все же превысила долю тех, кто такой выбор проводил.

* + 1. С точки зрения экономической теории, расширение потребительского выбора в здравоохранение не есть безусловное благо. Анализ роли потребительского выбора в здравоохранении с позиций теории агентских отношений и теории квазирыночных отношений приводит к неоднозначным выводам о связях между выбором и эффективностью функционирования здравоохранения.

С одной стороны, расширение выбора увеличивает доступность нужной людям медицинской помощи и становится фактором давления на медицинские учреждения, стимулирующего развитие конкуренции и побуждающего их к повышению качества своей работы и усилению внимания к нуждам пациентов.

С другой стороны, широкие возможности выбора могут негативно повлиять на эффективность использования ресурсов в системе здравоохранения. Речь идет о таких негативных эффектах, как высокие издержки поиска нужного поставщика услуг, дублирование отдельных услуг и утрата системного подхода к лечебно-профилактической работе, ослабление преемственности лечения, необоснованное расширение объемов медицинской помощи и нарастание затратных тенденций в системе здравоохранения в целом.

* + 1. Анализ зарубежного опыта подтверждает эти теоретические выводы. Высокая степень свободы выбора является сильным фактором удорожания систем здравоохранения, что заставляет правительства многих стран строить систему здравоохранения таким образом, чтобы с одной стороны расширять свободу выбора пациентов, а с другой поставить на этом пути определенные ограничители, призванные сдержать затратные тенденции и не нарушить системность в оказании медицинской помощи. В итоге доминирующей тенденцией является расширение возможностей выбора, но в ряде стран отмечается обратная тенденция к его ограничению.
    2. Результаты теоретического анализа и обобщение опыта других стран позволяют сделать следующий вывод: задачу расширения потребительского выбора необходимо ставить как задачу не устранения имеющихся ограничений выбора, а формирования определенной модели такого выбора, которая обеспечивает баланс между требованиями потребительской свободы и требованиями эффективной организации медицинской помощи.
    3. Расширение потребительского выбора и его позитивное влияние на эффективность работы системы здравоохранения не достигается автоматически путем изменения существующих правил обращения граждан в медицинские организации и к врачам за получением медицинской помощи.

Зарубежный опыт показывает, что выбор мало провозгласить, его нужно обеспечить. Для этого нужны последовательные усилия по реализации комплекса мер организационного, экономического и информационного характера.

Опыт реализации программы родовых сертификатов в нашей стране также свидетельствует, что предоставление пациентам возможности выбора (путем выдачи родовых сертификатов) не означает автоматически, что они будут этими возможностями пользоваться. Для того, чтобы беременные женщины реализовывали предоставленное им право выбора женских консультаций, учреждений для родовспоможения, послеродового ухода потребовалось проведение большой разъяснительной работы. Другими словами, потребительский выбор нужно подталкивать.

* + 1. Эмпирические данные о практиках и ограничениях потребительского выбора в российском здравоохранении свидетельствуют, что, бесспорно, имеется значительный потенциал для его расширения, то есть увеличения доли пациентов, которые будут выбирать место получения медицинской помощи. Тем не менее в обозримой перспективе большинство пациентов такими возможностями воспользоваться не смогут или не захотят.
    2. Значительная часть существующих практик выбора в российском здравоохранении не содействует повышению эффективности функционирования системы оказания медицинской помощи, что во многом отражает недостатки ее организации, прежде всего слабость первичного звена здравоохранения, отсутствие рациональных взаимосвязей между отдельными его службами. В ходе проведенного обследования населения были выявлены конкретные зоны неэффективного выбора:
* выбор, обусловленный низким уровнем доверия врачу первичного звена;
* чрезмерно высокая частота ситуаций выбора для части пациентов – как следствие слабого участия постоянного врача в реализации права на выбор;
* недостаточно высокая роль направлений при выборе места проведения для плановой госпитализации, «перепрыгивание» естественных этапов оказания медицинской помощи;
* слабость информационной базы для выбора;
* чрезмерная нацеленность выбора на больницы третичного уровня;
* ограниченные возможности выбора врачей общей практики.
  + 1. Поэтому расширение потребительского выбора нельзя рассматривать в качестве ведущего средства повышения эффективности российского здравоохранения. Это один из необходимых инструментов.

В обозримом будущем роль планирования в формировании эффективной системы здравоохранения будет относительно выше. Сложившаяся система имеет столько структурных диспропорций, что их невозможно преодолеть с помощью рыночных механизмов. Соответственно, ожидания в отношении роли расширения потребительского выбора не должны быть завышенными.

Для того, чтобы расширение потребительского выбора в здравоохранении стало сильным фактором повышения его эффективности, оно должно проводиться в комплексе с другими серьезными организационно-экономическими преобразованиями, главные из которых - повышение роли первичного звена в системе здравоохранения и усиление интеграции между отдельными звеньями оказания медицинской помощи.

Успех программы родовых сертификатов во многом связан как раз с тем, что в этой сфере реально была обеспечена интеграция между женской консультацией, подразделениями родовспоможения и послеродового ухода.

* + 1. Политика расширения выбора несет в себе сильный заряд затратных тенденций. Выбирая эту политику, необходимо отдавать себе отчет в том, что могут повыситься объемы медицинской помощи и возрастет несбалансированность в реализации государственных гарантий. Чтобы минимизировать эти риски, необходимо проведение комплекса мер экономического и организационного характера.
    2. Для реального обеспечения выбора необходима программа расширения потребительского выбора в здравоохранении. Главные ее элементы: конкретизация сферы выбора, требования к информации, вовлеченность врачей в реализацию выбора, новые 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.