



И.М. Шейман,
профессор НИУ-ВШЭ



ЗАРУБЕЖНЫЙ ОПЫТ ИНТЕГРАЦИОННЫХ ПРОЦЕССОВ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ. ЧАСТЬ 1

УДК 614.2

Шейман И.М. *Зарубежный опыт интеграционных процессов в здравоохранении (НИУ-ВШЭ, г. Москва, Россия)*

Аннотация. В статье обосновывается актуальность проблемы интеграции медицинской помощи. На материалах по ведущим зарубежным странам анализируются организационные, экономические и информационные механизмы интеграции с акцентом на те из них, которые имеют отношение к практике российского здравоохранения.

Ключевые слова: фрагментация медицинской помощи, интеграция медицинской помощи, интегрированные методы оплаты услуг, программы управления хроническими заболеваниями.

В последние годы в зарубежном здравоохранении возросло внимание к проблеме фрагментации оказания медицинской помощи. Суть проблемы — в отсутствии необходимой координации в деятельности отдельных медицинских служб, недостаточной преемственности в ведении пациентов. Многие проблемы отрасли возникают как бы «на стыках» между отдельными секторами и видами медицинской помощи: больные часто приходят в стационар недостаточно обследованными, что влечет удлинение сроков госпитализации; после хирургической операции не продуманы действия по долечиванию пациента; хронически больные надолго остаются вне поля зрения медиков, что влечет обострение заболеваний, а следовательно, цепочку дополнительных затрат.

Во многих странах начался поиск новых организационно-экономических механизмов, призванных усилить интеграцию в действиях отдельных медицинских служб и на этой основе обеспечить внутрисистемную экономию и более высокие клинические результаты работы отрасли в целом. В данной статье рассматриваются некоторые из этих механизмов с акцентом на опыт здравоохранения США и Германии.

Актуальность проблемы фрагментации системы здравоохранения

Это проблема во многом носит объективный характер. В условиях прогресса медицины и ее усиливающейся специализации действия отдельных звеньев системы здравоохранения в растущей мере оказываются разрозненными. Усилия разных подразделений и служб часто ориентированы на узкоспециализированное обслуживание потоков пациентов и не объединены общей стратегией и тактикой ведения больного. Каждое звено отвечает только за свой участок работы, чаще всего соответствующий определенной части человеческого организма и обла-

© И.М. Шейман, 2012 г.



сти знаний. В этих условиях очень непросто обеспечить рациональную координацию действий и преемственность в работе отдельных служб и подразделений медицинских организаций.

Тенденция к фрагментации здравоохранения усиливается господствующими методами оплаты медицинской помощи. Оплата амбулаторной помощи во многих странах (в том числе в российской системе ОМС) осуществляется преимущественно по гонорарному методу (за отдельную услугу или посещение), который не заинтересовывает медиков в сокращении частоты обострений хронических заболеваний и госпитализаций, не ориентирует на непрерывное ведение пациентов и обеспечение преемственности лечения. Стационарная помощь оплачивается преимущественно за законченный случай стационарного лечения в разных вариантах, но «законченность случая» определяется этапом госпитализации в связи с острым состоянием больного и не охватывает последующие этапы оказания медицинской помощи. В результате использования этих методов снижается экономическая мотивация к повышению комплексности оказания медицинской помощи. Например, в США при лечении астмы амбулаторные врачи и больницы честно делают свое дело, получая за это гонорар. Но при этом в системе отсутствует нацеленность на предотвращение обострения заболевания и сдерживание госпитализаций. В результате вместо нескольких сотен, а иногда и десятков долларов на предотвращение приступа астмы затрачивается 20–25 тыс. долл. на госпитализацию больного. Вся система оплаты медицинской помощи в этой стране ориентирует на дробление услуг: в стране действует 18 тыс. кодов для подачи счетов за отдельные услуги без попытки укрупнить их и тем самым нацелить на оказание пакета услуг, призванных обеспечить комплексность лечения (Halvorson, 2009, p. 7).

Отсутствует необходимая устойчивость в отношениях между врачами и пациентами,

которая является естественной основой для постоянного наблюдения за состоянием здоровья населения, особенно хронически больных и больных с сопутствующим заболеванием. Средний такой больной в США в течение двух лет (2006–2008 гг.) обращался к 17 врачам, причем чаще всего по собственной инициативе. Весьма распространенной является ситуация, когда врач Смит никак не корреспондирует с врачом Брауном, хотя их практики находятся рядом и к ним обращается один и тот же пациент. В американской системе здравоохранения слабо выражены стимулы к налаживанию взаимодействия разных служб, поскольку, как едко замечает известный американский эксперт, за это не платят (Halvorson, 2009, p. 5).

В западноевропейских странах с развитыми системами общественного здравоохранения проблема фрагментации стоит не столь остро, но также накопилось много проблем. Например, в Германии остро ощущается недостаточное взаимодействие стационара и амбулаторной службы. Вплоть до последнего времени больницы в этой стране оказывали только стационарную помощь, их мощности и ресурсы были недоступны для больных, требующих амбулаторного лечения. Больницы слабо взаимодействуют с врачебными практиками, а роль врача общей практики как координатора работы отдельных звеньев системы выражена слабо. Два потока средств, направляемых в эти сектора, практически не пересекаются. Экономия в одном секторе не поступает в другой, что сдерживает мотивацию к интеграции (Klusen, 2011).

Исследование по 29 странам ОЭСР продемонстрировало следующее (Paris, V, Devaux M. and Wei L., 2010):

- только в 10 из этих стран реализуются программы управления хроническими заболеваниями, призванные объединить действия отдельных медицинских служб;
- только в 4 странах осуществляется обмен данными в электронной форме между врачебными практиками и больницами;





• только 12 странах достаточно мощностей для долечивания и реабилитации пациентов стационаров, действуют специальные программы постоянного обслуживания сложных больных.

Не трудно заметить, что нечто подобное происходит и в российском здравоохранении: ослаблена роль первичного звена здравоохранения как организатора и координатора оказания специализированной помощи; специализация амбулаторной службы выходит за все разумные пределы; ограничен информационный обмен между отдельными медицинскими организациями и врачами (например, поликлиники не имеют достаточной информации о госпитализации прикрепленного населения и вызовах скорой медицинской помощи); недостаточны мощности реабилитационной службы; методы оплаты ориентируют на оказание фрагментарных услуг и не стимулируют повышение уровня преемственности лечения¹.

Концептуальная основа интеграции медицинской помощи

Понятие интеграции уходит корнями в теорию систем, исследующую процессы объединения организационно-производственных структур и связанные с этим изменения в системах управления. В наиболее общем виде интеграция определяется как «качество сотрудничества между подразделениями, которым необходимо объединить усилия в соответствии с требованиями внешней среды» (Nolte and McKee, 2008, с. 71).

Концептуальной базой интеграционных процессов являются различные варианты моделей управления хроническими заболеваниями (модели УХЗ). Они выделяют следующие *главные характеристики интегрированных систем*:

• постоянное наблюдение за группами риска;

- обеспечение преемственности лечения;
- тесное информационное взаимодействие;
- работа на основе общих для всех звеньев клинических рекомендаций, охватывающих все этапы медико-технологического цикла;
- измерение деятельности каждого звена оказания медицинской помощи с акцентом на определение его вклада в достижение клинических результатов и системной экономии средств (например, экономии на снижении частоты госпитализации);
- использование методов оплаты медицинской помощи, стимулирующих комплексность оказания медицинской помощи и непрерывность ведения пациента.

Выделяются два типа взаимодействий. Первый — между отдельными службами здравоохранения. Ведение больных в растущей степени становится междисциплинарным, основанным на кооперации разных медицинских специальностей и медико-социальной службы. Второй — между поставщиком медицинских услуг и пациентом. Меняется характер организации медицинской помощи больным с хроническими состояниями. *Медицинская помощь при обострениях заболеваний и обращении пациента к врачу (традиционная модель) уступает место постоянному наблюдению за состоянием больных.* Это предполагает проактивные действия медиков для недопущения обострений заболеваний, сокращения на этой основе объема дорогостоящей стационарной помощи.

Оба эти типа взаимодействия основаны на наборе клинических, организационных и экономических мероприятий, призванных интегрировать усилия разных служб и сформировать устойчивую систему информационных контактов.

Наиболее известная концептуальная модель интеграции разработана в известной

¹ Эмпирические данные о степени фрагментации российского здравоохранения отсутствуют. НИУ ВШЭ планирует проведение соответствующего опроса руководителей учреждений и врачей. Результаты этого опроса будут представлены на страницах журнала «Здравоохранение».



американской медико-страховой организации «Кайзер Перманенте», являющейся мировым лидером в осуществлении интеграционных процессов. В литературе она известна как «треугольник Кайзера», устанавливающий три уровня интеграции. Первый уровень (основание пирамиды) распространяется на 70–80% больных с хроническими заболеваниями, для которых интеграция отдельных служб особенно велика. Для них важен комплекс мер, связанный с поддержанием больных: выявление хронически больных, их обучение, планирование лечебных мероприятий и проч. Эти меры осуществляются преимущественно первичным звеном здравоохранения, хотя и при контакте с узкими специалистами и больницами. Второй уровень — интеграция для ведения пациентов с высоким риском обострения заболеваний. На этом уровне особое значение приобретает постоянное наблюдение за состоянием пациентов, растет значение узких специалистов и их связей с первичным звеном здравоохранения. Третий уровень (верхушка пирамиды) — интеграция для ведения пациентов с особо сложными проблемами. Здесь особое значение приобретают формирование многопрофильных команд, способных заниматься сопутствующими заболеваниями, а также координация действий с реабилитационной службой и службой социальной поддержки (Nolte and McKee, 2008).

Тем самым устанавливается правило интеграционных мероприятий — их *дифференциация в зависимости от состояния больных*. Связи между отдельными элементами системы определяются нуждами потребителей. И чем они сложнее, тем больше потребность в интеграции.

Организация интеграционных процессов

Существуют две формы интеграции — функциональная и административная. В первом случае речь идет о координации деятельности отдельных поставщиков медицинских

услуг, во втором — о формировании их сетей, включенных в единую административную структуру. Границы между двумя формами подвижны. Сеть медицинских организаций может создаваться как путем объединения отдельных медицинских организаций, так и на основе устойчивых связей, закрепляемых контрактами, то есть посредством функциональной интеграции. Перечисленные выше характеристики интегрированных систем могут достигаться как объединениями поставщиков медицинских услуг, так и налаживанием более тесных связей между ними.

Функциональная интеграция основана на принципе *селективных договорных отношений*. Интегратор системы отбирает тех поставщиков услуг, которые демонстрируют устойчиво высокие показатели качества медицинской помощи и готовы работать по общим для интегрированной системы клиническим рекомендациям и организационно-экономическим схемам. Иногда такой отбор вступает в противоречие с правом пациентов на выбор медицинской организации: они могут выбирать только те организации, которые входят в интегрированную систему. В практике западных стран с системами медицинского страхования это ограничение чаще всего сочетается с более низким размером страхового взноса, уплачиваемым застрахованным, или более низким размером соплатежа в момент потребления медицинской помощи. В российской системе ОМС возможность селективных договорных отношений допускалась прежним законодательством и ограничивается нынешним законом «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации». Но, по существу, такой отбор не исключается, поскольку заказчик может разместить основную часть заданий на объемы услуг среди учреждений с более высокими показателями качества медицинской помощи.

Интеграция осуществляется на макро- и микроуровнях. Макроинтеграция характеризуется организационное или функциональное объединение в рамках крупных комплексов,





действующих на национальном или региональном уровнях. Это может быть объединение нескольких больниц, десятков реабилитационных центров, сотен врачебных практик и проч., действующих на основе общих интеграционных правил. Примером такой системы может быть вышеупомянутая организация «Кайзер Перманенте» в США. Это самая крупная интегрированная система, которая обслуживает 8,6 млн. человек в штатах страны. Она объединяет 430 врачебных клиник (типа российских поликлиник) и 36 больниц.

Микроинтеграция предполагает действия на локальном уровне. По определению эти действия приближены к обслуживаемому населению и очень конкретны: как обеспечить постоянное наблюдение за определенной группой хронически больных, как организовать послебольничное обслуживание больного после госпитализации в конкретной больнице, как стимулировать достижение системной экономии за счет снижения госпитализаций и проч. Состав участников таких интегрированных систем может ограничиваться 1–2 больницей и несколькими врачебными практиками. Например, «Кайзер Перманенте» в каждой территории формирует замкнутую сеть медицинских организаций с подушевым финансированием и общими координационными механизмами. То есть на микроуровне реализуется макрополитика интегрированной системы (Strandberg-Larsen et al, 2006).

Инициаторами интеграционных процессов (назовем их интеграторами) могут быть различные субъекты:

Органы государственного управления.

Они организуют и финансируют программы управления хроническими заболеваниями; разрабатывают и распространяют клинические рекомендации, нацеленные на обеспечение преемственности лечения заболеваний; создают условия для развития информационных систем и новых методов организации медицинской помощи, направленных на усиление координации действий различных субъектов здравоохранения.

Страховые компании в системах ОМС и в рамках программ добровольного медицинского страхования. Их мотивация состоит в сокращении затрат на оказание медицинской помощи. С этой целью формируются объединенные медико-страховые системы, занимающиеся интегрированным обслуживанием определенных категорий пациентов (см. далее пример Германии).

Больницы. Они иницируют создание замкнутых комплексов медицинских организаций, объединяющих стационар с сетью врачебных практик и многопрофильных врачебных групп типа российских поликлиник. В США интегрированная система «Генри Форд Хелс Систем» (Henry Ford Health System) была создана прежде всего усилиями больниц. В настоящее время это крупная некоммерческая организация, обслуживающая 1 млн. человек в штате Мичиган. Она охватывает 7 больниц и 850 врачебных практик, объединенных в сети медицинских организаций в отдельных населенных пунктах (McCarthy and Mueller, 2009).

Врачебные практики. Во всех западных странах, где амбулаторная помощь строится преимущественно на основе индивидуальных и групповых практик, отмечается тенденция к усилению кооперации разных специалистов (Ettelt, 2009). Этот процесс выходит за рамки объединения отдельных практик и формирования многопрофильных практик по типу традиционной для модели Семашко поликлинической системы (в этом смысле западные системы «догоняют» уровень интеграции, свойственный этой модели). Он охватывает также две дополнительные формы интеграции — объединение отдельных многопрофильных амбулаторных организаций и их объединение с больницами. Например, в США действует интегрированная система «Групп Хелс Кооператив» (Group Health Cooperative), которая объединяет 30 врачебных практик и обслуживает 580 тыс. жителей в штате Вашингтон. Примером объединения амбулаторных организаций и больниц является известная на весь



мир организация «Мейо Клиник». Она начала как крупная многопрофильная врачебная практика, а затем установила договорные отношения с несколькими больницами и в настоящее время функционирует как крупный амбулаторно-стационарный комплекс (Cortese and Smoldt, 2007).

В этих системах используются как административная, так и функциональная формы интеграции — от простой аффилиации врачебных практик к больницам (на договорной основе) до их превращения в структурное подразделение крупных амбулаторно-стационарных комплексов. Главное в обеих формах состоит в ориентации комплекса медицинских организаций на сетевые правила функционирования.

Интеграция, инициируемая государством и страховщиками, может быть условно определена как внешняя интеграция. Если же главными интеграторами являются медицинские организации, то такой тип объединений может считаться внутренней интеграцией. Как будет показано далее, на практике эти типы интеграции сосуществуют: давление государства и страховщиков дополняется усилиями самих медицинских организаций.

Сфера интеграции существенно различается. Соответствующие программы могут охватывать отдельные заболевания (целевые программы) или все заболевания (общие программы). Примером целевой программы интеграции являются вышеупомянутые программы управления хроническими заболеваниями, например, программы по диабету, астме, гипертонической болезни. Ключевой характеристикой этих программ является обеспечение более тесных горизонтальных и вертикальных связей для лечения определенного заболевания. Примером общей программы интеграции является формирование комплекса «стационар—организация для оказания реабилитационных услуг», обеспечивающего преемственность лечения всех или большинства заболеваний.

Соотношение между целевыми и общими программами интеграции представляет

собой серьезную проблему. Ключевым вопросом, связанным с развитием программ управления хроническими заболеваниями, — опасность утраты системного подхода к лечению заболеваний. Такая опасность возникает в результате нацеленности медицинских организаций на достижение высоких показателей лечения определенного заболевания в ущерб другим заболеваниям.

Интеграционные процессы в здравоохранении США

Правительство США в последние годы рассматривает интеграцию как фактор сдерживания затрат и повышения качества медицинской помощи. В рамках государственных программ «Медикер» и «Медикейд» создаются интегрированные системы как сети медицинских организаций, действующие на основе общих правил ведения больных. Вплоть до последнего времени эти системы действовали в пилотном режиме. Их деятельность была положительно оценена Правительством США. С января 2010 г. в рамках программы «Медикер» началась реализация концепции так называемых «подотчетных медицинских организаций» (accountable care organizations) — сети врачебных практик и больниц, которые принимают общую ответственность за качество и стоимость медицинской помощи для определенной группы пациентов.

Центральную роль в таких системах занимают больницы. Они оплачиваются по интегрированному тарифу на весь комплекс медицинских услуг для обслуживаемого населения или, в российских терминах, являются фондодержателями. Больницы оплачивают счета врачебных практик и других медицинских организаций, входящих в систему. Кроме того, они распределяют достигнутую экономию на объемах стационарной помощи между участниками системы, а часть ее сохраняют себе за участие в интеграционных мероприятиях, содействие врачебным практикам, организацию собственного амбулаторного приема и долечивания и проч. То





есть больница-интегратор становится подотчетной за все этапы движения пациента и несет риски, даже если напрямую не оказывает часть услуг. По замыслу авторов концепции, больницы должны организовать необходимую координацию отдельных звеньев оказания медицинской помощи.

Для формирования таких систем требуются специальные действия. Известный американский эксперт Дж. Райс приводит пример интегрированной системы «Адвокат Физишн Патнерс» (Advocate Physician Partners) в штате Северный Иллинойс. Она включает 9 больниц и 3200 врачебных практик. Выделяются следующие наиболее важные практические шаги (Rice, 2011):

1. Отбор участников системы — определение результатов деятельности больниц и врачебных практик, выявление готовности действовать по общим правилам и координировать свои усилия.

2. Создание инфраструктуры для координации поставщиков услуг и обеспечения оперативных контактов с пациентами — организация врачебного портала, создание регистра случаев заболеваний и групп рисков, разработка электронных карт и прочих средств информационного обмена.

3. Формирование общей для всей сети системы управления качеством медицинской помощи, включая два важных дополнительных элемента: а) создание индивидуальных карт врачей для измерения и сравнения их деятельности; б) организация обсуждения плохих результатов лечения с участием врачей всех уровней оказания медицинской помощи. Обсуждаются вопросы: На каком этапе потеряли пациента? Что нужно сделать для более эффективного долечивания пациента? Какова роль первичного звена и врачей больниц? Эти вопросы обсуждаются не для нахождения виновного, а для отработки механизмов повышения координации действий разных поставщиков медицинских услуг.

4. Создание финансового фонда для стимулирования интеграционных процессов.

5. Разработка общей для всех медицинских организаций системы измерения результатов деятельности и отчетности.

Примером организации медицинской помощи в интегрированной системе может быть практика деятельности «Кайзер Перманенте» (КП) в Северной Калифорнии (Strandberg-Larsen et al. 2006). Основа этой системы — *многосторонние договорные отношения*. Взаимодействие в ведении пациентов на амбулаторном и стационарном этапах оформляется договорами между амбулаторными центрами и больницами. Одним из условий этих договоров является доступность больницы диагностической службы для врачебных практик. Они могут направлять своих пациентов в больницы для проведения сложных диагностических исследований. Менее сложные исследования проводятся в амбулаторных центрах. Оплата этих услуг осуществляется по общим страховым программам (врачебным практикам они ничего не стоят). Благодаря такому сотрудничеству практически все диагностические исследования проводятся до госпитализации пациента, что обеспечивает низкую длительность лечения в стационаре.

Преимущество ведения пациента обеспечивается развитой сетью медицинских организаций для долечивания и реабилитации, в которых основные функции выполняет высшая категория медсестер (skilled nursing homes). При этом «КП» не имеет своей реабилитационной сети, предпочитая заключать договоры с независимыми медицинскими организациями.

По каждому заболеванию разработаны «интегрированные порядки ведения пациента» (integrated patient pathways), которые устанавливают маршруты движения пациента с одного этапа оказания медицинской помощи на другой, а также предпочтительных поставщиков медицинских услуг, чья техническая оснащенность и кадровый состав в наибольшей мере соответствуют тяжести заболевания и состоянию пациентов. Реализация этих порядков обеспечивается, во-первых, общими



правилами и процедурами взаимодействия звеньев оказания медицинской помощи, установленными в правилах «КР»; во-вторых, информационным обменом между ними — на основе системы электронных записей.

Другой важный аспект организации медицинской помощи в «КП» — установление общих для всей системы целевых показателей процесса и результатов клинической работы. Например, устанавливается показатель снижения частоты осложнений при диабете. Для его достижения создаются междисциплинарные команды врачей и среднего медицинского персонала. Они финансируются на подушевой основе — в расчете на одного больного, являющегося объектом постоянного наблюдения. В состав этой команды входят и специалисты больниц. Они помогают врачам первичного звена добиться установленных показателей, соответственно участвуют в распределении экономии, возникающей в результате сокращения объема стационарной помощи, оказываемой больным с диабетом.

Первичная медицинская помощь занимает центральное место в этой системе. На этом уровне концентрируется вся информация о состоянии постоянно обслуживаемого населения, выделяются группы риска, проводятся скрининговые программы, ведется основная работа с больными хроническими заболеваниями.

Для стимулирования интеграционных процессов в здравоохранении США используются четыре новых метода оплаты медицинской помощи:

1. Адаптированный гонорарный метод, суть которого состоит в установлении более высоких тарифов на услуги, призванные предотвратить оказание дорогостоящей помощи, например, на мероприятия по ведению хронических заболеваний.

2. Оплата за результаты медицинской помощи — в дополнение к гонорарному методу, то есть оплата за достижение уста-

новленных показателей интеграционной активности, например, более интенсивный информационный обмен, более активные контакты с группами риска.

3. Оплата комплексной амбулаторно-стационарной помощи на основе интегрированного тарифа на услуги больниц, который включает в себя консультации больничных специалистов, диагностические исследования, собственно стационарную помощь, услуги по долечиванию и реабилитации пациентов. Использование такого тарифа имеет целью создать у больниц стимулы к оказанию всех необходимых диагностических услуг силами штатных специалистов, а также стимулы к организации послебольничной помощи.

4. Подушевое финансирование комплекса амбулаторно-стационарной помощи, то есть метод, сходный с российским методом «поликлиника-фондодержатель». Отличие состоит в том, что в роли фондодержателя в США часто выступают больницы, берущие на себя все финансовые риски оказания медицинской помощи в системе врачебных практик—стационар—реабилитационные организации².

В литературе накоплено много свидетельств эффективного функционирования интегрированных организаций. Например, в «Кайзер Перманенте» за 1997–2007 гг. уровень госпитализации населения, охваченного этой системой, в связи с сердечно-сосудистыми заболеваниями сократился на 30%, в том числе на 56% по инфаркту миокарда и на 20% по инсульту. Повторные госпитализации в пределах года сократились с 16% от общего числа до 7%.

В Северной Калифорнии клиенты «КП» умирают на 30% реже от сердечно-сосудистых заболеваний по сравнению со средним показателем по региону. Стабилизация артериального давления в 2008 г. зафиксирована у 77% больных против 36% в 1998 г. Все эти достижения связываются с особо интенсивными усилиями по раннему выявлению заболе-

² Подробнее о методах оплаты, стимулирующих интеграционные процессы в здравоохранении западных стран, см. «Менеджер здравоохранения», 2011, № 5, С. 15–26.





ваний и программами управления хроническими заболеваниями (McCarthy and Mueller, 2009, с. 20).

Широкую известность получило исследование Р. Фичмена с соавторами, посвященное сравнительному анализу затрат в «КП» в Калифорнии и Национальной службе здравоохранения (НСЗ) Великобритании. Это исследование продемонстрировало, что в расчете на сравнимую структуру населения число койко-дней в больницах для острых состояний (сюда не входят стационары для длительного пребывания) в «КП» в 3 раза ниже, чем в НСЗ, при равном уровне больницы летальности и частоты послебольничных осложнений по наиболее распространенным заболеваниям. То есть в расчете на единицу конечного результата требуются в три раза меньшие объемы стационарной помощи. Авторы объясняют это четырьмя факторами: интегрированным подходом к оказанию помощи на всех этапах, более высокой интенсивностью стационарного лечения, более сильной конкуренцией поставщиков медицинских услуг и более масштабными инвестициями в информационную технологию. При этом различия в медицинских технологиях являются менее значимым фактором (Feachem, Sekhri, White, 2002).

Интересны результаты исследования мероприятий по управлению хроническими заболеваниями в нескольких пилотных проектах, проводимых в разных штатах США (Fitch, 2009). Это исследование продемонстрировало высокую долю предотвратимых госпитализаций как следствие постоянного наблюдения за хронически больными на амбулаторном этапе. Например, по гиперто-

нической болезни она составляет 60%, диабету — 49%, астме — 47% (Fitch, 2009).

Наряду с высокими оценками деятельности интегрированных систем, есть и более осторожные оценки. Например, в работе Файермана с соавторами, посвященной анализу программ управления хроническими заболеваниями в США, отмечается, что эти программы не обеспечивают сколько-нибудь значительной экономии в организации в целом, но есть снижение затрат на лечение «хроников», которые вошли в реестры организации (их заболевание выявлено) и поэтому являются объектом наблюдения врачей. Кроме того, авторы исследования показывают, что данный эффект носит отложенный характер: он проявляется только через 3–4 года после нарастающего повышения интенсивности мероприятий по ведению хронических заболеваний. Делается вывод о том, что для достижения даже отдаленного эффекта требуется многолетняя работа и большие вложения средств (Firman 2004).

Таким образом, результаты интеграции не всегда очевидны. Пока ясно лишь то, что этот позитивный процесс находится в начальной стадии. Для закрепления его первых результатов требуются значительные усилия всех субъектов системы здравоохранения.

Кроме того, остаются без ответа два главных вопроса: достаточна ли мотивация крупных больниц к созданию интегрированных систем с новыми экономическими стимулами и сможет ли Правительство США стимулировать этот процесс хотя бы в рамках государственных программ здравоохранения.

Продолжение в «МЗ», 2012, № 8

UDC 614.2

Sheiman I.M. International experience of integrated processes in health care (National Research University-Higher School of Economics, Moscow, Russia)

Annotation: In the article there is grounded currency of medical care integration problem. On the basis of materials, provided by leading foreign countries, there are analyzed organizational, economical and informational mechanisms of integration with accent on those among them, which have relations with practice of Russian Health care.

Keywords: fragmentation of medical care, integration of medical care, integrated methods of services payment, programs of managing chronic diseases.