

Серия изданий Европейской обсерватории  
по системам здравоохранения

# Регулирование предпринимательской деятельности в системах здравоохранения европейских стран

Под редакцией  
Ричарда Б. Солтмана,  
Райнхарда Буссе и  
Элайаса Моссиалоса

Регулирование предпринимательской деятельности в  
системах здравоохранения европейских стран

Под редакцией Ричарда Б. Солтмана,  
Райнхарда Буссе и Элайаса Моссиалоса

**Регулирование  
предпринимательской  
деятельности в системах  
здравоохранения  
европейских стран**

## **Серия изданий Европейской обсерватории по системам здравоохранения**

### **Редакторы серии**

*Жозеп Фигерас* — руководитель секретариата и директор по вопросам исследований Европейской обсерватории по системам здравоохранения, а также руководитель Европейского центра политики в области здравоохранения Европейского регионального бюро Всемирной организации здравоохранения.

*Мартин Макки* — директор по вопросам исследований Европейской обсерватории по системам здравоохранения и профессор кафедры европейского общественного здравоохранения Лондонской школы гигиены и тропической медицины, а также один из директоров Европейского центра по вопросам охраны здоровья в странах с переходной экономикой при этой школе.

*Элайас Моссиалос* — директор по вопросам исследований Европейской обсерватории по системам здравоохранения и рецензент Мемориального фонда им. Брайана Абея-Смита по тематике политики в области здравоохранения на факультете социальной политики Лондонской школы экономики и политических наук, а также один из директоров Лондонской школы здравоохранения и социального обеспечения.

*Ричард Б. Солтман* — директор по вопросам исследований Европейской обсерватории по системам здравоохранения и профессор по вопросам политики в области здравоохранения и управления Школы общественного здравоохранения им. Роллинса, Университет Эмори, Атланта, Джорджия.

### **О настоящей серии**

Основное внимание в изданиях данной серии посвящено ключевым вопросам формирования политики в области здравоохранения в Европе. В каждом исследовании рассматриваются концептуальная основа, полученные результаты и уроки в отношении развития более справедливых, эффективных и действенных систем здравоохранения в Европе. С учетом этой направленности целью данной серии является содействие развитию в большей степени ориентированного на существующие реалии подхода к формулированию политики в секторе здравоохранения.

Данные исследования будут иметь важное значение для всех занимающихся разработкой или оценкой национальной политики здравоохранения и, в частности, будут полезны для лиц, ответственных за вопросы политики в области здравоохранения и их консультантов, которые испытывают постоянно растущее давление в плане рационализации структуры и финансирования систем здравоохранения. Данная серия будет полезна также для научных работников и студентов, занимающихся вопросами политики в области здравоохранения, которые пытаются лучше разобраться в сложных альтернативных вариантах, существующих в рамках систем здравоохранения в Европе.

### **Опубликованные и готовящиеся к публикации работы**

(на русском языке выйдут в свет в издательстве «Весь Мир»)

Martin McKee and Judith Healy (eds): *Hospitals in a Changing Europe*

Martin McKee, Judith Healy and Jane Falkingham (eds): *Health Care in Central Asia*

Elias Mossialos, Anna Dixon, Josep Figueras and Joe Kutzin (eds): *Funding Health Care: Options for Europe*

Richard B. Saltman, Reinhard Busse and Elias Mossialos (eds): *Regulating Entrepreneurial Behaviour in European Health Care Systems*

**Европейская обсерватория по системам здравоохранения** представляет собой уникальный проект, основывающийся на стремлении всех участвующих в его осуществлении партнеров к совершенствованию систем здравоохранения. Этими партнерами являются:

- Европейское региональное бюро Всемирной организации здравоохранения
- Правительство Греции
- Правительство Норвегии
- Правительство Испании
- Европейский инвестиционный банк
- Институт открытого общества
- Всемирный банк
- Лондонская школа экономики и политических наук
- Лондонская школа гигиены и тропической медицины

ЕОСЗ оказывает помощь и поддержку в разработке политики здравоохранения на основе имеющихся данных и всестороннего подробного анализа динамики систем здравоохранения в Европе.

**Серия изданий Европейской обсерватории по системам здравоохранения**

Под редакцией Жозепа Фигераса, Мартина Макки, Элайаса Моссиалоса и Ричарда Б. Солтмана



# **Регулирование предпринимательской деятельности в системах здравоохранения европейских стран**

Под редакцией

**Ричарда Б. Солтмана,**

**Райнхарда Буссе и**

**Элайаса Моссиалоса**

Опубликовано от имени Европейской обсерватории  
по системам здравоохранения

**Издательство «Весь Мир»**

2002

УДК 614  
ББК 51.1  
Ре 31

*Оригинальное издание опубликовано «Оупен Университи Пресс» от имени Европейской обсерватории по системам здравоохранения под названием Regulating entrepreneurial behaviour in European health care systems (European Observatory on Health Care Systems Series)*

*Published by Open University Press on behalf of the European Observatory on Health Care Systems in 2002 under the title Regulating entrepreneurial behaviour in European health care systems (European Observatory on Health Care Systems Series)*

© World Health Organization 2002

*Права на публикацию русского издания предоставлены издательству «Весь Мир» Директором Европейского регионального бюро ВОЗ.*

*Выраженные в настоящей публикации мнения, а также мнения редакторов и лиц, предоставивших соответствующие материалы, не обязательно отражают решения или политику, принятую организациями, не являющимися участниками Европейской обсерватории по системам здравоохранения.*

**Ре 31 Регулирование предпринимательской деятельности в системах здравоохранения европейских стран.** / ред. Солтман Р. Б., Буссе Р., Моссиалос Э. /Пер. с англ. — М: Издательство «Весь Мир», 2002. — 272 с.

© World Health Organization 2002  
ISBN 5-7777-0184-1

В книге исследуются основные механизмы и подходы к регулированию предпринимательства в области здравоохранения. Рассматриваются вопросы соблюдения баланса между свободным предпринимательством и жестким государственным контролем; аспекты регулирования предпринимательской деятельности в отдельных сферах, например в работе больниц, на рынках медикаментов, в социальной медицине и в стоматологии. Рассматриваются принципы государственной политики и проблемы коррупции. Издание предназначено для руководителей в области здравоохранения, менеджеров, предпринимателей, преподавателей и студентов.

*Перевод на русский язык — Издательство «Практика»  
Верстка — Издательство «Весь Мир»*

*Отпечатано в России*

ISBN 5-7777-0184-1

## Оглавление

Указатель рисунков и таблиц	vii
Список авторов	ix
От редакторов	xi
Предисловие	xiii
Выражение признательности	xv
<b>Часть 1</b>	<b>1</b>
<b>Глава 1. Соотношение централизованного регулирования и частного предпринимательства в здравоохранении европейских стран: теория и практика</b>	<b>3</b>
<b>Часть 2.</b>	<b>55</b>
<b>А. Концептуальные проблемы</b>	<b>57</b>
<b>Глава 2. «Хорошее» и «плохое» регулирование: обзор дилемм государственной политики</b>	<b>58</b>
<b>Глава 3. Чему нас учит опыт регулирования в сфере коммунальных услуг</b>	<b>77</b>
<b>Глава 4. Аккредитация и регулирование качества в здравоохранении</b>	<b>97</b>
<b>Глава 5. Коррупция как препятствие для эффективного регулирования в здравоохранении</b>	<b>113</b>

<b>Б. Ситуация в отраслях, где предпринимательство находится на подъеме</b>	133
<b>Глава 6. Регулирование предпринимательской деятельности больниц: теория и практика</b>	134
<b>Глава 7. Предпринимательская деятельность на рынках медикаментов и влияние регулирования</b>	155
<b>Глава 8. Регулирование предпринимательства в социальной медицине</b>	173
<b>Глава 9. Регулирование предпринимательской деятельности сторонних плательщиков в здравоохранении</b>	189
<b>В. Ситуация в отраслях, где уровень предпринимательства высок и не меняется</b>	211
<b>Глава 10. Регулирующая среда общей практики в международной перспективе</b>	212
<b>Глава 11. Регулирование предпринимательства в стоматологии</b>	229
Предметный указатель	249

## Указатель рисунков и таблиц

<b>Рисунок 3.1</b>	Распределение показателей снижения себестоимости на примере 203 случаев выдачи контрактов на сторону	87
<b>Рисунок 4.1</b>	Внешний и внутренний отзыв	100
<b>Рисунок 5.1</b>	Взаимоотношения между агентами здравоохранения и типы коррупции	115
<b>Рисунок 8.1</b>	Формы организации официальной социальной медицины в странах Западной Европы	180
<b>Рисунок 10.1</b>	Уровни применения регулирующих мер и линии подотчетности	215
<b>Рисунок 11.1</b>	Недавние перемены в предоставлении стоматологических услуг в некоторых европейских странах с двух точки зрения: поставок и финансирования	234
<b>Таблица 1.1</b>	Цели социальной и экономической политики	15
<b>Таблица 1.2</b>	Механизмы управления здравоохранением	16
<b>Таблица 1.3</b>	Межсекторные аспекты регулирования здравоохранения	17
<b>Таблица 1.4</b>	Степень вмешательства государственной власти в деятельность системы здравоохранения	22
<b>Таблица 1.5</b>	Стратегии регулирования здравоохранения	23
<b>Таблица 1.6</b>	Регулирование предпринимательской деятельности медицинских страховых фондов и других сторонних плательщиков	35



<b>Таблица 1.7</b>	Регулирование предпринимательской деятельности больниц	36
<b>Таблица 1.8</b>	Регулирование предпринимательской деятельности в амбулаторном обслуживании	39
<b>Таблица 1.9</b>	Регулирование предпринимательской деятельности фармацевтической промышленности и аптек	42
<b>Таблица 1.10</b>	Регулирование предпринимательской деятельности в социальной медицине	44
<b>Таблица 1.11</b>	«Заповеди» регулирования	47
<b>Таблица 3.1</b>	Конкурентный потенциал различных коммунальных служб	84
<b>Таблица 4.1</b>	Аспекты построения системы аккредитации	102
<b>Таблица 5.1</b>	Уровни коррупции в обществе	124
<b>Таблица 6.1</b>	Основные тенденции и результаты больничных реформ в странах Европы	145
<b>Таблица 10.1</b>	Характеристики, отражающие регулирование рынка услуг врачей общей практики (статус занятости, система оплаты, система персональных списков зарегистрированных больных, наличие функции «привратника») в зависимости от типа организации системы здравоохранения	219
<b>Таблица 10.2</b>	Характеристики, указывающие на возможности профессионального общественного контроля (процент врачей общей практики, прошедших совершенствование после окончания курса учебы, распределение организационных единиц общей практики согласно количеству работающих в них врачей) в зависимости от типа организации системы здравоохранения	220

## Список авторов

Винке Бурма (Wienke Voerma) является старшим научным сотрудником Nivel (Нидерландского научно-исследовательского института служб здравоохранения).

Райнхард Буссе (Reinhard Busse) — доцент кафедры эпидемиологии, социальной медицины и исследований систем здравоохранения при Ганноверском медицинском институте (Германия), а также руководитель мадридского филиала Европейской обсерватории по системам здравоохранения.

Давид Чиниц (David Chinitz) является старшим лектором по политике и управлению в области здравоохранения при Школе общественного здравоохранения Еврейского университета в Иерусалиме (Израиль).

Дженнифер Диксон (Jenniffer Dixon) является руководителем программы по политике в области здравоохранения при Королевском фонде, Лондон (Соединенное Королевство).

Антонио Дуран-Морено (Antonio Duran-Moreno) является руководителем (Tecnicas de Salud) технологий здравоохранения в г. Севилья (Испания) и постоянным консультантом ВОЗ.

Тим Энсор (Tim Ensor) является старшим научным сотрудником и руководителем международной программы при Центре экономики здравоохранения, Йоркский университет (Соединенное Королевство).

Джюльен Фордер (Julien Forder) является научным сотрудником по вопросам здравоохранения и социального обеспечения Лондонской школы экономики и политических наук (Соединенное Королевство).

Том ван дер Гринтен (Tom van der Grinten) является профессором по политике и организации здравоохранения на факультете политики и управления здравоо-

хранением Университета имени Эразма Роттердамского, г. Роттердам (Нидерланды).

Питер Груневеген (Peter Groenewegen) является руководителем отделения исследований Nivel Нидерландского научно-исследовательского института служб здравоохранения и профессором по социальным и географическим аспектам здоровья и здравоохранения на факультете социологии и географии Утрехтского университета (Нидерланды).

Дорт Хойст (Dorthe Hoist) является профессором факультета коммунальной стоматологии при Университете г. Осло (Норвегия).

Элайас Моссиалос (Elias Mossialos) является директором по вопросам исследований Европейской обсерватории по системам здравоохранения и рецензентом мемориального фонда имени Бранена Абеля-Смита по тематике политики в области здравоохранения на факультете социальной политики Лондонской школы экономики и политических наук, а также одним из директоров Лондонской школы здравоохранения и социального обеспечения.

Моник Мразек (Monique Mrzek) является научным сотрудником по вопросам здравоохранения и социального обеспечения в Лондонской школе экономики и политических наук (Соединенное Королевство) Пауль Эрик Петерсен (Poul Erik Petersen) является профессором факультета коммунальной стоматологии при Копенгагенском университете (Дания) (сотрудничающий центр ВОЗ по коммунальным программам в области гигиены полости рта).

Жауме Пуиг-Жюнуа (Jaume Puig-Junoy) является профессором факультета экономики и бизнеса при Университете Помпеу Фабра (УПФ) в Барселоне (Испания) и секретарем научно-исследовательского центра по вопросам здоровья и экономики при УПФ.

Ана Рико (Ana Rico) является научным сотрудником мадридского филиала Европейской обсерватории по системам здравоохранения (Испания).

Ричард Б. Солтман (Richard B. Saltman) является директором по вопросам исследований Европейской обсерватории по системам здравоохранения и профессором по вопросам политики в области здравоохранения и управления Школы общественного здравоохранения имени Роллинса, Университет Эмори, Атланта, Джорджия.

Элли Скривенс (Ellie Scrivens) является профессором по вопросам политики здравоохранения в Центре планирования и управления в области здравоохранения и руководителем отделения по поддержке обеспечения контроля НСЗ (NHS) при Килском университете, графство Стаффордшир (Соединенное Королевство).

Абри Шейхам (Aubrey Sheiham) является профессором Международного центра по вопросам здоровья и общества на факультете эпидемиологии и общественного здравоохранения при Медицинской школе Университетского колледжа в Лондоне (Соединенное Королевство).

Игорь Шейман является руководителем проекта Бостонского университета по вопросам права и регулирования реформы здравоохранения в Москве (Российская Федерация).

Пер-Гуннар Свенссон (Per-Gunnar Svensson) является генеральным директором Международной больничной федерации в Лондоне (Соединенное Королевство).

Юрген Вазем (Jürgen Wasem) является профессором по административным аспектам бизнеса и управлению в области здравоохранения при Университете имени Эрнста-Морица Арндта, Грайфсвальд (Германия).

## От редакторов

Лица, ответственные за государственную политику в странах Европы, придерживаются единого мнения о коренных задачах здравоохранения. Перечень этих задач краток: доступ к медицинским услугам для всех граждан, улучшение здоровья населения, эффективное использование средств, высокое качество услуг, отзывчивость на нужды больных. С этой формулой согласны представители всех политических сил; она неоднократно — иногда с теми или иными вариациями — звучала в ходе большинстве недавних избирательных кампаний в европейских странах.

Этот консенсус, однако, существует только на уровне абстрактных политических рассуждений. Стоит лицам, принимающим политические решения, сделать шаг по пути проведения деклараций в жизнь, как общие принципы сразу же расплываются, превращаясь в ряд несхожих, иногда противоречащих друг другу подходов. И это вполне естественно. В странах с различными историческими, культурными и политическими традициями на протяжении долгого времени складывались совершенно различные институциональные структуры финансирования и предоставления медицинских услуг.

В связи с подобным многообразием естественно возникает вопрос о том, каковы сильные и слабые стороны отдельных систем, и какой подход предпочтительнее в том или ином конкретном контексте, для решения тех или иных приоритетных политических задач. Заинтересованность политиков в ответах на этот вопрос породила волну реформ, охватившую системы здравоохранения стран Европы в 1990-х годах. Реформы, в свою очередь, способствовали расширению научно-методологической базы как для политиков, так и для специалистов по клинической медицине, и породили возможность хотя бы частично преодолеть организационные трудности на пути к более целенаправленной и обоснованной политике в области здравоохранения для всей Европы.

Книги, публикуемые в серии «Наблюдения за европейскими системами здравоохранения», посвящены комплексному анализу политики в области здравоохранения. Авторы серии — академические ученые и специалисты по разработке политического курса, работающие в различных учреждениях ряда стран; каждый из них вносит свой вклад в синтетическую картину современного здравоохранения. В каждой из книг подробно рассматриваются теоретические основы, итоги и уроки движения европейских систем здравоохранения к более справедливому распределению услуг, большей эффективностью и экономичности. Задача серии в целом — способствовать формированию более научно обоснованного подхода к формулировке политических задач для здравоохранения. В исследованиях уделяется должное внимание культурным, социальным и экономическим различиям между странами и, соответственно, разрабатывается ряд политических альтернатив для принятия решений в будущем. Анализ сильных и слабых сторон различных политических подходов служит решению главной задачи, ради которой и была предпринята вся серия: создать своего рода мост между академической наукой и реальной политикой и стимулировать разработку стратегических мер по реформированию здравоохранения в соответствии с насущными требованиями.

Серия «Наблюдения за европейскими системами здравоохранения» создается совместными усилиями трех международных агентств, трех национальных правительств, двух научно-исследовательских учреждений и одной международной неправительственной организации. В создании серии участвуют Европейское управление Всемирной организации здравоохранения (эта организация формирует секретариат «Наблюдений»), правительства Греции, Норвегии и Испании, Европейский инвестиционный банк, институт «Открытое общество», Всемирный банк, Лондонская школа гигиены и тропической медицины и Лондонская школа экономических и политических наук.

Более подробную информацию о книжной серии и других публикациях, выпускаемых под рубрикой «Наблюдения за европейскими системами здравоохранения», можно найти на сайте [www.observatory.dk](http://www.observatory.dk).

*Жозеп Фигерас, Мартин Макки, Элайас Моссиалос, Ричард Б. Солтман*

## Предисловие

Проведение политики в области здравоохранения часто осложняется кажущимся противоречием между двумя кардинальными задачами. С одной стороны, демографические изменения и развитие техники порождают потребность в новых методах, пользуясь которыми поставщики медицинских услуг могли бы более оперативно реагировать на нужды больных. С другой стороны, недостаточно изученные методы медицинского вмешательства и недостаточно продуманные схемы лечения создают риск для здоровья, а иногда и для жизни больных. Столкнувшись с этим противоречием, многие из тех, кто формирует политику в области здравоохранения, приходят к мысли, что единственным ответственным решением является принятие строгого режима регулирования. Опасаясь непредсказуемых последствий свободного предпринимательства, эти деятели предпочитают держаться хорошо известных статических, часто бюрократических моделей деятельности.

Настоящая книга посвящена доказательству того, что искусство регулирования заключается в разработке стратегических мер, обеспечивающих осмотрительное внедрение новых форм и методов работы в сочетании с полностью ответственным отношением к нуждам больных. Иначе говоря, хорошее регулирование — это умение придерживаться средней линии между свободным предпринимательством и жестким государственным контролем. Такое регулирование — не самоцель, а средство, служащее движению вперед. Разрабатывая новые подходы к регулированию и работая со странами, адаптирующими эти подходы к своим условиям, международные организации гарантируют сочетание динамизма, свойственного предпринимательству, со стабильностью, которая жизненно важна для нормального функционирования здравоохранения.

По существу, регулирование должно трактоваться как важнейший инструмент эффективного управления. Чтобы правительства могли успешно управлять систе-

#### **xiv Регулирование предпринимательской деятельности в системах здравоохранения**

мами здравоохранения в интересах общества, их регулирующие инициативы должны предприниматься с учетом широкого спектра новых и традиционных задач и способствовать как внедрению новаций, так и бесперебойному функционированию сложившейся системы. Именно подобное сочетание регулирования с предпринимательством — залог успешного управления здравоохранением. Настоящий том — ценный вклад в достижение этой цели.

*Марк Данзон,  
Директор Европейского регионального бюро  
Всемирной организации здравоохранения*

## **Выражение признательности**

Эта книга входит в серию «Наблюдения за европейскими системами здравоохранения». Мы благодарны нашим авторам, которые оперативно предоставили свои тексты, а затем совершенствовали их.

За подробные и конструктивные замечания по первому варианту Части 1 мы особенно признательны Ричарду Олдерслейду, Давиду Чиницу, Антонио Дурану, Жозепу Фигерасу, Гуннару Гризевеллу, Нику Дженнетту, Мартину Макки, Чарлзу Норману, Клайву Сми и Герберту Цёльнеру. Мы благодарим также партнеров «Наблюдений» за их вклад в создание и совершенствование текста.

Мы благодарны всем нашим коллегам из «Наблюдений», участвовавшим в работе по подготовке книги. Это прежде всего Венди Висбаум (редактирование и поддержка проекта), Суси Лессоф (координация исследований), Джеффри Лейзарус, Дженн Кейн и Филлис Даль (организация производства), Мириам Андерсон (административная поддержка). Особая благодарность Фрэнку Текстону за окончательное редактирование рукописи перед публикацией.

*Ричард Б. Солтман, Райнхард Буссе, Элайас Моссиалос*





часть ПЕРВАЯ



## глава ПЕРВАЯ

### **Соотношение централизованного регулирования и частного предпринимательства в здравоохранении европейских стран: теория и практика**

*Ричард Б. Солтман и Райнхард Буссе*

#### **Новые проблемы, связанные с регулированием здравоохранения**

Последнее десятилетие XX века стало временем резкого подъема предпринимательской инициативы в здравоохранении европейских стран. Активная и разносторонняя деятельность по совершенствованию медицинского обслуживания, по повышению его качества и эффективности развернулась в государственном и некоммерческом частном секторах, в лечебных и вспомогательных медицинских заведениях. Бурный процесс структурной перестройки здравоохранения, в значительной степени обусловленный действием рыночных механизмов, охватил значительную часть Европы — от Великобритании и Скандинавии на севере до Испании, Португалии и Италии на юге, от Нидерландов и Германии до тех стран Центральной Европы, которые еще не успели вступить в Европейское сообщество. Медицинское обслуживание совершенствовалось не так быстро, как надеялись многие сторонники внедрения новых методов; вместе с тем подъем, вопреки предсказаниям скептиков, оказался весьма существенным. Последние десять лет явились периодом весьма значительных организационных преобразований, причем движущей силой этого процесса стала активизация предпринимательства (Saltman and Figueras 1997; Saltman *et al.* 1998; Paton *et al.* 2000).

Принято считать, что предпринимательская деятельность играет решающую роль в развитии производства, стимулируя создание, развитие, внедрение и сбыт новых товаров и услуг. Опыт европейских стран показал, что предпринимательство может весьма эффективно стимулировать также организационную перестройку системы здравоохранения. Самое точное с экономической точки зрения определение понятия «предприниматель» принадлежит французскому экономисту Сею (начало XIX в.). Согласно этому определению, предпринимателем является тот, кто «перемещает экономические ресурсы из области низкой производительности и

#### 4 Регулирование предпринимательской деятельности в системах здравоохранения

прибыли в область высокой производительности и прибыли» (Drucker 1985: 21). Примерно век спустя немецкий экономист Шумпетер выдвинул идею о неразрывной связи предпринимательства с периодами подъема и спада в ходе больших экономических циклов, порождаемых новыми технологиями и растущими на их основе отраслями промышленности (Schumpeter 1911). Роль предпринимателя заключается в том, чтобы извлечь пользу из возникающих перед ним широких возможностей для структурной перестройки: создавая ситуацию «динамической неустойчивости» и «созидательного разрушения», он способствует прогрессу народного хозяйства, достижению им новых уровней эффективности и экономичности. Развивая этот подход Хамел и Прахалад исследуют феномен предпринимательства уже с точки зрения отдельно взятой фирмы; по их мнению, подлинное предпринимательство заключается не только в разработке нового продукта, но и в предвидении и создании новых, доныне не существовавших секторов рынка (именно так действовала в 1980-х годах фирма Sony, запустившая в производство видеокамеру). Согласно этим исследователям, предметом конкуренции между предпринимателями служит не только доля на рынке или прибыль, но и нечто более существенное, а именно — «формирование структуры будущих производств» (Hamel and Prahalad 1994: 25). Оптимистические воззрения поборников предпринимательства обобщены в следующем определении: предприниматель — тот, кто «стремится к переменам, реагирует на них и использует предоставляемые ими возможности» (Drucker 1985: 28).

Сходным образом рассуждают и те, кто стремится использовать уроки предпринимательства в некоммерческом частном и государственном секторах, хотя цель предпринимательства здесь совершенно иная. Как указывает Дис, социальное предпринимательство «сочетает пафос общественного служения с такими деловыми качествами, как дисциплина, стремление к новому и решительность» (Hunt 2000: 27). Ван дер Гринтен исследует понятие социального предпринимательства на примере новых методов обслуживания в некоммерческих больницах и поликлиниках Нидерландов (van der Grinten 1999). Логика социального предпринимательства занимает Гуда, указавшего на важность предоставления высшим государственным чиновникам предпринимательских функций при проведении новых установок в социальном секторе (Hood 1991). Липски в своем классическом исследовании «бюрократии местного уровня» (Lipsky 1980) показывает, что новаторский подход, присущий подлинному предпринимательству, часто обнаруживается на противоположном иерархическом полюсе государственного сектора: его проявляет персонал, непосредственно работающий с клиентами. Хантер подчеркивает, что традиционные бюрократические ограничения в здравоохранении могут успешно сосуществовать с административной автономией, которая является важным компонентом Новой школы государственного управления Гуда (Hunter 1997). Дракер заключает свой анализ следующим утверждением: новации и предпринимательство «нужны обществу в той же степени, что и экономике, государственным учреждениям — в той же степени, что и бизнесу» (Drucker 1985: 254).

Таким образом, внесение элемента предпринимательства должно благотворно сказаться на развитии здравоохранения — при условии, что он поможет государству решать стоящие перед ним задачи. На уровне отдельной организации предпринимательство стремится к модернизации, рационализации и повышению эффективности. В частном секторе показателями эффективности служат, как правило, рост прибыли и повышение удельного веса на рынке, а в некоторых отраслях — также повышение качества товаров и услуг. Для государственного сектора показа-

телями эффективности являются увеличение объема и улучшение качества услуг, рост финансового резерва, а в некоторых секторах — также рост удельного веса на рынке. Высокая эффективность считается также необходимым условием сохранения благ, предоставляемых государством населению.

Некоторые экономисты придают предпринимательству важное общественное значение, полагая, что оно расширяет выбор товаров и услуг, доступных отдельным лицам (Rice 1998). Расширение выбора может стать одним из важных результатов модернизации государственной системы здравоохранения (Saltman and von Otter 1992). С точки зрения государственного планирования преимущества предпринимательской деятельности заключаются прежде всего в лучшем соотношении между вложенными средствами и полученным результатом, что иногда обозначается как «лучшая рыночная стоимость денег» (Smee 1995).

Мощный инновационный импульс, порожденный предпринимательством, может сыграть во многом отрицательную роль, если он не будет сдерживаться эффективным государственным регулированием. Предприниматель стремится разделить рынок на мелкие участки, найти самый выгодный и разрабатывать его, тогда как государству необходимо, чтобы весь рынок работал эффективно и снабжал население товарами по доступным ценам. Отсутствие ограничений на предпринимательскую деятельность приводит к весьма разнообразным негативным последствиям. В сфере финансирования систем здравоохранения к таковым относятся банкротство страховых компаний (Чешская Республика, Словацкая Республика), огромное превышение расходов над доходами (Венгрия, Эстония), попытки разработать такие «корзины услуг», которые отсеивают «нежелательных» (то есть более дорогостоящих) клиентов (Нидерланды; см. de Roo 1995) и др. Как подчеркивают в Главе 9 Шейман и Вазем, страны Центральной и Восточной Европы на своем горьком опыте испытали, насколько опасно в области страхования здоровья учреждать новые механизмы предпринимательства, не подкрепив их адекватным контролем со стороны государства. Далее, в сфере конкретных медицинских услуг недостаток государственного регулирования затрудняет контроль за деятельностью некомпетентных хирургов, чьи операции раз за разом заканчиваются смертью больного (случай хирурга-педиатра из Бристоля, Великобритания), владельцев аптек, продающих сильнодействующие препараты без рецептов (Испания), частных клинических лабораторий, фальсифицирующих результаты анализов (Швеция), недобросовестных фармацевтических компаний, сбывающих просроченный товар ничего не подозревающим больным (бывшие советские республики) и т. д.

Чтобы не допустить подобных отрицательных последствий, государство разрабатывает сложные и всесторонне действующие механизмы регулирования: от законодательных актов и официальных требований к отчетности до различных рычагов воздействия — как позитивного (субсидии), так и негативного (судебное преследование). Уникальный в своем роде характер здравоохранения как социального и в то же время личного блага делает роль регулирования в данном секторе особенно важной (Saltman, в печати). Вместе с тем государственное регулирование — существенно важный элемент контроля над предпринимательством во всех секторах современного хозяйства. В большей части Европы отрасли производства, связанные с обслуживанием потребителя, функционируют в соответствии с определенными законодательными и правовыми нормами, обязаны учитывать определенные требования к безопасности производства и качеству товаров, обеспечивать сохранность окружающей среды и т. д. Антимонополистические санкции со стороны Европейской комиссии угрожают даже самым крупным и богатым корпорациям частного секто-

ра. Некоторые более или менее нелепые аргументы в пользу ослабления государственного регулирования должны оцениваться в контексте весьма развитой системы ограничений, налагаемых в настоящее время государством на предпринимательскую деятельность: даже в случае довольно радикальных попыток ослабления государственного контроля значительная часть регулирующего механизма непременно останется нетронутой. Имея в виду социальный характер здравоохранения, можно сказать, что в этом секторе предпринимательская инициатива особенно нуждается в управлении и упорядочении, дабы исключить опасность своекорыстных, эгоистических решений.

Заинтересованное отношение к социальному аспекту регулирования проявилось в недавних (осуществленных на протяжении 1990-х гг.) опытах по упорядочению предпринимательской деятельности в здравоохранении ряда европейских стран. Именно за это десятилетие была выполнена основная работа по созданию новых регулирующих механизмов. Во многом в ответ на подъем предпринимательской деятельности в большинстве европейских стран были разработаны новые и усовершенствованы существующие формы ее упорядочения и направления в определенное русло. Так, в Великобритании разделение покупателей и поставщиков, создание самоуправляемых трестов и учреждение кооперативов врачей общей практики потребовали издания множества нормативных документов, согласованность и обоснованность которых ныне изучается Министерством здравоохранения (С.Н. Smee, личное сообщение). В Германии развитию государственных регулирующих механизмов способствовали создание возможности выбора между различными фондами медицинского страхования, учреждение глобальных бюджетов для больниц и другие меры по контролю за ростом цен. Аналогичные процессы происходили в Нидерландах, Испании, Италии, странах Скандинавии. Деятельность по совершенствованию государственного регулирования не прекращалась в течение всего десятилетия: необходимо было реагировать на новые проблемы, на развитие здравоохранения, на изменения политики, обусловленные приходом к власти новых правительств.

Расширение сфер предпринимательской активности сопровождалось расширением соответствующих им сфер государственного регулирования. Как уже указывалось (см. Saltman 1997; Saltman and Figueras 1997), характерный для западноевропейских стран рост доверия к рынку при принятии решений, ориентированных на производство в области здравоохранения, сопровождался усилением роли государства (в данном случае деятельность государства была ориентирована не столько на вложение средств, сколько на получение результата). Поскольку от государства ныне ожидается, что оно будет «грести меньше, а рулить больше», его участие в управлении здравоохранением должно заключаться во всемерном расширении данного сектора и в его модернизации. Контролирующие функции государства получили настолько значительное развитие, что термин «надзор» (англ. *stewardship*) ныне используется по отношению ко всей государственной политике в сфере здравоохранения (Saltman and Ferrousier-Davis 2000; WHO 2000). Укорененная в религии и экологии, концепция «надзора» обязывает государство управлять всей системой здравоохранения, руководствуясь нормами этики и финансовой целесообразностью. Регулирование, как основной инструмент «надзора», должно удовлетворять этим же двум требованиям. Государство, допускающее ошибки при регулировании предпринимательства в области здравоохранения, рискует утратить репутацию ответственного «надзирающего».

По мере того как сфера государственного регулирования расширялась, возрастало осознание того, что «хорошее регулирование» (пользуясь выражением Чиница из Главы 2) — это сложный и часто утомительный процесс. Как указывают в Гла-

ве 3 Рико и Пюи-Жюнуа, намного труднее регулировать рынок с его конкурирующими агентами, чем такие традиционные монополии частного сектора, как предприятия общественного пользования. Число проблем больше, чем может показаться вначале, и нахождение нужного равновесия между ними — иначе говоря, примирение основных интересов ключевых действующих лиц — по сути представляет собой сложную задачу. Дополнительные осложнения возникают в связи с необходимостью избегать негативных последствий, получивших взаимоисключающие определения в трудах ряда специалистов по микроэкономике («обслуживающий сам себя протекционизм», «поглощение через регулирование» и т. п. — см. раздел «Теоретические представления о регулировании»). Сложная природа процесса регулирования сама по себе часто удивляет специалистов по микроэкономике, которые рассматривают регулирование только в чисто экономическом аспекте и готовы допустить, что вопросы, имеющие отношение к нему, должны решаться только исходя из соображений технической целесообразности.

Трудности, связанные с эффективным планированием государственного регулирования, технические проблемы, возникающие при принятии решений по регулированию, — все это в значительной степени способствовало тому, что в 1990-х гг. политиками была принята новая, более тонкая тактика, учитывающая национальную специфику. Регулирование больше не рассматривается как вещь в себе, как своего рода «черный ящик», по отношению к которому политик занимает либо приемлющую, либо отвергающую позицию. Искусство хорошо регулировать ныне включает ясное понимание того, что государственное регулирование — не цель, а средство, помогающее решать нужные задачи. Более того, концептуально мыслящие экономисты — такие, как Арроу (Arrow 1963), Сен (Sen 1978), Райс (Rice 1998), — отмечают, что рыночные механизмы, лежащие в основе предпринимательской деятельности, недостаточны для осмысления и решения основных нормативных задач, которые большинство правительств ставит перед здравоохранением.

Недавняя активизация предпринимательской деятельности в системе здравоохранения европейских стран вовсе не обязательно обусловлена ростом приватизации в данном секторе. Как было показано в других работах (Saltman and von Otter 1992; LeGrand and Bartlett 1993; Saltman 1997), не существует неразрывной связи между внедрением конкурентных механизмов в государственную систему медицинского обслуживания и переводом поставщиков медицинских услуг из государственного сектора в частный. С другой стороны, внедрение рыночных механизмов в государственную систему здравоохранения сделает ее более эффективной и экономичной, заставит ее живее откликаться на нужды больных и, следовательно, будет способствовать ее укреплению и сохранению воплощаемых ею социальных ценностей. О разумности подобной позиции свидетельствует опыт Великобритании, Швеции, Финляндии, отдельных регионов Испании и Италии, а также некоторых стран Центральной Европы, прежде всего Венгрии и Чешской Республики (Saltman and Figueras 1997; Saltman *et al.* 1998; сходная тема развивается в недавно опубликованном исследовании структурной перестройки больниц, осуществляемой под руководством Всемирного банка: Harding and Preker 2000). В странах, где основное внимание уделялось осторожному развитию рыночных отношений в рамках государственной системы здравоохранения, за последние десять лет были приватизированы лишь немногие из государственных медицинских учреждений.

Четыре последующих раздела посвящены анализу сложных взаимоотношений между государственным регулированием и частным предпринимательством. Вначале мы рассматриваем и сопоставляем различные, часто противоречащие друг



другу дефиниции понятия «регулирование», используемые разными научными школами и дисциплинами. Затем мы применяем эти разнообразные представления к области здравоохранения и оцениваем их уместность в интересующем нас контексте. Далее, опираясь на данные, изложенные в отдельных главах Части 2, мы разрабатываем типологию, служащую для классификации инициатив по регулированию. Наконец, мы излагаем выводы, которые могут служить принятию политических решений, касающихся развития здравоохранения в Европе.

### **Теоретические представления о регулировании**

Проблема регулирования — одна из самых спорных в области социальной организации. Процесс управления деятельностью негосударственных секторов со стороны национального государства привлекает повышенное внимание аналитиков начиная по меньшей мере с середины века, когда Даунс впервые подверг критике традиционную веберовскую модель бюрократии (Downs 1957). В ходе дискуссии был затронут ряд основополагающих вопросов: что такое регулирование, может ли оно принести пользу, и если да, то при каких условиях, кто должен его осуществлять, какие организационные структуры и механизмы должны при этом использоваться. Различные дисциплины рассматривают эти и сходные проблемы исходя из разных концептуальных предпосылок, что затрудняет ведение научной полемики.

Здесь читатель найдет краткий обзор различных представлений о регулировании как таковом и о регулирующей роли государства.

### **Различные определения понятия «регулирование»**

Общепринятой дефиниции понятия «регулирование» не существует. Имеющиеся определения многочисленны, разнообразны и часто исключают друг друга. Каждое из них отражает точку зрения той или иной дисциплины, ту или иную политическую установку, ту или иную систему ценностей, лежащую в основе такой установки.

Как указывает Чиниц (см. Главу 2), регулирование выглядит совершенно по-разному в зависимости от того, рассматриваем ли мы его с точки зрения экономики, управленческой науки, права или политики. Деятельность по контролю за ценами, объемом производства, структурой рынка или поведением экономических агентов относится к компетенции экономистов. Специалисты по теории управления интересуются такими мерами, как взаимная корректировка, прямой надзор, установление стандартов, децентрализованное принятие решений. С точки зрения государственного управления наиболее важны процессы разработки, внедрения и отслеживания регулирующих инициатив. Правоведы занимаются законодательными аспектами регулирования, тогда как политологи — поиском компромиссов. Чиниц заключает, что в эмпирической действительности регулирование представляет собой непрерывно эволюционирующий конгломерат всех перечисленных аспектов.

Болдуин с соавторами (Baldwin *et al.* 1998) делит различные дефиниции понятия «регулирование», имеющие хождение в научной литературе, на три основные категории в зависимости от степени их «глобальности». Согласно первой, самой узкой категории, регулирование определяется как выдвижение обязательных правил, которые проводятся в жизнь государственными органами. Регулирование, понимаемое таким образом, может иметь как экономическую, так и социальную природу, однако

административные или уголовные санкции включаются в это понятие только при наличии соответствующего судебного решения. Вторая категория, встречающаяся главным образом в литературе по политической экономии, охватывает всю деятельность государственных органов по управлению экономикой. Понятие «регулирование» в этом существенно более широком смысле включает государственную собственность и государственные обязательства, а также требования по налогообложению и открытости. Согласно третьей, самой широкой категории, регулирование включает все механизмы преднамеренного и непреднамеренного социального контроля: глобальный подход к регулированию возникает в результате взаимодействия социальных норм и ценностей с осознанно принимаемыми политическими решениями.

Сходная шкала возрастающей полноты — но теперь уже в применении только к прямому государственному вмешательству — служит организующим принципом для серии подходов, рассмотренных в работе Альтмана с соавторами (Altman *et al.* 1999; методологически эта работа восходит к Wallack *et al.* 1991). Различаются четыре модели, составляющие своего рода континуум. С точки зрения общепринятой теории экономической деятельности регулирование понимается как искусственное сдерживание правительством рыночной активности, которая иначе носила бы спонтанный, ничем не сдерживаемый характер. Элемент вмешательства наименее выражен в элективной (избирательной) модели, согласно которой регулирующий механизм государства включается только для устранения трудностей на рынке. При директивной модели государство использует свои рычаги, выступая в качестве покупателя или регулятора ради того, чтобы стимулировать развитие определенных форм или стандартов услуг. При запретительной модели вмешательство государства имеет целью наложить ограничения на то, что стало доступным на рынке. Наконец, при самой жесткой прескриптивной (предписывающей) модели государство само определяет критерии предложения услуг на рынке.

Регулирование может определяться также с прямо противоположных позиций — в терминах социальных благ и нормативных ценностей, находящихся под влиянием некоторых типов экономической деятельности. При таком подходе нормативные ценности служат исходным пунктом и играют первоочередную роль, тогда как вопросам экономичности придается явно второстепенное значение. Предвосхитив распространенную ныне концепцию «надзора», Селзник еще полвека назад определил регулирование как «длительный, непрерывный и определенным образом сфокусированный контроль, осуществляемый государственными органами за социально значимой деятельностью» (Selznick 1985). Придерживаясь сходной логики, Колтон с соавторами постулирует существование двух уровней государственного регулирования экономических агентов (Colton *et al.* 1997). Менее ограничительный (общий) уровень регулирования заключается в том, чтобы добиться от компаний соблюдения государственных требований к защите потребителя, здоровью и безопасности наемных работников, охране окружающей среды. Более ограничительный, относительно жесткий уровень регулирования применяется — выражаясь юридическим языком этой разработанной в США доктрины — к «отраслям, которые являются предметом специального общественного интереса» (к их числу принадлежит и здравоохранение). Предприятия общественного пользования, относящиеся к таким отраслям, должны отвечать дополнительным критериям общественной подотчетности, всеобщей доступности, качества обслуживания. Подразумевается, что не только здравоохранение, но и все остальные секторы экономики непременно функционируют внутри политического рынка, где допустимые границы экономического поведения определяются государством (Colton *et al.* 1997; Polanyi 1944).

**Различные интерпретации мотивов, лежащих в основе регулирующей деятельности государства**

Среди аналитиков нет согласия также и по поводу того, зачем нужно и нужно ли вообще государственное регулирование в том или ином секторе экономики. Одни школы активно поддерживают регулируемую деятельность государства, другие полагают, что государство, играя активную роль, лишь обслуживает само себя. В предыдущем разделе отмечалось, что общепринятой дефиниции понятия «регулирование» не существует; аналогичный разброс мнений существует и по отношению к мотивам, которыми руководствуется государство в своей регулирующей деятельности.

Болдуин с соавторами (Baldwin *et al.* 1998) приводят три различных — и противоречащих друг другу — обоснования регулирующей деятельности. Первое — *общественный интерес* (public interest). В связи с концепцией общественного интереса подразумевается, что «хорошее правительство» может существовать в демократическом обществе и что оно может наилучшим образом служить интересам значительного большинства населения. По отношению к экономике это означает, что государство, защищая общественный интерес, принимает активное участие в исправлении несовершенств рынка; подразумевается, что специалисты и чиновники, ответственные за государственное регулирование, действуют с полной ответственностью и заслуживают доверия. Именно эта точка зрения лежит в основе распространённого ныне взгляда на государство как «надзирающую» инстанцию — при том, что концепция «надзора» (stewardship) включает также понятие эффективности и этическую составляющую (Saltman and Ferroussier-Davis 2000).

Совершенно иное понимание мотивов регулирующей деятельности государства вытекает из некоторых политологических работ 1930-х и 1940-х гг. (Lasswell 1936; Long 1949). Авторы этих исследований выдвинули концепцию «взаимодействия групповых интересов», согласно которой принятие регулирующих мер — реакция на столкновение различных общественных групп, каждая из которых отстаивает свои интересы; итоги этой борьбы могут быть различны — от свободной открытой конкуренции до превращения самых сильных групп в государственные монополии (Baldwin *et al.* 1998). При таком взгляде на вещи процесс превалирует над содержанием, а регулирование предстает не более чем одной из форм нормальной политической деятельности в плюралистическом обществе.

Наконец, сторонники третьего подхода опираются на микроэкономическую теорию, стремясь обнаружить осознанный своекорыстный интерес в поведении и решениях лиц, участвующих в осуществлении регулирующих мер. Научная школа, исповедующая концепцию индивидуального *своекорыстного интереса*, представляет государство как совокупность индивидов, приводящих в движение государственный механизм, и объясняет любые события, происходящие в сфере государственного регулирования, исходя из личных предпочтений каждого отдельного принимающего решения лица. С этой точки зрения регулирование выглядит не более чем товаром, который «сильные экономические агенты покупают ради того, чтобы с его помощью приобрести еще большее богатство» (Baldwin *et al.* 1998: 10). Данный подход в той или иной форме разделяют: сторонники теории поглощения (согласно которой регулирующие органы государства обслуживают главным образом интересы тех компаний или отраслей, которые подвергаются регулированию); родственные им по взглядам приверженцы теории «особого интереса» и «погоны за рентой» (индивиды и компании предпочитают регулирование, так как его можно использовать для ограничения роста новых фирм и для увеличения нераспределен-

ных прибылей); теоретики «чиновничьего выбора» (государственные чиновники заинтересованы прежде всего в необременительной работе, высокой зарплате и возведении империй, которые будут способствовать развитию их карьеры). Все эти теории сходятся в главном: государственное регулирование только подрывает экономичность и поэтому должно быть сведено к минимуму или ликвидировано.

Иной взгляд на регулируемую роль государства, более сочувственный по отношению к рыночным механизмам, изложен в Главе 2, методологической основой которой служат осуществленные Уильямсоном исследования иерархии и рынков (Williamson 1975, 1985). Согласно Уильямсону, важнейшие стратегические решения для любых организаций укладываются в схему «сделай сам или покупай» (англ. *make or buy*), корректируются стремлением к наживе и неполнотой знаний; по оценке Чиница, при таком взгляде государственное регулирование предстает по существу нейтральным техническим инструментом, обеспечивающим низкую стоимость сделок и, следовательно, повышающим экономичность. По словам Чиница, роль государства заключается в «совершенствовании методов, с помощью которых различные институциональные структуры позволяют участникам доводить свои сделки до конца». Таким образом, государственное регулирование обосновано постольку, поскольку оно служит механизмом, способствующим повышению экономичности действий, предпринимаемых агентами. К регулирующим функциям государства относится создание физической и юридической инфраструктуры, необходимой для осуществления бизнеса; эта функция оказалась весьма важна для переходной экономики стран Центральной и Восточной Европы (Nunberg 1999).

Недавняя европейская история позволяет судить о последствиях, к которым приводит принятие общественного интереса в качестве основания для регулирующей деятельности государства (Majone 1994, 1996). «Государство-благотворитель» (англ. *welfare state*), которое гарантировало населению основной набор услуг, а часто и само предоставляло эти услуги, преобразуется в новое «регулирующее государство» (*regulatory state*); роль последнего заключается в том, чтобы обеспечить предоставление населению всех традиционных услуг (но не обязательно взять всю работу по предоставлению этих услуг на себя) и в то же время обеспечить функционирование и рост рынков в тех секторах, которые раньше управлялись государством (перевозки, телекоммуникации, сфера обслуживания и др.). Хотя эти преобразования вызывают определенное беспокойство ряда комментаторов, особенно когда речь идет о здравоохранении (Dahlgren 1994; Diderichsen 1995), нельзя не отметить, что с принятием концепции общественного интереса регулирующая функция оказывается в самой сердцевине возникающей государственной структуры нового типа.

Некоторые авторы, объясняя природу регулирующих инициатив государства, разделяют организационный или *институциональный интерес* от группового и своекорыстного интереса: государственные институты рассматриваются этими авторами не столько как группы индивидов, сколько как целостные организмы, сформированные в процессе деятельности, приумножения знаний и выработки предпочтений, подверженные влиянию организационных законов и социального окружения (March and Olsen 1984; Immergut 1992). Таким образом, «механизм регулирования формируется не столько на основе общественного интереса или сделок между агентами, каждый из которых имеет собственный интерес, сколько на основе институциональных соглашений и законов» (Baldwin and Cave 1999: 27). Другие комментаторы утверждают, что содержательный аспект регулирования может не столько обуславливаться названными выше факторами, сколько отражать *степень влияния* тех или иных *идей* в гражданском обществе в данный исторический момент (Hood 1995).

### **Механизмы регулирования**

Хотя само понятие «регулирование» и мотивы регулирующей деятельности государства интерпретируются по-разному, существует определенное согласие насчет общих механизмов регулирования. Регулирующие меры могут приниматься не только на общегосударственном уровне, но и, в зависимости от структуры правительственной администрации, на региональном и муниципальном уровнях. С появлением новых общеевропейских органов возникла возможность надгосударственного регулирования. В европейских странах регулирующую деятельность осуществляют преимущественно правительственные ведомства, однако существуют и независимые органы (так, в Великобритании функционирует агентство OFTEL, регулирующее деятельность частных телекоммуникационных компаний), а также саморегулирующиеся организации. Для случаев противоречия между различными режимами регулирования законодательство большинства стран (а также Европейского союза) предусматривает приоритет актов правительства более высокого уровня.

Механизмы регулирования делятся на две основные категории — инструменты (tools) и стратегии (strategies). Механизмы, принадлежащие к этим категориям, могут выступать в разнообразных сочетаниях. Основные *инструменты* регулирования просты. Их действенность традиционно определяется способностью правительства требовать исполнения своих решений (данная способность, в свою очередь, вытекает из суверенных прав государства). Важнейшими категориями инструментов являются закон, административный декрет и судебное решение; эти три категории соответствуют трем ветвям власти — законодательной, исполнительной и судебной. Каждая категория может выступать во множестве различных форм и форматов (сказанное относится в особенности к административным декретам); степень безоговорочности также может быть различной (рекомендации, директивы, крайние меры и т. п.). В демократическом обществе регулирующие акты, издаваемые государственными органами, могут быть обжалованы в суде. Поскольку судебные процессы дорогостоящи и отнимают много времени, в хорошо функционирующей системе они возбуждаются только в самых очевидных случаях.

Решение вопроса о том, как и зачем использовать эти основные инструменты, относится к области *стратегии*. Возможности правительственных органов в смысле выбора стратегии велики и постоянно расширяются. Одним из крупнейших сдвигов 1990-х стало появление относительно мягких рыночных методов, стимулирующих определенные типы поведения экономических агентов; стратегическая цель таких методов состоит прежде всего в повышении экономичности (Osborne and Gaebler 1992; Majone 1996). Болдуин и Кейв (Baldwin and Cave 1999) выдвинули следующую схему возможных стратегий государственного регулирования (между отдельными компонентами схемы возможны частичные совпадения): (1) принуждение и контроль; (2) саморегулирование и обязательное саморегулирование; (3) режимы, основанные на стимулировании (налоги, субсидии); (4) использование рыночных механизмов (законы, регулирующие конкуренцию, контракты и разрешительные документы, которые могут стать предметом купли-продажи, франчайзинг); (5) меры по регулированию открытости; (6) прямые правительственные акции; (7) юридические права и обязанности; (8) программы государственной компенсации и социального страхования. Ниже будет показано, что, причисляя принуждение и контроль к формам регулирования, мы порождаем ряд слож-

ных вопросов, которые станут предметом особого обсуждения, когда речь пойдет об объектах регулирующей деятельности. Представляется также, что стимулирование имеет как положительную, так и отрицательную стороны (Saltman, в печати). Последствия различных стратегических установок для здравоохранения будут рассмотрены ниже.

Размышляя над логикой перечисленных стратегий, мы приходим к следующему выводу: регулирующие меры предпринимаются либо ради достижения большей гибкости и/или открытости, либо ради сдерживания, устрашения и/или наказания. Далее, различные стратегии регулирования могут привести как к нестабильным, так и к устойчивым последствиям, поскольку границы между государством и рынком, равно как и основные задачи отдельных инициатив по регулированию, могут со временем меняться (в том числе непреднамеренно). Наконец, в свете сказанного выше о «регулирующем государстве» (regulatory state) ясно, что регулирующие меры могут либо стимулировать конкуренцию, либо препятствовать предпринимательской деятельности.

Помимо инструментов и стратегий, существует также сложный и необходимый процесс реализации принятых решений. Всякий, кто когда-либо принимал решения по регулированию, сознает, что одно дело изложить хорошую программу на бумаге, и совсем другое дело — успешно реализовать эту программу. При реализации решений используется специфическая система стратегических оценок и политических навыков (Pressman and Wildavsky 1973; Walt 1998), в той или иной мере сложившаяся в системе здравоохранения разных стран Европы (Rathwell 1998). Для успешной реализации решений необходимы также квалифицированные, динамичные и не коррумпированные сотрудники как в регулирующих органах, так и в регулируемых учреждениях. Важно, чтобы эти сотрудники обладали способностью точно и вовремя улавливать проявления бюрократической инерции и институционализированной коррупции. Недавний опыт стран Центральной и Восточной Европы свидетельствует о важности и сложности подобных специфических моментов, связанных с реализацией решений (см. Главу 5) (Nunberg 1999).

## **Государственное регулирование здравоохранения**

Перенос общих представлений о регулировании в область здравоохранения — задача, связанная с существенными трудностями. Из изложенного выше должно быть ясно, что государственное регулирование — это сложная система мероприятий, предполагающая использование разнообразных инструментов и стратегий. Система здравоохранения также представляет собой сложный, громоздкий конгломерат программ и учреждений, решающих разнообразные задачи — от терапии острых случаев до профилактики, от индивидуального лечения до мер, затрагивающих население в целом, от стационарного лечения до первичной помощи, от стоматологических услуг до лечения профессиональных и психических заболеваний. Неудивительно, что политические решения, относящиеся к здравоохранению и некоторым другим секторам сферы услуг (например, к системе образования), часто носят приблизительный, несовершенный характер; разумные политики сознают, что даже такие решения будет трудно реализовать. Настоящий раздел посвящен рассмотрению того, каким образом описанные выше общие модели, стратегии и инструменты могут применяться в специфических условиях системы здравоохранения.

### **Два аспекта государственного регулирования системы здравоохранения**

Регулирующие мероприятия должны служить решению политических задач и совершенствованию механизмов управления. «Политический» и «управленческий» аспекты регулирования функционально различны, однако на практике они должны быть тесно взаимосвязаны — иначе никакие мероприятия не достигнут поставленной цели. Сейчас мы рассмотрим, каким образом общие представления о государственном регулировании применяются к этим двум аспектам политики в области здравоохранения.

Первый аспект заключается в достижении *социальных и экономических целей*. По своей природе он носит нормативный характер, основан на принятой в обществе системе ценностей, имеет отношение к определенным политическим задачам и к интересам общества в самом широком смысле (в разных странах эти интересы могут пониматься по-разному). Основные политические задачи, как правило, находят свое выражение в конституции государства (или других документах, воплощающих общественный консенсус), в ключевых законодательных актах и в общей организации социально-охранных секторов, в том числе здравоохранения. К крупным социально значимым решениям относится, например, создание национальной системы здравоохранения или системы, основанной на обязательном медицинском страховании. Подобные решения, как правило, принимаются и пересматриваются редко, обычно в связи с крупными историческими событиями — такими, как окончание войны (учреждение британской Государственной службы здравоохранения в 1948 г.), конец диктаторских режимов (переход от социального медицинского страхования, финансируемым преимущественно из налоговых поступлений, к национальным, то есть финансируемым преимущественно из налоговых поступлений, системам здравоохранения в Португалии и Испании), политические революции (процессы, происходившие в странах Центральной Европы после 1990 г.). Впрочем, некоторые политические ожидания могут вызревать и в политически спокойные времена. Так, в 1990-х годах в Европе был осуществлен ряд важных реформ, направленных на более широкий охват политических задач, имеющих отношение к здоровью населения в целом (WHO 1999a).

Социально-политические проблемы здравоохранения во многом едины для стран Западной, Центральной и Восточной Европы и бывших республик СССР, ныне входящих в СНГ. Наиболее серьезные из таких проблем обобщены в таблице 1.1. Все они касаются населения в целом и, как правило, предполагают обязательное выполнение политических решений всеми агентами, в том числе работающими в некоммерческом и коммерческом секторах. Чтобы объявленные цели были достигнуты, политика в области здравоохранения должна взаимодействовать с политическими мероприятиями в других секторах — таких, как образование, транспорт, занятость, жилищное строительство, сельское хозяйство (WHO 1999a).

Второй аспект регулирующей деятельности государства затрагивает *механизмы управления здравоохранением*. На этом уровне предпринимаются определенные практические меры, с помощью которых лица, принимающие решения, стремятся достичь политических целей, обобщенных в таблице 1.1. Эти меры, нацеленные на более эффективное и целесообразное использование человеческих и материальных ресурсов, носят по преимуществу технический характер. Они не обязательно оказывают прямое влияние на способность системы здравоохранения достигать основных политических целей. Механизмы управления могут иметь смешанную

**Таблица 1.1** Цели социальной и экономической политики

- 
- *Справедливость и равноправие*: обеспечить равный доступ к здравоохранению всем гражданам (в том числе бедным, занятым в сельском хозяйстве, пожилым, инвалидам) согласно потребностям каждого
  - *Социальная сплоченность*: обеспечить охрану здоровья через посредничество национальной службы здравоохранения или учредить систему социального медицинского страхования
  - *Экономичность*: удерживать совокупные расходы на здравоохранение в финансово обоснованных границах
  - *Здоровье и безопасность*: обеспечить безопасные условия работы, безопасность воды, гигиеничность питания
  - *Информированность и образование граждан*: информировать граждан о клинических службах и медикаментах, прививать представления о здоровом образе жизни
  - *Индивидуальный выбор*: обеспечить выбор поставщика услуг, а в некоторых случаях также страховщика
- 

государственно-частную природу, отражая присущую сектору в целом сложность взаимоотношений между многочисленными поставщиками.

Эти механизмы действуют прежде всего на «субсекторном» уровне или даже на уровне отдельных заведений или подразделений. Среди обычных видов деятельности, имеющих прямое отношение к управленческому, то есть преимущественно «микроуровневому», аспекту регулирования, — обращения к Министерству здравоохранения и к парламентскому комитету по вопросам социальной политики с перечислением различных требований, включая те, которые приведены в таблице 1.2. Насколько можно судить по этому списку, речь идет прежде всего о механизмах, которые непосредственно влияют на управление здравоохранением и включают меры по повышению его эффективности. Некоторые из регулирующих инструментов — например, развитие плановых рынков для больничного обеспечения и связанное с этим превращение государственных больниц в государственные фирмы, рационализация отношений между больницами и поставщиками первичной медицинской помощи и др., — составляют ядро недавних реформ в системе здравоохранения стран Западной и Центральной Европы (Saltman and Figueras 1997; Saltman *et al.* 1998). Эти и некоторые другие меры, осуществленные с использованием инструментов, присущих частному сектору, стали частью общих усилий по внедрению «нового государственного управления» в сферу здравоохранения (Hunter 1997).

Отбор конкретных механизмов и соотношение между ними в значительной степени определяются тем, какова конфигурация основных политических задач, нашедшая свое отражение в общей структуре здравоохранения того или иного государства. Так, антитрестовый аспект значительно сильнее выражен в Нидерландах (после 1997 г. роль конкуренции в системе здравоохранения этой страны существенно возросла), чем в Германии (где система здравоохранения основана преимущественно на корпоративном принципе). На формирование общей картины регулирующих мер влияют также базовые установки лиц, принимающих политические решения (например, мотивы, которыми руководствуются политики, выбирая или отвергая те или иные механизмы регулирования). Важно отметить, что хотя политические цели и управленческие механизмы концептуально различаются, они должны быть приведены в соответствие друг с другом, дабы у правительственных органов была стройная и реально осуществимая программа действий в области здравоохранения.

Различение этих двух аспектов — политического и управленческого — в государственном регулировании здравоохранения соответствует той общей концепции



**Таблица 1.2** Механизмы управления здравоохранением

- 
- *Регулирование качества и эффективности:* оценка экономичности клинического вмешательства (под экономичностью подразумевается соотношение затрат и эффективности); профессиональная подготовка медиков; аккредитация поставщиков услуг
  - *Регулирование доступа больных к услугам:* регулирование доступа к врачу-специалисту (функция «привратника»); частичная оплата услуг; списки больных, обслуживаемых врачами общей практики; правила отбора абонентов среди сторонних плательщиков; налоговая политика; налоговые субсидии
  - *Регулирование поведения поставщиков:* преобразование больниц в государственные фирмы; регулирование больничных займов; рационализация взаимодействий между больницами и службами первичной помощи и лечения на дому
  - *Регулирование плательщиков:* установление правил контрактации; разработка плановых рынков для больничных служб; установление цен на услуги здравоохранения в государственном секторе; введение таких принципов оплаты поставщиков, которые основаны на анализе отдельных случаев (например, принципа распределения по группам согласно диагнозу); регулирование потребностей в резерве и структуры капиталовложений частных страховых компаний; ретроспективное, основанное на расчете рисков регулирование доходов медицинских страховых фондов
  - *Регулирование рынка медикаментов:* замена патентованных лекарств непатентованными; установление ориентировочных цен; контроль за прибылью; установление цен исходя из стоимости «корзины»; «позитивные» и «негативные» перечни
  - *Регулирование врачей:* установление уровней зарплаты и компенсаций; требования к лицензированию; установления страхового покрытия ошибок в работе врачей
- 

регулирования, которая была изложена выше. «Регулирующее государство» (regulatory state, см. выше) несет весьма существенную долю ответственности не только за социальную политику в области здравоохранения, но и за конкретное управление этой областью. К сфере здравоохранения применимы и некоторые из известных нам общих определений регулирования. Так, концепция задач социальной и экономической политики включает в себя идею контролирования «социально значимой деятельности» (Selznick 1985) и особое внимание к «отраслям, которые являются предметом специального общественного интереса» (Colton *et al.* 1997). Далее, основные задачи государственного регулирования в здравоохранении соответствуют первым двум из трех определений, данных в работе Болдуина с соавторами (Baldwin *et al.* 1998); напомним, что согласно первому, более узкому из этих определений регулирование заключается в выдвижении обязательных правил и в контроле за их выполнением, а согласно второму, более широкому, — охватывает всю деятельность государственных органов по управлению экономикой. К здравоохранению применимы также все три основных мотива, которые могут лежать в основе регулирующих мер (общественный интерес, групповой интерес и рациональный своекорыстный интерес). Иначе говоря, изложенные выше общие представления о регулировании имеют прямое отношение к ситуации в области здравоохранения.

Здравоохранение — крупнейший социальный сектор, ответственный за улучшение здоровья населения. Вместе с тем общая структура других секторов — таких, как образование, транспорт или сельское хозяйство, — должна отражать ту же задачу. Регулирующие меры, направленные на улучшение здоровья, имеют отношение и к смежным секторам. Межсекторные аспекты регулирования представлены в таблице 1.3.

**Таблица 1.3** Межсекторные аспекты регулирования здравоохранения

<i>Межсекторные регулирующие меры</i>						
<i>Общеполитические цели</i>	<i>Налоговая система</i>	<i>Работодатели в целом</i>	<i>Здравоохранение (детали см. в табл. 1.6–1.10)</i>	<i>Образование</i>	<i>Транспорт</i>	<i>Сельское хозяйство</i>
<b>Справедливость и равноправие</b>	Минимизация уклонения от уплаты налогов	Обязательное равенство возможностей получения работы для инвалидов, меньшинств и т. п.	Доступ к услугам и лечение только согласно потребностям <sup>а</sup>	Доступ к образованию и получению образования согласно способностям	Предоставление государственного транспорта	—
<b>Социальная сплоченность</b>	Прогрессивная ставка налога	Налоги на предприятия (вдобавок к налогам на прибыль)	Соответствие раз-мера вносов уровню дохода, а не состоянию здоровья <sup>б</sup>	Оплата образования из налоговых поступлений	Государственные субсидии на государственный транспорт	—
<b>Информированность и образование граждан</b>	Налоговые льготы для материалов и учреждений, имеющих отношение к образованию	—	Информирование больных и санитарное просвещение <sup>в</sup>	Эффективность и качество системы образования	—	Информирование потребителя
<b>Здоровье и безопасность</b>	Повышение налогов на товары и услуги, отрицательно влияющие на здоровье	Здоровье и безопасность работников; рабочее время; профилактика и лечение профессиональных заболеваний; защитное оборудование (например, защитные головные уборы)	Защита медицинского персонала; эффективность охраны здоровья <sup>г</sup>	Безопасность на дороге в учебное заведение; программы обязательной вакцинации; школьные медицинские сестры	Промышленность; обязательная установка ремней безопасности и аварийных предохранительных подушек. Водители: обязательное использование ремней безопасности; ограничение скорости	Пищенические требования к производству и качеству продуктов питания

Таблица 1.3 Продолжение

Общеполитические цели	Межсекторные регулирующие меры					
	Налоговая система	Работодатели в целом	Здравоохранение (детали см. в табл. 1.6—1.10)	Образование	Транспорт	Сельское хозяйство
<b>Обоснованность затрат / защита интересов будущих поколений</b>	Приведение налогов и государственных расходов во взаимное соответствие	Требования по защите окружающей среды	Обоснованность финансирования и накоплений <sup>д</sup>	Обоснованность финансирования и накоплений	Промышленность: ограничения на эмиссию газов	Ограничения на использование пестицидов
<b>Индивидуальный выбор</b>	—	—	Выбор поставщика, плательщика и т. п.	Выбор школы или высшего учебного заведения	—	—
<b>Повышение стандартов жизни / экономический рост</b>	Прибыли после удержания налогов	Антитрестовые законы (поддерживающие конкуренцию)	Гарантии инвестиций; повышение эффективности <sup>е</sup>	—	—	—

<sup>а</sup> Д в колонке 3 табл. 1.6—1.10; <sup>б</sup> С в колонке 3 табл. 1.6—1.10; <sup>в</sup> ЗБ в колонке 3 табл. 1.6—1.10; <sup>г</sup> ЗБ и К в колонке 3 табл. 1.6—1.10; <sup>д</sup> ОФ в колонке 3 табл. 1.6—1.10; <sup>е</sup> колонки 1 и 2 табл. 1.6—1.10.

### **Распределение регулирующих функций в здравоохранении**

В регулировании здравоохранения могут принимать участие самые разнообразные государственные органы. Строго определенная роль отводится всем трем столпам демократического государства — законодательному (парламент), исполнительному (правительство) и судебному (органы юстиции). В процессе регулирования могут участвовать и другие правительственные, квазиправительственные и неправительственные органы. В некоторых странах государство передает часть своей ответственности региональным или муниципальным властям, в других полномочия по саморегулированию делегируются различным организациям частного сектора (лицензирование — медицинским ассоциациям, страхование — ассоциациям медицинских фондов). В ряде стран функционируют независимые от правительства национальные органы (Национальный совет здоровья, Управление цен и тарифов, Национальный страховой фонд и др.). Мера и область ответственности каждого органа зависит от множества факторов, в том числе от типа регулируемой деятельности, от того, какой именно сегмент общей системы здравоохранения (больницы, врачи и т. п.) подлежит регулированию, от взаимодействия различных агентов внутри этого сегмента, от институциональной структуры здравоохранения, национальных культурных традиций и т. д.

Регулирующая деятельность как в здравоохранении, так и в других секторах включает издание законов, обеспечение их реализации, отслеживание (мониторинг) и оценку, правоприменение, судебный надзор. Законодательная деятельность часто сосредоточена на решении больших социальных и политических задач, на организации общей институциональной структуры здравоохранения; вместе с тем в странах с хорошо налаженной системой здравоохранения предметом законодательного регулирования могут быть и управленческие механизмы. После принятия закона уполномоченные государственные, смешанные государственно-частные или частные органы готовят нормативные акты, с помощью которых должна обеспечиваться реализация его положений. Данный этап занимает особенно много времени именно в секторе здравоохранения с его запутанным взаимодействием разнонаправленных интересов; на это накладывается необходимость привести во взаимное соответствие разного рода сложные моменты, присутствующие в процессе принятия решений в медицине.

Различные агенты, участвующие в функционировании системы здравоохранения, по-разному влияют на структурирование, проведение в жизнь, оценку и принудительное применение регулирующих мер; у каждого из таких агентов есть свои сильные и слабые стороны. Обобщая функции различных агентов, Болдуин и Кейв (Baldwin and Cave 1999: 72) указывают, что:

сильной стороной саморегулирующихся агентов, как правило, являются специальные знания, слабой — ответственность перед общественностью;

местные (муниципальные) власти сильны своей ответственностью перед избирателями, но мало способны к координации усилий в больших масштабах;

парламент силен своим весом в демократическом обществе, но не способен осуществлять длительный контроль;

сильная сторона судов и трибуналов — соблюдение законов, слабая — планирование;

сильная сторона центральных департаментов — способность координировать свои действия с правительством, слабая — недостаточный нейтралитет;

специализированные органы (агентства) сильны своим профессионализмом и способностью сочетать различные функции, однако им также недостает нейтралитета;

сильная сторона генеральных директоров — специализация и установление меры ответственности, слабая — распределение дискреционных полномочий.

Еще одна проблема — предоставление одному и тому же агенту возможности как устанавливать правила, так и осуществлять надзор за их применением. Заметим еще раз, что институциональные структуры и национальные традиции часто оказывают весьма существенное влияние на распределение регулирующих функций между конкурирующими группами.

### **Стратегии регулирования здравоохранения**

Применяя изложенные выше общие представления о стратегиях и инструментах регулирования к сфере здравоохранения, мы убеждаемся, что европейские политики, ответственные за данную сферу, имеют в своем распоряжении богатый выбор стратегий. Этот выбор расширился в течение 1990-х годов благодаря освоению подходов, заимствованных из других секторов экономики (к числу таких подходов относится, например, создание независимых регулирующих органов для предприятий общественного пользования). Формально многочисленные потенциальные стратегии предназначены для достижения одних и тех же основных социальных и экономических целей; в то же время они существенно различаются по своей внутренней логике, вторичным последствиям и — будучи однажды запущены — также по механизму действия.

Широта выбора между различными стратегиями видна уже на примере того, как государство осуществляет свою власть в здравоохранении. Существующие ныне стратегии могут быть расположены в порядке возрастания степени вовлеченности государства в процессы регулирования. Как видно из таблицы 1.4, крайняя форма государственного вмешательства — не регулирование как таковое, а командно-административная модель «военного» типа. На практике учреждения системы здравоохранения, полностью принадлежащие государству и управляемые им (или переданные в управление региональным или муниципальным органам исполнительной власти), подлежат административному контролю по «нисходящей» модели (от верхних уровней иерархии к нижним), которая качественно отличается от форм контроля, используемых в других частях системы. Командно-административная модель управления здравоохранением, как и в военной области, требует беспрекословного повиновения и практически исключает возможность переговоров и тяжбы. Подобным образом командно-административная модель трактуется в работе Болдуина с соавторами (Baldwin *et al.* 1998), где в качестве одного из примеров приведен случай британской Комиссии по конкуренции (Competition Commission, бывшая Комиссия по монополиям и слиянию — Monopolies and Mergers Commission), которая начинала интересоваться практикой подрыва свободной конкуренции со стороны предприятий коммунальной сферы только после приватизации последних. Такая трактовка согласуется с тем подходом к регулированию, который был разработан в рамках концепции «регулирующего государства» (Majone 1994, 1996).

В таблице 1.4 принципиально важная граница проходит между учреждениями, находящимися в полной собственности государства и составляющими часть иерархии системы здравоохранения, и учреждениями, находящимися в полной собственности государства, но управляемыми независимо. Наличие этой границы указывает на то, что после внедрения планово-рыночных механизмов в сектор, находящийся в собственности государства и управляемый им, командно-административная модель осуществления власти перестает работать (Saltman and von Otter 1992). После того как принадлежащие государству больницы преобразуются в государственные фирмы, руководителям этих больниц предоставляется высокая степень самостоятельности при принятии ряда решений по таким вопросам, как поставки услуг, подбор кадров, размер заработной платы. Как показано в таблице 1.4, при наличии подобной управленческой самостоятельности учреждения, находящиеся в собственности государства, подлежат регулированию по относительно «мягкой» модели упорядочения и направления в определенное русло (англ. 'steer-and-channel' regulation). Государственное регулирование в данном случае нужно для того, чтобы обеспечить соответствие решений, принимаемых в условиях относительной институциональной независимости, основным целям и задачам социальной и экономической политики.

В связи с таблицей 1.4 необходимо обратить внимание также на проблему регулирования деятельности коммерческих компаний или поставщиков, наименее зависимых от государственной власти. В работе Колтона с соавторами (Colton *et al.* 1997) показано, что даже в ситуации незначительной зависимости от государства спектр регулирующих мер со стороны последнего может быть достаточно широк (по меньшей мере в странах Западной Европы). Не только основные меры, принимаемые в любом секторе экономики (здоровье и безопасность наемных работников и т. д.), но и наименее регулируемые элементы сферы здравоохранения должны отвечать ряду требований, вытекающих из задач социальной и экономической политики. Иначе говоря, в здравоохранении даже «наименее регулируемые» элементы регулируются в большей степени, чем аналогичные элементы в секторах экономики, представляющих не столь значительный общественный интерес.

Контекст, внутри которого может осуществляться выбор между различными стратегиями, определяется приведенной только что картиной распределения государственного влияния и, прежде всего, наличием четкой грани между «военизированной» командно-административной моделью и относительно «мягкой» регулирующей моделью упорядочения и направления в определенное русло. Как показано в таблице 1.5, после исключения командно-административного подхода остаются пять основных типов регулирования согласно этой «мягкой» модели: децентрализация (четыре варианта), обязательное саморегулирование, аккредитация, независимые регулирующие органы и межсекторное сотрудничество. Каждый тип имеет свои преимущества и недостатки. Следует отметить также, что различные стратегии могут быть использованы в разных сочетаниях и в «чистом» виде. Так, требование аккредитации для больниц не исключает применения к ним, как государственным фирмам, других регулирующих механизмов.

**Таблица 1.4** Степень вмешательства государственной власти в деятельность системы здравоохранения

Степень вмешательства

**Сильнее**

↑  
Командно-  
административное  
регулирование

- Учреждения, находящиеся в полной собственности государства, как часть иерархии сектора здравоохранения:
  - больницы, непосредственно управляемые органами здравоохранения;
  - плательщики, источником средств которых служат налоговые поступления (до 1991 г. — окружные органы здравоохранения в Великобритании и Швеции)

↑ Регулирование по модели упорядочения и направления в определенное русло ↓

- Учреждения, находящиеся в полной собственности государства, но управляемые независимо:
  - самоуправляемые больницы в странах, где здравоохранение финансируется из налоговых поступлений (тресты Государственной службы здравоохранения в Великобритании);
  - государственные больницы в странах с системами социального медицинского страхования (Австрия, Германия);
  - больницы как «государственные фирмы» (в странах, где здравоохранение финансируется из налоговых поступлений)
- Частные некоммерческие учреждения с уставной ответственностью:
  - медицинские страховые фонды;
  - ассоциации врачей, включенные в систему социального медицинского страхования
- Частные некоммерческие учреждения без уставной ответственности:
  - частные некоммерческие больницы (Бельгия, Германия, Нидерланды);
  - частные некоммерческие поставщики услуг в области социальной и домашней медицины
- Частные коммерческие поставщики, связанные на постоянной основе с финансируемыми из налоговых поступлений и/или учрежденными на основании актов законодательной власти плательщиками социального медицинского страхования:
  - кооперативы врачей общей практики (Великобритания);
  - врачи общей практики, работающие в собственных кабинетах;
  - врачи-специалисты (Германия);
  - коммерческие больницы, фигурирующие в региональных больничных планах (Германия);
  - коммерческие больницы, заключившие контракт с государственными плательщиками (Италия, Португалия)
- Частные коммерческие компании:
  - коммерческие больницы, работающие без контрактов;
  - фармацевтические компании;
  - компании, поставляющие медицинские товары
  - коммерческие частные страховые компании

**Слабее**

**Таблица 1.5** Стратегии регулирования здравоохранения

<b>Социально-экономический аспект</b>	
<b>Стратегии</b>	(«Военизированная» командно-административная модель) Модель упорядочения и направления в определенное русло Децентрализация — децентрализация — деволюция — делегирование — приватизация Обязательное саморегулирование Аккредитация Независимые регулирующие органы Межсекторное сотрудничество
<b>Управленческий аспект</b>	

Четыре варианта децентрализации находятся в тесной связи с другими стратегиями регулирования, поскольку отражают изменения в организационной структуре и в распределении власти между органами, принимающими решения. Деконцентрация, деволюция, делегирование и (принципиально отличная от этих вариантов) приватизация — обычные стратегические альтернативы при реформировании системы здравоохранения (Hunter *et al.* 1998). Деконцентрация означает переход полномочий издавать регулирующие акты от центрального правительства к независимым правительственным органам. Деволюция — переход регулирующих полномочий к региональным или местным (муниципальным) властям (последние могут, в свою очередь, деконцентрировать или делегировать полученные полномочия). При делегировании полномочия передаются неправительственным агентам, часто имеющим юридическую поддержку. Делегирование регулирующих полномочий как страховым компаниям, так и поставщикам обычно именуется саморегулированием или (при наличии контроля со стороны государства) обязательным саморегулированием. Для систем здравоохранения, финансируемых преимущественно из налоговых поступлений, характерны деконцентрация и деволюция, тогда как стратегия делегирования более типична для систем, финансируемых из фондов социального медицинского страхования. Приватизация представляет собой коренной сдвиг из сферы преимущественно государственных в сферу преимущественно частных полномочий. Для систем здравоохранения приватизация не характерна, однако в странах Центральной и Восточной Европы с переходной экономикой было приватизировано предоставление первичной помощи (см. Главу 10) (Saltman and Figueras 1997).

Саморегулирование подразумевает наличие выданного государством мандата, который позволяет определенным лицам или предприятиям устанавливать нормы профессионального поведения для своих сотрудников (Baldwin and Cave 1999). Меры по саморегулированию существенно различаются в разных странах Европы согласно тому, насколько значительную роль в этих мерах играют правительственные



органы (см., например, Graham 1994). Эти меры составляют своего рода континуум от чисто частных форм (без правительственного делегирования) до форм, предусматривающих ту или иную степень делегирования полномочий со стороны государства. Частная форма саморегулирования встречается в некоторых профессиональных организациях или внутри добровольных организаций; отсутствие обязательств перед государством делает ее слишком слабой для того, чтобы она могла служить опорой при решении большинства политических задач. Типичным случаем государственного делегирования полномочий в области здравоохранения служит профессиональное саморегулирование, осуществляемое врачами, стоматологами и фармацевтами (в некоторых странах также медицинскими сестрами), фондами страхования здоровья (в странах с социальным медицинским страхованием) и, по меньшей мере в определенной степени, также фармацевтической промышленностью (например, в Великобритании).

Перечислим основные выгоды от делегирования регулирующих полномочий: высокая степень приверженности собственным правилам; квалифицированная разработка правил; низкая стоимость управления; высокая степень соответствия регулирующих мер тем нормам, которые считаются разумными среди заинтересованных агентов; относительно высокая степень полноты правил; возможность быстрого приспособления к меняющимся обстоятельствам; более эффективные процедуры правоприменения и рекламы; возможность сочетать саморегулирование с внешним контролем (Baldwin and Cave 1999). Потенциально слабые стороны саморегулирования: своекорыстный характер правил; вмешательство в принятие управленческих решений; сложность правил; высокая стоимость санкционирования правил; закрытые процедуры разработки правил; недостаточные возможности для принуждения к выполнению требований; отсутствие общественного доверия; трудность обеспечения правового надзора; возможность того, что общественность потребует перехода под правительственный контроль (Baldwin and Cave 1999).

Существует определенное различие между обязательным саморегулированием (англ. *enforced self-regulation*) и совместным регулированием (*co-regulation*) (Ayres and Braithwaite 1992). При обязательном саморегулировании полномочия по изданию правил делегируются неправительственным агентам, а правоприменение может осуществляться либо государственными органами, либо на частном уровне, но по государственному мандату и под государственным наблюдением. При совместном саморегулировании правительство утверждает правила, написанные частным образом. В здравоохранении ряда стран Европы известны случаи частного саморегулирования без контроля со стороны государства, однако более распространено саморегулирование по государственному мандату (обычно оно сочетается с угрозой перехода под государственный контроль).

Аккредитация и лицензирование — стратегии, ориентированные на повышение качества. Основными компонентами обеих стратегий служат внешний отзыв и установленные стандарты. Как показано в Главе 4, аккредитация традиционно подразумевает высокие стандарты и является добровольной, а учреждение, добивающееся аккредитации, само оплачивает соответствующие расходы, тогда как лицензирование подразумевает относительно низкие стандарты и производится в обязательном порядке, а расходы по лицензированию финансируются государством. Введение обязательной аккредитации в системе здравоохранения некоторых стран Европы, в том числе Бельгии и Франции, привело к размыванию границ между этими двумя стратегиями, превратив аккредитацию в один из формальных аспектов государственного регулирования. Этот аспект важен постольку, поскольку

ку в государственных системах здравоохранения этих стран, особенно в больничном секторе, возросла роль предпринимательства, что, в свою очередь, стало источником постоянной заботы о качестве медицинского обслуживания. Как бы то ни было, аккредитация и лицензирование обычно используются всего лишь как один из компонентов обширной системы регулирующих мер.

Деконцентрация регулирующих полномочий правительства, то есть их передача независимым регуливающим органам, не получила распространения в системах здравоохранения европейских стран. Эти независимые органы занимают в государственном секторе особое место, поскольку в их деятельности установление фактов и экспертные оценки сочетаются с функцией принятия судебных решений (Baldwin *et al.* 1998). Регулирующая деятельность государства в области здравоохранения на национальном уровне, включая санитарный надзор за качеством пищевых продуктов и медикаментов, осуществляется преимущественно департаментами Министерства здравоохранения, а в странах Скандинавии — полунезависимыми национальными коллегиями, которые все же частично управляются министерством. Тем не менее существуют исключения: Европейское агентство по оценке медикаментов (European Medicines Evaluation Agency, EMEA) и французское Национальное агентство по аккредитации и оценке в области здравоохранения (Agence Nationale d'Accreditation et d'Evaluation en Sante, ANAES), занимающееся аккредитацией больниц.

Лица, ответственные за проведение политики в области здравоохранения, могут использовать также внесекторные (по терминологии ВОЗ — межсекторные) стратегии. Одна из самых обычных — опора на механизмы налогообложения, например, установление специальных налогов на табак ради того, чтобы отучить людей от курения. (Rekurinen and Valtonen 1987\$ WHO 1999b).

### **Оценка опыта последних лет по регулированию предпринимательства**

Недавние меры по регулированию здравоохранения, предпринятые в странах Европы, были направлены на достижение равновесия между порожденной реформами активизацией предпринимательства и законодательно оформленными требованиями по защите целей социальной и экономической политики. Лица, ответственные за осуществление регулирующих мер, должны были привести во взаимное соответствие мотивы и ожидания различных агентов сферы здравоохранения; для этого следовало подобрать стратегии и инструменты, устанавливающие эффективные, но не слишком ограничительные рамки для институционального принятия решений. В предыдущих разделах мы рассмотрели различные типы регулирующих мер и различные типы задач, решению которых могут служить эти меры. В настоящем разделе, опираясь на сделанные концепционные разграничения, мы попытаемся оценить практический опыт последних лет по выработке реального равновесия между регулированием и предпринимательством в здравоохранении европейских стран.

Поставленную задачу мы постараемся решить, пользуясь двумя взаимосвязанными, но различными аналитическими подходами. Во-первых, мы выдвигаем четырехкомпонентную схему концептуального осмысления недавних регулирующих мер с точки зрения их влияния на предпринимательство в масштабах всей системы здравоохранения. Во-вторых, мы оцениваем нынешний статус предпринимательской деятельности в шести ключевых отраслях системы здравоохранения (больни-

цы, общая практика, социальная медицина, стоматология, медикаменты, страхование) и возможное позитивное или негативное воздействие недавних мер на эту деятельность. Значительная часть примеров взята из Части 2.

### **Оценка опыта последних лет с точки зрения концептуальной схемы**

В аспекте связи между регулированием и предпринимательством опыт последнего времени поддается систематизации по четырем различным категориям. Первая категория — регулирование, стимулирующее создание возможностей для предпринимательской деятельности; ее следует отличать от второй категории — регулирования, которое способствует конкуренции, но ограничивает свободу предпринимательства для отдельных агентов. Различие между этими категориями не так отчетливо, как могло бы показаться поначалу. Высокий уровень регулирования ограничивает отдельных предпринимателей в ближней перспективе ради того, чтобы содействовать становлению устойчивых конкурентных рынков в более отдаленной перспективе. Иначе говоря, регулирование, направленное на поощрение конкуренции, может в краткосрочной перспективе как стимулировать, так и ограничивать предпринимательскую деятельность. Третья категория регулирования ограничивает возможности предпринимателей принимать решения ради защиты целей социальной и экономической политики. Четвертая категория — регулирование, ограничивающее свободу предпринимательства безотносительно к специфическим целям социальной и экономической политики.

Эти четыре категории составляют основу концептуальной схемы, которая позволяет привести в систему существующие и потенциальные меры, способные оказать воздействие на предпринимательскую деятельность в здравоохранении. Многие из этих мер, показанных в таблицах 1.6—1.10, взяты из различных глав Части 2. Другие имеют отношение к крупным задачам социальной и экономической политики, касаются общества в целом и обозначены в таблицах аббревиатурой ОЭ (общеекономические). Наконец, существуют немногочисленные меры (главным образом из первой категории), которые теоретически могли бы способствовать развитию предпринимательства, однако ни одно европейское правительство не пошло на их применение.

Как указывалось выше, любая составная часть системы здравоохранения подлежит государственному регулированию только в том случае, если она обладает некоторой управленческой самостоятельностью. Учреждения системы здравоохранения, являющиеся неотъемлемой частью государственной иерархии (ср. таблицу 1.4) и не наделенные полномочиями независимого принятия решений, входят в командно-административную структуру власти и регулированию не подлежат. Стимулировать предпринимательскую деятельность в тех учреждениях системы здравоохранения, которые полностью инкорпорированы в структуру государственной администрации, можно только путем предоставления им некоторой управленческой самостоятельности — иначе говоря, путем их реструктуризации и превращения в подходящие субъекты для государственного регулирования. В ряде государственных систем здравоохранения подобный тип частичной управленческой самостоятельности был введен по линии предложения для поставщиков (Saltman and Figueras 1997; Saltman *et al.* 1998); в странах, где здравоохранение финансируется из фондов социального страхования, вводился также режим ограниченной автономии по линии спроса для подотчетных государству инвесторов.

Первая из четырех перечисленных выше категорий регулирования, а именно регулирование, поощряющее создание возможностей для предпринимательства, заключается в мерах по развитию конкурентной среды. В применении к здравоохранению (см. таблицы 1.6—1.10) это означает главным образом возможность вступать в некоторые типы сделок по субсидированию и компенсации. Среди таких типов — замена фиксированных бюджетов компенсациями, обусловленными объемом или выполнением работ, предоставление учреждениям-поставщикам права удерживать излишки, субсидии в форме налоговых льгот или освобождение от налогов для некоторых служб. Более радикальная разновидность — предоставление учреждениям возможности самостоятельно устанавливать размер заработной платы, предоставление больным возможности самостоятельно выбирать больницу, амбулаторную службу или стороннего плательщика, предоставление абонентам возможности выбирать те или иные дополнительные льготы.

Вторая категория — регулирование, способствующее формированию устойчивых конкурентных рынков (и, возможно, предусматривающее меры по ограничению предпринимательской деятельности в краткосрочной перспективе), — основывается на антимонопольном законодательстве. В здравоохранении такое регулирование касается главным образом вопросов организационной структуры и поощрения конкуренции. Среди вопросов, связанных с организационной структурой, — установление минимальных стандартов, в том числе необходимых для получения лицензии, аккредитации или удостоверения (см. Главу 4); право собственности на медицинские учреждения; недопущение возникновения монополий (ограничения на слияние по вертикали и горизонтали). Регулирование, связанное с поощрением конкуренции, включает меры по минимизации негативного отбора со стороны плательщиков и поставщиков медицинских услуг; к таким мерам относятся обязательное перераспределение взносов между плательщиками и требование, чтобы фонды медицинского страхования принимали всех претендентов.

Третья категория — регулирование, направленное на достижение нормативных социальных целей (таких, как доступ к услугам, социальная сплоченность, охрана здоровья и обоснованное финансирование), — налагает ограничения на предпринимательскую деятельность ради защиты наемных работников, потребителей и окружающей среды (Colton *et al.* 1997). В применении к системе здравоохранения это означает регулирование пропускной способности, прав на медицинское обслуживание, мер по субсидированию и компенсации. Меры по обеспечению доступа к медицинскому обслуживанию включают установление минимального количества часов работы для больниц и амбулаторных служб, предписание обслуживать всех граждан, требование планировать пропускную способность с учетом потребностей и справедливого распределения. Социальная сплоченность достигается применением ряда мер, среди которых — предписание обслуживать всех граждан, гарантии соблюдения сроков ожидания, финансирование здравоохранения путем взносов, размер которых определяется размером местного налога или доходами (вместо связанных с риском страховых премий), установление единого пакета льгот и пособий. Меры по охране здоровья и безопасности относятся прежде всего к фармацевтической отрасли и включают обязательное информирование потребителей о медикаментах и ограничение рекламы медикаментов. Среди мер по повышению качества обслуживания в больницах и амбулаторных службах — требование включать оценку квалификации заведения в пакеты льгот и пособий, требование периодически или постоянно подтверждаемой гарантии качества для поставщиков медицинских услуг, разрешение лечить больных только согласно протоколам и инст-

ружиям, дабы обеспечить правильное использование технологии. Наконец, меры по обоснованному финансированию затрагивают все отрасли здравоохранения и включают установление единых или максимальных цен (или максимальных размеров прибыли для фармацевтической промышленности), установление минимальных и максимальных размеров резервных фондов для медицинских страховых компаний, установление приемлемых способов вложения излишков.

Меры, ограничивающие предпринимательство ради достижения социальных целей, могут предусматривать элемент профессионального или совместного саморегулирования, частично или полностью замещающий регулирование со стороны государства. Это относится прежде всего к решению задач, связанных с доступом к услугам, качеством обслуживания и обоснованным финансированием, но не с охраной здоровья и безопасности населения.

Среди мер, слабо связанных с решением социальных задач, — ограничения на поставку определенных услуг определенными поставщиками (например, запрещение больницам осуществлять также функции амбулаторий) и ограничения на рабочее время врачей. Эти меры не имеют прямого отношения к целям социальной и экономической политики в здравоохранении и поэтому от них со временем, по видимому, можно будет отказаться.

### **Оценка опыта последних лет в различных отраслях системы здравоохранения**

В отдельных главах Части 2 рассматривается связь между регулированием и предпринимательством в шести упомянутых выше отраслях системы здравоохранения (больницы, общая практика, социальная медицина, стоматология, медикаменты, страхование) по всей Европе. Процессы, происходившие в каждой из этих отраслей на протяжении 1990-х годов, отражают ее особенности в клиническом, организационном и профессиональном аспектах, а также ее значение с точки зрения задач социальной и экономической политики того или иного государства. Одна и та же отрасль в разных странах развивалась по-разному, на что в Части 2 обращено особое внимание.

Несмотря на имеющие место различия, в отдельных отраслях выявляются модели развития, достаточно определенные в плане соотношения централизованного регулирования и частного предпринимательства. Одна из таких моделей отражает относительную значимость стимулов к предпринимательству для каждой отрасли, вторая — то, в какой степени соотношение, сложившееся в той или иной отрасли, менялось на протяжении последнего десятилетия. Наконец, третья модель отражает связь между отмеченными изменениями и ростом эффективности работы данной отрасли. В настоящем разделе мы, основываясь на данных Части 2, поочередно рассмотрим эти три модели.

В связи с относительной значимостью фактора предпринимательства следует отметить, что масштаб предпринимательской активности значительно выше в периферийных, чем в центральных клинических областях системы здравоохранения. Самые большие возможности для предпринимательства имеются в стоматологии (где основным механизмом компенсации все еще остается гонорар за услугу — ср. Главу 11) и фармацевтической промышленности (где разработка и производство новых медикаментов является вотчиной частных корпораций). Фордер (см. Главу 8) указывает также на тенденцию к росту предпринимательства в сфере социальной и домашней ме-

дицины. С другой стороны, предпринимательские инициативы по-прежнему не играют по-прежнему существенной роли в двух важнейших и самых дорогих отраслях здравоохранения, связанных с оказанием медицинских услуг (имеются в виду больницы и службы первичной помощи), а также в такой «чувствительной» (с политической точки зрения), быстро реагирующей области, как структура финансирования.

Сказанное относится к большинству стран Западной Европы, причем как к странам, где здравоохранение финансируется из налоговых поступлений, так и к странам, где основным источником финансирования служат фонды социального медицинского страхования. Как указано в Главе 10, даже голландские врачи общей практики, будучи в техническом смысле частными предпринимателями, в последние годы склоняются скорее к усилению профессионального контроля (повторной аттестации и т. п.), чем к повышению роли предпринимательства. Что касается больниц, то в Главе 6 показано, что даже в системах, финансируемых из фондов социального медицинского страхования, независимые частные некоммерческие и (в меньшей степени) коммерческие больницы работают под прессом различных ограничений на использование текущих фондов, а также различных мер по контролю за финансовой деятельностью.

Несколько иначе выглядит ситуация в Центральной и Восточной Европе. Конечно, и здесь стоматология и фармацевтическая промышленность являются областями высокой предпринимательской активности. В системах здравоохранения ряда бывших республик СССР именно стоматология первой перешла к системе «плата за услугу» (англ. *fee-for-service*). В фармацевтической промышленности элемент предпринимательства выражен, пожалуй, слишком сильно — так, в Венгрии на фармацевтическую промышленность в 1997 г. пришлось 25,7% всех официальных расходов на здравоохранение (Gaál *et al.* 1999). Большинство больниц, напротив, остается в собственности и управлении государства, полномочия которого часто осуществляют местные, региональные или муниципальные органы исполнительной власти (Gaál *et al.* 1999). Однако система социальной и домашней медицины в этих странах только начинает формироваться (принятый раньше подход Семашко ее не предусматривал), а в нескольких странах Центральной и Восточной Европы некоторые поликлиники были преобразованы в учреждения, работающие по принципу платы за услуги (Gaál *et al.* 1999; Busse *et al.* 2000).

Следует отметить также, что общая картина соотношения централизованного регулирования и частного предпринимательства в странах Центральной и Восточной Европы учитывает только официальные доходы системы здравоохранения. Между тем Энсор и Дуран-Морено в Главе 5 отмечают, что в таких странах, как Болгария и Грузия, неформальные платежи могут составлять значительный процент доходов системы здравоохранения. Черный и «серый» рынок, особенно в больничном обслуживании, все еще существует и в Центральной Европе, где неформальные платежи, согласно принятым оценкам, не столь распространены. Соответственно, утверждение о недостаточном развитии предпринимательства в больничном секторе этих стран должно быть скорректировано.

Наконец, важно отметить, что высокий уровень развития предпринимательства вовсе не обязательно предполагает низкий уровень регулирующей активности. Насколько можно судить по таблицам 1.6—1.10, в Западной Европе усиление предпринимательской деятельности, как правило, сопровождается быстрой активизацией регулирующих мер со стороны государства (Saltman and Figueras 1997). Указание на причину этого можно найти в третьем столбце таблиц: творцы государственной политики стремятся ориентировать деятельность предпринимателей таким

образом, чтобы она соответствовала политическим задачам в области здравоохранения и способствовала решению этих задач. Что касается стран Центральной и Восточной Европы, то до недавнего времени рост предпринимательства в них не сопровождался ростом регулирующей активности государства; этот факт обусловлен не столько новыми, убедительными с научной точки зрения подходами к структурированию системы здравоохранения, сколько концептуальными, организационными и административными трудностями перехода к рыночной экономике (см. Главу 5) (Nunberg 1999).

Вторая схема соотношения между регулированием и предпринимательством отражает те сдвиги, которые претерпело это соотношение в течение 1990-х годов. Судя по данным, приведенным в главах Части 2, самый серьезный сдвиг произошел в трех крупнейших и важнейших отраслях по обеспечению медицинских услуг. Интересно, что это именно те отрасли, где раньше предпринимательство было развито относительно слабо. Особенно значительный подъем произошел в больничной отрасли. Согласно данным, приведенным в Главе 6, в финансируемых из налоговых поступлений системах здравоохранения стран Северной и Южной Европы произошел сдвиг от прежнего командно-административного метода руководства больницами к управлению по модели упорядочения и направления в определенное русло. Сходные (хотя и несколько отличные в структурном отношении) меры по предоставлению больницам большей самостоятельности были приняты в тех странах Европы, где системы здравоохранения финансируются преимущественно из фондов социального медицинского страхования. Основная идея этого процесса реформ заключается в предоставлении отдельным больницам достаточно широких полномочий для принятия решений; при этом больницам придается статус «государственных фирм» (Saltman and von Otter 1992) или — в странах, где здравоохранение финансируется из страховых фондов, — некоммерческих частных предприятий (см. Главу 6). Всемирный банк развил и усовершенствовал данную концепцию реформ (Harding and Preker 2000) для ее внедрения, в частности, в странах бывшего СЭВ.

В 1990-х годах для систем здравоохранения, финансируемых из налоговых поступлений, был характерен существенный рост предпринимательства в первичной помощи. В странах Скандинавии и, в меньшей степени, в Испании и Португалии, врачам общей практики предоставлена достаточно высокая степень административной самостоятельности (при том, что они остаются служащими, получающими государственную зарплату). В Швеции некоторые центры первичной медицинской помощи ныне управляются группами врачей, получившими свои полномочия от советов административных округов; в одном из районов Стокгольмского округа (Сёдер) был объявлен конкурс, по результатам которого к 2001 г. все 16 центров первичной медицинской помощи этого района перейдут к различным формам независимого управления (G. Berleen, личное сообщение). В Великобритании многие врачи общей практики объединились в кооперативы; ожидается, что благодаря новой схеме организации групп первичной медицинской помощи влияние сообщества врачей общей практики на процесс принятия решений усилится. Как уже отмечалось, в нескольких странах Центральной Европы многие службы первичной помощи стали полностью частными.

Существенные изменения произошли и в тех отраслях, где предпринимательство относительно развито, а именно в социальной и домашней медицине и в фармацевтической промышленности. Как показывает Фордер в Главе 8, социальная и домашняя медицина в Западной Европе ныне является, пожалуй, самой динамично

развивающейся отраслью здравоохранения, в рамках которой испытываются все новые и новые методы предпринимательства. Характерны прежде всего взносы разных типов (в Дании — из государственных фондов, в Нидерландах и Германии — из фондов социального страхования), которые затем могут использоваться отдельными лицами для оплаты услуг, предоставляемых государственными, некоммерческими частными, а иногда (в Германии) и полностью коммерческими поставщиками. Во второй половине 1990-х годов фармацевтическая промышленность стала для политиков источником серьезных трудностей, связанных с большими государственными расходами; активное развитие предпринимательства в этой отрасли сопровождается усилением регулирующих мер, призванных предотвратить чрезмерно агрессивное поведение производителей. Как показано в Главе 7, страны, стремящиеся ограничить рост расходов на медикаменты в своих бюджетах, решают эту проблему разными, часто противоречащими друг другу способами. Так или иначе, даже в этой отрасли, которая и прежде отличалась высоким уровнем развития предпринимательства, в течение 1990-х годов происходили немалые сдвиги.

Любопытно, что соотношение между регулированием и предпринимательством не претерпело особых изменений в тех отраслях, где предпринимательская активность либо традиционно была высокой (стоматология), либо, напротив, умышленно поддерживалась на низком уровне (субсидирование системы здравоохранения). В Главе 11 показано, что самые последние реформы далеки от потребностей стоматологии, ибо многие из предложенных мер по активизации предпринимательской инициативы сами по себе менее действенны, чем те, которые уже утвердились в данной отрасли, а возможности расширения и интенсификации этих мер все еще не продуманы в достаточной степени. Субсидирование здравоохранения в разных странах Европы осуществляется по-разному, однако по меньшей мере в Западной Европе предпринимательская активность в этой отрасли подлежит весьма строгим ограничениям. Системы здравоохранения, финансируемые из налоговых поступлений, сторонятся большинства предпринимательских инициатив, имеющих отношение к субсидированию. В системах, финансируемых из фондов социального медицинского страхования, предпринимательство прямо затрудняет осуществление социальной и экономической политики: ведь большинство соглашений, касающихся субсидирования, в этих системах имеют силу закона. Наиболее известный случай — невозможность реализовать в Нидерландах предложения доклада Деккера 1987 г. по организации конкурса согласно образцу, принятому в США (de Roo 1995; van de Ven and Schut 1995). Впрочем, аналогичные предложения в несколько смягченной форме были недавно внедрены в Германии (Busse 2000). В Главе 9 Шейман и Вазем указывают, что для стран Центральной и Восточной Европы было бы полезно принять этот более продуманный западноевропейский подход к внедрению предпринимательства в сферу субсидирования здравоохранения.

Из сказанного можно заключить, что соотношение между регулированием и предпринимательством меняется независимо от сложившегося уровня предпринимательской активности в той или иной отрасли. Изменения скорее обуславливаются конкретными характеристиками каждой отрасли; степень изменений зависит от того, насколько они способствуют решению центральных политических задач, связанных с поддержкой социальной сплоченности и обеспечением доступности услуг для всех слоев населения. Судя по всему, в Западной Европе государственные деятели относятся к любым изменениям в ключевых отраслях здравоохранения с осторожностью и даже с определенным беспокойством.



Теперь нам остается рассмотреть важнейший вопрос о том, как повлияли недавние сдвиги на деятельность системы здравоохранения. Политологи поставили бы этот вопрос со всей возможной прямотой: «Что же мы благодаря всему этому (то есть повышению роли предпринимательства) имеем?».

Ответы на подобного рода вопросы «вызревают» не сразу: ведь для того, чтобы были проведены соответствующие научные исследования, требуется определенное время. Как было показано выше, научное осмысление регулирующих мер — одна из самых спорных проблем современной теоретической социологии; соответственно, неспособность ученых быстро высказываться о последствиях новых политических мер является методологически неприятной проблемой для творцов реальной социальной политики. По словам британского экономиста Тони Кальера (Tony Culyer, личное сообщение), поначалу довольно долго кажется, что время для оценки результатов еще не наступило, а затем вдруг обнаруживается, что оно уже прошло. К тому же регулирующие меры часто носят предупредительный характер, и поэтому трудно определить, какие именно нежелательные явления были предотвращены благодаря их принятию.

Еще одна методологически запутанная проблема связана с установлением критериев оценки. Большинство комментаторов считает безусловно важным критерием экономичность; что касается результативности услуг, доступа к услугам, качества услуг или улучшения здоровья населения, то важность этих критериев признается не всеми. Исследователи, придающие большое значение повышению финансовой эффективности, обычно не обращают должного внимания на то, каким образом рост предпринимательской активности влияет на другие аспекты функционирования здравоохранения. Подобные недостаточно полные исследования в последнее время неоднократно становились причиной весьма жарких дискуссий, в том числе в Великобритании (Bosanquet 2000; Pollock 2000).

Как бы то ни было, влияние роста предпринимательской активности на функционирование шести перечисленных отраслей здравоохранения может оцениваться на основе достаточно весомого, хотя и не всегда поддающегося однозначной интерпретации, корпуса данных. Что касается отраслей, претерпевших особенно значительные изменения, — больниц, в меньшей степени социальной медицины и домашней медицины, а также первичной помощи, — то, согласно главам Части 2, повышения экономичности в них удалось добиться прежде всего тем системам, которые финансируются преимущественно из налоговых поступлений. В Главе 6 приводятся данные шведских ученых, согласно которым техническая эффективность в больницах возросла на 9,7% (Gerdtham *et al.* 1999). Согласно недавним исследованиям, проведенным в Андалусии (Испания) и Италии, учреждение больниц, имеющих статус государственных фирм, по меньшей мере поначалу привело к росту экономичности. Уже говорилось о том, что в Великобритании влияние произошедших преобразований на экономичность оценивается по-разному; существуют основания полагать, что повышение экономичности работы больниц в значительной степени компенсируется ростом операционных издержек.

Один из выводов Главы 8, посвященной обзору ситуации в социальной и домашней медицине, гласит: хотя процесс реформ все еще находится на ранней стадии, существуют свидетельства в пользу того, что рыночные мероприятия приводят к снижению издержек производства. Благодаря этим мероприятиям удалось также ослабить ошибочную тенденцию к выбору более дорогостоящего пребывания в интернатах или домах престарелых вместо лечения на дому. Согласно Главе 10, в системах, финансируемых из налоговых поступлений, врачи общей практики стали более свободны в смысле приобретения услуг и накопления бюджетных сбережений.

Обобщая, можно сказать, что стимулирование предпринимательства в системах, финансируемых из налоговых поступлений, приводит к существенным положительным результатам постольку, поскольку оно сочетается с возможностью для больного выбрать поставщиков услуг внутри данной системы. Насколько можно судить по рассказам, в больницах Швеции (где больной может сам выбрать себе больницу) поставщики услуг вынуждены уделять серьезнейшее внимание требованиям больных по снабжению, срокам лечения, клиническим аспектам лечения; то же относится и к организованной согласно иным принципам системе первичной помощи в Швеции и Великобритании. Иначе говоря, находящиеся в государственном управлении больницы и центры первичной помощи Швеции, а также врачебные кооперативы Великобритании (ныне упраздненные), начали процесс совершенствования качества услуг с принятия более высокого стандарта отношения к каждому отдельному больному. В итоге государственные заведения и заведения, финансируемые из государственных средств, получили возможность функционировать на таком высоком уровне, который обычно ассоциируется с частным сектором; при этом их услуги остаются доступны для всех слоев населения.

Данные, приведенные в Части 2, свидетельствуют и о том, что результаты повышения предпринимательской активности не всегда могут оцениваться однозначно положительно. На примере мер по субсидированию здравоохранения в России и других странах СНГ Шейман и Вазем (Глава 9) описывают ситуацию чрезмерно топорливого «развязывания» предпринимательской активности, не сопровождаемого уравновешивающими мерами, которые могли бы способствовать решению коренных задач социальной и экономической политики. В Главе 5 Энсор и Дуран-Морено отмечают, что в странах Центральной и Восточной Европы (то есть в странах с переходной экономикой) предпринимательство без соответствующего регулирования привело к распространению неформальных платежей («черной наличности») и коррупции. Скривенс (Глава 4) заключает, что одной из причин стремления правительства перейти от добровольной (и предполагающей высокие стандарты) аккредитации к обязательному (и предполагающему соблюдение минимальных стандартов) лицензированию служит опасение, что неконтролируемая свобода предпринимательства усилит стремление к наживе. Чрезмерным стимулированием предпринимательства обеспокоены как Груневеген с соавторами (Глава 10, посвященная первичной помощи), так и Фордер (глава 8, посвященная социальной и домашней медицине): оно несовместимо с предоставлением одинаково качественной медицинской помощи всем гражданам и порождает искажения в подаче важнейшей информации. Уже отмечалось, что аналогичные опасения высказывались и некоторыми экономистами, начиная с Арроу (Arrow 1963; из позднейших работ см.: Rice 1998).

В отдельных главах Части 2 можно найти и другие данные о результатах прошедшего сдвига в соотношении между регулированием и предпринимательством. Так, в Главе 3 проводится аналогия между реформами в системе здравоохранения и недавним ослаблением регулирующих мер в сферах коммунальных услуг и телекоммуникации. Из опыта сферы коммунальных услуг можно извлечь два урока, полезных для выбора регулирующих стратегий в здравоохранении. Один из этих уроков заключается в осознании важности перехода от масштабных или «макроуровневых» соглашений к более нюансированным подходам на уровне отдельных заведений: только в этом случае удастся гарантировать, что сдвиг от командно-административного регулирования к регулированию, основанному на системе контрактов, не приведет к нарушению принципа справедливости при оказании услуг и к ухудшению качества услуг. Второй урок заключается в осознании того, что новые методы регули-

рования должны внедряться с нарастающей интенсивностью. Обобщая, можно сказать, что новые регулирующие меры должны соотноситься с развитием предпринимательства по мере демонтажа прежней командно-административной системы. Эти уроки подтверждаются недавним опытом ослабления регулирующих мер в энергетической отрасли США. Согласно официальным данным, опубликованным в середине 2000 г., в Калифорнии, где рынок электроэнергии является одним из самых больших и наименее регулируемых, средняя оптовая цена на электроэнергию за последние три года возросла в два раза (Smith and Fialka 2000). Отмечается и другая, еще более опасная тенденция: из-за нежелания производителей вкладывать средства в развитие новых мощностей возросла вероятность отключений электричества в разгар лета (Berenson 2000). Специалисты относят эти отрицательные последствия на счет трудностей перехода от регулирования к конкуренции и полагают, что они обусловлены неадекватностью остаточных регулирующих возможностей государства.

### **Политические уроки**

Нахождение обоснованного соотношения между регулированием и предпринимательством — задача, сложность которой невозможно переоценить. Среди аналитиков существуют концептуальные разногласия относительно того, что такое регулирование и какую пользу оно может принести в качестве инструмента государственной политики. Внедрение эффективных механизмов регулирования, способных помочь решению коренных социальных и экономических задач, требует высокого политического искусства, поскольку связано с учетом и взаимным согласованием самых разнообразных (в том числе труднопредсказуемых) последствий, вытекающих из применения ограничительных регулирующих мер. Более того, как показано в таблицах 1.6—1.10, меры по регулированию предпринимательской деятельности могут преследовать различные, иногда несовместимые друг с другом цели.

Столь же сложной задачей представляется и извлечение политических уроков из недавнего европейского опыта. При выработке политического курса также возникают многочисленные спорные проблемы. Вопрос о политических уроках мы рассмотрим в трех взаимосвязанных, но различных аспектах. Во-первых, мы проанализируем возможные стратегии внедрения таких форм регулирования, которые стимулируют конкуренцию; эти формы описаны в Главе 3, а необходимость их внедрения оговорена в документах Европейского союза. Далее, мы изложим основные «заповеди» регулирования, включая предложения Чиница (Глава 2) по приведению в действие такого подхода к регулированию здравоохранения, при котором учитываются прежде всего интересы общества. Наконец, мы рассмотрим потенциальное влияние некоторых достижений современной науки и техники — прежде всего Интернета и картирования человеческого генома — на будущие меры по регулированию и завершим наше изложение выводами о возможной будущей роли социального предпринимательства.

### **Уроки, извлеченные из опыта других секторов**

Рико и Пюи-Жюнуа (Глава 3) заключают, что план регулирующих мер, направленных на поощрение конкуренции, должен учитывать как специфику данного сектора, так и степень его вовлеченности в создание социальных благ. Предложенная этими авторами методология планирования таких регулирующих мер для экономичес-

**Таблица 1.6** Регулирование предпринимательской деятельности медицинских страховых фондов и других сторонних плательщиков

<i>Регулирование, поощряющее конкуренцию</i>		<i>Регулирование, ограничивающее (индивидуальную) предпринимательскую деятельность</i>	
<i>Регулирование, стимулирующее возможности для предпринимательства</i>	<i>Регулирование, поддерживающее деятельность конкурентных рынков</i>	<i>Регулирование, направленное на решение социальных задач</i>	<i>Регулирование, слабо связанное с социальными задачами (возможно, необязательное)</i>
<b>ЭЦ</b>			
3	Предоставьте застрахованному право выбирать стороннего плательщика	Регулируйте размер взносов сторонних плательщиков согласно ожидаемым рискам (это необходимо для минимизации искажения рыночных отношений при «отборе рисков»)	Д: Требуйте заключения контракта со всеми желающими поставщиками (там, где предложение превышает спрос)
	Разрешите включать новые (дополнительные) услуги в пакет льгот и пособий	Требуйте, чтобы плательщики принимали всех претендентов (это необходимо для осуществления права на страхование здоровья)	С: Требуйте, чтобы плательщики принимали всех претендентов (это необходимо для осуществления права на страхование здоровья)
	Разрешите варьирование уровней премий/совместных платежей/сострахования/франшиз	Установите ежегодный период открытой регистрации	С: Обусловливайте размер взносов размером доходов (а не размером рисков)
	Требуйте финансовой ответственности от фонда (вместо ретроспективного покрытия расходов правительством или ассоциацией фондов)	Ограничьте возможности для (горизонтального) слияния плательщиков или определите условия такого слияния	С и К: Создайте едиобразный пакет льгот и пособий или передайте полномочия на создание такого пакета саморегулирующимся организациям
	Разрешите или поощряйте избирательную контрактацию	Ограничьте возможности для (вертикального) слияния, для покупки других учреждений системы здравоохранения и для управления ими	ОФ: Регулируйте максимальные административные и накладные расходы
		Учредите надзорные агентства для санкционирования контрактов и надзора за движением финансов и финансовой стабильностью	ОФ: Учредите актуарный контроль; регулируйте минимум и/или максимум резервов и типы приемлемых инвестиций

*Сокращения:* ЭЦ — экономика в целом; З — здравоохранение; Д — доступ к услугам; С — сплоченность; ЗБ — общественное здоровье и безопасность; К — качество; ОФ — обособленное финансирование

Таблица 1.7 Регулирование предпринимательской деятельности больниц

<i>Регулирование, поощряющее конкуренцию</i>		<i>Регулирование, ограничивающее (индивидуальную) предпринимательскую деятельность</i>	
<i>Регулирование, стимулирующее возможности для предпринимательства</i>	<i>Регулирование, поддерживающее деятельность конкурентных рынков</i>	<i>Регулирование, направленное на решение социальных задач</i>	<i>Регулирование, слабо связанное с социальными задачами (возможно, необязательное)</i>
ЭЦ	Положения Европейского союза о свободном движении услуг  Льготные ставки налогов и освобождение от налогов для некоммерческих предприятий	Антистростовское законодательство и законы, поощряющие конкуренцию  ЗБ: Общие правила работы предприятий (защита окружающей среды, безопасность работников, защита потребителя и др.)	ЗБ: Национальные и международные нормы защиты наемных работников
3	Замените не обусловленные объемом деятельности, ориентированные на вложение средств бюджеты такими бюджетами, которые рассчитаны исходя из объема работ по всей совокупности случаев, или компенсации работ и оговорен в контракте  Установите компенсацию за услуги, которые прежде подлежали перекрестному субсидированию (например, за услуги, оказываемые незастрахованным лицам)  Разрешите удержание излишков (на следующий календарный год)	Пользуйтесь гибкой системой компенсаций, учитывая данные по большой совокупности разнообразных случаев (для ограничения негативного отбора)  Ограничьте возможности для (горизонтального) слияния больниц и для покупки других больниц (Великобритания и др.)  Ограничьте возможности для (вертикального) слияния путем приобретения и запуска в действие других медицинских учреждений	Установите единую или максимальную цену или компенсацию для приватно оплачиваемых услуг, то есть для услуг, не входящих в государственный пакет льгот и пособий, или услуг для больных, платящих частным образом  Ограничьте покупку предприятий, не относящихся к сфере здравоохранения  Не разрешайте удерживать излишки, образованные путем отчисления из прибылей, на следующий бюджетный год

Разрешите легкий доступ капитала для инфраструктуры	Управляйте правительственной аккредитацией, санкционированием контрактов и/или надзором за движением финансов и финансовой стабильностью	Д и ОФ: Разрешайте открывать (новые) больницы только в соответствии с правительственными критериями планирования и др.)	Ограничьте типы предоставляемых услуг (амбулаторное лечение в Германии и др.)
Разрешите больным выбирать себе больницу (под руководством врача общей практики или независимо от него)	Учредите надзорные агентства для аккредитации, санкционирования контрактов и/или надзора за движением финансов и финансовой стабильностью	С: Не разрешайте обслуживать частных больных	
Разрешите деньгам «двигаться вслед» за выбором больного (Швеция, Германия и др.)		С и К: Гарантии соблюдения сроков ожидания (Швеция, Дания и др.)	
Разрешите (поощряйте) заключение государственным больницами контрактов с частными управленцами, в том числе на основе конкурентных торгов (Португалия, Стокгольмский округ в Швеции и др.)		ЗБ и ОФ: Запретите рекламу предоставляемых услуг (Германия)	
Разрешите горизонтальные и/или вертикальные слияния		ЗБ и ОФ: Требуйте, чтобы большие (за исключением немощных, инвалидов и т. п.) принимали участие в расходах	Не разрешайте удерживать излишки, образованные путем отчисления из прибылей, на следующий бюджетный год
		К: Обязательная аккредитация и оценка квалификации персонала, технического оснащения, качества работы	
		К: Разрешите предоставлять услуги только согласно директивам и протоколам	

Таблица 1.7 Продолжение

Регулирование, поощряющее конкуренцию		Регулирование, ограничивающее (индивидуальную) предпринимательскую деятельность
Регулирование, стимулирующее возможности для предпринимательства	Регулирование, поддерживающее деятельность конкурентных рынков	Регулирование, направленное на решение социальных задач
		Регулирование, слабо связанное с социальными задачами (возможно, необязательное)
		К: Требуйте обновления хода работы
		К: Установите (минимальные) стандарты, регулирующие количество работников и структуру персонала (Германия)
		К и ОФ: Требуйте выдачи направлений от поставщиков низших звеньев (поставщиков первичной и/или вторичной амбулаторной помощи и/или больниц низких иерархических уровней)
		ОФ: Установите единообразную или максимальную цену (компенсацию) или требуйте, чтобы поставщики и плательщики согласились принять единообразные схемы компенсации (тем самым блокируется ценовая конкуренция)
		ОФ: Требуйте частичной оплаты услуг (некоторые больницы могут оказаться неспособными выполнить это требование)
		ОФ: Не разрешайте брать средства из банков без санкции государственных органов; не разрешайте вычитывать суммы капитальных затрат из компенсаций

Сокращения: ЭЦ - экономика в целом; З - здравоохранение; Д - доступ к услугам; С - сплоченность; ЗБ - общественное здоровье и безопасность; К - качество; ОФ - обоснованное финансирование

**Таблица 1.8** Регулирование предпринимательской деятельности в амбулаторном обслуживании

		<i>Регулирование, поощряющее конкуренцию</i>		<i>Регулирование, ограничивающее (индивидуальную) предпринимательскую деятельность</i>	
		<i>Регулирование, стимулирующее возможности для предпринимательства</i>	<i>Регулирование, поддерживающее деятельность конкурентных рынков</i>	<i>Регулирование, направленное на решение социальных задач</i>	<i>Регулирование, слабо связанное с социальными задачами (возможно, необязательное)</i>
ЭЦ	Положения Европейского союза по обеспечению равных прав на получение работы гражданами всех стран союза, имеющим равную квалификацию (свободное движение людей)  Положения Европейского союза о свободном движении услуг				
3	Разрешите нерегулируемое создание новых медицинских учреждений	Управляйте правительственной аккредитацией, санкционированием контрактов и/или надзором за движением финансов и финансовой стабильностью	Учредите надзорные агентства для санкционирования контрактов и/или надзора за движением финансов и финансовой стабильностью	Д: Установите обязательный минимум рабочего времени (Германия, Нидерланды)	Ограничьте типы услуг, предоставляемых некоторыми типами поставщиков, или создайте монополии на услуги для отдельных типов поставщиков
	Разрешите дополнительную деятельность вдобавок к предоставляемой услуге, финансируемых государством или фондами медицинского страхования			Д и С: Разрешайте открывать новые медицинские учреждения прежде всего в таких регионах, где их не хватает	Регулируйте максимальное рабочее время
	Положения Европейского союза о взаимном признании медицинских дипломов	Ограничьте возможности для (горизонтального) слияния и для приобретения других медицинских учреждений; разрешите профессионалам владеть и/или управлять только одним учреждением или практикой	Ограничьте возможность для (горизонтального) слияния и для приобретения других медицинских учреждений; разрешите профессионалам владеть и/или управлять только одним учреждением или практикой	Д и ОФ: Ограничьте доступ на рынок новых поставщиков, руководствуясь правительственными критериями планирования	Установите единую или максимальную цену (компенсацию) для услуг, оплачиваемых частным образом



Таблица 1.8 Продолжение

Регулирование, поощряющее конкуренцию		Регулирование, ограничивающее (индивидуальную) предпринимательскую деятельность
Регулирование, стимулирующее возможности для предпринимательства	Регулирование, поддерживающее деятельность конкурентных рынков	Регулирование, направленное на решение социальных задач
Клиническое самоуправление (возможность самостоятельно устанавливать ассортимент предоставляемых услуг)	Требуется выдачи направлений от врач-ей общей практики (которым таким образом придается функция «привратника»), если врач-специалист оплачивается по принципу гонорара за услугу	ЗБ и ОФ: Запретите рекламу предоставляемых услуг (Германия)
Разрешите больным выбирать своего врача		ЗБ и ОФ: Требуйте, чтобы больные (за исключением немощных, инвалидов и т. п.) принимали участие в расходах
Разрешите деньгам «двигаться вслед» за выбором больного		К: Разрешайте предоставлять услуги только согласно директивам и протоколам
Поощряйте рыночную калькуляцию (или требуйте рыночной калькуляции) цен для услуг, оплачиваемых частным образом (Великобритания)		К: Обязательная аккредитация и оценка квалификации персонала, технического оснащения, качества работы К и ОФ: Требуйте выдачи направлений от поставщиков первичной помощи (которым таким образом придается функция «привратника») ОФ: Установите единообразную или максимальную цену (компенсацию) или требуйте, чтобы поставщики и плательщики согласились принять единообразную схему компенсации ОФ: Требуйте частичной оплаты услуг (некоторые поставщики могут отказаться неспособными выполнить это требование)

*Регулирующие меры, относящиеся к врачам общей практики (вдобавок к мерам по регулированию амбулаторного обслуживания)*

Славайте государственные заведения в аренду частным врачам общей практики (в отдаленных и отсталых регионах — за цену ниже стоимости) (Хорватия и др.)

ЗБ и ОФ: Требуется, чтобы больные регистрировались у врачей общей практики (чтобы каждый врач общей практики отвечал за определенное число жителей)

К и ОФ: Требуется, чтобы врачи общей практики (выполняющие функцию «привратников») выдавали направления к врачам-специалистам

*Регулирующие меры, относящиеся к стоматологам (вдобавок к мерам по регулированию амбулаторного обслуживания)*

Разрешайте стоматологам самим устанавливать размера гонорара (Норвегия)

Д: Включите стоматологию в число услуг, финансируемых государством и/или уполномоченными страховыми компаниями

Д и ЗБ: Включите стоматологические услуги для немущих, детей и других уязвимых групп населения в число услуг, финансируемых государством и/или уполномоченными страховыми компаниями

---

*Сокращения:* ЭЦ - экономика в целом; З - здравоохранение; Д - доступ к услугам; С - сплоченность; ЗБ - общественное здоровье и безопасность; К - качество; ОФ - обоснованное финансирование

**Таблица 1.9** Регулирование предпринимательской деятельности фармацевтической промышленности и аптек

Регулирование, поощряющее конкуренцию		Регулирование, ограничивающее (индивидуальную) предпринимательскую деятельность	
Регулирование, стимулирующее возможности для предпринимательства	Регулирование, поддерживающее деятельность конкурентных рынков	Регулирование, направленное на решение социальных задач	Регулирование, слабо связанное с социальными задачами (возможно, необязательное)
ЭЦ	Положения Европейского союза о свободном движении товаров	Директива Европейского союза о ценовой прозрачности Антитрестовое законодательство и законы, поощряющие конкуренцию	
3	Субсидируйте (освободите от налогов) разработку неприбыльных медикаментов	Обязательное правительственное лицензирование фармацевтических производителей	Д и ОФ: Разрешайте открытие новых аптек только в соответствии с правительственными критериями планирования  Установите единую или максимальную цену (компенсацию) для потребителей, платящих частным образом, и плательщиков, приобретающих лекарства, не включенные в государственный пакет льгот и пособий
	Разрешите открытую рыночную калькуляцию цен на медикаменты	Ограничьте возможности для (вертикального) слияния, для покупки других учреждений системы здравоохранения и для управления ими	ЗБ: Требуется информирования потребителей; регулируйте этикетки
	Запретите параллельную торговлю	Поощряйте параллельную торговлю	ЗБ и ОФ: Требуется, чтобы крупные (за исключением немощных, инвалидов и т. п.) принимали участие в расходах

Предоставляйте технические данные производителям непатентованных лекарств до истечения срока патента	Поощряйте слияния среди оптовых торговцев медикаментами	ЗБ и ОФ: Запретите открытую рекламу лекарств
Требуйте, чтобы владельцами аптек могли быть только профессиональные фармацевты	Ограничьте возможности для (горизонтального) слияния; разрешите фармацевтам владеть и/или управлять только одной аптекой (Германия)	ОФ: Ограничивайте маркетинговые расходы на медикаменты
		ОФ: Регулируйте максимальные размеры прибыли для производителей медикаментов (Великобритания)
		ОФ: Установите единую максимальную цену или ориентировочные цены на лекарства
		ОФ: Требуйте замены патентованных лекарств непатентованными
		ОФ: Требуйте больничные своды лекарств ОФ: Требуйте, чтобы врачи, работающие в собственных кабинетах, и/или производители лекарств компенсировали расходы страховщиков, превышающие бюджетный потолок (Германия)

Сокращения: ЭЦ — экономика в целом; З — здравоохранение; Д — доступ к услугам; С — сплоченность; ЗБ — общественное здоровье и безопасность; К — качество; ОФ — обособленное финансирование

Таблица 1.10 Регулирование предпринимательской деятельности в социальной медицине

Регулирование, поощряющее конкуренцию		Регулирование, ограничивающее (индивидуальную) предпринимательскую деятельность	
Регулирование, стимулирующее возможности для предпринимательства	Регулирование, поддерживающее деятельность конкурентных рынков	Регулирование, направленное на решение социальных задач	Регулирование, слабо связанное с социальными задачами (возможно, необязательное)
ЭЦ Льготные ставки налогов или освобождение от налогов для некоммерческих предприятий	Антитрестовое законодательство и законы, поощряющие конкуренцию	ЗБ: Национальные и международные нормы защиты наемных работников ЗБ: Общие правила работы предприятий (защита окружающей среды, безопасность работников, защита потребителя и др.)	
3 Замените бюджеты, начисленные относительно к выполненной работе и ориентированные на вложенные средства, бюджетами, рассчитанными согласно объему работ и на основании анализа большой совокупности случаев, или компенсациями, размер которых оговорен в контракте и обусловлен объемом работ	Ограничьте возможности для горизонтального слияния	К: Обязательная аккредитация и оценка квалификации персонала, технического оснащения, качества работы	Ограничьте возможности для покупки медицинских заведений сторонними органами и возможностями сторонних органов по управлению медицинскими заведениями
Разрешите крупным самостоятельным выбирать поставщиков	Ограничьте возможности для (вертикальной) покупки служб социальной медицины больницами	К: Установите минимальные стандарты, регулирующие количество работников и структуру персонала	
Разрешите деньгам «двигаться вслед» за выбором большого (косвенным образом, через контрактацию, или прямо, путем предоставления денежного пособия)		ОФ: Установите единообразную или максимальную цену (компенсацию) или требуйте, чтобы поставщики и плательщики согласились принять единообразную схему компенсации (блокировка ценовой конкуренции)	
Разрешите поставщику удерживать излишек (прибыль)			
Разрешите горизонтальные и/или вертикальные слияния среди поставщиков			

Сокращения: ЭЦ — экономика в целом; З — здравоохранение; Д — доступ к услугам; С — сплоченность; ЗБ — общественное здоровье и безопасность; К — качество; ОФ — обоснованное финансирование

кого сектора предполагает учет следующих трех пунктов: (1) типа поощряемой конкуренции (конкуренция на уровне выпускаемой продукции, тендеры, конкуренция за получение лицензий и/или конкуренция на рынке ценных бумаг); (2) договорных вопросов, возникающих в связи с переходом от монополии к конкуренции; (3) регулирования цен. Основная идея этих авторов заключается в следующем: процесс поощрения предпринимательства в области здравоохранения может организовываться с учетом опыта других секторов, однако содержательный аспект этого процесса слишком своеобразен, чтобы можно было прибегать к прямым заимствованиям.

Взгляды Рико и Пюи-Жюнуа противоречат распространенной в странах Европейского союза тенденции трактовать меры по поощрению конкуренции в здравоохранении на той же основе, что и аналогичные меры в любом другом секторе экономики. Согласно Римскому договору, который положил начало Европейскому сообществу (последние поправки в него были внесены Амстердамским договором от октября 1997 г.), для стран этого сообщества был создан единый рынок, внутри которого соблюдается принцип свободы движения людей, товаров, услуг и капиталов. Регулирование единого рынка имеет своей очевидной целью содействие предпринимательству во всем Европейском сообществе путем ослабления или полного упразднения экономических барьеров. Однако статья 152 договора специально оговаривает «ответственность стран-участниц за организацию здравоохранения и предоставление медицинской помощи». Таким образом, между национальными системами здравоохранения и единым рынком возникает определенный разрыв, что порождает ряд сложных вопросов, связанных с необходимостью соблюдать перечисленные выше основополагающие свободы. Так, принцип свободы движения людей предполагает свободу работников системы здравоохранения работать в других странах-участницах на тех же правах, что и граждане этих стран; принцип свободы движения товаров предполагает свободу продавать медикаменты или медицинские приборы; принцип свободы движения услуг ныне предполагает реальную свободу для больных выбирать себе поставщиков медицинской помощи среди специалистов других стран Европейского союза (Wismar and Busse 1998, 1999). В конце 1990-х годов фармацевтические фирмы оказывали на Европейскую комиссию значительное давление, чтобы заставить страны-участники принять рыночные цены на все продаваемые в них лекарства (Wold-Olsen 1998).

Особенно досадный аспект этого противоречия между единым рынком и дополнительными правами национальных правительств касается правового статуса медицинских фондов и договоров, заключаемых с системой здравоохранения. Столкнувшись с реформами 1990-х годов, направленными на поощрение предпринимательства среди медицинских фондов, нидерландское Национальное ведомство по защите конкуренции распорядилось рассматривать медицинские фонды Нидерландов как частные предприятия (Sheldon 2000). Недавний доклад нидерландского Совета по охране здоровья населения содержит указание на то, что принятые в этой стране меры по ограничению открытой рыночной калькуляции размера премий частными медицинскими страховыми компаниями путем принуждения их к перекрестным трансферам согласно установленным схемам могут «не пройти испытания на предмет соответствия европейским стандартам». В докладе рекомендуется пересмотреть роль Европейского союза и отдельных государств-участников в обеспечении охраны здоровья и позволить государствам «самим определять свой курс» (Raad voor de Volksgezondheit en Zorg 2000). Аналогично, недавний доклад, написанный для Европейской комиссии членами Европейской ассоциации по управлению здравоохранением, содержит указание на возможность того, что страны, в которых системы здравоохранения субсидируются или управляются государст-

вом, будут вынуждены отвергнуть реформы, направленные на стимулирование предпринимательства, дабы сохранить существующие структуры (Paton *et al.* 2000).

### **Уроки, извлеченные из недавних мер**

Существующие разногласия по вопросу о том, насколько меры по ограничению регулирования и принципы, которыми руководствуется единый рынок Европейского союза, применимы к здравоохранению, дополнительно подчеркивают краткосрочную и долгосрочную значимость регулирующей модели «упорядочения и направления в определенное русло» (англ. ‘steer-and-channel’ regulation). Возвращаясь к уже известной нам классификации мотивов регулирующей деятельности по Болдуину, мы можем констатировать, что традиционный принцип «общественного интереса» — придание предпринимательству такой направленности, которая согласуется с коренными задачами социальной и экономической политики государства, — хорошо ложится в эту картину. Однако чтобы регулирование с точки зрения общественного интереса было по-настоящему действенным, необходимо взять на вооружение некоторые элементы концепции «групповых интересов». Основываясь на изложенных выше фактах и соображениях относительно взаимосвязей между регулированием и предпринимательством, а также на четырех рекомендациях Чиница (Глава 2), касающихся «хорошего» и «плохого» регулирования, деятели, ответственные за разработку государственной политики, могут воспользоваться приведенной в таблице 1.11 четырехчастной схемой «заповедей» регулирования; эта схема поможет им выбрать нужное сочетание стратегий и инструментов.

### **Регулируйте, имея определенный стратегический план**

Хорошее регулирование в здравоохранении должно иметь ясную долгосрочную цель. Известно, что все частные корпорации, дабы повысить эффективность своей деятельности по достижению поставленных целей, используют стратегическое планирование; аналогичным образом должны поступать и государственные регулирующие органы, особенно если дело касается такого сложного сектора, как здравоохранение (Walt 1998). Если цель регулирующих мер заключается в том, чтобы, стимулируя предпринимательство, одновременно решить коренные задачи социальной и экономической политики, — значит, такие меры должны быть тщательно продуманы и приняты на долгосрочной основе.

### **Регулируйте комплексно**

Здравоохранение — один из самых сложных секторов, подлежащих регулированию со стороны современного государства. Лица, ответственные за разработку и проведение государственной политики, понимают, что все отрасли связаны друг с другом сложными непосредственными и опосредованными связями; соответственно, меры, служащие решению политических задач, должны быть разнообразными и иметь сложную структуру. Разрушительные последствия узких, односторонних регулирующих мер в здравоохранении могут служить хорошим уроком для политологов; сильные и сплоченно противящиеся регулированию агенты системы здравоохранения пользуются такими мерами в своих интересах. Все это определяет необходимость введения в действие масштабной комплексной системы регулирующих мер.

**Таблица 1.11** «Заповеди» регулирования*Регулируйте, имея определенный стратегический план*

- Регулирование — часть стратегического планирования
- Регулирование — не цель, а средство
- Регулирование должно способствовать решению коренных задач социальной и экономической политики
- Регулирование носит долгосрочный, а не краткосрочный характер

*Регулируйте комплексно*

- Регулирование предполагает одновременное решение множества проблем
- Регулирование может сочетать механизмы конкурирующих дисциплин
- Регулирование требует интегрированного подхода, координирующего разнообразные механизмы
- Регулирование должно подходить к условиям соответствующей системы здравоохранения
- Регулирование требует гибкого государственного управления

*Меры по ослаблению регулирования должны сочетаться с мерами по усилению регулирования*

- Ослабление регулирования требует разработки нового набора правил регулирования
- Перед прекращением одних регулирующих мер следует принять другие меры

*Доверяйте, но проверяйте*

- Регулирование требует систематического наблюдения и контроля
- Саморегулирование требует систематического наблюдения и контроля

**Меры по ослаблению регулирования должны сочетаться с мерами по усилению регулирования**

При переходе от командно-административной системы руководства к управленческой автономии в любой отрасли происходит процесс «нащупывания» политически допустимых границ свободы предпринимательства. Уильямсон (Williamson 1985) усматривает в этом процессе соблазн легкой наживы и опасность выйти за пределы разумного. Последствия этого могут быть особенно неприятными в секторах экономики, отвечающих за обеспечение комплексных социальных благ, в том числе в здравоохранении. Как показано в Главах 3 (об ослаблении регулирования в сфере коммунальных услуг) и 9 (об элементах предпринимательства в субсидировании здравоохранения), демонтаж старой командно-административной структуры должен предваряться установлением ясно очерченных рамок, внутри которых будут осуществляться новые регулирующие меры. Смит и Фиалка (Smith and Fialka 2000) на ряде примеров демонстрируют крайне отрицательные последствия неадекватных, неэффективных и несвоевременных мер по ослаблению регулирования в такой значительно менее сложной отрасли, как снабжение электроэнергией (на примере Калифорнии). Недавний опыт Польши доказывает, что поспешное прекращение регулирования деятельности больниц приводит к появлению больших задолженностей, которые в дальнейшем должны все равно покрываться из государственных средств (T. Palu, личное сообщение).

**Доверяйте, но проверяйте**

Регулирование без систематического наблюдения и контроля может принести больше вреда, чем отсутствие регулирования, поскольку оно в большей степени подрывает авторитет государства. В среде, где предпринимательство поощряется,



неадекватный контроль порождает пренебрежительное отношение к тем коренным задачам социальной и экономической политики, ради решения которых вводятся регулирующие меры. Издавая распоряжения по регулированию, политики должны быть уверены в своих административных возможностях по наблюдению за выполнением этих распоряжений. Тем самым предполагается, что адекватное взаимодействие между агентами системы не будет достигнуто ценой отхода от принципа подотчетности перед государством. Сказанное относится и к саморегулирующимся организациям, по отношению к которым предлагается термин «обязательное саморегулирование» (Baldwin and Cave's 1999). В странах Центральной и Восточной Европы проблема регулирования заключается не только в разработке адекватных мер, но и в создании административных возможностей для того, чтобы такие меры могли быть должным образом проведены в жизнь (данное положение вытекает из рекомендаций Энсора и Дурана-Морено по борьбе с коррупцией).

### **Факторы, нарушающие сложившийся порядок?**

Помимо итогов деятельности по ослаблению регулирования в сфере коммунальных услуг и в сфере здравоохранения, следует учитывать влияние двух динамично развивающихся новых отраслей современной науки и техники; некоторые наблюдатели полагают, что развитие этих отраслей со временем приведет к радикальному перераспределению власти внутри систем здравоохранения. Имеются в виду, во-первых, Интернет и информационные технологии и, во-вторых, биоинженерия и генная инженерия, способные оказать значительное влияние на производство медикаментов и на пересадку органов животных человеку. В связи с возможным воздействием обеих отраслей на организацию здравоохранения уже поднимались достаточно острые вопросы; тем не менее маловероятно, чтобы изложенные выше «заповеди» подверглись сколько-нибудь серьезным изменениям.

Доводы в пользу того, что Интернет приведет к радикальному реструктурированию систем здравоохранения, кажутся вполне убедительными. Трамбле (Tremblay 2000) специально останавливается на роли больного, который будет иметь доступ к многочисленным новейшим источникам информации о болезнях и их лечении; больной, владеющий этой информацией, будет ждать от своих врачей и от системы здравоохранения совсем не того, чего он ждет сегодня. Влияние этой новой информации уже становится очевидным; так, в Уэльсе больные входят в кабинеты своих врачей общей практики с компьютерными распечатками в руках, а владеющие английским жители стран континентальной Европы могут благодаря Интернету знакомиться с рекламой медикаментов самых знаменитых американских фармацевтических фирм. Более серьезен и потенциально сложен вопрос о том, насколько возможно контролировать движение денежных средств при осуществлении по Интернету так называемых B2B-операций (то есть операций между компаниями как таковыми: business-to-business). Если сторонний плательщик (например, медицинский страховой фонд, группа первичной помощи или отдел закупок при совете округа) может через Интернет приобрести самые разнообразные медицинские услуги у поставщиков, базирующихся в разных странах Европы и Северной Америки, каким образом это влияет как на положение местных поставщиков, так и на ход регулирующих мероприятий, с помощью которых национальное правительство стремится ограничить нежелательные действия предпринимателей? Как согласуется такая «электронная коммерция» с законодательством Европейского союза и с судебными решениями?

О возможном воздействии генетики человека на функционирование системы здравоохранения можно говорить более определенно. Медикаменты, полученные с применением методов биоинженерии, уже выпущены на рынок, и оказываемое ими влияние уже побудило государственные регулирующие органы принять определенные меры. Распространение этого новшества затрагивает не столько структуру и авторитет системы здравоохранения, сколько налаженные способы ее финансирования. Кроме того, сам факт использования методов биоинженерии для производства медикаментов способствует смещению акцентов, которое может повлиять на разработку политики в области здравоохранения: профилактические и общественные аспекты этой политики отходят в тень, а главную роль начинает играть индивидуальный подход к лечению человека. Недавний рост затрат в фармацевтической отрасли, связанный с возникновением нового этического фактора, лег довольно тяжелым бременем на бюджеты ряда стран Европы, однако реакция национальных правительств оказалась во многом поучительной. Как указано в Главе 7, регулирующие меры становятся все более и более изощренными в смысле разнообразия используемых инструментов. Резкий рост затрат, вызвав к жизни ряд новых регулирующих мер, отнюдь не привел к разрушению сложившейся системы регулирования. В данном случае нас не очень занимает вопрос о том, насколько новые меры будут успешны в аспекте ограничения роста затрат; для нас важнее отметить, что система смогла устоять.

Замечания по поводу последних достижений генетики человека возвращают нас к развитию информационных технологий. При принятии решений, связанных с новой ролью больных, будут, вероятно, учитываться два момента. Во-первых, новая клиническая информация в Интернете доступна не только больным, но и врачам (в том числе состоящим на государственной службе), которые, конечно, не захотят уступать своим больным в информированности. Во-вторых, по мере того как системы здравоохранения, благодаря децентрализации принятия решений, становятся более гибкими (показательно разделение покупателей и поставщиков в системах, финансируемых из налоговых поступлений), появляются возможности для скорейшего освоения новых процедур и методов лечения.

Более существенные трудности для государственной системы регулирования здравоохранения представляет электронная коммерция в форме B2B-операций. Тем не менее в настоящее время (сентябрь 2000 г.) есть основания считать, что «заповеди» регулирования останутся неизменными и после того, как «кибернетическая пыль» осядет. Возможно, возникнут новые способы применения этих правил, однако их методологическая основа, скорее всего, сохранится. Единственной возможной альтернативой видится общество, в котором правительства уже не смогут настаивать на том, чтобы агенты системы здравоохранения соотносили свои действия с коренными задачами социальной и экономической политики государства. В подобном обществе не только система здравоохранения, но и все государство будет функционировать на основе совершенно иных принципов, нежели те, которые действительны для нашего времени. Нет нужды говорить, что обсуждение подобных вопросов не входит в задачу настоящей работы.

### **Заключительные замечания**

Состязание между регулирующими органами и предпринимателями в здравоохранении со временем, скорее всего, будет приобретать все более и более напряженный характер. Вероятен также медленный, но неуклонный рост числа социальных пред-

принимателей, работающих в государственном секторе, но использующих многие идеи и методы, присущие частному сектору. По мере совершенствования системы взаимосвязей между рыночными механизмами и принципами целевого регулирования государство будет позволять этим механизмам все более и более свободно действовать внутри системы здравоохранения. По-видимому, нас ждет существенный подъем так называемого социального предпринимательства, на желательность которого указал еще Дракер (Drucker 1985), а в области здравоохранения — ван дер Гринтен (van der Grinten 1999). В пространстве между чисто бюрократическим государственным и чисто коммерческим частным типами деятельности могут сложиться элементы некоммерческой частной деятельности, осуществляемой в сотрудничестве с независимыми организациями государственного сектора (именно это уже произошло в Нидерландах). На этом участке также могут возникнуть сложные проблемы с регулированием; успех в их решении будет зависеть от того, насколько гибко и целенаправленно будет организована система регулирующих мер.

В здравоохранении все еще недостаточно изучены возможности такого метода, как использование независимых регулирующих органов. На сегодняшний день такие органы все еще не настолько развиты, чтобы играть заметную роль в регулировании предпринимательской деятельности, связанной с функционированием системы здравоохранения. Тем не менее есть смысл задуматься над их потенциальной ролью; об этом свидетельствует недавний положительный опыт работы независимых агентств при осуществлении мер по регулированию соотношения между стабильностью и конкуренцией в сферах коммунальных услуг и телекоммуникации.

Можно также предполагать, что по мере подъема общего уровня предпринимательства в здравоохранении масштаб регулирующих мер со стороны государства будет расширяться. Отдельные главы Части 2 помогут лицам, ответственным за разработку политики, точно оценить, какие отрасли системы здравоохранения в настоящее время регулируются слишком активно, а какие, быть может, нуждаются в усилении регулирующих мер. Отметим еще раз, что подъем рыночной активности в здравоохранении непременно приводит к интенсификации государственного регулирования (ср. Saltman and Figueras 1997). Кажется более чем вероятным, что дальнейшее совершенствование методологии регулирования и освоение новых регулирующих инструментов не приведет к сколько-нибудь заметным изменениям в системе «заповедей» регулирования. Соответственно, лицам, ответственным за разработку политики, придется сосредоточить свои усилия на совершенствовании структурных рамок, внутри которых будут применяться эти «заповеди».

### **Литература**

- Altman, S.H., Reinhardt, U.E. and Shactman, D. (eds) (1999) *Regulating Managed Care*. San Francisco, CA: Jossey-Bass.
- Arrow, K. (1963) Uncertainty and the welfare economics of health care, *American Economic Review*, 53(5): 940–73.
- Ayres, I. and Braithwaite, J. (1992) *Responsible Regulation*. Oxford: Oxford University Press.
- Baldwin, R. and Cave, M. (1999) *Understanding Regulation: Theory, Strategy and Practice*. Oxford: Oxford University Press.
- Baldwin, R., Scott, C. and Hood, C. (eds) (1998) *A Reader on Regulation*. Oxford: Oxford University Press.

- Berenson, A. (2000) California on edge of failing to meet electricity needs, *New York Times*, 3 August.
- Bosanquet, N. (2000) Public/private partnership: change for today's patients—not tomorrow's, *Eurohealth*, 6(3): 41–2.
- Busse, R. (2000) *Health Care Systems in Transition: Germany*. Copenhagen: European Observatory on Health Care Systems.
- Busse, R., Struk, P., Marshall, T., Pyrmula, R. and Petrakova, A. (2000) *Health Care Systems in Transition: Czech Republic*. Copenhagen: European Observatory on Health Care Systems.
- Colton, R., Frisof, K.B. and King, E.R. (1997) Lessons for the health care industry from America's experience with public utilities, *Journal of Public Health Policy*, 18: 389–400.
- Dahlgren, G. (1994) *Framtidens Sjukverdsmarknader*. Stockholm: Naturoch Kultur.
- de Roo, A. (1995) Competition and solidarity in health insurance, in R.B. Saltman and C. von Otter (eds) *Implementing Planned Markets in Health Care*. Buckingham: Open University Press.
- Diderichsen, F. (1995) Market reform in health care and sustainability of the welfare state: lessons from Sweden, *Health Policy*, 32: 141–53.
- Downs, A. (1957) *An Economic Theory of Democracy*. New York: Harper & Row.
- Drucker, P.F. (1985) *Innovation and Entrepreneurship*. New York: Harper & Row.
- Gaál, P., Rékassy, B. and Healy, J. (1999) *Health Care Systems in Transition: Hungary*. Copenhagen: European Observatory on Health Care Systems.
- Gerdtham, U.G., Lothgren, M., Tambour, M. and Rehnberg, C. (1999) Internal markets and health care efficiency: a multiple-output stochastic frontier analysis, *Health Economics*, 8: 151–64.
- Graham, C. (1994) Self-regulation, in G. Richardson and H. Genn (eds) *Administrative Law and Government Action*. Oxford: Clarendon Press.
- Hamel, G. and Prahalad, C.K. (1994) *Competing for the Future*. Boston, MA: Harvard Business School Press.
- Harding, A. and Preker, A.S. (2000) Organizational reform in the hospital sector: a conceptual framework, in A.S. Preker and A. Harding (eds) *Innovations in Health Care Reform: The Corporatization of Public Hospitals*. Baltimore, MD: Johns Hopkins University Press.
- Hood, C. (1991) A public management for all seasons, *Public Administration*, 69: 3–19.
- Hood, C. (1995) *Explaining Economic Policy Reversals*. Buckingham: Open University Press.
- Hunt, A.R. (2000) Social entrepreneurs: compassionate and tough-minded, *Wall Street Journal*, 13 July.
- Hunter, D.J. (1997) *Desperately Seeking Solutions*. London: Addison-Wesley Longman.
- Hunter, D.J., Vienonen, M. and Wlodarczk, W.C. (1998) Optimal balance of centralized and decentralized management, in R.B. Saltman, J. Figueras and C. Sakellarides (eds) *Critical Challenges for Health Care Reform in Europe*. Buckingham: Open University Press.
- Immergut, E. (1992) *Health Politics: Interests and Institutions in Western Europe*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Lasswell, H. (1936) *Politics: Who Gets What, When, How*. New York: McGraw-Hill.
- LeGrand, J. and Bartlett, W. (eds) (1993) *Quasi-markets and Social Change*. London: Macmillan.
- Lipsky, M. (1980) *Street Level Bureaucrats*. New York: Russell Sage.

- Long, N. (1949) Power and administration, *Public Administration Review*, 9: 257–69.
- Majone, G. (1994) The rise of the regulatory state in Europe, *West European Politics*, 17: 77–101.
- Majone, G. (1996) *Regulating Europe*. London: Routledge.
- March, J. and Olsen, J. (1984) The new institutionalism: organisational factors in political life, *American Political Science Review*, 78: 734–49.
- Nunberg, B. (1999) *The State After Communism*. Washington, DC: World Bank.
- Osborne, D. and Gaebler, T.A. (1992) *Reinventing Government: How the Entrepreneurial Spirit is Transforming the Public Government*. Reading: Addison-Wesley.
- Paton, C., Bellanger, M., Berman, P.C., Busse, R. and Hunter, D.J. (2000) *Scientific Evaluation of the Effects of the Introduction of Market Forces into Health Systems – Final Report*. Dublin: European Health Management Association.
- Pekurinen, M. and Valtonen, H. (1987) Price, policy and consumption of tobacco: the Finnish experience, *Social Science and Medicine*, 25: 875–81.
- Polanyi, K. (1944) *The Great Transformation*. New York: Rinehart.
- Pollock, A. (2000) In defence of the NHS: a response to Nick Bosanquet, *Eurohealth*, 6(3): 43–5.
- Pressman, J. and Wildavsky, A. (1973) *Implementation*. Berkeley, CA: University of California Press.
- Raad voor de Volksgezondheit en Zorg (2000) *Europa en de Gezondheidszorg [Europe and Health Care]*. Zoetermeer: Raad voor de Volksgezondheit en Zorg.
- Rathwell, T. (1998) Implementing health care reform: a review of current experience, in R.B. Saltman, J. Figueras and C. Sakellarides (eds) *Critical Challenges for Health Care Reform in Europe*. Buckingham: Open University Press.
- Rice, T. (1998) *The Economics of Health Reconsidered*. Ann Arbor, MI: Health Administration Press.
- Saltman, R.B. (1997) Balancing state and market in health system reform: editorial, *European Journal of Public Health*, 7: 119–20.
- Saltman, R.B. (in press) Regulating incentives: the past and future role of the state in health care systems, *Social Science and Medicine*.
- Saltman, R.B. and Ferroussier-Davis, O. (2000) The concept of stewardship in health policy, *Bulletin of the World Health Organization*, 78: 732–9.
- Saltman, R.B. and Figueras, J. (1997) *European Health Care Reform: Analysis of Current Strategies*, WHO Regional Publications, European Series No. 72. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
- Saltman, R.B. and von Otter, C. (1992) *Planned Markets and Public Competition*. Buckingham: Open University Press.
- Saltman, R.B., Figueras, J. and Sakellarides, C. (eds) (1998) *Critical Challenges for Health Care Reform in Europe*. Buckingham: Open University Press.
- Schumpeter, J. (1911) *Theorie der Wirtschaftlichen Entwicklung*. Leipzig: Dunker & Humblot.
- Selznick, P. (1985) Focusing organizational research on regulation, in R.G. Noll (ed.) *Regulatory Policy and the Social Sciences*. Berkeley, CA: University of California Press.
- Sen, A. (1978) *Inequality*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Sheldon, T. (2000) EU law makes Netherlands reconsider its health system, *British Medical Journal*, 320: 206.
- Smee, C.H. (1995) Self-governing trusts and GP fundholders: the British experience, in R.B. Saltman and C. von Otter (eds) *Implementing Planned Markets in Health Care*. Buckingham: Open University Press.

- Smith, R. and Fialka, J.J. (2000) Electricity firms play many power games that jolt consumers, *Wall Street Journal*, 4 August.
- Tremblay, M. (2000) Welcome to the new world, *Eurohealth*, 6(3): 4–7.
- van de Ven, W.P.M.M. and Schut, F.T. (1995) The Dutch experience with internal markets, in M. Jerome-Forget, J. White and J.M. Weiner (eds) *Health Care Reform through Internal Markets*. Washington, DC: Brookings.
- van der Grinten, T.E.D. (1999) Maatschappelijk ondernemen in de zorg, *Zorgmanagement Magazine*, 15(4): 2–5.
- Wallack, S., Chen, M., Nanda Kumar, A. and Rodwin, M. (1991) *Consumer Protection and Long-Term Care Insurance: A Framework for Analysis and Policy Options*. Waltham, MA: LifePlans.
- Walt, G. (1998) Implementing healthcare reform: a framework for discussion, in R.B. Saltman, J. Figueras and C. Sakellarides (eds) *Critical Challenges for Health Care Reform in Europe*. Buckingham: Open University Press.
- WHO (1999a) *HEALTH21: The Health for All Policy Framework for the WHO European Region*, European Health for All Series No. 6. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
- WHO (1999b) *The World Health Report 1999: Making a Difference*. Geneva: World Health Organization.
- WHO (2000) *The World Health Report 2000. Health Systems: Improving Performance*. Geneva: World Health Organization.
- Williamson, O.E. (1975) *Markets and Hierarchies: Analysis and Anti-Trust Implications*. New York: Free Press.
- Williamson, O.E. (1985) *The Economic Institutions of Capitalism*. New York: Free Press.
- Wismar, M. and Busse, R. (1998) Freedom of movement challenges European health care scenery, *Eurohealth*, 4(2): 13–15.
- Wismar, M. and Busse, R. (1999) Effects of the European Single Market integration on the German public health system, in B.M. Bellach and H. Stein (eds) *The New Public Health Policy of the European Union*. Munich: Urban & Vogel.
- Wold-Olsen, P. (1998) A single market for pharmaceuticals: from contradiction to reality, *Eurohealth*, 4(2): 22–4.



часть ВТОРАЯ





## **Концептуальные проблемы**

## глава ВТОРАЯ

### **«Хорошее» и «плохое» регулирование: обзор дилемм государственной политики**

*Давид Чиниц*

#### **Введение**

В настоящей главе регулирование в здравоохранении рассматривается в контексте общетеоретической литературы по регулированию и государственной политике в современных индустриальных демократиях. Первая часть посвящена изложению некоторых принципов государственного регулирования вообще и регулирования в области здравоохранения в частности; ее основная задача — представить концептуальную основу для оценки различных форм и методов регулирования. В настоящем разделе рассматривается взаимосвязь между экономическими теориями регулирования, основанными преимущественно на понятии трудностей на рынке (англ. market failure), и более широким кругом идей, способных прояснить богатую панораму форм регулирования, встречающихся в странах с различными культурными традициями. Во второй части главы представленная концептуальная основа сопоставляется с тем, что известно о различных формах регулирования в системах здравоохранения, в том числе о регулировании пропускной способности, цен, структуры рынка, прав на медицинское обслуживание. В заключение основные «лейтмотивы» главы приводятся к единству на общей концептуальной основе.

Основные уроки заключаются в следующем: (1) отбор регулирующих механизмов для каждой отдельно взятой системы должен осуществляться в соответствии с ее структурными особенностями; (2) при разработке регулирующих мер можно свободно пользоваться опытом самых разнообразных научных дисциплин и теоретических школ; (3) регулирование — длительный управленческий процесс, требующий гибкости; (4) успешное регулирование предполагает интегрированный подход и не может основываться только на некоординированном применении специфических регулирующих механизмов (независимо от того, насколько эффективны

они сами по себе) внутри каждой из отраслей системы здравоохранения; (5) регулирование не должно стремиться вытеснить социальную сплоченность в качестве средства контроля за положением дел в здравоохранении; напротив, оно должно способствовать усилению социальной сплоченности.

## Три точки зрения на регулирование в здравоохранении

### Точка зрения экономической теории

Экономисты определяют регулирование как вмешательство правительства, направленное на устранение трудностей на рынке. Существует множество факторов, способных затруднить функционирование рынка; среди них — внешние воздействия, монополизация, недостаток информации. Регулирование заключается в том, что правительство предпринимает меры по контролю за расходами на устранение внешних воздействий (или за прибылями от таких воздействий), по контролю за ценовой политикой монополий, по снижению степени концентрации на рынке, по улучшению распространения информации на рынке (Fischer *et al.* 1988)<sup>1</sup>.

По ряду причин такая концепция регулирования представляется чрезмерно ограниченной. Во-первых, она учитывает только те случаи, когда трудности, побуждающие правительство вмешаться, затрагивают работу уже существующих рынков. Между тем нередко правительство само инициирует возникновение рынков, чтобы создать альтернативу своей собственности и своей деятельности. Иначе говоря, не только правительство может устранять трудности на рынках, но и рынки могут создаваться ради того чтобы устранить трудности, возникающие перед правительством (Wolfe 1979).

Во-вторых, теории регулирования сосредоточиваются главным образом на роли компаний, стремящихся к максимальной прибыли, и недостаточно учитывают существование неправительственных некоммерческих секторов. Между тем эти секторы играют весьма существенную роль в экономике многих европейских стран, а регулирование их деятельности со стороны правительств осуществляется с использованием несколько иного инструментария, чем тот, который обычно ассоциируется с чисто экономическими формами регулирования; сказанное относится в первую очередь к здравоохранению.

В-третьих, по мнению ряда экономистов, регулирование — это деятельность, имеющая прямое отношение не только к экономике, но и к политике. Правительства могут принимать решения о вмешательстве в функционирование тех или иных сфер социальной и экономической жизни, руководствуясь не столько логикой рынка, сколько политическими соображениями. Иными словами, логика политической власти и забота об общественном благосостоянии влияют на регулирование в той же мере, что и экономические обстоятельства (Fischer *et al.* 1988).

---

<sup>1</sup> Некоторые экономисты могут возразить, что в этом описании не различаются экономическое регулирование, цель которого заключается главным образом в упорядочении цен естественных монополий, и так называемое социальное регулирование, направленное на решение задач, связанных с охраной здоровья, безопасностью и защитой окружающей среды. Однако даже экономисты отмечают, что различие между этими двумя типами регулирования не всегда носит отчетливый характер (Viscusi *et al.*, 1998). В настоящей главе грань между ними не проводится, ибо здравоохранение — это такая область, где экономические и социальные аспекты регулирования находятся в тесной взаимосвязи.

В-четвертых, в некоторых культурах сложилась традиция предпочтения правительственных мер рыночным; склонность к более централизованной, иерархической модели организации различных сфер социального взаимодействия может быть обусловлена историческими и внутренними организационными и социально-антропологическими причинами. Регулирование имеет отношение не только к экономике в узком смысле слова, но и к культурным традициям.

Наконец, даже плавное, без помех, развитие рынка может привести к такому распределению прибылей, которое не удовлетворяет основную часть общества (Stone 1997). Вмешательство правительства может понадобиться для подстраховки тех, кто занимает нижние ступени на шкале распределения доходов, или для обеспечения справедливого распределения мест на рынке для всех членов общества. Вместе с тем правительство далеко не всегда может отделить вмешательство, осуществляемое для устранения трудностей на рынке, от вмешательства, цель которого заключается в перераспределении доходов. Эти две задачи часто взаимосвязаны, так что правительственное регулирование влияет на решение обеих.

Чтобы лучше понять суть экономической деятельности, Уильямсон предлагает использовать сравнительный институциональный подход (Williamson 1975, 1985). Согласно модели Уильямсона, развитие рынков или иерархических структур (таких, как правительство) обусловлено относительной легкостью (или дороговизной) выполнения соответствующих соглашений. Как правительства, так и рынки стремятся предъявить собственные трудности, связанные с выполнением соглашений, в качестве инструмента для организации деятельности в различных сферах социальной и экономической жизни. Выбор конкретного способа организации того или иного вида деятельности зависит от того, насколько данный способ облегчает процесс выполнения соглашений. Степень простоты или сложности в данном случае определяется экономическими, политическими и культурными аспектами соответствующего вида деятельности. Если соглашение предполагает высокую степень неопределенности, рациональные доводы сторон приводят к осложнению договорных отношений между ними. Если есть возможность нажиться, а стороны проявляют алчность, это также затрудняет выполнение договорных обязательств.

С этой точки зрения регулирование предстает не просто альтернативой рынку, но и инструментом для совершенствования методов, с помощью которых различные институциональные структуры позволяют участникам выполнять договорные обязательства. Важный аспект любого соглашения состоит в том, насколько каждый партнер подотчетен всем остальным. Партнера можно считать неподотчетным, если он имеет односторонние преимущества в смысле доступа к информации или если меры, имеющиеся в распоряжении других участников соглашения, недостаточны для того, чтобы удержать его от шагов, продиктованных эгоистическим стремлением к наживе. Регулирование отчасти служит для повышения степени подотчетности.

Особенности функционирования различных регулирующих инструментов, по видимому, зависят от ряда контекстуальных характеристик. Так, можно ли в применении к системам здравоохранения говорить о культурно обусловленном предпочтении рынка иным, не рыночным формам? Укоренилась ли в обществе этическая установка, согласно которой все граждане должны иметь равный доступ к медицинским услугам? Каковы исторические традиции системы? Каков уровень ее технического развития? Какова — пользуясь терминологией Минцберга (Mintzberg 1989) — конфигурация системы? Иначе говоря, какими сочетаниями организационной структуры и контролирующих методов характеризуется эта система? Способны ли существующие учреждения справиться с проблемами, возникающими в

связи с необходимостью применить новые регулирующие меры, или для решения таких проблем нужно создать новую институциональную структуру (Altenstetter 1998)? Чтобы оценить преимущества и недостатки различных способов регулирования, мы должны найти ответы на все эти вопросы.

Исходя из этих предпосылок, нужно рассмотреть различные возможные формы регулирования в здравоохранении (многие из этих форм уже были опробованы в ряде стран) и оценить, насколько они способны облегчить выполнение соглашений и увеличить степень подотчетности. В итоге мы сможем получить «каталог» регулирующих инструментов, оценить пригодность различных инструментов для различных культур и сделать определенные выводы о преимуществах и недостатках различных подходов к регулированию в области здравоохранения.

### **Регулирование с точки зрения теории управления, права и политики**

Как уже отмечалось, значительная часть литературы по регулированию относится к области экономики. Когда правительство применяет определенную систему стимулов или ограничений, стремясь установить контроль за ценами, структурировать рынок или повлиять на поведение экономических агентов, оно действует на экономическом поле, и его мероприятия анализируются методами экономической науки. Однако выше уже было отмечено, что соображения, которыми правительство руководствуется при выборе режима регулирования (Maog 1998), выходят за рамки экономики. В настоящем разделе к экономическому аспекту регулирования добавляются управленческий, правовой и политический.

Согласно некоторым ученым, понятие «управление» применимо к средствам (ресурсам), тогда как о «регулировании» следует говорить главным образом в применении к конкуренции (Marmor 1997). Тем не менее теория управления имеет отношение и к регулированию, поскольку последнее является одной из форм контроля. В теории управления известны различные типы контролируемых механизмов. Минцберг (Mintzberg 1989) говорит о целом ряде разнообразных видов контроля, включая взаимное приспособление, различные формы прямого надзора и различные типы стандартизации. Поставив своей целью регулирование целой отрасли — такой, как здравоохранение, — правительство может издавать распоряжения, адресованные агентам системы, и предпринимать меры по надзору за их выполнением. С другой стороны, правительство может воздержаться от непосредственного вмешательства в деятельность системы, доверив управление отдельными аспектами этой деятельности — такими, как обучение врачей — самим агентам (предполагается, что последние придерживаются таких норм и ценностей, которые гарантируют соответствие их образа действий задачам государственной политики) (Irvine 1997). Другой альтернативой является контроль путем стандартизации, при котором регулирующая инстанция устанавливает нормы поведения для агентов системы и надзирает за их соблюдением.

Родственный аспект — степень централизации системы. Центральное правительство может стремиться к сохранению полного контроля над системой, требуя, чтобы решения, принимаемые внутри нее, санкционировались центральной властью. С другой стороны, правительство может прибегнуть к децентрализации, поручив принятие решений более низким уровням системы. Один из основных способов децентрализации — деволуция, то есть передача властных полномочий региональным или местным органам исполнительной власти. Дальнейшая деволуция

власти может принять форму передачи отдельным учреждениям системы — таким, как больницы, — полномочий по распределению средств без предварительного одобрения со стороны правительственных органов любого уровня. Однако даже в этом случае регулирующий орган может установить свои стандарты для оценки поведения агента системы, которому были переданы властные полномочия.

В связи с проблемой стандартов возникает вопрос о роли права и законодательства в регулировании. Регулирование может принять форму законодательных актов и уставов, обязательных для всех агентов системы. Оценка соблюдения законов может осуществляться судами, действующими по нормам статутного и общего права. Законодательство может также устанавливать основу для разработки регулирующих мер и очерчивать общую направленность процесса регулирования. Регулирующие меры, не соответствующие законным процедурам, могут быть достаточно легко отменены решением суда.

Важный аспект юридического подхода к регулированию заключается в его относительной негибкости. Специальные правовые соображения, предусматривающие возможность отклонения от узаконенных стандартов, часто отвергаются судами. Наглядным примером может служить отказ судов принимать во внимание социальные затраты и результаты, обусловленные строгим соблюдением жестких стандартов по регулированию — как, например, в случае веществ наподобие сахара, полезных для определенных групп населения, но в принципе вредоносных (Fischer *et al.* 1988). По мнению некоторых специалистов, одна из функций судебной власти заключается в разрешении договорных разногласий, возникающих между законодателями, регулирующими органами и различными группами, каждая из которых имеет собственные интересы (Dixit 1995). Вместе с тем обращение к судам само по себе связано с расходами. Возникает вопрос: служит ли судебная система гарантией жизнеспособности режима регулирования или она всего лишь прикрывает его слабости?

Разрешение возникающих разногласий и достижение компромиссов — задача не столько юридическая или управленческая, сколько политическая. Она имеет прямое отношение к социальным ценностям. Многие политологи и специалисты по управленческой науке указывают, что установление социальных задач должно быть отделено от принятия политических мер, направленных на решение этих задач. Соответственно, регулирование должно быть «деполитизировано» (Chinitz 1999). Однако во многих случаях политику невозможно отделить от процесса реализации принятых мер. С помощью законов и стандартов невозможно предусмотреть все возможные привходящие обстоятельства и случайности, поэтому регулирующим инстанциям должна быть оставлена определенная свобода действий. В итоге регулирующим органам часто приходится принимать решения, которые по меньшей мере частично носят политический характер; с другой стороны, политики могут быть надолго вовлечены в процесс регулирования. Более того, политики могут стремиться к восстановлению своего контроля над регулирующими инстанциями (Maor 1999).

С точки зрения государственного управления регулирование предстает вовсе не «одноразовым» установлением правил, стимулов и ограничений. Как подчеркивает Уилдавски (Wildavsky 1979), это скорее непрерывный процесс реагирования на то, что происходит внутри регулируемого сектора. Согласно тому же автору, государственное управление — это не только и даже не столько установление политического курса, сколько работа по решению проблем, возникающих на стадии реализации принятых решений. Процесс регулирования — это не просто создание ре-

гулирующей политики, а постоянное взаимодействие между регулирующими и регулируемыми. Некоторые ученые подчеркивают важность «режима регулирования», под которым имеется в виду прежде всего институциональная структура системы регулирования (Маог 1998).

Эти три точки зрения объединяются в рассмотренном выше подходе, основанном на учете затрат, необходимых для выполнения соглашений. Институциональные структуры системы регулирования развиваются в соответствии с их способностью выдержать подобного рода затраты. Вместе с тем маловероятно, чтобы процесс приобрел статический характер, ибо каждое изменение в сложившейся структуре непременно сопровождается целым рядом динамических взаимодействий между агентами, вовлеченными в этот процесс (Dixit 1995). Регулирующие инстанции управляют этой игрой, корректируя информационную асимметричность, устанавливая четкие, обязательные для всех участников правила и стандарты и создавая устойчивые институциональные формы, внутри которых конкурирующие участники преодолевают возникающие трудности и приходят к определенным соглашениям.

Вывод из сказанного гласит: при регулировании возможно сочетание подходов, разработанных в рамках различных научных дисциплин. К сожалению, различие в подходах легко порождает разногласия по поводу того, какое регулирование следует считать «хорошим» или «плохим». Так, экономисты склонны ограничивать регулирование корректировкой трудностей, мешающих нормальному функционированию рынка. Они предпочитают такое вмешательство, которое ограничивает свободную конкуренцию в минимальной степени. По мнению экономистов, при установлении цен на продукцию естественных монополий следует держаться по возможности ближе к предельному уровню себестоимости. Если регулирующие инстанции находятся в таком положении, что вынуждены требовать от естественных монополий обеспечения минимального уровня качества продукции, их требования должны основываться на количественном анализе затрат и результатов, обусловленных ростом производства, или предусматривать минимальные требования по качеству услуг. Хотя экономисты признают, что информация об общественных предпочтениях, необходимая для осуществления такого анализа, не всегда легко доступна, они не доверяют стандартам, которые устанавливаются правительственными чиновниками без должного учета ситуации в ценовой системе (Fischer *et al.* 1988; Viscusi *et al.* 1995). С другой стороны, политологи подчеркивают важность политического аспекта ценообразования и установления стандартов. Они обращают особое внимание на такие элементы, как прозрачность и подотчетность (Маог 1999). Наконец, подход с точки зрения права требует в первую очередь беспристрастия при рассмотрении всех возникающих казусов. Перечисленные подходы могут не только дополнять друг друга, но и вступать в противоречие. Преувеличение роли экономического анализа может привести к тому, что усилия политологов и юристов по направлению процесса в нужное русло окажутся тщетными. Преувеличение роли демократической открытости может привести к компрометации поощряемого экономистами анализа затрат и результатов. Строгое соблюдение «буквы закона» во всех случаях судебного разбирательства может сделать невозможным достижение некоторых типов соглашений, в которых заинтересованы специалисты по экономике и политологии.

Способы комбинирования различных подходов и степень успешности их применения в условиях каждой отдельной страны зависят от сложившихся в этой стране управленческих, правовых и политических традиций. Сказанное относится прежде всего к регулированию в сфере здравоохранения.



**Регулирование в системах здравоохранения европейских стран**

Серьезные преобразования, происходящие в системах здравоохранения по всей Европе, определяют высокую политическую значимость регулирующих мер (Saltman and Figueras 1997; Saltman *et al.* 1998). Имея в виду обрисованную выше концептуальную основу, можно сказать, что европейские системы здравоохранения эволюционируют от контроля путем стандартизации норм профессионального поведения к различным формам командно-административного управления и, далее, к опытам по стандартизации результатов и оценке итогов.

В первой половине XX века контроль над деятельностью систем здравоохранения во многих западных обществах был доверен самим медикам (Starr and Immergut 1987; Aune 1999; Berg 1999). После второй мировой войны, когда национальные правительства существенно изменили систему поставки медицинских услуг населению, борьба за контроль над системами здравоохранения разгорелась между медиками, бизнесом, страховыми компаниями и государством (Starr and Immergut 1987). В ходе этой борьбы во многих странах фонды медицинского страхования стали частью государственной машины. Одновременно усилиями медиков государственный контроль за здравоохранением был весьма серьезно ограничен. Позднее, в 1970-х и, особенно, в 1980-х годах забота о социальной справедливости и экономии побудила правительства ввести в действие ряд регулирующих и финансовых механизмов, направленных на обеспечение равного доступа к медицинским услугам для всех слоев населения и на сдерживание расходов. В конце 1980-х годов, с достижением относительного равновесия между доступностью и экономичностью, начались поиски новых путей контроля за деятельностью систем здравоохранения. Следуя, по-видимому, общим тенденциям развития гражданского общества и государственного управления (Saltman and Von Otter 1989; Morgan *et al.* 1996; Maor 1999), руководители систем здравоохранения стремились внедрить различного рода планово-рыночные механизмы. Тем самым системы здравоохранения приняли на себя определенную долю трудностей, обусловленных поиском так называемого третьего пути между жесткими командно-административными методами управления и неограниченной свободой конкуренции между частными предпринимателями (Saltman and Von Otter 1989; Saltman 1994).

Однако отход от командно-административных методов вовсе не означал ослабления регулирующих мер. Там, где правительства отказывались от прямых ассигнований в пользу договорных отношений между потребителями и поставщиками, значительные средства уходило на регулирование таких отношений (Ham 1998; Klein 1998). Там, где поставщики медицинских услуг поощрялись к экономической более эффективной деятельности, правительства стремились разработать лучшие индикаторы качества охраны здоровья, дабы ограничение финансирования не привело к ухудшению состояния больных (Erstein 1998; Simchen *et al.* 1998). Этот тип регулирования влияет на регулирование профессионального поведения медиков — например, путем вбивания клина между врачами, стремящимися играть роль менеджеров в меняющихся системах здравоохранения, и такими врачами, которые сохраняют верность более традиционным моделям саморегулирования (Irvine 1997).

К сожалению, поиски мер по контролю за эффективностью и качеством оказываются не более чем своего рода «технократическим благим намерением», которое в значительной степени неосуществимо и едва ли способно ликвидировать элемент неопределенности в функционировании системы здравоохранения. Любой

показатель качества уязвим для критики. Так, в связи с публикациями данных о смертности часто указывается на несоответствие этих данных картине, наблюдаемой в той или иной больнице. Продолжаются дебаты о том, какую роль должны играть меры по удовлетворению запросов потребителя при оценке эффективности работы медицинских учреждений.

Таким образом, эволюция регулирования в системах здравоохранения — это не столько прямое движение от одного контролирующего механизма к другому, сколько непрерывный процесс комбинирования регулирующих инструментов, сложившихся за долгие годы развития этих систем. Уилдавски (Wildavsky 1979) справедливо усматривает в регулировании непрерывный процесс вмешательства со стороны политиков и управленцев — вмешательства, необходимого постольку, поскольку нужно реагировать на проблемы, возникшие по ходу предыдущего раунда регулирования. Более того, представляется, что различные системы здравоохранения отнюдь не конвергируют в направлении единой модели регулирования; адаптируя новые формы и методы, они сохраняют свою специфику, определяемую культурными традициями (Saltman 1998).

Итак, оценивая достоинства тех или иных регулирующих мер, мы должны иметь в виду уровень развития данной системы здравоохранения, равно как и специфические для данной страны обстоятельства, влияющие на способы комбинирования доступных регулирующих инструментов и на успешность их применения.

## **Различные подходы к регулированию в здравоохранении**

Основываясь на вышеизложенном, я рассмотрю ряд подходов к регулированию, нашедших применение в различных отраслях здравоохранения. Различные регулирующие инструменты — такие, как регулирование пропускной способности, цен, уровней обслуживания, — с различным успехом применялись в больницах, медицинских страховых учреждениях и др. Эти различные формы регулирования будут проанализированы на основе уже известной читателю концептуальной схемы. Насколько можно судить по нижеследующим примерам, системы здравоохранения различных стран скорее конвергируют в направлении единства регулирующих подходов. Вместе с тем процесс носит неоднозначный характер: несомненно, по отдельным параметрам подходы могут различаться в зависимости от традиций той или иной страны. Следует заметить также, что приведенные примеры не исчерпывают всего множества возможностей — хотя, с другой стороны, выводы из этих примеров, скорее всего, применимы и к другим формам регулирования.

### **Регулирование пропускной способности**

Во многих странах принята та или иная форма регулирования, направленная на ограничение пропускной способности системы здравоохранения. Такое регулирование мотивировано тем, что неконтролируемое увеличение пропускной способности здравоохранения может привести к превышению предложения над спросом и к ненужной трате средств. В типичном случае правительство вводит соответствующие законы и создает органы, наделенные административной властью для одобрения или блокирования предложений по созданию новых инфраструктур системы здравоохранения.

Во многих странах действуют правила установления критериев для увеличения пропускной способности системы здравоохранения. Безотносительно к степени четкости соответствующих стандартов такие правила вызывают споры. Так, если больницы играют экономически и политически важную роль на местном уровне, центральное правительство может испытывать трудности с ограничением роста пропускной способности в этой отрасли или с уменьшением количества больниц или коек. По соображениям экономической выгоды или престижа отдельные больницы могут стремиться к расширению, предпринимая для этого такие меры, которые противоречат правительственным усилиям по регулированию отрасли.

Если основой для ограничения пропускной способности служит прямое правительственное распоряжение, проблема приобретает политический характер и может вызвать противодействие со стороны поставщиков и других заинтересованных сторон (Schut 1995; de Kervasdoue *et al.* 1997; Rodwin 1997). В странах с сильными центральными правительствами в принципе легче использовать инструменты, ограничивающие пропускную способность. В странах с другим государственным устройством опыты центрального правительства по планированию системы больниц согласно «технократическим» указаниям могут быть пресечены местными властями, заинтересованными в расширении больниц (Berg 1999). Отсутствие интегрированного контроля за финансированием и планированием системы здравоохранения и ярко выраженная гегемония медиков могут существенно осложнить меры по регулированию пропускной способности (Saltman and de Roo 1989; Schut 1995). Успех таких механизмов, как специальные планирующие коллегии, зависит не только от их компетентности, но и от политической и экономической весомости регулирующего органа.

Те же проблемы возникают и тогда, когда центральное правительство пытается использовать свои кредиты для финансирования системы, дабы воздействовать на ее пропускную способность. В странах, где центральное правительство определяет весь бюджет здравоохранения (который, в свою очередь, контролируется региональными или местными подразделениями центрального правительства), именно оно берет на себя основной контроль над пропускной способностью. Но если финансовые рычаги приводятся в действие согласно механизму компенсации — например, с помощью таких мер в системе социального страхования, как бюджетное покрытие, — противодействие со стороны местных или региональных властей вполне может привести к пресечению действий по регулированию пропускной способности. Опасность подобного развития событий увеличивается в тех случаях, когда финансирование инфраструктуры здравоохранения распределено между правительственными органами различных уровней (Wilsford 1995). Даже там, где с помощью глобальных бюджетов и покрытий удастся ограничить рост расходов, это может достигаться за счет ограничения способности системы здравоохранения вводить новшества и динамично реагировать на технический прогресс (de Kervasdoue *et al.* 1997; Rodwin 1997). С другой стороны, если меры по регулированию пропускной способности предпринимаются только по отношению к какой-то одной части системы — например, только к больницам, но не к поликлиникам, — это чревато тем, что нерегулируемые части системы будут разрастаться в противоречии с задачами регулирования.

### **Регулирование цен**

Регулированию в системе здравоохранения могут подлежать и цены. Такое регулирование может осуществляться путем централизованного определения размера оп-

латы труда или путем дифференцированных платежей, в том числе методом распределения по группам согласно диагнозу (англ. diagnosis-related group method, DRG method). Если задача заключается в общем ограничении расходов, установление цен, как правило, должно быть дополнено усилиями по контролю за объемом (Berg 1999). С другой стороны, установление цен со стороны правительства может служить важным инструментом даже в таких системах, которые ориентированы на поощрение конкуренции. Так, больницы, конкурирующие за контракт с покупателями медицинских услуг (такими, как организации по поддержанию здоровья или окружные отделы здравоохранения), могут реагировать на конкурентное давление ценовыми сдвигами. Возможность таких сдвигов практически устраняется в случае, если все покупатели сталкиваются с единой ценовой структурой, сформированной благодаря правительственному регулированию больничных цен (Anderson *et al.* 1993; Wallack *et al.* 1996). Этот пример показывает, что регулирующие инструменты могут использоваться совместно или в сочетании со стимулами, поощряющими конкуренцию (Weill and Battistella 1998)<sup>2</sup>.

Правительство может также использовать «ценовое» регулирование в медицинском страховании, регулируя размеры взносов и премий и механизмы корректировки риска (ср. Главу 9), а также условия предоставления страховки. Регулирование может относиться к некоммерческим планам медицинского страхования, частным планам и различным формам дополнительного страхования (Cohen and Barnea 1992; Fox *et al.* 1995; Shmueli 1998). Такие регулирующие меры, однако, могут стимулировать страховщиков к «снятию сливок» с рынка (то есть к отбору самой здоровой части населения); в итоге среди их клиентов будут преобладать здоровые люди, которые не создадут дополнительной нагрузки на доходы, ограниченные правительственным регулированием. Таким образом, регулирование размера страховых премий обычно приводит к необходимости регулировать процесс «снятия сливок».

Во многих странах регулируются также цены на медикаменты (ср. Главу 7). Ориентировочные цены для отдельных групп лекарств могут диктоваться правительством и определяться, к примеру, объединенными комиссиями врачей и фондов медицинского страхования в сотрудничестве с фармацевтической промышленностью. Этот тип регулирующей политики редко приводит к однозначному результату по всем группам лекарств; скорее он по-разному влияет на снижение цены лекарств. Цены и общие расходы могут снизиться для медикаментов, на которые введены ориентировочные цены, что, однако, может компенсироваться ростом расходов на остальные лекарства. Введение ориентировочных цен может спо-

<sup>2</sup> Некоторые американские специалисты по экономике здравоохранения утверждают, что конкуренция между больницами предпочтительнее, чем правительственное регулирование, способствующее росту перекрестного субсидирования (имеются в виду такие меры, как принуждение больниц к безвозмездному обслуживанию несостоятельных больных или издание постановлений по ограничению числа коек в больницах) (Keeler and Ying 1996; Banks *et al.* 1999). Эти же ученые указывают, что большинство штатов США отказалось от регулирования больничных цен. Хотя такие аргументы в пользу отказа от регулирующих мер имеют свою ценность, они неизбежно порождают вопрос о том, какие именно типы правительственного регулирования могут понадобиться после того, как это «дерегулирование» приведет к ожидаемому эффекту ликвидации избытка пропускной способности и «рационализации» больничных цен. В европейских системах здравоохранения избыток пропускной способности не столь очевиден, а безвозмездное лечение не составляет серьезной проблемы, так как большинство стран имеет свою национальную систему страхования здоровья. Тем не менее стоит привести эти аргументы хотя бы ради демонстрации того, что американские аргументы в пользу «дерегулирования» лишь в очень ограниченной мере пригодны для европейских систем здравоохранения.

способствовать «прозрачности» благодаря ликвидации разницы в цене между сходными продуктами; с другой стороны, само по себе оно едва ли способно сдержать расходы на лекарства (Giuliani *et al.* 1998).

Эффективность стратегии покрытия расходов на медикаменты может зависеть от уступчивости врачей. Гибкое планирование расходов на медикаменты, предполагающее известную добровольную уступчивость со стороны врачей, может оказаться более эффективным методом, нежели жесткие, фиксированные бюджеты, предусматривающие санкции за их несоблюдение. Последнее может отрицательно повлиять на тот аспект профессионального поведения врачей, который имеет отношение к выписыванию рецептов (Busse and Howorth 1996).

Другой способ регулирования в фармацевтической отрасли — составление перечней лекарств, расходы на которые подлежат компенсации согласно схемам государственного страхования. Это дает плательщикам — например, фондам медицинского страхования — законные основания утверждать, что они не обязаны покрывать расходы на лекарства, не включенные в перечень. Однако попробуем представить себе случай, когда перечень не относится к больницам. Больницы часто получают ограниченные количества медикаментов от фармацевтических фирм, для которых такие поставки являются частью хитрой маркетинговой политики. Больницы могут начать выдавать лекарства, которые не фигурируют в перечне. Это может привести к тому, что на плательщиков будет оказываться давление — вплоть до возбуждения судебных исков — с целью заставить их покрыть расходы на соответствующие лекарства. В подобных случаях суды склонны поддержать требования больных. Отсюда можно сделать вывод, что дело обычно не кончается ограничением доступа только в одной отрасли. Чтобы успешно контролировать расходы на лекарства, необходимо добиться от больниц уступчивости по целому пакету услуг.

Итак, опыт учит нас, что при регулировании необходимо одновременно применять различные инструменты. Регулирование цен приводит к возникновению желаемых стимулов и вместе с тем порождает непредвиденные последствия, которые также следует учитывать. Более того, для достижения общего контроля за расходами без чрезмерного ограничения врача в выборе препаратов регулирование в фармацевтической отрасли желательно сочетать с регулированием в других отраслях.

### **Регулирование качества**

Правительство может регулировать деятельность системы здравоохранения также путем сбора и распространения информации о качестве услуг. Распространение этой информации должно побудить граждан и страховые компании обращаться в те больницы, которые обеспечивают более высокое качество лечения. Успех подобной стратегии регулирования зависит от степени доступности информации. Важно также знать, сотрудничают ли между собой различные медицинские организации и коллективы при сборе и распространении данных. В ряде стран поставщики медицинских услуг утверждают, что сравнительные данные о качестве услуг не заслуживают полного доверия, поскольку неполностью отражают все разнообразие случаев (Edwards *et al.* 1998). Даже там, где методология не подвергается подобной критике, поставщики услуг, которых слишком настойчиво заставляют сотрудничать друг с другом, могут стремиться к подрыву мер по надзору за качеством. Все это сужает пределы применимости данного регулирующего инструмента (Simchen *et al.* 1998).

Предметом регулирования может стать и другой аспект качества лечения — реализация прав больных. В некоторых странах действуют документы — своего рода хартии или уставы, — определяющие права больного. Содержащиеся в них четкие формулировки нередко помогают больному — в том числе скептически настроенному — лучше осознать свои права и возможности. В странах с иными организационными традициями хартии прав больного могут эффективно функционировать прежде всего в тех случаях, когда необходимо защитить права граждан — в том числе право на получение экземпляра расценок поставщика, право пользоваться услугами переводчика и т. п., — при применении санкций к учреждениям, не отвечающим установленным стандартам. Хартии прав больного могут быть недостаточно действенными, если они «не имеют статуса закона, не регулируются со стороны и не подвергаются какому-либо официальному мониторингу» (Silver 1997: 213), или если нормы подотчетности, связанные с осуществлением прав, записанных в хартии, недостаточно разработаны. Защите прав больного может способствовать разрешение учреждениям устанавливать собственные стандарты; при этом правительственные органы сохраняют за собой полномочия по применению санкций к поставщикам, не соблюдающим собственные стандарты. Масштабы применения возможных санкций зависят от их правового статуса и специфики, а также от культурного контекста, в котором формулируются права больного.

### **Регулирование структуры рынка и уровней обслуживания**

Регулирование часто принимает форму установления «правил игры» для агентов системы здравоохранения. Важнейшая часть регулирования в этом смысле — определение условий для вхождения в рынок и установление уровней обслуживания. Говоря об уровнях обслуживания, мы имеем в виду прежде всего условия доступа к получению услуг — например, условия, при которых человек может быть застрахован. Правительство может стремиться к ликвидации отраслевых фондов медицинского страхования и к объединению их в большие национальные фонды, членство в которых большинству граждан обеспечивается автоматически (de Kervasdoue *et al.* 1997). Возможно и обратное — когда выбор фонда предоставляется самому гражданину. Эта политика основывается на представлении, согласно которому конкуренция между фондами медицинского страхования за привлечение возможно большего числа граждан, в сочетании с финансовыми стимулами, поощряющими приобретение медицинских услуг при фиксированных бюджетах, побуждает граждан приобретать эффективные медицинские услуги. Если гражданам предоставлена возможность свободного выбора между фондами медицинского страхования, правительство должно ввести в действие законодательство, поощряющее конкуренцию и требующее, чтобы фонды принимали всех желающих. Политика свободного приема не освобождает правительство от необходимости быть начеку, чтобы фонды не пытались «снимать сливки». У медицинских страховых компаний есть естественный экономический стимул не рисковать. В случае удачи они могут подорвать социальную основу медицинского страхования (Hall 2000).

Подходящий метод регулирования, направленный против «снятия сливок», — предложение медицинским страховым компаниям выплачивать суммы, установленные с учетом риска для каждого гражданина. В Израиле, Нидерландах и США была проведена большая работа по разработке формул учета риска. Эти формулы основаны на таких параметрах, как возраст, пол, регион, предыдущие случаи ис-

пользования медицинских услуг. Одни из этих методов предполагают сбор и анализ большого количества данных, другие кажутся спорными. Свидетельства относительно «снятия сливок» труднодоступны. Распространенность таких уловок зависит от структуры стимулов, предлагаемых государством, в том числе от реального уровня разделения рисков. Следует отметить, что правительствам трудно добиться успеха, надзирая за так называемой экономией на качестве, когда хронически больные и пожилые пациенты не получают адекватного лечения (Schut 1995).

Объектом правительственного регулирования может стать также структура рынка медицинских услуг и, в частности, абсолютное число страховых договоров. Поскольку для страховых компаний одним из способов уклонения от конкуренции является слияние, правительство должно принять регулирующие меры, чтобы предотвратить «картельные» формы поведения среди таких компаний. Контроль за «картельным» поведением среди фондов медицинского страхования осуществляется с трудом, так как не всегда удается точно оценить сходство и различие в уровнях обслуживания или определить, существует ли рост эффективности в зависимости от роста масштабов в различных сферах функционирования фондов. С другой стороны, правительства могут предпочесть, чтобы число страховых компаний было ограниченным или, по меньшей мере, чтобы они были объединены в комплексную организацию, что облегчило бы договоренности по таким проблемам, как размеры страховых премий и ассортимент льгот. Определение числа страховых компаний, обеспечивающего желательное или приемлемое соотношение между конкуренцией и сотрудничеством, является задачей регулирующих органов.

### **Регулирование доступа к услугам**

После того как граждане стали клиентами системы здравоохранения, их доступ к различным услугам может стать предметом государственного регулирования. Многие страны с трудом решают проблемы, связанные с определением пакета услуг, которые медицинские страховые фонды обязаны предоставлять согласно национальным программам медицинского страхования. По отношению к услугам, не входящим в пакет национального медицинского страхования, могут применяться различного рода дополнительные страховые схемы. Все это порождает запутанную проблему дифференциации услуг, предлагаемых согласно различным схемам. Это очередной пример того, с какими сложностями могут быть связаны разработка и применение регулирующих мер по отношению к дополнительному страхованию. В США схемы страхования, служащие дополнением к государственным схемам, подлежат серьезному регулированию, цель которого — защитить потребителей от приобретения ненужных страховок (Fox *et al.* 1995).

Регулирование льгот, на которые граждане имеют право согласно схемам национального медицинского страхования, является одной из самых сложных проблем, общих почти для всех систем здравоохранения. Задача сводится в основном к установлению приоритетов среди различных отраслей системы здравоохранения. Возможен выбор между различными режимами. Правительства могут устанавливать стандартный пакет обязательных услуг. Центральное правительство может требовать, чтобы все подразделения системы здравоохранения обеспечивали один и тот же уровень обслуживания, но при этом не уточнять, какие именно услуги подлежат включению в пакет. Еще одна возможность состоит в том, что центральное правительство делегирует право принимать решения о льготах более низким уровням си-

стемы здравоохранения. При такой децентрализации возникает возможность для сопоставления уровней льгот в различных секторах системы здравоохранения и, соответственно, для жалоб на неравномерное распределение льгот.

Главной проблемой регулирования в данном аспекте является, по-видимому, обновление пакетов услуг, предоставляемых системой здравоохранения. Разрабатываются и внедряются все новые и новые методы лечения и лекарства. Спрос на некоторые из них появляется тогда, когда они все еще находятся на стадии разработки. Методология принятия решений по льготам и нормированию в системах здравоохранения разных стран описана в работе Хэма (Ham 1998). Не существует однозначных ответов на вопросы, выдвигаемые в связи с установлением приоритетов. В ряде стран правительственные регулирующие меры привели к тому, что граждане легче соглашались принять ограничения на доступ к услугам (Ham and Honigsbaum 1998; Jacobs *et al.* 1999; Leichter 1999). Регулирование — это не только специфическое вмешательство в деятельность системы здравоохранения, но и своего рода воспитание населения. Проблемы, связанные с регулированием, став достоянием широкой общественности, могут менять нормы поведения внутри системы даже в тех случаях, когда на смену реально действующим мерам не приходят никакие альтернативы (Chinitz 1999).

### **Значение институциональных рамок регулирования**

Регулирование — это не просто набор разрозненных правил, а деятельность, осуществляемая внутри определенных институциональных рамок (Altenstetter 1998). Так, задачи правительственного регулирования страховых расценок в разных странах варьируют и могут существенно зависеть от организационной структуры, которую иногда называют «режимом регулирования».

Режим регулирования определяется ролью и структурой регулирующих органов — таких, как министерства здравоохранения, коллегии и государственные комиссии. В некоторых странах министерства здравоохранения вынуждены перейти от прямых поставок медицинских услуг к регулированию более децентрализованных систем, к числу которых принадлежат государственные или внутренние рынки. Центральной проблемой является совместное применение различных форм регулирования — например, сочетание мониторинга финансового состояния плательщиков и поставщиков медицинских услуг (Gross *et al.* 1998) с оценкой качества услуг, обеспечиваемых фондами медицинского страхования и другими поставщиками. Выступая по отдельности, финансовое регулирование и поддержка качества недостаточно эффективны; при их раздельном применении напряженность между объектом регулирования и регулирующим органом возрастает. В то же время чрезмерно обстоятельное регулирование может нарушить децентрализацию, неотъемлемую от самой идеи внутреннего рынка. Обстоятельное регулирование не гарантирует более успешного контроля за системой. Оно может быть проявлением того, что Солтман и де Ро (Saltman and de Roo 1989) называют «прецентрализацией»; имеется в виду формализованный контроль из центра, по существу не регулирующий систему и не приводящий к желаемым результатам (Kaye and Wood 1998; Rosen 1998).

Ситуация дополнительно осложняется тем, что регулирование частного сектора может осуществляться внутри различных институциональных рамок. Так, в Израиле страхование по долгосрочному лечению и уходу за больными обеспечивается



только частными страховыми компаниями. Частные страховые компании, в отличие от медицинских страховых фондов, подлежат регулированию со стороны Национального агентства по регулированию страхования (National Insurance Regulator), основная задача которого — защита платежеспособности страховых компаний; эта задача не согласуется с задачей покрытия всех расходов. Для регулирующих органов естественна тенденция запрещать страховым компаниям выплачивать одинаковые премии старым и молодым клиентам, поскольку это считается перекрестным субсидированием групп риска; большинство схем страхования не допускает подобного субсидирования. С другой стороны, в Нидерландах правительство все более и более активно применяет принципы социального страхования даже в частном секторе, требуя, чтобы частные страховые компании выдавали всем, кто к ним обращается, полисы, оформленные согласно установленному образцу. Это требование привело к тому, что 40% частных компаний, занятых в страховом бизнесе, были вынуждены создать единый фонд для защиты от рисков (Schut 1995).

Приведенные примеры служат иллюстрацией некоторых ключевых проблем, с которыми сталкиваются регулирующие органы в здравоохранении, и имеют прямое отношение к рассмотренным вначале вопросам институциональной организации и междисциплинарным подходам. Во-первых, регулирование здравоохранения обычно не ограничивается установлением однозначных стандартов и проведением их в жизнь. Стандарты сплошь и рядом испытываются на предмет их обоснованности, что порождает чреватые большими расходами проблемы по их правоприменению. Во-вторых, регулирующие инструменты, используемые по отношению к тому или иному аспекту системы здравоохранения, не могут рассматриваться или выступать сами по себе, отдельно от других инструментов. Например, стандарты предельной пропускной способности, качества или цен, будучи навязаны одной из частей системы, существенно влияют на функционирование других частей. В-третьих, важное значение имеет режим регулирования. Институциональная структура регулирования — например, закрепление регулирования за тем или иным уровнем исполнительной власти — серьезно влияет на проведение регулирующих мер в жизнь. Наконец, регулирование лучше всего рассматривать как непрерывный процесс уравнивания конкурирующих факторов и интересов, направленный на то, чтобы по возможности облегчить достижение соглашений внутри системы здравоохранения.

## **Заключение**

Как было отмечено выше, выводы относительно «хорошего» и «плохого» регулирования должны делаться с учетом специфических условий соответствующей страны. Существуют ли достаточно значимые общие ценности и нормы, способные уменьшить необходимость прямого контроля? Существуют ли информационные системы и доступные данные, позволяющие осуществить мониторинг результатов, и возможны ли меры, обеспечивающие подотчетность агентов системы? Связаны ли планирование и регулирование с финансовым контролем за системой? Достаточно ли правительство оснащено, чтобы предпринимать регулирующие меры, и какой уровень исполнительной власти лучше приспособлен для регулирования системы здравоохранения?

Ответы на все эти вопросы, судя по всему, варьируют в зависимости от страны; тем не менее на основании изложенных выше концептуальных идей и приведенных примеров мы делаем некоторые выводы общего характера. В этих выводах сочета-

ются идеи, имеющие отношение к различным аспектам регулирования здравоохранения, в том числе и к таким, которые вступают в противоречие друг с другом. Регулирование здравоохранения едва ли будет эффективным, если оно будет осуществляться по частям в различных отраслях системы, без взаимного координирования регулирующих мероприятий. Меры по регулированию пропускной способности, цен, структуры рынка и доступа к услугам должно применяться согласованно, дабы между стимулами и ограничениями, порождаемыми при внедрении различных форм регулирования, не возникало конфликтных отношений. Разработка и применение нескольких регулирующих инструментов в согласованном, полностью интегрированном режиме — задача, которую легко счесть утопической. Так или иначе, следует учитывать, что как управленцы, работающие в системе здравоохранения, так и лица, ответственные за регулирование, должны обладать восприимчивостью к взаимосвязям между различными формами регулирования и к новым задачам, которые могут возникнуть в процессе применения регулирующих мер.

В конечном счете, регулирование в здравоохранении — это не только некий набор инструментов, но и непрерывное управленческое вмешательство. Помимо установления правил и наблюдения за их выполнением такое вмешательство предполагает руководство процессами, стремление к общественному согласию в отношении задач системы здравоохранения, проведение в жизнь мероприятий, успех которых определяется взаимным доверием и социальной сплоченностью. Важно, чтобы регулирование поощряло регулируемых агентов к сотрудничеству, а не побуждало их искать пути обхода установленных правил. Регулирование, по меньшей мере, не должно препятствовать сотрудничеству, в лучшем же случае оно должно основываться на тенденции к согласованному взаимодействию (Braithwaite 1993; Kagan and Skolnick 1993).

Вместе с тем задача, по-видимому, не должна заключаться в разработке такой схемы регулирования, которая предполагает создание некоего идеального мира, где не существует проблемы операционных издержек (Dixit 1995). Согласно Талмуду, раввины должны воздерживаться от принятия таких законов, «которым община не сможет следовать». Чтобы добиться успеха, нужно иметь четкое представление о том, насколько трудно протекают процессы в политике при наличии конфликта интересов.

## Литература

- Altenstetter, C. (1998) Implementing the EU regulatory policy on medical devices, in D. Chinitz and J. Cohen (eds) *Governments and Health Systems*. Chichester: John Wiley.
- Anderson, G., Heyssel, R. and Dickler, R. (1993) Competition vs regulation: its effect on hospitals, *Health Affairs*, 12: 70–80.
- Aune, H. (1999) Self-regulation and government regulation: implementation control, in O. Molven (ed.) *The Norwegian Health Care System*. Oslo: University of Oslo.
- Banks, D.A., Foreman, S.E. and Keeler, T.E. (1999) Cross-subsidization in hospital care: some lessons from the law and economics of regulation, *Health Matrix*, 9: 1–35.
- Berg, O. (1999) The organization of the Norwegian health care system: the rise and decline of a public iatocracy, in O. Molven (ed.) *The Norwegian Health Care System*. Oslo: University of Oslo.
- Braithwaite, J. (1993) The nursing home industry, in *Beyond the Law*. Chicago, IL: University of Chicago Press.

- Busse, R. and Howorth, C. (1996) Fixed budgets in the pharmaceutical sector in Germany: effects on costs and quality, in F.M. Schwartz, H. Glennerster and R.B. Saltman (eds) *Fixing Health Budgets: Experience from Europe and North America*. Chichester: John Wiley.
- Chinitz, D. (1999) The basic basket of services under national health insurance: technocracy vs democracy revisited, *Social Security*, 59: 53–68 [in Hebrew].
- Cohen, M.A. and Barnea, T. (1992) Private outlets for public limitations: the rise of commercial health insurance in Israel, *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 17: 783–807.
- de Kervasdoue, J., Meyer, C., Weill, C. and Couffinhal, A. (1997) The French health care system: inconsistent regulation, in C. Altenstetter and J.W. Bjorkman (eds) *Health Policy Reform, National Variations, and Globalization*. London: Macmillan.
- Dixit, A. (1995) *The Making of Economic Policy: A Transaction Cost Politics Perspective*. Princeton, NJ: Princeton University Press.
- Edwards, N., Hensher, M. and Werneke, U. (1998). Changing hospital systems, in R. Saltman, J. Figueras and C. Sakellarides (eds) *Critical Challenges for Health Care Reform in Europe*. Buckingham: Open University Press.
- Epstein, L. (1998) The role of government in the promotion of quality in health care, in D. Chinitz and J. Cohen (eds) *Governments and Health Systems*. Chichester: John Wiley.
- Fischer, S., Dornbusch, R. and Schmalense (1988) *Economics*. New York: McGraw-Hill.
- Fox, P.D., Rice, T. and Alecxih, L. (1995) Medigap regulation: lessons for health care reform, *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 20: 32–47.
- Giuliani, G., Selke, G. and Garatinni, L. (1998) The German experience with reference pricing, *Health Policy*, 44: 73–85.
- Gross, R., Rosen, B. and Chinitz, D. (1998) Evaluating the Israeli health care reform: strategy, challenges and lessons, *Health Policy*, 45: 99–117.
- Hall, M. (2000) The geography of health insurance regulation, *Health Affairs*, 19: 173–84.
- Ham, C. (1998) Health care reforms in the UK: lessons from experience, in D. Chinitz and J. Cohen (eds) *Governments and Health Systems*. Chichester: John Wiley.
- Ham, C. and Honigsbaum, F. (1998) Priority setting and rationing health services, in R.B. Saltman, J. Figueras and C. Sakellarides (eds) *Critical Challenges for Health Care Reform in Europe*. Buckingham: Open University Press.
- Irvine, D. (1997) The performance of doctors. 1: professionalism and self regulation in a changing world, *British Medical Journal*, 314: 1540–42.
- Jacobs, L., Marmor, T. and Oberlander, J. (1999) The Oregon Health Plan and the political paradox of rationing, *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 24: 161–80.
- Kagan, R.A. and Skolnick, J.H. (1993) Banning smoking: compliance without enforcement, in R.L. Rabin and S.D. Sugarman (eds) *Smoking Policy: Law, Politics and Culture*. Oxford: Oxford University Press.
- Kaye, R. and Wood, F. (1998) Economic accountability in health systems. Paper presented at the Conference on the Changing Face of Health Systems, Jerusalem, December.
- Keeler, T. and Ying, J.S. (1996) Hospital costs and excess capacity: a statistical analysis, *Review of Economics and Statistics*, 78: 499–510.
- Klein, R. (1998) Why Britain is reorganizing its National Health Service—yet again, *Health Affairs*, 17: 111–25.
- Leichter, H.M. (1999) Oregon's bold experiment: whatever happened to rationing?, *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 24: 147–60.
- Maor, M. (1998) *Choosing a Regulatory Regime: The Experience of the Israeli Electricity Market*. Draft report to the Korett Foundation.

- Maor, M. (1999) The paradox of managerialism, *Public Administration Review*, 59: 15–18.
- Marmor, T.R. (1997) Global health policy reform: misleading mythology or learning opportunity?, in C. Altenstetter and J.W. Bjorkman (eds) *Health Policy Reform, National Variations, and Globalization*. London: Macmillan.
- Mintzberg, H. (1989) *Mintzberg on Management*. New York: Free Press.
- Morgan, D., Bacon, K.G., Bunch, R., Cameron, C.D. and Deis, R. (1996) What middle managers do in local government: stewardship of the public trust and the limits of reinventing government, *Public Administration Review*, 56: 359–66.
- Rodwin, V.G. (1997) Managed care in the US: lessons for French health policy, in C. Altenstetter and J.W. Bjorkman (eds) *Health Policy Reform, National Variations, and Globalization*. London: Macmillan.
- Rosen, B. (1998) Financial accountability: issues raised by the Israeli health care reform. Paper presented at the Conference on the Changing Face of Health Systems, Jerusalem, December.
- Saltman, R.B. (1994) A conceptual overview of recent health care reforms, *European Journal of Public Health*, 4: 287–93.
- Saltman, R.B. (1998) Convergence, social embeddedness, and the future of health systems in the Nordic region, in D. Chinitz and J. Cohen (eds) *Governments and Health Systems*. Chichester: John Wiley.
- Saltman, R.B. and de Roo, A.A. (1989) Hospital policy in the Netherlands: the parameters of structural stalemate, *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 14: 773–95.
- Saltman, R.B. and Figueras, J. (1997) *European Health Care Reform: Analysis of Current Strategies*, WHO Regional Publications, European Series No. 72. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
- Saltman, R.B. and Von Otter, C. (1989) Voice, choice and the question of civil democracy in the Swedish welfare state, *Economic and Industrial Democracy*, 10: 195–209.
- Saltman, R.B., Figueras, J. and Sakellarides, C. (eds) (1998) *Critical Challenges for Health Care Reform in Europe*. Buckingham: Open University Press.
- Schut, F.T. (1995) *Competition in the Dutch Health Care Sector*. Ridderkerk: Ridderprint.
- Shmueli, A. (1998) Supplemental health insurance ownership in Israel: an empirical analysis and some implications, *Social Science and Medicine*, 46: 821–9.
- Silver, M.H. (1997) Patients' rights in England and the United States of America: the Patient's Charter and the New Jersey Patient Bill of Rights: a comparison, *Journal of Medical Ethics*, 23: 213–20.
- Simchen, E., Galai, N. and Chinitz, D. (1998) Interaction between the Ministry of Health and cardiac surgeons in Israel to improve coronary artery bypass grafting, in D. Chinitz and J. Cohen (eds) *Governments and Health Systems*. Chichester: John Wiley.
- Starr, P. and Immergut, E. (1987) Health care and the boundaries of politics, in C.S. Maier (ed.) *Changing Boundaries of the Political*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Stone, D. (1997) *Policy Paradox: The Art of Political Decision Making*. New York: Norton.
- Viscusi, W.K., Vernon, J.M. and Harrington, T.E. (1995) *Economics of Regulation and Anti Trust*. Cambridge, MA: MIT Press.
- Wallack, S., Skalera, K.C. and Cai, J. (1996) Redefining rate regulation in a competitive environment, *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 21: 489–520.
- Weill, T.P. and Battistella, R.M. (1998) A blended strategy using competitive and regulatory models, *Health Care Management Review*, 23: 37–45.
- Wildavsky, A. (1979) *Speaking Truth to Power: The Art and Craft of Policy Analysis*. Boston, MA: Little, Brown.
- Williamson, O.E. (1975) *Markets and Hierarchies*. Glencoe, IL: Free Press.

**76** Регулирование предпринимательской деятельности в системах здравоохранения

- Williamson, O.E. (1985) *The Economic Institutions of Capitalism*. Glencoe, IL: Free Press.
- Wilsford, D. (1995) States facing interests: struggles over health care policy in advanced industrial democracies, *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 20: 571–614.
- Wolfe, C. (1979) A theory of non-market failure, *Journal of Law and Economics*, 22: 107–39.

## *глава* ТРЕТЬЯ

### **Чему нас учит опыт регулирования в сфере коммунальных услуг**

*Ана Рико и Жауме Пюиг-Жюнуа*

#### **Введение**

В течение 1990-х годов коммунальные службы и система социального обеспечения стали объектом серьезного государственного регулирования, направленного на поощрение конкуренции. Тем не менее динамика и результаты регулирования в этих двух областях сравнивались редко.

Вначале мы коротко изложим задачи недавних регулирующих мер в сфере коммунальных услуг. Затем мы обобщим основные экономические предпосылки успешного регулирования, направленного на поощрение конкуренции. После этого мы попробуем оценить, до какой степени эти предпосылки применимы к различным отраслям внутри сферы коммунальных услуг, и насколько удалось достичь целей, ради которых предпринимались регулирующие меры в каждой области. Наконец, мы сделаем выводы, которые полезно было бы учесть при регулировании здравоохранения.

#### **Регулирование ради «дерегулирования»? Задачи и трудности на пути реформ, направленных на поощрение конкуренции**

Реформы в сферах коммунальных услуг и в здравоохранении редко сравнивались друг с другом. Выводы одного из недавних исследований, осуществленных на материале реформ в США, звучат скорее пессимистически: «Опыт регулирующих мер в области коммунальных услуг — мер, направленных на то, чтобы заставить цены работать, — не слишком полезен для организации регулирования здравоохранения» (Abbott and Crew 1995: 36). Рассматривая проблему с более широкой точки зрения, Колтон с соавторами (Colton *et al.* 1999) утверждают обратное: сравнитель-

ный анализ регулирования в этих двух областях экономики США весьма поучителен. Некоторые британские исследователи в области охраны здоровья также указывают на полезность сравнений, но не представляют полноценного анализа имеющихся данных (Propper 1995; Goddard *et al.* 1997).

Здесь речь пойдет о регулировании в британской системе коммунальных услуг и о пользе этого опыта для регулирования в таких системах здравоохранения, которые финансируются преимущественно из налоговых поступлений. Великобритания — первая европейская страна, где сфера коммунальных услуг стала работать на основе частного предпринимательства; анализом богатого британского опыта занимались многие ученые. Более того, британский опыт существенно повлиял на регулирование в других странах Европы (Boscheck 1994) и явился образцом ряда других аналогичных мер (Stern and Davis 1998). Системы здравоохранения, финансируемые из налоговых поступлений, заслуживают особого внимания потому, что институциональные свойства предварительно национализированных коммунальных служб сходны с аналогичными свойствами таких систем здравоохранения, где основную роль играют государственные поставщики (среди таких свойств — монополия, монополия, слабый и незначительно регулируемый частный сектор). Это — ключевой фактор для разработки регулирующей политики (см. Главу 2).

Отправной точкой реформ в британских коммунальных службах явилось осознание того, что в некоторых секторах намечаются элементы естественного монополизма, препятствующие развитию конкуренции. Поэтому была выработана следующая программа регулирующих мер:

- разделить предварительно национализированные отрасли на сферы с элементами естественного монополизма и сферы, в которых сохраняется возможность конкуренции;
- ввести конкуренцию в соответствующих отраслях с целью снижения цен без ухудшения качества (путем регулирования через конкуренцию);
- постепенно уменьшать регулирование в сферах конкурентной деятельности, сохраняя и совершенствуя регулирование в остальных сферах (путем регулирования монополии).

Были осуществлены также немногочисленные попытки либо заблаговременно разработать подробную схему регулирующих мер, необходимых для каждого отдельного сектора (Burton 1997), либо наметить результирующий тип конкуренции (Helm and Jenkinson 1997). Отсутствие детального описания мер обусловлено отчасти убежденностью специалистов по регулированию в том, что конкуренция — это спонтанный, самоподдерживающийся процесс обновления и обучения, основанный на идеях австрийской экономической школы. Главное политическое следствие этой теоретической модели заключается в том, что меры общего характера по стимулированию конкуренции (например, ликвидация препятствий для входа на рынок, изменение отношений собственности, преобразование структуры рынка) предпочтительнее обстоятельно разработанных проектов и мероприятий (Burton 1997).

### **Предпосылки успешного регулирования, направленного на поощрение конкуренции**

Структура производства в каждой отрасли имеет свои особенности. Тем самым обуславливается необходимость разнообразить содержательный аспект регулиро-

ющих мер, принимая во внимание специфику влияния трудностей рынка на функционирование каждой отдельно взятой отрасли (с учетом таких факторов, как уровень естественной монополии, преимущества вертикальной и горизонтальной интеграции, наличие предложений со стороны конкурентов).

Вторая группа проблем связана с тем, что принято именовать «договорными неудачами» ('contract failures') (Domberger and Jensen 1997). Это ключевые трудности функционирования новой институциональной экономики. К сожалению, господствующая экономическая наука недостаточно принимает во внимание следующие проблемы, возникающие при заключении договоров: степень специфичности активов, степень неопределенности рынка и регулирования, сложности, связанные с определением качества, специфические сложности мониторинга и выполнения договоров, обусловленные эгоистическим стремлением к наживе и разнонаправленными интересами организаторов совместного дела.

Третья группа проблем связана с тем, в какой степени производимые товары и услуги служат удовлетворению первоочередных социальных потребностей. Высокая социальная значимость водоснабжения и канализации не подвергается сомнению, чего нельзя сказать о некоторых других удобствах — таких, как мобильные телефоны и кабельное телевидение. Социальный аспект производства обычно подразумевает политическое обязательство обеспечить всеобщий доступ к товарам и услугам, сделав их производство малоприбыльным или вообще неприбыльным с точки зрения рынка. Это, в свою очередь, налагает на само производство определенные ограничения — такие, как необходимость применять перекрестное субсидирование по отношению к различным видам деятельности, потребителям или географическим рынкам.

Упомянутые различия налагают серьезные экономические ограничения на проведение регулирующих мероприятий. Политические следствия делятся на три категории: (1) планирование конкурентных инициатив; (2) планирование договоров; (3) регулирование цен. Краткий обзор этих трех аналитических уровней поможет лучше понять экономические предпосылки успешного регулирования, направленного на поощрение рынка.

### **Планирование конкурентных инициатив**

Планирование конкурентных инициатив зависит от специфических трудностей рынка, затрагивающих производство в целом или различные отрасли производства. Так, в отдельных частях сферы коммунальных услуг имеются элементы естественной монополии, что делает конкуренцию по произведенной продукции невозможной. Выше уже было отмечено, что этим объясняется необходимость вертикальной и горизонтальной дезинтеграции на начальных стадиях процесса регулирования. Такая преднамеренная модификация структуры рынка, в свою очередь, может нанести вред эффективности, поскольку чревата снижением эффекта масштаба, повышением операционных издержек и утратой возможности применения редистрибутивного перекрестного субсидирования потребителей.

Следовательно, для максимального увеличения эффективности важно выбрать подходящий тип конкуренции. Хелм и Дженкинсон (Helm and Jenkinson 1997) полагают, что в регулируемых отраслях производства возможно использование следующих типов конкуренции: (1) конкуренции по произведенной продукции; (2) конкуренции за франчайзинг, то есть за право получения лицензии на временную мо-



нополю; (3) конкуренции за получение подряда; (4) конкуренции на рынке ценных бумаг.

### **Договорные проблемы**

Регулирование в области коммунальных услуг осуществляется по типу контракта между регулирующим органом и регулируемыми фирмами. Вдобавок государственное регулирование, ориентированное на поощрение конкуренции, часто вносит поправки в договорные отношения между фирмами, вовлеченными в производство той или иной услуги, или в отношения между фирмами и потребителями. Если соответствующие комплексы договоров разработаны достаточно хорошо, они могут способствовать повышению эффективности производства и избеганию трудностей, связанных с систематическим увеличением издержек производства. Проблема общего характера заключается в том, что адекватное планирование контрактов и их реализация могут сами по себе стоить довольно дорого.

Помимо собственно цены, любая сделка включает в себя так называемые операционные издержки. К ним относятся: написание спецификаций и контрактов, оценка тендеров, ведение переговоров по окончательным условиям контракта с выигравшим подрядчиком, мониторинг результатов. Расходы на заключение сделок могут существенно снизить рост эффективности, достигаемый в результате регулирования, направленного на активизацию рынка. Такие расходы варьируют в различных секторах в зависимости от характера услуг и обязательных активов; на них влияют неопределенность рыночной среды и динамики регулирования, интересы и установки всех сторон, принимающих участие в заключении каждой сделки.

### **Общие договорные проблемы: окупаемость активов, возможность конкурентной борьбы и качество**

Осложнения при заключении договоров весьма вероятны в случае, если размер и специфичность необходимых физических активов велики, возможность конкуренции за снабжение на рынке мала, а качественные характеристики, о которых невозможно договориться, являются достаточно важными (Domberger and Jensen 1997).

Первое условие отсылает к так называемой проблеме задержки (англ. 'hold-up problem'), которая прямо связана с размером и спецификой активов. Риск инвестирования может быть значительным, если размер необходимых начальных инвестиций велик, срок жизни активов продолжителен, а значительная часть инвестиций остается неокупаемой; подобная ситуация типична для сферы коммунальных услуг. При таких обстоятельствах необходимы долгосрочные контракты, способствующие ослаблению стимула к «недоинвестированию». Тем не менее контракты этого типа, как будет показано ниже, порождают трудности для конкуренции.

Второе условие отсылает к ситуации, когда рынок не предоставляет больших возможностей для активной конкурентной борьбы (то есть вероятность вытеснения новичками агента, уже утвердившегося на рынке, невелика). Неадекватное отношение к проблеме задержки, особенно в тех случаях, когда регулирование цен носит достаточно жесткий характер, может снизить прибыли до такой степени, что дальнейший приток средств в отрасль прекратится. Та же проблема низкой прибыльности возникает и в связи с уже затронутым вопросом о высокой социальной значимости производимых товаров и услуг.

Третье условие — о качестве — имеет отношение к степени неполноты контракта. Если качественные характеристики услуги с трудом поддаются спецификации до оказания данной услуги, они не могут быть включены в контракт. Неполные контракты, в свою очередь, повышают вероятность того, что дальнейшее снижение расходов будет достигнуто за счет качества (Domberger and Jensen 1997). Как указывают Харт с соавторами (Hart *et al.* 1997), в деятельности частных коммерческих фирм стимул к постепенному снижению качества, как ответ на давление с целью сдерживания цен, выражен сильнее, чем в деятельности государственных фирм.

### **Специфические проблемы переходного периода**

На этапе перехода к конкурентным рынкам приватизация и новая схема регулирования повышают степень неопределенности, порождая трудности с распределением, которые в конечном счете могут отрицательно повлиять на эффективность. Так, новые собственники приватизированных предприятий могут терпеть непредвиденные убытки, если рыночная среда и методы регулирования меняются слишком быстро. Эта проблема дает о себе знать в случаях, когда долгосрочные детализированные контракты используются для стимулирования новых агентов рынка и предотвращения «проблемы задержки» ('hold-up problem'). Условия, на которых заключались договоры, подвержены быстрой изменчивости по мере развития конкуренции; так, цены на потребляемые материалы или цены на продукцию могут быстро падать. При этом условия для тех, кто уже утвердился на рынке, могут оказаться менее благоприятными, чем для новичков, что в итоге отражается на размере прибыли. Трудности часто проистекают из предшествующего невыполненного обязательства государства сохранять монополию в течение некоторого времени (Helm and Jenkinson 1997).

Если заранее не были приняты меры по финансированию непредвиденных расходов (например, не были разработаны схемы распределения рисков с новыми участниками рынка или схемы, предусматривающих правительственную компенсацию), держатели оказавшихся под угрозой активов могут попытаться заблокировать действия политиков по поощрению конкуренции; нечто подобное произошло во многих европейских странах. Решения по осуществлению соответствующих мер должны быть адресованы тем, на кого ложится финансовое бремя: государству, акционерам, клиентам и конкурентам.

Необходимо отметить, что, недостаточно подробно оговаривая распределение рисков, мы можем способствовать активной конкурентной борьбе. Агент, утвердившийся на рынке, обычно занимает сравнительно сильную позицию, поскольку владеет некоторой системой взаимосвязанных служб и обладает определенным опытом работы на рынке. Эта сильная позиция обычно удерживает новичков от вхождения на рынок. Однако в условиях трудностей переходного периода новички могут содействовать уменьшению расходов, что объясняется не столько их большей эффективностью, сколько их способностью вступать в договорные отношения, основанные на текущих обстоятельствах рынка.

### **Регулирование цен: альтернативные схемы**

Основные схемы регулирования цен следующие: регулирование нормы прибыли (применяется главным образом в США) и ограничение максимальной цены (ши-

## **82 Регулирование предпринимательской деятельности в системах здравоохранения**

роко применяется в Великобритании). Регулирование нормы прибыли позволяет фирме обеспечить обоснованный уровень дохода по своим активам или по базе ставки. Обоснованный уровень дохода по инвестиции достигается в случае, если размер валового дохода за вычетом операционных расходов достаточен для покрытия капиталовложений фирмы. Регулирование нормы прибыли критикуется по следующим пунктам:

- возмещение издержек производства ослабляет стимулы к снижению затрат, поскольку наращивание капиталовложений предполагает рост допустимого дохода;
- требуется подробно информировать регулирующие органы о потреблении фиксированных активов, распределении издержек совместного производства и т. д.

В условиях регулирования максимальной цены, напротив, приватизированные предприятия могут до предела увеличить свои прибыли путем минимизации издержек на период действия ценовых ограничений (обычный срок — 5 лет). Цена устанавливается относительно индекса розничных цен (ИРЦ), к которому прибавляется или от которого отнимается некое число  $X$ , которое отражает будущий рост производительности. Формула ИРЦ минус  $X$  предлагалась как альтернатива, превосходящая регулирование нормы прибыли, поскольку она сильнее стимулирует сдерживание цен, проще в применении (иначе говоря, операционные издержки по ее применению относительно невелики) и в меньшей степени связана с опасностью коррупции. Политика ограничения максимальной цены, по сравнению с традиционным регулированием нормы прибыли, имеет следующие недостатки:

- она стимулирует снижение качества в ответ на давление с целью сдерживания цен;
- стимулы по обновлению технологической базы с целью минимизации будущих издержек могут быть обращены в свою противоположность, если цены контролируются слишком строго или если избирательные регулирующие меры увеличивают риск задержки активов.

### **Воздействие регулирования: случай британской системы коммунальных служб**

В настоящем разделе обобщен опыт регулирования в системе коммунальных служб Великобритании. Предметом особого внимания служат два вопроса: почему одна и та же модель регулирования в разных отраслях приводит к разным результатам и почему одни задачи регулирования решаются проще, чем другие? Ответы на эти вопросы зависят от того, насколько условия, описанные в предыдущих разделах, применимы к различным секторам системы коммунальных служб.

### **Структура рынка и конкурентные инициативы**

Рыночные реформы начались в 1981 г. с отделением компании British Telecom от Министерства почт; этапами этой реформы явились внедрение единственного конкурента (компания Mercury) в устоявшуюся систему телекоммуникаций (1982)

и приватизация компании British Telecom как доминирующего, вертикально и горизонтально интегрированного агента отрасли (1984). Последующий переходный период делится на две основные фазы. Первая (1981—91) характеризуется политикой поддержки монополии двух конкурирующих компаний. Целью этой политики было недопущение дальнейшей реструктуризации и вхождения новых конкурентов. Вторая фаза характеризуется нарастающим стимулированием неограниченной конкуренции (политика «содействия вхождению»); между 1991 и 1998 г. на рынок вошло свыше 200 телекоммуникационных компаний (Burton 1997; Baldwin and Cave 1999).

Динамика регулирования в других областях системы коммунальных услуг имеет сходный вид. Основные различия между областями связаны, во-первых, со степенью вертикальной и горизонтальной дезинтеграции и, во-вторых, с типом и интенсивностью конкуренции.

1. Британская газовая корпорация British Gas не была раздроблена (Manners 1996), однако электроснабжение, водоснабжение и железные дороги подверглись более или менее серьезной структурной реорганизации путем дробления по вертикали и горизонтали (Baldwin and Cave 1999). В 1997 г. корпорация British Gas разделилась добровольно, следуя рекомендации Комиссии по монополиям и слиянию (в 1993 эта рекомендация была отвергнута правительством). В результате данной меры ответственность за поставки с одной стороны и за распределение и добывание с другой разделилась между двумя дочерними компаниями (Baldwin and Cave 1999). Как уже было отмечено, в этом и в других аналогичных случаях «способ дробления компаний не был идеальным с точки зрения осуществления регулирующих мер» (Helm and Jenkinson 1997: 5).

2. Что касается типа и интенсивности конкуренции, то здесь различия между отраслями выражены сильнее. Конкуренция по произведенной продукции была успешно внедрена только в области телекоммуникаций и, частично, на рынке электричества и газа; этот тип конкуренции не привился или был заблокирован правительством в таких отраслях, как общественный транспорт, водоснабжение, значительная часть рынка электричества и газа. Основными причинами неудач явились слабый конкурентный потенциал отраслей, обусловленный естественной монополией (таблица 3.1), низкая рентабельность служб и трудности контроля качества.

Конкуренция за франчайзинг была учреждена только в общественном транспорте (а также в Министерстве почт). Кроме того, в некоторых секторах рынка электричества и газа плановое внедрение конкуренции по произведенной продукции в конечном счете приняло форму «квази-франчайзинговой конкуренции» (Helm and Jenkinson 1997: 3). Конкуренция за получение подрядов получила распространение в водоснабжении, где возможности конкуренции по произведенной продукции существенно ограничены. Этот же тип конкуренции постепенно утверждается во вспомогательных и подсобных службах.

Наконец, конкуренция на рынке ценных бумаг, как правило, блокируется правительством путем использования «золотых» акций. Однако в середине 1990-х годов эти акции в электроснабжении и водоснабжении утратили силу. В итоге многие предприятия были поглощены, преимущественно компаниями США и некоторыми британскими компаниями, что привело к появлению ряда «многопрофильных» компаний, управляющих различными коммунальными службами. Начиная с 1996 г. ограниченное внедрение конкуренции на рынке ценных бумаг, судя по всему, ведет к реконцентрации бизнеса, которая в конечном счете может стать угрозой для конкуренции как таковой.

**Таблица 3.1** Конкурентный потенциал различных коммунальных служб

<i>Отрасль</i>	<i>Возможности для конкуренции</i>
<i>Телекоммуникации</i>	
Местные сети	Умеренные
Международные сети	Хорошие
Службы	Хорошие
<i>Газ</i>	
Добыча	Хорошие
Распределение	Отсутствуют
Подача	Хорошие
<i>Электричество</i>	
Производство	Хорошие
Передача	Отсутствуют
Распределение	Отсутствуют
Подача	Хорошие
<i>Железные дороги</i>	
Пути, станции и сигнализация	Очень ограниченные (альтернативные пути)
Службы	Умеренные (самые прибыльные пути)
<i>Водоснабжение и канализация</i>	
Инфраструктура	Почти отсутствуют
Подача	Умеренные

*Источник:* Baldwin and Cave (1999: 214)

### **Издержки конкуренции**

Один из основных факторов, ведущих к реконцентрации и вертикальной реинтеграции, заключается в невозможности выполнить договорные обязательства ввиду «проблемы задержки» и вынужденных расходов. С этими трудностями можно бороться путем заключения долгосрочных договоров. Однако теория договоров указывает, что политические меры, стимулирующие конкурентную борьбу и конкуренцию по произведенной продукции, могут затруднить выполнение обязательств по долгосрочным контрактам, особенно если одновременно принимаются меры по содействию новичкам и по жесткому ограничению максимума цен.

Именно это произошло в газовой и электрической отраслях начиная с середины 1990-х годов. Так, в газовой отрасли к марту 1998 г. в руках 70 с лишним новых поставщиков газа оказалось свыше 70% того рынка, которым первоначально ограничивалась конкуренция. Это стало возможно благодаря расходам, которые были навязаны агентам, уже утвердившимся на рынке, ввиду сильного падения цены «спот» (т. е. цены при условии немедленной уплаты наличными) на газ за период постепенной либерализации, а также благодаря неожиданному возникновению конкуренции по произведенной продукции в результате принятия мер по поддержке поставщиков. Сходные явления происходили в США и в ряде стран Европы (Helm and Jenkinson 1997).

Неудивительно, что в Великобритании усилилась тенденция к вертикальной реинтеграции. Вообще говоря, регулирующая инстанция должна выбирать между двумя нежелательными альтернативами — обострением трудностей с выполнени-

ем договорных обязательств (если эта инстанция отвергает реинтеграцию в пользу конкуренции) и блокированием вхождения на рынок новых агентов. Следует иметь в виду, что первая альтернатива влечет за собой серьезную опасность снижения эффективности: препятствуя заключению долгосрочных контрактов, конкуренция повышает степень неопределенности и опасность «недоинвестирования». Это чревато повышением необходимого коэффициента отдачи от инвестиций и, соответственно, ростом потребительских цен.

Конкуренция способствует и другим типам операционных издержек. Самые важные из них — те, которые проистекают из установления качественных показателей и контроля над их соблюдением. Росту качественных показателей в сфере коммунальных услуг способствуют такие альтернативные регулирующие механизмы (Rovizzi and Thompson 1992), как публикация данных о качественных характеристиках, корректировка предельных цен, схемы выплаты компенсаций потребителям и установление минимальных стандартов качества. Такие механизмы доказали свою полезность прежде всего благодаря тому, что в сфере коммунальных услуг надежная информация доступна за сравнительно невысокую цену, а интерпретация данных не составляет для потребителей особого труда. Что касается, к примеру, управления тюрьмами, то в этой области государственного сектора существование недоступных договорному урегулированию аспектов качества приводит к развитию тенденций по «вуалированию» качественных показателей, что чревато большими опасностями для заключения каких бы то ни было договоров и для конкуренции как таковой (Domberger and Jensen 1997).

### **Регулирование цен и способы распределения затрат**

Британская модель первоначально поддерживала только метод регулирования максимальной цены. Преимущества этого метода велики, однако он приводит и к отрицательным побочным эффектам (Armstrong *et al.* 1994). Перечислим некоторые из самых серьезных трудностей.

- Существуют серьезные доводы в пользу замены данного метода более дорогостоящими мерами по контролю за качеством, поскольку он поощряет снижение затрат за счет качества.
- Избирательные регулирующие меры ослабляют стимулы к инвестированию и могут повредить не только капитальному строительству, но и — что важнее — долгосрочным инновационным проектам.
- Практика установления изначальной цены делает возможными сверхприбыли в одних подразделениях отрасли, тогда как в других подразделениях держатели акций предприятий, рано утвердившихся на рынке, несут чрезмерные расходы на поздних стадиях.

Необходимость преодоления этих трудностей привела к пересмотру ряда договоров на основе ретроспективной информации о норме прибыли. В итоге сложился такой метод ограничения максимальной цены, которому присущи некоторые недостатки традиционного метода регулирования нормы прибыли. Так, стимулы к снижению затрат ослабли ввиду надежды, что регулирующие инстанции отреагируют передачей возросших накоплений потребителям (так называемый «эффект храповика») — либо в форме снижения цен (вынужденного благодаря жесткому ограничению ценового максимума), либо в форме повышения налогов для производителей

(именно это произошло после введения налога на непредвиденные доходы в 1997 г.). Альтернативные решения отмеченных проблем обнаруживают те же недостатки. Использование скользящих шкал или схем распределения прибылей, обсуждавшееся в Великобритании в конце 1990-х годов (Baldwin and Cave 1999), предполагает, что ответственность за чрезмерные расходы, равно как и за чрезмерные доходы, делится между фирмой и регулирующей инстанцией; тем самым ослабляются те стимулы к повышению эффективности, которые были активизированы конкуренцией.

### **Обобщение опыта: уроки британской системы коммунальных служб**

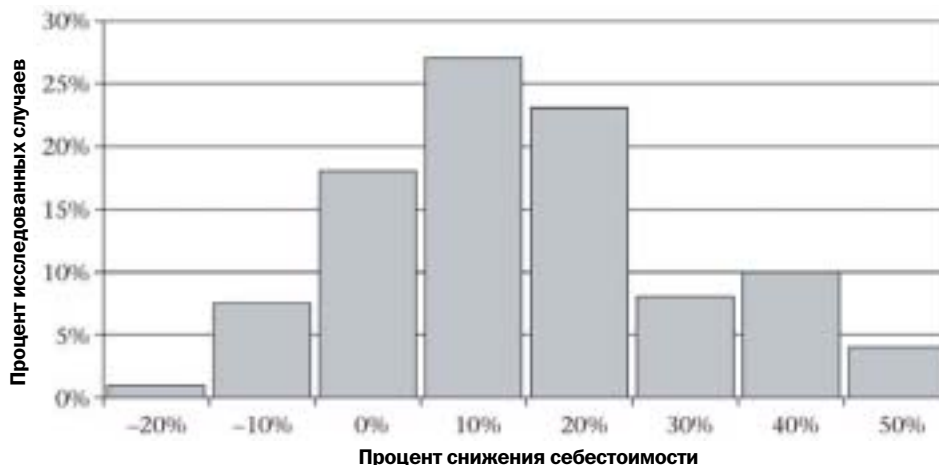
Прежде всего следует отметить, что после приватизации традиционных коммунальных служб потребность в государственном регулировании не уменьшилась. Скорее наоборот, вмешательство государства усилилось. При этом основная объявленная цель регулирующей политики, в общем, не была достигнута: регулирование ради «дерегулирования» (или ради поощрения конкуренции как замены регулированию) было лишь отчасти осуществлено в этих службах, имеющих высокий конкурентный потенциал<sup>1</sup>.

Во-вторых, не существует достаточных доводов не только в пользу положительных результатов конкуренции, но даже в пользу реального существования конкуренции как таковой. До 1995 г. конкуренции по произведенной продукции, конкуренции за франчайзинг и конкуренции на рынке ценных бумаг практически не было, поэтому говорить о каких-либо выводах пока рано. Тем не менее доступные качественные данные указывают на существование серьезных трудностей в таких отраслях, как железные дороги, водоснабжение, канализация, отдельные подразделения электрической и газовой отраслей. Что касается конкуренции за получение подрядов, то в этой области за длительное время накоплен значительно больший опыт. Недавний обзор практики выдачи государством контрактов на сторону (в частный сектор) приводит к весьма оптимистическим выводам (Domberger and Jensen 1997). Самый полный доступный в настоящее время мета-анализ международного опыта, осуществленный правительством Австралии (Industry Commission 1996), указывает на значительную экономию средств (см. рисунок 3.1). Однако в большинстве анализов проблема качества не учитывается. Немногочисленные исследования, затрагивающие эту важнейшую проблему, не обнаруживают ухудшения качества (о службе очистки ср. работу Domberger *et al.* 1995).

В-третьих, можно считать доказанным, что приписываемая частной собственности высокая эффективность — это не столько эмпирический факт, сколько идеологическое убеждение. Как показали Домбергер с соавторами (Domberger *et al.* 1995), государственные поставщики, выигравшие конкурентные торги, получали примерно ту же прибыль, что и частные поставщики. Согласно этим авторам, «форма собственности (частная или государственная) влияет на качество и цену существенно меньше, чем наличие или отсутствие конкуренции» (с. 1469). Вообще говоря, общая производительность труда в большинстве коммунальных служб после приватизации снизилась (Martin and Parker 1997), тогда как производительность труда повысилась только в сфере телекоммуникаций (Baldwin and Cave 1999).

<sup>1</sup> Правда, в секторах, где имеет место конкуренция, использование метода ограничения максимальной цены постепенно (а с 1998 — резко) сокращалось. Одновременно возрастала необходимость регулировать другие аспекты, в том числе структуру рынка (например, поглощение компаний) и качество.

**Рисунок 3.1** Распределение показателей снижения себестоимости на примере 203 случаев выдачи контрактов на сторону.



Источник: Industry Commission (1996)

В-четвертых, неопределенность, характеризующая структуру конкурентных рынков, стала источником серьезных проблем. Последние отражают неспособность регулирующих инстанций предвидеть все препятствия, возникающие на пути регулирующих мер, направленных на поощрение конкуренции. Отметим следующие трудности.

1. Вертикальная и горизонтальная дезинтеграция может привести к серьезным непредвиденным издержкам (в частности, к снижению экономии на росте масштаба, к «обмелению» активов, к проблемам задержки и «недоинвестирования», а также к утраченным возможностям перекрестного субсидирования потребителей).
2. Разработка и внедрение регулирующих мер могут стоить дорого; в результате обусловленный конкуренцией рост эффективности может оказаться незначительным. Как уже отмечалось, регулирование ради конкуренции — задача более сложная, чем регулирование монополий (Helm and Jenkinson 1997: 10).
3. Ошибки в регулировании — такие, как неверное распределение рисков и расходов, пристрастное или избирательное регулирование, — увеличивают степень неопределенности и разрушают эффект конкуренции.

### **Уроки для системы здравоохранения Сравнение коммунальных служб и здравоохранения**

Прежде всего необходимо определить, насколько велико сходство между секторами в том, что касается их институциональных, рыночных и властных структур. Это особенно важно для регулирования, направленного на изменение институциональной и организационной динамики.

Основные черты сходства между здравоохранением и коммунальными службами — присущие обоим секторам элементы естественной монополии и влияние ме-



стной специфики на развитие инфраструктуры. Что касается здравоохранения, то эти черты наиболее отчетливо выражены в специальных больницах, оснащенных высокотехнологичным оборудованием, сельских больницах общего профиля, службах скорой помощи, а также в фармацевтических лабораториях и в сфере оптовой торговли медикаментами. Вместе с тем другие части системы здравоохранения — первичная помощь, социальная медицина, городские больницы общего профиля, распространение медикаментов, страхование и др. — либо не требуют экстенсивных капиталовложений, либо не обнаруживают серьезной зависимости от географического фактора; соответственно, в этих частях системы существуют более благоприятные перспективы для конкуренции. Вдобавок недавние исследования показали, что эффект масштаба в деятельности больниц ограничен (Ferguson *et al.* 1997).

Существует еще одна группа проблем, до известной степени общая для обоих секторов, но более отчетливо выраженная именно в здравоохранении. Во-первых, некоторые коммунальные службы долгое время считались благами первой необходимости ввиду их особого значения для экономического и социального развития общества (Baldwin and Cave 1999). Этим объясняется значительный объем перекрестного субсидирования потребителей и субсидирования доступа, находящего свое выражение в структуре цен; в подобных условиях введение конкуренции может привести к серьезным проблемам с отбором потребителей («снятие сливок») и к проблеме «пропущенных рынков». Еще более проблематичная ситуация складывается в здравоохранении, где перекрестное субсидирование играет ключевую роль гаранта обоснованности медицинского страхования, а вопросам справедливости и равного доступа придается особое политическое значение. Во-вторых, в сфере поставки медицинских услуг достаточно сильно выражен эффект масштаба. Совместное функционирование различных клинических служб в рамках одной больницы может оказать положительное влияние как на качество обслуживания, так и на цену. Рост эффективности может существенно стимулироваться также совместной деятельностью больниц, служб первичной помощи и социальной медицины: в условиях совместного снабжения и/или управления профилактические меры должны приниматься всерьез ради снижения больничных расходов. Вдобавок существуют данные, свидетельствующие о серьезной экономии при использовании некоторых сложных методов лечения (Ferguson *et al.* 1997). Все это делает вертикальную и горизонтальную дезинтеграцию в здравоохранении значительно более проблематичной, чем в коммунальных службах.

Наконец, конкуренция в здравоохранении имеет особенности, не свойственные конкуренции в большинстве коммунальных служб. Так, конкуренция в здравоохранении страдает от особого рода договорных трудностей, связанных с недостатком информации; последние, в свою очередь, выступают в качестве одной из важнейших традиционных причин, порождающих трудности рынка.

Во-первых, информационные проблемы, как правило, носят асимметричный характер. Они возникают преимущественно на двух фронтах: в страховании (порождая проблему негативного отбора и, в конечном счете, проблему «пропущенных рынков») и в привлечении потребителей (порождая необходимость в независимых покупателях, действующих как агенты потребителей; отсюда — важные проблемы взаимосвязи между заказчиком и исполнителем). Одновременно страхование связано с определенным моральным риском, ибо больные и врачи не несут полной материальной ответственности за принимаемые ими решения по покупке и продаже услуг. Во-вторых, в здравоохранении качество многомерно.

Вследствие неполноты и асимметричности информации возникают трудности с предварительной спецификацией качественных показателей, равно как и с оценкой и мониторингом качества по свершившемуся факту. Особое значение имеет то обстоятельство, что спрос сам по себе не служит механизмом контроля качества именно ввиду явной информационной асимметричности, характеризующей отношения между врачом и больным (Chalkey and Malcomson 1996). В-третьих, существуют широкие возможности для необнаружимого отбора больных («снятия сливок»), поскольку как потребители услуг, так и больные затрудняются определить реальную необходимость в лечении.

Последнее, институциональное различие напоминает о краеугольном камне реформ, направленных на поощрение конкуренции в коммунальных службах, а именно о передаче собственности на активы. По-видимому, отмеченные выше особенности здравоохранения способствовали тому, что приватизация в этом секторе не имела места. Вместо этого в качестве центральной конкурентной стратегии было принято заключение договоров, что существенно повлияло на уровень государственного контроля за сектором в целом. «При наличии системы договоров клиент [в данном случае — государство] сохраняет за собой значительные возможности контролировать подрядчика, осуществляя мониторинг его деятельности, налагая финансовые санкции и заменяя подрядчика в случае явного невыполнения им своих обязательств. Приватизация делает такой уровень контроля недостижимым» (Domberger and Jensen 1997: 68).

### **Стационарное лечение**

Отмеченные факторы существенно снижают перспективность для здравоохранения таких типов конкуренции, как конкуренция по производимой продукции и конкуренция на рынке ценных бумаг. Что касается конкуренции по производимой продукции, то о ней можно говорить главным образом в применении к плановым услугам городских больниц общего профиля. Однако даже в этом случае конкуренция будет преимущественно по качеству, что приведет не к снижению, а скорее к повышению цен. Именно это имело место в США до введения регулирующих мер; существуют определенные данные в пользу того, что аналогичный процесс будет происходить и по мере развития конкуренции в системе здравоохранения Великобритании (Propper and Söderlund 1998).

Следовательно, основной альтернативой для здравоохранения служит заключение договоров, причем в двух модальностях. Конкуренция за подряды уже принесла положительные результаты. Так, Домбергер с соавторами, изучая бытовое обслуживание в 3000 больницах Великобритании, обнаружили более чем 30% снижение себестоимости услуг (Domberger *et al.* 1987). Позднее, однако, было обнаружено, что снижения себестоимости удалось достичь во многом вследствие дальнейшего ухудшения условий труда и уменьшения зарплаток неквалифицированного персонала (Cousins 1988). Что касается второй модальности, то было показано, что больничные службы и административное руководство вполне могут стать предметом конкурентных торгов, если собственный персонал больницы не в состоянии добиться более высокой результативности (Propper 1995; Ferguson *et al.* 1997). Это, вероятно, более здоровая альтернатива, чем та, которую ныне поддерживает британское Министерство здравоохранения: слияние эффективно работающих больниц с отстающими, при котором первым в управление передаются недвижимое

имущество и оборудование вторых. Конкуренция за франчайзинг может также поощряться ради монополизации всего комплекса медицинских услуг на определенной территории — иначе говоря, ради возможности выполнения функций, которые ныне относятся к компетенции провинциальных органов здравоохранения (подобная методология испытывается, например, в Каталонии).

Основной вопрос, однако же, заключается в том, до какой степени положительные результаты подобных конкурентных стратегий могут быть сведены на нет трудностями с соблюдением договорных обязательств. Ввиду ожидания серьезных сложностей, имеющих отношение к отбору и качеству, опыт коммунальных служб по различным аспектам франчайзинга (таким, как установление стоимости доступа к инфраструктуре, предварительная спецификация услуг и др.) применим здесь лишь в ограниченной степени. В связи с опытом конкуренции за подряды в водоснабжении и за франчайзинг в системе путей сообщения исследователи указывали на ряд трудностей с координацией, обеспечением качества и отбором (Cowan 1997; Gibb *et al.* 1998; Baldwin and Cave 1999); подобные трудности в здравоохранении могут привести к значительно более серьезным отрицательным последствиям. Вместе с тем начиная с 1997 г. британское Министерство здравоохранения уделяет первоочередное внимание развитию доказательной медицины и методов экономического контроля лечебной работы, спецификации качественных показателей услуг и повышению ответственности трестов за качество (Robinson and Dixon 2000; Harrison 2001); все это может в обозримом будущем нейтрализовать осложнения при соблюдении договорных обязательств.

Определенные уроки можно извлечь также из опыта регулирования цен. По существу, регулирование нормы прибыли или регулирование стоимости услуг очень похоже на ту форму возмещения затрат, которая традиционно применяется по отношению к здравоохранению. Эта форма регулирования соответствует также введенным Министерством здравоохранения правилам установления цен для больных, направляемых на лечение безотносительно к заключенным договорам, и для больных, пользующихся услугами кооперативов врачей общей практики. Поэтому введение ограничения на максимальную цену на больничные услуги было поддержано как стратегия, способствующая повышению эффективности (Propper 1995; Ferguson *et al.* 1997). Тем не менее существуют основания считать, что ограничение максимальной цены, будучи чисто проспективной (ориентированной на будущее) системой организации платежей, приведет к большему распространению практики «снятия сливок» и «затушевывания качества» в государственном секторе (Newhouse 1996). Поэтому первоначальный энтузиазм по поводу проспективных систем организации платежей сменился тенденцией к поощрению смешанных стратегий. Важно отметить, что метод регулирования максимальной цены со скользящими схемами или соглашениями по распределению прибылей очень похож на использование механизмов распределения расходов при финансировании медицинских служб (имеются в виду ограничение расходов для одного больного во врачебных кооперативах, комплементарная спецификация затрат в расчете на один случай при заключении договоров с больницами, дополнительные платежи за особенно дорогостоящих больных по программе страхования здоровья престарелых).

Еще один важный момент заключается в том, что введение проспективности платежей, наряду с другими формами регулирования, направленного на поощрение конкуренции, усилило тенденцию к концентрации поставщиков как в системе коммунальных служб, так и в здравоохранении США (Arnould *et al.* 1997) и Великобритании (Ferguson *et al.* 1997; Cousins 1988). Подобное развитие, вызванное ме-

рами по стимулированию горизонтальной и вертикальной реинтеграции, может сократить возможности для снижения расходов, обусловленного ростом рыночной силы поставщиков, и в конечном счете чревато угрозой для конкуренции как таковой. То же относится и к долгосрочным контрактам, которые получают все большее и большее распространение в системе здравоохранения Великобритании; впрочем, такие контракты в здравоохранении, так же как и в коммунальных службах, могут способствовать предотвращению «обмеления» и задержки активов в связи с развитием инфраструктуры.

При некоторых условиях концентрация поставщиков, наряду с долгосрочными контрактами, может эффективно служить решению вопросов, связанных с качеством и доступностью услуг в здравоохранении. Соответственно, политически уместными кажутся меры, принимаемые лейбористским правительством начиная с 1997 г.: стимулирование концентрации покупателей (для уравнивания большей рыночной силы поставщиков) и поощрение различных форм сотрудничества. Есть основания полагать, что повышение концентрации покупателей приведет к значительному снижению расходов (Propper *et al.* 1998), а сотрудничество среди поставщиков и между покупателями и поставщиками может принести серьезные выгоды, которые станут дополнением к возможным результатам политики поощрения конкуренции (Gibb *et al.* 1998; Goddard and Mannion 1998).

### **Первичная помощь и социальная медицина**

В принципе рынок для первичной помощи и социальной медицины подвержен договорным и рыночным осложнениям в меньшей степени, чем больницы. Во-первых, требуемые капиталовложения невелики, что делает проблему невозвратных издержек не столь серьезной. Во-вторых, это приводит к весьма низкой концентрации ресурсов, что снимает проблему низкой конкурентности рынка. В-третьих, характер услуг таков, что информационная асимметричность не чревата особенно серьезными последствиями.

Тем не менее британский опыт последних лет указывает на существование немаловажных рыночных трудностей даже в этой области. Так, известны случаи тайных соглашений о ценах в частной медицине. Проблема потребовала вмешательства Комиссии по монополиям и слиянию; в первом докладе комиссии по данному вопросу (1993) отмечалось, что на рынке частных медицинских консультаций, действительно, существует «сложная монополия» (Smith 1993). С другой стороны, выбор поставщика услуг в социальной медицине (и, особенно, в домашней медицине), насколько известно, часто затрудняется из-за малочисленности альтернативных поставщиков на уровне данной территориальной единицы (Mannion and Smith 1997). Отмечается также обеспокоенность по поводу качества: в средствах массовой информации встречаются многочисленные сообщения о низком уровне обслуживания и жестоком обращении с больными (Robinson and Dixon 2000).

Вдобавок возможности вхождения на рынок как в частном, так и в государственном секторах заметно ограничиваются практикой профессиональной аккредитации (гарантирующей минимальные стандарты качества) и территориальным распределением врачей общей практики согласно плану, разработанному Комитетом по врачебной практике (Medical Practices Committee). Последний стремился гарантировать равномерное адекватное медицинское обеспечение и ограничивал вхождение в самых привлекательных сферах врачебной практики. С начала 1990-х

годов регулирование вхождения приобрело менее ограничительный характер; в результате Министерство здравоохранения столкнулось с трудностями при привлечении достаточного числа врачей общей практики к обслуживанию тех сфер, в которых традиционно наблюдается дефицит специалистов (Bartlett 1996).

Опыт регулирования кооперативов врачей общей практики показывает, что отмеченные проблемы трактуются в Великобритании достаточно серьезно. Сложная система платежей, установленная после введения врачебных кооперативов (Bloor *et al.* 1992; Bartlett 1996), учитывает многие уроки, извлеченные из опыта регулирования цен в других секторах. В частности, практика распределения затрат (похожая на практику ограничения максимальной цены с использованием скользящих шкал), в форме страхования с ограничением убытков для возмещения затрат на самых дорогостоящих больных, представляется достаточно эффективным средством защиты от практики «снятия сливок», спровоцированной мерами по поощрению конкуренции (Glennister *et al.* 1994).

Возникают и другие проблемы, для решения которых простое компенсирующее регулирование оказывается недостаточным. Во-первых, больницы применяют практику ценовой дискриминации больных, направляемых кооперативами врачей общей практики, за счет более высоких цен для больных, поступающих от территориальных органов здравоохранения. Этот факт согласуется с данными, согласно которым врачи общей практики при принятии решений по закупкам более чувствительны к фактору цены, чем представители территориальных органов здравоохранения (Propper *et al.* 1998). Во-вторых, по той же причине для больных, направляемых врачебными кооперативами, сроки ожидания меньше, а качество лечения выше, чем для остальных больных. В-третьих, свобода, предоставленная врачебным кооперативам для реинвестирования прибылей, порождает обеспокоенность возможным неэффективным вложением капитала в коммерческие медицинские предприятия; по существу, речь в данном случае идет о том, что «ориентация на получение прибылей может подорвать доверительные отношения между врачом и больным» (Bartlett 1996: 17). Опасения и проблемы, возникающие в связи с деятельностью кооперативов врачей общей практики, побудили новое лейбористское правительство начать реформу системы оказания первичной помощи, направленную на ликвидацию возможных недостатков кооперирования при сохранении его преимуществ.

### **Производство медикаментов**

В отличие от коммунальных служб Великобритании, где за последнее десятилетие произошел сдвиг от регулирования нормы прибыли к ограничению максимальной цены, фармацевтическая промышленность в целом сохранила верность принципу регулирования нормы прибыли. Доходы фармацевтических фирм регулируются по схеме, утвержденной в результате переговоров между Министерством здравоохранения и Ассоциацией британских производителей медикаментов и действующей с 1957 г. (Robinson and Dixon 2000). Согласно этой схеме, чистая прибыль фирмы рассчитывается по отношению к уровню всех ее сделок с Государственной службой здравоохранения путем определения доходов с вычетом допустимых издержек. Результат, полученный благодаря применению регулирующих мер, определяется как отношение ставки дохода на основной капитал Государственной службы здравоохранения к целевой ставке дохода фирмы (Bloom and Van Reenen 1998). Эта целе-

вая ставка дохода зависит от того, как Министерство здравоохранения оценивает инновационную деятельность фирмы и выполнение ею обязательств по отношению к Великобритании. Если фирма выходит за пределы допустимых 25% сверх целевой ставки, она должна снизить цены на производимые ею лекарства или вернуть излишек Министерству здравоохранения.

Поддержка подобной схемы в фармацевтической отрасли Великобритании имеет отношение не столько к поощрению конкуренции или решению политических задач в области здравоохранения, сколько к задачам индустриальной политики. Так, данная схема предполагает возможность весьма щедрого расходования средств на научные исследования и на развитие производства. Доклад, представленный Парламенту в 1996 г., содержит перечисление ее основных сильных и слабых сторон (Robinson and Dixon 2000). Сильные стороны заключаются в следующем:

- поощрение сильной промышленности, способной к успешному инвестированию в науку и развитие (стимулирование производства медикаментов в Великобритании);
- обеспечение непрерывности и стабильности в производстве;
- поощрение инновационной деятельности;
- относительно низкие управленческие расходы.

Отмечены также проблемы, порожденные отсутствием изменений в схеме регулирования:

- отсутствие прозрачности (высокая степень закрытости);
- тенденция к сдерживанию роста эффективности, допускающая чрезмерно высокие цены и поэтому отрицательно влияющая на государственную политику сдерживания цен;
- тенденция системы служить препятствием для эффективной ценовой конкуренции на данном рынке.

## **Выводы**

В институциональной структуре здравоохранения запечатлелся целый ряд классических трудностей, мешающих полному успеху политических мер, направленных на поощрение конкуренции. В этом отношении здравоохранение заметно отличается от тех коммунальных служб, которые имеют более высокий конкурентный потенциал. Вместе с тем у здравоохранения и сферы коммунальных услуг есть много общих проблем, связанных с соблюдением договоров и организацией рыночных отношений. Соответственно, сравнение двух секторов представляется уместным и может принести практическую пользу.

Трудности, о которых идет речь, более отчетливо выражены в здравоохранении; этим объясняется ограниченный характер политических мер, направленных на поощрение конкуренции в данном секторе. Этим же объясняется и следующий парадокс: регулирование рынка здравоохранения в некоторых отношениях носит значительно более сложный и изощренный характер, чем регулирующая политика в области коммунальных услуг. Первая сильная сторона регулирования в здравоохранении заключается в том, что оно в большей степени учитывает аспекты качества, доступности и справедливости, имеющие особую политическую значимость.

Предметом внимательного изучения и экспериментальной проверки в здравоохранении стали также отдельные мелкие аспекты институциональной организации и договорных отношений, тогда как в области коммунальных служб подобная исследовательская работа проводилась менее интенсивно. Использование опыта здравоохранения при регулировании коммунальных служб представляется перспективным, о чем свидетельствуют немногочисленные работы, посвященные данному вопросу (Else 1992).

Наконец, следует отметить, что прогресс технологии снижает как остроту проблем естественной монополии, так и влияние отмеченных трудностей с выполнением договоров и организацией рынка на систему здравоохранения. Так, некоторые из недавних организационных реформ, предпринятых в Великобритании ради того, чтобы нейтрализовать отрицательное воздействие трудностей с выполнением договоров на справедливое распределение услуг и на качество услуг, могут в дальнейшем быть использованы для получения выгод от конкуренции без дополнительных расходов; это заведомо возможно в тех отраслях здравоохранения, которые относительно мало подвержены рыночным трудностям (таковы первичная помощь и социальная медицина). Тем не менее переходный период в здравоохранении, по-видимому, займет больше времени, чем в сфере коммунальных услуг. В связи с этим не следует забывать, что самые успешные регулирующие действия в коммунальных службах осуществлялись осторожно и медленно.

## Литература

- Abbott, III, T.A. and Crew, M.A. (1995) Lessons from public utility regulation for economic regulation of health care markets: an overview, in *Health Care Policy and Regulation*. Dordrecht: Kluwer Academic.
- Armstrong, M., Cowan, S. and Vickers, J. (1994) *Regulatory Reform: Economic Analysis and British Experience*. Cambridge, MA: MIT Press.
- Arnould, R.J., DeBrock, L.M. and Radach, H.L. (1997) The nature and consequences of provider consolidation in the US, in B. Ferguson, T. Sheldon and J. Posnett (eds) *Concentration and Choice in Health Care*. London: Royal Society of Medicine Press.
- Baldwin, R. and Cave, M. (1999) *Understanding Regulation: Theory, Strategy & Practice*. Oxford: Oxford University Press.
- Bartlett, W. (1996) The regulation of general practice in the UK, *International Journal of Health Planning and Management*, 11: 3–18.
- Bloom, N. and Van Reenen, J. (1998) Regulating drug prices: where do we go from here?, *Fiscal Studies*, 19: 321–42.
- Bloor, K., Maynard, A. and Street, A. (1992) *How Much is a Doctor Worth?*, Discussion Paper No. 98. York: Centre for Health Economics, University of York.
- Boscheck, R. (1994) Deregulating European electricity supply: issues and implications, *Long Range Planning*, 27: 111–23.
- Burton, J. (1997) The competitive order or 'ordered competition'? The UK model of utility regulation in theory and practice, *Public Administration*, 75: 157–88.
- Chalkey, M. and Malcomson, J.M. (1996) Contracts for the National Health Service, *Economic Journal*, 106: 1691–1701.
- Colton, R., Frisof, K.B. and King, E.R. (1999) Lessons for the health care industry from America's experience with public utilities, *Journal of Public Health Policy*, 18: 389–99.
- Cousins, C. (1988) The restructuring of welfare work: the introduction of general manage-

- ment and the contracting-out of ancillary services in the NHS, *Work, Employment and Society*, 2: 210–28.
- Cowan, S. (1997) Competition in the water industry, *Oxford Review of Economic Policy*, 13: 83–92.
- Domberger, S. and Jensen, P. (1997) Contracting-out by the public sector: theory, evidence, prospects, *Oxford Review of Economic Policy*, 13(4): 67–78.
- Domberger, S., Meadowcroft, S. and Thomson, D. (1987) The impact of competitive tendering on the costs of hospital domestic services, *Fiscal Studies*, 8: 39–54.
- Domberger, S., Hall, C. and Li, E. (1995) The determinants of price and quality in competitively tendered contracts, *Economic Journal*, 105: 1545–70.
- Else, P.K. (1992) Criteria for local transport subsidies, *Transport Reviews*, 12: 291–309.
- Ferguson, B., Sheldon, T. and Posnett, J. (1997) Introduction, in B. Ferguson, T. Sheldon and J. Posnett (eds) *Concentration and Choice in Health Care*. London: Royal Society of Medicine Press.
- Gibb, R., Shaw, J. and Charlton, C. (1998) Competition, regulation and the privatization of British Rail, *Environment and Planning C: Government and Policy*, 16: 757–68.
- Glennerster, H., Matsaganis, M. and Owens, P. (1994) *A Foothold for Footholding*. London: King's Fund.
- Goddard, M. and Mannion, R. (1998) From competition to co-operation: New economic relationships in the National Health Service, *Health Economics*, 7: 105–19.
- Goddard, M., Ferguson, B. and Posnett, J. (1997) Impact of the purchaser/provider relationship and implications for the regulatory framework, in B. Ferguson, T. Sheldon and J. Posnett (eds) *Concentration and Choice in Health Care*. London: Royal Society of Medicine Press.
- Harrison, S. (2001) Structural interests in health care: 'reforming' the UK medical profession, in M. Bovens, P. T'Hart and G. Peters (eds) *Success and Failure in Government: A Comparative Analysis*. Aldershot: Edward Elgar.
- Hart, O., Shleifer, A. and Vishny, R.W. (1997) The proper scope of government: theory and an application to prisons, *Quarterly Journal of Economics*, 112: 1127–61.
- Helm, D. and Jenkinson, T. (1997) The assessment: introducing competition into regulated industries, *Oxford Review of Economic Policy*, 13(1): 1–14.
- Industry Commission (1996) *Competitive Tendering and Contracting by Public Sector Agencies*, Report No. 48. Melbourne: Australian Government Publishing Service.
- Manners, G. (1996) Gas market liberalization in Britain: some geographical observations, *Regional Studies*, 31: 295–309.
- Mannion, R. and Smith, P. (1997) Trust and reputation in community care: theory and evidence, in P. Anand and A. McGuire (eds) *Changes in Health Care: Reflections on the NHS Internal Market*. London: Macmillan.
- Martin, S. and Parker, D. (1997) *The Impact of Privatization: Ownership and Corporate Performance in the UK*. London: Routledge.
- Newhouse, J.P. (1996) Reimbursing health plans and health providers: efficiency in production versus selection, *Journal of Economic Literature*, 34: 1236–63.
- Propper, C. (1995) Regulatory reform in the NHS internal market, *Health Economics*, 4: 77–83.
- Propper, C. and Süderlund, N. (1998) Competition in the NHS internal market: an overview of its effects on hospital prices and costs, *Health Economics*, 7: 187–97.
- Propper, C., Wilson, D. and Süderlund, N. (1998) The effects of regulation and competition in the NHS internal market: the case of general practice fundholder prices, *Journal of Health Economics*, 17: 645–73.



- Robinson, R. and Dixon, A. (2000) *Health Care Systems in Transition—United Kingdom*. Copenhagen: European Observatory on Health Care Systems.
- Rovizzi, L. and Thompson, D. (1992) The regulation of product quality in the public utilities and the Citizen's Charter, *Fiscal Studies*, 13(3): 74–95.
- Smith, R. (1993) Private medicine is a long way from being a perfect market, *British Medical Journal*, 307: 216–17.
- Stern, J. and Davis, J.R. (1998) Economic reform of the electricity industries of Central and Eastern Europe, *Economics of Transition*, 6: 427–60.

## *глава* ЧЕТВЕРТАЯ

### **Аккредитация и регулирование качества в здравоохранении**

*Элли Скривенс*

#### **Значение аккредитации для оценки качества медицинских услуг**

Аккредитация — процесс, занимающий место в ряду разнообразных методов проверки и стандартизации качества услуг, оказываемых организациями системы здравоохранения (Scrivens 1996). Термин «аккредитация» в данном случае обозначает участие определенного медицинского учреждения в процессе независимой оценки заведений и организационных структур системы здравоохранения на основе официально установленных стандартов; цель аккредитации — оценка организации служб и процессов, от которых зависит качество работы. До 1980-х годов термин «аккредитация» в применении к системе здравоохранения обозначал добровольную деятельность, позволявшую всем учреждениям системы, особенно больницам, сравнивать свои организационные процессы и процедуры с принятыми стандартами. Часто основной акцент делался на безопасности процедур; задача аккредитации усматривалась в обеспечении подходящей среды для всемерного повышения клинической эффективности (Scrivens 1995). Аккредитирующие органы традиционно действовали по принципу самокупаемости, а учреждения, стремящиеся получить аккредитацию, в большинстве случаев платили им вознаграждение (впрочем, как будет показано ниже, все параметры могли подвергаться модификациям). Конечным результатом процесса аккредитации является выдача квалификационного свидетельства о соответствии данного учреждения принятым стандартам. В свидетельстве часто указывается длительность периода, который должен пройти до следующей инспекции: чем дольше этот период, тем выше степень соответствия стандартам (Scrivens 1995). Каждая аккредитационная система контролируется независимой комиссией, состоящей из профессионалов, работающих в системе здравоохранения. Комис-

сия отвечает за стандарты и за присуждение квалификационных свидетельств (Hayes and Shaw 1995).

В настоящей главе рассматривается история аккредитации от возникновения этой практики в США (первая половина XX века) до ее принятия в здравоохранении Канады и Австралии (1950—60-е годы). Рассматриваются также свойства аккредитационных систем и рост популярности аккредитации во многих странах на протяжении 1990-х годов. Как ни странно, хотя в Европе было разработано большое число аккредитационных программ, европейские страны испытывают трудности с их принятием и реализацией. Последний раздел главы посвящен вопросу о связи между аккредитацией и регулированием.

### **Происхождение и развитие аккредитации в США, Канаде и Австралии**

Практика аккредитации возникла в США по инициативе медиков. Причиной ее появления стало возрастающее осознание потребности в стандартизации медицинских услуг (Roberts *et al.* 1987). Задача Американской коллегии хирургов, основанной в 1913 г., заключалась в поддержке идеи стандартизации больниц. Одним из главных требований для приема в Коллегию было представление удовлетворительно документированных случаев, доказывающих компетентность соискателя в области хирургии. Это требование способствовало выявлению существенных недостатков с ведением документации в большинстве больниц (Bogdanich 1988).

Программа стандартизации больниц была учреждена Коллегией в 1917 г. Принципиальные положения этой программы составили основу всей дальнейшей практики аккредитации. Программа содержала пять групп стандартных требований, относящихся к организации и квалификации медицинского персонала, к тому, что ныне принято именовать «клиническим аудитом», к документальной фиксации случаев и к технике постановки диагнозов. Соответствие стандартам оценивалось инспекторами, которые посещали больницы и проверяли их работу (Roberts *et al.* 1987).

К 1949 г. свыше половины больниц США добровольно участвовали в программе. Объем справочников, в которых излагались стандартные требования, вырос до 118 страниц; повсеместное распространение получил метод установления «рейтинга» больницы, то есть числовой оценки ее соответствия стандартам. Чтобы справиться с расходами на аккредитацию непрерывно возрастающего числа больниц, Американская коллегия хирургов объединилась с рядом родственных организаций системы здравоохранения, образовав Единую комиссию по аккредитации больниц (позднее — учреждений системы здравоохранения). Среди членов комиссии преобладали медики; хотя позднее в нее вошли представители других профессиональных и управленческих групп, ее клиническая ориентация отчетливо выражена донныне. В течение последующих десятилетий комиссия расширила сферу своей деятельности, включив в нее амбулаторные службы, долгосрочный уход, сети здравоохранения, поведенческую терапию и психиатрические службы. Вслед за Единой комиссией появились и другие аккредитирующие органы, деятельность которых охватила широкий спектр медицинских заведений.

В 1958 г., вслед за созданием Канадской национальной системы здравоохранения, был основан Канадский совет по аккредитации учреждений системы здравоохранения. Этот орган во всех отношениях аналогичен американской Единой комиссии. Интерес к аккредитации больниц в Австралии восходит к 1926 г. (Duckett

1983), однако полноценная система аккредитации была введена в действие только в 1977 г. (в штате Новый Южный Уэльс). Впоследствии практика аккредитации распространилась во многих странах и получила поддержку от профессиональных медицинских организаций.

Аккредитация, как инструмент оценки учреждений сферы здравоохранения, эволюционировала по мере развития тех систем, нуждам которых она была призвана служить (Scrivens and Heidemann 1995). Соответственно, основной акцент в большинстве аккредитационных систем переместился с организационной структуры учреждений на их организационное функционирование. Стандарты, принятые во всех важнейших аккредитационных системах, были переориентированы на интересы больных или клиентов; теперь стандартные требования не столько устанавливают организационную структуру, сколько оговаривают возможное воздействие лечения на состояние больных (Heidemann 1995). Вдобавок во всех аккредитационных системах идет процесс разработки методов идентификации и сбора показателей, характеризующих качество медицинского обслуживания. Решение этой задачи представляет огромные трудности, так как добровольная работа по систематическому сбору больших объемов данных не пользуется популярностью среди сотрудников медицинских учреждений (Schuyve 1995).

### **Аккредитация и лицензирование**

Основная цель аккредитации — побудить медицинские учреждения к улучшению качественных показателей. Центральное значение придается оценке работы учреждений, их поддержке, дальнейшему совершенствованию их сильных сторон. Лицензирование же представляет собой обязательную инспекцию, осуществляемую правительственным органом (и, как правило, на правительственные деньги) ради того, чтобы определить, нет ли в деятельности учреждения чего-то ошибочного или вредоносного. Ключевое различие между аккредитацией и лицензированием заключается в том, что стандарты для аккредитации устанавливаются на оптимальном достижимом уровне и определяют цель, к которой следует стремиться, тогда как для получения лицензии на право обслуживать больных достаточно соответствовать определенному набору минимальных стандартных требований (Scrivens 1995). Деятельность высших аккредитационных органов Канады и США строится на убеждении, что аккредитация предназначена для выполнения совершенно иных задач, чем государственное регулирование.

Поначалу граница между лицензированием и аккредитацией была весьма отчетливой, однако вынужденная борьба аккредитационных систем за существование на рынке здравоохранения постепенно привела к размыванию этой границы, особенно в США. Упомянутая выше Единая комиссия по аккредитации претендует на роль центра, откуда «хорошая практика» распространяется по всей стране; вместе с тем во многих штатах комиссия используется как инструмент государственного регулирования. Управление по финансированию здравоохранения, являющееся подлинным инструментом государственного регулирования, применяет в отдельных штатах данные, полученные комиссией, для организации процесса лицензирования (Scrivens *et al.* 1995). Компенсации, выплачиваемые согласно программе бесплатной или льготной медицинской помощи (Medicare) и программе страхования здоровья престарелых (Medicaid), могут быть назначены по результатам доклада Единой комиссии.

**Рисунок 4.1** Внешний и внутренний отзыв

### Порядок аккредитации

Основными признаками систем аккредитации являются принцип внешнего отзыва и использование стандартов (Scrivens 1996). Внешний отзыв предполагает оценку со стороны двух экспертов одного и того же ранга. Внешний отзыв отличается от внутреннего, когда все оценки осуществляются представителями самого учреждения, в том числе на основе профессиональных суждений наемных работников. Внутренний отзыв — разновидность инспекции, при которой различные аспекты работы учреждения комментируются представителями коллектива, которые вносят предложения по совершенствованию существующих методов и процедур. При внутренней инспекции работа учреждения может оцениваться согласно установленным стандартам, но без привлечения внешних экспертов; учреждение самостоятельно оценивает себя и определяет свой уровень соответствия стандартам.

Различаются внешние отзывы трех типов: экспертная инспекция, инспекция с использованием стандартов и аккредитация. Экспертная инспекция предполагает участие высокопоставленного профессионала в области здравоохранения, который излагает свое личное, основанное на собственном опыте, мнение о качестве работы учреждения в форме доклада (рисунок 4.1). При втором подходе используются официальные документы или стандарты, устанавливающие качественные параметры для организационных процессов, процедур и т. п. Работа учреждения оценивается по отношению к этим стандартам; итогом инспекции и в данном случае является доклад с качественной оценкой. При третьем подходе, обычно именуемом аккредитацией, используются как стандарты, так и основанное на этих стандартах экспертное суждение о степени соответствия учреждения необходимым требованиям; итогом аккредитации является квалификационное свидетельство (Scrivens 1995).

Различаются аккредитация на основе рыночной конкуренции, аккредитация на основе саморегулирования и аккредитация со стороны правительства. Исходная форма аккредитации, оговоренная в правилах Единой комиссии по аккредитации учреждений системы здравоохранения (США), основана на принципах рыночной конкуренции: на рынке оценки качества аккредитация конкурирует с другими

формами регулирования и поддержки качества. Во многих странах существуют профессиональные организации, инспектирующие больницы и другие медицинские учреждения, дабы удостовериться в их пригодности для учебных целей и в том, что клинические процедуры в них осуществляются должным образом. Эта форма профессиональной оценки основывается чаще на суждениях равных по рангу экспертов, чем на установленных стандартах — при том, что некоторыми профессиональными организациями были разработаны системы, базирующиеся на стандартах.

Аккредитация со стороны правительства — относительно недавнее нововведение, принимающее разнообразные формы. Хотя оно основывается на установленных стандартах, правительственные органы естественным образом стремятся к использованию аккредитации для поощрения качества; в итоге аккредитация трансформируется в некое подобие лицензирования. Аккредитация со стороны правительства обнаруживает тенденцию к тому, чтобы стать обязательной; соответственно, стандарты воспринимаются и применяются как некий минимум, которому должны соответствовать медицинские учреждения. Недавние требования к открытости и прозрачности деятельности правительства предполагают, что информация, собранная правительством, должна стать достоянием общественности. Поэтому исходная функция аккредитации как конфиденциального управленческого инструмента, способствующего решению внутренних проблем качества, выхолащивается по мере того, как качественные показатели деятельности системы здравоохранения становятся предметом общественного наблюдения.

Системы аккредитации характеризуются многообразием аспектов (Scrivens 1996), каждый из которых подвержен изменениям. В таблице 4.1 различные аспекты сопоставляются согласно несколько модифицированной исходной модели (Scrivens 1996). Исходная модель аккредитации основана на решениях Единой комиссии по аккредитации учреждений системы здравоохранения (США), Канадского совета по аккредитации учреждений системы здравоохранения и Австралийского совета по стандартам в системе здравоохранения. Модификации произошли в некоторых более поздних аккредитационных системах. Хотя в большинстве таких систем принят принцип оптимального достижимого стандарта, возможно установление стандартов на минимальном уровне, особенно если эти стандарты служат отражением законодательных требований.

Системы аккредитации, как правило, считаются инициативами общегосударственного масштаба, однако существуют и местные варианты таких систем. Так, в Великобритании руководящими органами системы здравоохранения были введены местные системы аккредитации, предназначенные для оценки качества работы врачей общей практики (Birch *et al.* 2000). Региональные органы здравоохранения разработали собственные системы аккредитации. Как было показано выше, стандарты для аккредитации могут отражать самые разнообразные аспекты охраны здоровья, от принципов организационной структуры до стандартов, оговаривающих результаты работы медицинских учреждений (Heidemann 1993). Участие в деятельности по аккредитации изначально мыслилось как основанное на организационном саморазвитии и, соответственно, как добровольное. Эта ситуация, однако, может быть изменена покупателем медицинских услуг или правительством; в результате аккредитация может стать обязательной и тем самым до известной степени уподобиться регулированию. Соответствие стандартам аккредитации может восприниматься как способ заручиться государственной поддержкой. Разница определяется тем, как используются результаты аккредитации и насколько доступна информация для общественности.

**Таблица 4.1** Аспекты построения системы аккредитации

<i>Аспект</i>	<i>Варианты, предусмотренные исходной моделью</i>		
1. Уровни стандартов	оптимальный		минимальный
2. Географический охват	национальный		местный
3. Область приложения стандартов	организация	процесс	результат
4. Стимулы, побуждающие участвовать в аккредитации	внутренние		внешние
5. Количество агентств	одно		много
6. Цели аккредитации	саморазвитие	переход под государственное регулирование	
7. Участие в аккредитации	добровольное		принудительное
8. Информация	конфиденциальная		открытая
9. Схема вынесения оценок	«сдано—не сдано»		сравнительные оценки
10. Предмет аккредитации	больница в целом		отдельная служба
11. Статус занятости инспектора	неполный рабочий день		полный рабочий день

*Источник:* Scrivens (1996)

Учреждение может быть само заинтересовано в своей аккредитации, однако стимулы к аккредитации могут исходить и извне — например, от какого-либо профессионального сообщества или от правительства. Иначе говоря, присоединение к той или иной системе аккредитации может быть как добровольным, обусловленным внутренними причинами, так и обязательным, навязанным извне; в последнем случае саморазвитие вытесняется профессиональным регулированием или — если требование аккредитации исходит от правительственных органов — государственным регулированием. Аккредитация по требованию правительственных органов носит принудительный характер и становится частью процесса подотчетности государству (Scrivens 1997).

### **Европейский опыт аккредитации**

В большинстве европейских систем здравоохранения происходили разного рода эксперименты с аккредитацией. В 1980 г. в ряде больниц Великобритании благотворительная организация Королевский фонд провела испытание стандартов Канадского совета по аккредитации учреждений системы здравоохранения (Maxwell *et al.* 1983). Результаты оказались интересными, и было принято решение продолжить эксперимент с применением стандартов для проверки больниц Государственной службы здравоохранения. Стандарты Канадского совета были заменены требованиями Австралийского совета по стандартам в системе здравоохранения; австралийские стандарты со временем превратились в инструмент оценки качества работы больниц британской Государственной службы здравоохранения. Созданная таким образом система аккредитации была полностью добровольной. Больницы платили за свое участие в ней; услуги по аккредитации приобретались главным образом заведениями частного сектора. Интерес, проявленный частным сектором Великобритании к аккредитации, может быть приписан желанию заручиться своей долей в государственном финансировании. Отсутствие подробно разработанных способов демонстрации качества в государственном секторе побудило больницы частного сектора заняться поиском метода, с помощью которого можно бы-

ло бы объективно доказать высокое качество своей работы и обеспечить себе возможность конкуренции с государственными больницами.

Подход Королевского фонда вызвал интерес в ряде стран. Он был в экспериментальном порядке использован группами больниц, совместно разрабатывавших метод качественной оценки стационарного лечения. Стандарты Королевского фонда нашли ограниченное применение в Финляндии, Португалии, Швеции (Shaw 1998). Хотя правительства всех этих стран проявили заинтересованность в контроле за качеством, ни одно из них не приняло аккредитацию в качестве официального, законодательно установленного подхода. Британское правительство решило развивать другие методы контроля за качеством, в том числе метод государственного планирования определенных показателей по отдельным аспектам организации больничных услуг — таким, как сроки ожидания, права больных на информацию и др. Вдобавок была разработана правительственная программа, предусматривающая вознаграждение за высокие показатели для организаций, вступивших в общегосударственное соревнование. Позднее британское правительство создало два общегосударственных учреждения по контролю за различными аспектами качества медицинских услуг — Национальный институт клинической эффективности и Комиссия по улучшению охраны здоровья. Задача первого из этих учреждений заключается в издании и распространении директив по клинической практике, тогда как задача второго — в инспектировании систем клинического менеджмента (руководства) в организациях системы здравоохранения (Department of Health 1998, 1999). Великобритания — не единственная страна, где правительство выступило с целым рядом инициатив по содействию повышению качества работы медицинских учреждений. Так, в Швеции был опробован ряд методов контроля за качеством, в том числе ISO 9000, модель Европейского фонда управления качеством, аккредитация Королевского фонда (Shaw 1998).

В Чешской Республике, Германии, Венгрии, Польше, Португалии, Испании, Швейцарии предпринимались весьма настойчивые усилия по созданию систем аккредитации (Shaw 1998). Основная модель заключалась в стимулировании интереса к аккредитации среди медицинских учреждений, после чего правительство должно было рассмотреть возможность аккредитации. В большинстве случаев, однако, интерес к аккредитации был кратковременным, а правительства предпочли другие методы улучшения качества. Так развивались события во многих странах Восточной Европы. Правительства придавали аккредитации достаточно серьезное значение, но затем в основном уклонялись от введения или поддержки аккредитационных программ.

Неудачи с введением аккредитации не могут быть объяснены какой-либо одной причиной. В любой стране найдется несколько медицинских учреждений, желающих ввести систему аккредитации; тем не менее, будучи внедрена, такая система не встречает всеобщего одобрения и не пользуется правительственной поддержкой. Одним из факторов, возможно, служит трудность разработки сложной системы оценок за ограниченное время. Отбор и письменная фиксация стандартов и организация аккредитационного процесса требуют времени. Самый обычный путь внедрения системы аккредитации в стране, где ее раньше не было, заключается в установлении контактов с организацией, имеющей опыт разработки подобных мер, и в переводе существующих стандартов на язык данной страны (Bohigas and Asenjo 1995).

Некоторые страны, прежде всего восточноевропейские, установили контакты с международным отделом американской Единой комиссии по аккредитации учреждений системы здравоохранения. Так, в Венгрии был принят совместный про-



ект по аккредитации. Пять глав руководства, изданного Единой комиссией в 1996 г., были переведены на венгерский; пилотному исследованию подверглись пять больниц. После шестимесячного подготовительного периода трое инспекторов от американской Единой комиссии и восемь венгерских инспекторов посетили больницы с фиктивным осмотром. Выяснилось, что больницы, участвующие в эксперименте, сочли проект полезным; в итоге было принято решение учредить Процесс аккредитации венгерский больниц (G. Simo, личное сообщение). На следующем этапе в исследование были вовлечены еще три больницы; был осуществлен перевод еще двух глав руководства. Однако процесс аккредитации не получил правительственной поддержки и поэтому не смог быть продолжен; американское представительство было закрыто. Тем не менее интерес к аккредитации сохраняется; венгерское отделение Европейской организации качества учредило специальный орган с целью дальнейшей пропаганды идей, имеющих отношение к качественному совершенствованию медицинских служб.

Попытка утвердить аккредитацию вслед за проектами фиктивной аккредитации была предпринята и в Чешской Республике. В 1998 г. был основан Единый комитет по аккредитации, в который вошли представители больничных ассоциаций и Министерства здравоохранения. Аккредитация больниц осуществляется на добровольной основе, однако делались предложения привязать ее к основному независимому плательщику (Генеральному управлению медицинского страхования) и сделать ее обязательной (G. Simó, личное сообщение).

В Португалии продолжающийся интерес к аккредитации принял форму добровольной независимой деятельности после создания национальной организации по содействию качественному развитию медицинских служб. Эта организация, работающая совместно с британским Королевским фондом, включает национальные профессиональные ассоциации врачей, фармацевтов, больничных администраторов, среднего медицинского персонала (Shaw 1998). Стандарты американской Единой комиссии по аккредитации переведены на испанский для использования в испанской системе здравоохранения. Вдобавок в Испании было предпринято несколько попыток организовать национальную или региональную систему аккредитации. Развитие получила только система аккредитации больниц в Каталонии, просуществовавшая 16 лет. В данном случае аккредитация была использована в качестве инструмента аттестации. Программу аккредитации больниц в Каталонии разработал каталонский Департамент здравоохранения (Bohigas and Asenjo 1995). Если в Португалии большинство больниц принадлежит государству, то в Каталонии преобладают частные некоммерческие больницы. Департамент здравоохранения этой испанской провинции требовал аккредитации от всех больниц, желавших продлить свой контракт; с больницами, не прошедшими аккредитацию, новые контракты не заключались.

Растущий интерес к аккредитации имеет непосредственное отношение к растущей озабоченности правительств в связи с качеством медицинского обслуживания. Во многих европейских странах были приняты законодательные меры, смысл которых заключался в привлечении общественного внимания к проблеме улучшения качества больниц как с организационной точки зрения, так и с точки зрения клинической практики (Shaw 1998). Требования, предъявляемые законодательством разных стран к медицинским учреждениям, варьируют; общая черта состоит в подчеркивании важности качественного аспекта, о чем свидетельствуют исследовательские доклады групп внешней экспертизы, на которых основывается настоящий обзор (Shaw 1998).

В 1993 г. в Австрии был принят закон, обязывающий организации системы здравоохранения ввести систему поддержки качества на уровне структуры, процессов и результатов. Каждая больница должна иметь свой комитет поддержки качества, задача которого состоит в стимулировании и координировании проектов, направленных на улучшение качества, и во внедрении необходимых усовершенствований. В 1987 г. в Бельгии был принят закон, координирующий законодательную ответственность больниц. Всем больницам вменяется в обязанность получение лицензий на строительство, расширение и перестройку и на использование медицинской техники; больницы обязаны соответствовать стандартам, которые утверждаются Национальным советом по оборудованию больниц. Стандарты описывают структуру и работу важнейших больничных служб, организацию служб скорой помощи и качественные показатели медицинского обслуживания. В Германии Пятый социальный акт, принятый в 1991 г., обязывает больницы ввести в действие системы поддержки качества на уровне структурной организации, практических действий и результатов. Ответственность за решение этой задачи возлагается на власти земель (провинций). Согласно итальянскому законодательству, все государственные учреждения должны доказывать свое соответствие некоторым минимальным стандартам. С 1997 г. каждый административный регион Италии должен разрабатывать собственные стандарты аккредитации и оценивать соответствие этим стандартам на основе отчетов. Стандарты предписывают медицинским учреждениям иметь службы, занимающиеся улучшением качества; эти службы несут ответственность за нормальный ход процедур, за управление людскими резервами, за обучение персонала, за информационные системы и за выпуск директив по клинической практике. В Нидерландах были приняты два закона. Первый, восходящий к 1997 г., контролирует профессиональную практику, основанную на принципе саморегулирования профессиональными объединениями; второй предписывает медицинским учреждениям иметь собственные системы поддержки качества, учитывающие в своей деятельности мнение больных. В Греции законы о качестве в здравоохранении должны быть приняты в близком будущем. Во Франции была введена национальная система аккредитации, а в Великобритании принят закон о создании двух национальных ассоциаций, одна из которых будет контролировать разработку директив по клинической практике, а другая — инспектировать качество управления клиниками.

Перечень законодательных преобразований (Shaw 1998) свидетельствует о растущей активности правительств в вопросе обеспечения качества. Спектр разнообразных подходов широк: от саморегулирования с помощью профессиональных ассоциаций до правительственных инспекций. Одни из подходов носят предписывающий характер (таково французское определение аккредитации), другие ограничиваются демонстрацией стремления правительственных органов к разработке методов, обеспечивающих качественный прогресс. Все законодательные действия продиктованы растущей заботой о регулировании масштабов и характера деятельности, направленной на поддержку качества, и, в конечном счете, о реальном повышении качества медицинского обслуживания.

Правительства, судя по всему, озабочены прежде всего установлением минимальных стандартов. Законы, требующие установления минимальных стандартов, были приняты, например, в Венгрии и Италии. В 1997 г. Венгрия приняла «акт о минимальных требованиях», выполнение которого обеспечивалось региональными подразделениями Министерства здравоохранения. Хотя 35% венгерских больниц не прошли испытания на соответствие минимальным стандартам, ни одна из них не была закрыта.

Италия избрала систему «разрешающих» санкций, требующую от медицинских учреждений соответствия минимальным стандартам. Стандарты устанавливаются в расчете на уровень государственных больниц. К больнице, не прошедшей испытания, применяются санкции; все частные медицинские учреждения должны доказать свое соответствие стандартам, чтобы получить государственные субсидии. Определенный набор минимальных стандартов принят в законодательном порядке. Каждый из 20 административных регионов страны несет ответственность за принятие собственной версии стандартов; каждый регион старается решить для себя, будет ли соответствие стандартам проверяться с использованием модели аккредитации. Возможно, введение стандартов, установленных правительством, отрицательно повлияло на развитие систем добровольной аккредитации.

Системы аккредитации, внедренные центральным правительством, функционируют только в трех европейских странах — в Бельгии, во Франции и в Шотландии. Бельгийская система, учрежденная в 1987 г., управляется местным правительством. Участие в этой системе обязательно; свидетельство об аккредитации требуется для заключения контракта и для возмещения расходов из средств национальной страховой системы. Национальные стандарты основаны на проектных требованиях и носят структурный характер; местное правительство может добавить собственные стандарты, отражающие потребности данного региона. По существу, это разновидность инспекции. Инспектирование с целью проверки соответствия стандартам осуществляется чиновниками, работающими на полную ставку; все больницы инспектируются по меньшей мере раз в пять лет. Эта практика, вероятно, ближе всего к модели, которая разрабатывается в Великобритании недавно созданной Комиссией по улучшению охраны здоровья.

Во Франции аккредитация была введена Постановлением от 24 апреля 1996 г., согласно которому все медицинские учреждения, как государственные, так и частные, должны участвовать в процедуре внешней оценки (именуемой аккредитацией), призванной обеспечить устойчивый рост качества и безопасности лечения. Процесс аккредитации управляется Национальным агентством по аккредитации и оценке здравоохранения, ответственным за разработку стандартов и планирование и осуществление аккредитационного процесса. Объявленная цель последнего — стимулирование роста безопасности и качества лечения и обеспечение большей стандартизации в организации больниц и здравоохранения в целом (ANAES 1999).

Шотландия приняла подход, не соответствующий традиционной модели организационной аккредитации (Scottish Office 1998). Вместо нее в Шотландии разрабатывается аккредитационная программа, основанная на приоритетном отношении к таким областям клинической практики, как онкологические заболевания, ишемическая болезнь сердца, инсульт, диабет, психические нарушения. Для каждой области будет создана своя программа аккредитации. Для координации стандартов и программ в Шотландии учрежден Совет по клиническим стандартам.

Аккредитация, основанная на разделении приоритетных областей клинической практики, становится все более и более популярной; во многих странах действуют небольшие аккредитационные программы на клинической базе. Такие программы могут осуществляться профессиональными ассоциациями (именно таков случай аккредитационных программ Королевских колледжей в Великобритании). Особенно широко аккредитационный подход применяется в онкологии. Онкологические заболевания — та область клинической деятельности, где различия в клинической практике и в последствиях лечения выявляются относительно легко. Ак-

кредитационные системы развиваются усилиями ряда организаций, имеющих отношение к онкологии. Среди них — различные учреждения системы здравоохранения (например, региональные управления Министерства здравоохранения Великобритании) и профессиональные ассоциации (в Париже и др.). Постепенно осознается необходимость установления единых международных стандартов оказания медицинской помощи лицам, имеющим онкологические заболевания. Федерация европейских онкологических обществ инициировала общеевропейскую программу аккредитации онкологических учреждений.

Если Бельгия и Франция сделали выбор в пользу системы внешних отзывов, то другие страны предпочли метод, который можно было бы назвать «самооценкой». Этот метод также основан на утвержденных стандартах, однако не предполагает внешнего отзыва; вместо этого учреждения должны сами определить свой уровень соответствия стандартам и принять необходимые меры. Так, в Исландии самооценка осуществляется на основе стандартов американской Единой комиссии по аккредитации учреждений системы здравоохранения. Системы здравоохранения нередко пытаются стимулировать не столько обеспечение гарантий качества, сколько стремление к повышению качества. Отсюда — растущая популярность таких подходов, как ISO 9000 или модель Европейского фонда управления качеством. Принятие этих подходов было обусловлено не столько распоряжением центральных органов исполнительной власти, сколько желанием отдельных медицинских учреждений. Случаи использования таких подходов известны почти во всех европейских странах. В Нидерландах (где разнообразные научные экспертизы, соответствующие уровню саморегулирования, ожидаемому от профессионалов, сосуществуют с другими инициативами по контролю за качеством) была предпринята попытка координации разрозненных действий, осуществляемых во имя повышения качества. Был основан Фонд по согласованию аккредитации в здравоохранении, призванный контролировать и поддерживать деятельность по совершенствованию качества во всех медицинских заведениях. В некоторых регионах Испании был принят подход Европейского фонда управления качеством (с отдельными модификациями).

### **Подходы к отслеживанию (мониторингу) качества**

В разных странах приняты разные модели отслеживания процессов, направленных на поддержку качества; типология моделей отражает различия в структурах финансирования и подотчетности. Внутри каждой модели сочетаются элементы аккредитации и инспекции. Одни из этих элементов носят принудительный, другие — добровольный характер; одни основаны на предписанных стандартах, другие — на суждениях инспекторов. В США функционирует множество разнообразных систем аккредитации, которые могут заменять системы государственной инспекции при оценке учреждений на предмет их соответствия стандартам для получения субсидий по программе бесплатной или льготной медицинской помощи (Medicare) и программе страхования здоровья престарелых (Medicaid). Система добровольной аккредитации может действовать почти так же, как и система государственного регулирования; она функционирует как форма аттестации и предоставления квалификационного свидетельства о соответствии стандартам. В Канаде, где система здравоохранения финансируется государством, национальный совет по аккредитации учреждений системы здравоохранения представляет собой независимый орган, осуществляющий почти весь мониторинг учреждений системы здравоохранения.

ния (Heidemann 1995). В Великобритании региональные подразделения Министерства здравоохранения обязаны отслеживать качество заведений онкологического профиля. С этой целью в некоторых регионах были приняты системы обязательной аккредитации, определяющие, насколько то или иное заведение пригодно для оказания медицинских услуг. Аналогичная ситуация сложилась в системе государственных больниц Каталонии, где аккредитация действует как способ лицензирования учреждений, находящихся в государственной собственности.

### **Аккредитация и регулирование**

Сказанное выше о системах аккредитации свидетельствует о том, что практика аккредитации непрерывно развивается, приспосабливаясь к изменениям социальной, политической и технологической среды в каждой стране и в каждой системе здравоохранения. Самым радикальным сдвигом в развитии аккредитации стал переход к государственной поддержке или в государственную собственность. Этот переход был обусловлен растущей заботой правительств об улучшении качества медицинского обслуживания; аккредитация была сочтена перспективным инструментом для достижения этой цели.

Тем не менее лишь немногие правительства решились принять аккредитацию как метод контроля за качеством медицинского обслуживания. Правительства отвергают идею аккредитации по разным основаниям. Некоторые правительства нуждаются в быстрых решениях; между тем разработка локальных стандартов для аккредитации — дорогостоящий и трудоемкий процесс, а для обедневших систем здравоохранения важно поскорее добиться качественного прогресса. Во многих зрелых системах аккредитации существует замысловатая логика разработки стандартов; для функционирования таких систем часто требуются сложные управленческие инфраструктуры. Стандарты, действующие в аккредитационных системах таких стран, как Канада и США, заметно превышают тот минимальный уровень, который представляется подходящим для лицензирования, поэтому заимствование этих стандартов бесполезно. Кроме того, аккредитационные стандарты и процессы изначально разрабатывались ради того, чтобы их применяли независимые органы. Следовательно, аккредитация сама по себе не может служить решению задач правительственного регулирования. Независимая аккредитация предполагает либо согласие правительства с тем, что работа медицинских учреждений оценивается неподконтрольным ему органом, либо установление сложных и взаимовыгодных отношений между правительством и аккредитирующим органом. Французское Национальное агентство по аккредитации и оценке здравоохранения в основном независимо от правительства. В Великобритании недавно учрежденная Комиссия по улучшению охраны здоровья будет иметь сходный, почти независимый статус. Решения этого органа не должны противоречить политическим установкам правительства, источником финансирования также будет служить правительство, однако сама система внешнего инспектирования, как предполагается, должна остаться независимой. Подобные отношения с трудом поддаются управлению на правительственном уровне. Особенно значительные трудности возникают в связи с возможностью «поглощения» регулирующей инстанции регулируемым учреждением (Brennan and Berwick 1995). Речь идет о ситуации, когда аккредитирующий орган чрезмерно сближается с инспектируемым учреждением и утрачивает необходимую беспристрастность. Столкнувшись с подобной сложной проблемой, прави-

тельство вынуждено искать другие механизмы, не предполагающие столь сложных форм административного поведения.

Характер функционирования регулирующей схемы во многом зависит от того, является ли участие в аккредитационном процессе добровольным или обязательным, существуют ли официально утвержденные стандарты, разработана ли система квалификационных оценок. В странах Европы наблюдается значительное разнообразие подходов. Так, во Франции введена основанная на стандартах аккредитационная система, участие в которой обязательно, но которая не предусматривает вынесения однозначной оценки (результаты аккредитации обобщаются в форме пространного отчета о качестве работы). В Великобритании предполагается ввести систему принудительной инспекции, не предусматривающую стандартов, но предполагающую обобщение результатов в форме отчета о качестве. Характер процесса зависит также от того, станет ли отчет достоянием общественности. Для правительств тех стран, где социальная и общественная роль больниц ощущается достаточно сильно, прямая критика качества больничного обслуживания затруднительна. Критика качества работы больниц, наводящая на мысль о необходимости их закрытия, порождает серьезную полемику и усиливает общественную заинтересованность в защите больниц, которая может принять форму политического давления с целью добиться увеличения субсидий на больницы. Несомненно, подобная ситуация имеет отношение к государственным больницам. Вместе с тем в странах, где утвердилась практика внешнего отзыва, правительства обычно считают необходимым публиковать результаты всех инспекций. Доклады о качестве медицинского обслуживания становятся предметом публичных дискуссий и переговоров; написание докладов на основе определенных количественных алгоритмов утрачивает смысл. Такой модус регулирования качества предусматривает дискуссии и переговоры с местной общественностью.

Когда правительства используют форму отчета, выявляющего недостатки организации медицинского обслуживания, возникает необходимость в разработке механизмов, способных исправить эти недостатки. Такая необходимость ощущается прежде всего в случаях, когда речь идет о государственных больницах. Качественные показатели работы медицинских учреждений часто оказываются невысокими из-за слабого государственного финансирования. Для правительства публикация информации о недостатках, исправление которых не в его силах, означает в лучшем случае «потерю лица», а в худшем — угрозу прослыть некомпетентным. Отсюда нетрудно сделать вывод о предпочтительности аккредитации, организованной независимыми органами по инициативе самих учреждений системы здравоохранения. Далее, саморегулирующиеся формы предпринимательства, как правило, характеризуются лучшим пониманием своих собственных процессов и функций; в условиях саморегулирования легче обнаружить источник трудностей и воздействовать на него. Основываясь на модели, предложенной в работе Брейтуэйта (Braithwaite 1985), Бреннан и Беруик (Brennan and Berwick 1995) полагают, что все споры о принуждении к выполнению требований в конечном счете упираются в противопоставление устрашения и убеждения. «Устрашающая» модель основана на представлении, согласно которому регулирование должно исходить из некоторого свода обязательных правил, тогда как «убеждающая» модель основана на системе аргументов и на стремлении поощрить наилучший образ действий.

Модели, основанные на правилах, предполагают наличие четких указаний по организации процессов и выполнению процедур. Вместе с тем среди медиков растет убежденность в том, что при оценке качества результаты важнее, чем процесс.

Такой взгляд, однако же, ставит под сомнение роль и характер регулирования качества в здравоохранении. Можно ли регулировать качество только на основании результатов? Согласно одной давней работе, «ни одна регулирующая инстанция не может настаивать на том, чтобы результаты для больных были положительными; с другой стороны, положительные результаты сами по себе не указывают на то, что лечение было правильным и умелым. Цель оценки качества заключается не в предъявлении показателей, свидетельствующих о выздоровлении больных, а в том, чтобы определить, насколько удовлетворительным было лечение» (McAuliffe 1979: 121). Тем самым предполагается, что факторы, способствующие положительному результату лечения, следует искать в непредвиденных реакциях каждого отдельного больного на ход лечения. Можно только предполагать, что больные получили именно то лечение, которое им было нужно, и все лечебные процедуры осуществлялись правильно. Ныне, спустя двадцать лет, принято считать, что медицина может стать предметом систематического анализа, ведущего к ожидаемым результатам. Регулирующие инстанции разрабатывают методы, позволяющие на основании результатов лечения узнать, было ли это лечение достаточно качественным. Однако без стандартизации процессов едва ли удастся выявить факторы, приводящие к плохим результатам; только такая стандартизация позволит точно указать то место в системе, где произошел сбой.

Независимо от того, находится ли в центре внимания результат или процесс, разработка стандартов требует консенсуса среди учреждений системы здравоохранения. В странах, где ответственность за управление здравоохранением возложена на местные органы власти или региональные правительства (таковы Италия, Испания, отчасти также Великобритания), существует определенная напряженность между центральным правительством и региональными инстанциями по контролю за качеством. Сильный региональный контроль за качеством медицинских услуг часто порождает давление на центральную власть, от которой требуется обеспечить справедливое распределение качественных услуг и поставок по всем регионам. Это чревато тенденцией к централизации процесса отслеживания качества (инициаторами такой тенденции могут стать как национальное правительство, так и части системы здравоохранения). Однако чем больше независимости у регионов, тем вероятнее, что регионы сумеют противодействовать центральному контролю и учредят собственные формы мониторинга качества. В некоторых регионах Италии и Испании были сделаны попытки утвердить подходы, основанные на поддержке качества. Независимые инициативы, предпринятые на общегосударственном уровне, не нашли всеобщего признания в регионах. В странах, где регионы не обладают полной самостоятельностью — как, например, в Великобритании, — региональные инициативы по стимулированию качества медицинского обслуживания все еще действуют наряду с инициативами центрального правительства.

Системы, основанные на внешних отзывах, критиковались экспертами за их чрезмерно «карательный» характер и за то, что они ослабляют мотивацию медицинского персонала (Berwick 1989). С другой стороны, общественность, озабоченная проблемами безопасности и эффективности, требует, чтобы системы здравоохранения демонстрировали наличие у них работающих систем мониторинга качества; соответственно, метод внешних отзывов признается обоснованным и полезным. Ключевой урок последнего времени заключается в следующем: избрав тот или иной способ оценки работы учреждения по отношению к установленным стандартам, необходимо одновременно обеспечить медицинскому персоналу достаточную мотивацию для постоянного стремления к повышению качества. Важ-

но удостовериться в том, что принятые стандарты соответствуют оптимальным качественным показателям, что персонал поощряется не только к достижению стандартов, но и к их превышению, и что аккредитация продолжает служить не только формой инспекции, но и средством поддержки высокого качества. Как утверждают Бреннан и Беруик (Brennan and Berwick 1995), регулирующие механизмы были созданы ради того, чтобы здравоохранение оставалось скромным и безопасным, однако если их не менять, они могут стать серьезным препятствием на пути прогресса системы. Регулирующие инстанции «должны сотрудничать с поставщиками медицинских услуг, анализировать результаты, содействовать новациям. Для совершенствования качества своей работы они должны освоить многие из тех новых методов, которые поставщики услуг уже осваивают для улучшения собственных качественных показателей» (Brennan and Berwick 1995: 396). Регулирование качества медицинского обслуживания должно быть основано не на принуждении, а на убеждении и на поддержке усилий профессионалов в области здравоохранения.

## Литература

- Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (1999) *Préparer et Conduire votre Démarche d'Accréditation*. Paris: ANAES.
- Berwick, D. (1989) Continuous improvement as an ideal in health care, *New England Journal of Medicine*, 320: 53–6.
- Birch, K., Scrivens, E. and Field, S. (2000) *Quality in General Practice*. Oxford: Radcliffe Medical Press.
- Bogdanich, W. (1988) Small comfort: prized by hospitals accreditation hides perils patients face, *Wall Street Journal*, No. 72.
- Bohigas, L. and Asenjo, M.A. (1995) Hospital accreditation in Catalunya: an assessment of the performance in quality of hospitals, *International Journal of Health Planning and Management*, 10: 201–8.
- Braithwaite, J. (1985) *To Punish or Persuade*. Albany, NY: State University of New York Press.
- Brennan, T.A. and Berwick, D.M. (1995) *New Rules*. San Francisco, CA: Jossey-Bass.
- Department of Health (1998) *The First Class Service*, London: Department of Health.
- Department of Health (1999) *Clinical Governance*. London: Department of Health.
- Duckett, S. (1983) Assuring hospital standards: the introduction of hospital accreditation in Australia, *Australian Journal of Public Health*, 42: 385–402.
- Hayes, J. and Shaw, C. (1995) Implementing accreditation systems, *International Journal of Quality in Health Care*, 7: 165–72.
- Heidemann, E. (1993) *The Contemporary Use of Standards in Health Care*, WHO/SHS/DHS/ 93.2. Geneva: World Health Organization.
- Heidemann, E. (1995) Client centred accreditation, *International Journal of Health Planning and Management*, 10: 209–22.
- Maxwell, R., Day, M., Hardie, R., Lawrence, H., Rendall, M. and Walton, N. (1983) Seeking quality, *Lancet*, 1: 45–8.
- McAuliffe, W. (1979) Measuring the quality of medical care, *Milbank Memorial Fund Quarterly*, 57: 118–52.
- Roberts, J.S., Coale, J.G. and Redman, R.R. (1987) A history of the Joint Commission on Accreditation of Hospitals, *Journal of the American Medical Association*, 258: 209–22.
- Schyve, P. (1995) Models for relating performance measurement and accreditation, *International Journal of Health Planning and Management*, 10: 231–43.



**112** Регулирование предпринимательской деятельности в системах здравоохранения

- Scottish Office (1998) *Acute Services—Review Report*. Edinburgh: Scottish Office.
- Scrivens, E. (1995) *Accreditation: Protecting the Professional or the Consumer?* Buckingham: Open University Press.
- Scrivens, E. (1996) A taxonomy of accreditation systems, *Journal of Social Policy and Administration*, 20: 114–24.
- Scrivens, E. (1997) Assessing the value of accreditation systems, *European Journal of Public Health*, 7: 4–8.
- Scrivens, E. and Heidemann, E. (1995) Editorial, *International Journal of Health Planning and Management*, 10: 1–5.
- Scrivens, E., Klein, R. and Steiner, A. (1995) Accreditation: what can we learn from the Anglophone model?, *Health Policy*, 34: 193–204.
- Shaw, C. (1998) *External Peer Review in Europe*. London: CASPE.

## *глава* ПЯТАЯ

### **Коррупция как препятствие для эффективного регулирования в здравоохранении**

*Тим Энсор и Антонио Дуран-Морено*

#### **Введение**

Всемирный банк определяет коррупцию как «злоупотребление государственной службой в целях личной корысти» (World Bank 1997: 8). Мы расширим это определение, указав, что коррупция процветает там, где деятельность государства пересекается с частной и квазичастной. В настоящей главе речь пойдет о неофициальном и незаконном использовании врачом, чиновником или организацией своей власти и влияния с целью обогащения. Мы проанализируем как индивидуальную коррупцию, когда государственный чиновник выступает в роли квазичастного лица, используя свое влияние и официальные возможности для получения неофициальных доходов, так и коррупцию целых организаций.

Возможности злоупотребления своими преимуществами многообразны. Подходящий пример — возможность продать товар или услугу за цену существенно выше официальной. Подобное часто происходит там, где правительство контролирует доступность товара и сводит рынок к минимуму. Системы с командной экономикой, стремящиеся держать под своим контролем все движение товаров и услуг, считаются идеальной средой для подобных действий (Lui 1996).

Хотя коррупция может возникнуть в результате контроля со стороны правительства, правительственное регулирование само по себе не обязательно приносит вред. Правительства могут вмешиваться в экономику по серьезным микроэкономическим соображениям, когда действие рыночных механизмов оказывается недостаточным для повышения благосостояния. В здравоохранении взаимосвязь «заказчик-исполнитель» порождает значительный потенциал для спроса, индуцированного (специально поощряемого) поставщиком. Отсутствие контроля со стороны правительства приводит к резкому росту затрат и к нерациональному использо-

## **114 Регулирование предпринимательской деятельности в системах здравоохранения**

ванию ресурсов, которые уходят на развитие форм лечения, приносящих большую прибыль, но далеко не всегда эффективных.

Возможности для коррупции нередко предоставляются и самой структурой здравоохранения (Мауго 1998). Больницы часто ведут себя подобно местным монополиям. Монопольная власть, в сочетании с тем обстоятельством, что затраты на больных подлежат субсидированию, предоставляет поставщикам медицинских услуг шанс использовать свое положение для извлечения дополнительных средств. Еще одна проблема — возможность врача создавать спрос (и, соответственно, брать лишние деньги), пользуясь недостаточной информированностью больного о своей болезни и о способах ее лечения.

Согласно Мауро (Мауго 1998), возможность брать взятки чревата повышением расходов на инвестиции в противоположность текущим расходам. Причина заключается в том, что большие взятки даются преимущественно компаниями, желающими получить выгодные подряды. С другой стороны, взятки, полученные в виде переплаты за комплектацию кадров, за больничное питание и т. п., труднее поддаются координированию.

Уровень подотчетности — важнейший фактор снижения уровня коррупции. В условиях, когда решения чиновников становятся достоянием гласности, шанс скрыть от общественности движение денежных потоков хотя и не ликвидируется, но заметно уменьшается. С другой стороны, индивидуальная коррупция процветает там, где административная коррупция носит эндемический (всепроникающий и постоянный) характер, оказывая определенного рода давление на работников всех иерархических уровней (Advig 1991; World Bank 1997). Так, администраторы высокого ранга могут сквозь пальцы смотреть на коррупцию среди врачей, так как сами они имеют полную возможность брать мзду с компаний-поставщиков.

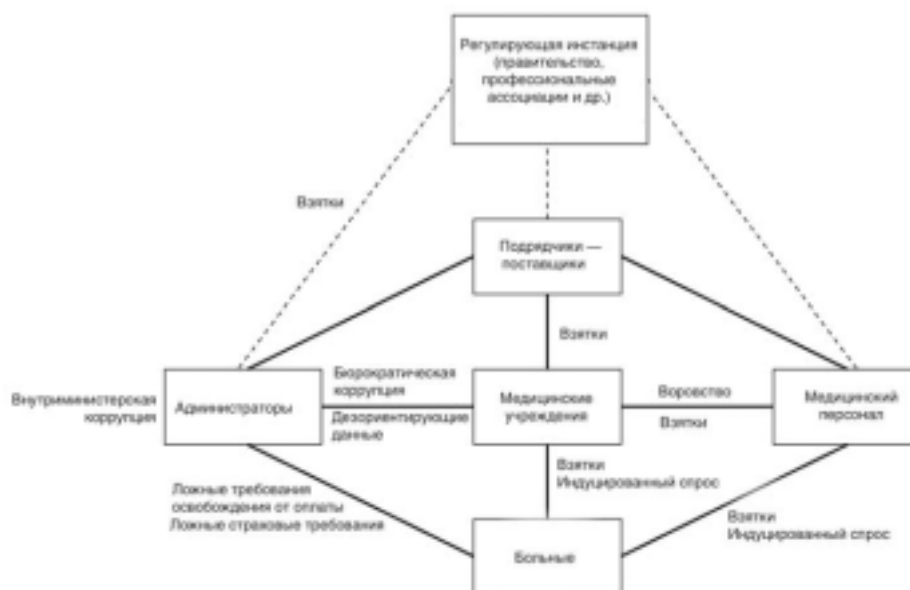
### **Типы коррупции в здравоохранении**

В силу многочисленности групп, вовлеченных в работу системы здравоохранения, и разнообразия взаимодействий между ними возможности для коррупции в здравоохранении весьма значительны (рисунок 5.1). Выделяются четыре основных типа коррупции — взятки, воровство, бюрократическая коррупция и дезинформация. Каждый из типов мотивируется возможностью нажиться благодаря положению в системе; речь идет либо о прямой прибыли, получаемой в результате личных и учрежденческих финансовых сделок, либо — с более широкой точки зрения — о выгодах, получаемых благодаря усилению власти и влияния. Первые три типа коррупции соответствуют определениям, приведенным в докладе Всемирного банка (World Bank 1997).

#### **Взятки**

Взяткой именуется уплата денег должностному лицу за оказание услуги, которая в действительности является бесплатной; взятка дается ради того, чтобы гарантировать высокое качество услуги, получить услугу вне очереди или обойти конкурентов в борьбе за заключение подряда. Дача взятки может преследовать две основные цели: либо обеспечить оказание услуги, которую чиновник обязан оказать, но которую он может полностью или частично утаить (взятка со стороны спроса), либо гарантировать себе преимущество при доступе к контрактам (взятка со стороны предложения).

**Рисунок 5.1** Взаимоотношения между агентами здравоохранения и типы коррупции



**Взятки со стороны спроса**

Многие неофициальные платежи больных врачам и другому медицинскому персоналу являются, по существу, взятками. Взятки могут использоваться для того, чтобы гарантировать адекватное качество услуги или чтобы получить более скорый доступ к услуге. В обоих случаях врач злоупотребляет своим положением в условиях ограниченного предложения услуг и недостаточного государственного субсидирования. Некоторые больные нуждаются в быстрой медицинской помощи и готовы платить большие деньги, чтобы обеспечить себе должное лечение. Тем самым поставщику услуги предоставляется шанс извлечь из своего положения (финансовую) выгоду.

Платежи некоторых типов могут выглядеть как взятки, но преследуют несколько иную цель. Так, больной может сам купить лекарства или другие медицинские товары, если учреждение не имеет достаточных финансовых возможностей оплатить их. В одних случаях деньги вручаются непосредственно персоналу, в других — больной или кто-либо из его родственников покупает товар у розничного торговца. Такие платежи возникают вследствие наличия бреши между готовностью государства финансировать здравоохранение и объемом реально доступных ресурсов. Платежи этого типа могут рассматриваться как результат неспособности государства предоставить обещанное, но не как проявление коррупции. Единственной альтернативой в данном случае является отсутствие должного лечения из-за нехватки лекарств и оборудования. Подобная ситуация приводит к задержке лечения или, как в случае с больницами Болгарии (конец 1996 г.), к досрочной выписке большого количества больных ввиду недостатка средств. Особый случай — когда персонал преднамеренно утаивает лекарства и другие медицинские товары от больного, зная, что последний заплатит за них. Деньги, формально заплаченные за товары, фактически идут персоналу.

Другой, более неоднозначный случай — когда учреждение не имеет достаточных фондов для оплаты труда персонала в полном объеме. Это похоже на недостаток медицинских товаров, но в данном случае деньги больного предназначены персоналу. Сюда же относится неспособность выплатить не только официальную, но и целевую зарплату.

В связи с рассматриваемым типом взяток возникает еще один вопрос: могут ли врачи законным образом принимать подарки от больных без оказания взаимной помощи? Если даже оплата производится только после лечения, подразумевается, что прямая или молчаливая договоренность об оплате существовала до начала лечения (Lynchholm 1998). Проблема осложняется тем, что больной может использовать подарок как средство, гарантирующее высокий уровень сервиса в следующий раз. Следует отметить, что в странах СНГ взятки часто именуется «благодарностью», даже если они ожидаются персоналом и определяют реальный уровень оказываемых услуг.

### **Взятки со стороны предложения**

Взятки со стороны предложения возникают тогда, когда чиновник или группа чиновников имеют свободу выбирать среди поставщиков услуг. Компании или лица, желающие поставить определенную услугу, дают взятки тем, от кого зависит согласие на заключение контракта. Эндемическая коррупция в различных организациях может привести к молчаливым «контрактам» между организациями.

Хорошо известный тип взятки — когда медики берут деньги или иные ценности за то, чтобы приобрести и прописать больным определенные лекарства или побудить больных воспользоваться услугами того или иного частного предприятия. Медицинские учреждения, обслуживающие от 5000 до 10000 человек, могут иметь достаточное государственное финансирование для покупки необходимых товаров и услуг. Считается, что фармацевтические компании влияют на принятие решений о покупке лекарств, предоставляя бесплатные образцы своей продукции и приглашая заинтересованных лиц на конференции в экзотических местах.

Другой пример — ситуация, когда специалист отдает часть своего вознаграждения врачу общей практики, который направил больного именно к нему. Присущая медицинской профессии высокая степень независимости при выписке рецептов и направлений делает этот тип взятки весьма вероятным. Так, в 1998 г. группа итальянских врачей общей практики была отстранена от работы, поскольку за взятки направляла своих больных на рентгеновское исследование в некий определенный частный центр (Tugone 1998).

### **Воровство**

Второй распространенный тип коррупции — кража государственного имущества официальными лицами, которые по должности обязаны распоряжаться этим имуществом. В здравоохранении коррупция подобного типа принимает разнообразные формы.

### **Кража**

Примитивная кража встречается во многих государственных и частных организациях. Считается, что в Великобритании убытки от кражи перевязочных материа-

лов, лекарств и канцелярских принадлежностей составляют свыше 15 миллионов фунтов в год (*BBC Online* 1998a). В одной из больниц Андалусии (Испания) кража продуктов питания привела к тому, что стоимость рациона одного больного превысила цены в хорошем ресторане (*Hospital Universitario Virgen del Rocío* 1994).

### **Государственное финансирование частных услуг**

Персонал государственных медицинских учреждений имеет возможность предоставлять частные услуги, пользуясь государственными средствами. Речь идет об использовании оборудования, ресурсов и — что особенно важно — времени. Известная как ползучая приватизация или приватизация изнутри, такая практика широко распространена в странах с переходной экономикой (*Ensor* 1997), но часто встречается и в странах с устойчивой рыночной экономикой. Услуги, оказываемые больному частным образом, могут состоять из дополнительных мер к лечению, включенному в официальный пакет медицинской помощи. С другой стороны, врач может предоставить все лечение исключительно на частной основе, отведя на это время, которое ему следовало бы посвятить выполнению своих обязанностей как государственного служащего, и используя государственные ресурсы и оборудование.

Другая возможность заключается в том, что государственный врач, имеющий также частную практику, проводит в государственном заведении меньше времени, чем предусмотрено условиями его найма, дабы продлить время на частную практику. Считается, что именно так поступают очень многие консультанты в Великобритании. Некоторые больницы даже нанимают для слежки за консультантами частных сыщиков, надеясь таким образом оценить степень злоупотребления служебным временем (*Rogers and Lightfoot* 1995). Подобное происходит и в других странах Европы, особенно Южной, но также и Восточной.

Ползучая приватизация и частная практика, вторгающаяся в исполнение обязанностей на государственной службе, могут трактоваться как две стороны одной медали. В странах, где зарплата персонала государственного учреждения относительно невысока, а поведение персонала регулируется слабо, чаще встречается первая модель. Там, где зарплата высока, а за государственным учреждением установлен строгий контроль, распространена преимущественно вторая модель.

### **Крупномасштабное хищение государственных денег**

Часто утверждается, что переход от метода финансирования, при котором распределение средств определяется нормативами затрат и жестким контролем за выполнением статей бюджета, к методу, ориентированному на производство или результат, может привести к повышению экономичности. С другой стороны, такой переход чреват беспрецедентной концентрацией финансовой власти в руках управляющих. Директора больниц начинают полностью контролировать бюджеты своих больниц, то есть расходы уже не определяются преимущественно размером учреждения. Директора страховых фондов приобретают контроль над большими суммами, которые ранее направлялись в определенное русло налоговыми властями. Неудивительно, что подобные «реформы» увеличивают возможности для коррупции, особенно в условиях экономического спада.

В странах с переходной экономикой отмечено множество случаев мошенничества со стороны страховых фондов. В одном из государств Центральной Азии глава местного частного страхового фонда был осужден за присвоение средств своей

## **118 Регулирование предпринимательской деятельности в системах здравоохранения**

компании. Позднее тот же человек был назначен главой государственного фонда! В Эстонии в 1994 г. произошло несколько скандалов, связанных с деятельностью страховых фондов; «героями» этих скандалов стали директора недавно созданных окружных фондов, использовавшие средства последних в своих личных целях. Глава Пермского областного страхового фонда (Россия) был уволен, а затем отдан под суд за мошенничество. Согласно некоторым свидетельствам, доходы фонда не только присваивались его главой, но и уходили в карман чиновников фонда; общий ущерб составил свыше 130 миллионов старых рублей (Tchugaev 1996) .

### **Бюрократическая и политическая коррупция**

Государственные чиновники и политики могут принимать политические решения по финансовым или карьерным соображениям. Так, они могут одобрить строительство больницы или остановить ее закрытие ради того, чтобы повысить свои шансы на выборах в парламент или другой выборный орган. Предосудительность или даже наказуемость подобного поведения определяется природой сделки. Если политик стремится ради политической выгоды сохранить неэффективную или даже ненужную больницу, он вполне может рассчитывать на одобрение местной общественности. С другой стороны, использование государственных средств для повышения своего имиджа в ряде случаев может быть квалифицировано как особая форма воровства, то есть как разновидность коррупции. Мотивация подобных действий часто бывает неоднозначной, что существенно затрудняет регулирование.

Злоупотребление государственными средствами привело к отставке министра здравоохранения Люксембурга в январе 1998 г. (Ramsey 1998). Министерство было обвинено в том, что только ради усиления своего влияния в промышленности оно за шесть лет выплатило частным организациям, включая строительные компании, свыше 1,66 миллионов долларов США.

Нерациональное использование денег в здравоохранении часто маскируется сложными правилами размещения финансов. Известно, что в Италии при сомнительных обстоятельствах заключались контракты на строительство больниц, которые спустя десять лет все еще стоят недостроенными (*The Economist* 1998). В бывшей югославской республике Македония министр здравоохранения был уволен после того, как его обвинили в коррупции, а именно в приобретении непатентованных лекарств через посредничество фиктивных компаний и в присвоении гуманитарной помощи для Албании с последующей распродажей этой помощи по западным ценам. Есть данные, что министр извлек личную выгоду из этих сделок (*Nova Makedonija* 1996).

### **Дезинформация в корыстных целях**

Злоупотребление информацией ради получения личной выгоды принимает разнообразные формы.

### **Злоупотребление зависимостью «заказчика» от «исполнителя»**

На рынке здравоохранения доминирует взаимосвязь «заказчик-исполнитель»: больной доверяет исполнителю (в этой роли часто, но не всегда, выступает врач)

квалифицированный выбор оптимального способа лечения. Исполнитель не владеет полной информацией, но знает больше чем больной или находится в позиции, позволяющей лучше воспользоваться имеющейся информацией. О коррупции можно говорить в случае, если исполнитель, ради получения личной выгоды, сознательно вводит больного в заблуждение, побуждая его либо принять неподходящий или неэффективный способ лечения (спрос, индуцированный поставщиком), либо согласиться с более низким, чем необходимо, уровнем лечения (спрос, редуцированный поставщиком).

Одна из опасностей реформы оплаты поставок в условиях переходной экономики заключается в том, что такая реформа может стимулировать индуцированный спрос без установления адекватных систем отслеживания и контроля. Образец — введение метода распределения по «группам согласно диагнозу» (англ. diagnostic-related groups, DRGs); этот метод даже в США, с их относительно развитыми системами контроля, приводит к таким отрицательным последствиям, как перераспределение больных по более «доходным» категориям (Culyer and Posnett 1990). Это делает сомнительной целесообразность введения подобных систем в странах с переходной экономикой, где системы управленческого контроля развиты намного слабее.

### **Мошенничество по тайному сговору**

Особого рода информационные проблемы возникают там, где больной и врач вступают в сговор, чтобы обмануть другого «исполнителя», каковым часто является государство. Так, в Казахстане врачи за деньги выдавали ложные справки о здоровье, чтобы больные могли получить водительские права. Аналогичным образом покупаются справки, на основании которых можно освободиться от службы в армии или получить отпуск по болезни. Репутация врачей нередко основывается именно на их способности оказывать подобного рода «услуги». Считается, что в некоторых странах введение кооперативов врачей общей практики вполне может привести к такой конкуренции за больных, в которой преимущество будет на стороне врачей, выдающих больше всего справок!

Еще одна форма мошенничества путем дезинформации — подделка врачами письменного согласия больных участвовать в клинических испытаниях, осуществляемая с целью получения лишних денег. В 1996 г. один английский врач был уловлен за подделку 12 таких документов (Dyer 1996).

### **Мошенничество с рецептами**

Служебное положение врача общей практики предоставляет ему множество возможностей для мошенничества с рецептами. Действуя в сотрудничестве с фармацевтами, врачи могут выписывать поддельные рецепты. В Испании врачи и фармацевты, вступив в сговор, фабриковали рецепты на несуществующее и дорогое лекарство, которое появилось в списке лекарств по ошибке. В аптеке больным по таким рецептам выдавали дешевое лекарство с похожим названием (Bosch 1998). Считается, что в Великобритании убытки от мошенничества с рецептами составляют около 30 миллионов фунтов в год (Warden 1996). Сходные данные существуют по Испании (*El País* 1999). В России мошенничество с рецептами стало большой проблемой; одна из причин этого заключается в низком уровне компьютеризации системы льгот. В Германии некоторые медицинские страховые фонды подозрева-



ются в предоставлении незаконных льгот ради усиления своих позиций на рынке (Flintrop 2000).

### **Ложные страховые требования**

Больные вовлекаются в коррупцию также через ложные декларации о получении страховых премий. Данная проблема имеет отношение преимущественно к добровольному частному страхованию. Эквивалент данного феномена в государственном секторе — когда люди не платят взносов или платят пониженные взносы в фонд государственного страхования. Лица, работающие не по найму, могут подавать ложные декларации о доходах ради того, чтобы платить меньше налогов. Лица, работающие по найму, могут утаить факт, чтобы получить право на государственную помощь. Этот тип коррупции имеет отношение главным образом к проблеме налогов и социального обеспечения и не будет обсуждаться на этих страницах.

### **Влияние коррупции**

Влияние коррупции проявляется в трех сферах. Во-первых, это система здравоохранения и здоровье населения, во-вторых — предпринимательская деятельность, в-третьих — макроэкономика.

### **Влияние на систему здравоохранения и здоровье**

Участие больных в издержках по оказанию медицинских услуг может способствовать поддержанию системы охраны здоровья. Все остальные типы неофициальной деятельности подрывают способность системы предоставлять качественную и эффективную помощь. Некоторые из них — например, воровство и ненужные рецепты — просто уводят государственные деньги в частные руки без какой-либо пользы для больных. Когда лекарства и другие медицинские товары продаются посторонним лицам, велика вероятность, что их потребителями станут не столько те, кто в них действительно нуждается, сколько те, кто способен заплатить за них самую высокую цену. Взятки помогают некоторым больным получить медицинскую помощь быстрее или на более высоком уровне, однако это происходит в ущерб другим больным. Принцип распределения согласно потребности вытесняется принципом распределения согласно доходам.

Злоупотребление государственными деньгами ради достижения политических целей — это воровство большего масштаба, также в конечном счете обусловленное желанием разбогатеть. И в этом случае средства уходят из здравоохранения на сторону. Искусственно индуцированный спрос приводит к расходам на клинически неэффективные, ненужные или нерентабельные услуги. Страдают, как правило, те, кто больше всего нуждается в помощи. Высокий уровень коррупции в обществе делает людей бедными, усиливает неравенство и ухудшает состояние здоровья населения в целом.

Общее влияние коррупции на здравоохранение трудно перевести в количественные показатели. Судя по сообщениям из Москвы, до 30% федерального бюджета остаются неподотчетными. Сумма, которую теряет бюджет Великобритании только из-за махинаций с рецептами, оценивается в 115 миллионов фунтов; хотя эта цифра сама по себе велика, она составляет всего лишь около 0,2% всего бюджета (Department of Health 1998; *BBC Online* 1999).

### **Влияние на предпринимательскую деятельность**

Судя по всему, наличие довольно значительной квазичастной системы, действующей внутри государственного сектора, вредно для развития сильного частного сектора. Иногда выгоднее предоставлять частные услуги, пользуясь государственными ресурсами, тратя государственное время и имея гарантированный наплыв больных, чем брать на себя труд по организации частной клиники и привлечению больных.

Ключевой политический вопрос заключается в том, нужно ли разрешать врачам работать и в государственном, и в частом секторе. Если этот вопрос имеет смысл для богатых стран Европы, то в относительно бедных странах более актуален другой вопрос: какую практику следует поддержать — квазичастную или полностью частную? Данная проблема весьма сложна. Запрет на полностью частную практику в свободное от государственной службы время, вероятно, приведет к тому, что государственные врачи перестанут посещать частные клиники в часы, когда они должны находиться на своем рабочем месте. Далее, этот запрет уменьшит возможность того, что врачи станут переправлять больных в свою собственную частную практику или увеличивать сроки ожидания в государственной клинике, дабы тем самым переориентировать больных на частный сектор. В то же время в результате такого запрета врачи, скорее всего, активизируют свою неофициальную частную деятельность в рабочее время.

Как и в случае с другими формами коррупции, важно выяснить, что именно явилось главной причиной развития такой деятельности — недостаточная заработная плата или неадекватное регулирование? В первом случае квази-неофициальная и частная практика могут рассматриваться как всего лишь две из множества линий поведения, направленных на обеспечение целевого дохода. Если, усилив карательные меры, закрыть для персонала все возможности, это может кончиться уходом специалистов из сектора. Если же коррупция в здравоохранении обусловлена преимущественно небрежным регулированием или эндемическим характером коррупции в целом, политическая реакция должна быть иной. Главная задача — создать схему регулирования, способную изолировать случаи такой коррупции.

### **Влияние на макроэкономику и на международный статус**

Согласно ряду современных исследований, коррупция серьезно вредит экономическому росту и инвестициям в частный сектор (World Bank 1997; Mauro 1998). Коррупция в здравоохранении, как и в других областях, обладает способностью «пронизывать» всю макроэкономику. Ресурсы могут растрачиваться впустую (как в случае недостроенных больниц) или пропадать без пользы для экономики страны. Производительность страдает также из-за лечения, занимающего больше времени, чем нужно, ввиду необходимости дать взятку до начала процесса лечения.

### **Оценка уровня коррупции**

Объективной «единицы измерения» коррупции, которая могла бы быть применена к системам здравоохранения всех стран, не существует. Даже простой подсчет числа сообщений о коррупции в каждой стране чреват ошибками и предвзятостью. Большие числа могут отражать не только общий уровень коррупции, но и относи-

тельную открытость при составлении отчетов или уровень общественной антипатии по отношению к коррупции.

### **Доказательства неофициальных платежей в здравоохранении**

Существует достаточно много свидетельств в пользу того, что в странах с переходной экономикой, входящих в европейский регион Всемирной организации здравоохранения, преобладают неофициальные платежи за медицинскую помощь. Так, в Болгарии неформальная стоимость операции составляла свыше 80% среднемесячного заработка больного (Delcheva *et al.* 1997). Согласно исследованию, недавно проведенному в Польше, 46% больных платили за услуги, которые официально были бесплатными (Chawla *et al.* 1998). В Казахстане неофициальные платежи больных составляют примерно 30—35% государственных расходов на здравоохранение (Ensor and Savelyeva 1998; Sari and Langenbrunner 1998). Поскольку оценки, приведенные в этих исследованиях, основаны на анкетировании больных и их домочадцев, не исключено, что в них недооцениваются суммы, выплаченные непосредственно персоналу: больные часто избегают называть эти суммы, особенно в ходе коротких и безличных интервью.

Согласно неопубликованному обзору, проведенному в Болгарии в 1994 г., за предыдущие два года почти 43% из 1000 опрошенных платили наличными за официально бесплатные услуги в государственном медицинском учреждении. Около двух третей опрошенных высказались в пользу введения официальных гонораров (Delcheva *et al.* 1999). Согласно другому исследованию, проведенному тем же авторским коллективом в 1999 г. с участием 412 опрошенных, доля тех, кто оплатил услуги врача или стоматолога, выросла до 51%, причем 77% из этого числа заявили, что они «не удовлетворены» государственным медицинским обслуживанием.

Использование метода «фокусных групп» показало, что в одной из бедных сельских областей Туркмении больные оплачивают услуги врачей не столько деньгами, сколько разнообразными подарками (Ladbury 1997). Врачи обуславливают лечение оплатой и соизмеряют свои требования с доходами больного. В денежном выражении совокупность этих платежей составляет свыше 13% всех расходов на здравоохранение.

Некоторые исследования указывают на наличие неплохо структурированной системы вознаграждений для персонала различных уровней на различных стадиях процесса лечения. В специализированных больницах Казахстана разработана сложная система отсылки больных от одного специалиста к другому; при этом на каждой стадии для получения медицинской помощи нужно платить (Thompson and Rittmann 1997). Судя по отчету, напечатанному в 1998 г. в албанском журнале «Клан», платить приходится работникам всех уровней, от привратников и уборщиц до врачей; самые большие суммы уходят в карман тех, кто осуществляет сложные специализированные процедуры — кардиохирургам и др. Согласно тому же журналу, стоимость рутинной операции составляет от 15 до 100 долларов США. Для сравнения: средняя зарплата университетского профессора равна 135 долларов.

Большинство перечисленных исследований умалчивает о соотношении неофициальных платежей и зарплаты. Врачи в странах Организации экономического сотрудничества и развития обычно получают зарплаты, в 2,5—4 раза превосходящие средний размер оплаты труда. Поскольку в странах Восточной Европы официальные заработки врачей, как правило, не превышают средней зарплаты, можно за-

ключить, что неофициальные платежи, превосходящие официальную зарплату не более чем вдвое, представляют собой не более чем способ выживания, а в худшем случае — род «мелкой» коррупции (англ. 'petty' corruption) (Pope 1995).

### **Классификация стран по уровню коррупции**

С теоретической точки зрения страны можно разделить на три категории: страны с эндемической коррупцией, страны с эпидемическими вспышками коррупции и страны, где коррупция ограничена отдельными эпизодами. Коррупция, в свою очередь, бывает двух типов: крупная и мелкая (таблица 5.1). Крупная коррупция связана с крупными финансовыми сделками и с масштабными искажениями политики или властных отношений. Мелкой считается такая коррупция, которая не приводит к серьезным искажениям. Существует и множество переходных форм, однако основное разделение коррупции на крупную и мелкую все еще сохраняет силу.

Как крупную, так и мелкую коррупцию следует отличать от должностных преступлений, основанных на стратегии личного или общественного выживания. Это отличие имеет отношение не столько к размеру сделок (некоторые стратегии выживания предполагают весьма крупные платежи), сколько к мотивам деятельности. Если коррупция (как крупная, так и мелкая) в основном нарушает оптимальное распределение общественных средств для получения личной выгоды, то в случае стратегий выживания взаимная выгода достигается путем перераспределения средств. Грань между коррупцией и стратегиями выживания, как правило, достаточно отчетлива (хотя встречаются и случаи, трудно поддающиеся однозначной квалификации).

В странах, принадлежащих к разным категориям, подходы к регулированию должны быть, как правило, разными. В странах, где встречаются лишь отдельные эпизоды коррупции (пусть даже крупной), можно вести дела с учреждениями или с отдельными лицами, можно основываться на конкретных случаях, совершенствуя общую схему регулирования с учетом опыта, накапливаемого с каждым новым случаем. В странах с эндемической коррупцией индивидуальный подход, скорее всего, не поможет решению основных проблем. В таких странах важнее разработать прозрачные механизмы составления отчетов и разделить регулирующие инстанции. Существуют также страны, где коррупция, не будучи частью повседневной жизни, все же достигает достаточно высокого уровня. Такую коррупцию называют эпидемической. Ее образцы — мошенничество с рецептами и мелкая кража имущества из медицинских учреждений.

Хотя объективных показателей по коррупции в здравоохранении не существует, можно говорить об общих (пусть не всегда точных) оценках, складывающихся в определенную картину распространения коррупции по всей Европе. Одни из таких оценок публикуются в *Corruption Perspectives Index* (издание организации Transparency International, 1999), где делается попытка измерить восприятие коррупции бизнесом. Другая система оценок использует факторы черного рынка, включенные в *Index of Economic Freedom* (периодическое издание Heritage Foundation, O'Driscoll et al. 2000). Последнее издание включает множество факторов, отражающих абсолютные уровни экономической «свободы». Само по себе оно в значительной степени идеологизировано, однако фигурирующие в нем шесть показателей деятельности черного рынка — контрабанда, нарушение права на интеллектуальную собственность, черный рынок сельскохозяйственной продукции, промышленной продукции, транспорта и труда и услуг — представляются вполне объективными.

**Таблица 5.1** Уровни коррупции в обществе

	<i>Эндемическая коррупция</i>	<i>Эпидемическая коррупция</i>	<i>Коррупция, ограниченная отдельными эпизодами</i>
Крупная коррупция	Широко распространенная бюрократическая коррупция	Широко распространенное мошенничество при выписывании рецептов	Отдельные случаи коррупции любого типа
Мелкая коррупция	Общепринятая практика платить врачам	Мелкое воровство	
Должностные преступления (стратегия выживания)	Взимание денег за оказание медицинских услуг	Облегчение доступа к услугам	

Хотя отдельные позиции для разных стран могут варьировать, оценки для большинства стран в обоих изданиях выглядят похоже. Страны делятся на три или четыре группы. В группу с низким уровнем черного рынка и коррупции входит большинство стран Северо-Западной Европы, в группу со средним уровнем — юг Западной Европы и немногие из ориентированных на Запад стран Центральной или Восточной Европы (например, Венгрия). Большинство стран Восточной Европы и наиболее развитые страны СНГ входят в следующую категорию. Наконец, менее развитые страны СНГ, наряду с несколькими наиболее бедными восточноевропейскими странами, попадают в группу с высоким уровнем коррупции.

Коррупция в здравоохранении отражает уровень коррупции в целом. Там, где она укоренилась достаточно глубоко, высока вероятность того, что все ее типы получили существенное развитие во всех сферах, в том числе в здравоохранении.

### **Политические подходы**

Регулирование коррупции в здравоохранении — задача трудная и многогранная. При разработке стратегии следует иметь в виду ряд важных концептуальных и практических аспектов. Первый и самый важный из них — определение оснований для коррупции, например: обеспечивают ли неофициальные платежи выживание системы (благодаря денежным взносам) или они способствуют падению эффективности и неравенству (из-за взяток)? При принятии политических решений нужно иметь в виду прежде всего источник коррупции, иначе решения не достигнут цели.

Далее, необходимо различать общества, где коррупция эндемична и затрагивает все сферы, и общества, где нормой являются эпидемические «вспышки» или отдельные случаи коррупции. В обществах первого типа отдельные попытки устранить случаи коррупции в здравоохранении едва ли приведут к успеху, ибо коренная причина коррупции институционализована в структурах, которые выходят за рамки одной отдельно взятой сферы экономической жизни.

### **Денежные взносы**

Платежи, осуществляемые ради того, чтобы заделать брешь между государственными обещаниями по финансированию здравоохранения и реально доступными субсидиями, способствуют выживанию системы. Такие платежи, однако, чреваты нарушением принципа равенства, ибо могут помешать доступу бедных к медицинским услугам. С другой стороны, неформальное перекрестное субсидирование и ценовая дискриминация могут означать, что от этой группы ожидаются относительно небольшие платежи.

Жесткое регулирование в данном случае может привести лишь к тому, что персоналу станет невыгодно работать в государственном здравоохранении. Работники могут уйти в частный сектор или найти какие-либо иные способы приложения своих сил. Поскольку хорошие врачи всегда имеют возможности для больших заработков в других местах, подобная политика снизит количество и качество врачей. Необходимым, но недостаточным условием снижения коррупции было бы уравнивание зарплат государственных служащих, в том числе медицинского персонала, и работников аналогичной квалификации в частном секторе (Pore 1995).

Чтобы снизить объем неофициальных платежей, нужно сократить размер бреши. Это может быть сделано либо путем сужения круга гарантированных услуг, либо путем *увеличения объема субсидий*. Большинство стран с переходной экономикой избрало второй путь, введя обязательное медицинское страхование. Многие считают, что полученные в итоге дополнительные средства незначительны и перевешиваются практическими трудностями, связанными с координированием многочисленных источников финансирования и осмысленными мерами по развитию покупательной способности. В ряде стран исследовались возможности *сужения круга услуг, гарантируемых государством*. Грузия, где падение доходов было самым катастрофическим в масштабах всего СНГ, уже весьма существенно сузила круг медицинских услуг, официально финансируемых государством. В других странах СНГ перемены оказались не столь значительными (Ensof and Thompson 1998). Правительство России в настоящее время занимается пересмотром пакета льгот; изыскиваются пути к повышению эффективности здравоохранения и сужению круга услуг, финансируемых государством (Feeley *et al.* 1999).

Подход, предусматривающий ограничения на гарантированные услуги — особенно если отдельные услуги гарантируются только для низкооплачиваемых слоев, — чреват тем, что один тип неофициальных платежей будет заменен другим: вместо покупки услуг люди будут платить за право на получение формально бесплатной помощи. Так, в бывшей югославской республике Македония введение принципа избирательного освобождения от платы за медицинскую помощь привело к тому, что у людей требуют взятки за свидетельство об освобождении (Duran *et al.* 1995).

Еще один подход — придание *официального статуса платежам больного* за лечение. При таком подходе неофициальные взносы до известной степени «структурируются»; о его привлекательных сторонах свидетельствуют данные по Болгарии (Delcheva *et al.* 1999). Подобная политическая линия имеет и свои опасные стороны. Неофициальные платежи часто взимаются таким образом, чтобы обеспечить субсидирование бедных богатыми, однако после придания платежам официального статуса достижение подобного результата становится затруднительным. Далее, больные могут сохранить приверженность неофициальным платежам, обеспечивающим услуги определенного врача — между тем как согласившись платить больнице или клинике, больной возвращается к лотерее, в которой ему может достаться как хороший, так и плохой врач. Следовательно, политика легализации платежей будет эффективна только при условии, что за больным останется право выбора врача.

Еще одна сложность заключается в следующем: хотя легализация платежей может способствовать снижению размера взносов, она не решает проблему взимания ренты с больного. Так или иначе, легализация платежей облегчает разграничение двух типов «взятки» и, соответственно, установление наказания для нарушителей. Основное внимание должно уделяться случаям крупной коррупции. Слишком часто, однако, все происходит как раз наоборот: нетрудно выявить несколько случаев мелкой коррупции, не принимая никаких мер против эндемической коррупции.

### **Взятки со стороны спроса**

Регулирование с помощью штрафов за требование дополнительных платежей не приведет к оттоку врачей из государственного сектора. Чтобы отличить врачей, берущих деньги за услуги, от врачей, взимающих ренту, важно повысить средний доход врачей. Простая дифференциация оплаты труда — например, поощрительные платежи в виде гонорара за услугу, — едва ли принесут результат, если не позволят врачу достичь своего целевого дохода.

Известно очень немного случаев судебного преследования лиц, принимавших неофициальные платежи. Из разных стран доходят рассказы о том, как судебные дела против специалистов разваливаются ввиду коррумпированности ключевых представителей самой судебной системы. Тем не менее ряд медиков все же был наказан за взятки. Так, 11 января 1999 г. болгарская газета *Standard* сообщила о враче, арестованном за взятку в размере 1100 долларов США. Несколько дней спустя, 24 января, та же газета сообщила, как другой врач неофициально получил 230 долларов (Davidov 1999, личное сообщение). Зарплата государственного врача — менее 100 долларов в месяц; соответственно, такие неофициальные платежи в течение года могут сложиться в сумму, превышающую указанный выше ориентир, составляющий от двух с половиной до четырех средних размеров оплаты труда.

Коррупция, особенно эндемическая, может быть симптомом более глубоких проблем, с которыми невозможно справиться только такими мерами, как создание новых регулирующих инстанций, ужесточение наказаний, совершенствование внутренних механизмов регулирования или повышение окладов медицинскому персоналу. В стране, не имеющей четко организованной системы прав собственности, независимой судебной системы и полностью подотчетного государственного сектора, перед коррупцией открываются возможности, немислимые для стран, где работают все перечисленные институты.

### **Создание подотчетных систем**

#### **Простые и подотчетные системы**

Главный враг хорошего регулирования — использование чрезмерно сложных платежных систем или недостаточно совершенных систем управления. В Великобритании примером могут служить сложные правила компенсации, используемые при расчетах с подрядчиками Государственной службы здравоохранения. Считается, что более простые и прозрачные процедуры могли бы воспрепятствовать неразберихе и мошенничеству (*BBC Online* 1998b). В Москве одной из важных причин мошенничества служит огромный объем некомпьютеризированной работы по отсле-

живанию большого числа требований об освобождении от оплаты лекарств, получаемых по рецептам.

Многие страны, прежде всего восточноевропейские, реформируют свои системы компенсации поставщикам. Реформы часто предусматривают демонтаж централизованно планируемых нормативных систем и их замену местным контролем за расходованием бюджета или системами расчета стоимости за объем работы (англ. cost-per-activity systems). Хотя прямой и непосредственной связи между системой платежа и уровнем коррупции не существует, замены обоих типов чреваты осложнениями. В последнем случае обнаруживается тенденцию к росту предложения услуг (Von Bredow 1995; Ensog 1997). Вместе с тем когда дополнительные услуги не нужны и, следовательно, предоставляются только для получения лишних денег (как это происходит во многих странах с переходной экономикой), можно говорить о разновидности коррупции.

При глобальном бюджетном финансировании ответственность за расходы ложится на поставщиков, а система отчетности не является адекватной. Восточноевропейским системам удастся успешно регулировать расходы, когда распределением денег занимается центр; между тем системы аудита децентрализованных систем, основанных на современных методах расчета доходов и расходов, в странах Восточной Европы все еще не работают. Другая сложность состоит в том, что при использовании системы, включающей средневзвешенные исчисления из расчета на душу населения, подсистемы, необходимые для взвешивания, не являются прозрачными и, значит, открыты для злоупотреблений.

### **Разделение функций внутри сектора**

Для финансирования и организации системы здравоохранения центральное значение имеют три фактора: источники общего финансирования, распределение субсидий и использование средств для обеспечения услуг. Важнейшая часть антикоррупционной стратегии заключается в том, чтобы гарантировать прозрачность этих трех функций и переходов между ними. Любая неясность чревата коррупцией.

Один из путей повышения прозрачности — поощрение организационного разделения функций. Образцом может служить принцип разделения страхового фонда и поставщика, развиваемый в большинстве стран Восточной Европы. Цель такого разделения — сделать как распределение финансов, так и результат финансирования более прозрачными и открытыми для объективной оценки.

Для стран Восточной Европы особенно важно создать гарантии того, что страховые фонды и медицинские заведения будут независимы от других организаций, вовлеченных в процессы финансирования, и в то же время подотчетны регулирующему органу. Между тем на практике новые учреждения — в том числе страховые фонды — часто сохраняют неразрывную связь с административными органами. Вдобавок новизна и независимость (мнимая) таких учреждений едва ли поможет им преодолеть мощную традицию эндемической коррупции, давно утвердившуюся в этих странах.

### **Формирование стратегий регулирования**

Существует несколько стратегий, способных уменьшить степень коррупции. Чтобы регулирование было эффективным, права больных должны быть сформулированы четко, пути для движения жалоб должны быть простыми и строго определенными, регулирующие органы должны быть сильными и пользоваться доверием об-



ственности, методы борьбы с коррупцией должны быть по возможности открытыми и прозрачными.

### **Регулирующие органы**

Важнейший вопрос — формирование органов, занимающихся аудитом учреждений государственного сектора. Так, в России действует федеральный орган, отслеживающий расходование государственного бюджета. Этот орган утвержден законодательной властью (Думой) и подотчетен ей. Судя по отчетам, в государственном секторе отмечается множество случаев коррупции, однако дела против виновных возбуждаются редко. Отслеживающий орган сам оказался вовлечен в несколько коррупционных скандалов. Развитие по-настоящему эффективной системы аудита и подотчетности — системы, которая не только обнаруживает случаи коррупции, но и способна активно влиять на ситуацию, — все еще остается одной из сложнейших проблем для европейских стран с переходной экономикой, а ее нерешенность заметно тормозит ход реформ в этих странах.

Организация Transparency International выдвинула ряд принципов, которые рекомендуется соблюдать при создании агентств по разбору жалоб на государственные учреждения и регулирующих агентств (Pope 1995). Работникам этих агентств следует платить высокую зарплату; назначать их следует на ограниченный срок; механизмы и мотивы назначений должны быть открыты и прозрачны. Участие непрофессионалов повышает вероятность того, что деятельность агентства не будет подчинена только профессиональным интересам, и что оно будет беспристрастно реагировать на любую ситуацию. Заседания агентств должны быть по возможности открытыми. Агентства должны иметь юридическое право требовать, чтобы министерства и ведомства предоставляли информацию, необходимую для судебного преследования лиц, виновных в злоупотреблении служебным положением.

### **Прозрачность процессов**

Успех антикоррупционных стратегий предполагает открытость и прозрачность всех процессов. Публикация данных о восприятии коррупции общественностью может быть использована как мера для повышения качества работы государственных учреждений — министерств, ведомств, медицинских заведений и др. Пользу могут принести и опросы больных о том, бывали ли они вынуждены платить за ту или иную услугу.

Далее, работники, преданные идее борьбы с коррупцией, могут формировать в рамках своих учреждений антикоррупционные группы. Эти группы самопомощи предназначены для поддержания антикоррупционной установки среди персонала. Смысл их существования — дать понять, что не все работники нуждаются в получении взяток. Так, врачи, приверженные идее отказа от неофициальных платежей, могут, вступив в антикоррупционную группу, сделать свою нравственную установку достоянием гласности. Оглашение членства в таких группах, наряду с обнародованием сведений о неофициальных платежах, поможет больным при выборе лечебного заведения.

Эффект от обнародования информации определяется несколькими факторами. Прежде всего нужно удостовериться в том, что для больных существует реальная возможность выбора среди нескольких медицинских заведений или служб. Далее, нужно выяснить, согласны ли потребители медицинских услуг с мнением, что неофициальные платежи представляют собой безусловно отрицательный аспект системы.

### **Права и компенсация**

Важно добиться того, чтобы права больных были сформулированы с полной ясностью соотносились с реальностью и могли соблюдаться. Неправительственная группа организаций гражданского общества, действующая в Болгарии и пользующаяся поддержкой президента страны, в своем отчете указывает, что система подачи жалоб и доведения их до суда должна быть упрощена и удешевлена; см. Coalition 2000 (1999). Хотя для больных, желающих скорейшего разрешения своих проблем, внесудебное урегулирование могло бы быть предпочтительнее, есть опасность, что такая — менее публичная — форма урегулирования будет выбрана и лицами, обвиненными в коррупции. Рассмотрение простых жалоб по поводу относительно незначительных нарушений целесообразно поручить независимому чиновнику (омбудсмену).

Конституции многих бывших коммунистических стран Европы породили завышенные ожидания государственных гарантий. Однако между тем, что обещано, и тем, что может быть реально предоставлено, возникает заметная брешь. К примеру, в Казахстане руководители региональных страховых фондов часто жалуются, что им приходится много времени проводить в судах, защищаясь от обвинений в халатности, обусловленных преимущественно недостаточным субсидированием. Важно, чтобы права больных носили реалистический характер — иначе будет невозможно провести границу между действительным случаем коррупции и случаями, в основе которых лежат завышенные ожидания.

Определение конкретного виновника часто бывает сопряжено с большими трудностями. Ввиду этого может возникнуть необходимость в законах, возлагающих на руководителя учреждения или ведомства юридическую ответственность за все действия данного органа. Это решило бы проблему, типичную, в частности, для современной России, где недостаток индивидуальной ответственности часто означает невозможность призвать к ответу кого бы то ни было.

### **Стимулирование рыночных механизмов**

Отмечалось, что меры по стимулированию рыночных механизмов могут сделать регулирование производства более эффективным (Baldwin and Cave 1999). Аналогичные меры могут быть применены для снижения коррупции в здравоохранении. Один из возможных путей — включение условия о «добросовестной работе» в контракт с поставщиком. В Румынии рассматривалась возможность применения метода, при котором со специалистом высокой квалификации заключается пятилетний контракт с условием, что за «добросовестную работу» ему будут платить зарплату, в 2—3 раза превышающую предыдущий размер его официального дохода. Контракт должен был включать пункт о возможном аннулировании в случае принятия неофициальных платежей (впрочем, данный метод не был внедрен). Можно использовать также регулирование путем давления со стороны коллег: ведь те, кто не имеет подобного контракта (и, соответственно, получает значительно более низкую официальную зарплату), заинтересованы в разоблачении обладателя контракта, если тот берет взятки. Последний механизм может сработать только в случае, если работники не вступают в тайный сговор друг с другом. Так, обладатели контрактов могут сговориться о выплате части своего повышенного оклада остальным коллегам в обмен на обязательство не доносить об их неофициальной деятельности. Преимущество стимулирующих мер (по сравнению со специальными регу-

лирующими процедурами) заключается в том, что они носят общий характер и не предполагают обособления отдельных случаев противозаконной деятельности.

### **Международное сотрудничество**

Для улучшения положения в странах с эндемической коррупцией можно сделать многое. Однако ни одна страна не может справиться с эндемической коррупцией в одиночку. Необходимость международного сотрудничества признают как независимые группы наподобие Transparency International, так и крупные международные организации, в том числе Всемирный банк и Организация экономического сотрудничества и развития. Одна из возможных мер — ввести в индустриально развитых странах уголовную ответственность для своих граждан за дачу взятки иностранным чиновникам. Многостороннее соглашение по данному вопросу было недавно подписано 34 странами, большинство из которых пока не ратифицировало документ (*The Economist* 1999).

Необходимо полнее использовать возможности международного сотрудничества по борьбе с коррупцией в здравоохранении с учетом специфики рынка медицинских услуг.

### **Литература**

- Advig, J.C. (1991) The economics of corruption: a survey, *Studi Economici*, 43: 57–94.
- Baldwin, R. and Cave, M. (1999) *Understanding Regulation: Theory, Strategy and Practice*. Oxford: Oxford University Press.
- BBC Online* (1998a) NHS fraud-buster appointed, *BBC Online*, 28 May.
- BBC Online* (1998b) NHS fraud soars. Quotation by Stephen Thornton, Chief Executive of the NHS Confederation, *BBC Online*, 9 December.
- BBC Online* (1999) Porter clears her name in appeal, *BBC Online*, 30 April.
- Bosch, X. (1998) Spanish doctors on trial for drug fraud, *British Medical Journal*, 317: 1616.
- Chawla, M., Berman, P. and Kawiorska, D. (1998) Financing health services in Poland: new evidence on private expenditures, *Health Economics*, 7: 337–46.
- Coalition 2000 (1999) *Clean Future*. Sofia. <http://www.online.bg/coalition2000/> (accessed 12 June 2001).
- Culyer, A.J. and Posnett, J. (1990) Hospital behaviour and competition, in A.J. Culyer, A.K. Maynard and J.W. Posnett (eds) *Competition in Health Care*. Basingstoke: Macmillan.
- Delcheva, E., Balabanova, D. and McKee, M. (1997) Under-the-counter payments for health care: evidence from Bulgaria, *Health Policy*, 42: 89–100.
- Delcheva, E., Balabanova, D. and McKee, M. (1999) *Unofficial Fees in Bulgaria*. London: London School of Hygiene & Tropical Medicine.
- Department of Health (1998) *Countering Fraud in the NHS*. London: Department of Health.
- Duran, A., Hoare, G. and Baris, E. (1995) *Health Care Reform in Macedonia*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
- Dyer, O. (1996) GP struck off for fraud in drugs trials, *British Medical Journal*, 312: 798.
- El País* (1999) Juicio en Barcelona por un fraude médico [Trial in Barcelona for medical fraud], *El País*, 4 March.

- Ensor, T. (1997) What role for state health care in Asian transition economies?, *Health Economics*, 6: 445–54.
- Ensor, T. and Savelyeva, L. (1998) Informal payments for health care in the former Soviet Union: some evidence from Kazakhstan and an emerging research agenda, *Health Policy and Planning*, 13: 41–9.
- Ensor, T. and Thompson, R. (1998) Health insurance as a catalyst to change in former communist countries?, *Health Policy*, 43: 203–18.
- Feeley, F.G., Sheiman, I.M. and Shishkin, S.V. (1999) *Health Sector Informal Payments in Russia*. Moscow: Institute for the Economy in Transition.
- Flintrop, J. (2000) Werbemaßnahmen auf Kosten der Vertragsärzte?, *Deutsches Ärzteblatt*, 97B: 1334
- Hospital Universitario Virgen del Rocío (1994) *Informe sobre las Cocinas Centralizadas del HU Virgen del Rocío [Report on the Centralized Kitchens of the University Hospital Virgen del Rocío]*. Seville: Hospital Universitario Virgen del Rocío.
- Ladbury, S. (1997) *Turkmenistan Health Project Social Assessment Study*. Ashgabat: World Bank/Government of Turkmenistan.
- Lui, F. (1996) Three aspects of corruption, *Contemporary Economic Policy*, 14: 26–9.
- Lyckholm, L.J. (1998) Should physicians accept gifts from patients? *Journal of the American Medical Association*, 280: 1944–6.
- Mauro, P. (1998) Corruption: causes, consequences, and agenda for further research, *Finance and Development*, 35: 11–14.
- Nova Makedonija* (1996) Health ministry corruption, *Nova Makedonija*, 27 February.
- O’Driscoll, G.P., Holmes, K.R. and Kirkpatrick, M. (2000) *2000 Index of Economic Freedom*. Washington, DC: The Heritage Foundation/Wall Street Journal [summary available at <http://www.heritage.org/index/execsum.html>].
- Pope, J. (ed.) (1995) *National Integrity Systems – The TI Source Book*. Berlin: Transparency International.
- Ramsey, S. (1998) Corruption proves end of Luxembourg health minister, again, *Lancet*, 351: 349.
- Rogers, L. and Lightfoot, L. (1995) NHS hires private detectives to spy on doctors, *The Sunday Times*, 15 January.
- Sari, N. and Langenbrunner, J. (1998) *Out-of-Pocket Payments in Health Care: Evidence from Kazakhstan*. Washington, DC: World Bank.
- Tchugaev, S. (1996) Chevrolet, for health and wealth, *Izvestia*, 16 July.
- The Economist* (1998) Laughter through Italian tears, *The Economist*, 5 December.
- The Economist* (1999) A global war against bribery, *The Economist*, 16 January.
- Thompson, R. and Rittmann, J. (1997) A review of specialty provision: urology services, in R. Thompson, T. Ensor and J. Rittmann (eds) *Health Care Reform in Kazakhstan*, Compendium of papers prepared for the World Bank Health Reform Technical Assistance Project, 1995–96. York: Centre for Health Economics.
- Transparency International (1999) *The Corruption Perceptions Index*. <http://www.transparency.org/documents/cpi/index.html> (accessed 12 June 2001).
- Turone, F. (1998) Italian GPs suspended for accepting bribes, *British Medical Journal*, 316: 1264.
- Von Bredow, L. (1995) The reform of health care in the Czech Republic, *Eurohealth*, 1(2): 22–5.
- Warden, J. (1996) Fraud squad gets to work on prescriptions, *British Medical Journal*, 312: 730.
- World Bank (1997) *Helping Countries Combat Corruption: The Role of the World Bank*. Washington, DC: World Bank.



**Ситуация в отраслях,  
где предпринимательство находится  
на подъеме**

## глава ШЕШТАЯ

### **Регулирование предпринимательской деятельности больниц: теория и практика**

*Райнхард Буссе, Том ван дер Гринтен и  
Пер-Гуннар Свенсон*

#### **Взять лучшее из обоих миров**

Находясь в своем идеальном мире, предприниматель сам решает основать больницу, самостоятельно разрабатывает методы управления ею, несет ответственность за все связанные с ней затраты и прибыли. Подобная неструктурированная и неконтролируемая среда предоставляет предпринимателю широкий спектр возможностей, многие из которых могут рассматриваться как весьма желательные. Так, больницы могут делать быстрые инвестиции в новые технологии или оказывать услуги, которые прежде относились к сфере амбулаторного лечения. Но сохранение подобной среды проблематично в обществах, ставящих перед собой такие задачи, как социальная справедливость, социальная сплоченность, охрана здоровья населения. Подобная среда несовместима также с обоснованными затратами на здравоохранение, в которых заинтересованы государственные и законные сторонние плательщики.

Если идеальный мир предпринимателя с точки зрения больничного дела антисоциален, то мир, в котором правительство принимает решения по строительству и развитию больниц согласно принятому государством плану, полностью отторгает принципы предпринимательства. Планировщики определяют круг услуг, оказываемых бесплатно всем гражданам; никакие цены при этом не устанавливаются. В обоих случаях говорить о регулировании больниц в собственном смысле не приходится. В первом случае предпринимательское поведение владельцев или менеджеров больниц регулируется только общими правилами конкурентного поведения. Во втором случае больница подлежит регулированию по командно-административному принципу, характерному для государственного сектора, и не имеет никакой самостоятельности. На практике, однако, больницы обычно функционируют

в пространстве между этими двумя крайностями и требуют серьезного регулирования, цель которого заключается в поощрении, поддержке и, по необходимости, также ограничении предпринимательства.

Вначале мы представим общую типологию больниц, а затем рассмотрим, какое место занимают больницы разных стран Европы в пространстве между описанными выше нерегулируемыми крайностями. Мы проанализируем недавние реформы, направленные на развитие самостоятельности больниц, и рассмотрим, какие сферы предпринимательского поведения должны подвергнуться регулированию для достижения таких социальных задач, как равный доступ к медицинским услугам или охрана здоровья населения. Затем мы изложим основные принципы поддержки предпринимательства на уровне отдельной больницы; в завершение главы будут сделаны краткие выводы.

## **Типология европейских больниц**

### **Типология государственных больниц**

Согласно классификации, принятой Организацией экономического сотрудничества и развития, больницы делятся на три группы: государственные, частные некоммерческие и частные коммерческие. При ближайшем рассмотрении данная классификация оказывается недостаточной для целей настоящего исследования, ибо понятие «государственная больница» охватывает множество форм — от учреждений, управляемых командно-административным методом, до более или менее независимых заведений. По терминологии Всемирного банка, государственные больницы бывают «бюджетными», «автономизированными» и «корпоратизированными» (Harding and Preker 2000).

#### **Бюджетные организации**

«Бюджетная» больница — неотъемлемая часть государственной системы здравоохранения. Управляющие такими больницами — это, по существу, администраторы. Решение всех стратегических проблем и большинства повседневных вопросов управления находится под контролем иерархии чиновников и регулируется сводом правил. Заведение считается «бюджетным» потому, что его доходы определяются постатейным бюджетом, который обычно принимается в соответствии с исторически сложившимися нормами. Если выделенный бюджет приносит «избыточные доходы», они должны быть либо возвращены, либо потрачены по назначению. Все «избыточные расходы» также покрываются из государственной казны.

#### **«Автономизированные» организации**

«Автономизация» больниц — реформа, направленная на то, чтобы превратить администраторов в управляющих (менеджеров), передав им значительную часть полномочий по принятию решений, касающихся повседневного функционирования заведения. Распоряжения по отчетности остаются прерогативой чиновничьей иерархии, однако задачи формулируются более отчетливо.

Внедрение автономизации в здравоохранение привело к ряду организационных преобразований. Степень реальной независимости «автономизированного» прав-



ления может быть различной. Иногда создаются правительственные агентства, специально предназначенные для того, чтобы определить характер новых руководящих мер, обеспечить проведение преобразований и убедить правление в том, что последние необратимы. Требования по выполнению этой работы иногда фиксируются в рамочном соглашении или «договоре об исполнении». Повышается также степень финансовой независимости, обычно путем перехода от постатейного бюджета к глобальному (когда средства, сэкономленные в одной из частей бюджета, могут свободно переводиться в другую). Вдобавок глобальный бюджет может быть скорректирован на основе анализа всей совокупности случаев, а больница может получить разрешение на производство добавочного дохода (например, путем обслуживания частных больных) или на удержание любой части бюджетного излишка с ее переносом на следующий год.

### **«Корпоратизированные» организации**

В условиях «корпоратизации» степень управленческой самостоятельности еще выше; менеджеры практически полностью контролируют все «входы и выходы», имеющие отношение к производству услуг. Больница получает законный статус независимого заведения; соответственно, передача контролирующих полномочий в обратном направлении становится затруднительной. Независимый статус предусматривает бюджетное ограничение или финансовую «конечную прибыль», которая делает учреждение полностью финансово подотчетным; на случай несостоятельности предусмотрена возможность (по меньшей мере теоретическая) ликвидации.

Рыночные стимулы основываются на сочетании повышения доли прибыли, приносимой контрактами (а не бюджетными вливаниями), с расширением возможностей для удержания дополнительных доходов. Таким образом, независимая больница чаще выступает в качестве претендента на остаток, чем «автономизированная» больница: с одной стороны, она может удерживать дополнительные расходы, с другой — несет всю ответственность за убытки. В независимой больнице руководство и члены правления обычно несут полную ответственность за выполнение работ и полностью подотчетны собственнику (правительству). В данном случае правительство ведет себя практически так же, как и собственники частных некоммерческих предприятий.

### **Государственные и частные некоммерческие больницы**

Хотя в странах Северо-Западной Европы с системами здравоохранения «бевриджевского» типа (то есть в Ирландии, Великобритании, и странах Скандинавии) почти все больницы — государственные (свыше 90% коек принадлежат государству)<sup>1</sup>, линии раздела между «бюджетными», «автономизированными» и «корпоратизированными» больницами характеризуются изменчивостью. То же относится и к больницам в системах типа Государственной службы здравоохранения, действующих в Италии, Португалии и Испании, где доля государствен-

<sup>1</sup> Для подсчета процентов использовался ряд источников; по отношению к ряду стран основными источниками явились очерки «Системы здравоохранения переходного периода» (Health Care Systems in Transition).

ных коек равна, соответственно, 78%, 77% и 69%; здесь, однако, ситуация по регионам варьирует в большей степени. В Испании примерно половина государственных больниц находится в собственности местных правительств, тогда как другая половина — в собственности ведомств, управляющих заведениями системы здравоохранения (таких, как INSALUD). Больницы первой группы имеют много общего с государственными больницами в «бисмарковских» странах, ибо они должны заключить контракт с INSALUD или равноценным региональным органом; больницы второй группы имеют много общего с британскими больницами до разделения покупателей и поставщиков. В странах Центральной и Восточной Европы и СНГ большинство больниц — государственные; по большей части они принадлежат местным, реже национальным правительствам (Jakab *et al.* 2001).

В странах с «классическими» системами социального медицинского страхования действуют две модели, отличающиеся от «бевериджевской»: сосуществование государственных и негосударственных больниц и статус государственных больниц по отношению к сторонним плательщикам. В Австрии, Бельгии и Германии преобладают государственные больницы (в государственной собственности находятся, соответственно, 69%, 60% и 55% коек), второе место по распространенности занимают некоммерческие больницы (около 26%, 40% и 38% коек). Во Франции также преобладают государственные больницы (65% коек), но второе место занимают частные коммерческие больницы (20% коек), а третье — некоммерческие (15% коек). В Люксембурге больницы примерно пополам разделены между государственным и частным некоммерческим секторами. Только в Нидерландах все больницы (за исключением университетских) являются частными некоммерческими учреждениями. Впрочем, все эти обозначения нужно использовать осмотрительно, так как заведения со сходным правовым статусом в одних странах считаются «государственными», тогда как в других — «частными некоммерческими».

«Государственные» больницы в этих странах (равно как и в странах Центральной и Восточной Европы, принявших системы социального медицинского страхования в 1990-х гг.) никогда не бывают типичными «командно-административными» учреждениями. Благодаря естественному отделению покупателя от поставщика каждая больница получает определенную управленческую самостоятельность, поскольку должна заключать контракты с фондами медицинского страхования. Эта ситуация может быть зафиксирована в законе; так, согласно больничному законодательству немецкой земли Северный Рейн—Вестфалия государственные больницы являются «независимыми и экономически действующими органами» (Pugner 2000).

Итак, каждая государственная больница в странах с социальным медицинским страхованием является, по меньшей мере частично, «автономным» и часто «корпоратизированным» агентом системы здравоохранения<sup>1</sup>. Второй признак, отличающий государственные больницы в «бисмарковских» странах, заключается в том, что государственные собственники больниц (местные или региональные) не тождественны государственным регулирующим инстанциям

<sup>1</sup> Термин «корпоратизированный» в этом смысле не должен смешиваться с термином «корпоратизм», который в контексте систем социального медицинского страхования относится к саморегулированию «корпоратистскими» обществами наподобие больничных ассоциаций; регулирующие полномочия делегируются таким обществам на основании закона.

(региональным или национальным) в правительствах или правительственных органах<sup>2</sup>.

В странах с социальным медицинским страхованием ситуация складывается иначе и для частных некоммерческих больниц. Если в условиях «бевериджевских» систем такие больницы, по сравнению с государственными, как правило, в меньшей степени контролируются правительственной иерархией, то в «бисмарковских» странах они обычно подвержены регулированию в той же степени, что и государственные больницы (имеется в виду регулирование пропускной способности, распределения средств и компенсаций, качества услуг и т. д.). Различия касаются только формы собственности и регулирования вопросов, связанных с руководством и управлением.

### **Частные коммерческие больницы**

Помимо государственных и частных некоммерческих больниц, в большинстве европейских стран функционируют и частные коммерческие больницы. Доля таких больниц особенно велика во Франции (20% всех коек), Испании (18%), Португалии (10%) и Италии. Этот сегмент рынка здравоохранения обычно делится на две весьма различные части: больницы, заключившие с министерством здравоохранения или с фондами медицинского страхования договор на оказание услуг, финансируемых государством (в Италии таковы почти 80% частных коек, см. Marginoni and Macchi 1999), и больницы, обслуживающие только частных плательщиков. Первая группа обычно подлежит такому же регулированию, что и другие больницы, тогда как вторая группа близка к описанному в начале этой главы идеальному миру предпринимателя. Многие из атрибутов частной больницы второго типа обуславливаются отсутствием договорных отношений с министерством здравоохранения или с медицинскими страховыми фондами — иначе говоря, почти полной свободой от регулирования, обеспечивающего равномерное распределение услуг, равный доступ к ним и их финансовую обоснованность.

### **Меняющийся пейзаж: повышение степени самостоятельности больниц**

В 1990-х годах политика правительств по отношению к больницам была сосредоточена главным образом на поощрении их предпринимательской активности.

### **«Бевериджевские» страны**

Согласно английскому официальному изданию («белой книге») *Working for Patients*, такие меры, как предоставление больницам самоуправления и разрешение им конкурировать за привлечение больных, способствуют повышению эффективности и качества услуг и побуждают больницы живее отзываться на нужды больных

<sup>2</sup> То же относится к децентрализованным системам «бевериджевского» типа, характерным для стран Скандинавии. Что касается Великобритании, то здесь преобразование больниц в тресты привело к обратному результату.

(Secretaries of State for Health 1989). Сходные мнения высказывались и в странах, предпринявших аналогичные реформы вслед за Великобританией, прежде всего в Швеции, Италии, Испании, а в последнее время и в Португалии.

В британских реформах 1991 г., превративших больницы из «непосредственно управляемых единиц» системы здравоохранения в тресты, выделяется несколько аспектов: разделение покупателя и поставщика (введение модели «покупатель—поставщик»), развитие договорных отношений между обеими сторонами, повышение финансовой самостоятельности больниц и предоставление им возможности свободно принимать решения по установлению размера зарплаты и подбору персонала.

Большинство стран «бевериджевского» типа уделило внимание только одному или двум из этих аспектов. Лишь в некоторых регионах Испании и в Швеции (особенно в Стокгольме и Бохусе) все аспекты развивались одновременно. В Испании недавно был введен ряд новых форм автономии для больниц; в разных регионах получили развитие разные модели (Martin Martin 1999). В 1990 г. Каталония стала первым регионом, где модели «покупатель—поставщик» был придан официальный статус. Там же были официально введены больничные «консорциумы». Благодаря этим мерам в государственной системе здравоохранения был легализован элемент частного предпринимательства; появилась возможность привлекать представителей частного сектора к управлению больницами или к выполнению иных функций. Консорциумы руководствуются общественным и частным правом; самый известный образец — Консорциум больниц Барселоны. В 1992 г. Андалусия придала статус «организации общественного права» новой больнице в Коста-дель-Соль. Эта больница руководствуется частным правом, однако ее собственником является региональное правительство. Галисия первой придала новой больнице Верин статус «фонда», тогда как в других регионах появились больницы в статусе «коммерческих обществ»; региональные правительства входят в число акционеров этих обществ. В Стране Басков вся региональная система здравоохранения была преобразована в «государственную организацию, действующую согласно частному праву»: отдельные больницы здесь составляют лишь часть «корпоратизированного» целого. Центральное правительство, все еще контролирующее здравоохранение в десяти регионах посредством ведомства INSALUD, последовало примеру Галисии и преобразовало две новые больницы в фонды. Однако благодаря наличию трудовых договоров преобразование существующих больниц столкнулось с трудностями. В конце 1998 г. была создана новая форма — «государственный фонд здравоохранения», — что позволило частично решить задачу перевода персонала. Тем не менее использование этого инструмента затруднено тем обстоятельством, что полномочия государственных органов здравоохранения пришлось передать десяти управляемым INSALUD регионам, власти которых имеют собственный взгляд на проблему управления больницами.

Один из уроков испанского опыта заключается в том, что национальные правительства должны выбирать между программой самостоятельности больниц и программой передачи полномочий регионам. Для Швеции та же дилемма возникла раньше; эта страна сделала выбор в пользу передачи полномочий, сохранив жесткий централизованный контроль за расходами (Diderichsen 1995). Задача повышения управленческой самостоятельности больниц решалась разными путями; так, активы государственной больницы Санкт-Йоран в Стокгольме были в декабре 1999 г. проданы частной коммерческой компании Bure AB примерно за 210 миллионов крон. Приватизация этой больницы не составила большого труда, так как еще

в 1993 г. она была преобразована в компанию с ограниченной ответственностью, находящуюся в полной собственности совета округа. Будучи больницей, управляемой частным образом, Санкт-Йоран должен заключать контракты с государственными потребителями, причем первый трехлетний контракт является частью договора купли-продажи (К. Essinger, личное сообщение). Тот факт, что приватизация смогла произойти вопреки воле национального правительства, указывает на необходимость тщательно взвешивать каждый шаг по пути к «корпоратизации», дабы избежать непредвиденных последствий.

Финляндия — образец потребителя—поставщика, где несколько муниципалитетов формируют больничный округ, который, в свою очередь, управляет государственной больницей для муниципальных собственников. Договорные отношения регулируют в основном распределение затрат среди собственников. В Италии больше внимания уделяется самостоятельности больниц; около 100 крупных больниц этой страны были преобразованы в тресты. Лишь в Ломбардии произошло более систематическое разграничение полномочий между местными органами здравоохранения и 27-ю больничными трестами. Договорные отношения между местными органами здравоохранения и больницами незначительны, ибо региональные службы здравоохранения должны возмещать больничные расходы непосредственно. В отсутствие обеспечиваемой контрактами системы сдержек и противовесов основным результатом реформы становится стремление руководства больниц к наживе (L. Brusati and G. Fattore, личное сообщение). В Португалии основное внимание поначалу уделялось самостоятельности больниц: государственным больницам разрешили перейти под контроль частных управляющих и освободили их от регулирования со стороны государственной службы занятости (Dixon and Reis 1999). С 1997 г. в дополнение к этим мерам постепенно вводятся элементы подрядной организации и модели «покупатель—поставщик».

Реформы в других странах также включают перечисленные моменты. Создание в 1995 г. Копенгагенской больничной корпорации как независимого полномочного органа представляет собой образец разделения потребителя и поставщика; в данном случае поставщиком выступает не отдельная больница, а группа больниц, тогда как потребителем — региональная власть (Ministry of Health 1999).

Опыт Великобритании недавно был оценен с точки зрения экономичности, справедливости, качества, возможности выбора, отзывчивости на нужды больных и подотчетности (Hamblin 1998; Mays *et al.* 2000). Обсуждение этих оценок следует начать с двух замечаний. Во-первых, даже в относительно хорошо изученной Великобритании данные по трестам в качественном и количественном отношении уступают данным по другим реформам — таким, как организация кооперативов. Во-вторых, два основных аспекта (разделение потребителя и поставщика и самостоятельность) не выступают по отдельности; соответственно, выводы из британского опыта невозможно экстраполировать на страны, где развивался только один из этих аспектов. Общие выводы о реформах в Великобритании сводятся к следующему.

### **Экономичность**

Существуют в лучшем случае ограниченные доводы в пользу того, что преобразование в тресты способствовало повышению экономичности британских больниц. Бартлетт и Ле Гран (Bartlett and Le Grand 1992; 1994a,b) подтверждают, что тресты характеризуются более низкими издержками производства, нежели непосредственно управляемые учреждения; вместе с тем эти же авторы указывают на то, что

больницы «первой волны» представляли собой своего рода «элитарную» группу, внутри которой издержки производства были относительно низкими и до превращения этих больниц в тресты. Это утверждение опровергается в более поздней работе, согласно которой включение в анализ отклонений по конкретным случаям показывает «существенное снижение расходов при переходе от статуса непосредственно управляемого учреждения к статусу треста» (Söderlund *et al.* 1997: 1128). Авторы допускают, что больницы могли преднамеренно снизить свою производительность до преобразования в тресты, чтобы показатели, свидетельствующие о пользе изменения статуса, выглядели более эффективно. Имея в виду, что большие управленческие расходы могли полностью нейтрализовать выигрыш в экономичности, следует обратить внимание на два более поздних исследования. В одном из них (Söderlund 1999) показано, что большие расходы на высшую администрацию (топ-менеджмент) связываются с более низкой производительностью, а общие вложения в управление обнаруживают не столь явную, но также негативную связь с производительностью. Методология анализа не давала возможности внести поправку на качество; поэтому не исключено, что падение производительности было частично или полностью компенсировано улучшением качества. В другом исследовании (Street *et al.* 1999) связь между управленческими расходами и другими аспектами работы больниц не была выявлена; вместе с тем удалось показать, что оптимальная экономичность работы достигается в случае, если управленческие расходы составляют около 5—6% дохода больницы.

Продольный анализ для Швеции, относящийся к 1989—1995 г., показал, что в округах, где было осуществлено разделение покупателей и поставщиков с контрактами и последующим переходом от бюджетов, ориентированных на вложения, к ассигнованиям, ориентированным на результат, наблюдалось повышение технической эффективности; в результате удалось добиться потенциальной экономии средств до 9,7% (Gerdtham *et al.* 1999).

Ряд ученых занимался анализом экономичности и производительности работы больниц Испании (примечательны структурные исследования, показавшие, что государственные больницы либо менее экономичны, чем частные, либо между обоими типами больниц нет особой разницы — см. Puig-Junoy and Dalmau Matarrodona 2000); между тем специальные исследования по реформированным больницам малочисленны. Вентура и Гонсалес (Ventura and Gonzalez 1999) приходят к выводу, что внедрение системы контрактов между INSALUD и больницами, принадлежащими этой организации, привело к улучшению показателей работы больниц. При сравнении одной андалусийской больницы, имеющей статус государственного предприятия, с восемнадцатью другими больницами, сопоставимыми с ней в остальных отношениях, выяснилось, что именно эта больница является самой экономичной из всех (Casado and Rico 2000). Следует, однако, оговориться, что сравнение государственного предприятия с остальными больницами не вполне корректно ввиду новизны его зданий и технологической базы и относительной молодости его персонала.

### **Справедливость**

Обеспечение справедливости не принадлежит к важнейшим задачам трестов в Великобритании. Существуют свидетельства в пользу того, что тресты предоставляют лечение прежде всего больным, поступившим по направлению кооперативов врачей общей практики (Mays *et al.* 2000).

### **Качество**

Исследований, учитывающих данные по контрольной группе или по динамике изменений, не существует, поэтому влияние реформ на качество обслуживания оценить трудно. Высказывались опасения, что различия в стимулах у разных трестов могут нарушить непрерывность лечения. Часто упоминаемый пример положительного влияния — сокращение сроков ожидания. В то же время указывалось, что «сокращение сроков ожидания может быть успехом специфической политики, предусматривающей специфический способ финансирования, а вовсе не продуктом внутреннего рынка» Hamblin (1998: 111). Если бы ситуация обстояла иначе, тресты должны были бы сократить сроки ожидания быстрее, чем непосредственно управляемые учреждения. Однако было показано, что процент больных, ждущих лечения свыше года, между 1991 и 1993 г. снизился примерно одинаково как в трестах, так и в непосредственно управляемых учреждениях (Smee 1995). Вместе с тем общее число ожидающих возросло в больницах обоих типов.

### **Возможность выбора, отзывчивость на нужды больных, подотчетность**

У нас нет данных, свидетельствующих о том, что введение трестов в Великобритании привело к повышению возможностей выбора для больных. Напротив, существуют убедительные аргументы в пользу невозможности подобной эволюции. Один из них — требование к трестам обосновывать все новации с точки зрения бизнеса, то есть придавать экономичности большее значение, чем выбору больного (Hamblin 1998). Другой аргумент — приоритет покупателя при принятии решений в системе Государственной службы здравоохранения. Иначе обстоят дела в странах, где при принятии решений более важную роль играет больной (таковы, в частности, Италия и Швеция — см. ниже). Важно осознать, что самостоятельность как таковая не влияет на возможность выбора и меру отзывчивости. То же относится и к подотчетности: хотя британскими больничными трестами управляют собственные советы директоров, нет доказательств того, что тресты стали более подотчетны перед населением (Hamblin 1998).

### **«Бисмарковские» страны**

В «бисмарковских» странах реформы часто направлены на повышение самостоятельности и финансовой независимости тех, кто принимает решения. Так, в Нидерландах в течение 1990-х гг. оставшиеся государственные больницы были преобразованы в независимые некоммерческие заведения, действующие согласно частному праву. В Германии приватизация медицинских учреждений для больных с острыми случаями привела к повышению доли частных некоммерческих (обеспеченных договорами с медицинскими страховыми фондами) коек с 3,7% в 1990 г. до 6,8% в 1998 г. (Busse 2000). Не менее важной, однако, является тенденция к заключению договоров с частными компаниями об управлении государственными больницами. Так, общество Sana Kliniken-Gesellschaft, принадлежащее тридцати трем частным медицинским страховым компаниям, управляет двадцатью пятью большими и малыми больницами, в том числе двумя крупными институтскими клиниками в Штутгарте.

В 1992 г. Германия отказалась от принципа покрытия по полной стоимости для больниц, которые привязали суммарную компенсацию к суммарным расходам, и

исключила из рассмотрения как дефицит, так и профицит (Busse and Schwartz 1997). Хотя это сделало больницы (или собственников больниц) претендентами на остаток, есть основания считать, что самостоятельность больниц при принятии решений в действительности уменьшилась. До этого больницы могли вести переговоры со страховыми фондами о вложениях в кадровое обеспечение; между тем с 1993 по 1996 г. фиксированные бюджеты, а с 1996 г. — ожидаемые вознаграждения за лечение и за процедуры регулировались Федеральным министерством здравоохранения. Стандартизация больничной компенсации будет завершена с введением новой системы, основанной на распределении по группам согласно диагнозу.

В странах с социальным медицинским страхованием введение бюджетов, установленных в соответствии с объемом работ, или компенсаций, привязанных к ожидаемому объему работ (как в случае распределения по группам согласно диагнозу), не повышает самостоятельности больниц, ибо система дневных ставок, устанавливаемых путем переговоров, давала больницам больше прав на принятие решений. Есть и другие моменты, делающие направленность реформ менее однозначной, чем в «бевериджевских» странах. Так, с 1997 г. Франция фактически объединила медицинские страховые фонды, как покупателей больничного лечения, в рамках новых региональных больничных агентств, действующих в качестве подрядчиков больничных услуг (Mosse 1998). В Австрии компенсации по принципу распределения по группам согласно диагнозу, с удержанным избытком, сочетается с передачей региональным властям полномочий покупателей больничных услуг.

### **Страны Центральной и Восточной Европы**

Больницы в странах Центральной и Восточной Европы столкнулись с целым рядом быстро меняющихся условий. Особенно важны два из них: разделение плательщиков и больниц и возрастающая самостоятельность самих больниц. При переходе к системе социального медицинского страхования в большинстве стран произошло также отделение плательщиков от поставщиков. Это отделение, вообще говоря, предполагает достаточно высокую степень самостоятельности больниц, что не всегда имеет место, особенно в ряде регионов России. В большинстве стран больницы больше не функционируют в качестве бюрократических заведений государственного сектора, финансируемых непосредственно из бюджета (Jakab *et al.* 2001); тем не менее нынешняя организационная структура больниц в этих странах пока не поддается точной классификации. В некоторых других странах (например, в Киргизии) многие больницы остаются настоящими бюджетными организациями.

### **Общие тенденции**

В таблице 6.1 обобщены основные тенденции и результаты больничных реформ в странах Европы.

Здесь следует сделать последнее пояснение относительно «автономизированных» и «корпоратизированных» больниц. Поскольку деятельность государственных поставщиков медицинских услуг приводится в соответствие с рыночными механизмами, распространение рынка на область государственных услуг может стать предметом требований Организации по международной торговле (Price *et al.* 1999) и единого рынка Европейского союза (Belcher 1999). Отмечается, что в данном случае регулиро-



вание, будучи ориентировано на рынок, должно тем не менее осуществляться с учетом особой природы здравоохранения: следует предоставить «режим наибольшего благоприятствования» сельской местности, распределять дорогостоящее оборудование между заведениями и т. п. (Paton *et al.* 2000). В отсутствие подобной стратегии единственной возможностью освободить здравоохранение от полного соблюдения законов единого рынка будет превращение всех поставщиков (и сторонних плательщиков) в часть правительственной администрации. Страны с системами социального медицинского страхования, несомненно, сочтут это условие по меньшей мере трудновыполнимым (Raad voor de Volksgezondheid & Zorg 2000). Страны с ведомствами типа Государственной службы здравоохранения, отказавшиеся от прямого командно-административного управления и предоставившие больницам большую самостоятельность, также, вероятно, не смогут легко принять подобное решение.

### **Какие аспекты предпринимательского поведения нуждаются в регулировании?**

Предоставление больницам большей свободы принятия решений и финансовой самостоятельности — лишь одна сторона медали. Другая сторона — регулирование возникающих новых возможностей, направленное на решение таких социальных задач, как равенство доступа к качественным услугам, защита здоровья населения (включая здоровье больничных работников) и обоснованность финансирования больниц.

### **Обеспечение доступа к больничному лечению**

Все европейские страны стремятся предоставить своим гражданам равный доступ к качественному больничному лечению. Первый шаг в этом направлении — обеспечить наличие нужных структур в нужном месте (McKee and Nealy 2002). Если вся больничная инфраструктура формируется правительством, никакое регулирование не нужно. В таких странах частные больницы могут существовать, однако при планировании они не принимаются в расчет.

Иначе действуют страны, где государственные поставщики сосуществуют с частными некоммерческими и коммерческими. Различаются две основные регулирующие стратегии: подход, основанный на ожидаемых показателях (регулирование будущей пропускной способности больниц), и подход, основанный на фактических показателях (планирование исходя из существующей пропускной способности).

Подход, основанный на фактических показателях, используется в Швейцарии, где законы медицинского страхования требуют, чтобы частные больницы были «должным образом» приняты во внимание при составлении реестров больниц властями кантонов. Больницы, вошедшие в реестр, независимо от формы собственности, получают право на компенсацию услуг согласно условиям обязательного медицинского страхования, а также на государственные дотации. Решение кантона о включении в реестр или исключении из него может стать предметом дополнительного рассмотрения в центральном правительстве (Minder *et al.* 2000).

Подход, основанный на ожидаемых показателях, используется в Германии и Нидерландах. Акт о больницах, принятый в Нидерландах в 1971 г., регулирует пропускную способность строящихся больниц. Для этой цели страна делится на 27 регионов; планы для каждого из них составляются на основании представленных

**Таблица 6.1** Основные тенденции и результаты больничных реформ в странах Европы

Система	Разделение покупателя и поставщика	Отношение между покупателем и больницей	Самостоятельность больниц в принятии решений по организации служб, структуре и численности персонала и т. п.	Финансовая самостоятельность больниц	Близость к регулирующему органу (раздел по линии «регулирующая инстанция - больница»)
Страны с бевриджеской моделью	Традиционно отсутствовало; введено в Финляндии, Италии, Португалии и Великобритании, в меньшей степени в Дании, Испании и Швеции	Традиционно они являются частями единой иерархии; договорные отношения введены в результате разделения покупателя и больницы (примечательное исключение - Италия)	Растет, причем иногда весьма существенно (Великобритания, а также некоторые больницы Италии, Испании, Швеции)	Растет, причем иногда весьма существенно (Великобритания, а также некоторые больницы Италии, Испании, Швеции)	Близость либо увеличивается (в Великобритании), либо уменьшается (в Италии, Португалии, Испании); в некоторых странах (Финляндия, Швеция) раздел был и остается весьма отчетливым
Западноевропейские страны с бисмарковской моделью	Традиционно существовало	Традиционно коллективные договоры между медицинскими страховыми фондами (как покупателями и больницами; в Австрии и Франции - растущее участие государства через посредничество региональных закупочных агентств	Обычно незначительна; единой направленности реформ не существует	Существует и, по-видимому, растет благодаря проспективным формам компенсации - по меньшей мере в той мере, в какой они позволяют удерживать прибыли	Как правило, раздел отчетлив; в Австрии и Франции происходит постепенное сближение
Страны Центральной и Восточной Европы (за исключением Албании)	В 1990 г. отсутствовало; в течение 1990-х было внедрено вместе с системой социального медицинского страхования	Традиционно они являются частями единой иерархии; практика контрактации введена в результате перехода к системе социального медицинского страхования	Обычно низкая (среды исключений - некоторые больницы Эстонии)	Варьирует	Пока раздел не слишком отчетлив, так как некоторые больницы все еще находятся в собственности государства
Страны СНГ	От полного отсутствия разделения (Киргизия) до абсолютного разделения (Грузия) со всеми промежуточными стадиями	Зависит от наличия разделения; часто покупатель и больница являются частями одной и той же иерархии	Варьирует, но обычно низкая	Варьирует, часто низкая (но в Грузии - высокая)	Часто все еще наблюдается тесная близость, хотя многие больницы перешли в собственность региональных или местных правительств

провинциальными правительствами цифр потребности в койках. Больницы могут быть построены или перестроены только после представления декларации и получения лицензии. Четырехступенчатый процесс включает подачу декларации о потребностях, оценку требуемой площади, одобрение проекта строительства и выдачу лицензии. Отмечается, что «планирование в соответствии с Актом о больницах осуществляется успешно», однако «не исключено, что со временем понадобится более совершенная модель» (Boot 1997: 175–6). Тот же автор предлагает сделать так, чтобы будущее регулирование было менее детализированным и предоставило большую свободу действий отдельным больницам.

В разных землях Германии приняты разные подходы к планированию. Консервативное правительство Баварии призывало к «взаимодействию и разделению задач» (Bayerisches Staatsministerium 1992: 5). В тот же период «красно-зеленое» правительство Гессена считало необходимым «дальнейшее регулирование» (Hessisches Ministerium 1993: 22). Показано, что второй подход привел к более равномерному распределению коек, чем первый (Venema-Broos *et al.* 2001). Вместе с тем более низкие расходы на койку в день (7–8%) и на одного больного (4–5%) указывают на возможность взаимного уравнивания равенства и экономичности.

Расходы на амортизацию в Нидерландах требуется включать в бюджеты больниц (взносы делаются из расчета на каждый день), тогда как в Германии эти расходы покрываются непосредственно из государственной казны, независимо от формы собственности. Бельгия занимает промежуточную позицию: 60% инвестиций покрываются непосредственно регионами, а 40% — федеральным правительством в форме взносов из расчета на каждый день (Kerr and Siebrand 1999).

Страны с системами социального медицинского страхования, судя по всему, гарантируют равномерное распределение больничных коек не менее успешно, чем страны с системами типа Государственной службы здравоохранения. В 1990 г. коэффициент вариации для числа коек оказался ниже средней величины 16,2 во всех исследованных странах первого типа. В Бельгии он составил 12,3; в Германии 12,6; во Франции 13,2; в Австрии 15,0; в Нидерландах 15,6. Что касается стран второго типа, то в них показатели справедливого распределения варьировали сильнее: в Финляндии коэффициент составил 11,0; в Швеции 13,1; в Норвегии 13,3; в Дании 17,2; в Англии 18,8; в Шотландии 23,8. Наименее справедливое распределение (29,1) наблюдалось в Швейцарии, которая является одной из двух стран, где данный показатель не улучшился с 1970 г. (Westert and Groenewegen 1999).

Не исключено, что такие меры, как, например, введение частной финансовой инициативы в Великобритании, приведут к более неравномерному распределению коек: ведь из-за неизбежных дополнительных издержек и затрат на выплату процентов больницы будут вынуждены устанавливать меньше коек, чем считает необходимым правительство. В случае первых одиннадцати больниц, финансируемых по новой схеме, снижение числа коек составило 31% (Pollock *et al.* 1999). Сходная схема действует в испанской провинции Валенсия, где частной больнице предоставлена монополия («концессия») на предоставление услуг, финансируемых государством, в пределах района охвата обслуживанием.

### **Спецификация и возмещение больничных услуг**

Учредив новую больницу, следует решить ключевые вопросы, связанные с доступом к услугам, ассортиментом услуг, стандартами качества и возмещением расходов.

**Доступ к услугам**

В связи с доступом возникают три важных вопроса. (1) Обязана ли больница лечить любого больного, вне зависимости от его страхового статуса и возможной рентабельности лечения? (2) Должна ли больница иметь отделение скорой помощи? (3) Доступны ли больничные врачи в любое время? В типичном случае государственное регулирование направлено на то, чтобы обеспечить положительные ответы на все эти вопросы.

Внимания заслуживает также вопрос о выборе для больного. В Великобритании разделение покупателей и поставщиков и автономизация больниц не привели автоматически к расширению выбора. Усиление регулирования, как уже было сказано, не означает автоматического снижения предпринимательских возможностей для больниц, о чем свидетельствует опыт Швеции. В начале 1990-х гг. советы округов в Швеции приняли меры для того, чтобы стимулировать расширение выбора для больных и поощрить больницы к улучшению обслуживания. Советы округов пересмотрели свои бюджеты таким образом, чтобы «деньги следовали за больным», а не выдавались больнице авансом (Anell 1995; Rehnberg 1997; Harrison and Calltorp 2000). Цель реформ заключалась в обеспечении больных немедленной помощью и в предоставлении им возможности выбора между поставщиками (до этого поставщик, как правило, автоматически определялся местом жительства больного). Сходный шаг в 1993 г. совершила Дания (Ministry of Health 1999); в Норвегии аналогичные меры предусмотрены Актом о правах больных 1999 г. Наряду с параллельными мерами — такими, как отделение закупок от поставок, — данный тип регулирования, направленный на поощрение выбора, заложил основу для ограниченной конкуренции между больницами за доступ к лечению и, в меньшей степени, за качество.

В итоге 2—5% средств перешли к другим (по сравнению с предыдущей системой размещения средств) поставщикам (Rehnberg 1997). Создавая новые стимулы, направленные на расширение выбора, правительство одновременно осуществляло традиционные шаги по прямому стимулированию улучшения качества обслуживания. Чтобы гарантировать быстрое выполнение процедур с длительными сроками ожидания, правительство предоставляло дополнительные субсидии больницам, но взамен за эти денежные вливания требовало представить данные по лечению не позднее чем через 3 месяца после постановки диагноза (Hanning 1996). Аналогичные шаги были сделаны в Дании, Финляндии и Великобритании (ср. выше). Эти «гарантии соблюдения сроков ожидания» представляют собой особый регулирующий инструмент, и маловероятно, чтобы сокращение (очевидное) списков больных, ожидающих своей очереди, явилось прямым результатом автономизации больниц.

В Швеции создание возможности выбора для больного и конкуренция между больницами привели к существенным изменениям в поведении больничных администраторов и медицинского персонала. Впервые эти поставщики услуг стали конкурировать друг с другом за обеспечение быстрого доступа больных к плановым операциям. Хотя качество услуг повысилось, рыночные механизмы не оказали заметного отрицательного влияния на существующее клиническое качество (Harrison 1999). Неудивительно, что общие затраты в результате более полного использования кредитов возросли, что привело к необходимости разработать новые меры по бюджетному регулированию. Момент взаимной компенсации между расширением выбора и сдерживанием расходов проявился и в итальянском опыте. В

среде, где для больного существует свободный выбор, а платежи основаны на распределении групп согласно диагнозу, «автономизированные» больницы быстро повысили свои показатели по числу больных (и, соответственно, свои затраты), вынудив правительство снизить платежи по «диагностическим» группам на 20%.

### **Типы услуг**

Нужно ли регулировать ассортимент услуг или лучше разрешить больницам оказание любых услуг? Часто упоминаемый образец регулирования, по видимости ограничивающего возможности для предпринимательства и новаторства, — строгое разделение амбулаторного и больничного лечения в Германии. С 1993 г. больницам было разрешено вести амбулаторный прием и осуществлять амбулаторное лечение стационарных больных в течение нескольких дней до и после стационарного лечения. Стимулы к оказанию этих услуг поначалу были слабыми, так как компенсация за них включалась в больничные бюджеты (Busse 2000). Очевидно, предоставление юридической монополии группе поставщиков (в данном случае — врачам, работающим в собственных кабинетах) может нанести ущерб потенциальному росту экономичности. Тем не менее если разрешить больницам полноценную конкуренцию с врачами, работающими в собственных кабинетах, условия — в том числе условия компенсации — выровняются. Это приведет к необходимости ликвидировать государственные субсидии для капиталовложений, что, в свою очередь, может привести к менее справедливому распределению необходимой техники.

### **Компенсация**

Если финансирование больниц путем постатейных бюджетов не стимулирует предпринимательскую активность, то все остальные формы финансирования (в том числе по отдельным процедурам, по койко-дням, по числу больных или с помощью глобального бюджета) создают стимулы к повышению или уменьшению количества больных, длительности пребывания в больнице, числа процедур на каждого больного и т. п. (Wiley 1998; Langenbrunner and Wiley 2001). Возникает вопрос: следует ли (с помощью регулирования) стремиться к единообразию оплаты или можно разрешить больницам принимать оплату по-разному, в зависимости от результатов их переговоров с потребителями или сторонними плательщиками? С одной стороны, существуют основания для регулирования некоторых аспектов отдельных систем оплаты, с другой — нет убедительных доводов в пользу того, что все больницы непременно должны оплачиваться по одной и той же системе. Аргументами в пользу регулирования в данном случае могут быть повышение степени прозрачности, снижение операционных издержек и облегчение работы администрации, однако политики едва ли сочтут эти задачи столь же важными, что и обеспечение равного доступа к услугам или высокое качество услуг. Способность той или иной системы оплаты стимулировать или тормозить желаемую предпринимательскую активность часто зависит от местных условий.

### **Защита больничного персонала**

Еще одна группа регулирующих мер касается защиты работников больниц. Эти меры обычно адресуются не больницам, а работодателям вообще. Вместе с тем

больницам нередко удается доказать, что специфика их функционирования не допускает их включения в директивы по регулированию всех работодателей. Самый известный случай — Директива по рабочему времени (93/104/ЕС). Предложение Европейской комиссии от 1998 г. включить в эту директиву младших врачей вызвало противодействие со стороны Ирландии и Великобритании, где относительно низкое кадровое обеспечение среди врачей компенсируется большой длительностью рабочего времени. Эти страны смогли добиться того, чтобы им был предоставлен долгий переходный период до внесения поправок (Belcher 1999).

### **Управление предпринимательской деятельностью больниц**

После того как больница получает статус «автономизированного», «корпоратизированного» или иного государственного предприятия, действующего на основании частного права, государственным регулирующим инстанциям следует определить, какие финансовые ограничения и обязательства должны быть возложены на этих агентов рынка. Иначе говоря, нужно определить, могут ли больницы: переносить резерв, образованный путем отчислений из прибылей, на следующий бюджетный год; занимать деньги у банков; продавать собственные активы; заниматься деятельностью, выходящей за рамки медицинского обслуживания больных; приобретать в собственность другие больницы; сливаться с домами престарелых или службами скорой помощи.

Государственная служба здравоохранения Великобритании освещает некоторых из этих вопросов в документе, регулирующем слияния, уход поставщиков с рынка, калькуляцию цен и себестоимости, тайные соглашения (Goddard *et al.* 1997). Документ признает наличие трудностей с выявлением случаев тайного сговора — тем более что поставщики могут вступать не в откровенный, а в «подразумеваемый» сговор. Против тайных соглашений предусмотрены такие санкции, как прекращение контрактов и «управленческие действия» (NHS Executive 1994).

Вместе с тем этот руководящий документ не предотвратил многочисленных случаев поглощения и слияния. Так, в Англии только 1 апреля 1999 г. 54 трестов слились в 27 (Robinson and Dixon 1999). Важными движущими силами этих слияний были регулирующие инстанции и само правительство (Dobson 1998).

### **Поддержка предпринимательской деятельности на уровне отдельной больницы**

Важным проявлением предпринимательства в европейских больницах служит *социальное предпринимательство*, мобилизующее дух предприимчивости на достижение общественного блага (в данном случае — на охрану здоровья). В итоге элементы предпринимательства проникают в область, где прежде преобладали нормы бюрократического или профессионального медицинского поведения. Решение государственных задач осуществляется на основе принципов частного сектора, включая ориентацию в направлении поиска благоприятных возможностей, заинтересованность в новациях, готовность идти на коммерческий риск, готовность взять на себя ответственность за успех или неуспех управления бизнесом. В этом отношении социальные предприниматели не отличаются от частных. Различия касаются скорее специфики задач и контекста, в которых эти задачи решаются.

Предпосылками социального предпринимательства служат доверие, прозрачность и подотчетность перед общественностью, надзор и предпринимательские способности (Raad voor de Volksgezondheid & Zorg 1996, 1997; Thalhuber 1999; De Waal 2000).

### **Доверие**

Доверие — необходимая предпосылка предпринимательства: ведь организации эффективнее, разнообразнее и изобретательнее действуют на основе доверия, нежели на основе подозрения. Это значит, что законодательство должно допускать существенную меру свободы и, по мере возможности, должно отказаться от принципа «предварительного согласия» на все решения, принимаемые на уровне отдельной больницы. Данный принцип должен быть заменен четким разделением обязанностей между правительством и больницей; при ретроспективной проверке деятельности больницы «правила игры» устанавливаются заранее.

### **Прозрачность и подотчетность перед общественностью**

Нужно, чтобы доверие было обоснованным. Больницы должны действовать открыто и предоставлять информацию о своей работе всем заинтересованным сторонам, прежде всего правительству и сторонним плательщикам. Социальные предприниматели должны отчитываться о том, как они решают государственные задачи, пользуясь государственными и частными средствами (Van der Linden and Meijjs 1998). Таким образом, социальное предпринимательство в здравоохранении предполагает наличие четко организованной, действенной и независимой системы отчетности и контроля; только на основе такой системы возможно принятие эффективных корректирующих мер.

### **Надзор**

Третий столп социального предпринимательства — надзор. Регулирующие меры заключаются в предварительном установлении «правил игры» и ретроспективной проверке. В случае надзора сюда же следует добавить социальное оправдание предпринимательской деятельности. Иначе говоря, процедуры, структура и организация регулирования должны гарантировать, что поведение социальных предпринимателей будет соответствовать приемлемым правилам и общепринятым нормам функционирования системы здравоохранения (Commissie Health Care Governance 1999).

### **Предпринимательские способности**

Предприниматель должен обладать такими качествами, как инициативность, творческий дух, мотивация, упорство, увлеченность, дух соревнования, изобретательность, готовность рисковать (Drucker 1986). Социальный предприниматель вдобавок должен обладать «политическими» способностями, необходимыми для взаимодействия с различными заинтересованными сторонами и с прессой

(Drucker 1992; Osborne and Gaebler 1992), и способностью руководить профессиональной организацией. Нужны инвестиции в учебные программы по социальному предпринимательству и по привлечению, поддержке и поощрению талантливых социальных предпринимателей. Исследователи, анализирующие феномен социального предпринимательства, мало занимаются стимулами к предпринимательской деятельности. Правильное соотношение между финансовым вознаграждением и психологическим удовлетворением может ликвидировать потребность в чрезмерно разросшейся бюрократии.

Все перечисленные предпосылки социального предпринимательства либо подавляются, либо поддерживаются регулированием. Поддержка предпринимательской деятельности не обязательно тождественна ее стимулированию, ибо регулирование может также ограничивать предпринимательство, не позволяя ему развиваться в нежелательном направлении.

## **Выводы и обсуждение**

«Больничный пейзаж» Европы меняется быстро. Если для систем «бевериджевского» типа нормой были государственные больницы, управляемые командно-административными методами, то ныне больницы и покупатели услуг обычно административно разделены, причем это разделение часто сопровождается управленческой самостоятельностью больниц. В странах бывшего СЭВ с введением систем социального медицинского страхования больницы также отделились от (новых) плательщиков, однако эволюция больниц в сторону большей самостоятельности происходит медленно. Меньше всего изменений произошло в западноевропейских системах социального медицинского страхования с традиционным разделением больницы и плательщика и сосуществованием государственных и частных больниц.

Преобразование больниц из учреждений «командно-административного» типа, финансируемых постатейными бюджетами, в автономные, корпоративные, а иногда и частные учреждения, требует таких регулирующих мер, в которых прежде не было необходимости. То, что часто трактуется как прекращение регулирования или «дерегулирование» (иначе говоря, предоставление больницам большей независимости), в действительности расширяет пределы регулирования и повышает требования к регулирующим инстанциям. Важный вывод заключается в том, что усиление регулирования не означает автоматического сокращения предпринимательских возможностей для больниц.

Хотя многие страны выбрали стратегию большей самостоятельности для больниц, эмпирические данные, подтверждающие результативность этого выбора с точки зрения экономичности, справедливости, качества, возможности выбора, отзывчивости на нужды больных и подотчетности, не поддаются однозначной интерпретации. Что касается экономичности, то, согласно проведенным исследованиям, результаты оказались либо безусловно положительными (особенно в Швеции), либо скорее положительными (в Великобритании). Вместе с тем выигрыш в экономичности, возможно, частично уравновешивается возросшими управленческими расходами. Что касается качества, то часто упоминаемый пример с сокращением списков больных, ждущих своей очереди, вероятно, находится в прямой связи с мерами, принятыми с целью регулирования именно данного аспекта.



## Литература

- Anell, A. (1995) Implementing planned markets in health services: the Swedish case, in R.B. Saltman and C. von Otter (eds) *Implementing Planned Markets in Healthcare*. Buckingham: Open University Press.
- Bartlett, W. and Le Grand, J. (1992) *The Impact of the NHS Reforms on Hospital Costs*. Bristol: School for Advanced Urban Studies, University of Bristol.
- Bartlett, W. and Le Grand, J. (1994a) *Costs and Trusts*, Studies in Decentralisation and Quasi-Markets No. 18. Bristol: School for Advanced Urban Studies, University of Bristol.
- Bartlett, W. and Le Grand, J. (1994b) The performance of trusts, in R. Robinson and J. Le Grand (eds) *Evaluating the NHS Reforms*. London: King's Fund.
- Bayerisches Staatsministerium für Arbeit, Familie und Sozialordnung (1992) *Krankenhausplan des Freistaates Bayern*, Stand 1.1.1992 (17 Fortschreibung). Munich: Bayerisches Staatsministerium für Arbeit, Familie und Sozialordnung.
- Belcher, P. (1999) *The Role of the European Union in Healthcare*. Zoetermeer: Raad voor de Volksgezondheid en Zorg.
- Bennema-Broos, M., Groenewegen, P.P. and Westert, G.P. (2001) Social-democratic government and spatial distribution of health care facilities: the case of hospital beds in Germany, *European Journal of Public Health*, 11(2): 160–5.
- Boot, J.M. (1997) Hospital planning, in A.J.P. Schrijvers (ed.) *Health and Health Care in the Netherlands*. Maarsse: Elsevier/De Tijdstroom.
- Busse, R. (2000) *Health Care Systems in Transition: Germany*. Copenhagen: European Observatory on Health Care Systems.
- Busse, R. and Schwartz, F.W. (1997) Financing reforms in the German hospital sector—from full cost cover principle to prospective case fees, *Medical Care*, 35(10): OS40–9.
- Casado, D. and Rico, A. (2000) Nuevas formas de organización gestión en sanidad, in G. Lopez-Casasnovas (ed.) *La evaluación de las políticas de servicios sanitarios en el Estado de las Autonomías. Análisis comparativo de las Comunidades Autónomas del Andalucía, Cataluña y el País Vasco*. Bilbao: Fundación BBV e Institut d'Estudis Autònomicos.
- Commissie Health Care Governance (1999) *Health Care Governance: Aanbevelingen voor Goed Bestuur, Goed Toezicht en Adequate Verantwoording*. Soesterberg : C-3 Consultancy.
- De Waal, S.P.M. (2000) *Nieuwe strategieën voor het publieke domein: Maatschappelijk ondernemen in de praktijk [New Strategies for the Public Domain: Social Entrepreneurship in Practice]*. Alphen a/d Rijn: Samsom.
- Diderichsen, F. (1995) Market reform in health care and sustainability of the welfare state: lessons from Sweden, *Health Policy*, 32: 141–53.
- Dixon, A. and Reis, V. (1999) *Health Care Systems in Transition: Portugal*. Copenhagen: European Observatory on Health Care Systems.
- Dobson, R. (1998) Hospital trusts in Wales halved, *British Medical Journal*, 316: 1040.
- Drucker, P.F. (1986) *Innovation and Entrepreneurship*. New York: Harper & Row.
- Drucker, P.F. (1992) *Managing the Non-Profit Organisations*. Guildford: Butterworth-Heinemann.
- Gerdtham, U.G., Lothgren, M., Tambour, M. and Rehnberg, C. (1999) Internal markets and health care efficiency: a multiple-output stochastic frontier analysis, *Health Economics*, 8: 151–64.
- Goddard, M., Ferguson, B. and Posnett, J. (1997) Impact of the purchaser–provider relationship and implications for the regulatory framework, in B. Ferguson, T. Sheldon and J. Posnett (eds) *Concentration and Choice in Healthcare*. London: FT Healthcare.

- Hamblin, R. (1998) Trusts, in J. Le Grand, N. Mays and J-A. Mulligan (eds) *Learning from the NHS Internal Market*. London: King's Fund.
- Hanning, M. (1996) Maximum waiting time guarantee—an attempt to reduce waiting lists in Sweden. *Health Policy*, 36: 17–35.
- Harding, A. and Preker, A.S. (2000) Organizational reform in the hospital sector: a conceptual framework, in A.S. Preker and A. Harding (eds) *Innovations in Health Care Reform: The Corporatization of Public Hospitals*. Baltimore, MD: Johns Hopkins University Press.
- Harrison, M.I. (1999) Health professionals and the right to health care, in A. den Exter and H. Hermans (eds) *The Right to Health Care in Several European Countries*. The Hague: Kluwer Law International.
- Harrison, M.I. and Calltorp, J. (2000) The reorientation of market-oriented reforms in Swedish healthcare, *Health Policy*, 50: 219–40.
- Hessisches Ministerium für Jugend, Familie und Gesundheit (1993) *Krankenhausplan des Landes Hessen* (3. Fortschreibung allgemeiner Teil). Wiesbaden: Hessisches Ministerium für Jugend, Familie und Gesundheit.
- Jakab, M., Preker, A. and Harding, A. (2002) Linking organizational structure to the external environment: experiences from hospital reform in transition economies, in M. McKee and J. Healy (eds) *Hospitals in a Changing Europe*. Buckingham: Open University Press.
- Kerr, E. and Siebrand, V. (1999) *Health Care Systems in Transition: Luxembourg*. Copenhagen: European Observatory on Health Care Systems.
- Langenbrunner, J. and Wiley, M. (2002) Hospital payment mechanisms: theory and practice in transition countries, in M. McKee and J. Healy (eds) *Hospitals in a Changing Europe*. Buckingham: Open University Press.
- Marinoni, A. and Macchi, C. (1999) Public health policies in Italy, in W. Holland and E. Mossialos (eds) *Public Health Policies in the European Union*. Aldershot: Ashgate.
- Martin Martin, J.J. (1999) Tema 6: 'Innovaciones y reformas organizativas en el Sistema Nacional de Salud español', in *Curso Experto Universitario en Gestión de Unidades Clínicas*, Vol. 4. Madrid: UNED-ENS.
- Mays, N., Mulligan, J-A. and Goodwin, N. (2000) The British quasi-market in health care: a balance sheet of the evidence, *Journal of Health Services Research and Policy*, 5: 49–58.
- McKee, M. and Healy, J. (2002) Improving performance within the hospital, in M. McKee and J. Healy (eds) *Hospitals in a Changing Europe*. Buckingham: Open University Press.
- Minder, A., Schoenholzer, H. and Amiet, M. (2000) *Health Care Systems in Transition: Switzerland*. Copenhagen: European Observatory on Health Care Systems.
- Ministry of Health (1999) *The Danish Health Care Sector*. Copenhagen: Ministry of Health.
- Mosse, P. (1998) Implementing health care reforms in Europe: policies, actors and institutions, *Japanese Journal of Health Economics and Policy*, 5: 5–30.
- NHS Executive (1994) *The Operation of the NHS Internal Market: Local Freedoms, National Responsibilities*, HSG(94)55. London: HMSO.
- Osborne, D. and Gaebler, T.A. (1992) *Reinventing Government: How the Entrepreneurial Spirit is Transforming the Public Government*. Reading, MA: Addison-Wesley.
- Paton, C., Bellanger, M., Berman, P.C., Busse, R. and Hunter, D.J. (2000) *Scientific Evaluation of the Effects of the Introduction of Market Forces into Health Systems: Final Report*. Dublin: European Health Management Association.
- Pollock, A.M., Dunnigan, M.G., Gaffney, D., Price, D. and Shaoul, J. (1999) The private initiative: planning the 'new' NHS: downsizing for the 21st century, *British Medical Journal*, 319: 179–84.
- Price, D., Pollock, A.M. and Shaoul, J. (1999) How the World Trade Organization is shaping domestic policies in health care, *Lancet*, 354: 1889–92.

- Pugner, K. (2000) Hospital governance in England and Germany in the 1990s. Unpublished PhD thesis, London School of Economics and Political Science.
- Puig-Junoy, J. and Dalmau Matarrodona, E. (2000) ¿Qué sabemos acerca de la eficiencia de las organizaciones sanitarias en España? Una revisión de la literatura económica [What do we know about the efficiency of Spanish health care organisations? A review of the economic literature], in Asociación de Economía de la Salud (ed.) *Avances en la Gestión Sanitaria: Implicaciones para la Política, las Organizaciones Sanitarias y la Práctica Clínica*. Barcelona: Asociación de Economía de la Salud.
- Raad voor de Volksgezondheid & Zorg [Dutch Council for Health and Social Services] (1996) *Het Ziekenhuis als Maatschappelijke Onderneming [The Hospital as a Social Enterprise]*. Zoetermeer: Raad voor de Volksgezondheid & Zorg.
- Raad voor de Volksgezondheid & Zorg [Dutch Council for Health and Social Services] (1997) *Verzekeraars op de Zorgmarkt [Insurers at the Health Care Market]*. Zoetermeer: Raad voor de Volksgezondheid & Zorg.
- Raad voor de Volksgezondheid & Zorg [Dutch Council for Health and Social Services] (2000) *Europa en de Gezondheidszorg [Europe and Health Care]*. Zoetermeer: Raad voor de Volksgezondheid & Zorg.
- Rehnberg, C. (1997) Sweden, in C. Ham (ed.) *Health Care Reform: Learning from International Experience*. Buckingham: Open University Press.
- Robinson, R. and Dixon, A. (1999) *Health Care Systems in Transition: United Kingdom*. Copenhagen: European Observatory on Health Care Systems.
- Secretaries of State for Health (1989) *Working for Patients*, Cm.55. London: HMSO.
- Smee, C. (1995) Self-governing trusts and GP fundholders: the British experience, in R.B. Saltman and C. von Otter (eds) *Implementing Planned Markets in Healthcare*. Buckingham: Open University Press.
- Söderlund, N. (1999) Do managers pay their way? The impact of management input on hospital productivity in the NHS internal market, *Journal of Health Services Research and Policy*, 4: 6–15.
- Söderlund, N., Csba, I., Gray, A., Milne, R. and Raftery, J. (1997) Impact of NHS reforms on English hospital productivity: an analysis of the first three years, *British Medical Journal*, 315: 1126–9.
- Statistisches Bundesamt (2000) *Gesundheitswesen – Reihe 6.3: Kostennachweise der Krankenhäuser 1998*. Stuttgart: Metzler Poeschel.
- Street, A., Carr-Hill, R. and Posnett, J. (1999) Is hospital performance related to expenditure on management?, *Journal of Health Services Research and Policy*, 4: 6–15.
- Thalhuber, J. (1999) *The Definition of a Social Entrepreneur*. Minneapolis, MN: National Center for Social Entrepreneurs.
- van der Linden, J.C. and Meijjs, L.C.P.M. (1998) *Public Accountability in Nonprofit Organisations*, Working Paper, Management Report Series. Rotterdam: School of Management, Erasmus University.
- Ventura, J. and González, E. (1999) Análisis de la eficiencia técnica hospitalaria del Insalud G.D. en Castilla y León, *Revista de Investigación Económica y Social de Castilla y León*, 1 : 39–50.
- Westert, G.P. and Groenewegen, P.P. (1999) Regional disparities in health care supply in eleven European countries: does politics matter? *Health Policy*, 47: 169–82.
- Wiley, M.M. (1998) Financing operating costs for acute hospital services, in R.B. Saltman, J. Figueras and C. Sakellariades (eds) *Critical Challenges for Health Care Reform in Europe*. Buckingham: Open University Press.

## глава СЕДЬМАЯ

### **Предпринимательская деятельность на рынках медикаментов и влияние регулирования**

*Элайас Моссиалос и Моник Мразек*

#### **Введение**

В этой главе рассматривается воздействие регулирования на предпринимательскую деятельность в фармацевтической области. На рынке медикаментов действуют как частные, так и государственные предприниматели. Их поведение характеризуется такими общими чертами, как умение извлекать выгоду из сложившихся обстоятельств, новаторство, готовность идти на риск, стратегическое мышление, находчивость и инициативность (Ennew *et al.* 1998). Эти предприниматели ищут возможности для извлечения максимальной выгоды. Подобные особенности поведения, вообще говоря, трудно совместимы с ценностями государственного сектора, особенно связанными со здравоохранением; тем не менее присущий частному сектору тип предпринимательства достаточно характерен для фармацевтических рынков.

Предприниматели на рынке медикаментов — это производители лекарств, оптовые торговцы, врачи, фармацевты, плательщики за медицинские услуги, другие поставщики медицинских услуг. Перечисленные агенты рынка организуют всю деятельность по исследованию, разработке, производству фармацевтических товаров, по поставкам этих товаров и по их продаже больным; эти же агенты принимают на себя все риски, связанные с функционированием данного рынка. Агенты рынка приспособляются к меняющимся условиям, пользуясь открывающимися перед ними возможностями для извлечения выгоды. Поступая таким образом, предприниматели могут оказывать и отрицательное воздействие на других агентов того же рынка. Так, разработка нового медикамента может привести к положительным результатам как в смысле увеличения прибылей фирмы, так и в смысле увеличения продолжительности жизни больных. Вместе с тем, поскольку фирма руко-

водствуется стремлением извлечь максимальную выгоду, производимые ею продукты могут быть не настолько безопасными и эффективными, как это следует из ее же заявлений. Далее, стимулирование врачей или фармацевтов к расчету расходов при выписывании или отпуске лекарств может привести к положительным результатам для плательщиков за медицинские услуги и, одновременно, к отрицательным результатам для больных, на долю которых могут достаться менее эффективные препараты в меньших количествах. Для минимизации отрицательных последствий стремления к наживе предпринимаются регулирующие меры.

Рынок медикаментов подвергается, как правило, особенно тщательному регулированию. Регулирующие инстанции сталкиваются со сложным комплексом задач, которые нелегко привести к равновесию. Во-первых, нужно обеспечить проведение политической линии по охране здоровья населения, по доступности безопасных, эффективных и рентабельных лекарств для всех больных, по соблюдению бюджета компенсирующими органами. Во-вторых, нужно проводить политику поддержки инноваций в фармацевтической промышленности. В разных странах используются многообразные регулирующие меры и стимулы, цель которых заключается в создании оптимального соотношения между, с одной стороны, эффективным и экономичным распределением средств в фармацевтическом секторе и, с другой стороны, развитием инноваций.

В настоящей главе мы анализируем влияние различных регулирующих мер на предпринимательскую деятельность в области спроса и предложения фармацевтических продуктов. Мы разбираем несколько образцов предпринимательского поведения на рынках медикаментов и исследуем воздействие регулирования на этот вид поведения. Наконец, мы рассматриваем влияние недавних реформ системы здравоохранения на предпринимательство в фармацевтической области и делаем соответствующие выводы.

### **Источники предпринимательской деятельности на фармацевтических рынках**

Характер предпринимательства на фармацевтических рынках связан прежде всего с особенностями деятельности самой фармацевтической промышленности. Для последней важна прежде всего прибыль — независимо от того, делаются ли инвестиции в исследования и развитие, в производство или в сбыт нового продукта. В целом фармацевтическая промышленность в высшей степени прибыльна. Между 1960 и 1991 г. в США фармацевтическая промышленность занимала первое или второе место по среднему размеру чистой прибыли на акционерный капитал компаний «Форчун-500» (Scherer 1996).

Благодаря неизменной поддержке инноваций, готовности рисковать и способности активно реагировать на изменения спроса фармацевтическая промышленность сохраняет этот высокий уровень прибыльности. В 1997 г. двадцать ведущих фармацевтических компаний потратили от 781 до 1892 миллионов долларов США на исследования и развитие; эти суммы составили от 11 до 21% их товарооборота (Centre for Medicines Research 1999). Считается, что внедрение на рынок нового химического вещества стоит свыше 500 миллионов долларов и занимает от 7 до 10 лет (Centre for Medicines Research 1999).

Хотя разработка новых лекарств стоит дорого, сопряжена с риском и занимает много времени, стремление производителей к всемерному повышению прибыли

побуждает задаться вопросом о том, насколько оправдан столь существенный размер прибылей в фармацевтической промышленности (Maupard 1993). Число новых химических веществ, появляющихся на мировом рынке, постоянно снижается: от 100 в 1963 г. до 37 в 1998 г. (Centre for Medicines Research 1999). Вдобавок стремление фармацевтической промышленности к наживе, возможно, приводит к такому распределению расходов на исследования и развитие, при котором неудовлетворенные потребности здравоохранения остаются вне сферы внимания. Дисбаланс в распределении средств на исследования и развитие иллюстрируется тем обстоятельством, что между 1976 и 1990 г. сердечно-сосудистые и противинфекционные средства составили почти половину (47%) утвержденных новых химических веществ в США (Kaitin *et al.* 1993).

Стратегии, используемые фармацевтическими компаниями для поддержания прибыльности, — это реакция на меры, направленные против расходования средств на исследования и развитие, а также реакция на регулирующие меры местного значения. Регулирующие меры, навязываемые правительствами (пошлины, местные правила допуска на рынок, местные требования к составу), влияют на конкуренцию на рынках лекарств. Такие меры могут заставить фирмы вкладывать средства в местные операции, чтобы продукты соответствовали местным требованиям. Одновременно такие меры облегчают фирмам проникновение на рынок, защищая последний от товаров из стран с более низкими издержками производства. Регулирующие барьеры между странами поощряют фирмы к слияниям и приобретениям, равно как и к прямым иностранным инвестициям, ради обеспечения для себя места на рынке.

Стремление к всемерному увеличению прибыли, несомненно, во многом определяет поведение фармацевтической промышленности и различных «фирм», действующих на рынке медикаментов (таковы аптеки, оптовые торговцы, параллельные импортеры, менеджеры по прибылям). Все эти агенты рынка, стремясь приспособиться к меняющимся условиям, пользуются предпринимательскими стратегиями. Так, «ветвление» и «сцепление» аптек — распространенная стратегия, позволяющая извлекать выгоду из экономии, обусловленной ростом масштабов производства, и снижать затраты путем массовых закупок и распределения фиксированных затрат. Слияние оптовиков на ключевых рынках (Австралия, Германия, Италия, Япония, США) — обычная реакция на рыночные требования, обоснованная экономическими и стратегическими соображениями (IFPW 2001). Более того, создание единого рынка Европейского союза привело к увеличению числа компаний, занимающихся импортом и параллельным распространением лицензированных препаратов из стран с более низкими ценами на лекарства. Во всех перечисленных случаях предприниматели действуют стратегически и инициативно, реагируя на изменения рыночных условий с целью повысить свою прибыль.

Менеджеры по прибылям аптек в США — еще один пример стратегического предпринимательского поведения, направленного на всемерное повышение прибыли. Такие менеджеры появились одновременно с регулируемой медицинской помощью; их задача — контролировать приобретение и распространение отпускаемых по рецепту лекарств среди организаций по поддержанию здоровья, других регулируемых организаций здравоохранения и сторонних плательщиков. Менеджеры по прибылям стремятся централизовать назначение и отпуск лекарств путем принятия свода, позволяющего лучше контролировать расходы. Фармацевты и врачи поощряются к тому, чтобы выписывать и отпускать лекарства из более ограниченного перечня, фигурирующего в своде. За каждое выписанное лекарство, ко-

торое фармацевты могут заменить имеющимся в перечне, они получают более высокую разницу в цене («маржу»). Врачам также предлагается назначать самые дешевые альтернативы из списка лекарств, включенного в определенный план. Менеджеры по прибылям аптек также подписывают контракты с производителями лекарств в обмен на скидки за включение их продукции в списки.

Эта стратегия, несомненно, выгодна менеджерам по прибылям аптек (а также организациям по поддержанию здоровья, другим сторонним плательщикам, фармацевтам и врачам), однако нет уверенности, что поощрение более дешевых (и, прежде всего, непатентованных) альтернатив столь же полезно для больных. В 1989 г. в Балтиморе (США) было раскрыто несколько случаев взяточничества и мошенничества при рассмотрении ряда непатентованных лекарств комиссией Управления по санитарному надзору за качеством пищевых продуктов и медикаментов. Несомненно, такое стремление некоторых производителей лекарств к наживе стоило больным немалых скрытых издержек.

Наконец, плательщики системы здравоохранения также могут рассматриваться как предприниматели, действующие на рынке медикаментов. Плательщик обязан стремиться к улучшению качества жизни больных, новаторски пользуясь имеющимися в его распоряжении средствами и извлекая выгоду из возникающих перед ним возможностей для создания ценностей. В планах частных медицинских заведений зафиксирована четкая задача — всемерное увеличение прибыли. Что касается планов государственных медицинских заведений, то их задачи разнообразны: эффективность, экономичность, справедливость в распределении услуг, отзывчивость на нужды больных и т. п. В некоторых случаях инстанции, ответственные за движение медикаментов, действуют подобно предпринимателям, ищущим новые методы повышения экономичности при использовании имеющихся средств. Так, некоторые плательщики создают финансовые стимулы для врачей, выписывающих лекарства, манипулируя бюджетами на медикаменты. Эти финансовые стимулы, в свою очередь, способствуют развитию предпринимательства среди врачей, распоряжающихся бюджетными средствами. Впрочем, как отмечалось выше, плательщики системы здравоохранения ответственны также за запуск механизмов регулирования, отрицательно влияющих на предпринимательство в данном секторе рынка.

## **Воздействие регулирования на предпринимательство**

Вмешательство в деятельность рынка медикаментов путем регулирования и стимулирования необходимо постольку, поскольку стремление предпринимателей к наживе либо отрицательно влияет на больных, либо сильно затрудняет эффективное распределение средств, предназначенных для системы здравоохранения. Иначе говоря, регулирующее вмешательство в деятельность рынка медикаментов необходимо ввиду рыночных трудностей как в аспекте предложения, так и в аспекте спроса.

Потребители часто неспособны в полной мере оценить информацию о медикаментах ввиду ее сложности. Это приводит к единственной в своем роде системе, когда врач назначает (выписывает) лекарство, а фармацевт его готовит и отпускает. Таким образом, спрос в данном случае представляет собой род цепочки с четырьмя звеньями: назначает врач, отпускает фармацевт, потребляет больной, а платит обычно сторонний страховщик. В итоге механизм спроса на лекарства, отпускаемые по рецептам, оказывается неэффективным. Некоторые экономисты полагают, что один из серьезных факторов, способствующих росту государственных

расходов на медикаменты, заключается в феномене «морального риска». Этот феномен дает о себе знать в тех случаях, когда от больного не требуется оплачивать расходы на лечение, вследствие чего ни он, ни врач не имеют стимулов к экономии средств (иначе говоря, как больной, так и врач могут позволить себе не задумываться о цене).

В аспекте предложения рынок медикаментов столь же несовершенен ввиду барьеров, преграждающих вход новым агентам рынка. Такие барьеры возникают под действием ряда факторов, среди которых — сложный механизм патентования, длительное время, необходимое для получения санкции, индивидуализация продукции, приверженность потребителя к определенной марке товара. Наличие этих трудностей, равно как и трудностей со стороны спроса, в значительной степени обусловило необходимость регулирующего вмешательства.

В настоящем разделе мы коротко рассмотрим меры, влияющие на предпринимательство в данном секторе рынка. Речь пойдет о патентном регулировании, мерах по защите потребителя и лицензированию продукции, продлении патентов, регулировании конкуренции за цены на лекарства. Далее мы приведем образцы мер по регулированию деятельности отдельных предпринимателей.

Для начала важно назвать тех, кто регулирует фармацевтический рынок. Многоаспектная природа регулирования в данном случае предполагает участие инстанций различных уровней. Вопросы, связанные с патентами, часто решаются на национальном уровне такими органами, как Организация по международной торговле, ответственная за охрану международного патентного права, или Европейская комиссия, которая ввела дополнительные защитные сертификаты, продлевающие срок действия патентов. Санкционирование выхода на рынок, некогда бывшее полностью национализированной процедурой, переходит в сферу ответственности лицензионного органа Европейского союза — Европейского агентства по оценке медикаментов (ЕМЕА). Что касается установления цен и компенсаций, а также создания стимулов для исследований и развития, то эти аспекты обычно находятся в ведении государства. В регулировании рынка медикаментов на уровне государства, наряду с министерством здравоохранения, обычно участвуют также министерства торговли и финансов.

### **Патентное регулирование**

Патенты дают возможность защитить медикаменты от имитации и подделок. Патент предоставляет исключительные права на новый препарат, утверждая монополию и возводя заметный барьер перед потенциальными «новичками» рынка. Цель патентной системы — вознаградить производителей нового товара прибылью и тем самым обеспечить стимулы для дальнейших исследований и для развития. Патенты защищают право собственности производителя от несанкционированного использования изобретения и действуют ограниченное время. Фармацевтический сектор рассматривает патенты как важнейшее средство защиты новаций (Wyatt *et al.* 1985; Howells and Neary 1995). При этом издержки, связанные с применением патентов, могут быть весьма значительными. Вдобавок большая продолжительность процесса рассмотрения заявки может стать препятствием для организации поточного производства медикаментов.

Долгое время сроки действия патентов в разных странах варьировали. В большинстве индустриальных стран период патентной защиты составлял 15—20 лет со



дня регистрации патента. Различия в сроках действия патентов, равно как и то обстоятельство, что интеллектуальная собственность в развивающихся странах часто оставалась незащищенной, привели к Уругвайскому раунду многосторонних торговых переговоров (1993), где страны Атлантического союза, входящие в Генеральное соглашение по таможенным тарифам и торговле, согласились предоставить серьезную патентную защиту лекарствам и другим продуктам (Corgrea 2000). Согласно заключенным соглашениям по защите интеллектуальной собственности, срок действия патента составляет 20 лет со дня его регистрации.

Значение патентной защиты для общества определяется тем, что она стимулирует новаторов к исследованиям и разработкам, в результате которых могут появиться продукты, способные продлить нашу жизнь и улучшить ее качество. После того как лекарство разработано, прямые затраты на его изготовление становятся почти нулевыми, что порождает проблему «свободной езды». По мере выпуска на рынок подделок и суррогатов данного лекарства прибыль от продажи исходного продукта падает. Процесс производства подделок может развиваться так быстро, что дисконтированная сумма прибыли оказывается меньше, чем размер первоначальных инвестиций в исследования и разработку (Scherer 1996). Впрочем, следует заметить, что патентованные медикаменты трудно доступны для больных в развивающихся странах (последние часто не могут позволить себе их импорт ввиду их высокой цены).

Активно дискутировался вопрос о том, действительно ли патенты создают подлинно монопольную ситуацию для производителей медикаментов. Хотя патенты (так же как и лицензионные соглашения и соглашения о взаимном обмене лицензиями, преобладающие среди держателей патентов) ограничивают конкуренцию среди патентованных лекарств, они не подавляют ее полностью. У известных лекарств часто встречаются заменители, отличающиеся только отдельными фармакологическими свойствами (например, совокупностью побочных эффектов) или отдельными атрибутами (например, дозировкой или способом употребления). Лекарства ведущих фирм часто конкурируют с такими заменителями. Так, на американском рынке сосуществовало несколько препаратов, блокирующих выработку холестерина по одному и тому же механизму (ингибитор ГМГ-КоА-редуктазы); когда на рынок был выпущен третий такой препарат, его начальная цена составила половину цены первых двух (Bosanquet and Zammit-Lucia 1995). Хотя эти продукты не являются полными заменителями друг друга, они достаточно близки по способу действия и клиническим результатам и потому могут считаться конкурирующими.

### **Меры по защите потребителя и лицензирование продукции**

Меры по защите потребителя нужны для того, чтобы предотвратить стремление предпринимателей нажиться благодаря «перекосу» информации, чреватому опасностями для больного. Регулирующие инстанции вмешиваются также в деятельность рынка, требуя, чтобы новые фармацевтические продукты прошли процедуру лицензирования перед выпуском на рынок. На рынке медикаментов складывается взаимосвязь «заказчик—исполнитель». Во-первых, агентские взаимоотношения возникают между больным с одной стороны и врачом (назначающим) и фармацевтом (отпускающим) — с другой; во-вторых, агентские взаимоотношения возникают между производителями и теми, кто создает спрос, — врачами, фармацевтами и

большими. Сложная техническая природа фармацевтических продуктов не позволяет врачам, фармацевтам и больным адекватно оценить достоверность заявлений производителей относительно безопасности и эффективности того или иного медикамента. Отсюда возникает необходимость в лицензировании, удостоверяющем, что продукт, предлагаемый больному, безопасен и эффективен.

В 1960-х гг. многие страны приняли практику обязательного лицензирования продукции перед ее выпуском на рынок. До трагической истории с талидомидом лекарства, назначаемые по рецепту, выпускались на рынок по усмотрению врача и не требовали специального лицензирования. Британский Акт о медикаментах 1968 г. и аналогичные законы, принятые в других странах, гарантировали, что на рынке будут продаваться только безопасные и эффективные лекарства.

Получение лицензии на продукт — процедура длительная и требующая немалых затрат. Требуется представить обзор клинической информации, подтверждающий безопасность, эффективность и качество продукта. Производители должны доказать, что новый продукт при определенных условиях приносит определенную терапевтическую пользу и что он безопасен для человека при использовании в дозах, которые надлежит установить. Для получения требуемых доказательств проводятся исчерпывающие доклинические и клинические испытания, в ходе которых упомянутые качественные атрибуты проверяются на группах больных. Процесс клинического исследования занимает до 10 лет и в конечном счете может привести к выпуску лекарства на определенный рынок. Если производитель стремится выйти сразу на несколько рынков, он должен осуществить часть клинических испытаний в местном масштабе, чтобы выборка больных была более репрезентативной; к тому же локальные регулирующие органы достаточно часто требуют от компаний, чтобы те проводили испытания на месте.

Получение результатов, достаточных для одобрения со стороны регулирующих органов, гарантируется далеко не всегда; между тем чтобы доказать соответствие нового продукта стандартам, необходимо последовательно продвигаться от одной фазы испытаний к другой. Мобилизация капитала на осуществление клинических испытаний многообещающей молекулы — задача весьма сложная, особенно в области биотехнологии, где преобладают малые и средние предприятия. Малые фирмы часто вступают в стратегические альянсы с большими фармацевтическими компаниями или рассчитывают на поддержку акционеров при финансировании разработки новых продуктов (Kanavos 1998).

После окончания клинических испытаний производитель представляет заявку на новое лекарство регулирующим инстанциям. Конечная цель этой процедуры — регистрация нового продукта в качестве лекарства. Производитель должен также точно указать, при каких клинических условиях и в каких дозах должно использоваться данное лекарство. Регулирующий орган рассматривает все результаты клинических испытаний и при наличии достаточных доказательств безопасности, эффективности и качества продукта санкционирует его использование при указанных клинических условиях. По завершении процедуры лекарство регистрируется и лицензируется на продажу.

Клинические испытания и другие процедуры по лицензированию увеличивают время выхода продукта на рынок, тем самым сокращая реальный срок действия патента и снижая прибыли. Эффективность работы регулирующих органов неодинакова, что сказывается на сроках (Randy Stround Consulting 1995). Более того, американское Управление по санитарному надзору за качеством пищевых продуктов и медикаментов ввело параллельную ускоренную процедуру проверки новых ле-

карств. Эта процедура, ограничивающаяся доказательством безопасности препарата на первой стадии клинических испытаний, обеспечивает возможность ускоренного доступа к лекарствам при лечении особых случаев (таких, как СПИД). Чтобы компенсировать сокращение срока действия патента, были приняты документы, обуславливающие возможность продления последнего (Европейский союз утвердил такой документ в 1994 г.). Продление патента порождает проблему пост-патентной конкуренции (см. ниже).

Процедуры лицензирования новых препаратов координировались на наднациональном и международном уровнях; это делалось ради того, чтобы минимизировать повторения процедур в разных странах. Европейское агентство по оценке медикаментов (ЕМЕА) было учреждено в 1995 г. именно для координации процедур лицензирования, принятых в разных европейских странах. Аналогичную цель на международном уровне преследуют Международные конференции по координированию, объединяющие представителей Европейского союза, США и Японии.

Регулирующие инстанции должны периодически удостоверяться в том, что производители соблюдают условия, указанные в заявке на лицензирование, и что производство продукта продолжает находиться под контролем. Меры по контролю за соблюдением норм производства включают установление минимальных требований к производственному процессу, а также к обработке, упаковке и хранению готовых медикаментов. Обычно формулируются также требования к оборудованию и к аппаратуре, используемой при производстве медикаментов. Регулирование производства нужно для того, чтобы гарантировать подлинность, устойчивость, качество и чистоту продукта. Регулирование в данном случае принимает форму периодической необъявленной инспекции предприятий. Представители регулирующих органов могут инспектировать оборудование для разработки, производства и клинического испытания лекарств даже до выхода последних на рынок. Регулирующие инстанции также собирают информацию от разных наблюдателей, чтобы по необходимости помочь им при распознавании проблем, связанных с производством или контролем.

### **Ослабление регулирующих мер на рынке непатентованных лекарств и создание конкурентной среды**

Стремясь повысить конкуренцию в пост-патентный период, США заметно ослабили регулирующие меры на пост-патентном рынке. Речь шла не столько о полном прекращении регулирования, сколько о снижении барьеров для выхода на рынок согласно Акту о ценовой конкуренции и восстановлении срока действия патентов на лекарства от 1994 г. Этот документ, более известный как Акт Ваксмана—Хатча (Waxman-Hatch Act), снизил требования по выпуску на рынок непатентованных эквивалентов исходного патентованного лекарства. Чтобы дополнительно ускорить выход на рынок таких эквивалентных препаратов по истечении срока патента, Акт разрешил производителям непатентованных лекарств собирать данные для регулирования и проводить тесты на биологическую эквивалентность за полгода до момента окончания срока патента. Вместе с тем Акт запрещает накопление запасов, которое сделало бы возможным выброс непатентованного эквивалента на рынок немедленно по истечении срока патента.

Благодаря Акту Ваксмана—Хатча временной промежуток между моментом окончания срока патента на лекарство известной фирмы и появлением на рынке его непатентованных копий существенно сократился; если раньше этот промежу-

ток составлял не менее трех лет, то ныне он не превышает трех месяцев (Congressional Budget Office 1998). В результате количество непатентованных лекарств на рынке увеличилось; возросло также число конкурирующих друг с другом копий одного и того же патентованного препарата (Caves *et al.* 1991). Согласно данным по 1984—1987 гг., в первый пост-патентный год появлялось в среднем по пять копий исходного лекарства, а в течение каждого из трех последующих лет — по три копии (Frank and Salkever 1997). По мере увеличения количества новых копий их цена падала. В течение первых трех лет цена копий составляла 50—60% цены исходного патентованного препарата (Caves *et al.* 1991; Grabowski and Vernon 1992, 1996; Frank and Salkever 1997). Скидки с целью увеличения доли на рынке также были более значительными в тех случаях, когда равноценные копии выпускались двумя или более производителями (Congressional Budget Office 1998). Обнаружено, что доля непатентованных копий на рынке возрастала на 10% на каждые 6% скидки с цены (Grabowski and Vernon 1992). Таким образом, Акт Ваксмана—Хатча сделал относительно дешевые копии патентованных препаратов более доступными для потребителей по истечении срока патента. Росту конкуренции на пост-патентном рынке лекарств в США способствовали и другие меры по регулированию назначения, отпуска и потребления непатентованных лекарств.

Несмотря на стимулы, созданные благодаря Акту Ваксмана—Хатча и другим инициативам, барьеры для входа на рынок могут оставаться все еще достаточно высокими из-за мер, применяемых владельцами исходной марки ради отсрочки последствий, которыми чревато истечение патента. Эти меры включают разработку копий, выпускаемых под той же маркой, удержание сырья, повышение требований к технической спецификации. Производитель исходного препарата может также продолжать извлекать выгоду из многократных патентов (имеется в виду практика получения вторичных патентов, обеспечивающих определенную защиту доли данного производителя на рынке после окончания срока основного патента).

## **Реформы и предпринимательская деятельность**

Большинство стран, входящих в Организацию экономического сотрудничества и развития, стран с переходной экономикой и стран с высоким или средним уровнем дохода на душу населения осуществили или осуществляют глубокие реформы систем здравоохранения, направленные, в частности, на сдерживание расходов и повышение экономичности (OECD 1992, 1994; Saltman *et al.* 1998). Реформы предусматривают более эффективное размещения средств с тенденцией к введению бюджетов для всей сферы здравоохранения и для отдельных поставщиков медицинских услуг. Был принят также ряд мер по сдерживанию расходов на медикаменты; эти меры оказали прямое влияние на деятельность различных агентов рынка. В настоящем разделе обсуждаются некоторые из предпринятых инициатив: прямое регулирование цен производителей и распространителей, регулирование прибыли производителей, установление ориентировочных цен, установление сметы на назначение лекарств.

### **Прямое и косвенное регулирование цен на лекарства**

Решение вопроса о том, какая цена на продукт является наиболее разумной и обоснованной, представляет собой особую проблему на фармацевтическом рынке, по-

скольку, как уже было сказано, трудности рынка мешают установлению правильной цены. Плательщики системы здравоохранения рассчитывают на различные меры по прямому и косвенному регулированию цен; эти меры должны поддерживать цены на «разумном» уровне и обеспечивать контроль над расходами на медикаменты. Прямое регулирование цен принимает разнообразные формы, которые мы не будем рассматривать здесь в полном объеме. Мы сосредоточимся лишь на двух формах: установлении максимальной цены компенсации или ориентировочной цены и установлении цены на основании соотношения между размером затрат и эффективностью. Кроме того, мы рассмотрим альтернативу прямому регулированию цен — косвенное регулирование цен или регулирование прибыли.

### **Установление ориентировочной цены**

Цель установления ориентировочной цены, или фиксированного уровня компенсации, — ограничить рост расходов на медикаменты путем фиксации предельной суммы, которую плательщики системы здравоохранения должны возместить полностью. При установлении этой суммы регулирующие органы ориентируются на цену других лекарств той же категории. Для калькуляции ориентировочной цены используются разные механизмы; ориентиром может служить средняя цена лекарств данной категории, цена самого дешевого лекарства или цена самой дешевой непатентованной копии плюс некоторая дополнительная сумма. Больной платит разницу между ценой назначенного лекарства и ориентировочной ценой, если первая выше второй. Единая стоимость компенсации за медикаменты, являющиеся более или менее эквивалентными, стимулирует врачей и больных к учету цены при выборе лекарства. Таким образом, установление ориентировочной цены должно привести к тому, что цены всех продуктов данной ценовой категории упадут до одного и того же уровня.

Установление ориентировочной цены признано важным политическим инструментом, ликвидирующим разрыв между терапевтически сходными продуктами и повышающее степень прозрачности рынка (Giuliani *et al.* 1998). Схема применялась в разных странах (Германии, Новой Зеландии, Швеции, канадской провинции Британская Колумбия); калькуляция ориентировочных цен и разграничение категорий осуществлялось в этих странах различными способами. Вообще говоря, ориентировочные цены устанавливаются только на взаимозаменяемые препараты, имеющие один и тот же механизм терапевтического воздействия или приводящие к сходным клиническим результатам. Вместе с тем классификация продуктов по сопоставимым терапевтическим эффектам часто бывает спорной и сопряжена с административными трудностями (Rigter 1994). Новые продукты, для которых не существует явных заменителей, как правило, исключаются из схем по калькуляции ориентировочных цен; тем не менее можно ожидать, что цены на эти новые медикаменты будут стремиться к ориентировочным ценам на конкурирующие продукты. Обнаружено, что цены на непатентованные эквиваленты патентованных лекарств, первоначально установленные ниже ориентировочной цены, в некоторых странах вырастают до уровня последней (Zweifel and Crivelli 1996).

### **Установлении цены на основании соотношения между размером затрат и эффективностью**

Для обоснования компенсируемых цен на медикаменты в одних странах используются, а в других — активно дискутируются экономические критерии (Drummond *et*

al. 1997; Siegel *et al.* 1997; Freemantle 1999). В 1993 г. Австралия стала первой страной, обязавшей претендентов на компенсацию называть цену, которую они считают подходящей для продукта, и осуществлять экономическую калькуляцию для обоснования этой цены. В 1995 г. Канада, а в 1999 г. Финляндия также потребовали от производителей экономического обоснования цен на подлежащие компенсации новые продукты. В Нидерландах, Португалии, Великобритании были приняты директивы по проведению фармакоэкономических исследований; правительства этих стран, основываясь на результатах таких исследований, могут требовать экономического обоснования решений по компенсации.

Цена, основанная на соотношении между размером затрат и эффективностью, выводится ради того, чтобы компенсируемая стоимость медикаментов была справедливой согласно критерию «стоит ли это затраченных денег» (англ. 'value-for-money'). Этот метод установления цены основан на утилитарных принципах, способствующих росту экономичности при использовании средств в системе здравоохранения. Цена с надбавкой, установленная производителем медикамента, будет, согласно этому критерию, считаться обоснованной, если она сможет дать существенную экономию на расходах (Reekie and Buxton 1994). Высказывалось мнение, что фирмы могут предпочесть воздержаться от разработки некоторых лекарств, если ожидаемая пропорция между размером затрат и эффективностью окажется слишком низкой (Abbott 1995).

Применение данного принципа установления цены не обходится без трудностей. При расчете соотношения между расходами и эффективностью следует учитывать изменчивость этого показателя. Так, если реальная практика отличается от допущений, сделанных в гипотетической модели, соотношение для данного продукта может не достичь ожидаемого уровня. Сравнение соотношений, рассчитываемых согласно разным моделям, затруднительно. Стандартизация методов экономической оценки путем использования директив — один из способов обеспечения сопоставимости результатов; такая стандартизация помогает выяснить, обусловлены ли различия между результатами разных исследований реальными факторами или причинами методологического свойства. Вместе с тем даже применение директив для фармакоэкономического анализа не ликвидирует существующих трудностей, о чем можно судить на примере исследований по Австралии (Hill *et al.* 2000).

Вынесение экономических оценок создает практические проблемы для фармацевтической промышленности, поскольку предполагает необходимость инвестиций в исследования, а также необходимость модифицировать клинические испытания, дабы облегчить сбор экономических данных (Drummond 1994). Часто возникают трудности с систематизацией данных и с оценкой динамики соотношения между расходами и эффективностью. Применение результатов исследований к разным контекстам и к разным странам чревато искажениями реальной картины.

Идея об использовании лекарств в зависимости от соотношения между размером затрат и эффективностью связана с возрастающим использованием ограниченных перечней лекарств, подлежащих компенсации. Такие перечни могут включать либо все продукты, подлежащие компенсации по условиям данной системы («позитивные» перечни), либо, напротив, все продукты, на которые компенсация не распространяется («негативные» перечни). «Позитивные» перечни способствуют большей унификации при назначении лекарств и более активному использованию непатентованных средств, тогда как «негативные» препятствуют широкому распространению определенных препаратов. Ограниченные перечни могут служить также «непрозрачным» средством установления цен, поскольку они поощря-

ют компании пойти на снижение цен, дабы избежать исключения своих продуктов из «позитивных» перечней или их включения в «негативные» перечни. Ограниченные перечни сужают круг доступных лекарств и тем самым существенно влияют на свободу назначения лекарств, то есть, в широком смысле, на спрос.

### **Регулирование прибыли**

Контроль за прибылью или регулирование нормы прибыли — не прямое средство контроля за ценами на лекарства, при котором учитывается вклад производителя в разработку лекарства и экономия. Этот механизм контроля предотвращает возникновение чрезмерных прибылей, особенно от продажи продуктов, срок патента на которые еще не истек. Действие данного регулирующего механизма в Великобритании определяется Схемой регулирования цен на медикаменты. Последняя призвана, с одной стороны, обеспечивать лекарства по «обоснованным» ценам для Государственной службы здравоохранения и, с другой стороны, поддерживать существование и развитие сильной, эффективной и прибыльной фармацевтической промышленности в Великобритании.

Схема в целом является предметом переговоров между Министерством здравоохранения и Ассоциацией британских производителей медикаментов, а ориентиры прибыли устанавливаются в ходе переговоров между Министерством здравоохранения и отдельными компаниями. Ориентиры прибыли определяются исходя из общей нормы прибыли, полученной всеми секторами британской промышленности, и в настоящее время составляют от 17 до 21%. Допустимое отклонение для обеих сторон этого ориентира — 25%. Фармацевтическая компания может свободно устанавливать цены на свои продукты до тех пор, пока норма прибыли остается в рамках, определенных Министерством здравоохранения. Если прибыль превышает допустимые пределы, компания может либо выплатить излишек сверх допустимых 25%, либо снизить цены на некоторые из своих продуктов и тем самым сдержать рост прибылей на следующий год. Если прибыли падают ниже ориентира, компания может получить право на повышение цен.

Сильные и слабые стороны схемы продемонстрированы в ряде исследований (Maupard and Bloor 1997; Mossialos 1997; Slater 1997). Схема способствует поддержанию рабочих отношений между правительством и промышленностью, так как гарантирует отсутствие внезапных политических изменений и создает стабильную и предсказуемую среду для компаний, рассматривающих возможность инвестиций (это выгодно отличает Великобританию от других европейских стран). Поскольку данная схема не имеет силы закона, она предоставляет регулирующему органу богатые возможности для гибкого взаимодействия с различными компаниями. Схема проста и недорога в применении и предполагает немногочисленный персонал, ибо аудит основывается на обязательных, регулярно публикуемых отчетах. Наконец, схема поощряет инновационную деятельность, поскольку допускает высокий (выше среднемирового) уровень расходов на исследования и развитие и позволяет назначать свободные цены на инновационные продукты, то есть на новые активные вещества, впервые появляющиеся на британском рынке.

Схема имеет те же ограничения, что и другие методы регулирования нормы прибыли. Регулирование нормы прибыли не создает сильных стимулов к повышению эксплуатационной эффективности: ведь повышение затрат может быть в значительной степени скомпенсировано дозволенным повышением цен. Более того, поскольку расчет допустимой прибыли производится исходя из размера ин-

вестированного капитала, компания может позволить себе чрезмерные инвестиции в капитальное оборудование или искусственное расширение базы активов (Baldwin 1995). Эта ситуация напоминает известный эффект (Averch-Johnson-Wellisz effect), с которым связано регулирование нормы прибыли в сфере коммунальных услуг (Mossialos 1997). Регулирование нормы прибыли может также стимулировать фирмы, действующие сразу на нескольких рынках, к переводу издержек производства из нерегулируемого раздела в регулируемый (это выгодно для фирмы, производящей как патентованные препараты, регулируемые по вышеописанной схеме, так и непатентованные лекарства, регулирование которых осуществляется по альтернативной схеме). Наконец, поскольку ориентиры прибыли являются предметом переговоров, и процесс может быть непрозрачным, существует возможность «поглощения» регулирующего органа регулируемым предприятием. Определение «правильности» или «справедливости» нормы прибыли предполагает глубокое понимание особенностей данной отрасли промышленности, интенсивную работу по сбору информации и (в связи с проблемой правоприменения) переговоры.

### **Регулирование цен на этапе распространения лекарств**

Реформы повлияли также на предпринимательскую деятельность в области распространения лекарств. Лекарства, как правило, распространяются от производителя по больничным и розничным аптекам либо непосредственно, либо через посредничество оптовика. В некоторых странах система распространения не регулируется, в других — подлежит регулированию полностью или частично. Регулирование системы распространения влияет не только на конечную цену продуктов, но и на стимулы к предпринимательской деятельности.

В Германии цепочка «производитель—оптовик—фармацевт» регулируется весьма жестко. Допустимое различие между покупной и продажной ценой как для оптовика, так и для фармацевта зафиксировано на определенной отметке. Хотя прибыль фармацевта в процентном исчислении варьирует обратно пропорционально цене продукта, продажа дорогих продуктов приносит более высокий абсолютный доход. Ввиду того, что оптовые торговцы имеют весьма ограниченные возможности делать скидки, ценовая конкуренция на немецком рынке непатентованных лекарств отсутствует. Немецкие производители непатентованных препаратов должны конкурировать за долю на рынке, продвигая свои продукты под собственной торговой маркой. Результат подобного жесткого регулирования — высокая цена на лекарства и одна из самых низких норм прибыли для производителей лекарств в Европе (Selke and Schröder 1997).

С другой стороны, в Великобритании и США розничная наценка до известной степени регулируется для дорогих препаратов, но не подлежит регулированию для дешевых лекарств. Схема расценок на лекарства, действующая в Великобритании, устанавливает самые высокие компенсационные цены для непатентованных лекарств, не имеющих торговой марки. В обеих странах на уровне ниже установленных границ компенсации предоставляются скидки. Предоставление скидок мотивируется тем, что фармацевты получают более высокий процент прибыли за менее дорогостоящие медикаменты. Практика скидок привела, в частности, к большей дешевизне непатентованных препаратов в Великобритании и США по сравнению с Германией (Mrazek and Mossialos, 2000).



### **Установление сметы на назначение лекарств**

Назначение лекарств регулируется методами финансового и нефинансового стимулирования. Финансовое стимулирование принимает форму сметы на назначение лекарств; врач, превысивший смету, платит денежный штраф, тогда как врач, уложившийся в смету, вознаграждается возможностью удержать часть сэкономленных в результате денег.

В Великобритании реформой Государственной службы здравоохранения (1990) были предусмотрены две схемы установления сметы: показательная схема назначения лекарств и схема для кооператива врачей общей практики. Показательная схема применялась ко всем врачам общей практики, не состоявшим в кооперативах; эти врачи поощрялись к тому, чтобы удерживать расходы на назначаемые лекарства в рамках «целевых» смет, при составлении которых учитывались существующие нормы затрат на лекарства, а также демографические, социальные и эпидемиологические факторы. Исполнение смет, составленных по этой схеме, отслеживалось каждый месяц; если врач превышал смету, ему выносилось предупреждение со стороны местных органов здравоохранения. Хотя санкции против врачей, прописывающих лекарства сверх определенной меры, были введены еще в 1974 г., они применялись редко. Поскольку штрафы на врачей, превысивших смету, не налагались, показательные сметы служили своего рода ориентиром для врачей и контролировались относительно мягко.

Что касается врачей общей практики, объединенных в кооперативы, то для каждого из них смета устанавливалась отдельно. К 1998, когда схема для врачебных кооперативов перестала применяться, ею были охвачены 55% всех врачей (Robinson and Dixon 1999). Врачам общей практики, не превысившим свою смету, предоставлялась возможность перевести любую часть сэкономленных денег в другую часть своего рабочего бюджета или использовать ее для обновления оборудования. Под влиянием этих финансовых стимулов врачам, объединенным в кооперативы, удалось добиться более значительной экономии средств (Bradlow and Coulter 1993); последняя была достигнута не столько за счет назначения меньшего количества медикаментов, сколько за счет более низкой средней цены за каждый назначаемый медикамент (Harris and Scrivener 1996), причем низкая цена была обусловлена преобладанием среди назначаемых лекарств непатентованных препаратов (Gosden and Torgerson 1997). Политика Государственной службы здравоохранения, направленная на увеличение удельного веса непатентованных препаратов среди назначаемых и отпускаемых лекарств, привела к тому, что между 1989 и 1997 г. назначение таких препаратов выросло на 12%, а отпуск — на 18% (Department of Health 1998). В итоге врачи, объединенные в кооперативы, стали рассматриваться как предприниматели (Bain 1993; Ennew *et al.* 1998).

Сметы на назначаемые лекарства были введены также в Германии. В отличие от практики, принятой в Великобритании, с 1993 г. такие сметы устанавливались коллективно для всех врачей общей практики данного округа. За каждое превышение сметы применялись коллективные санкции. В первый год после введения этой меры наблюдалось 30%-ное снижение числа выписанных рецептов, а также снижение средней стоимости назначаемых лекарств, в значительной степени связанное с ростом удельного веса непатентованных препаратов (Busse and Howorth 1999). Таким образом, введение смет на назначаемые лекарства в Германии поначалу привело к тому же результату, что и в Великобритании.

Данная мера, имевшая в целом весьма ограниченный успех, заслуживает некоторых разъяснений. Стремление к более дешевому лечению не обязательно приво-

дит к снижению расходов. Экономия на назначении лекарств носит скорее краткосрочный характер. Вдобавок необходимость придерживаться сметы может поощрить врача к такому ложному шагу, как направление значительной части пациентов в больницы; тем самым врач, облегчая бремя собственного бюджета, увеличивает общие издержки системы здравоохранения. К тому же дорогостоящая «переадресовка» пациентов в больницы может породить проблему «снятия сливок» (Goodwin 1998).

Чтобы сдерживать стремление врачей к обогащению, чреватое опасными последствиями для больных, был введен ряд мер по мониторингу практики выписывания рецептов. Данные по рецептам отслеживаются на предмет изменений, касающихся числа и типа выписанных рецептов. Эти данные используются для того, чтобы обеспечить врачей надежной, систематизированной и оперативной информацией, позволяющей лучше уяснить текущие соотношения цен и, соответственно, сделать собственные рецепты более экономичными. Полезность данных по рецептам определяется их номенклатурой, качеством, надежностью и сопоставимостью, а эффективность этой стратегии улучшения практики выписывания рецептов определяется готовностью врачей учитывать расходы при назначении лекарств. Врачи, как правило, не против учета расходов (Denig and Haaijer-Ruskamp 1995; Ryan *et al.* 1996); вместе с тем показано, что некоторые другие критерии — и прежде всего личный опыт — ценятся выше, чем цена (Denig and Haaijer-Ruskamp 1995).

Директивы по назначению лекарств используются для уменьшения различий между врачами в том, что касается практики выписывания рецептов, а также для обеспечения должного соотношения между затратами и эффективностью лекарств. Для оценки качества рецептов уместны периодические проверки; при этом оценка должна проводиться по отношению к устойчивым показателям. Несоответствие рецептов стандартам, описанным в клинических руководствах, может дать повод для воспитательных мер. Мониторинг работы врачей важен, чтобы уберечь больных от возможных отрицательных последствий стремления врачей к обогащению.

## Выводы

С одной стороны, предпринимательская деятельность на рынках медикаментов может способствовать повышению эффективности, тогда как с другой — вызвать необходимость в регулирующих мерах по сдерживанию стремления к наживе. Как государственные, так и частные предприниматели, действующие на рынке медикаментов, стремятся к всемерному повышению прибылей; их стремление к наживе чревато опасностями для больных. На поощрение предпринимательства в фармацевтической области были направлены такие регулирующие меры, как введение патентов, ослабление регулирования на пост-патентном фармацевтическом рынке, компенсация расходов на лекарства на основе соотношения между затратами и эффективностью, схемы регулирования цен на медикаменты наподобие использованной в Великобритании.

Одновременно принимались меры по смягчению негативных последствий стремления предпринимателей к наживе. Защита потребителя, лицензирование продуктов, мониторинг назначения и отпуска лекарств — все это образцы мер, принятых для обеспечения безопасности, эффективности и качества услуг на фармацевтическом рынке. Прямое и косвенное регулирование цен в цепочке «производитель—оптовик—фармацевт» и введение смет для врачей — образцы мер, при-

нятых с целью оптимизации распределения средств. Все эти методы, однако, носят ограниченный характер. Как показывает опыт, менее жесткое регулирование отношений в цепочке «производитель—оптовик—фармацевт» рыночных может привести к значительной активизации рыночных механизмов. Вместе с тем усиление рыночных стимулов вовсе не обязательно приведет к снижению издержек, поскольку стремления предпринимателей к наживе чревато недооценкой интересов больных. Разрабатывая свою политику по отношению к рынку медикаментов, регулирующие инстанции должны иметь в виду всю совокупность этих противоположно направленных факторов.

## Литература

- Abbott, T.A. (1995) Price regulation in the pharmaceutical industry: prescription or placebo? *Journal of Health Economics*, 14: 551–65.
- Bain, J. (1993) Budget holding: Here to stay? *British Medical Journal*, 306: 1185–8.
- Baldwin, R. (1995) *Regulation in Question: The Growing Agenda*. London: London School of Economics.
- Bosanquet, N. and Zammit-Lucia, J. (1995) The effect of competition on drug prices, *Pharmacoeconomics*, 8: 473–8.
- Bradlow, J. and Coulter, A. (1993) Effect of fundholding and indicative prescribing schemes on general practitioners' prescribing costs, *British Medical Journal*, 307: 1186–9.
- Busse, R. and Howorth, C. (1999) Cost containment in Germany: twenty years experience, in E. Mossialos and J. Le Grand (eds) *Health Care and Cost Containment in the European Union*. Aldershot: Ashgate.
- Caves, R.E., Whinston, M.E. and Hurwitz, M.A. (1991) *Patent Expiration, Entry and Competition in the US Pharmaceutical Industry: An Exploratory Analysis*, Brookings Papers on Economic Activity: Microeconomics. Washington, DC: Brookings Institute.
- Centre for Medicines Research (1999) *The Pharmaceutical R&D Compendium: CMR International/ Scrip's Complete Guide to Trends in R&D*, Vol. 1. London: CMR International and PJB Publications.
- Congressional Budget Office (1998) *How Increased Competition from Generic Drugs has Affected Prices and Returns in the Pharmaceutical Industry*. Washington, DC: Congressional Budget Office.
- Correa, C.M. (2000) *Integrating Public Health Concerns into Patent Legislation in Developing Countries*. Geneva: South Centre.
- Denig, P. and Haaijer-Ruskamp, F.M. (1995) Do physicians take cost into account when making prescribing decisions? *Pharmacoeconomics*, 8: 282–90.
- Department of Health (1998) Statistics of prescriptions dispensed in the community: England 1987 to 1997, *Statistical Bulletin*, 24 July.
- Drummond, M.F. (1994) The emerging government requirement for economic evaluation of pharmaceuticals, *Pharmacoeconomics*, 6 (suppl. 1): 42–50.
- Drummond, M.F., Jonsson, B., Rutten, F. et al. (1997) The role of economic evaluation in the pricing and reimbursement of medicines, *Health Policy*, 40: 139–43.
- Ennew, C., Feighan, T. and Whynes, D. (1998) Entrepreneurial activity in the public sector: evidence for UK primary care, in P. Taylor-Gooby (ed.) *Choice and Public Policy: The Limits to Welfare Markets*. London: Macmillan.
- Frank, R.G. and Salkever, D.S. (1997) Generic entry and the pricing of pharmaceuticals,

- Journal of Economics and Management Strategy*, 6: 75–90.
- Freemantle, N. (1999) Does the UK National Health Service need a fourth hurdle for pharmaceutical reimbursement to encourage the more efficient prescribing of pharmaceuticals?, *Health Policy*, 46: 255–65.
- Giuliani, G., Selke, G. and Garattini, L. (1998) The German experience in reference pricing, *Health Policy*, 44: 73–85.
- Goodwin, N. (1998) GP fundholding, in J. Le Grands, N. Mays and J. Mulligan (eds) *Learning from the NHS Internal Market: A Review of the Evidence*. London: King's Fund.
- Gosden, T. and Torgerson, D.J. (1997) The effect of fundholding on prescribing and referral costs: a review of the evidence, *Health Policy*, 40: 103–14.
- Grabowski, H.G. and Vernon, J.M. (1992) Brand loyalty, entry, and price competition in pharmaceuticals after the 1984 Drug Act, *Journal of Law and Economics*, 35: 331–50.
- Grabowski, H.G. and Vernon, J.M. (1996) Longer patents for increased generic competition in the US: The Waxman-Hatch Act after one decade, *PharmacoEconomics*, 10 (suppl. 2): 110–23.
- Harris, C.M. and Scrivener, G. (1996) Fundholders' prescribing costs: the first five years, *British Medical Journal*, 313: 1531–4.
- Hill, S.R., Mitchell, A.S. and Henry, D.A. (2000) Problems with the interpretation of pharmacoeconomic analyses: a review of submissions to the Australian Pharmaceutical Benefits Scheme, *Journal of the American Medical Association*, 283: 2116–21.
- Howells, J. and Neary, I. (1995) *Intervention and Technological Innovation: Government and the Pharmaceutical Industry in the United Kingdom and Japan*. London: Macmillan.
- International Federation of Pharmaceutical Wholesalers (IFPW) (2001) *Annual Report 2000*. [http://www.ifpw.com/00an\\_rpt.pdf](http://www.ifpw.com/00an_rpt.pdf) (accessed 31 July 2001).
- Kaitin, K.I., Bryant, N.R. and Lasagna, L. (1993) The role of the research-based pharmaceutical industry in medical progress in the United States, *Journal of Clinical Pharmacology*, 33: 412–17.
- Kanavos, P. (1998) *Determinants of Market Structure in the International Biopharmaceutical Industry*. Paris: OECD Biotechnology Unit.
- Maynard, A. (1993) The regulation of the pharmaceutical industry, in M.F. Drummond and A. Maynard (eds) *Purchasing and Providing Cost-effective Health Care*. London: Churchill Livingstone.
- Maynard, A. and Bloor, K. (1997) Regulating the pharmaceutical industry, *British Medical Journal*, 315: 200–1.
- Mossialos, E. (1997) An evaluation of the PPRS: is there a need for reform?, in Institute of Economic Affairs (ed.) *Should Pharmaceutical Prices be Regulated?* London: IEA Health and Welfare Unit.
- Mrazek, M. and Mossialos E. (2000) Increasing demand while decreasing costs of generic medicines, *Lancet*, 356: 1784–5.
- Organisation for Economic Co-operation and Development (1992) *The Reform of Health Systems: A Review of Seven OECD Countries*, OECD Health Policy Studies No. 2. Paris: OECD.
- Organisation for Economic Co-operation and Development (1994) *The Reform of Health Systems: A Review of Seventeen OECD Countries*, OECD Health Policy Studies No. 5. Paris: OECD.
- Randy Stround Consulting Inc. (1995) *Drug Submission Evaluation: International Comparison of Performance Standards and Performance: Canada, USA, UK, Australia, Sweden, European Community*. Ottawa: Health Canada.

- Reekie, W.D. and Buxton, M.J. (1994) Cost-effectiveness as a guide to pricing a new pharmaceutical product, *South African Medical Journal*, 84: 421–3.
- Rigter, H. (1994) Recent public policies in the Netherlands to control pharmaceutical pricing and reimbursement, *PharmacoEconomics*, 6 (suppl. 1): 15–21.
- Robinson, R. and Dixon, A. (1999) *Health Care Systems in Transition: United Kingdom*. Copenhagen: European Observatory on Health Care Systems.
- Ryan, M., Yule, B., Bond, C. and Taylor, R.J. (1996) Do physicians' perceptions of drug costs influence their prescribing? *PharmacoEconomics*, 9: 321–31.
- Saltman, R., Figueras, J. and Sakellarides, C. (1998) *Critical Challenges for Health Care Reform in Europe*. Buckingham: Open University Press.
- Scherer, F.M. (1996) *Industry Structure, Strategy and Public Policy*. New York: Harper Collins.
- Selke, G.W. and Schröder, H. (1997) Recent proposals for changing pharmacy margins in Germany, *Pharma Pricing Review*, 2: 230–3.
- Siegel, J.E., Torrance, G.W., Russell, L.B. *et al.* (1997) Guidelines for pharmacoeconomic studies: Recommendations from the Panel on Cost Effectiveness in Health and Medicine, *PharmacoEconomics*, 11: 159–68.
- Slater, A.E. (1997) Regulating the price of the UK's drugs: second thoughts after the government's first report, *British Medical Journal*, 314: 365.
- Wyatt, S., Bertin, G. and Pavitt, K. (1985) Patents and multinational corporations: results from questionnaires, *World Patent Information*, 7: 196–212.
- Zweifel, P. and Crivelli, L. (1996) Price regulation of drugs: lessons from Germany, *Journal of Regulatory Economics*, 10: 257–73.

## глава ВОСЬМАЯ

### **Регулирование предпринимательства в социальной медицине**

*Жюльен Фордер*

#### **Введение**

Растущие расходы на социальное обеспечение и прогнозы относительно старения населения во многих европейских странах сделали реформу социального обеспечения одним из важнейших вопросов текущей политики. Такая реформа мотивируется необходимостью сдерживания расходов, а также другими факторами, в том числе необходимостью усовершенствовать взаимодействие между медицинской помощью в учреждениях и на дому, идеологическими соображениями, заботой о справедливом распределении благ (Glennester and Le Grand 1995).

Многие европейские страны придают центральное значение более активному использованию рыночных механизмов в социальной медицине. Высвобождение предпринимательской активности трактуется сторонниками реформ как важнейший фактор, способствующий улучшению качества услуг и снижению их себестоимости. Считается, что рынки создают подходящие стимулы для всех заинтересованных сторон. Хотя структуры социальной медицины в странах Европы все еще достаточно разнообразны, рыночные механизмы стали играть более существенную роль после отделения и децентрализации систем субсидирования и снабжения социальной медицины. Однако после нескольких лет экспериментов по стимулированию рынка исходные аргументы в пользу подобных мер, особенно в Великобритании и других странах Западной Европы, начали ставиться под сомнение. Было показано, что социальная медицина — это отнюдь не та идеальная среда, в которой рынок функционирует в точном соответствии с теоретическими моделями (Bartlett and Le Grand 1993; Bartlett *et al.* 1994). Важнейший политический вопрос состоит в том, насколько действующие государственные иерархические структуры (недостатки которых в данной связи упоминаются весьма часто) соответствуют реальной ситуации на рынках социальной медицины.

В настоящей главе рассматривается гипотетическое соотношение между предпринимательской деятельностью и мерами по активизации рыночных механизмов; затем описываются принципы функционирования систем социальной медицины в нескольких европейских странах.

### Предпринимательское поведение

В контексте нарастающего налогового давления и меняющихся политических установок по отношению к государственному сектору задача повышения эффективности (путем наращивания производительности, внедрения новаций, снижения издержек и т. п.) приобретает первоочередное значение для тех, кто принимает политические решения. В связи с теоретическим осмыслением этой задачи предпринимались опыты по анализу механизмов заключения сделок, в том числе в области социальной медицины (Wistow *et al.* 1994; Glennerster and Le Grand 1995; Lewis and Glennerster 1996).

Существует мнение, что традиционная бюрократия подавляет инновационную деятельность и не способствует снижению издержек; соответственно, внедрение рыночных механизмов при заключении сделок должно способствовать решению этих задач. Данная политическая установка укоренена в идеологии новых либералов и «новых правых» (Niskanen 1971; Bucannon and Tollison 1984; Cullis and Jones 1987). Концептуальной основой этой традиции политической мысли служит «неоклассицистская» экономика и, в особенности, теоретически прогнозируемые оптимальные социальные последствия перехода от коллективных действий к полностью конкурентным рынкам (Varian 1978). Литература о проявлениях неэффективности государственного регулирования (Wolf 1979 и др.) и коллективных действий (Buchanan and Tullock 1965; Downs 1967) подтверждает, что нерыночное поведение экономически неэффективно. «Новые правые», основываясь на этой теореме, заключают, что рынки — это *лучший* способ поддержки эффективности и что рыночные механизмы носят «естественный» характер, тогда как альтернативные меры — в том числе действия правительственной бюрократии — лишь нарушают нормальное функционирование рынков.

Приняв как должное, что поставщики стремятся к всемерному повышению прибылей, мы можем прийти к выводу, что конкуренция вовсе не является обязательным фактором, поощряющим предпринимательскую деятельность. Монополисты, действующие в своих коммерческих интересах, заинтересованы в снижении издержек и введению новшеств ради наращивания доходов. Однако существуют и другие организации, действующие на основании других мотивов и решающие другие задачи; благополучие таких организаций не слишком зависит от размера прибылей, и поэтому они могут проявить безразличие к рыночным стимулам. Лишь угроза банкротства может побудить их к предпринимательскому поведению. Конкуренция приведет к падению доходов и, как следствие, побудит этих поставщиков принять меры по снижению издержек и по введению новшеств — иначе их банкротство неизбежно. Вообще говоря, конкуренция *достаточна*, но не *необходима* для предпринимательства.

Какие системы социальной медицины способствуют предпринимательству? Чтобы ответить на этот вопрос, мы нуждаемся в концептуальной схеме, которая поможет нам, во-первых, охарактеризовать различные системы социальной медицины с различных точек зрения, имеющих отношение к нашей задаче, и, во-вторых, уяснить природу связей между различными системами социальной медицинской помощи и предпринимательством. Экономика организации предоставит нам

концептуальную схему, основанную на понятии структуры управления (Williamson 1985, 1986; Milgrom and Roberts 1992; Miller 1992).

### **Структура управления**

Уильямсон (Williamson 1994: 102) определяет структуру управления как «институциональную матрицу, в рамках которой обеспечивается целостность сделки». В структуру управления входят учреждения, контракты, правила и положения, упорядочивающие взаимодействие сторон, вступающих в сделку. Используя в качестве единицы анализа сделку, а не производство, специалисты выявляют основные рыночные и иерархические структуры, а также ряд промежуточных форм (Coase 1937; Williamson 1975, 1979, 1985; Granovetter 1985; Dow 1987; Perrow 1990; Hamilton and Feenstra 1995). Структуры управления могут различаться по четырем показателям: по способу распределения прав контроля и собственности среди участвующих сторон, по механизму распределения средств (например, компенсаций), по характеру регулирующих мер со стороны предложения и по типу контактов, устанавливаемых между сторонами. Мы убедимся в том, что большинство реформ может быть истолковано с точки зрения этих четырех аспектов.

Далее я описываю все четыре аспекта и рассматриваю влияние изменений, затрагивающих каждый из них, на развитие предпринимательства. При этом я опираюсь на литературу по экономике организации. В основе моих рассуждений — представление о том, что предпринимательское поведение тесно связано с действительностью стимулов к предпринимательству (см., в частности, Williamson 1985).

«Сильные стимулы» поощряют действия по снижению издержек и обновлению характеристик продукта. Уильямсон использует термин «сильные стимулы» (англ. 'high-powered incentives'), имея в виду участника сделки, имеющего статус «претендента на остаток» — иначе говоря, участника, который «либо по заключенному соглашению, либо в силу преобладающего определения прав собственности присваивает поток чистого дохода, причем валовая выручка и/или издержки этого потока испытывают воздействие усилий, затрачиваемых экономическим агентом» (Williamson 1985: 132). Стимулы обладают максимальной силой, когда участник сделки удерживает всю остаточную финансовую прибыль, созданную благодаря его усилиям, если условия обмена (то есть структура оплаты) могут быть предметом переговоров, но устанавливаются заранее и фиксируются соглашением, и если спрос реагирует на характеристики предлагаемого продукта (то есть отзывается на новшества). Вообще говоря, структуры управления рынком создают сильные стимулы, которые, в свою очередь, поощряют развитие предпринимательства.

### **Права контроля и собственности**

Права контроля дают полномочия на принятие решений, имеющих отношение к сделке (Coleman 1990). Права собственности — это «пакет прав на использование собственности, на доходы от собственности и на возможность отчуждения активов или ресурсов» (North 1990: 47). В структурах управления рынком покупатели и поставщики разделены; права контроля за соответствующими процессами распределены между этими и другими агентами, имеющими отношение к сделкам.



Рынки отличаются от иерархий по характеру действующих на них прав контроля, тогда как характер прав собственности служит для дифференциации *типов* рынка. На *частных рынках* права собственности рассредоточены; поставщики являются претендентами на остаток, поскольку они владеют производственными активами и, следовательно, имеют право на любой (остаточный) поток доходов от этих активов. Частные покупатели могут распоряжаться своими доходами по усмотрению (в широких, преимущественно законных, пределах). На *государственных рынках* как покупатели, так и поставщики относятся к государственному сектору. Поставщики не претендуют на остаток, поскольку не владеют производственными активами. Поставщики на рынке социальной медицины, как правило, получают зарплату и, соответственно, их стимулы являются менее сильными (Wistow *et al.* 1996)<sup>1</sup>.

На *квазирынках* действуют государственные покупатели и частные поставщики. На таких рынках стимулирование производственных процессов обычно сильное (хотя сильные покупатели могут, по своему желанию, уменьшить силу стимулов на договорной основе). На квазирынке социальной медицины местные власти, как правило, используют государственные средства для покупки медицинской помощи у добровольных и частных коммерческих поставщиков (Bartlett and Le Grand 1993; Bartlett *et al.* 1994, 1998; Wistow *et al.* 1994, 1996).

В отличие от рынков, иерархические структуры управления имеют централизованную единообразную конфигурацию прав контроля. Управляющие (менеджеры) отвечают как за планирование потребностей («покупку»), так и за производство, централизованно принимая решения и передавая подчиненным инструкции по проведению этих решений в жизнь. В традиционных иерархиях наемные работники обычно не имеют *ни* сколько-нибудь значительной собственности, *ни* прав контроля; соответственно, у них нет достаточных стимулов к предпринимательству. В частных иерархиях управляющие могут иметь сильные стимулы (поскольку у них есть как собственность, так и права контроля). Влияние этих стимулов, в принципе, может передаваться работникам, однако на практике оно обычно ограничивается разными факторами. Наконец, вероятность того, что управляющие в государственных иерархиях станут претендовать на остаток, весьма мала; соответственно, стимулы к предпринимательству у государственных иерархий теоретически еще более слабы.

### **Соглашения по компенсации**

На рынке, где права контроля рассредоточены, покупатель и поставщик должны прийти к соглашению относительно условий сделки. Хотя возможны различные формы ретроспективных контрактов по компенсации, цены обычно обговариваются заранее и остаются неизменными на все время действия контракта. *Перспективными* именуется платежи, не зависящие от себестоимости услуги. Иерархии централизованно контролируют ставки компенсации и обнаруживают тенденцию

<sup>1</sup> Тем не менее, если поставщики в государственных системах имеют значительные права контроля и оперируют платежными системами, зависящими от производительности, они могут присваивать доходы, подверженные влиянию их усилий. Образцы таких систем — платежи, обусловленные эффективностью работы, сдельные зарплаты, схемы собственности доли наемных работников и т. д. Стимулы оказываются ослаблены по сравнению со случаями, когда заинтересованным сторонам, имеющим собственность, присваивается статус претендентов на остаток; вместе с тем данный пример показывает, что предпринимательская активность не зависит от наличия отдельной собственности.

к ретроспективному установлению цен в рамках организации; основным принципом при распределении средств служит квота, а не цена.

На практике цены и ценовые структуры устанавливаются в соответствии с распределением рыночной силы среди участников сделки — за исключением случаев, когда над ценами установлен регулирующий контроль (например, в форме минимальной зарплаты или ценового потолка). *Ценовое регулирование* санкционируется политически или законодательно и этим отличается от влияния сильных покупателей на формирование цен.

### **Регулирование со стороны предложения**

Определенный контроль за характеристиками услуг, имеющими отношение к предложению, может осуществляться регулирующими органами (теми же, которые контролируют цены). В социальной медицине регулирование, направленное на защиту потребителя, обычно предполагает законодательно санкционированный контроль за факторами производственного процесса — такими, как кадровое обеспечение, квалификация работников, документация оборудования и т. п. Такое регулирование влияет на природу предпринимательства постольку, поскольку отнимает права контроля у поставщиков.

### **Контракты**

Контракты устанавливают права контроля для заинтересованных сторон, подробно оговаривают обязательства сторон, предусматривают обстоятельства применения договоренностей, отражают согласованное мнение сторон о структурах компенсации. Стороны, участвующие в сделке, соглашаются с условиями контракта *добровольно*. Вообще говоря, контракты должны составляться на основании специального законодательства, однако в ряде случаев они представляют собой всего лишь фиксацию договоренностей между заинтересованными сторонами. Контракты обычно могут перезаключаться в любое время<sup>2</sup>.

Контракты как таковые не поощряют предпринимательство, поскольку всего лишь фиксируют выбор структур управления, осуществленный заинтересованными сторонами (Buchanan 1986). Тем не менее в литературе по социальной медицине термин «контракт» используется чаще всего как синоним управления согласно рыночным принципам. При описании различных форм управления рынками мы различаем детальные «контракты на расстоянии вытянутой руки» (англ. ‘arm’s-length contracts’) и более общие, не столь жесткие «реляционные контракты» (‘relational contracts’) (Dore 1983; MacNeil 1985; Sako 1992). В социальной медицине сочетание уязвимости пользователей, их потребности в защите, с недоверием покупателей к частным поставщикам привело к использованию относительно жестких контрактов (по меньшей мере на начальном этапе после введения рынков социальной медицины; в связи с Великобританией см. Wistow *et al.* 1994, 1996).

<sup>2</sup> Даже контракты, обязательные по закону, подлежат перезаключению. В большинстве законодательных систем законная сила придается перезаключенным контрактам (не оригиналам) — при условии, что новый контракт будет содержать условие о снятии санкций, оговоренных в первоначальном контракте (Hart 1995).

## Предпринимательство и организация социальной медицины в разных странах Европы

Три из четырех аспектов, характеризующих структуры управления, имеют отношение к политике поощрения предпринимательства. Это права контроля и собственности, система компенсаций и регулирование со стороны предложения. Реформы социальной медицины в странах Европы могут рассматриваться с точки зрения изменений, затронувших эти аспекты. В области политики первому аспекту соответствуют приватизация и децентрализация, второму — введение в действие новых платежных структур, прежде всего проспективных платежных систем, третьему — учреждение новых, независимых надзирающих и контролирующих органов.

На рисунке 8.1 схематически представлены формы организации социальной медицины согласно тому, агентами какого сектора — государственного или частного — осуществляются функции покупателя и поставщика. На рисунке отражено также различие между иерархической организацией и рыночной рассредоточенностью прав контроля.

### Великобритания

Главной особенностью британской реформы социальной медицины начала 1990-х гг. явились активные действия по всемерному поощрению предпринимательства (Griffiths 1988; Ridley 1988; Wistow *et al.* 1994; Lewis *et al.* 1995). Политическая основа Акта о Государственной службе здравоохранения и общественной медицине от 1990 г. была заложена «белой книгой» *Caring for People*; в этом издании была одобрена концепция советника Маргарет Тэтчер, сэра Роя Гриффитса, согласно которой государственная власть рассматривается не столько как «монопольный поставщик» медицинских услуг, сколько как их «организатор и покупатель» (Secretaries of State 1989: 17).

До внедрения реформ (1993 г.) система социальной медицины имела две основные структуры управления. Первая относилась к центральному и местному финансированию, осуществляемому местными властями. Местный орган власти выделял бюджетные средства своему отделу социальных услуг; последний финансировал услуги, оказываемые преимущественно поставщиками отдела и в очень ограниченной мере также внешними поставщиками. Большинство местных отделов социальных услуг управлялось традиционной иерархически организованной бюрократией; решения по расходованию средств и распределению услуг принимались управляющими, непосредственно ответственными также за поставки. Финансирование шло прямо к внутреннему поставщику (в дальнейшем часть средств переадресовалась независимому сектору) на основе ретроспективной оценки уровня поставок; участники процесса получали зарплаты. Эта конфигурация прав контроля и компенсаций создавала весьма слабые стимулы, за что подвергалась критике (Audit Commission 1986; Griffiths 1988).

Вторая структура управления, в отличие от первой, представляла собой по существу частный рынок с регулированием цен (система ваучеров). Лицо, желавшее лечиться в стационаре, могло купить место у независимого (негосударственного) поставщика, используя предоставленное для этой цели пособие по социальной помощи. Размер пособия был ограничен определенным потолком; в результате цены фактически регулировались на рынке. Здесь действовали весьма сильные стимулы, что нашло свое отражение в способности поставщиков оперативно реагировать на изменения спроса. Поскольку получение права на пособие не составляло особого труда, — требовались только минимальные финансовые условия и подтверждение

необходимости в лечении со стороны местного врача общей практики, — объем поставок, обусловленных спросом, существенно возрос.

Реформы 1993 г. значительно изменили структуру управления. Они привели к приостановке выплат пособий на пребывание в интернате или доме престарелых новым пользователям и тем самым — к ликвидации ваучеров, субсидированных государством. Одновременно функции покупателя и поставщика в рамках структуры местной власти разделились. В итоге был создан квазирынок. Государственные (представляющие местную власть) покупатели стали действовать в интересах (новых) пользователей; последние имели право на покупку пакета медицинских услуг, но не несли ответственности за поставки. Контроль за поставками перешел к государственным и частным поставщикам. Масштаб финансирования со стороны местной власти как пребывания в интернате или доме престарелых, так и лечения на дому, быстро возрос; возросла также доля средств, переадресуемых независимому сектору (Department of Health 1998).

В рамках квазирыночной структуры законодательство о реформах предоставило местным властям значительные возможности по свободному заключению соглашений на местном уровне. В настоящее время отношения между покупателем и поставщиком часто имеют различный характер в зависимости от того, какой поставщик — государственный или частный — участвует в сделке (Audit Commission 1997; Forder *et al.* 1997). В случае государственного поставщика управляющие из органов власти осуществляют контроль за покупкой и, одновременно, за значительной частью поставок. Поставщику предоставляются полномочия для принятия решений лишь второстепенной важности. Более того, компенсации в подобных случаях носят преимущественно ретроспективный характер (Forder *et al.* 1997). Грань между квазирынком и иерархией становится расплывчатой. Крайние случаи отношений этого типа все еще относятся к области государственной бюрократии.

Значительно более отчетлива грань между покупателями и частными поставщиками. Большинство покупателей, представляющих местную власть, использовали свои возможности для того, чтобы обязать поставщиков к проспективной компенсации по фиксированной цене (Walsh 1995; Lewis and Glennerster 1996; Wistow *et al.* 1996). По меньшей мере вначале использовались относительно формальные, тщательно детализированные контракты «на расстоянии вытянутой руки». По мере того как отношения между покупателями и поставщиками становились более зрелыми, структура организации сделок менялась; принятие решений стало более комплексным или обязывающим (Sako 1992). «Белая книга» 1998 г. по социальной медицине (Secretary of State 1998) поддержала эту модель партнерства как «третий путь» между крайностями чистого рынка и чистой бюрократии.

В настоящее время цены на рынке социальной медицины регулируются мало, однако регулирование стандартов со стороны спроса является значительным. В соответствии с рекомендациями «белой книги» 1998 г. учреждены новые Комиссии по стандартам в медицине. Они должны консолидировать предыдущие соглашения по регистрации и инспекции в социальной медицине в рамках общегосударственной системы стандартов; в сферу их деятельности войдут как государственные, так и частные поставщики. В центре внимания регулирующих органов будут находиться не показатели хода процессов, а результаты для пользователей.

Согласно некоторым недавним данным по Великобритании, рыночные договорные отношения приводят к меньшим издержкам производства при рыночном характере управления, чем в условиях более иерархических форм (Forder 1999, 2000). Изменения в структуре управления ослабили также некоторые аномальные стимулы, побуждавшие больных предпочесть пребывание в интернате или доме престарелых домашнему лечению (Secretaries of State 1989).

**Рисунок 8.1** Формы организации официальной социальной медицины в странах Западной Европы

		Закупки		Поставки				
				Государственные		Частные		
					Некоммерческие	Коммерческие		
Иерархия	Государственная организация		Государственная бюрократия					
	Частная организация				Добровольная бюрократия			
(Квази)рынок	Государственная организация		Внутренний рынок		Выдача контрактов на сторону		Выдача контрактов на сторону	
			Организация				Добровольное брокерство	
	Частный	Индивидуальная	Социальное страхование/ социальная помощь				Ваучеры	
			Личный доход		Платежи пользователей		Частный рынок	
						Ваучеры		
						Частный рынок		

Вместе с тем в социальной медицине доныне существуют определенные информационные проблемы. Социальная медицина, будучи комплексной, многомерной и динамично развивающейся системой, предоставляет заинтересованным сторонам (прежде всего поставщикам) немалые возможности для эксплуатации своих информационных преимуществ (Forder 1997). Работа по решению этих проблем может потребовать больших операционных издержек; к тому же теория указывает, что сильные стимулы и активная предпринимательская деятельность могут способствовать дополнительному росту издержек. Упомянутые выше данные, подтверждая эти предположения, вызывают определенные вопросы относительно политики поощрения предпринимательства в социальной медицине.

Количественные данные об использовании партнерских отношений скудны. Насколько можно судить по рассказам, партнерские отношения используются все чаще и чаще, особенно в ответ на информационные проблемы и другие трудности рынка. Иными словами, политика постепенно выходит за рамки безоговорочной поддержки предпринимательства.

## Германия

Реформа социальной медицины в Германии затронула не столько сферу поставок, сколько финансирование. Самая важная часть реформы — осуществленное в 1994 г. расширение системы социального страхования с включением в нее долгосрочного лечения.

До 1994 г. финансирование было смешанным и несколько фрагментарным; многие люди рассчитывали на свои доходы и по необходимости обращались за социальной поддержкой (Wasem 1997). Услуги предоставлялись либо муниципальной бюрократией, либо традиционными некоммерческими организациями, составлявшими своего рода картель на рынках социальных услуг. Хотя такие некоммерческие организации могли взыскивать проспективно установленную плату и являлись претендентами на остаток, сочетание некоммерческого принуждения, слабой конкуренции и слабой способности оперативно реагировать на (небольшие) вариации размера излишка было равноценно отсутствию сильных стимулов к введению новшеств. Шунк (Schunk 1998) утверждает, что сочетание различных интересов внутри организации притупляло внешнюю способность реагировать на стимулы (см. также Cyert and March 1963).

Нынешняя структура финансирования социальной медицины в Германии охватывает государственных и индивидуальных частных плательщиков. Государственное финансирование принимает две формы: страхование, не предполагающее проверки на нуждаемость (по выбору получателя выплачивается либо денежное, либо натуральное пособие) и социальная помощь, предполагающая проверку на нуждаемость (Wasem 1997). 77% лиц, получивших право на пособие по домашнему лечению, выбрало денежное пособие (а еще 12% — сочетание денежного и натурального пособия) несмотря на то, что его покупательная способность составляет около половины размера натурального пособия (Busse 2000).

Поставки услуг по институционализированному лечению имеют преимущественно некоммерческую структуру. С середины 1990-х гг. до конца десятилетия свыше половины организаций-поставщиков принадлежало некоммерческому сектору. Около 30% поставок осуществлялось коммерческими организациями; остальные поставщики были государственными (обычно муниципального уровня). Схема медицинского страхования оказывает предпочтение частным поставщикам (не проводя различия между коммерческими и некоммерческими организациями) перед государственными организациями (Schunk 1998).

Каковы же основные формы управления в системе социальной медицины Германии? Частные плательщики или отдельные лица, пользующиеся социальной помощью, являются собственными первичными покупателями, поскольку принимают на себя функции планирования и покупки лечения. Для оплаты неформальных услуг отдельные лица могут избрать денежное пособие от системы социального страхования и самостоятельно договориться с поставщиком о порядке оказания услуг. В подобных случаях работает (при государственной поддержке) механизм частного рынка с рассредоточенными правами контроля и собственности.

Что касается формальных услуг, то государственные фонды медицинского страхования могут рассматриваться как покупатели, которые действуют от имени лиц, предпочитающих получить натуральное пособие. Страховая фирма заключает с организацией-поставщиком контракт, оговаривающий условия и цены, при которых услуги, предоставляемые поставщиком, подлежат компенсации. Цены устанавливаются проспективно и не меняются на протяжении всего срока действия контракта;

они не могут быть повышены для покрытия роста реальных издержек (Schunk 1998). Ясно, что такая система установления цен создает сильные стимулы для поставщиков. Более централизованный и государственный характер покупательной функции в данном случае означает, что систему можно считать квазирынком. Источником финансирования служит государство, поручения даются медицинским страховым агентством, а поставки согласно договоренностям осуществляются некоммерческими и коммерческими (в меньшей степени государственными) поставщиками.

В отличие от Великобритании, в Германии отдельное лицо выступает прежде всего как покупатель финансируемых государством услуг; это обстоятельство подчеркивает, насколько важно для Германии частно-рыночное управление государственным медицинским обслуживанием (Evers 1997). Динамика спроса на рынке социальной медицины может породить сильные стимулы и, следовательно, активизировать предпринимательство. Приобретение социального страхования осуществляется более централизованно, однако перспективное установление цен и принудительное регулирование договорных цен отнюдь не означает ослабления стимулов по сравнению с остальной частью рынка социальной медицины. Активное использование частных коммерческих поставщиков отражает жесткий характер конкуренции и развитую способность организаций реагировать на финансовые стимулы.

## **Франция**

Во Франции структура финансирования домашнего лечения представляет собой сочетание государственных средств — денег из системы социальной помощи (предоставляемых местными правительственными органами) и фонда социального страхования (Национальной кассы страхования старости) — и индивидуального «самосубсидирования». Структура поставок охватывает главным образом некоммерческие организации или так называемые ассоциации (с незначительными коммерческими элементами) и государственные организации (местные органы власти) (Davies *et al.* 1998).

Во Франции некоммерческие ассоциации в типичном случае выступают в качестве как покупателя, так и поставщика услуг по домашнему лечению. Основные условия предоставления услуг определяются финансирующим органом в виде «конвенции», однако покупку осуществляет именно некоммерческая ассоциация. Эта форма организации может рассматриваться как род добровольной бюрократии; права контроля принадлежат иерархии, а все права собственности — частному сектору. «Конвенция», имеющая перспективный характер, служит инструментом, способным создавать стимулы для ассоциаций. Однако такая система не слишком конкурентна. Поскольку задачи данной системы управления мало связаны с получением прибыли, она не способствует развитию предпринимательства.

Ассоциации нового типа также действуют в качестве покупателей от имени пользователей, однако отказываются от роли поставщиков. Такие ассоциации помогают пользователям определить свои потребности в услугах, однако затем покупают услуги у других частных организаций-поставщиков. По существу, речь должна идти о гибриде частной организации и индивидуальных участников сделки (на рисунке 8.1 такой гибрид обозначен термином «добровольное брокерство»). Использование подобной формы отражает действия французских политиков по направлению средств отдельным лицам.

Услуги по лечению в интернате или доме престарелых также поставляются государственными и частными организациями, однако в данном случае коммерческие организации играют более существенную роль, чем в случае лечения на дому. Структура финансирования включает социальную и медицинскую составляющие. Первую — затраты на пансион — берут на себя пользователи и их семьи (законом предусматривается, что семья покрывает расходы на пансион престарелого родственника); в случае низких доходов включается также схема социальной помощи. Покупку медицинской помощи осуществляет либо индивид, либо муниципалитет. Индивидуальная покупка у частных поставщиков принадлежит системе частного рынка. Финансирование индивидуальных покупателей из фондов социальной помощи относится скорее к ваучерной системе. Покупка органами государственной власти может быть охарактеризована как форма выдачи контракта в частный сектор (если покупатель и поставщик разделены) или как форма государственной бюрократии.

Параллельно мерам по социальному страхованию, принятым в Германии, Франция в 1995 г. экспериментально ввела социальные выплаты, которые могли быть получены пользователями в виде натурального пособия (через платежи поставщикам) или в виде денежного пособия, идущего непосредственно престарелому лицу. В отличие от немецкой системы, данный тип пособий предполагает проверку на нуждаемость и основывается на налоговых поступлениях (то есть, как правило, не субсидируется фондом социального страхования). Этот эксперимент представляет собой реструктурирование функции заказа с усилением роли выбирающей стороны, то есть шаг в сторону от брокерства государственных и некоммерческих организаций. Там, где речь идет о денежных пособиях, а не о ваучерах, система приближается к частному рынку с перераспределением доходов.

Последствия этой экспериментальной системы для предпринимательства аналогичны тем, к которым привела немецкая система. Тем не менее французские государственные службы, имеющие длительную историю бюрократически организованных поставок, традиционно избегают частного предпринимательства. Эта традиция, по-видимому, продолжает влиять на системы управления социальной медициной — при том, что воздействие более ограниченной формы предпринимательства на медицину, по-видимому, вовсе не обязательно должно быть отрицательным.

### **Дания и Финляндия**

Дания характеризуется весьма высоким уровнем государственных поставок в области институционализированного лечения, а финансирование здравоохранения в этой стране является почти целиком государственным. Фонды формируются из местных налогов и дополняются дотациями центрального правительства (из общих налоговых поступлений) (ОЕСД 1996). Иначе говоря, система управления в основном представляет собой государственную иерархию. Впрочем, в Скандинавии деятельность иерархий подобного рода традиционно ограничивается местным уровнем, что повышает степень ответственности местных властей.

Недавно было предпринято несколько инициатив по использованию частных поставщиков (при том, что покупки все равно осуществляются местными властями). Во-первых, были введены добровольные службы ухода на дому (которые, впрочем, работают в тесной связи с государственными поставщиками). Во-вторых,



государство выдало частным компаниям ряд контрактов на стандартные службы по уходу на дому и небольшое число муниципальных домов для престарелых в долгосрочную аренду. В-третьих, благодаря изменениям, происшедшим в политике, отдельные лица получили возможность самостоятельно субсидировать службы класса «люкс» (Pederson 1998).

Эти инициативы по выдаче контрактов на сторону пока носят ограниченный характер. Педерсон (Pederson 1998) упоминает случаи противодействия со стороны государственных поставщиков, муниципальных властей и пользователей. Наемные работники на государственной службе опасаются неблагоприятного влияния смены формы собственности на условия труда. Профессионалы государственных служб опасаются также утраты свободы действий в результате стандартизации, которая может возникнуть из-за чрезмерно детальной спецификации услуг в контрактах. Местные пользователи и общественность часто отрицательно реагируют на то, что в социальных службах утверждается идеология прибыли. Наконец, местным правительственным чиновникам не по душе утрата полномочий. Тем не менее сделанные шаги по направлению к квазирынку свидетельствуют о том, что идеи предпринимательства заняли место в политической повестке дня.

В Финляндии социальные службы также почти полностью находятся в ведении муниципалитетов, а их финансирование осуществляется совместно локальными и центральным правительствами. Как и в других странах Скандинавии, этот принцип универсального коллективного финансирования социальной медицины ныне подвергается давлению. С 1993 г. муниципалитеты получили возможность взимать плату за предоставляемые ими услуги. Хотя изначально эта плата была скромной, выказывались намерения повысить ее примерно на треть, прежде всего для услуг по лечению на дому (Martimo 1998). Таким образом, как в Дании, так и в Финляндии вокруг традиционно доминирующей государственной иерархии развивается квазирыночная периферия, что свидетельствует о начале процесса активизации предпринимательства.

## **Испания**

В начале 1990-х гг. расходы на официальное социальное обеспечение в Испании составляли менее 1% валового национального продукта, то есть были ниже среднего показателя для стран Организации экономического сотрудничества и развития (OECD 1996). Уровень расходов на интернаты и дома престарелых столь же низок; свыше двух третей центров находится в частном владении. Функция закупки, как правило, осуществляется государственными властями на основе «соглашений» между государственным покупателем и поставщиком. Планирование медицинского обслуживания осуществляется региональными правительствами, а также Национальным институтом социального обеспечения, входящим в Министерство труда и социальных проблем. Местные правительства также участвуют в планировании и управлении социальных медицинских служб. Структура финансирования представляет собой сочетание государственных субсидий (на основе налоговых поступлений) и индивидуальных платежей. В случае типичного интерната или дома престарелых сумма, вносимая индивидуальным пользователем, покрывает менее трети стоимости; остальная часть может оплачиваться из фонда социальной помощи или из пенсионного фонда. Система интернатов и домов престарелых организуется согласно квазирыночному принципу выдачи контрактов на сторону.

Поставщиками дневной медицинской помощи и лечения на дому выступают главным образом местные власти; увеличивается доля участия религиозных и других некоммерческих организаций (ОЕСД 1996). Стоимость этих услуг для лиц с низкими доходами покрывается преимущественно из налоговых поступлений; заказы на услуги поступают обычно от местных властей, которые являются также покупателями услуг.

В Испании, как и в других странах юга Европы, социальная медицина сосредоточена вокруг семьи и носит скорее неформальный характер. Поэтому ей свойственна высокая отзывчивость на нужды индивида. Изменения в культурных установках, обусловленные продолжающимся экономическим развитием, могут привести к возрастанию роли формализованных медицинских услуг. Такие изменения повлияют на отзывчивость и гибкость системы; возможно, они приведут к необходимости расширить представления о неформальном предпринимательском поведении.

## Выводы

Рынки, характеризуемые различной степенью регулирования и различной долей участия частных поставщиков, занимают все более и более заметное место в системах социального обеспечения многих европейских стран. Усилия, направленные на развитие рынков, сопровождаются децентрализацией структур финансирования, прежде всего в форме денежных пособий и ваучеров для пользователей или брокерства со стороны местных властей. В пользу подобных мер приводятся такие доводы, как создаваемые рынком «сильные стимулы», которые могут увеличить производительность и инвестиции, сократить расходы и повысить целеустремленность действий экономических агентов. Считается, что рынки стимулируют развитие предпринимательства.

Изменения в политическом пейзаже европейского здравоохранения в течение 1980-х и начала 1990-х гг. были обусловлены широко распространенной убежденностью в том, что поощрение предпринимательства возможно и желательно для исправления недостатков предыдущих систем. Важнейшей особенностью реформ явилось разрушение традиционной бюрократической организации во многих западноевропейских системах. В то же время система государственного финансирования долгосрочного медицинского обслуживания отказалась от методов социальной помощи и индивидуальных закупок; иначе говоря, роль частных рынков в данной области снизилась. Вместо этого были приняты квазирыночные меры, предполагающие государственное финансирование и участие государственных покупателей — будь то местные правительственные органы или фонды социального страхования. Предпринимательская деятельность поставщиков, несомненно, активизировалась. Однако централизация закупок (от индивидов — к брокерским организациям) мало совместима с действиями по активизации предпринимательства; вероятно, она отражает опасения политиков относительно уязвимости пользователей и их способности понять сложность устройства рынка.

Для того, чтобы предпринимательская деятельность поставщиков на рынке была направлена не столько на эксплуатацию покупателей и пользователей, сколько на достижение взаимной выгоды, необходимо несколько условий. Согласно экономической теории, важнейшими предпосылками служат здоровая конкуренция и

беспрепятственные информационные потоки. При отсутствии таких условий и, особенно, при наличии сильной бюрократии, преимущества рынка, провозглашаемые его сторонниками, оказываются не столь очевидными.

Можно сделать определенные выводы и относительно структуры и регулирования социальных служб. При регулировании социальной медицины необходимо уделять должное внимание информационным аспектам и распределению экономических стимулов между покупателем и поставщиком. Для этого желательно разработать более гибкие и новаторские формы заключения договоров. Большие возможности предоставляют развитие «реляционных контрактов» (Williamson 1985; Kreps 1996), поощрение взаимного доверия между заинтересованными сторонами и принятие общих и адаптивных решений (Sako 1992; Taylor and Hoggett 1994; Fukuyama 1995; Lyons and Mehta 1997).

Ныне социальная медицина переживает, судя по всему, период переоценки достоинств рынка и (слабо регулируемого) предпринимательства. Если государственная бюрократия соответствует первой, а квазирынки — второй фазе теоретического осмысления социальной организации, то ныне мы вступаем в новую фазу, которую можно назвать третьим путем (Blair 1998; Giddens 1998).

## Литература

- Audit Commission (1986) *Making a Reality of Community Care*. London: HMSO.
- Audit Commission (1997) *The Coming of Age: Improving Care Services for Older People*. London: Audit Commission.
- Bartlett, W. and Le Grand, J. (1993) The theory of quasi-markets, in J. Le Grand and W. Bartlett (eds) *Quasi-markets and Social Policy*. Basingstoke: Macmillan.
- Bartlett, W., Propper, C., Wilson, D. and Le Grand, J. (eds) (1994) *Quasi-markets in the Welfare State*. Bristol: SAUS Publications.
- Bartlett, W., Roberts, J. and Le Grand, J. (1998) The development of quasi-markets in the 1990s, in W. Bartlett, J. Roberts and J. Le Grand (eds) *A Revolution in Social Policy: Quasi-market Reforms in the 1990s*. Bristol: Policy Press.
- Blair, T. (1998) *The Third Way: New Politics for the New Century*, Fabian Pamphlet No. 588. London: The Fabian Society.
- Bucannon, J. and Tollison, R. (eds) (1984) *The Theory of Public Choice II*. Ann Arbor, MI: University of Michigan.
- Buchanan, J.M. (1986) *Liberty, Market, and State*. Brighton: Wheatsheaf.
- Buchanan, J.M. and Tullock, G. (1965) *The Calculus of Consent*. Ann Arbor, MI: University of Michigan.
- Busse, R. (2000) *Health Care Systems in Transition: Germany*. Copenhagen: European Observatory on Health Care Systems.
- Coase, R. (1937) The nature of the firm, *Economica*, 4: 386–405.
- Coleman, J.S. (1990) *Foundations of Social Theory*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Cullis, J. and Jones, P. (1987) *Microeconomics and the Public Economy: A Defence of Leviathan*. Oxford: Blackwell.
- Cyert, R. and March, J. (1963) *A Behavioural Theory of the Firm*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Davies, B., Fernandes, J. and Sanders, R. (1998) *Community Care in England and France*. Aldershot: Ashgate Arena.

- Department of Health (1998) *Community Care Statistics: Residential Personal Social Services for Adults, England*, Bulletin 1998/37. London: Department of Health.
- Dore, R. (1983) Goodwill and the spirit of market capitalism, *British Journal of Sociology*, 34: 459–82.
- Dow, G. (1987) The function of authority in transaction cost economics, *Journal of Economic Behaviour and Organization*, 8: 13–38.
- Downs, A. (1967) *An Economic Theory of Democracy*. New York: Harper & Row.
- Evers, A. (1997) *Long-term Care for the Elderly: Britain and Germany Compared*. London: Anglo-German Foundation.
- Forder, J. (1997) Contracts and purchaser–provider relationships in community care, *Journal of Health Economics*, 16: 517–42.
- Forder, J. (1999) *Market Power and Mental Health*, PSSRU Discussion Paper. London: London School of Economics.
- Forder, J. (2000) *Governance Issues in Social Care: Comparative Transaction and Production Costs*, PSSRU Discussion paper. London: London School of Economics.
- Forder, J., Hardy, B., Kendall, J., Wistow, G. and Knapp, M. (1997) *Broad Mixed Economy Mapping*, MEOC Discussion Paper. London/Leeds: London School of Economics/University of Leeds.
- Fukuyama, F. (1995) *Trust*. London: Penguin.
- Giddens, A. (1998) *The Third Way: The Renewal of Social Democracy*. Cambridge: Polity Press.
- Glennerster, H. and Le Grand, J. (1995) The development of quasi-markets in welfare provision in the United Kingdom, *International Journal of Health Services*, 25: 203–18.
- Granovetter, M. (1985) Economic action and social structure: the problem of embeddedness, *American Journal of Sociology*, 91: 481–510.
- Griffiths, R. (1988) *Community Care: Agenda for Action*. London: HMSO.
- Hamilton, G. and Feenstra, R. (1995) Varieties of hierarchies and markets: an introduction, *Industrial and Corporate Change*, 4: 51–91.
- Hart, O. (1995) Firms, contracts and financial structure, *Clarendon Lectures in Economics*. Oxford: Oxford University Press.
- Kreps, D. (1996) Markets and hierarchies and (mathematical) economic theory, *Industrial and Corporate Change*, 5: 561–95.
- Lewis, J. and Glennerster, H. (1996) *Implementing the New Community Care*. Buckingham: Open University Press.
- Lewis, J., Bernstock, P. and Bovell, V. (1995) The community care changes: unresolved tensions in policy and issues in implementation, *Journal of Social Policy*, 24: 73–94.
- Lyons, B. and Mehta, J. (1997) Contracts, opportunism and trust: self-interest and social orientation, *Cambridge Journal of Economics*, 21: 239–57.
- MacNeil, I. (1985) Relational contracts: what we do and do not know, *Wisconsin Law Review*, 483–525.
- Martimo, K. (1998) Community care for frail older people in Finland, in C. Glendinning (ed.) *Rights and Realities: Comparing New Developments in Long-term Care for Older People*. Bristol: Policy Press.
- Milgrom, P. and Roberts, J. (1992) *Economics, Organization and Management*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Miller, G. (1992) *Managerial Dilemmas: The Political Economy of Hierarchy*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Niskanen, W. (1971) *Bureaucracy and Representative Government*. Chicago, IL: Adline.
- North, D. (1990) *Institutions, Institutional Change and Economic Performance*. Cambridge: Cambridge University Press.

- Organisation for Economic Co-operation and Development (1996) *Caring for Frail Elderly People: Policies in Evolution*. Paris: OECD.
- Pederson, L. (1998) Health and social care for older people in Denmark: a public solution under threat?, in C. Glendinning (ed.) *Rights and Realities: Comparing New Developments in Long-term Care for Older People*. Bristol: Policy Press.
- Perrow, C. (1990) Economic theories of organization, in S. Zukin and P. DiMaggio (eds) *Structure of Capital: The Social Organization of the Economy*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Ridley, N. (1988) *The Local Right: Enabling Not Providing*, Policy Study No. 92. London: Centre for Policy Studies.
- Sako, M. (1992) *Prices, Quality and Trust: Inter-firm Relations in Britain and Japan*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Schunk, M. (1998) The social insurance model of care for older people in Germany, in C. Glendinning (ed.) *Rights and Realities: Comparing New Developments in Long-term Care for Older People*. Bristol: Policy Press.
- Secretaries of State (1989) *Caring for People: Community Care in the Next Decade and Beyond*, Cm 849. London: HMSO.
- Secretary of State (1998) *Modernising Social Services: Promoting Independence, Improving Protection, Raising Standards*. London: The Stationery Office.
- Taylor, M. and Hoggett, P. (1994) Trusting in networks? The third sector and welfare change, in P. 6 and I. Vidal (eds) *Delivering Welfare—Repositioning Non-Profit and Co-operative Action in Western European Welfare States*. Barcelona: Centre d'Iniciatives de l'Economia Social.
- Varian, H. (1978) *Microeconomic Analysis*. New York: W.W. Norton.
- Walsh, K. (1995) *Working with Contracts*. Birmingham: University of Birmingham.
- Wasem, J. (1997) A study on decentralizing from acute care to home care settings in Germany, *Health Policy*, 41: S109–S129.
- Williamson, O. (1975) *Markets and Hierarchies*. New York: Free Press.
- Williamson, O. (1979) Transaction cost economics: the governance of contractual relations, *Journal of Law and Economics*, 22: 233–61.
- Williamson, O. (1985) *The Economic Institutions of Capitalism*. New York: Free Press.
- Williamson, O. (1986) *Economic Organization: Firms, Markets and Policy Control*. Brighton: Wheatsheaf.
- Williamson, O. (1994) Transaction cost economics and organization theory, in N. Smeltzer and R. Swedberg (eds) *The Handbook of Economic Sociology*. Princeton, NJ: Princeton University Press.
- Wistow, G., Knapp, M., Hardy, B. and Allen, C. (1994) *Social Care in a Mixed Economy*. Buckingham: Open University Press.
- Wistow, G., Knapp, M., Hardy, B. et al. (1996) *Social Care Markets: Progress and Prospects*. Buckingham: Open University Press.
- Wolf, C. (1979) A theory of non-market behaviour: framework for implementation analysis, *Journal of Law and Economics*, 22: 107–40.

## *глава* ДЕВЯТАЯ

### **Регулирование предпринимательской деятельности сторонних плательщиков в здравоохранении**

*Игорь Шейман и Юрген Вазем*

#### **Введение**

Ключевым аспектом реформы здравоохранения в ряде европейских стран является активизация «рыночных механизмов» и «предпринимательства» при сохранении понятия о солидарности при снижении рисков. В настоящей главе речь пойдет о связи между регулированием и предпринимательством на уровне плательщиков за медицинскую помощь. Во-первых, мы займемся концептуальными проблемами — механизмами предпринимательской деятельности плательщиков, общественными ожиданиями в связи с новой ролью плательщиков, основными сферами регулирования. Далее мы рассмотрим основные институты регулирования и инструменты, необходимые для обеспечения справедливости, эффективности и экономичности, с учетом данных о различных типах предпринимательского поведения среди сторонних плательщиков.

#### **Концептуальные проблемы**

Внимание политиков разных стран Западной и Восточной Европы привлечено к двум интересным экономическим идеям. Одна из этих идей заключается в том, что плательщики в здравоохранении должны быть покупателями медицинской помощи, имеющими определенную экономическую мотивацию; они должны собирать информацию о потребностях пользователей, планировать самые экономичные способы медицинского обслуживания и избирательно заключать контракты с самыми эффективными поставщиками медицинских услуг. Вторая идея состоит в том, что следует всячески поощрять конкуренцию в среде, где происходит заклю-

## **190 Регулирование предпринимательской деятельности в системах здравоохранения**

чение договоров между покупателями, потребителями (застрахованными) и поставщиками медицинских услуг. Эти две взаимосвязанные идеи составляют основу ряда различных моделей регулируемой или управляемой конкуренции (van de Ven 1990, 1994; Enthoven 1991).

Следует заметить, что понятие «рыночные принципы» здесь относится не к рынку с высоким уровнем конкуренции, а к относительно недавно сложившемуся в здравоохранении планируемому или внутреннему рынку. Такой рынок преднамеренно формируется государством, что предполагает децентрализацию процесса планирования, а также «частичную замену бюрократических административных механизмов рыночными стимулами» (Saltman and von Otter 1992: 17).

### **Создание конкурентных стимулов среди плательщиков**

Согласно теории регулируемой конкуренции, превращение плательщиков в покупателей медицинской помощи и вытекающая отсюда конкуренция должны создать рыночное давление, активизирующее элемент предпринимательства в поведении плательщиков. Выделяются четыре основных механизма этого давления.

#### **Потребительский выбор**

Потребители получают возможность выбирать между разными плательщиками за медицинские услуги (учреждениями страхования здоровья или врачебными кооперативами), контролирующими бюджетные средства, покупающими услуги других поставщиков и действуют до известной степени как страховщики. Страховые учреждения, заинтересованные в привлечении новых членов, поощряются к большей отзывчивости на нужды потребителей путем использования предпринимательских инструментов — таких, как предложение новых «продуктов» или лучших цен, программы защиты потребителя и обеспечения качества.

#### **Установление премий или дополнительных льгот**

Эти параметры могут побудить потребителей к отказу от услуг одного страхового учреждения в пользу другого, а страховщиков — к тому, чтобы более осознанно относиться к расходам. Роль этих параметров в тех или иных системах страхования здоровья и их влияние на страховые учреждения зависят от структурных особенностей систем и от схем регулирования (Schneider 1994).

На частных рынках медицинского страхования различия в размере премий имеют давнюю традицию. В системах социального медицинского страхования большинства стран они редки (Normand and Busse 2001). Согласно экономической теории, такие различия должны влиять на принятие решений страховщиками.

#### **Заключение контрактов с поставщиками**

Страховщик имеет определенную свободу действий в том, что касается организации его взаимодействия с поставщиками медицинских услуг. Он может выбирать тип заключаемого контракта, поставщиков, способ вознаграждения поставщика и т. п. Минимальными условиями для реализации контрактной системы являются: (а) переход от коллективных договоров (с ассоциациями поставщиков) к индивидуаль-

ным договорам (с отдельными поставщиками) и (б) переход от заключения договоров со всеми желающими поставщиками к избирательному заключению договоров с использованием механизма конкуренции за подряд (Saltman and Figueras 1997).

### **Повышенный риск**

Как в системах социального медицинского страхования, так и на рынках частного медицинского страхования плательщики могут действовать как предприниматели, ответственные за покрытие рисков, связанных с абонентскими расходами. Такие плательщики должны нести финансовую ответственность за колебания расходов на здравоохранение для страховщиков (то есть за различия между ожидаемыми и реальными расходами). Страховщики финансируются из расчета на душу населения, с ограничением их финансовой ответственности за возможные колебания расходов (van de Ven 1990). Повышение риска побуждает плательщиков искать пути к снижению расходов на покупаемую помощь и, значит, к тому, чтобы действовать в более предпринимательском духе. Предпринимательская деятельность покупателей медицинской помощи не обязательно превращает их в коммерческие организации, для которых единственным показателем успешной работы служит прибыль. Они скорее остаются квазигосударственными организациями, однако получают относительную свободу заключения контрактов, а их деятельность связана с более высоким риском.

### **Плательщики в неконкурентной среде**

Предпринимательская деятельность плательщиков может поощряться также в неконкурентной среде, когда на рынке здравоохранения есть практически только один покупатель (такой рынок именуется монопосонным). В этом случае плательщик в обязательном порядке должен использовать определенные предпринимательские инструменты — такие, как контракты с поставщиком или обусловленные объемом работы платежи поставщику. Ожидается, что отсутствие рыночного давления будет компенсировано давлением со стороны правительства.

Этот тип административного давления на плательщиков может играть существенную роль в странах с интегрированными системами здравоохранения (без разделения на покупателей и поставщиков). Он особенно уместен в странах Центральной и Восточной Европы и СНГ с их традиционным командно-административным подходом к управлению системой здравоохранения (Goldstein *et al.* 1996; Klugman and Schieber 1996).

Комплекс предпринимательских инструментов, используемых плательщиками, не находится в прямой связи со структурой рынка медицинских услуг. Так, в странах с монопосонной структурой рынка правительство, по меньшей мере в теории, может требовать избирательного заключения договоров. При наличии формальной процедуры конкуренции за подряд монопосония покупателей услуг может сосуществовать с конкурентной моделью поставки услуг. Точно так же конкурентная модель покупки услуг может сосуществовать с неконкурентной моделью поставки услуг. Конкурирующие покупатели могут избирательно заключать контракты с теми или иными поставщиками. Ввиду институциональных ограничений конкурентное заключение договоров может оказаться невозможным; в итоге покупатели должны будут искать иные пути для привлечения потребителей. Таким обра-



зом, конкурентная модель поощряет предпринимательство среди покупателей медицинских услуг, но не обязательно обеспечивает использование всего комплекса предпринимательских инструментов.

### **Возможные политические дилеммы**

Предпринимательская деятельность покупателей на рынке здравоохранения порождает озабоченность по поводу ее возможного влияния на справедливость, доступность и эффективность поставок медицинских услуг. Обеспокоенность вызывает, в частности, то обстоятельство, что у конкурирующих покупателей есть сильные стимулы для «отбора рисков» — то есть для привлечения здоровых членов («хорошие риски») и для отсева менее здоровых («плохие риски»). Если не принять нужных регулирующих мер, отбор рисков может стать важным аспектом предпринимательского поведения покупателей. Опыт США служит, вероятно, лучшим индикатором возможного влияния отбора рисков на финансовую ситуацию: прибыли конкурирующих страховщиков, обусловленные отбором рисков, составляют от 20 до 34% премий по лечению в больницах и у специалистов (van de Ven and Van Vliet 1992). Таким образом, в отсутствие регулирования, обеспечивающего справедливость при поставках услуг, конкурирующие покупатели обнаруживают тенденцию к «размыванию» социальной сплоченности в сфере финансирования здравоохранения (Saltman and Figueras 1997).

Беспокоит также возможность конфликта между краткосрочными интересами конкурирующих покупателей услуг и долгосрочными политическими задачами в сфере здравоохранения. Покупатели могут быть больше заинтересованы в заключении контрактов с теми поставщиками услуг, которые более привлекательны с точки зрения «отбора рисков», или, по той же причине, в отборе более дорогих способов лечения с неясными клиническими результатами. Покупатели могут неохотно оплачивать дополнительные расходы на обучение поставщиков первичной помощи или на использование экспериментальных лечебных методов, цель которых — добиться снижения расходов на здравоохранение в долгосрочной перспективе. Покупателям могут показаться непривлекательными также профилактические меры, направленные на улучшение здоровья населения или на снижение расходов здравоохранения в долгосрочной перспективе.

Еще одно возможное противоречие с задачами политики в области здравоохранения заключается в том, что избирательное заключение договоров может нарушить непрерывный процесс лечения: больные, начав лечиться у одного врача, часто бывают вынуждены перейти к другому, поскольку контракт с первым врачом не возобновляется. То же относится к случаям, когда застрахованный переходит от одного страховщика (чья премия, скажем, слишком низки) к другому, однако последний не вступает в договорные отношения с той же сетью поставщиков.

Каждая страна, начав рыночные или квазирыночные реформы, оказывается перед сложной проблемой: как избежать внезапных драматических сдвигов в системе поставок медицинских услуг. Сдвиги могут быть вызваны, к примеру, изменениями в объемах и структуре услуг, предоставляемых медицинскими учреждениями региона, или закрытием больниц ввиду их неспособности выполнить договорные обязательства. Такие сдвиги всегда имеют политическое значение, поскольку могут осложнить доступ населения к медицинскому обслуживанию и затрагивают интересы многих агентов рынка здравоохранения.

Важная сфера государственного регулирования — обеспечение подотчетности. С одной стороны, покупатели услуг должны быть подотчетны общественности (которую представляют органы власти — парламент, министерство здравоохранения, контролирующий орган); с другой стороны, покупатели должны отчитываться перед своими клиентами. Чем больше политика в области здравоохранения опирается на конкуренцию среди медицинских страховых учреждений, тем более необходима подотчетность. Выбор между учреждениями — это выбор между различными пакетами льгот и пособий и между различными формами договорных отношений с поставщиками. Чтобы этот выбор был рациональным, необходимо дополнительное регулирование.

Проблема подотчетности покупателей услуг перед потребителями особенно важна в частном медицинском страховании, основанном на добровольном выборе потребителя; по сравнению с социальным медицинским страхованием эта модель предусматривает меньшую степень солидарности при снижении рисков. В данном случае продаваемая продукция должна соответствовать индивидуальным или групповым ожиданиям абонентов, которые платят собственные деньги, но при этом недостаточно информированы, чтобы сделать рациональный выбор. Регулирование частного медицинского страхования предполагает знание следующих обстоятельств: имеют ли покупаемые продукты реальную ценность; могут ли потребители легко разобраться в продуктах и сравнить их друг с другом; насколько точно оформлены представленные жалобы; действительно ли поставщики обеспечили надлежащий доступ к услугам; имеются ли в распоряжении страховых компаний эффективные средства и процедуры для предотвращения мошенничества (Turnbull 1997).

Итак, необходимость в регулировании может рассматриваться отчасти как неотъемлемое свойство предпринимательской модели покупки медицинских услуг (поскольку такая модель способна вступить в противоречие с задачами политики в области здравоохранения), отчасти же — как требование переходного периода, когда сильные и слабые стороны данной модели не вполне ясны, в связи с чем возникает нужда в подстраховке от возможных отрицательных последствий в аспекте справедливости, эффективности и подотчетности.

## **Институциональная структура регулирования и надзора**

Регулирование сторонних плательщиков — многоуровневый процесс. Общая *структурная схема регулирования*, включающая основные «правила игры», составляет основу регулирования. Правила предусматривают, насколько часто застрахованный может менять страховщика, кто может заключать контракты с кем и на каких условиях, уполномочен ли какой-либо орган власти санкционировать контракты, как устанавливаются премии (или размеры взноса), обязаны ли страховые учреждения принимать любых претендентов, каким образом можно избежать «отбора рисков». Общая схема обычно устанавливается в форме законов, регулирующих деятельность, к примеру, страховых или лечебных заведений.

*Отдельные регулирующие действия* должны соответствовать требованиям общей структурной схемы регулирования. Так, если общая схема предусматривает санкционирование контрактов между плательщиками и поставщиками со стороны налогового органа, должна существовать установленная процедура получения требуемой санкции. Для регулирования на предмет корректировки рисков также следу-

ет установить соответствующий механизм, который затем следует применять на постоянной основе.

В условиях конкурентной среды с высокой предпринимательской активностью необходим надзор за *выполнением предписаний регулирующих органов*. Не следует принимать на веру, что субсидирующие учреждения будут «автоматически» вести себя согласно установленным правилам, ибо уклонение от правил (например, уклонение от «плохих рисков» при принятии новых клиентов) в ряде случаев может дать им преимущества в конкурентной борьбе. Следовательно, надзор необходим для повышения вероятности того, что учреждения будут соблюдать правила игры.

В большинстве стран разработка общей структурной схемы регулирования является прерогативой парламента, который на практике обычно следует рекомендациям правительства. Отдельные регулирующие действия входят в сферу компетенции правительственных органов, каковыми обычно являются министерство финансов и министерство здравоохранения; в некоторых странах (в том числе в Казахстане и России) функцию основного регулирующего органа выполняет центральный (федеральный) фонд обязательного медицинского страхования.

Участие министерства здравоохранения в процессе регулирования страхования здоровья — спорная проблема для ряда стран Центральной и Восточной Европы со складывающейся бисмарковской моделью. На начальной стадии перехода к новой модели наблюдалась тенденция к ограничению роли министерства: считалось, что чрезмерное участие министерства уменьшит потенциал страховщиков и независимых плательщиков. Кроме того, органы медицинского страхования стремились создать собственную индустрию путем отделения той части системы здравоохранения, которая субсидируется медицинскими страховщиками. Так, в России региональные органы здравоохранения и фонды обязательного медицинского страхования стремились взять под свой контроль столько финансовых средств, сколько возможно, и поэтому искали пути к созданию собственных систем поставки медицинских услуг. Были предприняты регулирующие действия по контролю за дроблением целостной системы здравоохранения (Sheiman 1997).

Общая тенденция для стран Центральной и Восточной Европы заключается в интеграции министерства здравоохранения и фонда обязательного медицинского страхования или, по меньшей мере, в более тщательном координировании регулирующей деятельности этих двух органов. После нескольких лет противоречивых отношений — а иногда и серьезных конфликтов — между органами последние выбрали путь сотрудничества в вопросах регулирования обязательного страхования здоровья. Так, в Чехии утрата контроля над расходами системы здравоохранения потребовала более жесткого регулирования и повышения роли министерства (National Economic Research Associates 1995; Busse *et al.* 2000). В России министерство и федеральный фонд обязательного медицинского страхования ныне вместе работают над созданием единообразного пакета льгот и пособий и согласовывают свои регулирующие действия.

Ответственность за регулирование частных медицинских страховщиков несут главным образом министерство финансов и/или министерство торговли; министерство здравоохранения не участвует в этом процессе, хотя он часто влияет на политику в области здравоохранения. В некоторых странах — например, в Германии и Нидерландах — министерство здравоохранения занимается отношениями между частными компаниями медицинского страхования и поставщиками медицинских услуг.

Надзор осуществляется различными правительственными ведомствами, преимущественно министерствами финансов и здравоохранения. В некоторых стра-

нах министерство финансов отвечает также за лицензирование медицинских страховых компаний. Иногда это создает серьезные трудности, поскольку министерство финансов ввиду своей специфики обращает основное внимание на финансовые аспекты деятельности страховщиков и не контролирует (или почти не контролирует) соответствие этой деятельности задачам политики в области здравоохранения. В странах, где лицензирование и надзор относятся преимущественно к компетенции министерства финансов, существует тенденция к более тесной координации между этим министерством и другими органами здравоохранения. Так, в России федеральный фонд обязательного медицинского страхования стремится найти для себя новую роль в качестве лицензирующего и контролирующего органа, дополняющего деятельность министерства финансов (Semenov 1997).

Во многих странах надзор осуществляется совместно разными ведомствами, имеющими отношение к здравоохранению, и специальными правительственными учреждениями. Например, в Германии официальный надзор за медицинскими фондами является прерогативой небольших специальных подразделений внутри министерств здравоохранения отдельных земель, а также государственных страховых инспекторов. В большинстве стран действуют как местные, так и центральные (федеральные) надзорные органы.

В Германии эти надзорные органы осуществляют свою власть над медицинскими фондами с помощью широкого набора законодательно утвержденных инструментов, в том числе:

- права получать информацию и реагировать на эту информацию до принятия медицинскими фондами какого бы то ни было официального решения;
- права на равное участие в принятии решений путем консенсуса и на отклонение предложений фондов, вызывающих несогласие;
- права в крайних случаях прибегать к указам правительства для отмены принятых фондами решений.

Таким образом, регулирование медицинских фондов в Германии — это особое сочетание управления и консультирования, надзора и инспектирования, информирования и контроля, разрешающих и запрещающих процедур (Affeld 1997). Сходные формы регулирования установлены в странах со складывающейся моделью страхования здоровья — при том, что в разных странах процессы осуществляются разными учреждениями и с помощью разных процедур (Marree and Groenewegen 1997).

## **Различные сферы регулирования**

### **Регулирование для обеспечения справедливости**

Одной из важнейших задач, связанных с построением структурной схемы регулирования конкуренции, является обеспечение справедливости. Затраты на здравоохранение распределяются между людьми крайне неравномерно. Так, в США 30% затрат на здравоохранение идет на удовлетворение потребностей 1% населения, тогда как на нужды половины населения тратится лишь 3% средств (Luft 1996). По соображениям справедливости регулирующие инстанции в большинстве конкурентных (социальных) систем медицинского страхования стран Европы не позволяют страховщикам назначать высокие премии лицам, лечение которых стоит до-

рого. Вместо этого регулирующие инстанции предписывают местное налогообложение (как в Швейцарии) или обусловливание размера взносов размером доходов (как в Германии), или сочетание этих двух методов (как в Нидерландах). Однако в результате подобных регулирующих мер лица, лечение которых связано с большими затратами, становятся для страховщиков источником «плохих рисков», поскольку ожидаемые доходы от них значительно ниже реальных расходов (Pauly 1984). Начав заниматься «отбором рисков», страховщики могут получить преимущество в конкурентной борьбе. Чтобы избежать подобной практики, нужно принять дополнительные регулирующие меры.

Один из самых обычных регулирующих инструментов — обязательный открытый прием в члены: застрахованное лицо имеет право периодически выбирать или менять членство в учреждениях социального медицинского страхования. В связи с этим инструментом находится требование страховому учреждению предоставлять членство всем претендентам. Некоторые страны со складывающейся моделью покупки медицинских услуг стремятся гарантировать эти права и обязанности (таковы Чешская Республика, Нидерланды, Швейцария). Другие страны — как, например, Россия — объявили право на открытый прием, однако в действительности выбор обычно осуществляется работодателями, которые платят взносы за своих наемных работников, или местными правительственными органами (для безработных). Хотя индивид формально может претендовать на членство в любой страховой компании, процедуры, позволяющие потребителям сделать выбор между страховщиками, все еще не разработаны (Sheiman 1997).

В Германии всеобщий открытый прием в члены не предусмотрен. Некоторые учреждения социального медицинского страхования обязаны принимать всех, однако другие учреждения имеют право принимать лишь некоторые категории населения. Учреждения социального медицинского страхования, имеющие право ограничивать членство определенными категориями людей, обычно имеют лучшую структуру рисков.

Другой регулирующий инструмент состоит во введении механизма корректировки рисков для выравнивания уровней риска среди застрахованных. Идея заключается в том, чтобы объединить обусловленные доходами страховые взносы (или установленные местными властями премии) в центральный страховой фонд, а затем распределить их среди конкурирующих медицинских страховщиков согласно формуле, учитывающей масштаб рисков. Цель этого механизма — ликвидировать или, по меньшей мере, ослабить стимулы к избеганию страхования групп повышенного риска.

Механизмы корректировки рисков за последние годы были введены во многих странах; структурные особенности этих механизмов существенно различаются. При разработке таких механизмов следует иметь в виду (ср. Rice and Smith 2001):

- «факторы риска», которые следует включить в механизм корректировки риска;
- степень риска, принимаемого на себя медицинскими страховщиками;
- должно ли выравнивание рисков осуществляться на региональном уровне (как, например, в Швейцарии) или на общегосударственном уровне (как в Германии или Нидерландах).

Для Западной Европы типичен случай Швейцарии, где механизм выравнивания рисков был введен в 1993 г. Каждое учреждение медицинского страхования этой страны получает свои премии от своих застрахованных. Формула корректировки рисков, учитывающая возраст и пол застрахованных, применяется ко всем страховым учреждениям; учреждения с «лучшей» структурой рисков должны вне-

сти плату в систему корректировки рисков, тогда как учреждения со структурой рисков ниже среднего уровня получают финансирование из этой системы. В итоге финансовые последствия неравномерного распределения застрахованных по возрастным группам и по полу нейтрализуются.

Механизм корректировки рисков в Швейцарии вводился ради обеспечения социальной сплоченности и справедливости: было сочтено несправедливым, что компании страховавшие молодых людей, могли предоставлять более низкие премии, чем компании, страховавшие пожилых людей. Другой мотив был связан с обеспечением эффективности: механизм должен был поддержать у всех страховых учреждений высокие стимулы к снижению расходов на здравоохранение. По прошествии пяти лет после внедрения механизма было показано, что основные цели, которые ставило перед собой правительство Швейцарии, достигнуты (Sprucher 1999); тем не менее все еще сохраняются стимулы к «отбору рисков», ибо возраст и пол не являются достаточными факторами корректировки рисков.

Альтернативное решение заключается в установлении особого режима финансирования для дорогостоящих случаев («катастрофических рисков») ради снижения стимулов к «отбору рисков». Во многих странах (таких, как Эстония, Латвия, Казахстан, Россия) «катастрофические риски» покрываются не медицинскими страховыми учреждениями, а непосредственно правительством.

Проблема корректировки рисков касается не только страхования здоровья. Она возникает во всех случаях, когда субсидирующий агент имеет определенную свободу отбора рисков и хотя бы частично действует под влиянием предпринимательских стимулов. Так, в Великобритании кооперативы врачей общей практики (1991—99) могли быть заинтересованы в привлечении одних больных за счет других. Врачебные кооперативы получали средства для финансирования трех важнейших областей своей деятельности — обеспечения кадрами, лекарствами и теми услугами, которые кооперативы могли покупать непосредственно от имени своих больных. Первые две области финансировались по большей части исходя из предыдущего опыта назначения лекарств и из исторически сложившихся уровней кадрового обеспечения. На ранней стадии реформы бюджеты для больничного лечения также рассчитывались исходя из исторического опыта. Позднее средства распределялись по результатам переговоров с органами здравоохранения, предметом которых был «критерий активности», вычисленный из расчета на душу населения на основе возрастных и половых характеристик, а также исходя из исторического опыта. Предполагалось, что местные факторы (факторы корректировки рисков) будут включены в решения по бюджетам, принятые по результатам переговоров.

В первые годы действия схемы кооперативов никаких данных об «отборе рисков» не появлялось (Glennester *et al.* 1998), что могло быть обусловлено несколькими факторами. Первый из них — возможность изменений и поправок в процессе установления бюджетов. Врачи общей практики могли вести переговоры о дополнительных средствах для покрытия высоких расходов на дорогостоящих больных, что ослабляло стимулы для отсева таких больных. Кроме того, регулирующие органы могли отслеживать изменения в списках больных и источники денежных накоплений кооперативов. Далее, для кооперативов существовал верхний предел платежей за стационарное и амбулаторное лечение; самые дорогостоящие направления оплачивались непосредственно окружными органами здравоохранения. Хотя все эти факторы ограничивали стимулы к «отбору рисков» в краткосрочной перспективе, они создавали возможность более агрессивного «снятия сливок» в будущем. Так, кооперативы с меньшими возможностями для ведения переговоров по

дополнительному финансированию более склонны к избирательности при отборе больных. Следовательно, необходимо более жесткое регулирование корректировки рисков, обеспечивающее оптимальную взаимосвязь между размером бюджетов и уровнем рисков (National Economic Research Associates 1995).

### **Регулирование заключения договоров (контрактации)**

В странах, осуществляющих рыночно ориентированные реформы социальных систем здравоохранения, обычно сосуществуют две различные стратегии регулирования контрактации. Первая стратегия заключается в поощрении плательщиков или даже в давлении на них с целью избирательного заключения договоров с применением определенного набора обязательных правил и процедур. В большинстве стран Европы избирательная контрактация сталкивается с препятствиями, самое серьезное из которых — противодействие со стороны медиков. Десятилетиями средства распределялись либо без всяких контрактов (в большинстве стран с бевриджеской моделью, где медицинские услуги поставлялись непосредственно правительством), либо на основе контрактов со всеми врачебными и больничными ассоциациями (в странах с бисмарковской моделью). Вторая стратегия заключается в установлении пределов на свободное заключение контрактов, в основном путем процедур санкционирования контрактов и установления регулирующей схемы для компенсации поставщиков медицинских услуг. Эта стратегия предназначена для обеспечения справедливости и эффективности.

Эти две стратегии обычно вступают в противоречие друг с другом, что порождает неудовлетворенность среди покупателей услуг и требования ослабить регулирующие меры. Задача регулирующих инстанций — найти оптимальный баланс между свободой и регулированием. Первая стратегия проводится в жизнь с помощью набора формальных требований к процессу контрактации. Этот набор включает:

- *Требование придерживаться определенной процедуры контрактации.* На ранней стадии реформы британской Государственной службы здравоохранения (в 1991 г.) правительство одобрило конкурентную контрактацию. Согласно процедуре, покупатели оценивают потребности и заявляют о них поставщикам, указывая, в частности, ожидаемый объем медицинской помощи, требования к качеству и возможный исход. Поставщики предлагают свои условия контрактации, а покупатель сравнивает поступившие заявки и делает свой выбор. Конкурентная контрактация становится обязательной процедурой (Secretaries of State for Health 1989).
- *Требование вести переговоры о стоимостных характеристиках.* Задача покупателя — найти оптимальное соотношение объема, стоимости и качества. Устанавливаемые путем переговоров ставки платежей важнее, чем фиксированные расценки. Поставщики выбираются по результатам сопоставления стоимости услуг по соответствующей специальности или диагнозу.
- *Требование открытости информации для покупателей и поставщиков.* С самого начала от покупателя требуется быть по возможности открытым, дабы привлечь к переговорному процессу больше поставщиков. Поставщики также должны сделать все параметры своих заявок, включая ожидаемые цены, открытыми. Эта регулирующая мера необходима для упрощения покупки, а также для того, чтобы побудить поставщиков соизмерять свои цены с ценами возможных конкурентов (Culyer and Posnett 1990).

- *Требование следовать определенным правилам калькуляции себестоимости и цены.* В Великобритании правительство издало правила калькуляции себестоимости и цен. Эти правила создают единую основу для конкурентной контрактации (Grant and Collini 1996).
- *Требование следовать рамочным контрактам,* чтобы обеспечить соблюдение минимальных стандартов качества лечения. Правительство может предписать ту или иную форму спецификации услуг. Так, в России основное внимание обращается на клинические стандарты, определяющие минимальные требования к процессу и исходу лечения по всем диагнозам; в итоге круг возможностей для определения качественных характеристик оказывается довольно узким (Kemerovo Department of Health 1995).
- *Право покупателей отслеживать и оценивать реализацию положений контракта.* Сюда входит требование к заключившим контракт медицинским учреждениям предоставлять всю необходимую клиническую и экономическую информацию, а также впускать покупателей для инспекции.

Вторая стратегия регулирования процесса контрактации меняется в ответ на реформы. Реформа Государственной службы здравоохранения в Великобритании дает материал для полезных выводов о смене приоритетов при регулировании взаимодействия между покупателями и поставщиками медицинских услуг

Исследователи новой роли покупателей услуг (окружных органов системы здравоохранения и кооперативов врачей общей практики) сходятся во мнении, что благодаря этим покупателям равновесие сместилось от больничных поставщиков к личным врачам больных. Врачебные кооперативы могут выбирать больницы, наиболее гибкие в смысле соответствия требованиям к качеству и к срокам ожидания. Таким образом, больницы должны все более и более активно конкурировать за то, чтобы врачебные кооперативы направляли больных именно к ним. Вдобавок больницы, благодаря конкуренции на получение контракта, стали больше ориентироваться на потребности больных (Glennester *et al.* 1998).

Вместе с тем новые обстоятельства — рост расходов на контрактацию, медицинские результаты в условиях растущей конкуренции и складывающаяся двухзвенная система (одно звено для пациентов врачебных кооперативов, другое — для остальных больных) — были предметом дискуссий. Высказывалась также озабоченность дроблением закупочной функции между врачебными кооперативами и окружными органами здравоохранения: первые при заключении контрактов ориентируются на нужды отдельных больных, тогда как вторые — на нужды охраны здоровья в масштабах округа (Robinson and Le Grand 1994; Ham and Shapiro 1995).

С приходом к власти нового лейбористского правительства в 1997 г. регулирование в Великобритании было переориентировано в сторону сотрудничества между покупателями и поставщиками услуг; особое внимание стало уделяться совместному планированию. С апреля 1999 г. новая стратегия правительства предусматривает обязательное сотрудничество местных органов здравоохранения со всеми агентами (больничными трестами, врачами общей практики, общественными советами по здравоохранению, добровольными организациями, профессиональными медицинскими организациями и др.) с целью разработки планов сохранения и улучшения охраны здоровья жителей данного округа. Контрактация постепенно включается в процесс совместного планирования и осуществляется в контексте целевых установок, разработанных правительством по отношению к здравоохранению. Предполагается, что благодаря совместной работе многие из свойственных



контрактации сложностей будут преодолены. Таким образом, контрактация постепенно становится заключительным этапом процесса планирования, вовлекая множество агентов.

Функция контрактации видоизменяется также благодаря созданию примерно 480 групп первичной помощи (обслуживающих от 50000 до 250000 человек) и участию этих групп в принятии органами здравоохранения решений по закупкам (Higgins 1999). Планирующая функция этих групп («стратегия голоса») сочетается с давлением на других поставщиков с помощью контрактации («стратегия ухода») с целью повысить организационную эффективность (Glennerster *et al.* 1998).

Эти изменения в регулировании контрактации и «внутреннего рынка» в Великобритании могут рассматриваться как неизбежная реакция на формирование квазирыночных отношений в системе. После нескольких лет реформ стало ясно, что в долгосрочной перспективе победителей не будет, если покупатели и поставщики станут действовать только в собственных интересах: ведь рынок «закрыт», и доступные на нем средства ограничены. Изменения должны планироваться совместно, чтобы в выигрыше были все стороны.

Аналогичным образом видоизменяются процессы контрактации и в современной России. Исходная модель заключения договоров между медицинскими страховщиками и поставщиками услуг, предусматривавшая самостоятельность сторон при принятии решений, постепенно уступает место более согласованным действиям в рамках общей схемы процесса планирования. В 1998 г. правительство ввело процедуру разработки пакета медицинских пособий (федеральных и региональных), предполагающую совместные планирующие действия региональных органов здравоохранения и фондов обязательного медицинского страхования (последние представляют интересы страховщиков). Ожидается, что местные страховщики будут обосновывать свои решения по заключению договоров запланированными показателями расходов. Уже имеются данные о большей согласованности действий страховщиков и поставщиков.

В других странах, стремящихся к поощрению предпринимательства при закупках, все еще преобладает ограничительная стратегия регулирования контрактации. В современной Германии почти все договоры, в которых участвуют фонды страхования здоровья, должны быть представлены в официальные надзорные органы федерального или земельного правительства либо с целью информирования этих органов, либо для одобрения со стороны этих органов, либо, наконец, для получения согласия по существу. Основным критерий оценки контракта — его влияние на сдерживание расходов. Регулирующая инстанция может не санкционировать договор между страховым фондом и местным медицинским учреждением об инвестициях в развитие тех или иных служб, если в соседнем округе есть избыток мощностей для аналогичных служб. Причина отказа — несоответствие договора требованию о сдерживании расходов (Affeld 1997).

В 1989 г. в Германии фондам страхования здоровья была предоставлена свобода отменять контракты с неэффективно работающими больницами. Совместная работа с больничными ассоциациями не отменяет возможностей для отбора поставщиков и конкуренции за подряды. Страховщики могут избирательно заключать контракты, следуя общим правилам, которые оговорены в коллективном договоре; тем не менее коллективный характер контрактации все еще преобладает. По сравнению с практикой контрактации, принятой ныне в Великобритании, немецкие покупатели больше ограничены регулированием (Saltman and Figueras 1997). В настоящее время фонды медицинского страхования призывают к «дерегулированию»

их отношений с поставщиками медицинской помощи, поскольку заинтересованы в расширении возможностей для конкуренции друг с другом.

Есть основания предполагать, что коллективная контрактация все еще нужна, и ее сосуществование с индивидуальной контрактацией скорее всего продолжится. Страховщики, поставщики и правительство также испытывают необходимость в обсуждении коллективных мер по ограничению рынка индивидуальной контрактации. Коллективные контракты выдвигают общую ограничительную модель, внутри которой могут происходить локальные переговоры между сторонними плательщиками и поставщиками. Следовательно, коллективная контрактация не обязательно противоречит индивидуальной, а иногда даже функционирует как ее предпосылка.

### **Регулирование закупок медицинских услуг в неконкурентной среде**

Подход к регулированию предпринимательской деятельности покупателей услуг зависит от того, является ли рынок конкурентным или нет. Различаются две группы стран с различной рыночной средой для деятельности покупателей услуг. В странах первой группы действует монопсонная модель (модель с одним покупателем), исключающая возможность потребительского выбора. В эту группу входят как страны со сложившейся моделью страхования здоровья (например, Франция), так и страны со складывающейся моделью страхования здоровья (Эстония, Венгрия, Казахстан, Латвия, Литва, Словения). В таких странах действует один орган страхования здоровья с филиалами, каждый из которых охватывает определенный округ или регион; поэтому филиалы не конкурируют друг с другом. Вторая группа стран (Чешская Республика, Германия, Нидерланды, Словацкая Республика) характеризуется моделью с многочисленными страховщиками, которые могут поощряться к конкуренции.

В первой группе стран существует проблема поощрения предпринимательской деятельности покупателей в неконкурентной рыночной среде, не способствующей повышению эффективности. В странах второй группы возможности для применения предпринимательских механизмов шире, и основное внимание уделяется давлению рынка. Главной целью регулирования процесса закупок становится нейтрализация отрицательных последствий давления рынка.

В неконкурентной среде давление на покупателей с целью побудить их к большей предпринимательской активности обычно оказывает правительство. Стратегия регулирования заключается в активизации роли плательщиков за медицинские услуги и в том, чтобы сделать их бережливыми покупателями. Регулирующие органы устанавливают ясные цели и количественные показатели, относящиеся к поставкам медицинских услуг для плательщиков. С более специальной точки зрения эта стратегия означает расширение функций плательщиков с выходом за пределы традиционной компенсации за предоставление медицинских услуг. Покупатели должны участвовать в планировании поставок услуг и в использовании закупочных механизмов с целью изменения структуры поставок в интересах больных.

Во многих странах данная стратегия отнюдь не самоочевидна. Так, в России регулирующие инстанции считают планирование и реструктуризацию здравоохранения прерогативой органов здравоохранения и местных правительств; функция страховщиков ограничивается оплатой счетов за поставки и контролем качества. Регулирующие меры отражают это узкое понимание роли страховщиков и поэтому

ограничивают возможности независимых плательщиков по обеспечению более эффективного использования средств. Отсутствие четкой стратегии усиления роли страховщиков превращает последних в безразличных плательщиков, что приводит к сохранению избытка пропускной способности больниц, к относительно низкой роли поставок первичной помощи и к другим структурным нарушениям в аспекте поставок медицинских услуг (Sheiman 1997).

Страны с бисмарковской моделью стремятся активизировать роль плательщиков, требуя в законодательном порядке, чтобы контрактация стала основной формой их отношений с поставщиками. Эта стратегия приводит к разным результатам, преимущественно из-за различий в степени контроля за доходами здравоохранения со стороны страховщиков, а также в степени интегрированности закупочной политики. В Чехии, Венгрии, Латвии, Литве и Словении государственные финансы контролируются в основном страховщиками, тогда как роль органов здравоохранения ограничивается отдельными самыми крупными субсидиями. Закупки медицинских услуг носят интегрированный характер, что позволяет лучше планировать поставки (как в долгосрочном, так и в краткосрочном плане), обращая особое внимание на сдерживание расходов. Тем не менее в Казахстане, Киргизии, России и некоторых других странах СНГ страховщики контролируют только небольшую часть (30—35%) доходов системы здравоохранения. Большая часть финансирования распределяется органами здравоохранения на неконтрактной основе; решения по финансированию, принимаемые разными агентами, координируются слабо. Это позволяет поставщикам получать большую часть денег заранее, то есть не за реальные результаты своей работы. К тому же не существует положений, четко определяющих роль страховщиков как главных покупателей. В итоге контрактация становится не столько предпринимательским инструментом, реально влияющим на поставщиков услуг, сколько простой управленческой формальностью.

Предпринимательская деятельность покупателей в неконкурентной среде теоретически может поощряться также требованием заключать договоры только на основе избирательности. Данные об избирательной контрактации по этой группе стран скудны; исключение составляет только Великобритания. Британское правительство оказывает давление на окружные органы здравоохранения, чтобы они избирали самых экономически выгодных поставщиков, и формирует их представление о том, что представляет собой «хороший» договор. Вдобавок к реальным и потенциальным административным стимулам (таким, как организационное выживание, обеспеченность работой, повышение по службе) возникает по меньшей мере некоторое рыночное давление, обусловленное конкуренцией с традиционными плательщиками и между врачебными кооперативами. Такие стимулы побуждают монопосонных покупателей (органы здравоохранения) к более эффективной работе (Glennester *et al.* 1998).

Более интересен случай Казахстана, где конкуренция между покупателями отсутствует. В 1998 г. правительство официально потребовало от правительственных ведомств заключать договоры избирательно, на основе механизма конкуренции за подряд. Этот механизм начал действовать в 1999 г. в Алма-Ате. Местные больницы и поликлиники вступили в конкуренцию за контракты по широкому спектру специальностей. Некоторые контракты были заключены только на ограниченный объем работы. Конкуренция за подряды позволила снизить избыточную пропускную способность больниц.

Как ни удивительно, страны с конкурентной и неконкурентной средой испытывают сходные, если не одинаковые, трудности на пути к избирательной кон-

трактации. Речь идет о противодействии со стороны медиков, сопротивлении снижению избыточной пропускной способности и традициях коллективной контрактации.

Другой возможный механизм поощрения предпринимательства в неконкурентной среде — поощрение покупателей к использованию методов проспективной оплаты услуг поставщика; к таким методам относятся глобальные бюджеты, исчисление, производимое из расчета на душу населения, кооперация. В этом случае покупатель работает в рамках общей схемы планирования, договариваясь с поставщиками об объеме и качестве услуг, распределении рисков и, в некоторых случаях, также о ставках компенсации. Эта работа требует более высоких предпринимательских способностей, чем ретроспективные платежи за реальный объем услуг по фиксированным расценкам. В большинстве стран Европы со сложившимися системами финансирования здравоохранения (независимо от преобладающей модели покупки услуг) растет использование глобальных бюджетов, сложных «блочных» контрактов или договоров, оговаривающих расходы и объем, как метода компенсации за стационарное лечение (Saltman and Figueras 1997). Таким образом, покупатели начинают играть более активную роль в спецификации и выборе модели поставок медицинских услуг.

Страны со складывающейся моделью страхования здоровья вначале обычно используют смешанный набор ретроспективных методов оплаты и традиционный метод финансирования медицинских учреждений по принципу «пункт за пунктом». Так, страховые компании Чехии, Венгрии и России используют (или использовали) различные варианты ретроспективной оплаты за стационарное лечение. Подобные схемы оплаты поощряли больницы к увеличению объемов работ и способствовали повышению внутренней эффективности больниц. Тем не менее проблема структурной неэффективности во многих случаях обострялась ввиду увеличившегося приема неподходящих больных и отсутствия ограничений на использование дорогих методов лечения. Так, в Чехии вслед за введением системы ретроспективных платежей расходы на здравоохранение выросли почти на 40% за два года (Marjee and Groenewegen 1997). Таким образом, существуют данные в пользу того, что нужно ввести более жесткие требования к страховщикам, чтобы побудить их к использованию менее свободных (допускающих меньше поправок и изменений) платежных схем в данной группе стран.

В неконкурентной среде административные расходы покупателей регулируются. В некоторых странах Центральной и Восточной Европы — таких, как Чехия, Польша, Россия и Словакия, — потолок административных расходов установлен в размере 2—7% от дохода социального страхования здоровья. Эффективное управление системой страхования здоровья — это не то же самое, что минимизация административных расходов «любой ценой». Для умелого составления контрактов с поставщиками медицинских услуг нужны более умелые и, соответственно, лучше оплачиваемые сотрудники; получение управленческой информации также требует вложений.

Таким образом, согласно имеющимся данным правительства часто оказывают давление на покупателей услуг с целью побудить их действовать в более предпринимательском духе и тем самым стимулировать предпринимательство в сфере поставок услуг. Тем не менее эти данные недостаточны для окончательных выводов; в частности, они не отвечают на вопрос о том, может ли давление со стороны государства компенсировать отсутствие рыночного механизма.

### **Регулирование с целью обеспечить «настоящую» конкуренцию**

Все сказанное о сферах регулирования относится также к странам, в которых конкурентная структура закупки медицинских услуг все еще находится в стадии развития. Нужна некоторая дополнительная регулирующая деятельность, дабы обеспечить реальную конкуренцию среди покупателей медицинских услуг.

### **Регулирование выхода на рынок новых агентов**

Во всех странах выход на рынок нового плательщика за медицинские услуги санкционируется правительством, преимущественно путем формального лицензирования учреждений медицинского страхования. Помимо требований к финансовой жизнеспособности этих учреждений, правила лицензирования устанавливают также стратегическую схему деятельности плательщиков, которая должна соответствовать политическим задачам в области здравоохранения.

В странах с устоявшейся моделью социального страхования здоровья регулирующие меры направлены прежде всего на сдерживание расходов и обеспечение справедливости. Смысл выдвигаемых требований — поощрить активную роль страховщиков и более эффективное использование средств в здравоохранении. Так, в Германии и Нидерландах медицинские страховые фонды должны представить лицензирующему или надзирающему органу оперативный план, определяющий не только ожидаемые внутренние операции (инвестиции в оборудование, кадровое обеспечение и т. д.), но и взаимодействия с поставщиками услуг. Этот план должен продемонстрировать как управленческие возможности учреждения, так и принятые им стратегические решения по покупке медицинских услуг (ожидаемые объемы стационарного лечения, стратегии замены).

В Великобритании до апреля 1999 г. группы врачей общей практики, претендующие на статус кооперативов, должны были получить санкцию Министерства здравоохранения. Министерство также сформулировало требования к бюджету врачебных кооперативов и определило процедуры проведения переговоров по бюджетам и одобрения бюджетов со стороны местных органов здравоохранения.

### **Регулирование слияний между медицинскими страховыми учреждениями**

Слияния оказывают двойственное воздействие на среду, которая, по идее, должна быть конкурентной. С одной стороны, положительный эффект масштаба, приводящий к снижению административных расходов, повышает привлекательность больших страховых учреждений. С другой стороны, в результате слияний число страховых учреждений может стать недостаточным для настоящей конкуренции. Для точного определения условий, допускающих слияние учреждений социального медицинского страхования, необходимы регулирующие меры.

Проблема слияний в конкурентной среде существует даже для стран с устоявшейся моделью страхования здоровья. В большинстве случаев схемы, регулирующие слияния страховщиков, не разработаны. В Великобритании Министерство здравоохранения регулирует слияния как среди поставщиков (больничных трестов), так и среди покупателей (органов здравоохранения и кооперативов врачей общей практики). Регулирование исходит из необходимости поощрять конкуренцию. Необходимое вмешательство (например, для согласования закупочных решений органов здравоохранения и врачебных кооперативов или для снижения адми-

нистративных расходов) осуществляется при наличии точно сформулированных задач и четких критериев — дабы заинтересованные стороны могли предвидеть результаты (NHS Executive 1994).

### **Облегчение выбора покупателя услуг**

Вдобавок к вышеописанной процедуре открытого приема в члены необходимо дополнительное регулирование, обеспечивающее информационную прозрачность. Государственное регулирование — необходимый инструмент, позволяющий удостовериться, что клиенту страхового учреждения предоставляется минимально необходимая информация.

Минимальное требование в аспекте потребительского выбора заключается в том, что абоненты должны вкладывать деньги в страховые фонды сами (вместе с работодателями и правительством) — иначе у них не будет особых стимулов к получению большей выгоды за свои деньги. Это требование не выполняется в большинстве стран Центральной и Восточной Европы, начавших переход к модели социального медицинского страхования и объявивших о намерении сделать эту новую модель конкурентной. Так, в России работодатели вносят в региональный фонд обязательного медицинского страхования деньги за своих работников, а местные правительственные органы платят за неработающих. Резиденты не платят за свою страховку и, таким образом, не особенно заинтересованы в выборе страховой компании. В конкуренции за предоставление обязательного медицинского страхования (по существу, за привлечение работодателей) участвуют около 400 таких компаний с лицензиями. В больших городах они конкурируют за получение контрактов с лучшими поставщиками медицинских услуг и, таким образом, косвенным образом конкурируют также за привлечение больных. Однако такой тип конкуренции имел значение только на начальной стадии реформ (1993—94) (Sheiman 1997). Если система основана всецело на платежах работодателей и на правительственном выборе страховщика, последний не испытывает достаточного рыночного давления, чтобы снизить затраты на пакет медицинских льгот и пособий.

### **Регулирование распределения фондов среди покупателей услуг**

Использование формулы финансирования, выведенной с учетом корректировки рисков и основанной на исчислении из расчета на душу населения, служит важным инструментом, облегчающим деятельность конкурентного рынка медицинского страхования. Обычно этот инструмент обсуждается в контексте правительственной политики обеспечения справедливости при распределении льгот в системе здравоохранения с разнородными плательщиками. Однако механизм корректировки рисков — это еще и важный инструмент обеспечения эффективности и экономичности поставок услуг. Хорошо работающие системы корректировки рисков поощряют такую конкуренцию между плательщиками, которая основана на расходах и качестве, а не на отборе рисков. Корректировка страховых рисков означает прежде всего минимизацию расходов на поставки услуг и административных расходов. Покупатели услуг заинтересованы в поиске более экономичных методов медицинского вмешательства и в выборе более эффективных поставщиков. Следовательно, чтобы рынки были эффективны, необходимо регулировать использование механизма корректировки рисков.

**Регулирование с целью поощрения сбора информации**

Опыт ряда стран с действующими и складывающимися рынками здравоохранения — в том числе Великобритании и США — позволяет судить о влиянии естественного дисбаланса между информацией, доступной покупателям и поставщикам, на эффективность процесса покупки услуг (Maynard 1994). Этот дисбаланс может быть скорректирован только регулируемыми мерами и вложением средств в сбор информации. Так, в Великобритании правительство поощряет сбор информации об отношении потребителей к поставщикам (с помощью окружных комиссий по здравоохранению и врачей общей практики), а также об относительной эффективности различных методов медицинского вмешательства и различных организационных форм (Glennister *et al.* 1998).

**Выводы**

Набор предпринимательских механизмов, относящихся к покупке услуг, включает как относительно традиционные инструменты, используемые в неконкурентной среде (плановые решения по закупкам, контрактация, методы оплаты поставок по факту как часть мер по сдерживанию расходов), так и механизмы, обусловленные давлением рынка (избирательная контрактация, варьирование размеров премий и пакетов медицинских льгот и пособий). Некоторые из традиционных предпринимательских механизмов имеют длительную историю использования в странах с устоявшимися системами медицинского страхования. Внедрение этих механизмов имеет особенно большое значение для стран Центральной и Восточной Европы, находящихся на полпути от командно-административной модели к модели, основанной на разделении покупателя и поставщика. Тем не менее использование этих инструментов также требует регулирования, обеспечивающего выполнение политических задач в области здравоохранения.

Роль и место предпринимательских механизмов в конкурентной структуре закупки услуг сильно зависит от преобладающих ценностей данного общества, а также от того, с чего началось становление новых структур. В Западной Европе сдерживание расходов и поиск лучшего соотношения между затратами и доходами в здравоохранении являются первостепенными государственными задачами — при наличии широкого общественного консенсуса о необходимости сохранения принципа сотрудничества и солидарности при избегании рисков. В странах Центральной и Восточной Европы, где проблема сдерживания расходов не имеет такого значения ввиду хронического недофинансирования систем здравоохранения, конкурентная модель закупки услуг обычно рассматривается как стратегия защиты больного. Забота о справедливом распределении услуг выражена не так сильно, как в Западной Европе, поскольку на переходном этапе первостепенными ценностями стали свобода выбора и свобода предпринимательства.

Влияние предпринимательских механизмов на конкурентную структуру закупки услуг не столь очевидно. Масштаб использования этих механизмов во многих странах все еще ограничен по различным причинам, важнейшие из которых — угроза «отбора рисков» и противодействие, которое медики-профессионалы оказывают практике избирательной контрактации. Поэтому пока трудно судить о начальных шагах — тем более что попытки внедрения предпринимательских механизмов не всегда оказываются достаточно последовательными. Данные по Вели-

Кобритании свидетельствуют о позитивных результатах, выразившихся в повышении степени конкурентности среди поставщиков и в более высокой отзывчивости к местным потребностям (впрочем, многими противниками реформы эти результаты ставятся под сомнение). В других странах модель закупки услуг пока только начинает работать. Избирательная контрактация с участием конкурирующих страховых фондов — не столько преобладающий подход к отношениям с поставщиками, сколько некая формальность.

Концептуальные соображения, наряду с некоторыми эмпирическими данными, показывают, что активизация рынка и предпринимательства не означает ослабления регулирования. Конечно, по сравнению с неконкурентной ситуацией, тип государственного вмешательства должен быть иным: не столько прямое государственное финансирование и управление, сколько установление структурной схемы для действий агентов и надзор за этими действиями. Такой тип регулирования может представлять еще более значительные сложности.

Не существует надежных данных о влиянии регулирования на обеспечение социальной справедливости. Механизмы корректировки рисков, так же как и другие регулирующие инструменты, снижают степень «отбора рисков», но все еще не далеко решают проблемы.

Содержание регулирующей деятельности меняется в ответ на проблемы, возникающие во взаимоотношениях между покупателем и поставщиком. Случай Великобритании показывает, что по мере становления квазирыночных отношений в фокусе внимания регулирующих инстанций оказывается не столько конкуренция, сколько сотрудничество между покупателями и поставщиками, а также координация между различными покупателями. Активизируется роль совместного планирования. Участие поставщиков первичной помощи в принятии органами здравоохранения решений по закупкам сочетается с их рыночным давлением на больницы и систему социальной медицины. Таким образом, деятельность покупателей приобретает новые аспекты, чуждые традиционным рыночным механизмам.

В странах Западной Европы лишь недавно стали обращать внимание на экономию средств при закупках; в еще большей степени это относится к странам Центральной и Восточной Европы, где инвесторы по большей части ведут себя еще как инстанции по возмещению расходов, а не как управленцы в области здравоохранения. В близком будущем предпринимательские механизмы закупки услуг в большинстве европейских стран будут развиваться, скорее всего, преимущественно в неконкурентной среде с монопоным плательщиком, действующим как самый информированный покупатель. Давление правительства с целью поощрить предпринимательство, вероятно, уравнивает недостаток или отсутствие рыночного давления. Таким образом, регулирование все еще будет сосредоточено на совершенствовании предпринимательских механизмов с помощью надзора и оценки.

## Литература

- Affeld, D. (1997) *Regulations for Sickness Funds and Health Insurance Companies Activities in Germany*. Workshop on Regulating Health Insurance Companies in Russia. Federal Fund of Mandatory Health Insurance, Moscow, 16–18 September.
- Busse, R., Struck, P., Marshall, T., Pyrmula, R. and Petrakova, A. (2000) *Health Care Systems in Transition: Czech Republic*. Copenhagen: European Observatory on Health Care Systems.



- Culyer, A. and Posnett, J. (1990) Hospital behaviour and competition, in A. Culyer, A. Maynard and J. Posnett (eds) *Competition in Health Care: Reforming the NHS*. London: Macmillan.
- Enthoven, A. (1991) Internal market reform of the British National Health Service, *Health Affairs*, 10: 60–70.
- Glennister, H., Cohen, A. and Bovell, V. (1998) Alternatives to fundholding, *International Journal of Health Services*, 28: 47–66.
- Goldstein, E., Preker, A., Adeyi, O. and Chellaraj, G. (1996) *Trends in Health Status, Services, and Finance: The Transition in Central and Eastern Europe*, Vol. 1, Technical Paper No. 341. Washington, DC: World Bank.
- Grant, K. and Collini, E. (1996) *The Evolution of Management in the UK National Health Service, 1948–1995*. London: Institute for Health Sector Development.
- Ham, C. and Shapiro, J. (1995) The future of fundholding (editorial), *British Medical Journal*, 310: 1150–1.
- Higgins, J. (1999) *Restructuring the Whole System: The Newsletter of the Health Services Management Unit*. Manchester: University of Manchester.
- Kemerovo Department of Health (1995) *Quality Assurance in Health Care*. Kemerovo: Department of Health (in Russian).
- Klugman, J. and Schieber G. (with the assistance of Heliak, T. and Hon, V.) (1996) Health reform in Russia and Central Asia, in J.M. Nelson, C. Tilly and L. Walker (eds) *Transforming Post-communist Political Economies*. Washington, DC: National Academy Press.
- Luft, H.S. (1996) Modifying managed competition to address cost and quality, *Health Affairs*, 15: 21–38.
- Marrée, J. and Groenewegen, P.P. (1997) *Back to Bismarck: Eastern European Health Care Systems in Transition*. Aldershot: Avebury.
- Maynard, A. (1994) Can competition enhance efficiency in health care? Lessons from the reforms of the U.K. National Health Service, *Social Science and Medicine*, 39: 1433–45.
- National Economic Research Associates (1995) *Risk-Adjustment and its Implications for Efficiency and Equity in Health Care Systems*. London: Pharmaceutical Partners for Better Healthcare.
- NHS Executive (1994) *The Operation of the NHS Internal Market: Local Freedoms, National Responsibilities*, HSG(94)55. London: HMSO.
- Normand, C. and Busse, R. (2002) Social health insurance financing, in E. Mossialos, A. Dixon, J. Figueras and J. Kutzin (eds) *Funding Health Care: Options for Europe*. Buckingham: Open University Press.
- Pauly, M.V. (1984) Is cream-skimming a problem for the competitive medical market?, *Journal of Health Economics*, 3: 87–95.
- Rice, N. and Smith, P.C. (2002) Strategic resource allocation and funding decisions, in E. Mossialos, A. Dixon, J. Figueras and J. Kutzin (eds) *Funding Health Care: Options for Europe*. Buckingham: Open University Press.
- Robinson, R. and Le Grand, J. (eds) (1994) *Evaluating the NHS Reforms*. London: King's Fund.
- Saltman, R.B. and Figueras, J. (1997) *European Health Care Reform: Analysis of Current Strategies*, WHO Regional Publications, European Series No. 72. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
- Saltman, R.B. and von Otter, C. (1992) *Planned Markets and Public Competition*. Buckingham: Open University Press.

- Schneider, M. (1994) *Complementary Health Schemes in the European Union*. Augsburg: BASYS.
- Secretaries of State for Health (1989) *Working for Patients*, Cm 55. London: HMSO.
- Semenov, V. (1997) [Insurance company—real guarantees are needed] (in Russian). *Meditsinskij Vestnik*, 18: 4–5.
- Sheiman, I. (1997) From Beveridge to Bismarck: health finance in the Russian Federation, in G. Schieber (ed.) *Innovations in Health Care Financing*. Proceedings of a World Bank Conference, 10–11 March 1997. World Bank Discussion Paper No. 365. Washington, DC: World Bank.
- Spycher, S. (1999) *Wirkungsanalyse des Risikoausgleichs in der Schweizer Krankenversicherung*, Zusammenfassung der Studie im Auftrag des Bundesamtes für Sozialversicherung. Bern: Büro für arbeits- und sozialpolitische Studien.
- Turnbull, N. (1997) *How Can State Regulators Ensure Health Insurance Companies are Accountable to Consumers?* Workshop on Regulating Health Insurance Companies in Russia. Federal Fund of Mandatory Health Insurance, Moscow, 16–18 September.
- van de Ven, W. (1990) From regulated control to regulated competition in the Dutch health care system, *European Economic Review*, 34: 632–45.
- van de Ven, W. (1994) Forming and reforming the market for third-party purchasing of health care (editorial), *Social Science and Medicine*, 39: 1405–12.
- van de Ven, W.P.M.M. and Van Vliet, R.C.J.A. (1992) How can we prevent cream skimming in a competitive health insurance market?, in P. Zweifel and H.E. Frech (eds) *Health Economics Worldwide*. Dordrecht: Kluwer.



**Ситуация в отраслях,  
где уровень предпринимательства  
высок и не меняется**

## *глава* ДЕСЯТАЯ

### **Регулирующая среда общей практики в международной перспективе**

*Петер П. Груневеген, Дженнифер Диксон и  
Винке Г. В. Бурма*

#### **Введение**

Регулирование нужно для того, чтобы привести во взаимное соответствие цели и задачи отдельных людей и медицинских организаций с одной стороны и общества в целом — с другой. Хотя за формирование регулирующей среды обычно отвечает правительство, оно не является единственным агентом. Значительное влияние оказывают также профессиональные сообщества: они внушают определенные понятия о профессиональных ценностях, устанавливают стандарты и во многих случаях отслеживают соответствие этим стандартам. Среди ключевых агентов, подлежащих регулированию, — профессионалы, работающие в государственном или частном секторе, государственные поставщики и частные организации, являющиеся инвесторами или поставщиками медицинских услуг. Существует богатый набор инструментов, позволяющих влиять на этих агентов или регулировать их поведение на разных уровнях системы здравоохранения. Благодаря реформам последнего десятилетия европейские системы здравоохранения прошли путь от государственного финансирования и государственной собственности в централизованно планируемых бюрократиях к смешанной модели с более активной ролью частных поставщиков; по мере этой эволюции возростал общественный интерес к тому, насколько правительства способны регулировать (а не планировать) здравоохранение для достижения желаемых целей.

Говоря о регулировании и предпринимательстве в здравоохранении, особое внимание следует обратить на первичную помощь. Под первичной помощью подразумевается медицинская помощь, оказываемая при первом контакте с индивиду и сосредоточенная не столько на болезни, сколько на самом больном (Starfield 1996). Эффективная система оказания первичной помощи не возникает внутри си-

стемы здравоохранения сама по себе. Она должна финансироваться, планироваться и регулироваться таким образом, чтобы поставщики первичной помощи были в состоянии и хотели принять на себя долю ответственности за состояние здоровья населения. Службам первичной помощи (по сравнению со службами вторичной помощи — местными и муниципальными больницами) необходимо выделить достаточные средства, чтобы обеспечить к ним доступ для всех слоев населения. Набор и размещение персонала для служб первичной помощи, качество помощи и доступ к ней — все это должно планироваться, отслеживаться и регулироваться. Важная задача — поощрение большей свободы для профессионалов в области первичной помощи (например, путем предоставления им бюджета для вторичной помощи, как в Великобритании, или путем фактической приватизации служб первичной помощи, как в странах Центральной Европы) с одновременным созданием финансовых стимулов, которые позволили бы избежать возможных отрицательных последствий такой свободы.

В настоящей главе рассматривается общая практика как центральная дисциплина в рамках первичной помощи. Врач общей практики — ключевой профессионал первичной помощи, поскольку именно с ним обычно происходит первый контакт в связи с возникшими проблемами для здоровья. В некоторых системах здравоохранения врачи общей практики почти полностью контролируют доступ больных к вторичной помощи. Первичная помощь в масштабах округа или района обычно предоставляется группой профессионалов различного профиля; такие группы часто организованы в интегрированные центры здоровья (в странах Центральной и Восточной Европы их именуют поликлиниками). Врачи общей практики составляют ключевую группу специалистов в системе первичной помощи, ибо именно они обычно являются управляющими (а в некоторых странах и собственниками) организации, в которой они работают. Врачи общей практики могут занимать и иметь в подчинении медицинских сестер или ассистентов.

### **Предпринимательство и первичная помощь**

В странах с системами социального медицинского страхования — таких, как Франция и Германия, — врачи общей практики работают не по найму, а по контракту, тогда как в странах с национальными системами здравоохранения врачи общей практики либо работают не по найму (как в Великобритании), либо получают зарплату (как в Финляндии и Португалии). В странах Центральной и Восточной Европы среди врачей общей практики преобладали государственные служащие, однако в настоящее время они становятся все более и более самостоятельными (Voerma and Fleming 1998).

Таким образом, во многих системах здравоохранения врачи общей практики являются не только профессиональными медиками, но и мелкими предпринимателями. Согласно словарному определению, предпринимателем считается «лицо, предпринимающее то или иное самостоятельное дело, которое может принести как прибыли, так и убытки» (Allen 1990). Говоря обобщенно, врачи стремятся достичь своих личных целей. Последние могут иметь экономическую природу (прибыль, то есть доход от вложений, в том числе от затраченного времени) и социальную природу (общественное одобрение, статус) (Delnoij 1994; Groenewegen 1996). Ясно, что стремление к достижению личных экономических целей присуще не только частнопрактикующим врачам. Врачи, работающие по найму, также стре-

мятся к достижению аналогичных целей в рамках заключенных ими контрактов с работодателями. Вдобавок, независимо от статуса занятости, экономическая прибыль может не быть первоочередной целью поставщика медицинских услуг. Поставщики заинтересованы также в высокой оценке их профессионализма со стороны пациентов и коллег (Saltman and Young 1983).

Таким образом, хотя понятие предпринимательства в широком смысле должно относиться только к частнопрактикующим врачам общей практики (то есть к врачам, работающим самостоятельно и поему имеющим возможность всемерно повышать свои прибыли), напряженность между личными интересами и профессиональными ценностями существует также в случае врачей, работающих по найму. Наше изложение структуры стимулов будет относиться ко всем врачам общей практики, независимо от их статуса.

Главной задачей системы здравоохранения должно быть повышение благосостояния населения. Будучи центральным элементом системы первичной помощи, врачи общей практики отвечают за здоровье той части населения, которую они обслуживают. Отсюда — необходимость в регулировании, которое должно обеспечить наличие надлежащим образом обученных и финансируемых врачей общей практики, а также доступ к другим видам медицинской помощи через посредничество этих врачей. Необходимо также разработать систему оплаты, поощряющую непрерывность медицинской помощи. Регулирование этого типа может оказать влияние как на достижение врачами своих личных целей, так и на благосостояние больных.

Многие из недавних реформ здравоохранения в Западной и Восточной Европе привели к возникновению финансовых стимулов, повысивших потенциал напряженности между личными интересами врачей общей практики с одной стороны и профессиональными и социальными ценностями — с другой. В некоторых странах врачам общей практики была передана значительная часть полномочий по распоряжению бюджетными средствами; возникли стимулы к тому, чтобы тратить денег меньше, чем выделено в бюджете. В Центральной Европе многие врачи общей практики перестали быть государственными служащими и приобрели статус независимых подрядчиков. Возникающая напряженность может быть сбалансирована только адекватным регулированием со стороны правительства или профессиональных объединений.

### **Регулирующая среда первичной помощи**

Общая практика регулируется на разных уровнях — от макроуровня здравоохранения как целого, через промежуточные уровни региональной или местной организации, к микроуровню индивидуальной практики отдельных врачей (см. рисунок 10.1).

Система здравоохранения в целом, то есть макроуровень, формирует контекст регулирующей среды и границы того, что может быть достигнуто с помощью регулирования. Именно на этом уровне устанавливаются национальные стандарты, правила и стимулы, влияющие на деятельность врачей общей практики. Так, в одних странах врачи общей практики обслуживают население в целом, тогда как в других первичную помощь детям или женщинам оказывают более узкие специалисты, то есть, соответственно, педиатры и гинекологи (Воегта *et al.* 1997). Вдобавок в административных органах здравоохранения обычно функционируют промежуточные структуры (например, региональные подразделения фондов медицинского страхования), которые, в свою очередь, направляют действия медиков и медицинских организаций.

**Рисунок 10.1** Уровни применения регулирующих мер и линии подотчетности



Регулированию профессионального поведения врачей общей практики могут служить также подробно разработанные профессиональные ценности и стандарты. Ценности устанавливаются в основном профессиональными сообществами; в некоторых странах Европы профессиональные организации врачей общей практики также устанавливают стандарты лечения. Благодаря механизму одобрения со стороны коллег профессиональные стандарты могут стимулировать врачей общей практики к работе в интересах здоровья и благополучия своих больных (хотя и не обязательно в полном согласии с предпочтениями больных). Во многих странах, прежде всего западноевропейских, действуют сильные, влиятельные профессиональные ассоциации врачей (в том числе только для врачей общей практики). Ввиду традиционно доминирующей роли государства в странах Центральной и Восточной Европы профессиональные сообщества относительно слабы; ассоциации врачей общей практики все еще не созданы или находятся на начальной стадии формирования. Качество руководства и характер деятельности профессиональных сообществ играют ключевую роль в сохранении профессиональных ценностей. Последние укрепляются благодаря системе медицинского образования и, особенно, благодаря совершенствованию по избранной специальности, которое обязательно для студентов всех стран Европейского союза, хотя не везде развито одинаково хорошо. В других странах совершенствование по специальности для врачей общей прак-



тики является факультативным или практически отсутствует, а его продолжительность существенно варьирует.

Дополнительные способы стимулирования профессионального поведения, обычно применяемые правительствами или медицинскими страховыми фондами, имеют финансовый характер. Они создают для врачей общей практики мотивацию к предпринимательству в узком смысле (то есть к получению прибыли) одновременно с действиями в интересах больных. Они могут привести также к снижению объема помощи больному с целью сохранить бюджет или прибыль или напротив, к чрезмерному повышению объема помощи, если последний прямо обуславливает размер оплаты.

На микроуровне на поведение врачей общей практики влияют меры социального контроля внутри профессиональной группы и стимулы, обусловленные микробюджетами. В разных странах Европы общая практика организована по-разному; одно из самых очевидных различий касается числа врачей, работающих в одной организационной единице. Организация практики и, в частности, число работников в «команде», может влиять на соотношение между личными интересами и профессиональными ценностями; влияние этого фактора особенно сильно в небольших группах. Если врач практикует самостоятельно, он больше зависит от своих больных и более склонен подчиняться их требованиям, даже если это не соответствует реальным интересам больных (Freidson 1970). Когда врачи работают в больших группах, давление групповых норм на профессиональное поведение обычно выражено относительно слабо, а поведение отдельного врача менее заметно. Следовательно, личные интересы могут влиять на поведение врача прежде всего в случаях, когда он работает самостоятельно или в составе большой группы. В зависимости от других стимулов и регулирующих мер эти личные интересы могут иметь преимущественно экономическую природу и стимулировать предпринимательство.

На всех уровнях регулирования существуют серьезные различия в объеме и содержании мер, предпринимаемых по отношению к общей практике в разных странах Европы. Это касается, в частности, типологии используемых правил и стимулов. Регулирование, способствующее развитию эффективной системы первичной помощи — иначе говоря, обеспечивающее доступность услуг для всего населения, непрерывность лечения, его полноту и интегрированность (Starfield 1996; Voergma and Fleming 1998), — может включать следующие элементы:

- разрешения врачам работать в сферах, где уровень обслуживания относительно низок (с целью более справедливого географического распределения врачей общей практики и учреждений первичной помощи);
- персональные списки зарегистрированных больных для врачей общей практики (с целью поощрить последних к большей ответственности перед определенной группой населения);
- элементы исчисления из расчета на душу населения при оплате услуг врачей общей практики (с целью поощрить последних к более экономичному управлению средствами и к обеспечению непрерывности лечения);
- роль «привратника», то есть обязательного посредника между больным и специалистом более узкого профиля (с целью обеспечения необходимой и предотвращающей ненужную специализированной медицинской помощи);
- облегчение экспертной оценки со стороны коллег (с целью эффективного внутреннего и внешнего мониторинга качества предоставляемых услуг).

## Регулирующая среда первичной помощи в различных системах здравоохранения

Национальные (финансируемые из налоговых поступлений) системы, системы социального медицинского страхования и переходные системы стран Центральной и Восточной Европы существенно различаются в аспекте используемых методов регулирования. Эти различия обусловлены как историческими и культурными традициями, так и экономическими обстоятельствами; вместе с тем заметные различия наблюдаются и внутри каждого из этих типов систем (Marrée and Groenewegen 1997; Grielen *et al.* 2000). К тому же определение понятия «врач общей практики», более или менее единое для стран Западной Европы (особенно для стран Европейского союза), в странах Центральной и Восточной Европы варьирует.

Существует ряд организационных факторов, непосредственно влияющих на способность и вероятность предпринимательства (среди них — статус занятости), а в более широком смысле — на соотношение между личными и профессиональными стимулами. В таблице 10.1 на примере ряда европейских стран показано, насколько значительное место занимают частнопрактикующие и наемные врачи общей практики в различных системах здравоохранения и каким образом оплачивается их труд. Продемонстрировано также наличие или отсутствие двух основных признаков эффективной первичной помощи: имеют ли врачи общей практики персональные «списки» зарегистрированных больных и играют ли они роль «пrivатников» в оговоренном выше смысле.

В таблице 10.2 показан процент врачей, сообщивших, что по окончании курса учебы они совершенствовались в области общей практики. Этот процент заметно варьирует даже по странам, где такое совершенствование является обязательным. Различия зависят от того, когда было введено обязательное совершенствование и какие правила действовали тогда по отношению к практикующим врачам. В таблице 10.2 показано также процентное распределение организационных единиц общей практики согласно числу работающих в них людей. Процент частнопрактикующих врачей общей практики особенно велик в системах, основанных на социальном медицинском страховании (впрочем, это соотношение в ряде стран падает). Судя по таблице, еще недавно врачи общей практики в большинстве бывших коммунистических стран все еще работали в составе очень больших групп.

## Тенденции реформы здравоохранения

### Национальные системы здравоохранения

В этих системах, финансируемых из налоговых поступлений, государство, как правило, осуществляет значительный контроль за доходами врачей общей практики и за тем, как организована первичная помощь (Westert 1997). Правительства обычно контролируют число врачей общей практики, их распределение, количество часов их работы и их прејскуранты или зарплаты. Вместе с тем возможности контроля за качеством лечения исторически ограничены, а стимулы к повышению активности или качества медицинской помощи слабы.

Таким образом, простор для предпринимательства в подобных системах невелик, особенно в том, что касается дохода врачей или организации первичной помощи; соответственно, во многих из этих систем отзывчивость на нужды больных, а

иногда и эффективность лечения прогрессировали медленно. Ключевой аспект государственного контроля, влияющий на предпринимательство, заключается в том, до какой степени врачам общей практики позволено увеличить свой личный доход. В странах, где доход врачей общей практики контролируется жестко — прежде всего там, где такие врачи получают зарплату, — потенциал для предпринимательства особенно низок. Независимые врачи общей практики имеют больше возможностей, хотя последние не обязательно связаны с прямым ростом личного дохода.

Правительства и плательщики, по сравнению с профессиональными ассоциациями, характеризуются более высокой регулирующей активностью. Увеличение масштабов предпринимательства за последнее десятилетие было в значительной степени обусловлено соображениями по улучшению качества, отзывчивости и эффективности услуг. Наблюдалась тенденция к разделению функций покупателя и поставщика и к передаче организациям первичной помощи полномочий по бюджетному финансированию.

### **Случай Великобритании**

Структура первичной помощи в британской Государственной службе здравоохранения формируется под влиянием ряда установленных правил. Так, общее число врачей общей практики централизованно регулируется правительством; существуют правила, определяющие, где могут работать врачи общей практики, каковы их возможности получения гонораров от частных лиц и сколько им должны платить в рамках Государственной службы здравоохранения. Врачи общей практики не получают зарплат и работают независимо по контракту с Государственной службой здравоохранения. Врачи чаще всего входят в группы из трех—четырёх человек (процент врачей, состоящих в таких группах, растёт), работают с многопрофильными коллективами и с зарегистрированными больными (в среднем 1800 больных на каждого врача).

В конце 1980-х и начале 1990-х гг. консервативным правительством были осуществлены шаги по активизации предпринимательства. В 1991 г. была внедрена схема кооперативов врачей общей практики (Mays and Dixon 1996; Goodwin 1998). Врачи общей практики в крупных объединениях могли претендовать на бюджет, исчисленный из расчета на душу населения, для покрытия расходов на лабораторные анализы, амбулаторное лечение, некоторые типы стационарного лечения, лекарства, выдаваемые по рецепту, и кадровое обеспечение (Dixon and Glennerster 1995). Получив в свое распоряжение подобные бюджетные полномочия, врачи общей практики смогли наращивать и удерживать излишки для покупки дополнительных услуг; у них появились стимулы к повышению экономичности закупок и поставок медицинской помощи.

К 1997 г., когда свыше половины населения Великобритании было приписано к таким кооперативам, возникло опасение, что операционные издержки большого числа мелких покупателей неоправданно высоки и что возникновение кооперативов привело к неприемлемому неравенству в смысле доступа к услугам. «Белая книга» о реформировании Государственной службы здравоохранения (Secretary of State 1997) и последовавший за ней Акт Государственной службы здравоохранения от 1999 г. потребовали, чтобы все врачи общей практики вошли в группы первичной помощи, каждая из которых обслуживает район с населением около 100000 человек (в отличие от кооперативов, охват которых составлял от 10000 до 20000 человек), и чтобы врачи общей практики несли ответственность за бюджет, покрываю-

**Таблица 10.1** Характеристики, отражающие регулирование рынка услуг врачей общей практики (статус занятости, система оплаты, система персональных списков зарегистрированных больных, наличие функции «привратника») в зависимости от типа организации системы здравоохранения

Страна	Процент частнопрактикующих врачей общей практики (не наемных работников) <sup>a</sup>	Система оплаты <sup>b</sup>	Персональные списки	Функция «привратника»
<i>Государственная служба здравоохранения</i>				
Дания	100	исчисление из расчета на душу населения + гонорар за услугу	нет	нет
Финляндия	2	зарплата	нет	нет
Греция	30	зарплата (у частнопрактикующего — гонорар за услугу)	нет	нет
Исландия	25	зарплата + гонорар за услугу (у частнопрактикующих — исчисление из расчета на душу населения + гонорар за услугу)	нет	да
Италия	98	исчисление из расчета на душу населения	да	да
Норвегия	58	гонорар за услугу (у наемных работников — зарплата)	нет	да
Португалия	1	зарплата	да	да
Испания	4	зарплата	да	да
Швеция	1	зарплата	нет	нет
Великобритания	99	исчисление из расчета на душу населения + гонорар за услугу	да	да
<i>Социальное медицинское страхование</i>				
Австрия	99	гонорар за услугу	нет	нет
Бельгия	97	гонорар за услугу	нет	нет
Франция	97	гонорар за услугу	нет	нет
Германия	100	гонорар за услугу	нет	нет
Ирландия	91	исчисление из расчета на душу населения	да (низкие доходы)	да
Люксембург	98	гонорар за услугу	нет	нет
Нидерланды	93	исчисление из расчета на душу населения + гонорар за услугу	да	да
Швейцария	99	гонорар за услугу	нет	нет
<i>Страны с переходной экономикой<sup>c</sup></i>				
Беларусь	0	зарплата	нет	нет
Болгария	1	зарплата	нет	нет
Хорватия	0	зарплата	нет	да
Чешская Республика	33	зарплата (для частнопрактикующих — гонорар за услугу)	нет	нет
Эстония	1	зарплата	нет	нет
Венгрия	12	зарплата (для частнопрактикующих — исчисление из расчета на душу населения или гонорар за услугу)	нет	нет
Латвия	3	зарплата	нет	нет
Литва	0	зарплата	нет	нет
Польша	0	зарплата	нет	нет
Румыния	6	зарплата	нет	нет
Словения	1	зарплата	да	да
Украина	0	зарплата	нет	нет

<sup>a</sup> Процент частнопрактикующих врачей общей практики установлен по результатам общеевропейских инспекций 1993 и 1994 гг. (Voerma and Fleming 1998)

<sup>b</sup> Имеется в виду преобладающая система оплаты (если от 25 до 50% врачей оплачиваются по другой системе, это отмечено в скобках)

<sup>c</sup> С того времени, когда были собраны приведенные данные, в ряде стран (прежде всего в Чешской Республике, Эстонии, Венгрии и Польше) произошли значительные перемены

Источники: Voerma et al. (1993, 1997); Voerma and Fleming (1998)

## 220 Регулирование предпринимательской деятельности в системах здравоохранения

**Таблица 10.2** Характеристики, указывающие на возможности профессионального общественного контроля (процент врачей общей практики, прошедших совершенствование после окончания курса учебы, распределение организационных единиц общей практики согласно количеству работающих в них врачей) в зависимости от типа организации системы здравоохранения

Страна	Совершенствование после окончания курса учебы (%)	Одиночная практика	2-5 врачей	6-10 врачей	Свыше 10 врачей
<i>Государственная служба здравоохранения</i>					
Дания	99 <sup>б</sup>	30	56	14	0
Финляндия	34	8	38	28	27
Греция	67	45	24	15	17
Исландия	82 <sup>б</sup>	15	39	37	10
Италия	11	86	12	1	1
Норвегия	45	25	64	7	4
Португалия	65	12	28	25	35
Испания	27	24	28	21	28
Швеция	96 <sup>б</sup>	2	63	28	7
Великобритания	71 <sup>б</sup>	16	55	27	2
<i>Социальное медицинское страхование</i>					
Австрия	54 <sup>б</sup>	93	7	0	0
Бельгия	71	69	28	2	1
Франция	16	59	40	0	1
Германия	75	67	33	0	0
Ирландия	45	54	43	3	0
Люксембург	35	61	39	0	0
Нидерланды	66 <sup>б</sup>	46	51	3	0
Швейцария	86	73	27	0	0
<i>Страны с переходной экономикой<sup>а</sup></i>					
Беларусь			данные отсутствуют		
Болгария	15	10	8	15	67
Хорватия	57	37	37	9	17
Чешская Республика	90 <sup>б</sup>	43	30	9	18
Эстония	12	25	21	9	45
Венгрия	33	56	33	8	3
Латвия	49	17	51	6	26
Литва	16	33	51	2	14
Польша	19	78	21	1	0
Румыния	26	32	55	6	8
Словения	45	21	27	23	30
Украина	данные отсутствуют	22	20	23	35

<sup>а</sup> Данные основаны на ответах на анкеты; не обязательно имеется в виду регулярная программа профессионального совершенствования в области общей практики

<sup>б</sup> Совершенствование в области общей практики носит обязательный характер

Источники: Voerma et al. (1993, 1997); Voerma and Fleming (1998)

щий расходы на большую часть услуг, не поставляемых первичной помощью. Это привело к резкому снижению конкуренции между врачами общей практики; теперь группы первичной помощи обязаны сотрудничать с местными агентами рынка здравоохранения при разработке «местного плана совершенствования здравоохранения», который, в свою очередь, должен повлиять на структуру финансирования групп первичной помощи.

На положение врачей общей практики как предпринимателей повлияло также постепенное повышение роли государства по формированию и мониторингу стандартов лечения, обеспечиваемых общей практикой. В 1990 г. впервые был принят официальный документ, разъясняющий, какие типы услуг должны предоставлять врачи общей практики согласно постановлениям и условиям контракта с Государственной службой здравоохранения. Этот шаг встретил резкое противодействие со стороны медиков. В 1999 г. было введено «клиническое руководство», потребовавшее от врачей общей практики и других представителей медицинской профессии следовать государственной стратегии, направленной на совершенствование клинического лечения (Secretary of State 1998). Национальный институт качества клинического обслуживания (National Institute for Clinical Excellence) опубликовал руководство по внедрению восьми новых высокоэффективных способов лечения; правительство выпустило инструкции по лечению ишемической болезни сердца, рака и психических заболеваний. В этих официальных руководствах подробно описываются принципы совершенствования лечения больных и ухода за ними; основан новый государственный орган по отслеживанию и оценке изменений, происходящих в системе здравоохранения. Медики-профессионалы приняли свои меры по улучшению показателей работы, введя обязательную «переаттестацию» врачей (Irvine 1999).

С одной стороны эти меры означают большую свободу при покупке услуг и экономии бюджетных средств, с другой — меньшую свободу как результат усиления внешней проверки результатов лечения. Независимая оценка кооперативов врачей общей практики показала, что финансовые стимулы не привели к такому развитию предпринимательства, которое было бы вредоносным для лечения больных (Goodwin 1998); по-видимому, причина этого заключалась в относительной слабости стимулов (Le Grand *et al.* 1998). В Великобритании эти меры, судя по всему, будут развиваться и далее, вплоть до формирования полноценно регулируемой системы здравоохранения (Dixon *et al.* 1998).

### **Системы социального страхования**

В системах социального страхования врачи общей практики обычно являются частнопрактикующими (не наемными) работниками, заключающими контракты со страховыми фондами. Только в Нидерландах врачи общей практики имеют персональные списки, играют роль «привратников» и оплачиваются исходя из расчета на душу населения. Организационный масштаб общей практики относительно невелик, так как врачи общей практики по большей части работают в одиночку.

Как полномочия, так и ответственность по регулированию поделены между правительством, страховыми организациями и организациями-поставщиками. Ввиду этого раздела полномочий роль врачей общей практики в системах социального страхования за последнее десятилетие реформ, по существу, не изменилась. Дискуссии о роли врачей общей практики ведутся главным образом вокруг внедре-

ния упомянутых выше ключевых элементов — таких, как система списков больных или роль врачей общей практики как «привратников», открывающих (или не открывающих) доступ к службам вторичной медицинской помощи. Небольшой шаг в направлении системы списков был сделан только в Бельгии. Другие страны, в том числе Франция и Германия, сосредоточились на постепенном усилении контроля за расходами, в том числе путем покрытия бюджетов на амбулаторное лечение, регулирования размера вознаграждений и усиления надзора за практикой назначения лекарств врачами общей практики.

### **Случай Нидерландов**

В Нидерландах позиции общей практики сильны. Независимые врачи общей практики заключают контракт с медицинскими страховыми фондами. Этот контракт обеспечивает возможность лечения больных, застрахованных в установленном законом порядке. Врачи общей практики работают по системе персональных списков и являются «привратниками» специализированной помощи. Списки содержат в среднем 2300 фамилий. Формально функция «привратников» выполняется по отношению к больным, застрахованным в установленном законом порядке, однако фактически — также по отношению к больным, застрахованным частным образом (Groenewegen and Delnoij 1997).

Только врачи, прошедшие трехгодичный курс совершенствования в области семейной медицины, могут получить сертификат, дающий право на работу в качестве врачей общей практики. Каждые пять лет обязательна переекспертация; при этом врач должен представить подтверждение того, что он работал некоторое минимальное число часов в неделю и по меньшей мере 40 часов в год совершенствовался на официально утвержденных курсах непрерывного обучения.

Контракт между врачами общей практики и медицинскими страховыми фондами носит более или менее общий характер. Одна из обязанностей врача — гарантировать круглосуточную медицинскую помощь всем фигурирующим в списке больным. Фонды обязаны контролировать поставщиков помощи, с которыми они заключили контракт. В прошлом этот контроль был ограничен регулярными финансовыми проверками. В настоящее время фонды реагируют на выписываемые врачами направления и отслеживают объемы назначаемых лекарств. Это может привести к спорным ситуациям; посторонние обязаны оправдать свое поведение.

В Нидерландах развито профессиональное саморегулирование врачей общей практики; задача по его мониторингу возложена на Национальную ассоциацию врачей общей практики. Профессиональное развитие (например, развитие стандартов работы для разнообразных условий) входит в задачи Коллегии по общей практике (Grol *et al.* 1993). Обе организации совместно обеспечивают непрерывное медицинское образование. Хотя многие врачи общей практики работают самостоятельно (в одиночку), они объединяются в группы, чтобы заменять друг друга в дополнительные часы работы (van de Rijdt 1994). Все больше и больше таких групп взаимозаменяемых врачей, состоящих из 8—10 человек, занимаются и другими делами, в том числе экспертной оценкой. В последнее десятилетие профессиональный контроль развивался более активно, чем предпринимательство — при том, что политический курс был направлен на активизацию рыночных элементов в здравоохранении Нидерландов. Изменения в политике, наступившие после доклада Комиссии Деккера (1987 г.), оказали глубокое влияние на медицинские страховые фонды (van de Ven 1997), но не на роль врачей общей

практики. Хотя медицинские фонды имеют возможность избирательно заключать контракты с отдельными врачами общей практики, они этого не делают ввиду высоких операционных издержек и расходов на информацию, а также ввиду того, что по логике вещей договор должен заключаться не с отдельным врачом, а с группой взаимозаменяемых врачей.

### **Случай Бельгии**

В Бельгии один врач общей практики приходится примерно на 600 человек, что является очень высоким показателем (в 3—4 раза выше чем в Нидерландах). Врачи общей практики — частнопрактикующие работники, оплачиваемые согласно объему услуг. Система персональных списков отсутствует; доступ к специалистам — свободный. По закону бельгийские врачи общей практики обязаны входить в группы врачей, заменяющих друг друга в дополнительные часы работы. В остальном они свободны практиковать где угодно. Недавно пожилым больным была предоставлена возможность записываться к тому или иному врачу общей практики по собственному выбору. В этом случае больные освобождаются от частичной оплаты услуг, обязательной для остальных граждан. Это согласуется с мнением, по которому управление спросом на услуги здравоохранения должно осуществляться либо с помощью разделения затрат, либо путем предоставления врачам общей практики полномочий «привратников» (Ros *et al.* 2000). Индивидуальных контрактов между врачами общей практики и медицинскими страховыми фондами не существует; есть только общий контракт. Фонды все еще контролируют только правильность счетов врачей.

Различия между Бельгией и Нидерландами представляют большой интерес. В Нидерландах политика направлена на укрепление профессиональных ценностей врачей общей практики, что снижает уровень конкуренции между ними. Риск снижения активности и увеличения числа направлений (последнее обычно связано с принципом оплаты из расчета на душу населения) уравновешивается стимулированием профессиональных ценностей (de Maesseneer *et al.* 1999). Предпринимательство заметно сдерживается организацией общей практики и сотрудничеством между профессиональными ассоциациями, медицинскими страховыми фондами и правительством. Ситуация в Бельгии выглядит совершенно иначе. Благодаря серьезной конкуренции и ограниченному масштабу практики у каждого врача появляется стимул к выполнению желаний больных независимо от того, насколько это необходимо с профессиональной точки зрения. Отсюда — необычайно высокая пропорция домашних визитов врачей общей практики (примерно половина всех контактов с больными — вероятно, самый высокий показатель в мировом масштабе) (de Maesseneer *et al.* 1994).

### **Переходные системы**

В большинстве стран Центральной и Восточной Европы заметна тенденция к приданию врачам общей практики независимого статуса (иногда шаги в этом направлении носят открытый характер). Тем самым создается потенциал для предпринимательства, которое иногда получает заметное развитие. Степень регулирования предпринимательства профессиональными организациями или государством невысока и подвержена колебаниям. Пока не приходится говорить о существовании нового и стабильного соотношения между свободой от старых бюрократических



правил и регулированием, необходимым для укрепления профессиональных норм. Несколько лет назад, в период международного инспектирования общей практики в Европе (Воегта *et al.* 1997), врачи первичной помощи в большинстве этих стран все еще работали за зарплату в крупных организациях (поликлиниках). Везде, за исключением Хорватии и в меньшей степени Словении, врачи общей практики не имеют сильных позиций в системе первичной помощи.

### **Случай Белоруссии**

Белорусская система здравоохранения находится в самом начале переходной стадии. В ней все еще выявляются основные черты старой системы: финансирование и поставки со стороны государства, преобладание специализированного лечения. Уровень компетентности врачей первичной помощи низок, имеющееся в их распоряжении оборудование скудно; соответственно, объем их услуг (прежде всего лечебных) ограничен. Врачи первичной помощи имеют низкий статус и низкую зарплату. Планирование и финансирование здравоохранения и поставки медицинских услуг входят в компетенцию Министерства здравоохранения. Не существует фонда медицинского страхования или какой-либо иной организации, которая могла бы заключать контракты с независимыми поставщиками; соответствующее законодательство не принято.

Профессиональное регулирование практически отсутствует — так же, как и профессиональные организационные структуры (если не считать традиционной, контролируемой государством «медицинской палаты»). Если правительство проявит готовность разделить ответственность с будущими неправительственными организациями, это потребует создания профессиональных организаций, которые смогут выступать в качестве саморегулирующихся партнеров. Однако традиция неправительственных организаций в стране еще не сложилась.

### **Случай Чешской Республики**

Совершенно иная ситуация сложилась в Чехии. После «бархатной революции» ноября 1989 г. в стране была быстро введены рыночная экономика и демократические структуры. Здравоохранение претерпело глубокие преобразования, которые помогли ему успешнее бороться с общим ухудшением здоровья населения. Ключевыми элементами реформы здравоохранения были децентрализация и приватизация. В 1999 г. подавляющее большинство (свыше 95%) врачей первичной помощи уже имело частную практику. Различаются врачи общей практики для взрослых (один врач на 1780 лиц старше 15 лет) и врачи общей практики для детей и подростков (один на 1170) (Busse 2000). Врач общей практики не выполняет функции «привратника». К специалисту, в принципе, можно попасть без направления; представители некоторых врачебных специальностей — в том числе гинекологи и терапевты — относительно часто выступают в качестве «врачей первого контакта».

Профессиональное регулирование все еще развито слабо; позиция врача общей практики также слаба — при том, что существует несколько ассоциаций, защищающих профессиональные и экономические интересы врачей общей практики. Конкуренция нуждается в совершенствовании, а оборудование часто является неудовлетворительным. Требования к врачам, желающим учредить практику, немногочисленны (одно из них — прохождение стажировки в области семейной медицины); то же относится и к их аттестации и переподготовке. В итоге целью конкуренции ста-

новится обеспечение средств к существованию; мало внимания уделяется экономичности и качеству лечения.

В обществе растет осознание того, что нужны более продуманные и эффективные законодательные и регулирующие меры по планированию человеческих ресурсов; без этого невозможно улучшить качество медицинских услуг, укрепить службы первичной помощи и противодействовать неэффективной конкуренции среди поставщиков.

## **Выводы**

### **Подотчетность предпринимателей**

Общая тенденция последнего десятилетия — внедрение рыночных механизмов в здравоохранение, развитие конкуренции и предпринимательства. Однако имеющиеся данные показывают, что задачи первичной помощи легче решаются в менее конкурентной, более тщательно регулируемой среде (Starfield 1996; Groenewegen and Delnoij 1997; Delnoij *et al.* 2000).

Условия, способствующие развитию эффективной первичной помощи (доступной всему населению, обеспечивающей непрерывность лечения, его всесторонний характер и его интегрированность в более широкий контекст системы здравоохранения — см. Starfield 1996; Voerma and Fleming 1998), вероятно, лучше выражены в такой регулирующей среде, где этика социальной справедливости преобладает над этикой самостоятельности и независимости. Важно, чтобы врачи общей практики были подотчетны и несли ответственность за определенную часть населения, по отношению к которой они служат координаторами и «привратниками» на пути к специализированной медицинской помощи.

### **Рост ответственности врачей общей практики**

Хотя между врачами существуют различия в статусе занятости, способах оплаты, официальном положении и типе организации работы, регулирующая среда первичной помощи в различных системах здравоохранения во многих отношениях одинакова. В национальных системах, финансируемых из налоговых поступлений, наблюдается тенденция передачи бюджетных полномочий независимым поставщикам первичной помощи. В странах с наемными врачами общей практики наблюдается тенденция к формированию личных отношений между врачом и больным; такие отношения устанавливаются благодаря свободному выбору врача общей практики и введению системы списков.

В большинстве систем социального страхования частнопрактикующие врачи общей практики оплачиваются согласно объему предоставленных услуг и не выполняют функции «привратников». Если в этих системах дебатруется возможная будущая роль общей практики, то системы с врачами-«привратниками» и персональными списками больных выдвигаются в качестве примеров, которым нужно следовать. Ситуация в переходных странах многообразна — от сохранения прежнего положения вещей до полной приватизации. Общая тенденция для Европы в целом — постепенное усиление финансовой и профессиональной ответственности врачей общей практики.

### **Поэтапный подход в Центральной и Восточной Европе**

Важный аспект предпринимательства заключается в тенденции к независимости врачей общей практики в странах Центральной и Восточной Европы. В течение первого посткоммунистического десятилетия врачи общей практики получили возможность работать не по найму; вместе с тем число врачей, перешедших от государственной службы к частной практике, в разных странах различно. Знаний и опыта работы в новых условиях недостает как у врачей, претендующих на самостоятельность, так и у правительственных органов, ответственных за регулирование частной практики. Западноевропейский опыт может быть полезен как для тех, так и для других.

По нашему мнению, поэтапный подход к реформам предпочтительнее быстрых и масштабных перемен. Внезапная приватизация первичной помощи породила конкуренцию среди врачей общей практики в условиях, когда профессиональные ценности еще не получили такого развития, чтобы служить противовесом личным интересам. В попытке сохранить баланс между личными и общественными интересами государственное регулирование может стремиться к повышению ответственности на низких организационных уровнях, создавая небольшие группы высококвалифицированных врачей общей практики при сохранении за ними статуса наемных работников. Развитию профессиональных ценностей могут служить программы переобучения и профессионального обучения, введение экспертных оценок и утверждение профессиональных стандартов и протоколов. Следующий шаг к статусу врача общей практики как самостоятельного и независимого работника может быть сделан после формирования профессиональной инфраструктуры и утверждения профессиональных ценностей.

### **Литература**

- Allen, R.E. (ed.) (1990) *The Concise Oxford Dictionary of Current English*, 8th edn. Oxford: Oxford University Press.
- Boerma, W.G.W. and Fleming, D.M. (1998) *The Role of General Practice in Primary Health Care*. London: The Stationery Office.
- Boerma, W.G.W., De Jong, F.A.J.M. and Mulder, P.H. (1993) *Health Care and General Practice across Europe*. Utrecht: NIVEL.
- Boerma, W.G.W., van der Zee, J. and Fleming, D.M. (1997) Service profiles of general practitioners in Europe, *British Journal of General Practice*, 47: 481–6.
- Busse, R. (2000) *Health Care Systems in Transition: Czech Republic*. Copenhagen: European Observatory on Health Care Systems.
- de Maesseneer, J., de Prins, L. and Heyerick, J.P. (1994) Het huisbezoek in België; analyse van een wereldrecord [The home visit in Belgium; analysis of a world record], *Huisarts en Wetenschap*, 37: 552–6.
- de Maesseneer, J., Bogaert, K., de Prins, L. and Groenewegen, P.P. (1999) A literature review, in S. Brown (ed.) *Physician Funding and Health Care Systems—An International Perspective*. London: Royal College of General Practitioners.
- Delnoij, D.M.J. (1994) *Physician payment systems and cost control*. Thesis, NIVEL, Utrecht.
- Delnoij, D.M.J., van Merode, G., Paulus, A. and Groenewegen, P. (2000) Does general practitioner gatekeeping curb health care expenditure?, *Journal of Health Services Research and Policy*, 5: 22–6.

- Dixon, J. and Glennerster, H. (1995) What do we know about fundholding in general practice?, *British Medical Journal*, 311: 727–30.
- Dixon, J., Holland, P. and Mays, N. (1998) Developing primary care: gatekeeping, commissioning and managed care, *British Medical Journal*, 317: 125–8.
- Freidson, E. (1970) *Profession of Medicine: A Study of the Sociology of Applied Knowledge*. New York: Harper & Row.
- Goodwin, N. (1998) GP fundholding, in J. Le Grand, N. Mays and J. Mulligan (eds) *Learning from the NHS Internal Market: A Review of the Evidence*. London: King's Fund.
- Grielen, S.J., Boerma, W.G.W. and Groenewegen, P.P. (2000) Unity or diversity? Task profiles of general practitioners in central and eastern Europe, *European Journal of Public Health*, 10: 249–54.
- Groenewegen, P.P. (1996) Het gedrag van hulpverleners en patienten: toepassingen van de methode van de sociologische modelbouw [The behaviour of health care providers and patients: applications of the method of sociological modelling], *Tijdschrift voor Sociale Gezondheidszorg*, 2 (suppl., Medical Sociology): 4–9.
- Groenewegen, P.P. and Delnoij, D.M.J. (1997) *Wat zou Nederland zijn zonder de huisarts? De positie van huisartsen in relatie tot aard en kosten van de zorg [Where Would the Netherlands be Without GPs? The Position of GPs in Relation to the Nature and Costs of Care]*. Utrecht: Elsevier/De Tijdstroom.
- Grol, R., Jacobs, A., Baker, R. and Wensing, M. (1993) *Quality Assurance in General Practice: The State of the Art in Europe*. Utrecht: Nederlands Huisartsen Genootschap.
- Irvine, D. (1999) The performance of doctors: the new professionalism, *Lancet*, 353: 1174–7.
- Le Grand, J., Mays, N. and Dixon, J. (1998) The reforms: success or failure or neither? in J. Le Grand, N. Mays and J. Mulligan (eds) *Learning from the NHS Internal Market: A Review of the Evidence*. London: King's Fund.
- Marrée, J. and Groenewegen, P.P. (1997) *Back to Bismarck: Eastern European Health Care Systems in Transition*. Aldershot: Avebury.
- Mays, N. and Dixon, J. (1996) *Purchaser Plurality in UK Health Care: Is a Consensus Emerging and is it the Right One?* London: King's Fund.
- Ros, C.C., Groenewegen, P.P. and Delnoij, D.M.J. (2000) All rights reserved, or can we just copy? Cost sharing arrangements and characteristics of health care systems, *Health Policy*, 52: 1–13.
- Saltman, R.B. and Young, D.W. (1983) Hospital cost containment and the quest for institutional growth: a behavioral analysis, *Journal of Public Health Policy*, 4: 313–34.
- Secretary of State for Health (1997) *The New NHS—Modern, Dependable*, White Paper. London: The Stationery Office.
- Secretary of State for Health (1998) *First Class Service*, White Paper. London: The Stationery Office.
- Starfield, B. (1996) Is strong primary care good for health outcomes?, in J. Griffin (ed.) *The Future of Primary Care*. London: Office of Health Economics.
- van de Rijdt, T. (1994) *Huisartsengroepen, groei en grenzen: een onderzoek naar nieuwe vormen van professionele organisatie [GP Groups, Growth and Boundaries: A Study of New Forms of Professional Organization]*. Tilburg: Tilburg University Press.
- van de Ven, W. (1997) The Netherlands, in C. Ham (ed.) *Health Care Reform*. Buckingham: Open University Press.
- Westert, G.P. (1997) State control and the delivery of health care: a preliminary study in eleven European countries, *Environment and Planning, C: Government and Policy*, 15: 219–28.



## глава ОДИНАДЦАТАЯ

### **Регулирование предпринимательства в стоматологии<sup>1</sup>**

*Дорте Холст, Обри Шайхем и  
Поул Эрик Петерсен*

#### **Введение**

##### **Стоматология как особая специальность**

Исторически сложился образ зубного врача как ремесленника, обладающего определенным механическим умением, рекламирующего свои услуги и работающего в особом роде мастерской (Davies 1980). По природе профессия характеризуется относительной независимостью. Стоматолог может предоставить своему клиенту весь набор услуг (за очень немногими исключениями). Хирургическое и прочее оборудование обычно используется им в одиночку, а уникальный характер отношений с больным придает стоматологии по преимуществу личностный характер. Относительно сильные национальные ассоциации стоматологов в Западной Европе поддерживают независимость частных врачей.

Стоматологи обычно противодействуют стороннему контролю и успешно отстаивают свой относительно высокий уровень самостоятельности. В Европе стоматологам удается влиять на число студентов, поступающих на стоматологические факультеты, и противодействовать «экспертизам» (в форме ревизий), которые уже достаточно обычны в области общей практики (Silvester *et al.* 1999). За средним стоматологическим персоналом, включая медицинских сестер, специалистов по гиги-

---

<sup>1</sup> Всемирная организация здравоохранения утвердила термины «стоматология» (англ. "oral health care") и «стоматологические услуги» ("oral health care services") вместо терминов «зубоврачевание» ("dental care") и «зубоврачебные услуги» ("dental care services"). Утвержденные термины ныне употребляются в образовательных и исследовательских учреждениях и государственных медицинских заведениях большинства европейских стран.

ене полости рта, зубных техников, сохраняется статус наемных работников или субподрядчиков.

В настоящее время свыше двух третей европейских стоматологов — частники. Иначе говоря, стоматологи в большинстве своем владеют и управляют малыми медицинскими предприятиями и, следовательно, являются предпринимателями. В странах Скандинавии 30—50% стоматологов — наемные работники, получающие зарплату от государства. Большинство наемных стоматологов сосредоточивает свои усилия на клинических аспектах, а не на предпринимательстве и управлении бизнесом, поскольку финансирование и управление не является их основной функцией. В связи с сокращением бюджетов наемные стоматологи стремятся развивать свои предпринимательские способности, чтобы добиться повышения экономичности своих услуг.

Стоматологические услуги дороги. Так, в Германии рот — самая дорогая в лечении часть организма. Во многих европейских странах расходы на стоматологию занимают третье или четвертое место в общей структуре расходов на здравоохранение. В 1995 г. затраты на стоматологию составляли 3—9% всех затрат на медицинскую помощь из расчета на душу населения.

Стоматология считается одной из областей медицины, однако присущий ей образ действий имеет мало аналогов в медицине. Стоматологические услуги, как правило, предоставляются амбулаторно и очень редко — в больничных условиях. Такое положение дел обуславливается: (а) преимущественно плановой (не экстренной) природой лечения у стоматолога; (б) в высшей степени индивидуальным характером стоматологической практики; (в) относительно ограниченной ролью среднего персонала; (г) хроническим, не угрожающим жизни характером большинства стоматологических нарушений; (д) незначительной заинтересованностью стоматологов общего профиля в развитии системы услуг, оказываемых преимущественно в больничных условиях; (е) медленным развитием стоматологической науки по сравнению с медицинскими науками (Willcocks and Richards 1971).

Подъем стоматологии может рассматриваться как часть движения, охватившего всю сферу услуг в индустриальном обществе. Двойной образ стоматологии как разновидности услуг и врачебной специальности создает для стоматологов ряд проблем, связанных с профессиональной самоидентификацией и выбором будущих стратегий. С одной стороны, стоматологические услуги по большей части просты, не требуют больших затрат, основаны на стандартной повторяемости процедур и носят профилактический характер; такие услуги могут до известной степени предоставляться даже средним персоналом (Hancock 1993). С другой стороны, при некоторых условиях требуется участие высококвалифицированных клиницистов. Структура потребностей в стоматологической помощи подсказывает, что заведения по оказанию такой помощи должны быть достаточно велики, чтобы обеспечивать как стандартные профилактические и текущие меры, так и сложные хирургические и восстановительные меры.

### **Модели регулирования**

В стоматологии применяются в основном три модели: (1) модель профессионального (само)регулирования; (2) технократическая государственная модель; (3) модель, основанная на рыночных механизмах (Saltman and Figueras 1997). Принцип саморегулирования предполагает, что контроль за системой стоматологических ус-

луг осуществляется самими стоматологами. Основным инструментом этого контроля — обучение персонала с целью развития определенного стандартного набора навыков. Другим инструментом является профессиональный этический кодекс, согласно которому стоматологическая практика должна исходить из потребностей больного. В рамках этой модели правительство играет роль органа, устанавливающего требования к «новичкам», желающим работать в стоматологии, то есть вводящего стандарты для лицензирования и ограничивающего выход на сцену новых работников. Европейский союз издал ряд директив, относящихся к стоматологии, включая Директиву о медицинских материалах и оборудовании (Medical Devices Directive 93/42/ЕЕС), оговаривающую правила протезирования и применения аппаратуры зубными техниками, а также правила применения большинства материалов и приборов в стоматологии. Стоматологи, имеющие лицензию на работу в какой-либо из стран Европейского союза, могут практиковать в любой другой стране Европейского союза. Директива Европейского союза 686/78/ЕЕС регулирует обучение стоматологов в высших учебных заведениях и их дальнейшее профессиональное совершенствование, тогда как директива 687/78/ЕЕС — взаимное признание дипломов по всему Европейскому союзу. Правительство играет дополнительную роль в странах, опирающихся на «технократическую модель» регулирования. В таких странах доступ к услугам регулируется путем установления цен и распределения услуг.

Если европейские реформы в целом были направлены на поощрение независимости, саморегулирования и самоуправления на относительно низких организационных уровнях внутри систем здравоохранения, то в стоматологии мелкое предпринимательство доминировало еще до начала реформ.

### Модели поставки услуг в разных странах Европы

Хотя стоматология в большинстве европейских стран имеет много общих черт, политическая история государств прямо влияет на структуру и организацию стоматологических услуг (Costlan 1979; Yule 1986, 1989; Widstrom and Eaton 1997; Anderson *et al.* 1998a,b)<sup>2</sup>.

В странах с бисмарковской моделью стоматология финансируется главным образом через обязательное социальное страхование, включающее лечение зубов. Стоматология имеет следующие особенности.

- Поставщиками услуг являются преимущественно частные врачи.
- Правительство устанавливает законодательную и регулирующую схему, в рамках которой многочисленные независимые агентства организуют движение фондов между больными и работодателями с одной стороны и стоматологами — с другой.
- Система страхования руководствуется законом и управляется с помощью переговоров между профессиональными организациями.
- Страховка покрывает большую часть челюстно-лицевых операций.

<sup>2</sup> Недавнее исследование, осуществленное на материале стран Европейского союза, показывает, с какими трудностями связана структурная интерпретация связей между характеристиками систем организации стоматологии и уровнем стоматологического здоровья населения (O'Mullane 1997).



## 232 Регулирование предпринимательской деятельности в системах здравоохранения

- Существуют также частные программы страхования, согласно которым больные платят своему стоматологу непосредственно, а затем их расходы возмещаются страховой компанией.
- Разделение затрат заключается обычно в том, что потребитель платит фиксированный процент стоимости дорогих фарфоровых или золотых коронок и протезов.

В странах Центральной и Восточной Европы до начала реформ стоматология была организована во многом на тех же началах, что и другие области здравоохранения. Основные особенности стоматологии заключались в следующем.

- Полное лечение предоставлялось бесплатно всему населению.
- Стоматологи были наемными работниками на государственной службе; они работали в районных или ведомственных поликлиниках или в стоматологических отделениях больниц.
- Стоматологическое оборудование находилось в собственности государства; распределение персонала, клиник, лечения и материалов было плановым.
- Немногие дорогие услуги, преимущественно по протезированию, частично оплачивались самим больным.
- В некоторых странах Центральной и Восточной Европы функционировали и частные стоматологи, чьи услуги полностью оплачивались больными.

В странах с бевериджевской моделью стоматология финансировалась преимущественно из налоговых поступлений, а стоматологические услуги традиционно предоставлялись государственными заведениями. Ключевой элемент этого подхода — всеобщий или почти всеобщий доступ к стоматологии. В Великобритании Государственная служба здравоохранения заключает контракты с независимыми практикующими врачами. Контракт оговаривает цены и параметры лечения, средние размеры дохода и пособий; в остальном стоматологические услуги не регулируются. Основные принципы «северной» модели утвердились и стали отчасти применяться на практике раньше (в 1910—1920 гг.), чем появилась «Белая книга» Бевеиджа. Изначально модель предусматривала, что стоматологи — наемные работники — будут оказывать помощь детям, тогда как все остальные стоматологические услуги будут предоставляться только частнопрактикующими врачами. Позднее «северная» модель охватила также стоматологию для взрослых (за исключением Норвегии). С 1994 г. региональные национальные органы здравоохранения в Ирландии заключают с частнопрактикующими врачами контракты по оказанию стоматологических услуг лицам с низкими доходами и безработным (всего около 35% взрослого населения).

В странах юга Европы всегда преобладала частная стоматологическая практика без государственного финансирования; государство участвовало в предоставлении стоматологической помощи только тем группам населения, которые не могли позволить себе лечиться у частнопрактикующих врачей. В немногих регионах были предприняты профилактические и лечебные меры для детей и отдельных «групп риска» (O'Mullane 1997). В Греции медицинские страховые агентства начали заключать контракты со стоматологами для своих членов.

### **Недавние перемены в стоматологических службах европейских государств**

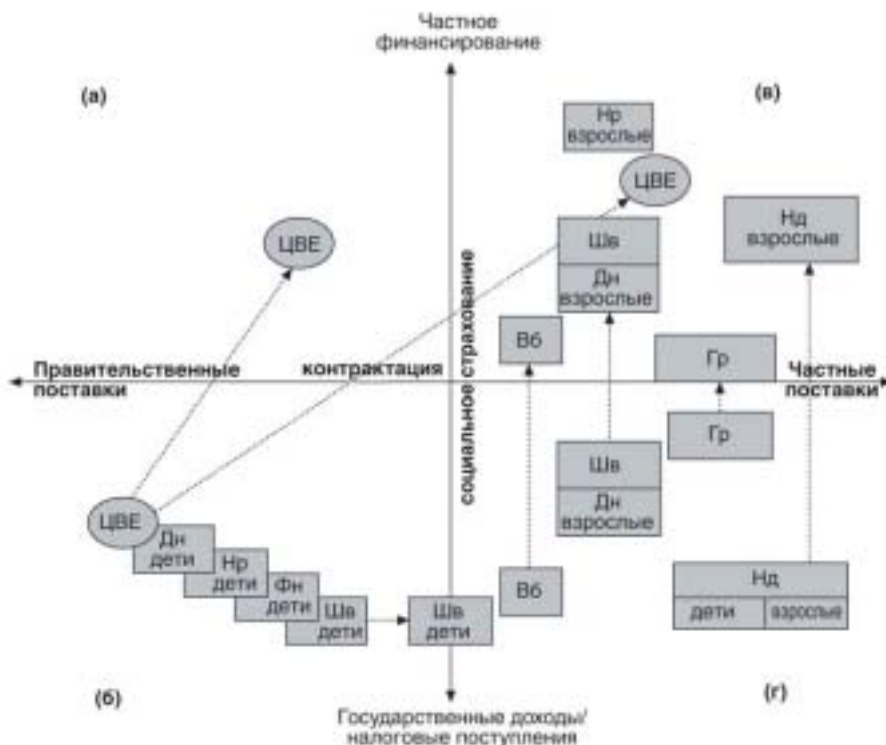
Чтобы более или менее ясно представить, каков вектор изменений, претерпеваемых стоматологией в современной Европе, мы анализируем реформы с точки

зрения двух параметров: финансирования и поставки услуг (рисунок 11.1). Параметр финансирования включает, с одной стороны, государственные доходы (преимущественно налоговые поступления); с другой стороны, услуги финансируются прямо из кармана больного или покупаются частными страховыми компаниями, которые по большей части не регулируются государством. Срединное положение занимает социальное страхование, фонды которого пополняются из налога на зарплату; эта система страхования регулируется государством и управляется медицинскими страховыми агентствами или профессиональными медицинскими ассоциациями. Параметр поставки услуг включает как услуги, оказываемые государственными заведениями, так и полностью частные услуги. Между этими двумя крайностями — частнопрактикующие врачи, заключившие контракт с государственными органами.

Сочетание отмеченных параметров дает типологическую схему, в которой выделяются четыре категории. В категории (а) стоматологические услуги предоставляются преимущественно государственными наемными работниками, а финансирование является частным. Это сочетание встречается редко. Однако в некоторых странах Центральной и Восточной Европы, прежде всего в странах Балтии и в Румынии, стоматологи, все еще работающие в государственных заведениях, берут плату с взрослых больных. В категории (б) стоматологические услуги предоставляются государством, и финансирование также является полностью или почти полностью государственным. Таковы услуги для детей и подростков в странах Скандинавии и практически все услуги в странах Центральной и Восточной Европы. Категория (в) включает преимущественно частные поставки услуг, финансируемые государственной системой страхования. Сюда относятся стоматологические службы ряда европейских стран. В категории (г) стоматология финансируется частным образом, а услуги предоставляются независимыми частнопрактикующими врачами. Таковы стоматология для взрослых в Норвегии и большая часть стоматологических служб Италии, Португалии и Испании. В этом случае больные платят за услуги либо прямо, либо через посредничество частных страховых компаний.

Рисунок 11.1 в самых общих чертах иллюстрирует направленность перемен в ряде стран. В одних странах перемены незначительны, тогда как в других произошли крупные сдвиги в сторону приватизации. Наиболее обычна эволюция от преимущественно государственного финансирования к преимущественно частному финансированию, при котором значительную часть расходов покрывает потребитель. В странах Скандинавии это привело к заметному росту расходов больных. В Нидерландах исключение стоматологии для взрослых из системы национального медицинского страхования привело к тому, что люди стали покупать дополнительную страховку у медицинских страховых фондов частных медицинских компаний. Если не считать стран Центральной и Восточной Европы, в аспекте поставок особых изменений не наблюдается. Страны, которые традиционно опирались на систему комплексных государственных поставок услуг для групп населения, продолжают придерживаться того же подхода. На рисунке отражен сдвиг, происшедший в Швеции, где в Стокгольмском округе были впервые введены такие новшества, как разделение покупателей и поставщиков, свободный выбор и контрактация. В Германии доля расходов потребителя для ряда стоматологических услуг в 1998 г. возросла по сравнению с 1997 г. Как правило, разделение затрат в стоматологии не относится к детям и другим приоритетным группам.

**Рисунок 11.1** Недавние перемены в предоставлении стоматологических услуг в некоторых европейских странах с двух точек зрения: поставок и финансирования. Вб — Великобритания, Гр — Германия, Дн — Дания, Нд — Нидерланды, Нр — Норвегия, Фн — Финляндия, ЦВЕ — Центральная и Восточная Европа, Шв — Швеция.



В странах Центральной и Восточной Европы наблюдается отход от принципа комплексных поставок бесплатных услуг; основные позиции переходят к децентрализованным частным стоматологическим службам. Программы коллективной профилактики упразднены по политическим или экономическим причинам<sup>3</sup>. Обязательное медицинское страхование покрывает часть расходов потребителей на восстановительное лечение. Стоматологические службы стали своего рода потребительским товаром, доступным за определенную цену. Цены выросли; соответственно, доступность услуг снизилась. Социальная справедливость все еще остается одним из приоритетов государственной политики; создание плюралистической системы страхования могло бы облегчить решение проблемы социальной справедливости в связи с доступом к этому виду услуг.

<sup>3</sup> Приостановка профилактических программ порождает серьезные опасения, в частности, в Венгрии и Румынии (Petersen et al. 1994; Petersen and Tanase 1997; Szoke and Petersen 2000). Однако судя по исследованиям, проведенным в бывшей ГДР, прекращение фторирования воды и приостановка других профилактических мероприятий не вызвало роста заболеваемости кариесом (Kunzel 1998). Очевидно, следует подробнее изучить вопрос о полезности профилактических программ для общества в целом и уделить внимание анализу условий, влияющих на стоматологическое здоровье населения.

В Великобритании первичная стоматологическая помощь практически не испытала влияния внутреннего рынка. В странах Скандинавии основные принципы оказания стоматологических услуг остались неизменными — при том, что на уровне решения специфических проблем произошли многочисленные перемены.

Перемены, затронувшие организацию стоматологии, судя по всему, подходят под одну из следующих двух характеристик (которые, впрочем, не исключают друг друга):

- *Они являются частью реформы системы здравоохранения в целом.* Таков случай Великобритании после создания Государственной службы здравоохранения. Реформы здравоохранения могут быть также частью коренных политических преобразований, как в странах Центральной и Восточной Европы.
- *Стоматология становится предметом политических манипуляций.* Подобное произошло, например, в Нидерландах, где стоматология была исключена из национальной системы медицинского страхования. Недавнее (июль 1999 г.) предложение шведского государственного секретаря по вопросам здравоохранения вновь включить стоматологию в пакет национального медицинского страхования было воспринято всего лишь как эффектный политический жест.

Следует отметить, что реформы здравоохранения часто влияют на стоматологию на относительно поздних стадиях внедрения преобразований. Об этом свидетельствуют регулирующие стоматологию законы, принятые в Дании, Норвегии и Швеции (Holst 1997).

Специфические особенности стоматологии могут служить объяснением того, почему данный сектор оказался менее затронут реформами в тех европейских странах, где здравоохранение в целом было реформировано достаточно радикально.

- В области стоматологии уже утвердились многие из тех предпринимательских установок, которые поощряются политикой реформ здравоохранения в Европе.
- Бюджет стоматологии относительно невелик. Соответственно, перемены в данной области не принесут особых выгод в политическом, административном и финансовом отношениях.
- От клиентов стоматологических служб традиционно поступает мало жалоб, в том числе по поводу экономически невыгодных и недоступных служб.
- В целом число зубных врачей удовлетворяет потребности населения (Anderson *et al.* 1998b). Соответственно, у политиков нет особых оснований вводить непопулярные меры по регулированию распределения услуг даже в тех случаях, когда зубные врачи распределены по территории страны неравномерно (как в Норвегии, Великобритании и других частях Европы).

## Предпринимательство и регулирование

Имея в виду частнособственническую природу стоматологии в Европе, есть смысл задаться вопросом о том, какова потенциальная роль предпринимателя и как можно дополнительно поощрить предпринимательство, используя адекватные стимулы. Тот же вопрос может относиться и к коммунальным услугам. Исследовательских результатов, которые могли бы помочь с ответом, мало. Поэтому наш подход будет основываться на сочетании разрозненных наблюдений и логически обоснованных рассуждений. Мы выбрали шесть проблем для иллюстрации того, как об-

стоят дела с подотчетностью, экономическим стимулированием и необходимостью регулирования в данном секторе.

### **Децентрализация**

Все реформы стремятся к созданию более независимой, саморегулирующейся и самоуправляемой среды на низких уровнях организации здравоохранения. Частная стоматологическая практика всецело децентрализована, если не считать регулируемых контрактами общих стоматологических служб Великобритании. В странах Скандинавии правительства в ходе реформ осуществили децентрализацию некоторых функций государственных служб, передав их инстанциям регионального уровня (в Норвегии это произошло в 1984, а в Швеции — в 1987 г.). В Дании и Финляндии передача ответственности на муниципальный уровень началась еще в 1972 г.

В странах Центральной и Восточной Европы переход от системной организации стоматологии к децентрализованным государственным и частным службам привел к ряду последствий.

- между зубными врачами наметилась поляризация по размеру дохода (один полюс составляют богатые врачи, работающие в новом частном секторе, другой — относительно бедные врачи, работающие на устаревшем оборудовании и за низкие зарплаты);
- современного оборудования и материалов не хватает;
- стоматологические услуги стали использоваться реже; больные чаще требуют применения радикальных методов лечения (удаления зубов); все это может привести к ухудшению общего положения со стоматологией у детей и взрослых;
- организованные программы в области стоматологии (в том числе меры по профилактике стоматологических нарушений в школах) упразднены.

Сказанное основывается на наблюдениях за целым рядом одновременно происходивших процессов. Некоторые из них обусловлены общими тенденциями переходного периода, другие — недостатком средств. Децентрализация допускает большую гибкость в принятии решений; в итоге повседневное управление службами становится более разнообразным. Еще слишком рано говорить о том, приведет ли децентрализация к более разумному распределению средств согласно потребностям, или ее результатом станут разрозненность служб, более высокие операционные издержки и более сильно выраженное неравенство.

*Эффективность стоматологии и ее соответствие потребностям, особенно в условиях большей децентрализации, оценивались редко. Отслеживанием и оценкой происходящих процессов могли бы заняться правительственные органы.*

### **Профилактика: чья обязанность? Краткосрочные и долгосрочные последствия**

Профилактика в стоматологии получила весьма значительное развитие. При современном уровне научных знаний и технологии не заниматься индивидуальной и коллективной профилактикой считается неэтичным. В течение сорока с лишним лет правительственные органы, профессиональные организации и промышленность предпринимали совместные усилия по санитарному просвещению и профи-

лактике стоматологических нарушений. Улучшение экономических показателей и условий жизни позволило людям в большей степени сосредоточиться на проблемах своего здоровья, в том числе на здоровье своих зубов.

Разные страны принимают различные профилактические меры, однако в целом ситуация со стоматологией в большинстве стран Европы улучшается. Исследователям и чиновникам системы здравоохранения это кажется странным. В некоторых странах ответственность за профилактику возложена на частнопрактикующих врачей и потребителей; правительства и профессиональные ассоциации могут оказывать поддержку мерами педагогического характера. Профилактические услуги лишь изредка входят в стоматологические страховые взносы. Шкала взносов, по идее, нейтральна (она не должна создавать для поставщика стимулов к предпочтению той или иной из служб). Тем не менее фактически шкалы взносов обычно не нейтральны, что приводит к негативным последствиям для профилактики. Так, в странах Скандинавии и в Великобритании правительства и профессиональные организации придают профилактике безусловно приоритетное значение; для государственных служб профилактические меры являются долгом, для частного сектора — моральной обязанностью. Государство обладает структурными возможностями для организации профилактики, однако не способно оценить ее эффективность.

К сожалению, эмпирически обоснованные предсказания по поводу долгосрочных последствий улучшения ситуации в стоматологии очень немногочисленны (Bronkhorst *et al.* 1994). Рынок простой и высокотехнологичной стоматологии и стоматологической профилактики растет. Хотя данные о спросе, который специально поощряется поставщиком, в стоматологии ненадежны (Grytten 1992), недостаточная информированность потребителя по сравнению с поставщиком предполагает высокую степень этической ответственности со стороны представителей стоматологической профессии и усиленное внимание со стороны регулирующих органов.

*Чтобы профилактика была успешной, правительства, вероятно, должны будут активно проводить политику защиты потребителя на рынке стоматологии. Профессиональный самоконтроль может оказаться недостаточным.*

### **Финансирование стоматологии: от системы со сторонними плательщиками к односторонним платежам**

В Европе стоматологию для взрослых оплачивают по большей части сами больные. В Западной Европе сторонние плательщики, правительства и страховые компании выделяют на стоматологию относительно мало средств. В Восточной Европе медицинскому страхованию отведена роль главного источника финансовых поступлений в здравоохранение, однако недостаток фондов и личных средств может сдвинуть стоматологию еще ниже по шкале приоритетов.

Прогресс стоматологии во многих европейских странах происходит независимо от того, финансируется ли она государством или частно. Поэтому важно исследовать роль сторонних плательщиков. Есть ли основания ожидать, что государственный сторонний плательщик станет придавать справедливости более важное значение, чем экономичности, а установка частного плательщика будет противоположной?

Важно прояснить понятие о стоматологии и о механизмах, благодаря которым финансирование и тип финансирования могут способствовать улучшению ситуации в стоматологии. Показатель стоматологического здоровья населения определяется

как общее соотношение между нелечеными и вылеченными стоматологическими болезнями. Во время пользования услугами деньги не могут снизить уровень распространенности болезни, но могут уменьшить ее последствия, ликвидировать препятствия на пути к ее лечению и снизить расходы. В долгосрочной перспективе стороннее финансирование профилактических услуг может снизить распространение болезни путем предотвращения серьезных последствий нелеченой болезни. Ввиду необратимого характера обычных стоматологических заболеваний улучшения результатов стоматологического лечения можно ожидать только среди молодых.

Финансирование с помощью сторонних плательщиков порождает со стороны спроса стимул к приобретению услуг путем снижения их цены. Существуют четыре аспекта финансирования, которые необходимо иметь в виду.

- *Характер расходов в стоматологии.* В странах, где спрос на стоматологические услуги носит более или менее регулярный характер, большинство таких услуг потребляется за сравнительно низкую цену. Примерно 10% больных несут большие расходы. Выдача компенсаций связана с высокими административными расходами (Holst and Grytten 1998).
- *Моральный риск, связанный с потреблением стоматологических услуг, финансируемых сторонним плательщиком.* Как потребители, так и поставщики могут обнаружить тенденцию к злоупотреблению нужными и ненужными услугами. Инструментом ограничения спроса может стать разделение затрат. Избирательное разделение затрат может повысить эффективность благодаря использованию «ценовых сигналов», направляющих спрос в желательном направлении. Исключение экономически невыгодных услуг из пакета льгот и пособий повышает эффективность как государственного, так и частного финансирования.
- *Особое внимание привлекает спрос, индуцированный (специально поощряемый) поставщиком и угрожающий эффективности систем с участием сторонних плательщиков* (Grytten *et al.* 1990; Grytten 1991, 1992). Спрос, индуцированный поставщиком, возникает в случае, когда зубной врач рекомендует или предоставляет услуги, отличающиеся от тех, который больной выбрал бы, если бы он владел той же информацией, что и врач.
- *Справедливое распределение стоматологических услуг и свобода доступа к ним.* С одной стороны, влияние формы финансирования на уровень стоматологического здоровья населения ограничено; с другой же стороны, финансирование сторонними плательщиками может способствовать стиранию индивидуальных различий. Тем не менее напряженность между экономичностью (достигаемой благодаря действию рыночных механизмов и благодаря конкуренции) и справедливостью сохраняется.

Как было отмечено выше, роль частного финансирования в стоматологии неуклонно повышается. Политика правительств однозначно направлена на сдерживание расходов. Если в других областях здравоохранения в странах Западной Европы политика сдерживания расходов направлена в сторону спроса (Kutzin 1998), то сдерживание расходов в стоматологии относится главным образом к области рыночного предложения и предусматривает увеличение налога на каждого больного. Расходы на взрослую стоматологию для государственных плательщиков сдерживаются путем повышения налога на больного. Ради повышения экономичности в большом масштабе в Германии были введены такие меры, как фиксированный максимум расходов и разделение издержек в стоматологии. В результате больные получают только 50–60% компенсации за сложные виды лечения (коронки, мос-

ты и зубные протезы). Компенсация за зубные имплантаты не предусмотрена (Anderson *et al.* 1998a).

Поскольку финансирование из государственной казны и из фондов социального страхования быстро истощается, возникает возможность для частного страхования стоматологических услуг. В Нидерландах за несколько лет расходы на взрослую стоматологию, вследствие дополнительного стоматологического страхования, выросли на сумму, примерно в два раза большую по сравнению с той, на которую эти расходы были сокращены правительством. В богатых странах, судя по имеющимся данным, повышение налога на больного почти не влияет на количество обращений к стоматологам. Так, в Норвегии дальнейшее разделение расходов не привело к снижению ежегодного количества обращений; 65—75% взрослых требуют ежегодной проверки состояния своих зубов (Holst and Grytten 1998). Это объясняется относительно низкой ежегодной стоимостью услуг на душу населения и повышением доходов значительной части населения. В менее богатых странах спрос, как ожидается, будет падать по мере разделения расходов.

*Правительства должны отслеживать соблюдение принципа равенства при доступе к необходимым стоматологическим услугам и защищать граждан от любых излишних расходов.*

### **Оплата услуг**

Классический способ оплаты труда предпринимателя в области стоматологии — гонорар за услугу. Именно этот способ преобладает в европейской стоматологии. Задача правительств, чиновников системы здравоохранения и страховщиков заключается в том, чтобы определить, насколько необходимо регулирование размера гонораров, и найти форму такого регулирования. В большинстве стран, где финансирование осуществляется с участием сторонних плательщиков, шкалы гонораров разрабатываются в административном порядке или служат предметом переговоров между заинтересованными партнерами. Принцип гонорара за услугу в стоматологии доказал свою полезность, однако он чреват неудобствами. Как и в других сферах здравоохранения, поставщики весьма энергично стараются избежать регулирования и во что бы то ни стало получить свой целевой доход.

Регулирование цен было отменено в Норвегии (1997) и Швеции (1999) ради того, чтобы стимулировать предпринимательское творчество и конкуренцию. Динамика цен отслеживается органами государственной власти. Средний рост цен в Норвегии пока считается приемлемым (Grytten and Skau 1999).

Если принцип гонорара за услугу может индуцировать как необходимые, так и ненужные услуги, то принцип исчисления, производимого из расчета на душу населения, чреват угрозами для необходимой профилактики и лечения. Исследования по Великобритании показали, что принцип исчисления из расчета на душу населения, по сравнению с принципом гонорара за услугу, не дает особого выигрыша в экономичности (Lennon *et al.* 1990).

Принцип гонорара за услугу пользуется предпочтением в тех странах, где необходимость в лечении испытывают многие, а число стоматологов относительно невелико. Улучшение стоматологического здоровья детей и молодых людей привело к тому, что ныне предпочтение оказывается принципу оплаты из расчета на душу населения. Как ни странно, постепенное внедрение этого принципа в Великобритании привело к чрезмерному росту доходов тех стоматологов, которые работают в



системе Государственной службы здравоохранения. Попытки правительства вернуть излишки привели к оттоку стоматологов из Государственной службы здравоохранения и к расширению частной практики.

Практика контрактации налагает на сторонних плательщиков и поставщиков взаимные обязательства и создает экономические стимулы к тому, чтобы партнеры выполняли эти обязательства. Принятый в 1994 г. в Великобритании договор о порядке предоставления стоматологических услуг, имевший своей целью улучшение стоматологического здоровья населения, поощрял больных к регулярному посещению своих стоматологов, а стоматологов — к осуществлению профилактических мер. В качестве механизма достижения этой цели предусматривалось подписание взрослыми гражданами двухлетнего договора со стоматологом, который получал оплату за «непрерывное лечение», чтобы иметь возможность предпринять основные профилактические меры. Тот же принцип был предусмотрен шведской реформой страхования для стоматологии (1999). Стоматологи поощрялись к подписанию со своими больными контракта на 1—2 года. По сравнению с договорами между сторонним плательщиком и поставщиком, контракты между больными и поставщиками могут стимулировать больных к большей бережливости и, соответственно, к более внимательному отношению к профилактике.

*К сожалению, системы и механизмы оплаты стоматологических услуг в странах Европы исследованы недостаточно. Чтобы разработать необходимые регулирующие меры, нужно вначале дать научно обоснованную оценку поведению потребителей, поставщиков и финансирующих агентов в этих новых системах.*

### **Делегирование и специализация**

Европейские стоматологи-предприниматели неохотно делегируют свои прерогативы среднему персоналу. Европейские стоматологи, по сравнению со своими коллегами с других континентов, меньше используют средний персонал и являются менее узкими специалистами. В Канаде, Японии и США на душу населения приходится в 5—6 раз больше работников среднего стоматологического персонала, чем в Великобритании (Hancock 1993). В Новой Зеландии зубные техники находятся под контролем зубных врачей, однако работают самостоятельно и лишь в трудных случаях направляют больных к зубным врачам. Они фактически управляют всей детской стоматологией. В ряде стран, включая Канаду, Данию и Нидерланды, поставки протезов в значительной степени являются прерогативой протезистов. Во многих странах услуги по исправлению и предупреждению неправильного расположения зубов стали доступнее благодаря использованию среднего персонала. Специалисты по гигиене полости рта готовятся не во всех европейских странах (Widstrom and Eaton 1997, Anderson *et al.* 1998b).

Исследования показали, что регулярные профилактические меры, принимаемые средним персоналом, поддерживают уровень заболеваемости среди детей и взрослых на весьма низком уровне. Включение независимых специалистов по гигиене полости рта в коллектив стоматологического учреждения может повысить эффективность государственных стоматологических служб без одновременной потери качества (Wang and Riordan 1995).

Что касается соотношения между затратами и эффективностью, то для стоматологов нет особого смысла тратить много времени на работу, которая могла бы быть поручена менее квалифицированному сотруднику, выполняющему от-

носителем узкий круг не очень сложных функций за более низкую плату. Подобного рода «делегирующие полномочия» даст стоматологам возможность полнее проявить свои способности и тем самым получить большее профессиональное удовлетворение. Возникает естественный вопрос: почему врачи и администраторы, ориентированные на получение прибыли, не пользуются случаем сэкономить средства, прибегнув к услугам среднего персонала? Частично на этот вопрос отвечают оценочные данные, свидетельствующие о том, что эффективное использование среднего персонала частными стоматологами требует сравнительно больших капиталовложений и реорганизации практики с целью существенного повышения пропускной способности. Следовательно, врачи, работающие в одиночку, будут испытывать трудности при использовании среднего персонала. Образцом новой структурной организации стоматологической помощи могут служить корпоративные стоматологические клиники (например, Boots Chemists в Лондоне). Такие корпорации предоставляют легко доступную клиническую помощь и имеют в своем штате зубных врачей и специалистов по гигиене полости рта.

Государственные службы стоматологической помощи неохотно предоставляют работу специалистам по гигиене полости рта; считается, что последние в профессиональном смысле представляют угрозу зубным врачам. Однако в странах Скандинавии сокращение бюджетов и возрастающие трудности с наймом зубных врачей сделали необходимым расширение коллективов государственных стоматологических служб. Правительства некоторых из этих стран недавно стали выдавать специалистам по гигиене полости рта лицензии на частную практику.

*Правительства должны играть определенную роль в обеспечении нужного количественного соотношения между квалифицированными стоматологами и средним персоналом.*

### **Организация стоматологической практики**

Для успешной организации практики в стоматологии требуется сочетание профессионального умения и предпринимательских способностей. Стоматологическое образование дает определенный объем знаний и профессиональное мастерство. Предпринимательские способности приобретаются с практическим опытом. На их развитие заметно влияют условия работы. Индивидуальная практика неизбежно связана с необходимостью решать сложные проблемы, имеющие отношение к финансовой жизнеспособности, медицинской доказательности, потребительским ожиданиям, организационному контролю и пожизненной конкуренции.

Предприниматели, посторонние по отношению к стоматологии, часто рассматривают ее как род бизнеса и вкладывают средства в покупку заведений, оказывающих стоматологические услуги. В ряде стран получает развитие корпоративная практика, в рамках которой профессионалы в области управления и бизнеса объединяются с профессиональными стоматологами. Такие частные фирмы организуют сети однотипных заведений и управляют их деятельностью. Их возникновение вызвано следующими тремя причинами:

- не все зубные врачи получают удовольствие от ежедневного руководства заведением (Bejerot 1998; Silvester *et al.* 1999);
- для больных важно сознавать, что посещаемые ими заведения имеют аккредитацию или лицензию;

## 242 Регулирование предпринимательской деятельности в системах здравоохранения

- объединение отдельных частных практик в корпорации или сети однотипных заведений может быть полезно как с экономической, так и с управленческой точки зрения.

Для частнопрактикующего стоматолога одной из самых серьезных проблем является вложение средств в развитие практики. Создание сетей может облегчить бремя каждого зубного врача в отдельности.

Корпоративные организации различаются по масштабу и характеру управленческих служб и по общей структуре деятельности. При покупке стоматологической практики, как правило, приобретаются все ее материальные средства; отношения с больными остаются прерогативой стоматолога. В договорах указываются предоставляемые управленческие услуги. Со стоматологами заключается контракт личного найма; им выплачивается определенный процент от доходов. Некоторые организации сами нанимают весь вспомогательный персонал и управляют всеми аспектами практики, за исключением лечения больных. Планы по управленческим службам разрабатываются с целью увеличения пропускной способности примерно на 10% в год (Editorial 1999).

В среде стоматологов сложилось скептическое отношение к корпоративным организациям, которые рассматриваются как угроза профессиональной независимости зубных врачей. С экономической точки зрения важно, что корпоративная стоматология может поощрять монополистическое поведение, чреватое повышением цен. Положительной стороной подобных организаций является их способность обеспечить безопасные условия работы и высокое качество лечебных процедур.

Репутация таких корпораций может быть весьма высока, однако их будущее пока неясно. Ощутимые преимущества подобных сетей могут находиться в противоречии с коренными интересами как общественности, так и стоматологии в целом. Важно отметить, что ожидания инвесторов влияют на деятельность корпоративных организаций в большей степени, чем нужды больных и врачей. Даже те организации, которые ведут дела с государством, вынуждены преодолевать трудности, чтобы удовлетворить экономические интересы своих инвесторов.

*Органы здравоохранения должны сыграть определенную роль в отслеживании деятельности этого нового сектора и в разработке подходящих мер по его регулированию.*

## Необходимо ли регулировать предпринимательство в стоматологии?

Нынешнее регулирование стоматологии в Европе происходит в соответствии с историческими и политическими традициями и ценностями. Как и врачам других специальностей, стоматологам предоставлена саморегулирующая роль, что способствует поддержанию системы профессиональных этических норм в данной области медицины. В 1990-х в странах Центральной и Восточной Европы стоматология в целом подверглась «дерегулированию»; в странах Скандинавии было прекращено регулирование цен и стоматологической практики. Чиновникам системы здравоохранения важно знать, отвечает ли новое соотношение между агентами стоматологического рынка социальным ожиданиям и необходимо ли дополнительное регулирование в контексте сложившегося в Европе свободного рынка. Возможно, в некоторых областях дополнительное регулирование необходимо для защиты потребителей от результатов несовершенной организации рынка — таких, как слишком высокие цены, индуцированный спрос, монополии сетей однотип-

ных служб, недостаточно высокое качество лечения и недостаточная квалификация персонала.

Политика поощрения конкуренции требует разработки регулирующих мер, характер которых еще не совсем ясен. Один из возможных подходов — политика «клинического руководства», проводимая в Великобритании. «Клиническое руководство» представляет собой официальную структуру, призванную обеспечить соблюдение стоматологами этических норм; под «руководством» в данном случае понимается система и способ управления деятельностью клиники. «Клиническое руководство» — структурная схема, на основе которой организации Государственной службы здравоохранения несут ответственность за непрерывное улучшение качества служб и за сохранение высоких стандартов лечения; для достижения этой цели предполагается создание среды, поощряющей высокое качество работы (Department of Health and Social Security 1999). Необходимы четко установленные средства проведения клинической политики и отслеживания динамики изменений (Department of Health and Social Security 1998; Lugon and Secker-Walker 1999). Прежде чиновники британской системы здравоохранения не считали вопросы клинической эффективности своей прерогативой, однако нормы «клинического руководства» обязывают органы здравоохранения включить эти вопросы в сферу своей ответственности (Ferguson 1999).

Перечислим приоритеты, которые должны иметься в виду при разработке дополнительных мер по регулированию новых предпринимательских стимулов:

- поведение поставщиков в рамках сети стоматологических клиник;
- заведения по подготовке стоматологических кадров и пожизненное совершенствование профессионального мастерства стоматологов;
- права больных и защита потребителя (прежде всего защита неимущих, инвалидов и больных с хроническими заболеваниями);
- контроль за торговыми операциями, стоматологическим оборудованием и стоматологическими материалами.

В европейской стоматологии есть области, остающиеся вне сферы внимания национальных стоматологических организаций и образовательных учреждений. Это:

- структура стоматологической практики — сохранится ли одиночная практика и следует ли позаботиться о ее сохранении;
- стимулы к «делегированию» части работы — возникают различные мнения о распределении работ между квалифицированными врачами и средним персоналом и о более узкой специализации среди стоматологов;
- поощрение комплексной профилактики — иначе говоря, поддержка уверенного в себе, компетентного, активного потребителя, осознающего необходимость профилактических мер;
- координирование образования, пересмотр и реформа учебных программ в соответствии с новым уровнем знаний и с новыми представлениями о необходимости и эффективности лечения.

Вместе с усилиями по внедрению новых форм организации стоматологии и управления стоматологическими службами приходит осознание того, что необходимо подробное обсуждение положительных и отрицательных аспектов происходящих изменений. Не просчитав возможных последствий, мы рискуем создать дополнительные проблемы, значительно более сложные по сравнению с теми, которые существуют в настоящее время.

### Ожидаемые тенденции (заключение)

Последние тенденции в стоматологии — интересная иллюстрация того, как может отразиться на здравоохранении снижение заболеваемости. Стоматология считается развивающейся отраслью (Grytten and Lund 1999); она развивается быстрее, чем экономика в целом. Причины этого заключаются в росте валового национального продукта, развитии стоматологического страхования и увеличении числа стоматологов на душу населения (Waldman 1987; Grytten and Lund 1999). Развитие стоматологии происходит несмотря на то, что заболеваемость кариесом зубов среди детей и молодежи за последние 25 лет резко снизилась. Тем не менее число обращений за стоматологической помощью растет; некоторые планирующие инстанции даже указывают на необходимость увеличить число практикующих стоматологов. Улучшение стоматологического здоровья, как ни парадоксально, приводит к увеличению спроса на текущее лечение и на косметические услуги для взрослых. Основные факторы в данном случае связаны с повышенной заинтересованностью стоматологов в поддержании спроса. Следует иметь в виду пять объяснений происходящего.

1. По мере снижения степени серьезности заболевания стоматологическая помощь становится более приемлемой. Это обстоятельство, наряду с настойчивыми обращениями санитарно-просветительской пропаганды о необходимости регулярно посещать своего стоматолога, может способствовать повышению спроса.

2. Общественные ожидания выросли. Люди хотят иметь здоровые зубы и хорошо выглядеть. Предприниматели извлекают из этого выгоду, разрабатывая сомнительные «пакеты» профилактических мер и продавая зубные щетки, средства для полоскания и другие вспомогательные средства. Многие стоматологи работают в центрах, куда можно попасть без предварительной договоренности, тем самым облегчая доступ к стоматологической помощи.

3. Стоматологи постоянно переключают внимание с одних проблем на другие. Если прежде основной проблемой считался кариес, то теперь акцент переместился на пародонтоз, неправильный прикус, изношенность зубов и косметическую стоматологию. В ряде случаев целесообразность вмешательства с медицинской точки зрения сомнительна. К тому же существует фактор спроса, индуцированного поставщиком (Grytten *et al.* 1990).

4. Число сохранившихся собственных зубов у взрослых растет с каждым новым поколением. Прежде многие люди среднего и пожилого возраста почти или совсем не имели собственных зубов и, следовательно, мало нуждались в стоматологической помощи.

5. Системы оплаты услуг, в особенности системы, основанные на исчислении из расчета на одного ребенка или взрослого, порождают у стоматологов заинтересованность в том, чтобы больные возвращались к ним и впредь. Растущая приватизация стоматологических служб привела к подъему профилактической и косметической стоматологии.

Неравенство в степени информированности служило серьезным препятствием для тех потребителей, от которых можно было бы ожидать рационального подхода. За последнее время произошли сдвиги, благодаря которым между агентами рынка стоматологии может установиться определенное равновесие. Во-первых, современные потребители в целом имеют более высокий образовательный ценз и поэтому более компетентны в качестве потребителей большинства товаров и услуг, в том числе стоматологических. Во-вторых, в стоматологии произошел радикальный

сдвиг от лечения, обусловленного болью, воспалением и недомоганием, к услугам, основанным на профилактике, эстетике, поддержании здорового состояния и реабилитации. Улучшение стоматологического здоровья населения и новые приоритеты в сфере стоматологических услуг предоставляют потребителям возможность играть более заметную роль. Потребители могут оценить реальные достоинства услуг и соотношение их стоимости к их полезности. В сложившемся новом контексте потребители могут выбирать и принимать на себя ответственность за свой выбор.

Некоторые важные вопросы, связанные с организацией стоматологических услуг, остаются без ответа. Как должен формироваться или регулироваться социальный аспект стоматологии, чтобы обеспечить положительное влияние профессионального поведения стоматологов также и на макроуровне? Традиционная структура оказания стоматологических услуг может со временем не выдержать потребностей общества.

В XXI веке стоматология сталкивается с новыми потребностями и получает шанс воспользоваться новыми возможностями. Саморегулирование будет играть меньшую роль (в Великобритании оно ныне ставится под вопрос правительственными органами, в том числе Национальным институтом качества клинического обслуживания и Комиссией по улучшению охраны здоровья). Такие новые механизмы, как доказательная стоматология и клиническое руководство, изменят ход развития стоматологии. В будущем потребители будут защищены, а по отношению к поставщикам будут приниматься адекватные регулирующие меры. Реформы здравоохранения должны поощрять финансирующие организации к лучшему учету затрат, поставщиков к более эффективной работе и более строгому соблюдению этических норм, а потребителей — к более рациональному подходу.

## Литература

- Anderson, R., Treasure, E.T. and Whitehouse, N.H. (1998a) Oral health care systems in Europe, Part I. Finance and entitlement to care, *Community Dental Health*, 15: 145–9.
- Anderson, R., Treasure, E.T. and Whitehouse, N.H. (1998b) Oral health care systems in Europe, Part II. The dental workforce, *Community Dental Health*, 15: 243–7.
- Bejerot, E. (1998) *Dentistry in Sweden—Healthy Work or Ruthless Efficiency?* Arbete och Hälsa, Vetenskaplig Skriftserie. Lund: Arbetslivsinstitutet.
- Bronkhorst, E.M., Truin, G.J. and Wiersma, M.T. (1994) *Future Scenarios on Dental Health Care: A Reconnaissance of the Period 1990–2020*, Scenario report commissioned by the Steering Committee on Future Health Scenarios. Dordrecht: Kluwer Academic.
- Costlan, J. (1979) Oral Health Services in Europe. WHO Regional Publications, European Series No. 5. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
- Davies, J. (1980) *The Social Context of Dentistry*. London: Croom Helm.
- Department of Health and Social Security (1998) *A First Class Service: Quality in the New NHS*. London: The Stationery Office.
- Department of Health and Social Security (1999) *Clinical Governance: Quality in the New NHS*. London: The Stationery Office.
- Editorial (1999) DMSO and dentistry, *Journal of the American Dental Association*, 130 (suppl., February): 1–8.
- Ferguson, A-L. (1999) Legal implications of clinical governance, in M. Lugon and J. Secker-Walker (eds) *Clinical Governance: Making it Happen*. London: Royal Society of Medicine Press.

- Grytten, J. (1991) The effect of supplier inducement on Norwegian dental services: some empirical findings based on a theoretical model, *Community Dental Health*, 8: 221–31.
- Grytten, J. (1992) The Norwegian dental care market: empirical studies on accessibility and supplier inducement in the adult population. Thesis, Department of Community Dentistry, University of Oslo.
- Grytten, J. and Lund, E. (1999) Future demand for dental care in Norway: a macroeconomic perspective, *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, 27: 321–30.
- Grytten, J. and Skau, I. (1999) Konkurransen og tilbudsinduksjon i den private tannhelsetjenesten, *Norske Tannlegeforenings Tidende*, 109: 15–31.
- Grytten, J., Holst, D. and Laake, P. (1990) Supplier inducement: its effect on dental services in Norway, *Journal of Health Economics*, 9: 483–91.
- Hancock, R. (ed.) (1993) *Education and Training of Personnel Auxiliary to Dentistry*. London: Nuffield Foundation.
- Holst, D. (1997) Dental services in the Nordic countries, in C. Pine (ed.) *Community Oral Health*. Oxford: Butterworth-Heinemann.
- Holst, D. and Grytten, J. (1998) Forbruk av tannpleie og tannhelse i et velferdsperspektiv, in P-O. Burén and R. Lagercrantz (eds) *Tandhälsan. Samhällsekonomi och det personlige ansvaret*, Antologi, Välfärdsprosjektets Skriftserie No. 12. Stockholm: Socialdepartementet.
- Künzel, W. (1998) *Eine Studie zur Entwicklung der Mundgesundheit*. Heidelberg: Hüthig Verlag.
- Kutzin, J. (1998) The appropriate role for patient cost sharing, in R.B. Saltman, J. Figueras and C. Sakellarides (eds) *Critical Challenges for Health Care Reform in Europe*. Buckingham: Open University Press.
- Lennon, M.A., Worthington, H.V., Coventry, P., Mellor, A.C. and Holloway, P.J. (1990) The Capitation Study. 2. Does capitation encourage more prevention? *British Dental Journal*, 168: 213–15.
- Lugon, M. and Secker-Walker, J. (1999) Organizational framework for clinical governance, in M. Lugon and J. Secker-Walker (eds) *Clinical Governance: Making it Happen*. London: Royal Society of Medicine Press.
- O'Mullane, D. (ed.) (1997) *Efficiency in Oral Health Care: The Evaluation of Oral Health Systems in Europe*, Final Report. Cork: BIOMED1.
- Petersen, P.E. and Tanase, M. (1997) Oral health status of an industrial population in Romania, *International Dental Journal*, 47: 194–8.
- Petersen, P.E., Danila, I. and Dalean, A. (1994) Oral health status among schoolchildren in Romania, 1992, *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, 22: 90–3.
- Saltman, R.B. and Figueras, J. (1997) *European Health Care Reform: Analysis of Current Strategies*, WHO Regional Publications, European Series No. 72. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
- Silvester, S., Calnan, M., Manley, G. and Taylor-Gooby, P. (1999) *Public or Private? Dental Practitioners' Beliefs, Values and Practices*. Canterbury: Centre for Health Services Studies, University of Kent.
- Szöke, J. and Petersen, P.E. (2000) Changing oral disease pattern of children in Hungary, *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, 28: 155–60.
- Waldman, H.B. (1987) Changing disease patterns of dental disease in children and the use of dental services, *Journal of Dentistry in Children*, 54: 89–92.
- Wang, N.J. and Riordan, P. (1995) Recall intervals, dental hygienists and quality in child dental care, *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, 23: 8–14.

- Widström, E. and Eaton, K.E. (1997) *Systems for the Provision of Oral Health Care, Workforce and Costs in the EU and EEA: A Council of European Chief Dental Officers' Survey*. Helsinki: Stakes.
- Willcocks, A.J. and Richards, N.D. (1971) Dental manpower and dentistry as an institution, in N.D. Richards and L.K. Cohen (eds) *Social Sciences and Dentistry: A Critical Bibliography*. The Hague: World Dental Federation.
- Yule, B. (1986) *Financing of Dental Care in Europe: Part I*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
- Yule, B. (1989) *Financing of Dental Care in Europe: Part II*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.





## Предметный указатель

- Австралия, 157  
практика аккредитации, 98-102
- Австрия, 22  
аккредитация, 102, 105  
больницы, 137, 145, 146
- Автономизированные больницы, 135-136, 143, 147-148
- Аккредитация,  
европейский опыт, 102-107  
и лицензирование, 24, 27, 99  
и оценка качества услуг, 99  
и регулирование, 108-111  
опыт США, Канады и Австралии, 98-99  
порядок аккредитации, 99, 100-102
- Атлантический союз, 109
- Бевериджевская модель  
здравоохранения, 138-140, 143, 145
- Белоруссия, 219, 220, 224  
тенденции реформы системы  
первичной помощи, 145
- Бельгия, 22  
аккредитация, 24, 105, 106, 107  
больницы, 137, 146  
тенденции реформы системы  
первичной помощи, 145
- Биоинженерия и генная инженерия, 49
- Бисмарковская модель  
здравоохранения, 137, 138, 142-143
- Болгария  
коррупция, 129  
неформальные платежи, 29  
официальный статус платы за  
лечение, 129
- Больницы  
государственные и частные  
некоммерческие, 136-138  
доступ к больничному лечению, 144,  
146  
защита персонала, 148-149  
и предпринимательство, 135, 136, 138,  
139, 140, 141, 143, 146, 150  
общие тенденции реформ, 141  
типология, 136, 137, 138  
частные коммерческие, 138
- Ваксмана-Хатча акт, 163
- Великобритания, 3, 5, 6  
аккредитация, 101, 102, 103, 104, 105,  
106, 107, 109, 110  
больницы, 33, 136, 139, 140-141, 145,  
146, 151

- Государственная служба  
здравоохранения, 14, 22, 92, 102, 126,  
146, 168, 198, 199, 218, 219, 220, 234,  
237  
контракция, 198-201  
кооперативы врачей общей практики,  
22, 33, 170, 199, 204, 220, 221, 222, 223  
корректировка рисков, 197  
лицензирование медикаментов, 161,  
162  
первичная медицинская помощь, 33,  
218  
поощрение сбора информации, 206  
разделение покупателей и  
поставщиков, 6, 95, 96, 97, 145, 198  
регулирование выхода на рынок  
новых агентов, 204  
регулирование закупок медицинских  
услуг, 201  
регулирование коммунальных служб,  
78, 82-84  
регулирование прибыли в фарма-  
цевтической отрасли, 81, 166, 167  
регулирование слияний между  
страховыми учреждениями, 204  
регулирование цен на медикаменты,  
167, 169  
саморегулирование в  
фармацевтической  
промышленности, 12  
социальная медицина, 91, 178-185  
стоматология, 232, 234, 236, 243  
тенденции реформы системы  
первичной помощи, 218
- Венгрия, 5  
аккредитация, 103-104, 105  
предпринимательство в  
фармацевтической  
промышленности, 202  
схема страхования, 203
- Взятки, 114-116, 120, 124  
Воровство, 116-118, 124  
Всемирная организация  
здравоохранения (ВОЗ), 14, 161  
Всемирный банк, 130, 135  
Германия, 3, 6, 31  
аккредитация, 103  
больницы, 37, 38, 137, 142-143, 144,  
146, 148  
институты регулирования, 194  
контракция, 200  
первичная медицинская помощь, 222  
регулирование выхода на рынок  
новых агентов, 204  
регулирование цен на медикаменты,  
164  
социальная и домашняя медицина, 22  
социальная медицина, 181-182  
стоматология, 233  
схема страхования, 202
- Государственная служба  
здравоохранения  
как организационная модель, 95, 99,  
144, 146
- Государство  
различные интерпретации  
мотивов регулирующей  
деятельности, 6, 7, 206
- Греция  
аккредитация, 105  
стоматология, 232
- Гриффитс, сэр Рой, 178
- Грузия, 125  
больницы, 145  
неформальные платежи, 29
- Групповых интересов концепция, 10,  
11, 17, 18, 21, 41
- Дания, 10, 11  
больницы, 37, 140, 145, 146, 147  
социальная и домашняя медицина, 37  
социальная медицина, 183-184  
стоматология, 234
- Деволуция, 23, 61-62
- Дезинформация, 84, 85
- Деккер, 31, 149
- Деконцентрация, 23, 25
- Делегирование, 23, 24, 25  
и специализация в стоматологии, 240-  
241
- Децентрализация в стоматологии, 236
- Децентрализация, как стратегия  
регулирования, 23, 26, 55, 61
- Дилеммы государственной политики,  
58, 192
- Договорные проблемы  
в коммунальных службах, 79, 80, 83
- Домашняя медицина, 29, 32, 33 44  
в Центральной и Восточной Европе, 30

- Доступ  
   к больничному лечению, 144-146  
   к медицинскому обслуживанию, 28  
 Европейская комиссия, 5, 45, 149  
 Европейский союз, 34, 45, 48, 164  
 Европейское агентство по оценке  
   лекарств, 25, 161, 164  
 Единый рынок Европейского союза,  
   41, 99, 143, 144, 159  
 Заповеди регулирования, 47  
 Защита потребителя и лицензирование  
   продукции  
   на рынке лекарств, 190, 205, 207  
 Здравоохранение  
   государственное регулирование, 12,  
   13, 20-22  
   межсекторные аспекты, 16-18  
   политические аспекты  
   регулирования, 62, 63  
   системы, финансируемые из  
   налоговых поступлений, 30, 31, 32  
   системы, финансируемые из фондов  
   социального медицинского  
   страхования, 30  
 Здравоохранение и коммунальные  
   службы  
   сравнительный анализ  
   регулирования, 87-89  
 Израиль, 71  
 Институциональный интереса  
   концепция, 11  
 Инструменты регулирования,  
   см. Регулирование инструментов  
 Интернет, 48, 49  
 Ирландия  
   больницы, 136, 219, 220  
   стоматология, 232  
 Испания, 3, 5, 6, 14  
   аккредитация, 103, 104, 107  
   больницы, 30, 103, 136, 138, 139, 141,  
   145  
   врачи общей практики, 30  
   социальная медицина, 184-185  
   стоматология, 233  
 Италия, 3, 7  
   аккредитация, 110  
   больницы, 32, 136-137, 140, 145  
   стоматология, 233  
 Казахстан, 122, 129  
   институты регулирования, 194  
   корректировка рисков, 197  
   регулирование закупок медицинских  
   услуг, 204  
 Канада  
   практика аккредитации, 98, 108, 165,  
   204  
 Каталония  
   больницы, 104, 139  
 Качество  
   и аккредитация, 97-111  
 Квазирынок, 176, 179, 184, 185-186  
 Киргизия, 202  
   больницы, 145  
 Командно-административные методы  
   управления, 20, 21, 135  
 Коммунальные службы и система здра-  
   воохранения  
   сравнительный анализ регулирования,  
   см. Здравоохранение и коммуналь-  
   ные службы  
 Коммунальные услуги  
   опыт регулирования, 77-79  
 Контрактация, 198-201  
 Корпоратизированные больницы, 136,  
   143  
 Корректировка рисков, 196, 197, 199  
 Коррупция, 113-130  
   антикоррупционные группы, 129-130  
   бюрократическая и политическая, 118  
   влияние, 120-121  
   определение, 113  
   оценка уровня, 121-124  
   политические меры регулирования,  
   124, 127, 128  
   различные типы, 114-116  
   стратегии регулирования, 127, 128  
 Латвия  
   корректировка рисков, 197  
 Лицензирование, 99  
   на рынке лекарств, 160-162  
 Люксембург  
   больницы, 137  
 Македония, 118  
 Лекарства  
   регулирование цен, 66-68  
 Механизмы регулирования, 12, 13  
 Микроэкономика  
   взгляд на природу регулирования, 5, 15

## 252 Регулирование предпринимательской деятельности в системах здравоохранения

- Моносонная модель рынка, 191, 201
- Мошенничество, 118-120
- Независимые регулирующие органы, 12, 13, 14, 16
- Нидерланды, 4, 5, 6, 15, 22, 45
  - аккредитация, 105, 107
  - больницы, 37, 137, 144, 146,
  - институты регулирования, 196
  - регулирование выхода на рынок новых агентов, 203
  - социальная и домашняя медицина, 4, 5
  - социальное медицинское страхование, 196
  - стоматология, 234, 235
  - тенденции реформы системы первичной помощи, 148, 149
- Новации, и предпринимательство, 3-4, 5
- Норвегия
  - больницы, 146
  - стоматология, 234, 235, 236
- Общая практика
  - регулирующая среда, 212-213, 216, 217, 221
  - рост ответственности врачей, 215, 216, 221
- Общественного интереса концепция, 10
- Организация экономического сотрудничества и развития, 122, 130, 135, 163
- Ориентировочная цена на лекарства, 66-68
- Отбор рисков, 33, 197
- Патентное регулирование на рынке медикаментов, 159, 160, 162
- Первичная медицинская помощь, 213
  - в Великобритании, 32, 218
  - в Германии, 219, 220
  - в Португалии, 219, 220
  - в Финляндии, 219, 220
  - в Центральной и Восточной Европе, 216, 219
  - в Швеции, 219, 220
  - во Франции, 215, 219, 220
  - и предпринимательство, 213-214
  - регулирующая среда, 214-216
- Планирование конкурентных инициатив, 79
- Подотчетность
  - и права больных, 69
  - и предприниматели в области первичной помощи, 150
  - и регулирование, 60, 62
- Политические аспекты регулирования здравоохранения, 58-64, 66-71
- Польша
  - аккредитация, 103
- Португалия, 3
  - аккредитация, 103, 104
  - больницы, 136, 139, 140
  - врачи общей практики, 30
  - первичная медицинская помощь, 219, 220
  - стоматология, 233
- Права больного, 69
- Правовые, управленческие и политические аспекты регулирования, 61-63
- Предприниматель
  - определение понятия, 3, 5
- Предпринимательство
  - в деятельности больниц, 30, 134-151
  - в социальной и домашней медицине, 28-29
  - в стоматологии, 28, 229-245
  - в фармацевтической промышленности, 29, 30
  - и первичная медицинская помощь, 30, 215-216
  - и регулирование, 28, 31, 33, 237
  - на рынке медикаментов, 157-171
- Приватизация, 7, 23
  - в стоматологии, 155, 162
  - коммунальных служб, 81, 82, 83
  - первичной помощи в странах Центральной и Восточной Европы, 30
  - ползучая, 117
- Профилактика в стоматологии, 236-237
- Регулирование
  - в области коммунальных услуг, 77
  - в системах здравоохранения европейских стран, 14, 21, 58, 64
  - в фармацевтической отрасли, 158, 159
  - доступа к услугам, 70, 71
  - закупок медицинских услуг в неконкурентной среде, 191-192
  - и предпринимательство, 25, 28, 31, 33
  - институциональные рамки, 71-72

- инструменты, 6, 7, 12, 13, 14, 191, 198  
 качества, 68-69  
 коммунальных служб, 82-87  
 контракции, 198-201  
 механизмы, 5, 12-13, 14, 15, 58  
 модель упорядочения и направления  
 в определенное русло ('steer-and-  
 channel'), 6, 21, 22, 30, 46  
 направленное на поощрение  
 конкуренции, 34, 45  
 опыт других секторов, 34, 45, 46-50  
 политические уроки реформ  
 предпринимательской деятельности  
 больниц, 134-151  
 прибыли в фармацевтической  
 отрасли, 166-167  
 пропускной способности, 65-66  
 различные интерпретации мотивов  
 регулирующей деятельности, 7, 10-11  
 различные определения понятия, 8-9  
 различные подходы, 65-72  
 различные сферы,  
 с точки зрения теории управления,  
 права и политики, 61-64  
 с точки зрения экономической  
 теории, 58-60  
 с целью обеспечить конкуренцию,  
 137, 138  
 стратегии, 12, 20-25  
 структуры рынка и уровней  
 обслуживания, 69-70  
 теоретические представления, 8-13  
 хорошее и плохое, 63  
 цен, 66-68, 81-82, 85-86  
 на лекарства, 158, 163-169  
 четыре заповеди, 41, 42, 43  
 Регулирование предпринимательства  
 концептуальная схема, 25-28  
 опыт последних лет, 25-34, 45, 48  
 режим регулирования, 71, 72  
 Реформы и предпринимательство  
 в фармацевтической отрасли, 163  
 Россия, 125  
 больницы, 143  
 институты регулирования, 128, 194  
 контракция, 200  
 корректировка рисков, 197  
 коррупция, 118, 119, 120, 126-127,  
 129  
 регулирование закупок медицинских  
 услуг, 194  
 схема страхования, 125, 194, 196, 198,  
 203  
 Румыния  
 стимулирование рыночных  
 механизмов, 129  
 стоматология, 233  
 Рынок  
 разделение на участки, 7  
 Саморегулирование, 19, 23, 24  
 обязательное, 19, 24  
 профессиональное, 24  
 врачей общей практики, 92  
 сильные и слабые стороны, 24  
 Своекорыстного интереса теория, 6,  
 10, 11, 19  
 Семашко, 29  
 Скандинавия, 3  
 больницы, 136  
 социальная медицина, 184  
 стоматология, 230, 233, 235  
 Словацкая Республика, 5  
 Снятие сливок, 90  
 Содружество независимых государств  
 (СНГ), 125, 191  
 больницы, 137  
 Социальная медицина, 91, 137, 138,  
 144, 145, 151  
 в разных странах Европы, 137  
 в Центральной и Восточной Европе,  
 143  
 и первичная помощь, 91-92  
 и предпринимательство, 149, 150  
 регулирование предпринимательской  
 деятельности, 173  
 структура управления, 135, 136  
 Социальная сплоченность, 15, 27  
 Социальная справедливость, 134  
 Социальное медицинское страхование,  
 29, 30, 137-138, 221  
 в Нидерландах, 196  
 и регулирование первичной помощи,  
 213, 214  
 слияние учреждений, 204, 205  
 Социальное предпринимательство, 150  
 основные предпосылки, 150, 151  
 Стационарное лечение  
 конкуренция за подряды, 89-91

- регулирование цен, 90
- Стоматология, 131-147
  - делегирование и специализация, 142-143
  - как особая специальность, 229-230
  - модели поставки услуг, 231, 232
  - модели регулирования, 230, 231
  - недавние перемены, 232-235
  - ожидаемые тенденции, 247
  - оплата услуг, 239, 240
  - организация практики, 241, 242
  - профилактика, 236, 237
  - финансирование, 237-239
- Сторонние плательщики, 191
- Стратегии регулирования, см. Регулирование стратегии
- Стремление к наживе, 11
  - на рынке медикаментов, 116
  - среди врачей, 114-120, 169
  - среди руководства больниц, 140
- Структура управления
  - определение, 61
  - основные аспекты, 61, 62
  - структурная схема регулирования, 193, 194, 195
- США
  - лицензирование медикаментов, 164
  - практика аккредитации, 98, 99, 101
  - практика отбора рисков, 192
  - распределение затрат на здравоохранение, 195
  - регулирование цен на медикаменты, 167
  - рынок патентованных и непатентованных медикаментов, 158
  - фармацевтическая промышленность, 156, 157
- Талидомид, 161
- Тэтчер, Маргарет, 178
- Фармацевтическая отрасль и предпринимательство, 92, 93
- Фармацевтическая промышленность
  - регулирование нормы прибыли, 92, 93
- Финляндия
  - аккредитация, 103
  - больницы, 140, 145
  - социальная медицина, 146, 147
  - стоматология, 234, 236
- Франция
  - аккредитация, 105, 106, 107
  - больницы, 137, 138
  - социальная медицина, 183, 184
- Центральная и Восточная Европа, 23, 33
  - больницы, 136, 137, 143, 144, 151
  - стоматология, 233, 234, 235, 236
  - тенденции реформы системы первичной помощи, 23
- Цены на лекарства
  - прямое и косвенное регулирование, 67, 68
- Чешская Республика, 5
  - аккредитация, 103, 104
  - институты регулирования, 194, 196
  - схема страхования, 201
- Швейцария
  - аккредитация, 103
  - больницы, 144
  - схема страхования, 196
- Швеция
  - аккредитация, 103
  - больницы, 139
  - первичная медицинская помощь, 32, 33
  - разделение покупателей и поставщиков, 6, 33
  - стоматология, 233, 234, 235, 236
- Шотландия
  - аккредитация, 106
  - больницы, 146
- Шумпетер, Й., 4
- Экономическая точка зрения на регулирование, 58, 59, 60
- Электронная коммерция, 48, 49
- Эндемическая коррупция, 116, 123, 124, 126, 127, 130
- Эпидемическая коррупция, 12, 124
- Эстония, 118, 197, 201, 219, 220
  - корректировка рисков, 201





ООО Издательство «Весь Мир» является официальным дистрибьютором публикаций Всемирного банка в Российской Федерации

Наш адрес: 101831, Россия, Москва, Колпачный переулок, 9а

Тел.: (095) 923-68-39, 923-85-68

Факс: (095) 925-42-69

e-mail: [vesmirorder@vesmirbooks.ru](mailto:vesmirorder@vesmirbooks.ru)

<http://www.vesmirbooks.ru>

В Издательстве можно приобрести  
или заказать по каталогу  
любые издания международных организаций

## **РЕГУЛИРОВАНИЕ ПРЕДПРИНИМАТЕЛЬСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ В СИСТЕМАХ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ЕВРОПЕЙСКИХ СТРАН**

Подготовка к печати русского издания —  
Отдел международных изданий Издательства «Весь Мир»

Выпускающий редактор: Осадчая О.Е.

Руководитель отдела: Поликанин А.А.

Младшие редакторы: Блинова А.А., Буюнова К.В.

Руководитель производственного отдела: Кузнецова Н.А.

Верстка: Сергеева О.Н.

Лицензия ИД № 03510 от 15.12.2000 («Весь Мир»)

Подписано в печать 11.07.2002.

Печать офсетная. Формат 70×100 <sup>1</sup>/<sub>16</sub>. Печ. л. 17.

ООО Издательство «Весь Мир»  
101831, Москва-Центр, Колпачный пер., 9а

## Регулирование предпринимательской деятельности в системах здравоохранения европейских стран

- Какие основные тенденции отмечаются в предпринимательской деятельности и регулировании здравоохранения в европейских странах?
- Насколько велики различия в подходах к регулированию и в предпринимательстве по отдельным секторам здравоохранения и странам Европы?
- Какие факты свидетельствуют об успехе и неудачах, и какие возможности для достижения успеха предоставляются политикам, принимающим решения?

За последнее десятилетие в системы здравоохранения был внедрен значительный ряд предпринимательских инициатив. Хотя эти инициативы и обещают повышение эффективности управления, они вместе с тем вызывают озабоченность по причине сокращения спектра и качества предоставляемых медицинских услуг.

В книге исследуется формирование стратегий регулирования, которые позволили бы получать максимальные выгоды от предпринимательских нововведений и избежать сокращения ключевых политических целей в области здравоохранения как социально значимой отрасли. В открывающем книгу обширном обзоре авторы рассматривают современные тенденции и данные по отдельным секторам отрасли и странам, представляя политикам, принимающим решения, широкий ряд альтернативных возможностей и давая оценку относительных преимуществ и недостатков. Далее предпринимательство и регулирование оцениваются в зависимости от вида медицинской помощи (например, лечение в стационаре, оказание первичной медицинской помощи, социальные услуги) и обсуждаются такие сопутствующие проблемы, как воздействие коррупции и потенциальные уроки, которые необходимо извлечь из дерегулирования государственных предприятий.

В книге "Регулирование предпринимательской деятельности в системах здравоохранения европейских стран" собраны воедино перспективы политики, экономики, управления, медицины, общественного здравоохранения и законодательства, что делает ее ценным источником информации для студентов, ученых, практикующих врачей и лиц, определяющих политику в области здравоохранения и его реформирования.

### Редакторы книги

Ричард Б. Солтман — директор по вопросам исследований Европейской обсерватории по системам здравоохранения и профессор по вопросам политики в области здравоохранения и управления Школы общественного здравоохранения им. Роллинса, Университет Эмори, Атланта, Джорджия.

Райнхард Буссе — руководитель Мадридского центра Европейской обсерватории по системам здравоохранения и адъюнкт-профессор эпидемиологии, социальной медицины и исследований в области систем здравоохранения Высшей медицинской школы в Ганновере.

Элайас Моссиалос — директор по вопросам исследований Европейской обсерватории по системам здравоохранения и рецензент Мемориального фонда им. Брайана Абея-Смита по тематике политики в области здравоохранения на факультете социальной политики Лондонской школы здравоохранения и социального обеспечения.

### Авторы

Винке Г.У. Бурма, Райнхард Буссе, Давид Чиниц, Дженнифер Диксон, Антонио Дуран-Морено, Тим Энсор, Джульен Фордер, Том ван дер Гринтен, Петер П. Груневеген, Дорте Холст, Элайас Моссиалос, Моник Мразек, Поул Эрик Петерсен, Жауме Пюиг-Жюнуа, Ана Рико, Ричард Б. Солтман, Элли Скривенс, Обри Шайхем, Игорь Шейман, Пер-Гуннар Свенсон, Юрген Вазем.

ИЗДАТЕЛЬСТВО

ВЕСЬ  
МИР

[www.observatory.dk](http://www.observatory.dk)  
[www.vesmirbooks.ru](http://www.vesmirbooks.ru)

