

ЗДРАВООХРАНЕНИЕ В СОВРЕМЕННОЙ РОССИИ

И.М. ШЕЙМАН

Новые экономические процессы в европейском здравоохранении

В последние полтора-два десятилетия в большинстве европейских стран активизировался поиск новой модели управления здравоохранением с акцентом на экономические механизмы, а в ряде стран – на рыночные регуляторы развития отрасли. В этот период наметился ряд устойчивых тенденций, главные из которых – абсолютный и относительный рост объемов финансирования, повышение роли договорных отношений между покупателями и поставщиками медицинских услуг, использование новых механизмов мотивации медицинских работников. Некоторые страны приступили к практической реализации моделей квазирыночных отношений. Проанализируем эти тенденции с акцентом на тех из них, которые имеют практическое значение для реформы российского здравоохранения.

Соотношение государственного и частного финансирования здравоохранения

По мере экономического роста повышается доля государственного финансирования здравоохранения. Существует зависимость: чем богаче страна, тем больше она тратит на здравоохранение из общественных средств и меньше из личных [Gottret, Scheiber, 2006]. Сегодня индустриально развитые страны (страны, входящие в ОЭСР) покрывают в среднем 75% затрат на медицинскую помощь за счет налоговых источников, а некоторые (Великобритания, Скандинавские страны, Германия) – более 90%. Такой уровень был достигнут уже в конце 1980-х гг.

В последующие годы динамика этого показателя была не столь однозначна. За 1990–2005 гг. в большинстве западных стран продолжалось повышение доли государственного источника в общем объеме финансирования отрасли. Прежде всего это характерно для стран с низким исходным уровнем "социализации медицины" – США (здесь государство покрывает около 45% расходов), Швейцарии, Южной Кореи, Турции, Мексики, Португалии.

Противоположная тенденция отмечается в большинстве постсоциалистических стран (в том числе в странах с относительно высоким уровнем дохода на душу населения – Чехии, Венгрии, Польше). Здесь относительное снижение государственного финансирования обусловлено прежде всего общим экономическим спадом, снижающим ресурсы государства для финансирования социальной сферы. Имеет значение и

Шейман Игорь Михайлович – доктор экономических наук, профессор кафедры государственного управления и экономики общественного сектора Государственного университета – Высшей школы экономики.

то, что в большинстве этих стран, хотя и в неявной форме, проводится политика отказа от традиционного доминирования государства и достижения более рационального сочетания ответственности государства и населения за покрытие расходов на медицинскую помощь.

Интенсивность этого процесса существенно различается по отдельным постсоциалистическим странам. В закавказских государствах, в Таджикистане общественное здравоохранение практически развалилось: на долю населения приходится 75–80% расходов (2004 г.). Для России, Украины, Белоруссии, Казахстана, Молдавии эта доля колеблется в интервале от 40 до 60%. Так, в России, по данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), она составляет 40,2%. В странах Центральной и Восточной Европы, несмотря на сокращение государственных расходов в 1990-е гг., удалось обеспечить достаточно низкую долю населения в оплате медицинской помощи. Например, в Эстонии, Литве, Словении она составляет около 24% – на уровне среднего показателя по ЕС, а в Чехии и Хорватии даже ниже [WHO... 2007]¹.

В западноевропейских странах, по всей видимости, достигнуто близкое к оптимуму и достаточно устойчивое соотношение государственного и частного финансирования здравоохранения. Государство уже не может или не хочет брать на себя дополнительные обязательства: его доля в финансировании отрасли в большинстве этих стран за полтора десятилетия изменялась в пределах 1–2% (чаще в сторону повышения). Обращает на себя внимание заметное ее сокращение (на 4–5%) в Германии, Швеции, Канаде, других традиционных лидерах "социалистического" здравоохранения. Здесь поиск более рационального соотношения государственного и частного финансирования идет наиболее интенсивно: вводятся новые соплатежи населения (Германия), повышается их размер (Скандинавские страны), облегчаются условия для добровольного медицинского страхования и развития частного сектора (Канада, Великобритания).

Рост расходов на здравоохранение в западных странах обеспечивает заметное улучшение показателей здоровья населения. Этому в немалой степени способствуют внутренние преобразования в системе оказания медицинской помощи: существенное повышение роли первичного звена здравоохранения, широкомасштабные профилактические мероприятия, усиление интеграции здравоохранения с другими социальными службами, прогресс медицинских технологий. Тем не менее здравоохранение практически везде является одной из наиболее конфликтных сфер общественной жизни. Главная проблема – несоответствие огромных затрат результатам функционирования отрасли. Это проявляется прежде всего в длительных сроках ожидания плановых консультаций, исследований и госпитализаций (например, в Великобритании и Канаде больные ждут их месяцами), недостаточно высокая отзывчивость поставщиков услуг на потребности населения, отсутствие или ограниченные возможности для выбора врача в стационарах, чрезмерное увлечение врачей дорогостоящими технологиями [OECD, 2004].

Поиск путей повышения эффективности здравоохранения становится основой государственной политики в этой сфере. Но стратегические направления реформ существенно различаются. В одних странах акцент делается на совершенствование управления отраслью при решающей роли государства, в других – на активизацию рыночных механизмов. Оба эти направления не исключают друг друга: совершенствование управления требуется и при использовании рыночных механизмов.

Роль планирования системы оказания медицинской помощи

В начале 1990-х гг. практически во всех западноевропейских странах рассматривались варианты усиления рыночной ориентации здравоохранения. Теоретические

¹ Следует учитывать возможную недооценку в статистике ВОЗ неформальных платежей, которые больше распространены в постсоциалистических странах.

Сфера планирования здравоохранения в отдельных странах Запада

Канада, Германия, Франция, Италия Великобритания	Планирование только больничной помощи – государственных и частных больниц
Дания, Финляндия, Новая Зеландия	Планирование больничной и амбулаторной помощи, оказываемой в Национальной системе здравоохранения (включая частные врачебные практики)
Нидерланды	Планирование стационарной помощи, оказываемой в государственных больницах, и амбулаторной помощи, оказываемой частными врачебными практиками
	Ограниченное планирование части больничной помощи

Источник [Ettell... 2007].

концепции регулируемой конкуренции и внутреннего рынка исходили из того, что сфера государственного планирования будет сужаться и рынок все расставит на свои места (примерно такие же настроения доминировали тогда и в России). Однако затем акценты политики были существенно изменены. Многие страны (Швеция, Италия, Испания, Финляндия) в той или иной форме стимулировали механизмы предпринимательского поведения поставщиков услуг – вводили договорные отношения, обеспечивали операционную автономию больниц, делая их ответственными за финансовые риски, создавали новые механизмы мотивации врачей и пр. Но последовательно рыночные реформы проводились только в Великобритании и Нидерландах (в 2003 г. к ним присоединилась Германия, причем в 2007 г. начался этап радикализации рыночной реформы).

В большинстве западных стран сегодня сложилась развитая система планирования мощностей медицинских организаций. Органы государственного управления планируют строительство и реконструкцию больниц, инвестиции в дорогостоящее оборудование, объемы и структуру оказания помощи, соответствующие им показатели сети медицинских организаций, трудовые ресурсы. Главная сфера планирования – больничная помощь, но в ряде стран планируются и ресурсы амбулаторной помощи. Важно заметить, что в большинстве стран планируются мощности не только государственных, но и частных медицинских организаций, работающих по контрактам в системе государственного финансирования здравоохранения (см. табл.).

Государство исходит из того, что в ситуации информационной асимметрии и отсутствия ценового сигнала отрасль способна поглотить любые ресурсы без адекватных конечных результатов, поэтому берет на себя ответственность не только за финансирование, но и за планирование мощностей отрасли. Планирование – часть политики сдерживания затрат (*cost containment*), ее составной элемент – повышение структурной эффективности отрасли: расширение роли первичной медицинской помощи, использование медицинских технологий с высокочрезмерной эффективностью, снижение необоснованных госпитализаций, специализированных исследований и консультаций, оптимизация коечного фонда больниц.

Акцент на планирование мощностей больниц определяется тем, что именно тут рождаются затратные тенденции. Во-первых, новые больничные места меняют клиническую практику в секторе амбулаторной помощи. Врачи получают дополнительные стимулы к направлению пациентов в стационары для специализированного обследования и лечения. Снижается заинтересованность в том, чтобы основную часть медицинской помощи оказывать собственными силами в амбулаторных условиях. Во-вторых, новая дорогостоящая технология должна использоваться с максимальной отдачей, поэтому нередко врачи больниц предпочитают ее менее дорогостоящим, но достаточно эффективным методам диагностики и лечения. В-третьих, повышается давление со стороны пациентов, желающих получить дорогое, но не всегда нужное лечение.

В системах планирования большая роль отводится согласительным процедурам: местные планы согласуются с планами на региональном, а иногда и на национальном уровнях (Франция, Великобритания). Такое согласование диктуется прежде всего необходимостью планирования межрегиональных потоков пациентов для обеспечения населения нескольких территорий специализированной помощью. Общей для всех западноевропейских стран тенденцией является регионализация здравоохранения, то есть создание крупных медицинских центров (главным образом больниц), обслуживающих население нескольких территорий.

В США также предпринимались попытки планировать сеть медицинских организаций. В начале 1980-х гг. лицензии на открытие новых врачебных практик выдавались на основе "сертификатов потребности". Правительства штатов и округов определяли территории с большим числом практик и отказывали частным врачам в открытии новых. Потом от этого отказались, сделав акцент на рыночные механизмы формирования ресурсов. Другое исключение – Нидерланды. Здесь функции планирования переданы региональным ассоциациям больниц (в основном частных) и страховщикам, а правительство планирует только мощности социально значимых услуг (психиатрия, СПИД и пр.), а также строительство больниц и крупные инвестиции. Но что из этого получится, пока неясно.

Существует стратегическое и операционное планирование. Первое устанавливает общие принципы и приоритеты развития сети медицинских организаций, а также методические подходы к планированию. На среднесрочную и долгосрочную перспективу (нередко на 10 и более лет) оно осуществляется на максимально высоком уровне управления, например в Великобритании, Франции, Италии – центральным министерством здравоохранения. Операционное планирование реализуется на основе стратегических планов, охватывая практические вопросы размещения и ресурсного обеспечения медицинских организаций. В Италии, например, региональные правительства обязаны раз в три года разрабатывать подробные планы реструктуризации сети медицинских организаций [Ettell... 2007].

Повышается значение целевого планирования. Во многих странах устанавливаются показатели результативности систем здравоохранения (как на национальном, так и на региональном уровне), служащие основой оценки деятельности системы управления здравоохранением. Характерно, что такое планирование не утратило актуальности и в странах, вставших на путь рыночных реформ.

Традиционный инструмент планирования мощности больниц – планирование коечного фонда – постепенно уступает место планированию объемов медицинской помощи (особенно успешно в Великобритании и Франции). Планирование начинается с оценки потребностей в разных видах помощи и необходимых объемов услуг. Только на этой основе планируется коечный фонд. Еще одна новация – использование в планировании тех же единиц объемов, которые используются для оплаты стационарной помощи. Повсеместное распространение тарифов по укрупненным клиникостатистическим группам заболеваний (см. далее) сопровождается переходом на планирование объемов помощи в разрезе этих же групп. Так, в Германии с 2003 г. планирование осуществляется примерно по 300 таким группам. Подобное совмещение позволяет лучше скоординировать планирование и оплату медицинской помощи, обеспечивая более высокую степень предсказуемости затрат.

Однако тут есть и обратная сторона. Утрачивается гибкость трудовых и капитальных ресурсов, снижается реакция медицинских организаций на изменяющиеся потребности населения, а в ряде стран растут очереди на получение услуг. В более широком плане возникает противоречие между планированием и предпринимательскими механизмами поведения поставщиков услуг. Больницы в ряде стран получают автономию, но ей непросто воспользоваться. Поэтому можно предположить, что интерес к рыночным реформам будет снова повышаться. Маятник "план или рынок" может качнуться в любую сторону.

Новая роль договорных отношений

Во многих западных странах стержнем реформ стало разделение функций финансирования и оказания медицинской помощи. Прямое подчинение медицинских организаций органу управления здравоохранением уступает место их взаимодействию на основе договорных отношений. Возникает новый тип отношений "заказчик–исполнитель". При этом заказчик (покупатель) оплачивает не ресурсы, а конечные результаты деятельности поставщиков – объем и качество медицинских услуг.

Договорные отношения реализуются в конкурентной и неконкурентной среде. В первом случае они построены на отборе наиболее эффективных поставщиков услуг, претендующих на получение заказа (селективные договорные отношения), во втором ориентируются на плановую функцию договоров. Покупатель и поставщик медицинской помощи согласовывают ее объемы, требования к качеству услуг и эффективности использования ресурсов. Договора рассматриваются как "альтернативные формы решения тех же задач, которые традиционно осуществлялись через механизм государственного планирования здравоохранения" [Savas, Sheiman, Tragakes, 1998, p. 159].

Важная проблема европейских систем обязательного медицинского страхования (ОМС) – обеспечение увязки договоров между страховщиками и медицинскими организациями с общей системой планирования здравоохранения. Ее актуальность связана с тем, что функции планирования и финансирования здравоохранения оказались во многом разобщены, поскольку их выполняют разные субъекты системы. В результате нередко возникает ситуация, когда планирующие органы принимают решения, а у страховщиков не хватает средств на оплату соответствующих услуг². Договора в растущей мере инкорпорируются в общую систему планирования здравоохранения, обеспечивая более тесную связь между функциями планирования и финансирования. Страховщик или иной покупатель медицинской помощи вступает в договорные отношения с медицинской организацией, имея "на входе" определенные параметры государственных планов, в разработке которых он участвует.

В то же время страховщик обладает правом вносить коррективы в общие планы, исходя из потребностей и конкретной ситуации оказания медицинской помощи своим контингентам застрахованных. Он может пойти на расширение объема ресурсосберегающих мероприятий сверх установленных планом целевых показателей, может использовать свои системы стимулирования повышения качества медицинской помощи и пр. Собранная им информация о возможностях реструктуризации учитывается при планировании "сверху", дополняемом планированием "снизу".

Другая важная тенденция – изменение типа договоров. Традиционный блок-контракт с медицинской организацией (*block contract*), устанавливающий ее готовность к оказанию определенного набора видов медицинской помощи, уступает место договорам, определяющим показатели деятельности поставщиков услуг (*performance contracts*). Последние же в растущей мере строятся на системе разделения финансовых рисков между покупателем и поставщиком услуг. Если *договор на оплату фактического числа случаев лечения* (*cost per case contract*) предполагает перекладывание всех финансовых рисков на покупателя помощи (чем больше объемы услуг, тем выше расходы покупателя), то *договор затрат и объемов* (*cost and volume contract*) предусматривает, что при превышении договорных объемов будет использоваться определенная схема разделения финансовой ответственности между покупателем и поставщиком. Этот тип договора становится доминирующим.

Если такой договор устанавливает, например, 1000 случаев лечения в стационаре, а реально получили лечение 1200 больных, то затраты на 200 случаев делятся в установленной договором пропорции: например, 100 будут оплачены полностью, а

² Аналогичная ситуация складывается и в России, где страховые компании во многих регионах не допускаются к процессу планирования.

остальные по пониженному тарифу. Повышение роли таких договоров – элемент государственной политики сдерживания затрат и повышения структурной эффективности. Они призваны усилить мотивацию поставщиков (прежде всего больниц) к снижению необоснованных консультаций, исследований, госпитализаций и пр. Одновременно используются и договора на оплату фактического числа случаев, прежде всего в отношении тех услуг, расширение которых необходимо стимулировать.

Четко прослеживается *тенденция к детализации содержания договоров в отношении показателей доступности и качества медицинской помощи, систем их обеспечения*. В Германии, Великобритании, ряде других стран в договорах устанавливаются показатели предельных сроков ожидания при плановых госпитализациях, требования участия в определенной программе ведения хронических заболеваний, ожидаемые клинические результаты программ, финансовые санкции и поощрения [Duran... 2005].

Новые методы оплаты медицинской помощи

Важный элемент реформ в здравоохранении – формирование новой экономической мотивации медицинских организаций. Для этого используются *методы оплаты медицинской помощи, ориентированные на результат*. Выбор конкретных форм оплаты в растущей мере определяется стремлением повысить роль первичной медицинской помощи. Эмпирические оценки демонстрируют прямую связь между уровнем развития первичного звена (прежде всего, общих врачебных практик), с одной стороны, и показателями здоровья и объемом финансирования здравоохранения – с другой. В 18 странах ОЭСР более высокому уровню развития первичной помощи соответствуют как более низкие показатели смертности, в том числе от сердечно-сосудистых заболеваний, так и более низкие расходы на больничную помощь и в целом на здравоохранение [Atun, 2004]. Конкретные задачи создания новой мотивации сводятся к следующему:

- повышение *ответственности* врачей первичного звена за состояние здоровья обслуживаемого населения: они должны не только сами оказывать квалифицированную помощь, но и организовывать и координировать оказание помощи в других звеньях здравоохранения. При этом ключевая роль принадлежит комплексу профилактических мероприятий;
- *расширение функций врачей первичного звена*, лечение 80–90% случаев заболеваний должно обеспечиваться на этом уровне;
- *повышение качества оказываемых услуг* на основе использования стандартов клинической практики – "медицины, основанной на доказательствах";
- углубление *интеграции* с другими секторами здравоохранения и социальными службами, обеспечение на этой основе комплексного подхода к профилактике и лечению заболеваний;
- усиление *управляющего воздействия* первичного звена на другие службы здравоохранения, превращение его в реального заказчика на специализированные исследования, консультации, госпитализации и пр.

В секторе стационарной помощи новая экономическая мотивация призвана обеспечить достижение двух разнонаправленных целей. С одной стороны, практически во всех западных странах ставится задача сдерживания затрат на стационарную помощь. Методы оплаты ориентированы на снижение необоснованных госпитализаций (перенос части услуг на амбулаторный этап), повышение интенсивности лечения (снижение длительности пребывания в стационаре) и его качества (например, снижение числа повторных госпитализаций). С другой стороны, во многих странах ставится задача расширения потребительского выбора. На этой основе планируется обеспечить более оперативную реакцию больниц на нужды потребителей, в частности сократить время ожидания плановых госпитализаций [Thomson, Dixon, 2004]. Эта цель может вступать в конфликт с задачей сдерживания затрат, поскольку рас-

ширение выбора обычно сопряжено со снижением требований к обоснованности стационарной помощи, а значит, и ростом затрат. В реальной практике эти цели существуют, усложняя общую картину экономической мотивации.

Существуют три главных **метода оплаты врачебно-амбулаторной помощи**. Первый – за каждую услугу (консультацию, исследование, выписку лекарства и пр.), или *гонорарный метод*, действующий в большинстве стран с системами ОМС – Германии, Франции, Бельгии и т.д. Второй – финансирование на одного приписавшегося к врачу человека или *подушное финансирование*, используемый преимущественно в странах с бюджетными системами финансирования, например в Великобритании, Италии. Третий – *фиксированная заработная плата врача*, работающего преимущественно в государственном медицинском учреждении (значительно реже – в частном). На такой основе оплачиваются врачи в Скандинавских странах, где традиционно велика доля государственного сектора здравоохранения.

Каждый из этих методов имеет свои преимущества и недостатки. Гонорарный метод ориентирует врача на расширение объема услуг, но он может выходить за рамки рационального, становясь фактором раскручивания затратного механизма. Кроме того, врач заинтересован в росте числа заболевших, что сдерживает решение задачи повышения ответственности за здоровье населения. Напротив, подушное усиливают эту ответственность и ограничивают действие затратного механизма: врачу нужно "вписаться" в бюджет, поэтому он делает акцент на профилактику и не назначает лишних посещений. Фиксированная заработная плата врача менее всего связана с объемом деятельности. Но ее размер существенно превышает среднюю по экономике (например, в Швеции – почти в три раза), поэтому вопрос о недостаточной мотивации не всегда актуален.

Вспомним: в Древнем Египте услуги врача оплачивались серебром, вес которого был равен весу волос, отросших за время лечения. Лечить долго было выгодно. А в Древнем Китае платили за время отсутствия болезни. Отсюда – заинтересованность в предотвращении заболеваний и их интенсивном лечении. Эта дилемма сохраняется и сегодня. Во всех странах ведется поиск новых мотивационных механизмов. В ряду главных из них можно выделить следующие.

1. *Использование смешанных систем оплаты врачей общей практики*. В ряде стран с подушным принципом финансирования предпринимаются попытки дополнить его гонорарным. Например, в Италии, Великобритании, Норвегии, Дании дополнительно к подушному финансированию врачи получают средства за каждую оказанную услугу, относимую к списку приоритетных (прежде всего за профилактические услуги). В ряде стран, прежде всего восточноевропейских, наметилась обратная тенденция: во вновь созданных системах ОМС сначала использовался гонорарный метод, а потом наметился сдвиг к подушному финансированию. Например, в Чехии использование гонорарного принципа привело к тому, что среднее число посещений в год на одного жителя подскочило до 15,5 при среднем показателе по ЕС 5,5 (в России – 9,5). Эта система была преобразована в смешанную: в настоящее время 70% поступлений врачей общей практики формируется на основе подушного финансирования и 30% – гонорарного. Такой же сдвиг произошел в Эстонии, Польше, а Венгрия в 2000 г. перешла полностью на подушное финансирование [Schneider, Cerniauska, Murauskiene, 2002; Langenbrunner... 2005].

Отмечу, что в большинстве стран Центральной и Восточной Европы методы оплаты амбулаторно-поликлинической помощи в растущей мере трансформируются в методы оплаты врачебных услуг – врачей общей практики и специалистов. Стимулы приближаются к конкретному врачу, поскольку оплачивается не поликлиника, а врач. Это стало возможным в результате радикальных преобразований в организации амбулаторной помощи, завершения этапа массового становления института врача общей практики. Большинство таких врачей действуют как независимые экономические субъекты в составе индивидуальных и групповых практик.

2. *Эксперименты с системой фондодержания.* Эта система представляет собой метод подушевой оплаты амбулаторной помощи за каждого прикрепившегося пациента, при котором в нормативе его финансирования предусматривается оплата не только собственной деятельности первичного звена, но и услуг других медицинских организаций (поликлиник, диагностических центров, стационаров, скорой помощи и пр.). Получив средства на другие виды помощи, врач общей практики приобретает мотивацию к тому, чтобы его пациенты реже болели и не требовали слишком больших затрат на специализированную помощь, а потому заинтересован в расширении объема профилактики, повышении качества своих услуг, лучшем взаимодействии с другими медицинскими организациями. Обратная сторона этой мотивации – заинтересованность в сдерживании направлений пациентов к другим врачам. Подобные эксперименты проводились в России (в конце 1980-х гг.), Великобритании, Швеции, Финляндии, Венгрии, Эстонии, а сегодня обсуждаются в ряде других стран (в том числе в России – уже на новом витке реформы здравоохранения).

3. *Поощрительные системы оплаты труда врачей.* Суть подхода – увязка оплаты с набором показателей, отражающих: качественные характеристики услуг; конечные результаты обслуживания населения; влияние врачей первичного звена на другие звенья оказания помощи и обеспечение реструктуризации здравоохранения. Чаще всего они используются в системах с подушевым финансированием и фиксированной зарплатой. Сфера их использования быстро расширяется.

Главная тенденция преобразования *методов оплаты стационарной помощи* – переход от возмещения числа дней, проведенных в больнице (*койко-дней*), к оплате так называемых *законченных случаев лечения*, отражающих реальные затраты на лечение определенного заболевания или группы заболеваний. Использование койко-дней влечет за собой их механическое наращивание, поскольку основная нагрузка по лечению острых случаев приходится на первые 3–4 дня госпитализации, а последующие дни обходятся намного дешевле, но оплачиваются по тому же тарифу.

Оплата законченного случая лечения предполагает стандартизацию затрат в разрезе выбранной единицы учета. Собирается информация о фактических затратах на лечение определенного заболевания в разных медицинских организациях, она анализируется с целью выявления зон неэффективности, устойчивых отклонений от средней величины, и на этой основе устанавливается тариф за усредненный набор услуг и лекарственных средств, который и становится основой оплаты услуг. Если в расчет стоимости, например аппендектомии, включены затраты на оптимальный срок лечения 8 дней, то пациент может лечиться 6 или 10 дней, но в любом случае больница получит возмещение только за 8 дней. Предполагается, что неизбежные отклонения будут взаимно погашаться. В этой ситуации больница получает стимулы к повышению интенсивности лечения и снижению сроков госпитализации.

Возможны два главных подхода к оценке единицы законченного случая. Первый – считать затраты *по каждому заболеванию*, используя при этом имеющиеся стандарты его лечения. Последние отражают набор детальных услуг и лекарственных средств, с определенной вероятностью используемых при лечении конкретного заболевания. Затраты на них суммируются и получается тариф за законченный случай³.

Второй подход предполагает учет затрат по укрупненным группам заболеваний, так называемым *клинически-связанным группам* (КСГ), формирующимся по трем главным признакам – однородным заболеваниям, примерно одинаковой длительности госпитализации и общей стоимости лечения. Тариф устанавливается не на конкретное заболевание, а на их группу, и применяется к любому заболеванию из этой группы. Презумпция такого подхода состоит в том, что более высокие затраты на лечение относительно сложного заболевания в пределах одной группы компенсируются более низкими затратами на лечение менее сложного заболевания.

³ Такой подход отстаивался Минздравсоцразвития России для использования в пилотных проектах, начавшихся в 2007 г. в 19 регионах.

Недостатки слишком детальной единицы расчета законченного случая (первого подхода) состоят, во-первых, в необходимости для него огромного массива информации по большому числу заболеваний, то есть система очень дорогая. Отсюда – использование "суррогатов" стоимости лечения в виде уже упомянутых койко-дней по конкретным заболеваниям, а это искажает фактические затраты. Во-вторых, даже если удастся посчитать тарифы по стандартам, их сложно использовать в системе ОМС. Планирование объемов как основы управления издержками практически невозможно осуществлять на основе тысяч тарифов по конкретным заболеваниям. Оно рационально только по укрупненным группам заболеваний: можно достаточно точно предсказать потребность в хирургических операциях, но намного сложнее – число аппендектомий. Наконец, такая система может исказить мотивацию врачей: каждая дополнительная услуга, выходящая за рамки стоимости стандарта, будет восприниматься как платная.

В мировой практике утвердился второй подход. В системах общественного финансирования четко прослеживается *тенденция к агрегации единицы учета стоимости стационарной помощи*. В США по государственным программам используется 450 КСГ, в Великобритании – 540, Германии и Скандинавских странах – 300–400. По такому же пути пошли и постсоветские страны: в Казахстане и Кыргызстане расчеты ведутся по 140 группам, Литве – 147, Латвии – 164 [Langenbrunner... 2005].

Влияние метода КСГ неоднозначно. С одной стороны, он обеспечивает сокращение длительности госпитализации, но менее очевидно улучшение других показателей структурной эффективности. В большинстве стран Центральной и Восточной Европы отмечалась негативная тенденция роста необоснованных госпитализаций. Ожидаемого сдвига ресурсов в сторону амбулаторной помощи не произошло. В странах, наиболее активно экспериментирующих с новыми методами оплаты, например в Венгрии, Чехии, Словакии, Литве, на одного жителя приходится 21–25 госпитализаций в год при среднем показателе по ЕС – 18,5 [Langenbrunner... 2005].

Влияние новых методов оплаты стационарной помощи на структурную эффективность определяется более широким кругом факторов. Главный из них – принцип возмещения объемов услуг. Если возмещаются фактические объемы и все финансовые риски перекладываются на плательщика, то велика вероятность того, что эти объемы будут расти. Если же возмещаются согласованные объемы услуг и риски за отклонения от них делится между финансирующей стороной и больницей, то последняя получает стимулы к ужесточению требований к госпитализациям и концентрации ресурсов на лечении действительно сложных больных. Последний подход в экономической литературе получил название *принципа глобального бюджета*. Он соответствует рассмотренной выше форме договора на издержки и объемы. Данный метод широко используется в западноевропейских системах ОМС.

Рыночные реформы в западноевропейских странах

Теоретической основой рыночных реформ в здравоохранении стали разнообразные модели квазирыночных отношений [Шейман, 2007]. Практическая их реализация в Нидерландах и Великобритании дает основания для обобщений о возможностях и ограничениях рыночных механизмов.

Рыночная реформа в **Нидерландах** началась в 1992 г. и прошла несколько этапов, в ходе которых накапливались институциональные условия развития рынков медицинского страхования и медицинских услуг. Ключевой элемент новой системы – создание условий для *ценовой конкуренции больничных касс* (страховщиков). Страховые взносы работодателей в Центральный фонд ОМС дополняются взносами граждан в выбранную больничную кассу. Общий объем средств, контролируемых страховщиками, складывается из солидарной части (поступлений от Центрального фонда) и прямых платежей застрахованных. Каждая больничная касса самостоятельно определяет размер страхового взноса. При этом закон устанавливает прави-

ло установления *единого* размера тарифа (*flat-rate tariff*) для всех категорий застрахованных, выбравших определенную больничную кассу (для исключения возможности дискриминации лиц с наибольшими потребностями в медицинской помощи).

На первом этапе реформы размер страхового тарифа, уплачиваемого самими застрахованными, был невелик – 2–3% поступлений страховщиков. Но в последнее десятилетие он вырос многократно: если в 1998 г. он составлял 98 евро в год, то на последнем этапе реформы, начавшемся в 2006 г., были сняты все ограничения на свободное установление страхового тарифа. Его размер вырос до 1106 евро в год [Ван де Вэн, 2004; Naik, 2007]. Из этого источника формируется почти 50% поступлений страховщиков. При этом правительство планирует субсидировать страховые взносы лиц с низким доходом [Groenewegen, Jong, 2007, p. 11].

Другое основание для конкуренции страховщиков – *возможность вариации программ медицинского страхования*. Все население страны имеет право на стандартный пакет медицинских услуг – на уровне сложившегося в системе ОМС. Страховщики реализуют разные вариации этого пакета по условиям оказания медицинской помощи. Например, страховая компания "Увит" предлагает: информацию о результатах лечения в разных медицинских организациях; ваучеры со скидками на приобретение продуктов питания с низким содержанием холестерина; скидку страхового взноса лицам с чрезмерным весом при условии достижения целевого показателя снижения веса (можно сэкономить примерно 600 евро в год); льготные условия получения плановых хирургических операций, в том числе в Германии. А компания "Мензис" открыла три собственных центра первичной медицинской помощи и планирует открыть еще 10 для облегчения доступности услуг врачей общей практики и существенного снижения затрат на стационарную помощь. Она платит большие бонусы врачам за назначение лекарств-дженериков вместо запатентованных лекарств, что дает заметную экономию [Naik, 2007]. Кроме того, страховщики вправе устанавливать размер соплатежа в момент потребления медицинской помощи (франшизу), но не более 500 евро в год. Допускается возврат застрахованному части страховой премии, если его ежегодные расходы на медицинскую помощь не превышают 255 евро.

Новая система медицинского страхования получила название "обязательное добровольное медицинское страхование". Это означает, что все граждане страны старше 18 лет обязаны покупать медицинскую страховку, но условия страхования представляют собой симбиоз правил обязательного и медицинского страхования. Страховщики не вправе отказать гражданину в страховании, не могут устанавливать страховую премию в зависимости от состояния его здоровья, обязаны обеспечить стандартный набор видов медицинской помощи (это характеристики ОМС). К этому набору добавляются страховые программы, реализуемые по правилам добровольного медицинского страхования (ДМС). В результате складывается объединенный рынок ОМС и ДМС.

Еще одна новация нидерландской рыночной реформы – *превращение страховщиков в носителей финансовых рисков*. Они делят ответственность с Центральным фондом ОМС за отклонения фактических расходов на медицинскую помощь от плановых, определяемых Центральным фондом на основе дифференцированного норматива финансирования страховщиков. Последние оплачивают медицинскую помощь не только в пределах полученных от государства и населения средств, но и за счет собственных источников. Их неспособность уложиться в установленный порядок финансирования влечет за собой прямые экономические потери.

Создание системы разделения финансовых рисков растянулось во времени. Поначалу финансовая ответственность страховщиков за незапланированные расходы на медицинскую помощь была минимальна – всего 3% совокупных финансовых рисков. Правительство опасалось, что слишком высокие финансовые риски страховщиков усилят их стремление к отбору здоровых контингентов застрахованных, чьи расходы ниже и их легче предсказать. Но по мере совершенствования системы выравнивания условий финансирования отдельных больничных касс, начиная с конца 1990-х гг.,

правительство постепенно увеличивало долю возлагаемых на страховщиков финансовых рисков. В 2004 г. они отвечали за 53% незапланированных расходов на медицинскую помощь [Schut, Van de Ven, 2005, p. 52].

Конкурентная модель ОМС предусматривает также изменение системы взаимодействия больничных касс с медицинскими организациями. Основой их отношений становится *принцип селективных договорных отношений*, то есть страховщик вправе отказать в договоре лицензированной медицинской организации. Больничные кассы обязаны до начала перерегистрации застрахованных сделать свои предложения в отношении состава медицинских организаций, с которыми они заключили договора, а также финансовых условий оказания медицинской помощи в медицинских организациях, с которыми договора не заключены. Общее правило таково: чем больше свободы выбора, тем дороже страховка. Заинтересованные в неограниченном доступе к медицине делают более высокий страховой взнос.

Допускается *возможность договорного установления цен на медицинские услуги* – на основе согласования между больничной кассой и медицинской организацией. В первую очередь, новая система ценообразования затронула услуги врачей общей практики. Прежняя система тарифных соглашений между ассоциацией таких врачей и ассоциацией больничных касс (примерно такая же, как сегодня действует в России) уступила место индивидуальным договорам с каждой врачебной практикой и двустороннему согласованию цен. Менее либеральный подход используется в больничном секторе. Допускается свободное установление цен только на 10% объема деятельности конкретной больницы [Schut, Van de Ven, 2005]. Правительство опасается резкого повышения цен на больничные услуги. Для этого есть серьезные основания – недостаточный уровень конкуренции больниц.

Наиболее амбициозная часть модели регулируемой конкуренции – *ограничение сферы государственного планирования здравоохранения*. Органы государственного управления сохраняют свою ответственность за состояние здравоохранения, но без прямого контроля за объемами медицинской помощи и ценами. В конце 1990-х гг. был сформулирован тезис о том, что главным покупателем медицинской помощи должны стать больничные кассы, а не правительство. При этом подчеркивается, что в роли покупателя должен выступать не "картель больничных касс" (их ассоциация, заключающая коллективное соглашение с поставщиками медицинских услуг), а каждая больничная касса в отдельности [Ван де Вэн, 2004]. Страховщикам отводится центральная роль в распределении ресурсов здравоохранения.

Одновременно меняется порядок финансирования крупных инвестиций больниц: теперь их источники – не государственный бюджет, а доходы самих больниц, формируемые в системе ОМС, а также кредиты коммерческих банков. Государство больше не несет финансовой ответственности по обязательствам больниц. Вместо этого правительство инициировало создание резервного (по существу, страхового) фонда для поддержки финансовой устойчивости больниц. Он формируется на добровольной основе за счет самих больниц.

В то же время сохранилась важнейшая мера политики сдерживания затрат – государственное планирование крупных инвестиций медицинских организаций (включая строительство и реконструкцию больниц). Основой плановой деятельности государства является "сертификат потребности", доказывающий обоснованность этих инвестиций [Bultman, 2005]. Кроме того, государство осуществляет контроль над ценами основной части стационарной помощи и лекарственных средств. В зависимости от конкретной финансовой ситуации правительство то стимулирует больницы к наращиванию объемов стационарной помощи (и это дает ощутимый результат – сокращение сроков ожидания плановых госпитализаций), то наоборот, ограничивает их рост, устанавливая больницам лимиты расходов (глобальные бюджеты).

Рыночные механизмы перемежаются с традиционными инструментами сдерживания затрат, что обусловлено особенностью квазирыночных отношений – конкуренции в ситуации твердого бюджета здравоохранения.

В ходе рыночной реформы активизировалась роль страховщиков. Они предъявляют растущие требования к качеству медицинской помощи. Причем дело не ограничивается традиционным контролем качества. На первый план выступают *системы обеспечения качества*. Если медицинская организация предлагает более действенные механизмы управления качеством и более высокие клинические результаты, то она имеет больше шансов на получение договора. Это подстегнуло интерес к стандартизации медицинских технологий. Нидерланды сегодня – признанный лидер в разработке медицинских стандартов и систем обеспечения качества.

Другое направление стимулирования конкуренции по качеству – формирование базы данных, характеризующих удовлетворенность пациентов качеством и условиями оказания медицинской помощи в разных медицинских организациях. Правительство и Союз потребителей Нидерландов инициировали разработку системы рейтингов больниц на основе опроса 40 тыс. пациентов. Одновременно разрабатываются объективные показатели деятельности медицинских организаций. Эта информация призвана облегчить выбор населением медицинских организаций и страховщиков [Schut, Van de Ven, 2005].

Серьезный прогресс обеспечен в выравнивании условий финансирования конкурирующих страховщиков. Центральный фонд распределяет им средства на основе сложной формулы выравнивания рисков, учитывающей не только традиционные факторы (пол, возраст, место проживания), но и предыдущие расходы застрахованных как показатель их сегодняшних потребностей. Принимая к страхованию человека старше 65 лет, хотя бы раз лечившегося в стационаре и потреблявшего наиболее дорогие лекарства в предыдущие три года, больничная касса получает за него в два–пять раз больше, чем за "среднего" человека. Соответственно, заинтересованность в селекции рисков снижается.

Однако примирить конкуренцию с общественной солидарностью пока не удастся. Ценовая конкуренция становится ощутимой только при достаточно весомом участии самих застрахованных в приобретении страховых полисов. Пока страховой взнос обходился "среднему" голландцу в среднем 100 евро в год (1998 г.), его "чувствительность" к вариации страховых премий была очень незначительна: ценовая эластичность спроса за период 1996–2000 гг. составляла – 0,15 [Schut, Greb, Wasem, 2003, p. 130]. Когда же этот взнос поднялся до 1100 евро при достаточно сильной его вариации, интерес к смене страховщика резко возрос (данные для расчета ценовой эластичности пока отсутствуют). Обратная сторона этого процесса – ухудшение положения той части населения, которая имеет наибольшие потребности в медицинской помощи, прежде всего пожилого. Помимо ценового фактора имеет значение и то обстоятельство, что застрахованные по объединенной страховке ОМС–ДМС, меняя страховщика, как правило, теряют накопленные льготы по ДМС, а это – серьезные потери для пожилых людей, ограничивающие потребительскую мобильность. Страховщики строят свои маркетинговые стратегии прежде всего в расчете на молодых и здоровых, реально реагирующих на рыночные сигналы и меняющих страховщиков [Groenewegen, Jong, 2007, p. 11]. При всей важности системы выравнивания рисков вложения в "хорошие риски" дают более значительный коммерческий эффект, чем усилия по оптимизации затрат на оказание медицинской помощи.

Главный принцип реформы – договорное взаимодействие заказчика и исполнителя, то есть отделение финансирования от оказания медицинской помощи в бюджетной системе финансирования здравоохранения. Его реализация в *Великобритании* распалась на два этапа. Первый – 1991–1997 гг., когда решалась задача *стимулирования конкуренции больниц по параметрам цены и качества медицинской помощи*. Основным покупателем стационарной помощи были районные органы управления здравоохранением (райздравы). Они размещали заказ больницам на конкурсной основе. Другой покупатель стационарной помощи – частнопрактикующие врачи общей практики, являющиеся фондодержателями. Контролируя примерно 20% средств на стационарную помощь, эти врачи вступали в договорные отношения с

больницами и из собственных средств оплачивали стационарную помощь, оказанную их пациентам. Больницы получили статус самоуправляемых организаций – больничных трастов национальной службы здравоохранения. Они обязаны формировать свой доход только за счет поступлений по договорам.

Правительство сохранило в своих руках рычаги регулирования системы, устанавливая правила поведения как для органов управления здравоохранением, так и для поставщиков медицинских услуг. Жестко регламентируется механизм договорных отношений. Установлено правило обязательности конкурсного размещения заказов на основе открытой информации о цене и прочих параметрах договорных отношений. Определены требования к ценообразованию, исключающие перекладывание на покупателей услуг издержек по содержанию неиспользованных мощностей больниц. Расписаны условия и процедура получения больницами статуса трастов, а также порядок их ликвидации. Разработана процедура проверки обоснованности цен, особенно для больниц-монополистов, и пр. В отношениях между покупателями медицинской помощи и больницами на данном этапе доминировали ретроспективные методы оплаты – за фактическое число случаев стационарной помощи.

Этап либеральных преобразований продолжался вплоть до 1997 г. В оценке его результатов до сих пор нет единства. Очевидным плюсом реформы стало расширение экономических методов управления медицинскими организациями. Стремясь получить заказ, больницы старались снизить цены, поэтому вынуждены были делать акцент на ресурсосберегающие медицинские и управленческие технологии.

Другой позитивный результат – повышение уровня первичной медицинской помощи. Врачи общей практики получили новые стимулы и дополнительные рычаги давления на больницы, диктуя им требования в отношении качества и условий оказания стационарной помощи. Как показывают исследования, система "врач общей практики–фондодержатель" стимулировала расширение функций врачей общей практики, что позволило сократить частоту направлений к узким специалистам. Кроме того, под давлением этих врачей больницы были вынуждены ускорять плановую госпитализацию: листы ожидания стали короче [Dixon, Le Grand, Smith, 2003].

Неудачей реформы признаются слишком большие затраты на осуществление договорных отношений (высокие транзакционные издержки) без очевидных позитивных клинических результатов деятельности больниц. Стремясь предложить более низкую цену, больницы часто жертвовали качеством. Согласование оптимального соотношения цена–качество требовало многомесячных переговоров без видимых результатов из-за отсутствия необходимой информации. К тому же оставшиеся без договоров больницы, как правило, не закрывались. Правительство вынуждено было их поддерживать по политическим причинам.

К числу негативных характеристик реформы относится неспособность мелких врачебных практик проводить эффективную политику покупки других видов медицинской помощи. Их размеры оказались недостаточными для планирования потоков пациентов и финансов и построения рациональных форм взаимодействия со стационарами [Dixon, Le Grand, Smith, 2003]. Кроме того, ряд исследователей указывают на потери эффективности из-за дезинтеграции функции покупки медицинской помощи. Райсдравы и врачи общей практики (фондодержатели) часто действовали разрозненно, создавая разную мотивацию больниц.

В 2000 г. начался новый этап реформы. Хотя правительство лейбористов в 1997 г. объявило модель внутреннего рынка неудачной, тем не менее на практике основной ее принцип – разделение покупателей и поставщиков услуг – не только сохранился, но и усилился. Общая логика этого этапа реформы – *создание сильного покупателя медицинской помощи, акцент на финансово-управленческие механизмы, а не на действие рыночных сил*. Обязательное правило конкурсного размещения заказов по ценовому параметру было отменено. Все функции покупки стационарной помощи были переданы территориальным объединениям врачей-фондодержателей, получившим статус трастов врачей общей практики. Они контролируют около 90% бюд-

жетов больниц и заказывают у них стационарную помощь. То есть система фондо-держания сохранилась, но в более интегрированном виде: действует принцип одного покупателя медицинской помощи.

Существенно изменилась роль договорных отношений. Ежегодные договора уступили место соглашениям (*service level agreements*), заключаемым, как минимум, на два-три года. Эти соглашения регулируют систему стратегической покупки услуг, то есть устанавливают среднесрочные приоритеты и конкретные планы преобразования сети медицинских организаций. Их особенность – совместное решение выявленных проблем усилиями как заказчика, так и исполнителя.

Логическим следствием новой парадигмы договорных отношений стал отказ от ценовой конкуренции больниц. Важнейший элемент новой системы финансирования – *формирование единых национальных тарифов*. Считается, что они заставят больничные трасты лучше управлять затратами на оказание медицинской помощи. Чтобы "вписаться" в установленные нормативы, менее эффективные больницы будут вынуждены искать пути оптимизации издержек. Кроме того, единые тарифы позволят трастам общих врачебных практик при формировании заказа больницам сосредоточиться на вопросах объема, качества и доступности медицинской помощи, а не на ценах услуг. Это даст возможность существенно снизить транзакционные издержки и нейтрализовать конфликт между ценой и качеством медицинской помощи (более конкурентная цена обеспечивается снижением качества) [Department... 2002]. При этом в политике ценообразования акцент делается на более точное отражение реальных затрат на медицинскую помощь. Общая логика работы в этом направлении – сначала обосновать агрегированные тарифы для пяти-шести укрупненных групп заболеваний и лишь на этой основе формировать тарифы по детальным группам заболеваний. Учитывается региональная вариация издержек – в пределах объективных различий в элементах затрат, прежде всего уровня зарплат.

Правительство признает, что переход на стандартный тариф может породить серьезные проблемы, главная из которых – высокий риск финансовой нестабильности для медицинских организаций. Некоторые больничные трасты имеют сегодня значительно более высокие или более низкие удельные затраты по сравнению со средними по стране. Поэтому переход к системе единых тарифов растянут на пять лет [Department... 2002].

Отказавшись от рыночного давления на поставщиков услуг, правительство Великобритании сделало ставку на *использование договоров в качестве инструмента обеспечения качества медицинской помощи* в неконкурентной или слабоконкурентной среде. Требования в отношении конкретных параметров качества включаются в договора с больницами. Существенно возросло значение клинических стандартов как основы обеспечения качества и оплаты медицинской помощи. В 2004 г. была разработана система качества и результатов для врачей общей практики (*Quality and Outcomes Framework*), которая стала основой новой системы оплаты. Врачи могут заработать до 1050 баллов за достижение всех 225 показателей, включенных в эту систему, и это дает им право на двадцати-тридцатипроцентную надбавку к основной зарплате. Например, врачи получают бонус за достижение трех групп установленных показателей: а) клинических; б) организационных; в) работы с пациентами. Акцент в выборе клинических показателей сделан на регулярность наблюдения за приписанными пациентами. Установлено 19 хронических состояний, на которые приходится основная часть обращений к врачам общей практики. Выше всего оценивается наблюдение за больными с сердечно-сосудистыми заболеваниями. Для них установлено 15 показателей, по которым можно набрать максимум 121 балл. Для случаев диабета – соответственно, 18 и 99, гипертонии – 5 показателей и 105 баллов. Система обеспечивается серьезными вливаниями государственных средств – на 20% ежегодно в течение 2004–2007 гг. [Roland, 2004].

Попытки учесть показатели качества и стимулировать их достижение предпринимаются во многих странах, но нигде ранее не было столь тщательно разработанной,

масштабной и хорошо финансируемой системы. Первая информация по результатам ее внедрения свидетельствует о том, что примерно 90% врачебных практик достигли установленных показателей и получили материальное поощрение по контракту. Непосредственным результатом начального этапа реформы стало быстрое развитие информационных систем, расширение деятельности общих врачебных практик по управлению хроническими заболеваниями [Roland, 2005].

После недолгого периода отказа от рыночной фразеологии в 2003 г. был реанимирован принцип "деньги следуют за пациентом" и принята *программа расширения потребительского выбора*, предусматривающая меры по облегчению выбора больницы для получения плановой стационарной помощи [Department... 2003]. В ряду главных мер – сбор и публикация информации о сроках ожидания помощи и результатах лечения конкретных заболеваний в отдельных больницах; введение обязанности врачей первичного звена оказывать содействие пациентам в выборе больницы. Однако на практике реализация этого курса столкнулась с серьезными проблемами, главные из которых: а) слабая реакция потребителей на возможности выбора (предпочтение местной больницы оказалось достаточно устойчивым); б) недостаточно активное участие врачей в реализации нового курса; в) недостаточность информации для рационального потребительского выбора [Fotaki, 2005].

Публикация информации о результатах лечения в отдельных больницах существенно повлияла на показатели качества их услуг. Но, как показывают исследования, произошло это не потому, что больницы боятся потерять пациентов и снизить свою долю на рынке (она определяется другими факторами), а в силу усиления профессиональных связей сетевого типа: больницы получили возможность сравнивать свою деятельность, врачи стали больше обсуждать свою клиническую практику, повысилось значение репутационных характеристик медицинских организаций и отдельных врачей [Bevan, 2007].

Соблюдены ли условия рыночных реформ?

Реализация рыночных моделей в Нидерландах и Великобритании демонстрирует необходимость проведения большого объема работы по формированию адекватных условий для достижения поставленных целей. Прогресс в создании этих условий очевиден. Тем не менее пока отсутствуют доказательства того, что рыночные силы способны обеспечить более рациональное распределение ресурсов и повышение качества медицинской помощи. Более того, нет свидетельств того, что рыночные механизмы сужают сферу государственного регулирования и планирования здравоохранения.

Условия реализации моделей квазирыночных отношений труднодостижимы на практике. Во-первых, сложно примирить конкуренцию и общественную солидарность, особенно в системах ОМС. Выравнивание финансовых рисков представляет собой сложную техническую проблему, но даже при определенном прогрессе в этом направлении (как это произошло в Нидерландах) остаются другие социальные ограничители рыночных механизмов. Во-вторых, недостаток информации пока является сильным барьером для свободного взаимодействия рыночных сил. Не только индивидуальные, но и коллективные покупатели медицинских услуг не имеют достаточно достоверной базы для выбора наиболее эффективных поставщиков услуг. В-третьих, рыночные реформы сопряжены с высокими транзакционными издержками. Плохо идентифицируемый "продукт" медицинских организаций требует больших затрат на развитие договорных отношений в конкурентной среде. Переход к отношениям сетевого типа в Великобритании – признание этого очевидного ограничителя.

Наконец, весьма противоречиво идет процесс повышения гибкости труда и капитала. Вывод неэффективных звеньев оказания помощи и соответствующих ресурсов ограничивается политическими факторами. Нидерланды пытаются активизировать этот процесс, в Великобритании такая задача не ставится. Альтернатива рыночным реформам – использование современных методов управления и финансирования здра-

воохранения в неконкурентной среде, переход к отношениям сетевого типа с акцентом на кооперацию интегрированного покупателя и поставщиков медицинских услуг.

Выступая на международной конференции в Бостоне в июне 2005 г., известный британский исследователь Х. Хэм отметил, что сегодняшняя система здравоохранения Великобритании – это "причудливое сочетание иерархии, рыночной и сетевой модели" [Ham, 2005]. Возможно, поиск такого сочетания станет вектором будущих реформ.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

Ван де Вэн В. Реформы системы здравоохранения Нидерландов за последние 15 лет. Материалы совместного семинара Правительства РФ и Всемирного банка по вопросам здравоохранения. М., 2004.

Шейман И.М. Теория и практика рыночных отношений в здравоохранении. М., 2007.

Atun R. What are Advantages and Disadvantages of Restructuring a Health System to be More Focused on Primary Care Services? // WHO Health Evidence Network. 2004.

Bevan G. How Might Information Improve Quality of Care in the English NHS? // Euro Observer. 2007. Vol. 9. № 13.

Bultman J. Health Insurance in the Netherlands. Warsaw, 2005. December (slides).

Department of Health. Building on the Best: Choice, Responsiveness and Equity in the NHS. London, 2003.

Department of Health. Reforming NHS Financial Flows. London, 2002. October.

Dixon A., Le Grand J., Smith P. Shaping the National Health Service – can Market Forces be used for Good? King Fund. London, 2003.

Duran A., Sheiman I., Schneider M., Ovreteit J. Purchasers, Providers and Contracts // Purchasing to Improve Health System Performance. Buckingham, 2005.

Ettell S., Nolte E., Thomson S., Mays N. Capacity Planning in Health Care: Reviewing International Experience // Euro Observer. 2007. Vol. 9.

Fotaki M. Patient Choice and Empowerment – What does it Take to Make it Real? A Comparative Study of Choice in the UK and Sweden Under Market-oriented Reforms // Eurohealth. 2005. Vol. 11. № 3.

Gottret P., Schieber G. Health Financing Revisited. A Practitioner's Guide. World Bank. 2006.

Groenewegen P., Jong J. Dutch Health Insurance Reform: the New Role of Collectives // Eurohealth. 2007. Vol. 13. № 2.

Ham C. NHS Reform Developments Paper Presented at AcademyHealth 2005 // Annual Research Meeting, Boston. 2005. June.

Langenbrunner J., Kutzin J., Wiley M., Orosz E. Rewarding Providers // Purchasing to Improve Health System Performance. Buckingham, 2005.

Naik G. Dutch Treatment // The Wall Street Journal. 2007. 6 September.

OECD. Health Data-Version: July 2007 (www.oecd.org).

OECD. Towards High-Performing Health Systems. Summary Report. Paris, 2004.

Roland M. Linking Physicians' Pay to the Quality of Care – a Major Experiment in the United Kingdom // New England Journal of Medicine. 2004. September.

Roland M. Linking 30% of UK GP's Pay to Quality of Care: a Unique Collaboration between Funders, Physicians and Academics // Slides for the Presentation at the AcademyHealth Annual Research Meeting in Boston. 2005. 26–28 June.

Savas S., Sheiman I., Tragakes L. Contracting Models and Provider Competition // Critical Changes for Health Care Reform in Europe. Buckingham, 1998.

Schneider M., Cerniauskua G., Murauskiene L. Health System of Central and Eastern Europe. Bays. Augsburg, 2002.

Schut F., Greb S., Wasem J. Consumer Price Sensitivity and Social Health Insurance Choice in Germany and the Netherlands // International Journal of Health Care Finance and Economics. 2003. Vol. 3.

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

Thomson S., Dixon A. Choices in Health Care: the European Experience // Euro Observer. 2004. Vol. 6. № 4.

WHO Regional Office for Europe. 2007. January.