

УДК 338.46:61

Н.А. ХОРКИНА,

*кандидат педагогических наук, доцент**Государственный университет – Высшая школа экономики, г. Москва*

СОВРЕМЕННЫЕ ТЕНДЕНЦИИ МОТИВАЦИИ ПОСТАВЩИКОВ НА РЫНКЕ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

В статье рассматривается опыт зарубежных стран по применению стимулирующих методов оплаты медицинской помощи. Особое внимание уделено использованию программ оплаты, ориентированных на результат.

Оплата медицинской помощи с учетом результата. При модернизации систем здравоохранения в мире зачастую не уделяется необходимого внимания одной из важнейших структурных компонент в схеме оказания медицинской помощи – результату [1]. Однако в последние годы ситуация начала постепенно меняться. Одним из основных направлений институциональных изменений в организации систем здравоохранения в настоящее время является поиск новых механизмов оплаты деятельности поставщиков медицинских услуг, стимулирующих их к повышению качества предоставляемой помощи [2]. В ряду главных из них можно выделить применение принципиально новой схемы оплаты медицинской помощи (как на стационарном, так и амбулаторном уровнях): *оплата деятельности с акцентом на результат – ОЗР* (оплата за результат: *P4P – Payment for Performance*).

В самом общем виде данную схему оплаты можно охарактеризовать как соответствующую систему стимулов для медицинской организации в целом и/или для конкретного работника [1].

Первые эксперименты по разработке и внедрению данного подхода в медицине начали осуществляться в 90-е гг., а основными центрами реформ стали системы здравоохранения США и Великобритании. Затем данная схема начала постепенно использоваться и в ряде других зарубежных стран (Канаде, Австралии, Новой Зеландии, Италии, Франции, Израиле и др.).

Модели ОЗР, применяемые в мире, достаточно разнообразны. При этом, как правило, используются следующие две схемы [3]:

1) *вознаграждение* (бонусы) за более высокое качество оказанной услуги;

2) *отсутствие оплаты* (штрафы) за неудачный результат лечения.

Наиболее распространенными из них являются поощрительные программы. Ключевым звеном в них может быть врач, работа амбулатории, больницы или даже информационной системы. Размер вознаграждения может составлять как незначительную, так и существенную часть дохода поставщика услуги.

При этом, по мнению ряда специалистов, штрафы могут оказать гораздо большее позитивное влияние на работу врачей, чем стимулы вознаграждения [4]. Более того, появляются доказательства того, что данный подход может быть эффективным для продвижения значительных изменений благодаря не только повышенным доходам, но и благодаря выработке репутации в глазах общества [1].

Итак, экспериментальное применение схемы ОЗР в ходе реализации пилотных проектов по оценке результатов работы системы здравоохранения включает в настоящее время как позитивные, так и отрицательные стимулы.

Проанализируем ряд *примеров стимулирующих схем для поставщиков медицинских услуг*, используемых в последние годы за рубежом, и рассмотрим их влияние на качество медицинских услуг.

Нормативные стимулы для медицинских учреждений. Наиболее ранние и масштабные эксперименты начали осуществляться в США. Так, в рамках программ *Медикер* и *Медикейд*¹ – была разработана программа стимулов для передовых боль-

¹ *Медикер* – программа льготного медицинского страхования в США для лиц старше 65 лет и инвалидов; *Медикейд* – американская программа медицинской помощи лицам и семьям с низким доходом.

ниц [1]. В ходе ее реализации оценивалась работа более 260 больниц по проведению лечения больных с заболеваниями суставов, сердца и легких. Лучшие 10% учреждений по результатам мониторинга их деятельности получали в качестве вознаграждения 2% бонусы. По оценкам [1], первые два года действия программы привели к улучшению качества обслуживания на 12%. Одновременно с этим сократился разрыв между лучшими и худшими результатами проведенного лечения.

Начиная с 2005 г. Центры *Медикер* и *Медикейд* увеличили ставки предоплаты за койкодень до 3,3% для больниц, которые подтвердили данные 10 показателей деятельности, оцениваемые на основе «Закона о предписании совершенствования и модернизации медицинских препаратов» (2003 г.). Для больниц, не подтвердивших данные, относящиеся к уровню качества обслуживания стационарных пациентов в больнице, размер предоплаты был снижен на 0,4% [1].

Одним из дополнительных положительных стимулов для больниц является публикация данных о результатах их работы. Все больницы, выполняющие неотложную помощь для пациентов *Медикер*, могут быть подвергнуты штрафу, если они не предоставят отчеты с данными по основным клиническим индикаторам.

Возросшее в конце 90-х–начале 2000-х гг. количество врачебных ошибок в *Великобрита-*

нии привело к значительному росту вложений в оценку процессов и результатов лечения [5; 6]. В результате сегодня в Национальной системе здравоохранения (далее – НСЗ) Великобритании функционирует целая сеть учреждений, регулирующих деятельность больниц и повышающих их прозрачность для потребителей.

Стимулирующим эффектом обладают также и достаточно распространенные в Великобритании программы ОЗР, основанные на *учете оценок потребителей*, заполняющих опросные листы, фиксирующие результаты их лечения. Однако с использованием отчетов о результатах лечения связан ряд проблем [1]. Основная сложность – высокая стоимость сбора и анализа данных до и после проведенного лечения. Следующая проблема – количество заполненных анкет. Кроме того, существует еще и проблема учета структуры случаев. К примеру, достаточно сложно учесть такие факторы как тяжесть болезни, наличие сопутствующих заболеваний и проч.

Реализации схемы ОЗР в системе здравоохранения *Израиля*, получившая название «*Концепция высокого результата*», осуществляется на основе использования финансовых, нефинансовых, а также медицинских показателей, характеризующих деятельность больниц двух основных центров эксперимента: Калалита и Маккаби (табл. 1).

Таблица 1

Показатели, используемые в программах ОЗР Израиля [7]

Калалит	Маккаби
Финансы	
<i>Расходы против бюджета на:</i> – персонал; – госпитализацию; – лекарства; – диагностические тесты; – направления на обследование; – техническое обслуживание	<i>Отклонения от бюджета на:</i> – использование услуг госпиталя; – использование рекомендованных лекарственных препаратов (согласно предписанию)
Услуги	
– удовлетворенность пациента результатами лечения; – процент пациентов, которых планируется выписать; – процент жалоб	– удовлетворенность пациента услугами; – жалобы; – вероятность того, что пациент в будущем обратится именно в эту клинику
Медицина	
– профилактические мероприятия; – обслуживание хронических больных; – рациональное использование медикаментов	– профилактические мероприятия; – лечение хронических больных с такими заболеваниями, как диабет и болезни сердечно-сосудистой системы; – использование антибиотиков должным образом

В итоге один раз в год больницы получают оценку своей деятельности в процентах по данным группам показателей. При этом в больницах Калалита 30% оценки определяется достижением целей медицинского обслуживания, определенных в плане на год, 25% – предоставлением должного уровня обслуживания, 25% основывается на оценке районного менеджмента, 10% – за достижение маркетинговых целей и 10% зависит от оценки качества рабочего плана больницы и рутинной работы. Премия подсчитывается как разница между выделенным бюджетом больницы и ее затратами, умноженная на процент за достижение медицинских показателей и уровня обслуживания. Если процент ниже 75%, то бонус не выплачивается. В итоге во многих больницах Калалита были отмечены улучшения показателей. Например, больницы смогли уменьшить затраты на 10%, в то время как число положительных отзывов пациентов возросло с 76 до 85%. При этом уровни маммографии среди зарегистрированных пациентов за период между 1998 и 2005 гг. выросли с 40 до 65%, показатели контроля за диабетиками – с 35 до 48% [7].

В больницах Маккаби результирующая оценка деятельности больниц также рассчитывается ежегодно и включает в себя улучшения медицинских показателей (45%), финансовых показателей (35%) и показателей уровня обслуживания (20%) относительно целей на год. Премии начисляются пропорционально достижению целевых показателей. Однако только несколько учреждений, достигшие наилучших результатов, получают бонусы за свои достижения, тем самым, создавая сильную конкурентную среду среди больниц. Как показывают исследования, в результате действия данной стимулирующей схемы уровни маммо-

графии за период 2002–2004 гг. поднялись с 52 до 64%, вакцинация от гриппа возросла с 35 до 47%, также увеличение процента было замечено в отношении пациентов, больных диабетом [7].

Интересен опыт *Италии* по созданию, так называемого, *целевого бюджета на основе деятельности медицинских учреждений* [8]. Основная идея заключается в том, что бюджет больницы формируется после определения целей деятельности учреждения. При этом цели задаются с участием менеджеров больниц и врачей и корректируются в течение года, адаптируясь к новым условиям. В итоге формируется «бюджетный лист» – документ, в котором определены все задачи, цели и оценочные показатели деятельности больницы (табл. 2).

В заключительной части целевого бюджета представлена информация о взаимосвязи размера переменной части заработной платы работников от достижения медицинским учреждением поставленных целей.

Стимулирующие программы для врачей. Одним из наглядных примеров использования финансовых стимулов для врачей является *договор для врачей общей практики Великобритании*, включающий Принципы качества и результатов (далее – ПКР). Данная программа в основном направлена на улучшение качества медицинской помощи, предоставляемой больным с хроническими заболеваниями. На начальном этапе действия программы, оцениваемые индикаторы включали 10 показателей с распределением баллов за их достижение, позднее их число было уменьшено до 8. За успешный результат врач может заработать до 1000 баллов, каждый из которых оценивается в 125 фунтов [1].

Таблица 2

Индикаторы, используемые в программах управления качеством в системе здравоохранения Италии [8]

<p align="center">Финансы:</p> <ul style="list-style-type: none"> – клад в формирование прибыли; – прибыль в расчете на капиталовложение; – выручка; – расходы в расчете на каждый случай заболевания; – расходы в соответствии с группами сходного диагноза 	<p align="center">Клиенты/пациенты:</p> <ul style="list-style-type: none"> – лист ожидания; – процент жалоб; – удовлетворенность пациентов результатами лечения
<p align="center">Результаты:</p> <ul style="list-style-type: none"> – процент госпитализаций; – среднее время пребывания в стационаре; – оценки по группам сходного диагноза 	<p align="center">Система обеспечения стандартов клинической практики:</p> <ul style="list-style-type: none"> – внимание к клиническим стандартам при лечении пациентов, страдающих от высокого давления; диабета; внезапных сердечных приступов, инсультов

НСЗ ожидалось, что 75% врачей выйдут на целевые показатели, реально – 90%. В итоге реализация программы была связана с достаточно высокими финансовыми вложениями и привела к увеличению оплаты труда врачей в среднем на 23%. В то же время влияние данной программы на улучшение здоровья населения некоторыми экспертами было поставлено под сомнение [9]. Тем не менее, несмотря на существующие проблемы, система ПКР создала значительное позитивное изменение в предоставлении услуг в НСЗ Великобритании.

Начиная с 2009 г. Национальный Фонд Медицинского Страхования Франции предлагает *индивидуальные стимулирующие контракты врачам общей практики* [10]. В контрактах прописаны общие цели и задачи на трехлетний период относительно лечения и назначения лекарственных средств. Врачи, подписывающие контракт, обязуются улучшить уровень предотвращения заболеваний своих пациентов, соблюдать предписания по назначению лекарственных средств и увеличить назначение небрендовых лекарств (сокращая, тем самым, рекламу определенных препаратов). Основные задачи данной программы – предотвращение болезней у лиц пожилого возраста путем осуществления профилактических мероприятий; снижение заболеваемости раком; забота о пациентах с хроническими заболеваниями. Фонд обещает предоставлять нужные сведения для отслеживания изменений во врачебной практике. Схема поощрительных выплат врачам довольно сложна и зависит от результатов по назначению лекарств и проведенному лечению. Максимальная сумма вознаграждения при этом не может превышать 6 000 евро в год. Ожидается, что общая выгода от повышения качества медицинских услуг покроет расходы на осуществление данной программы.

В то время как оплата за результат применяется в большинстве случаев к первичному звену, *узкие специалисты* также становятся объектом охвата программ ОЗР. Так с 2003 г. в частной медицине США стала использоваться программа, в рамках которой было организовано направление пациентов к узким специалистам, работающим согласно стандартам ухода и достигающим показателей эффективности качества и издержек [11]. Стимулы для пациентов заключаются в сниженном тарифе

соплатежей для посещения предпочитаемого врача. Специалисты были сориентированы на те сферы, которые являются наиболее затратными: кардиология; гастроэнтерология; общая хирургия; ортопедия.

В 2005 г. в США была запущена еще одна экспериментальная программа, оценивающая деятельность врачей разных специализаций. Анализ результатов работы специалистов осуществлялся на основе специально разработанного набора медицинских индикаторов. В итоге, по оценкам, 10 групп врачей к концу второго года эксперимента улучшили качество медицинских услуг по диабетическим показателям на 9%, по показателям сердечных приступов на 11%, и на 5% – по заболеваниям коронарной артерии. В целом наблюдались улучшения по 19 из 27 клинических показателей [12].

Уроки зарубежного опыта по использованию стимулирующих программ. Мы привели лишь некоторые примеры масштабного эксперимента последних лет по внедрению стимулирующих программ оплаты медицинской помощи, применяемых в последние годы в системах здравоохранения ряда стран. Как было отмечено, внедрение схем ОЗР на практике может приводить к определенным положительным результатам: оценки эффективности действия стимулирующих программ показали повышение качества оказываемых услуг в большинстве стран. В то же время данная схема не лишена и недостатков. Охарактеризуем более детально некоторые выявленные положительные и отрицательные стороны программы, взяв за основу ряд ее критериев (табл. 3).

Итак, анализ эксперимента последних лет по внедрению стимулирующих схем ОЗР в зарубежных системах здравоохранения показывает, что их использование может приводить к повышению качества медицинской помощи, хотя зачастую связано с существенными финансовыми затратами. Однако даже незначительное повышение качества медицинских услуг может означать снижение заболеваемости среди широкого круга населения. Поэтому постоянное совершенствование механизмов оплаты медицинской помощи должно быть неотъемлемой частью реформирования систем здравоохранения в мире, а их разработка и внедрение должны осуществляться постепенно и осмотнительно с учетом широкого

Таблица 3

Достоинства и недостатки стимулирующих схем оплаты медицинской помощи [11]

Соотношение «издержки – результативность»	
<i>Преимущества</i>	<i>Недостатки</i>
Большинство реализуемых программ показали рост качества оказываемых медицинских услуг	Нередко затраты на реализацию программ оказывались достаточно существенными, а повышение качества было не столь значительным
Соотношение «предмет оплаты – желаемый результат»	
<i>Преимущества</i>	<i>Недостатки</i>
Поощряются специалисты, показывающие лучшие результаты, либо те, кто стремятся улучшить качество	Стимулирование улучшения качества оказываемых услуг за счет вознаграждения имеет преимущество, однако используется реже, так как для видимых улучшений требуется время и наличие информационной базы
Система показателей качества	
<i>Преимущества</i>	<i>Недостатки</i>
Врачи стремятся улучшить качество предоставления тех услуг, которые оцениваются. Развитые программы стимулирования измеряют и качество, и издержки, а также отслеживают связи между ними по отношению к пациентам и клинике	Может возникнуть недостаток количества используемых индикаторов качества, а также сфер для оценки улучшения качества
Обязательства врачей	
<i>Преимущества</i>	<i>Недостатки</i>
Врачи положительно реагируют на саму систему оплаты, основанной на измерении качества, но зачастую негативно реагируют на показатели, измеряющие качество услуг	Ограниченное количество обязательств у поставщиков медицинских услуг
Размер стимулирующих выплат	
<i>Преимущества</i>	<i>Недостатки</i>
Программы, затрагивающие большую сферу практики врача, вероятнее будут замечены и обычно привлекают больше плательщиков и совместных усилий	Небольшой объем финансовых средств на стимулирующие программы – одна из причин их ограниченного эффекта. Врачи считают, что система оплаты за результат означает «немного больше денег за много больший объем работы» [13]
Ожидаемая реакция врача и работа, основанная на доверии	
<i>Преимущества</i>	<i>Недостатки</i>
Использование принятых стандартов, которые считаются важными для врачей, обеспечит расположение с их стороны	Пациенты зачастую недоверчиво относятся к поощрениям, они считают, что стимулы могут повлечь снижение внимания со стороны врачей

спектра возможных последствий (как положительных, так и негативных). При этом, как отмечает Мэйнард, известный специалист в области экономики здравоохранения, не стоит бояться возможных ошибок и значительных вложений в подобные программы, поскольку «издержки нововведений достаточно существенны, но издержки летаргии запретительно высоки с точки зрения ущерба для пациентов и налогоплательщиков» [1].

Список литературы

1. Maynard A. Payment for Performance (P4P): International experience and a cautionary proposal for Estonia. Health Financing Policy Paper, Division of Country Health Systems. – 2008.
2. Экономика здравоохранения / под ред. М.Г. Колосницыной, И.М. Шеймана, С.В. Шишкина. – М.: ИД ГУ-ВШЭ, 2008. – 479 с.
3. Bell Ch., Levinson W. Pay for performance: learning about quality // Canadian Medical Association Journal. – 2007. – June 5. – № 176 (12).

4. Kahneman D., Tversky A. Prospect theory: an analysis of decision under risk. – *Econometrica*, 1979, 47. – P. 263–292.
5. Sari A., Sheldon A., Cracknell A. Extent, nature and consequences of adverse events: results of a retrospective case note review in a large NHS hospital // *Quality & Safety in Health Care*. – 2007, 16. – P. 434–439.
6. Vincent C., Ennis M., Audley R. Analysis of clinical incidents: a window on the system not a search for root causes // *Quality and Safety in Health Care*. – 2004. – 13 (4). – P. 242–243.
7. Revital G., Elhaynay A., Friedman N., Buetow S. Pay-for-performance programs in Israeli sick funds // *Journal of Health Organization and Management*. – 2008. – Vol. 22, № 1. – P. 23–35.
8. Lega F., Vendramini E. Budgeting and performance management in the Italian National Health System (INHS) // *Journal of Health Organization and Management*. – 2008. – Vol. 22, No. 1. – P. 11–22.
9. Cookson R., Fleetcroft R. Do incentive payments in the new NHS contract for primary care reflect likely population health gain? // *Journal of Health Services Research and Policy*. – 2006. – 11 (1). – P. 27–31.
10. Or Z. A small step towards P4P in France. // *Health Policy Monitor*. – 2009. – April.
11. Gold M., Felt-Lisk S. Using Physician Payment Reform to Enhance Health System Performance // *Policy brief*. – 2008. – December.
12. Achieving High Performance in Health Care: Pay-for-Performance. Moving the Bar on Quality. Reporting and Accountability. Accenture, 2005.
13. Bodenheimer Th., May J., Berenson R. Can Money Buy Quality? Physician Response to Pay for Performance // *Issue Brief 105*, Washington, DC: Center for Studying Health System Change. – 2005. – December.

В редакцию материал поступил 20.09.10

Ключевые слова: поставщик медицинских услуг, оплата за результат, врач общей практики, больница, качество, мотивация, стимулы.
