

ПРОБЛЕМЫ ФОРМИРОВАНИЯ ИНТЕГРИРОВАННОЙ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Шевский В.И.*, Шейман И.М.**

Аннотация

В статье рассматриваются вопросы преодоления наметившейся в мировом здравоохранении тенденции к фрагментации действий отдельных медицинских служб, утрате их нацеленности на координацию и обеспечение преемственности лечения пациентов на разных этапах. Решаются задачи измерения фрагментации в российском здравоохранении и определения главных механизмов ее преодоления – организационных и экономических. Используется метод социологического исследования. Собраны данные, характеризующие оценку врачами уровня фрагментации/интеграции оказания медицинской помощи. Важнейшие результаты исследования: 1) разработана концептуальная модель интеграции здравоохранения, выделяющая три главные ее характеристики – командная работа различных звеньев оказания медицинской помощи, координация действий, осуществляемая прежде всего врачом первичного звена, преемственность лечения в амбулаторных и стационарных условиях; 2) определен набор показателей, соответствующих каждой характеристике; 3) проведена эмпирическая оценка концептуальной модели интеграции, демонстрирующая очень низкий уровень интеграции – по большинству выделенных показателей; 4) с учетом полученных эмпирических результатов определены наиболее перспективные механизмы усиления интеграции: укрепление участковой службы и превращение участкового врача в координатора действий других медицинских служб, более тесное информационное взаимодействие на основе современных информационных систем, принятие нормативных актов, регулирующих преемственность лечения. Главным экономическим инструментом является использование укрупненных единиц оплаты медицинской помощи в системе обязательного медицинского страхования – установление глобального бюджета для поставщиков амбулаторной и стационарной помощи, использование метода «поликлиника – фондодержатель», который предполагает передачу поликлинике всех средств на оказание медицинской помощи с последующими расчетами за услуги, оказанные другими медицинскими службами. Делается вывод о том, что управление интеграцией должно стать самостоятельным направлением политики в сфере охраны здоровья населения.

Ключевые слова: фрагментация/интеграция медицинской помощи; совместная работа поставщиков медицинских услуг; координация медицинской помощи; преемственность лечения; интегрированные методы оплаты услуг; фондодержание; программы управления хроническими заболеваниями.

* Шевский Владимир Ильич – бывший заместитель министра здравоохранения Самарской области, в последние годы регулярно работает по договорам с НИУ ВШЭ. Электронный адрес: v_shevsky@mail.ru
Адрес: Национальный исследовательский университет «Высшая школа экономики», 101000, Москва, Мясницкая ул., 20.

** Шейман Игорь Михайлович – кандидат экономических наук, профессор кафедры управления и экономики здравоохранения НИУ ВШЭ. E-mail: isheiman@hse.ru; igor.sheim@g23.relcom.ru
Адрес: Национальный исследовательский университет «Высшая школа экономики», 101000, Москва, Мясницкая ул., 20.

В последние 15–20 лет в мировом здравоохранении заметно обострилась проблема фрагментации оказания медицинской помощи. Суть проблемы заключается в недостаточном взаимодействии отдельных медицинских служб, слабой нацеленности на достижение конечного клинического и экономического результата. Потери в системе возникают «на стыках» между отдельными секторами и видами медицинской помощи: больные часто приходят в стационар недостаточно обследованными, что влечет увеличение сроков госпитализации; после хирургической операции не всегда планируются действия по долечиванию пациента; хронически больные надолго остаются вне поля зрения медиков, что приводит к обострению заболеваний, а следовательно, создает цепочку дополнительных затрат.

Для развитых западных стран фрагментация деятельности медицинских служб стала серьезным вызовом системе управления здравоохранением. Преодоление фрагментации, формирование интегрированной системы здравоохранения стало самостоятельным направлением государственной политики. Значительный объем научных исследований посвящен поиску направлений и механизмов интеграции с учетом специфики национального здравоохранения.

В российском здравоохранении также наметились процессы фрагментации медицинской помощи. Однако проблема интеграции пока четко не формулируется. Первое упоминание этой проблемы содержится в «Стратегии-2020». Была поставлена задача формирования интегрированной системы здравоохранения, основанной на тесном взаимодействии отдельных медицинских служб, обеспечении непрерывности наблюдения за пациентами и преемственности лечения на разных этапах медико-технологического цикла [5]. Проблеме интеграции здравоохранения посвящено специальное исследование НИУ ВШЭ, выполненное в 2011–2012 гг. [6].

В данной статье представлены некоторые результаты этого исследования. Сначала рассматривается концептуальная основа интеграционных процессов здравоохранения и предлагается модель интеграции, описывающая ее главные характеристики и инструменты. Далее приводятся результаты эмпирического исследования фрагментации/интеграции в российском здравоохранении. Основываясь на результатах изучения зарубежного и отечественного опыта, предлагаются конкретные направления и механизмы ускорения интеграционных процессов.

Концептуальная модель интеграции медицинской помощи

Понятие интеграции уходит корнями в теорию систем, исследующую процессы объединения организационно-производственных структур и связанные с этим изменения в системах управления. В наиболее общем виде интеграция определяется как «качество сотрудничества между подразделениями, которым необходимо объединить усилия в соответствии с требованиями внешней среды» [19].

Первый серьезный подход к концептуализации интеграции здравоохранения содержится в работах Н.А. Семашко – первого наркома советского

здравоохранения. В модели Семашко (именно так в западной литературе характеризуется российская система здравоохранения) выделяются следующие важнейшие элементы модели интегрированной медицинской помощи [4]:

- участковый принцип оказания медицинской помощи, ответственность участкового врача за состояние здоровья постоянно наблюдаемого населения;
- принцип совместной работы врачей различных специальностей в рамках поликлиники;
- многоуровневая система оказания медицинской помощи и определение «маршрутов» движения пациентов по уровням оказания медицинской помощи;
- формирование информационного взаимодействия между медицинскими службами.

Главным интегратором в модели Семашко является участковый врач, который не только лечит сам, но и организует и координирует медицинскую помощь на других этапах ее оказания. Он осуществляет постоянное наблюдение за населением своего участка, обеспечивает преемственность лечения на разных его этапах. Многоуровневая организация медицинской помощи и координирующая функция участкового врача – эти центральные идеи теоретической модели Семашко легли в основу системы здравоохранения, которая вплоть до 70-х гг. прошлого века функционировала как интегрированная и продемонстрировала достаточно высокую эффективность в борьбе с относительно несложными заболеваниями при крайне низком финансировании здравоохранения.

В современной западной литературе выделяются сходные и дополнительные характеристики интеграции здравоохранения применительно к разным его системам. Для особенно фрагментированной системы здравоохранения США известный американский экономист А. Энтховен выделяет следующие атрибуты интегрированных систем:

- а) командная работа, ориентированная на связи с другими звеньями оказания медицинской помощи, и достижение конечного результата ведения больного;
- б) координация и обмен информацией между врачами разных специальностей;
- в) измерение деятельности отдельных служб и отчетность за результаты;
- г) ведение учета движения пациента по поставщикам услуг, а также состояния больного и объема полученных им услуг [15].

Бервик с соавторами считают наиболее важными характеристиками интеграции:

- а) ответственность группы поставщиков медицинских услуг за определенное население (т.е. повторяется главная идея Семашко);
- б) работу на основе фиксированного бюджета для постоянно наблюдаемого населения, что создает сильные стимулы к поиску внутрисистемных источников экономии;
- в) введение в систему «интегратора» – медицинской организации, берущей на себя ответственность за оказание медицинской помощи для определенной группы населения;

- г) обучение хронически больных, постоянная коммуникация с ними;
- д) переход от индивидуальной врачебной практики к коллективным формам оказания первичной помощи – с привлечением узких специалистов и тесной кооперацией с больничными службами [9].

Дж. Халворсон делает акцент на более активный обмен информацией между поставщиками услуг [13]. Д. Кортесе и Р. Смолдт добавляют к этому более тесные связи между амбулаторным врачом и больницей и интегрированные методы оплаты медицинской помощи, основанные на возмещении не отдельной услуги, а комплекса взаимосвязанных услуг [12].

Во многих работах подчеркивается особая роль врача общей практики как «привратника» системы (gatekeeper), направляющего пациентов к узким специалистам и на госпитализацию (в противовес модели прямого обращения к специалисту). Такой врач действует как агент пациента, организуя медико-технологические связи в многоуровневой системе здравоохранения. Накоплены эмпирические свидетельства того, что в странах с сильным врачом общей практики, выполняющим функции «привратника» в системе здравоохранения, больше внимания уделяется вопросам совместной работы и преемственности лечения [обзор исследований см. 11]. Кроме того, выявлена закономерность: в странах ОЭСР, где врач общей практики направляет пациентов к специалистам и выполняет координирующую функцию, и объемы дорогостоящей стационарной помощи, и общие затраты на медицинскую помощь ниже [3].

Таким образом, выделяемые в разных работах характеристики интеграции иногда совпадают (практически все исследователи отмечают центральную роль участкового врача и врача общей практики), но чаще различаются, отражая широкий спектр особенностей национальных систем здравоохранения.

Основываясь на идеях Семашко и некоторых западных работах, мы предлагаем аналитическую модель интеграции здравоохранения, призванную дать основу для эмпирических оценок уровня фрагментации/интеграции системы здравоохранения. Эта модель представлена на рис. 1. Она включает три главных характеристики интеграции, каковыми являются: 1) совместная работа различных служб, 2) координация действий, 3) преемственность оказания медицинской помощи. Эти характеристики наиболее полно отражают процесс интеграции: формируются междисциплинарные группы поставщиков медицинских услуг, работающие на основе общих клинических рекомендаций; они взаимодействуют между собой для достижения более высокого клинического результата; каждый этап ведения пациента увязывается с предыдущим и последующим этапами.

Уровень совместной работы, координации и преемственности лечения определяется тремя группами инструментов.

Обмен информацией обеспечивает устойчивые связи между различными поставщиками медицинских услуг, интегрирует разные этапы оказания медицинской помощи, позволяет избежать дублирования диагностических исследований, создает условия для взаимодействия между врачами и пациентами.

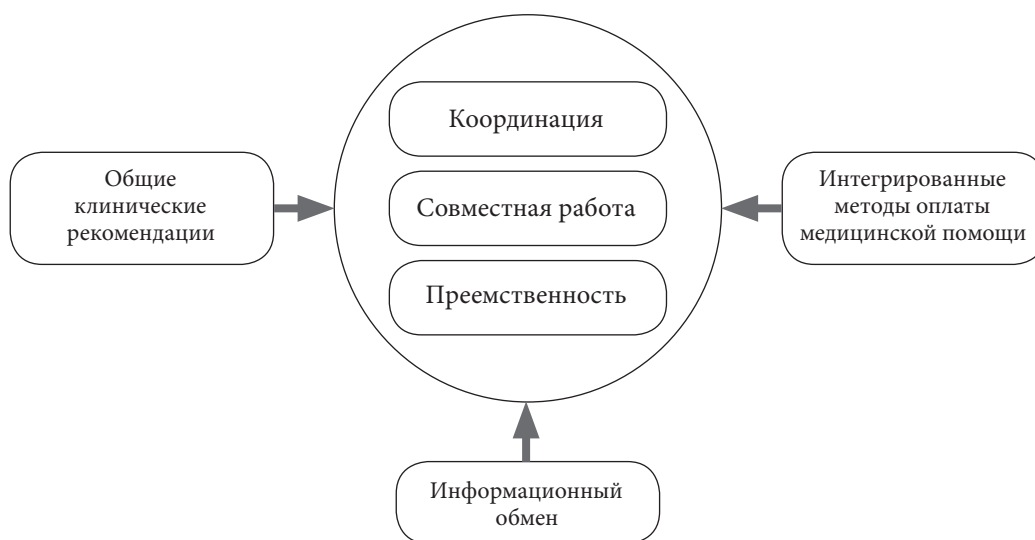
Интегрированные методы оплаты медицинской помощи позволяют создать экономические стимулы для совместной работы амбулаторной и стационарной служб, обеспечивают преемственность лечения.

Общие клинические рекомендации определяют правила клинической работы для объединенных групп поставщиков услуг и определяют «маршруты» пациентов в многоуровневой системе оказания медицинской помощи.

Каждой характеристике и инструменту интеграции соответствует набор показателей. В совокупности они могут быть основой для оценки уровня фрагментации/интеграции здравоохранения.

Рисунок 1

Концептуальная модель интегрированной системы



Эмпирическая оценка фрагментации/интеграции здравоохранения

НИУ ВШЭ совместно с ВЦИОМ в августе 2012 г. провел социологический опрос, имеющий целью изучить мнение врачей о сложившемся уровне интеграции деятельности медицинских служб. За основу взята приведенная выше концептуальная модель интеграции. Характеристики и показатели интеграции тестировались на базе специально разработанной анкеты, содержащей 60 вопросов.

Общий объем выборки составил 1500 респондентов в 100 медицинских учреждениях трех регионов страны (Вологодская, Калужская и Томская области), в том числе работающих в амбулаторно-поликлинических учреждениях – 750 (50%), в стационарах – 645 (43%), на станциях и в отделениях скорой медицинской помощи – 105 (7%). В опросе приняли участие 1399 врачей (93,3% выборки) и 101 руководитель структурных подразделений и учреждений (6,7% выборки).

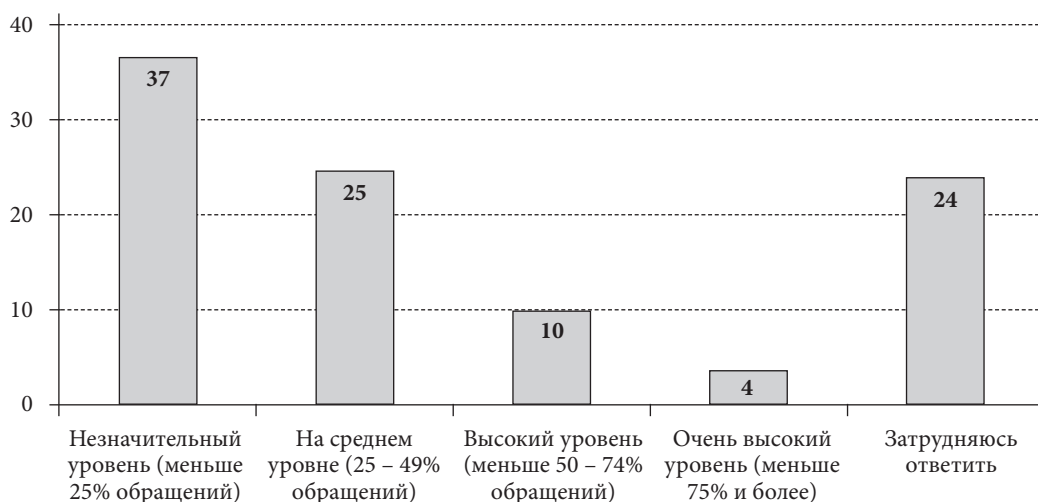
Ниже приводятся результаты обследования по нескольким показателям интеграции. Детальное изложение результатов опроса представлено в отчете группы исследователей [6] и двух статьях в журнале «Здравоохранение» [8].

Показатели координирующей функции участковой службы

Для оценки этой функций выбран показатель частоты прямых обращений пациентов к узким специалистам, минуя участкового врача. Соответствующий вопрос был задан врачам поликлиник. С точки зрения трети (37%) респондентов поликлиник, доля прямых обращений пациентов к амбулаторным специалистам в общем числе визитов к специалистам находится на невысоком уровне (меньше 25% прямых обращений). Однако не меньшее число врачей (29%) считают, что число прямых обращений к узким специалистам превышает 25% (рис. 2). Обращает на себя внимание большой удельный вес врачей, затруднившихся с ответом. Этот результат дает основание считать, что значительная часть амбулаторной специализированной помощи не контролируется участковым врачом. Примерно треть пациентов поликлиник склонны напрямую обращаться к узким специалистам, а действующая система регулирования направлений недостаточно эффективна. Соответственно, ограничены возможности реализации участковым врачом функции координатора оказания медицинской помощи на других этапах ее оказания.

Рисунок 2

**«Какова Ваша оценка удельного веса прямых обращений пациентов в специализированные службы, минуя врача участковой службы, в общем числе визитов к специалистам?»,
% всех опрошенных врачей поликлиник**

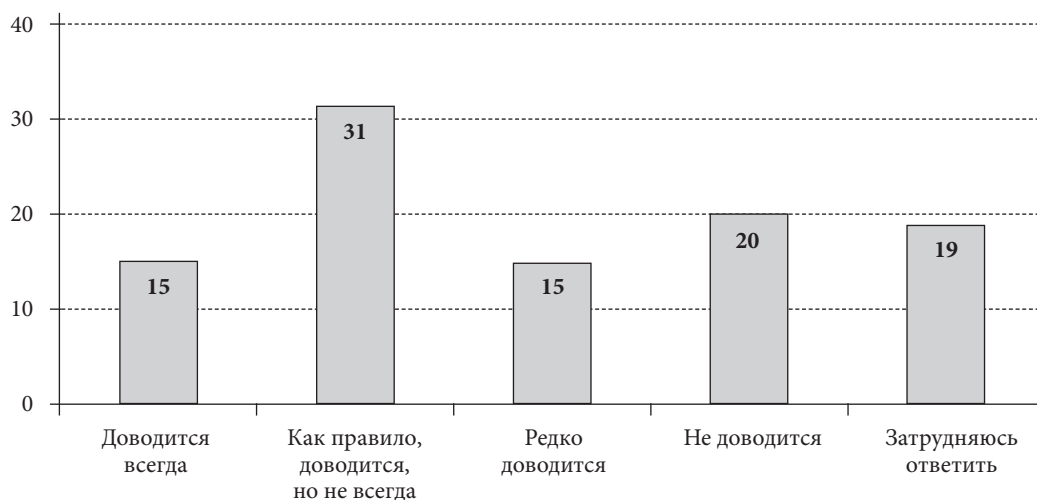


Другой показатель координации – уровень информированности врачей поликлиник о госпитализациях их постоянных пациентов. По данным опроса, поликлиника получает информацию обо всех случаях госпитализации только в отношении 21% больных. Еще реже эта информация доходит до участковых врачей, в служебные обязанности которых входит сбор информации о состоянии наблюдаемых ими пациентов. Она всегда доводится до них только в отношении 15% больных (рис. 3). Как минимум в половине случаев информация о факте госпитализации пациентов и проведенном

в стационаре лечении до врачей участковой службы не доходит. Соответственно, ограничены их возможности осуществлять эффективное долечивание пациента в амбулаторных условиях.

Рисунок 3

**«Доводится ли информация о госпитализациях до участковых врачей конкретно по каждому наблюдаемому больному?»,
% опрошенных врачей поликлиник**



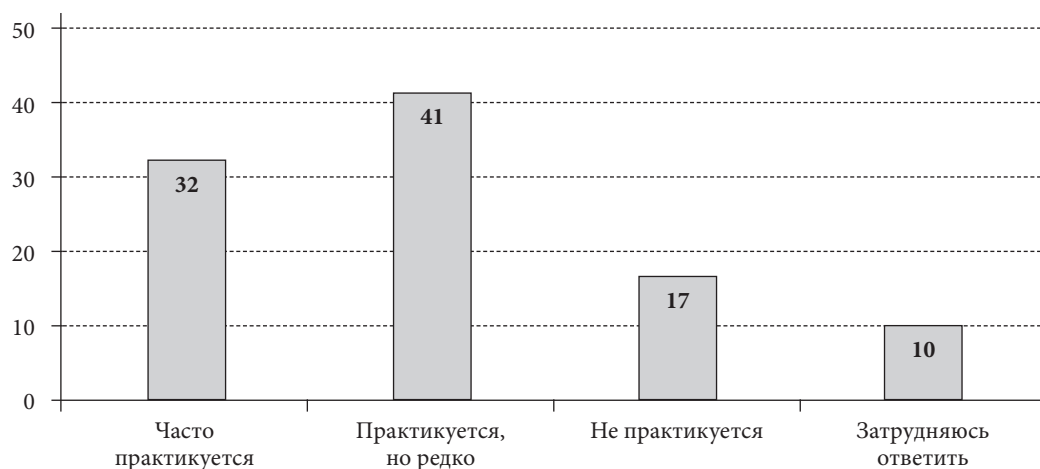
Аналогичная ситуация складывается в отношении взаимодействия поликлиник с организациями (отделениями) скорой медицинской помощи. Только 25% опрошенных врачей поликлиник считают, что информация о вызовах скорой медицинской помощи всегда доводится до участковых врачей, и 26% полагают, что эта информация доводится, как правило, в большей части случаев. Примерно половина врачей поликлиник редко получает информацию о вызовах скорой медицинской помощи, а следовательно, не проводит никаких действий по определению причин этих вызовов и предотвращению (в случае необходимости) обострений заболеваний. Хронический больной надолго выпадает из поля зрения медиков, что предопределяет повторение экстренных ситуаций. Счастливым исключением – показатели работы с детьми. По действующим нормативным актам участковый врач обязан знать о вызове скорой помощи и должен на следующий день осмотреть ребенка на дому.

Показатели совместной работы

Использовался показатель частоты совместной разработки планов ведения пациента участковыми врачами и узкими специалистами поликлиник. 58% врачей поликлиник признались в том, что эта форма совместной работы либо отсутствует вообще, либо выполняется редко. Лишь 32% считают, что это достаточно распространенная практика (рис. 4). Более детальный анализ этих данных дает основание считать, что совместное планирование проводится только для трети пациентов.

Рисунок 4

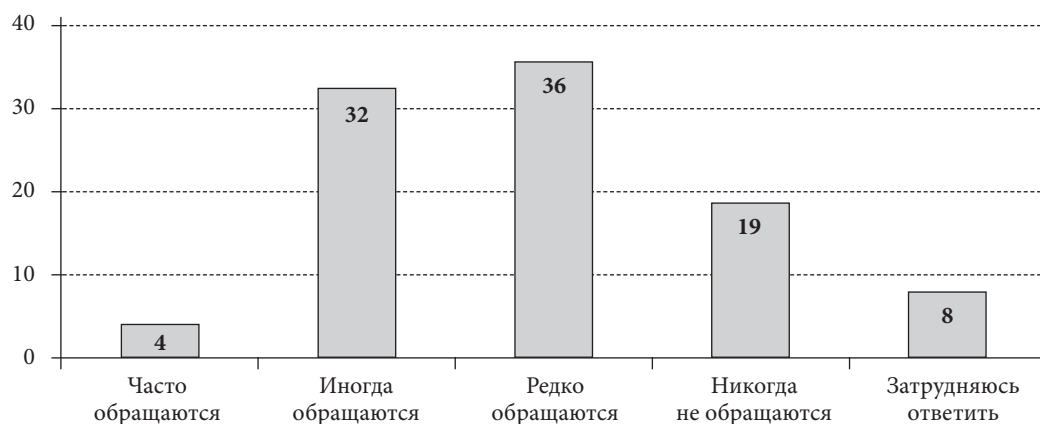
«Практикуется ли в Вашей поликлинике совместная разработка планов ведения пациента врачами участковой службы и узкими специалистами?», % опрошенных врачей поликлиник



Низкий уровень взаимодействия врачей поликлиник и стационаров в ходе лечения больных проявляется также в том, что из поликлиник редко поступают обращения и вопросы, касающиеся состояния и проводимого в стационаре лечения их пациентов. Регулярно интерес проявляют только 4% врачей поликлиник. По оценкам врачей стационаров, 55% поликлиник практически не обращаются к ним, не интересуются состоянием своих больных, и только одна треть в единичных случаях практикует подобные обращения (рис. 5).

Рисунок 5

«Как часто врачи поликлиник обращаются к Вам с вопросами о наблюдаемых ими пациентах после их госпитализации?», % опрошенных врачей стационаров



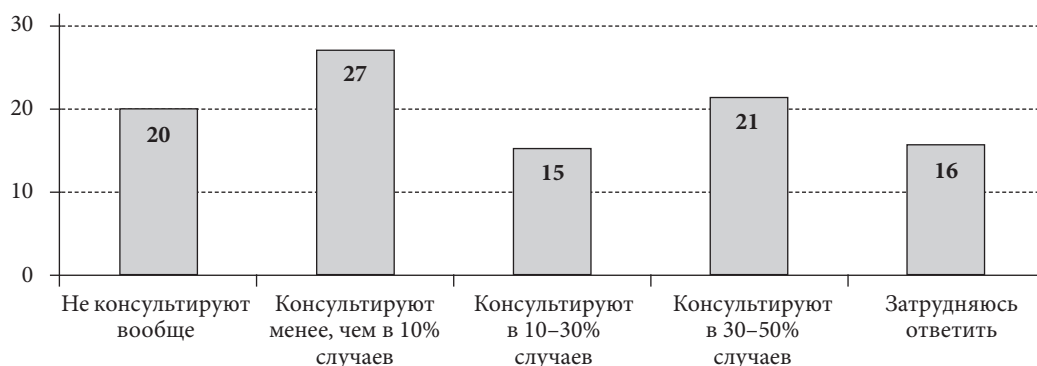
Показатели преемственности лечения

В качестве показателя преемственности использовался показатель частоты консультирования врачами стационара врачей поликлиник отно-

сительно тактики долечивания пациента после госпитализации. Данные опроса показывают, что каждый пятый врач поликлиники вообще не имеет таких консультаций и каждый четвертый – в отношении менее 10% случаев. Только 21% врачей имеют относительно активные контакты с врачами стационара (в отношении 30–50% случаев) (рис. 6). Более детальные оценки, полученные на основе опроса, показывают, что объектом консультаций является лишь 15% пациентов, прошедших курс стационарного лечения.

Рисунок 6

«Как часто, по Вашей оценке, врачи стационара консультируют врачей поликлиник в отношении тактики ведения пациента после стационарного лечения?», в % опрошенных врачей поликлиник



Таким образом, действующая система организации медицинской помощи характеризуется недостаточной координацией ее отдельных звеньев, низким уровнем командной работы, слабой преемственностью лечебного процесса. Традиционная модель Семашко, основанная на высоком уровне взаимодействия между отдельными медицинскими службами, оказалась сильно деформированной, а новые формы такого взаимодействия пока не появились.

Причины фрагментации и меры по усилению интеграционных процессов

Причины фрагментации уходят своими корнями в 60–70-е гг. прошлого столетия. Именно в этот период начался процесс специализации медицинской помощи. Он диктовался потребностью в освоении новых медицинских технологий, но, к сожалению, в развитии специализации не была соблюдена разумная мера, и этот процесс постепенно стал выходить из-под контроля. Число врачебных специальностей за относительно короткий период выросло в несколько раз. При этом узкие специалисты зачастую видели в пациенте только заболевание того или иного органа, все чаще забывая, что этот орган является лишь частью сложной системы человеческого организма. Пациента буквально «расчленили» на отдельные органы и заболевания.

Для нейтрализации негативной стороны объективно положительного процесса специализации единственным решением могло бы стать адекват-

ное укрепление координирующей и интегрирующей функции участкового врача. К сожалению, развитие системы оказания медицинской помощи пошло прямо в противоположную сторону – все более разрастающиеся специализированные (в первую очередь стационарные) службы стали поглощать растущую часть и без того скудных ресурсов здравоохранения. Все большее урезание «пайка» первичного звена медицинской помощи привело к тому, что ресурсов перестало хватать не только на развитие его координирующей функции, но и на поддержание на должном профессиональном уровне участковых врачей в части выполнения ими функции специалистов-терапевтов и педиатров. В деятельности отдельных служб отсутствует общая заинтересованность в рациональном использовании ресурсов и достижении более высоких показателей здоровья населения.

Между тем потребность в объединении усилий разных медицинских служб усиливается повышением доли пожилых людей, растущим распространением хронических и сопутствующих (множественных) заболеваний. Лечение этих групп больных не может ограничиваться эпизодическими контактами с пациентами, возникающими по их инициативе. За ними требуется постоянное наблюдение с использованием компетенций различных специалистов. Повышается значение координации действий различных медицинских служб, преимущество лечения на разных его этапах. Только на такой основе можно обеспечить предотвращение обострений заболеваний и снизить нагрузку на дорогостоящие ресурсы стационаров.

Как преодолеть наметившуюся фрагментацию здравоохранения? Отвечая на этот вопрос, мы выделяем меры по улучшению организации медицинской помощи, экономической мотивации и государственному регулированию интеграции.

Организационные меры

Стратегия реструктуризации здравоохранения не должна ограничиваться мерами по совершенствованию деятельности отдельных медицинских служб. Необходимы меры системного характера, направленные на усиление интеграции отдельных этапов оказания медицинской помощи.

Повышение роли участковых врачей и врачей общей практики в организации и координации медицинской помощи на всех этапах ее оказания. Необходимо обеспечить принцип одного ответственного за состояние здоровья постоянно наблюдаемого населения – не поликлиника в целом, а конкретный врач наблюдает за пациентом и в случае необходимости направляет его к другим специалистам или на госпитализацию.

Массовое переобучение участковых врачей следует ориентировать не только на освоение ими части функций узких специалистов, но и на выполнение организационно-координирующей работы. Эти врачи должны стать главными интеграторами медицинской помощи, концентрируя всю информацию об услугах, полученных «своими» пациентами, и являясь их представителями при оказании медицинской помощи на других этапах. Они должны стать своеобразными «лоцманами» пациентов в безбрежном море медицинских технологий и услуг.

Особенно важно наладить постоянное наблюдение за хроническими больными, нацеленное на предотвращение обострения заболеваний и снижение потребности в стационарной и скорой медицинской помощи. Для этого нужны междисциплинарные программы управления отдельными хроническими заболеваниями под руководством врача участковой службы. Такие программы в последние десятилетия получили широкое распространение за рубежом. Они основаны на объединении усилий различных специалистов, четко продуманном алгоритме ведения пациента на всех этапах оказания медицинской помощи, тесных информационных коммуникациях между врачом и пациентом. Существует много эмпирических свидетельств улучшения показателей состояния хронических больных, снижения потребности в стационарной и скорой медицинской помощи. Что же касается экономического эффекта этих программ, то он пока неочевиден, в первую очередь в силу того, что реализация таких программ предполагает значительные стартовые вложения (дополнительное лекарственное обеспечение «хроников», переобучение персонала, формирование массовой категории патронажных медсестер и пр.), результаты которых начинают ощущаться лишь со временем [19].

Повышение роли участковой службы в интеграционных процессах требует изменения в условиях их деятельности. По данными вышеупомянутого исследования НИУ ВШЭ, 32% опрошенных врачей считают, что расширению функций участковых врачей препятствует их чрезмерная нагрузка на приеме пациентов, 26% отмечают, что интегрирующая роль участкового врача сдерживается действующей системой организации медицинской помощи: часто пациенты попадают к врачу-специалисту без направления участкового врача, что ограничивает его возможности вести постоянное наблюдение за своими пациентами [6]. Поэтому требуется освобождение участковых врачей от рутинной деятельности за счет повышения роли медсестры, разукрупнение участков, повышение оснащенности современными информационными технологиями, восстановление системы направлений. Важно обеспечить ускоренный рост числа врачей общей практики по сравнению с узкими специалистами. В западных странах на них приходится от 30 до 46% от общего числа врачей, в России – лишь 16% (в сумме участковых терапевтов, педиатров и врачей общей практики) [2; 20].

Общая информация о ведении больных. На этой основе можно объединить отдельные эпизоды лечения и обеспечить более высокие клинические результаты. Особенно велико значение электронных медицинских карт (ЭМК). Они дают возможность обмениваться информацией об оказанных услугах и состоянии пациента. Общие для отдельных служб здравоохранения карты являются своеобразным «обручем» их взаимодействия и объединения усилий на достижение конечного результата. Появляется возможность более активных контактов врачей различных специальностей для объединения отдельных эпизодов лечения (общие планы ведения больных, врачебные назначения не только для эпизода госпитализации, но и для последующего ведения пациента, мониторинг его состояния и пр.), причем вне зависимости от месторасположения врачей и пациентов. На основе ЭМК можно сократить дублирование диагностических исследований, поскольку их результаты известны всем участникам интегрированной системы. Врачи

амбулаторного звена могут проконсультироваться с врачами стационаров, обладающими большим опытом ведения определенных больных. Таким образом возникает возможность увязки клинических мероприятий, проводимых врачами разных медицинских организаций.

Процесс информатизации здравоохранения должен быть нацелен на преодоление фрагментации. Для этого требуется не только общая информация, но и общие правила ее использования – четко регламентируемые действия врачей в отношении больных с особо высокими рисками. Вся информация о больном должна концентрироваться у участкового врача. Он обязан знать о госпитализации своих пациентов, их вызовах скорой медицинской помощи, результатах обращений к любому поставщику услуг, в том числе частному. Эта информация должна быть сигналом для инициирования контакта со сложным пациентом, даже без его прямого обращения к врачу.

Участие крупных поликлиник в планировании объемов стационарной помощи и контроле за ее оказанием. Алгоритм планирования заданий стационаром должен включать этап оценки поликлиниками потребности в объемах стационарной помощи для постоянно наблюдаемого населения, а также участие в размещении этих заданий с акцентом на стационары с устойчиво более высокими показателями результатов лечения. Для этого требуется большой объем информации, который должен доводиться до поликлиник органами управления здравоохранением и территориальными фондами ОМС. Одновременно поликлиники получают право на наблюдение за ходом стационарного лечения, не вмешиваясь в его лечебную составляющую, но контролируя организацию процесса лечения, например: своевременность и обоснованность проведения дополнительных диагностических исследований, сроки госпитализации, полноту оформления выписки с конкретизацией послебольничной помощи и пр. Выборочные экспертизы силами поликлиник способны стать значительно более полезными по сравнению с экспертизой, осуществляемой страховыми медицинскими организациями, поскольку для поликлиник важно не наказать стационар, а получить хорошо пролеченного пациента.

Как показывает зарубежный и отечественный опыт реализации данного механизма интеграции, его осуществление невозможно исключительно административными мерами. Для этого нужна сильная экономическая мотивация.

Экономические стимулы к интеграции

В западной экономической литературе в последние годы идет активный поиск методов оплаты медицинской помощи, способных обеспечить мотивацию поставщиков медицинских услуг к достижению более высокого конечного результата лечения. Многочисленные исследования [13; 15; 18] показали, что традиционный гонорарный метод оплаты детальной услуги (за консультации, отдельные процедуры, койко-день в больнице и пр.) является катализатором дробления процесса лечения на отдельные слабо связанные между собой эпизоды. Поставщики медицинских услуг заинтересованы в наращивании объема услуг, главным образом дорогостоящих, но слабо

взаимодействуют между собой. Особенно сильно деформированы стимулы при лечении хронических заболеваний, на которые сейчас приходится до 80% расходов на здравоохранение [13]. Каждая медицинская организация может качественно выполнять свои функции, оказывая помощь пациенту на своем участке, но без общей нацеленности на конечный результат – снижение частоты обострения хронических заболеваний, повышение качества жизни пациентов, сдерживание потребления дорогостоящих ресурсов.

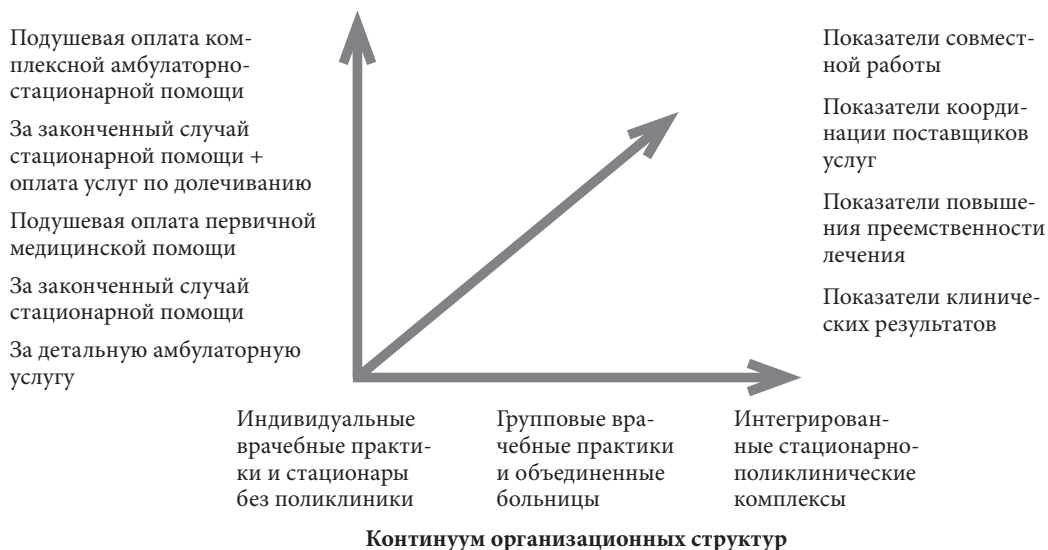
Например, при лечении астмы врачи амбулаторной службы и стационара могут каждый в отдельности оказывать всю необходимую больному помощь при обострении заболевания (получая оплату за каждую оказанную услугу). Но если больной регулярно оказывается в состоянии, требующем вызова скорой медицинской помощи и госпитализации, то такого лечения уже недостаточно: приступы повторяются, растут расходы на их купирование с использованием ресурсов стационара. Альтернатива такому подходу – постоянное наблюдение за «хроником», принятие мер по предотвращению обострения заболевания. Мотивация к таким действиям возникает только при использовании более агрегированной единицы оплаты, в данном случае – за комплексное лечение хронического больного на всех этапах оказания ему медицинской помощи (амбулаторной и стационарной). Такому подходу соответствует метод оплаты за комплексную амбулаторно-поликлиническую услугу. Он ориентирует поставщиков услуг к предотвращению обострений, поскольку возникающая экономия остается в поликлинике. В свою очередь, это требует более тесного их взаимодействия со стационаром: амбулаторные врачи выявляют астматиков, чаще приглашают их на прием, учат их простым действиям по предупреждению обострений, а врачи стационара консультируют врачей поликлиник в отношении ведения наиболее сложных случаев после их госпитализации.

Существует зависимость между единицей оплаты медицинской помощи и организационными структурами оказания медицинской помощи. На рисунке 7 представлен континуум методов оплаты, начиная с простого гонорарного метода (за отдельную услугу) и заканчивая наиболее интегрированным методом оплаты за комплексное амбулаторно-стационарное лечение. Представлен также континуум организационных структур – от индивидуальной практики до интегрированных больнично-поликлинических организаций. Общая закономерность: чем более агрегирована единица оплаты медицинской помощи, тем выше требования к уровню интеграции отдельных звеньев оказания медицинской помощи. Более агрегированным методам оплаты соответствуют более крупные организационные структуры, охватывающие разные этапы оказания медицинской помощи. Объединенные интегрированные системы оказания медицинской помощи получают реальный стимул для своего развития при использовании метода подушевого финансирования за комплексную медицинскую помощь без разделения ее на отдельные этапы. Гонорарный метод оплаты за каждую услугу не стимулирует создание таких комплексов и их эффективное функционирование. Этот метод дает реальные стимулы для развития простых организационных структур – индивидуальных врачебных практик. При переходе на групповую практику поликлинического типа требуется укрупнение единицы оплаты, например использование

метода оплаты законченного случая амбулаторного лечения (он складывается из усилий врачей разных специальностей) или предварительной оплаты по числу наблюдаемых пациентов.

Рисунок 7

Связь между используемыми методами оплаты и организационными структурами



Источник: адаптировано на основе [14].

Примеры формируемых стимулов к интеграции существенно различаются по странам. В США идет отработка метода оплаты комплексной амбулаторно-стационарной помощи на основе интегрированного тарифа. Этот тариф включает затраты на консультации специалистов и диагностические исследования, предшествующие госпитализации, собственно стационарную помощь, услуги по долечиванию и реабилитации пациентов. В части стационарной помощи такой тариф строится по укрупненным группам заболеваний с примерно одинаковой стоимостью лечения. Дополнительно калькулируются затраты на услуги до и после госпитализации – в пределах установленного понимания «эпизода лечения», например в пределах 30 дней после выписки больного из стационара [18].

На основе данного метода решаются две задачи. Первая – стимулировать перенос части стационарной помощи в отделения консультативно-диагностического приема. Имея «сквозной» тариф, больница заинтересована в том, чтобы лучше готовить больного к госпитализации – пройти все необходимые консультации и диагностические исследования, поставить диагноз и спланировать мероприятия по стационарному лечению. «Зарабатывающими» подразделениями в этом случае становятся не только стационарные отделения больниц, но и амбулаторные службы. От их деятельности по подготовке больного к госпитализации зависит размер экономии на стационарной помощи, а следовательно и чистый доход больницы. Другой источник экономии возникает за счет преодоления дублирования диагностических исследо-

ваний на амбулаторном и стационарном этапе лечения. Тариф рассчитывается на основе клинического протокола по определенному заболеванию, который устанавливает требования к необходимым диагностическим тестам. При этом он, как правило, не предусматривает их повторения в условиях стационара.

Вторая задача – обеспечить заинтересованность больниц в повышении качества стационарной помощи (недопущение осложнений и повторных госпитализаций) и организации долечивания выписанных больных. Они являются держателями средств на организацию такого долечивания и могут приобретать ее на договорной основе. В ситуации, когда пациента приходится держать по социальным показаниям, это может создать реальные возможности для снижения нагрузки на коечный фонд для интенсивного лечения. Иными словами, инициатором организации процесса долечивания станут сами стационары.

Реализация этого метода пока осуществляется на уровне отдельных проектов. В наиболее успешных проектах (модель «Гейзинжер», модель «Прометеус») накоплены эмпирические доказательства их позитивного эффекта. Снижаются средняя длительность госпитализации, частота повторных госпитализаций, частота осложнений после кардиохирургических операций. Сокращаются расходы, относимые к «потенциально предотвратимым» – дублирование диагностических исследований, необоснованные госпитализации хронических больных и пр. [10; 18].

В Европе интегрированные методы оплаты используются преимущественно в рамках программ управления хроническими заболеваниями. Группа поставщиков услуг, которая ведет такую программу, получает от государства средства на общее число наблюдаемых пациентов (например, больных астмой или диабетом). Объем этих средств не зависит от числа и стоимости детальных услуг. Врачи мотивированы к предотвращению обострений заболеваний, поскольку вся возникающая экономия делится между участниками программы. Например, в Нидерландах, где на государственном уровне приняты программы управления диабетом, возможность получения экономии в сочетании с мерами организационного характера привели к улучшению клинических показателей, хотя влияние на стоимость медицинской помощи остается недоказанным [24].

Привлекательность этих экспериментов велика. В то же время следует учитывать, что в реальной практике единица оплаты медицинской помощи может быть чрезмерно агрегированной – близкой сметному финансированию. Такой метод оплаты для эффективной реализации должен дополняться хорошо налаженным учетом деятельности каждого подразделения. В противном случае принцип «общего котла» может снизить общую мотивацию к увеличению объемов деятельности и эффективному сотрудничеству отдельных поставщиков медицинских услуг.

В России отношение к этому методу пока настороженное: в памяти организаторов здравоохранения остались воспоминания о демотивирующем воздействии сметного финансирования. В то же время и в российской практике наметилась тенденция к укрупнению единицы оплаты медицинской помощи, в частности, начался переход к оплате стационарной помощи на основе тари-

фов, построенных по укрупненным группам однородных заболеваний, а в оплате амбулаторной помощи растет интерес к подушевому методу оплаты.

Особенно интересен российский опыт стимулирования интеграции на основе метода «поликлиника–фондодержатель» (метода фондодержания). Поликлиника получает средства на весь объем медицинской помощи, оказываемой наблюдаемому населению на основе подушевого норматива, а затем расплачивается из этих средств за внешние консультации, диагностические исследования, госпитализации (а в Калининградской и Самарской областях и за вызовы скорой медицинской помощи). Она заинтересована в расширении объема собственных услуг с тем, чтобы меньше тратить на приобретение внешних услуг. Это заставляет ее строить более тесные отношения со стационаром – планировать объемы стационарной помощи, контролировать обоснованность и качество стационарной помощи, искать более эффективные формы для долечивания «своих» больных после госпитализации и пр. Постоянное наблюдение за пациентом способствует снижению частоты обострений хронических заболеваний, а также повторных госпитализаций и потребности населения в услугах скорой медицинской помощи. Первичное звено становится заинтересованным в снижении общими усилиями частоты числа запущенных заболеваний.

Система фондодержания построена на определенных противоречиях между первичным звеном и стационаром, а также разрешении этих противоречий в интересах пациента. Интеграция стимулируется первичным звеном, мотивированным выбором наиболее эффективных стационаров и выстраиванием с ними отношений позитивного сотрудничества, с одной стороны, и заинтересованной требовательностью – с другой. Однако должная реализация подобного рода отношений возможна лишь в условиях замены терапевтической модели участковой службы на общеврачебную модель со значительно более высокой компетенцией врача участковой службы.

Влияние фондодержания на усиление интеграционных процессов в системе оказания медицинской помощи демонстрирует опыт Самарской области¹, где был использован вариант полного фондодержания, в максимальной степени стимулирующего координирующие функции участковой службы, в сочетании с активным переходом от терапевтической модели участковой службы к общеврачебной. Мотивация врачей участковой службы, повышение уровня компетенции активизировали их участие в планировании объемов и структуры медицинской помощи на различных этапах ее оказания. Система договорных отношений между поликлиниками, стационарами, учреждениями скорой помощи и диагностическими службами побудила их к повседневному сотрудничеству и обмену информацией о пациентах, способствующему снижению дублирования диагностических и лечебных вмешательств, дала толчок развитию информационных технологий. Врачи наиболее продвинутых поликлиник начали активно интересоваться ходом госпитального лече-

¹ Подробнее об этом см.: Шевский В.И. Опыт реформирования здравоохранения в Самарской области. Доклад Всемирному банку «Оценка опыта реформирования здравоохранения в регионах Российской Федерации», раздел 4.1. Независимый институт социальных исследований. М., 2008 г.

ния своих пациентов (вплоть до выхода, при необходимости, непосредственно в стационар) и при направлении своих пациентов в стационар учитывать оценку результатов лечения в том или ином больничном учреждении. В конечном счете это привело к снижению частоты обострения хронических заболеваний, о чем свидетельствует снижение потребности населения в услугах скорой медицинской помощи на 31% за 10 лет.

Определенным риском использования этого метода является вероятность сдерживания обоснованных госпитализаций и низкая заинтересованность стационаров в реализации интеграционных процессов. Однако в процессе внедрения фондодержания были выработаны механизмы, достаточно успешно нейтрализующие этот риск.

Исследование первых результатов реализации фондодержания в нескольких регионах в условиях действующей модели участковой службы показало, что, несмотря на определенные успехи, интеграция отдельных этапов оказания медицинской помощи идет медленно. Поликлиники не всегда должным образом контролируют движение пациентов. Взаимодействие стационара и поликлиники пока остается на недостаточном уровне. Потенциальные возможности этого метода сдерживаются просчетами в организации медицинской помощи, особенно сохраняющейся слабостью первичного звена здравоохранения, чрезвычайно медленным развитием института врача общей практики.

Для достижения интегрирующего эффекта метод фондодержания должен сопровождаться серьезными сдвигами в организации медицинской помощи, прежде всего заменой терапевтической модели участковой службы на общеврачебную. Полезные элементы системы Семашко (координирующая функция участкового врача, постоянное наблюдение за пациентами) должны быть восстановлены и развиты.

Примечательно, что растет поддержка врачами метода фондодержания. В 2009 г., по данным обследования НИУ ВШЭ [7], только 19% врачей поддержали этот метод, а 51% отнесли к нему отрицательно. В 2012 г. в ходе упомянутого опроса 49% врачей ответили положительно и лишь 22% отрицательно (29% не смогли ответить) [6]. Эта поддержка свидетельствует о том, что врачи понимают значительный потенциал данного метода, но видят и серьезные организационные проблемы в его реализации.

Управление процессом интеграции

Для усиления интеграции требуются определенные правила действий отдельных поставщиков услуг. Эти правила устанавливаются разными субъектами системы здравоохранения. В США, где доминирует частное предоставление медицинской помощи, в роли интегратора выступают отдельные крупные медицинские организации и страховые компании. Они формируют интегрированные системы, которые действуют на основе общих форм организации медицинской помощи, общих клинических рекомендаций и правил движения пациента в системе, интегрированных методов оплаты. Например, компания «Кайзер Перманенте» в Калифорнии уже в 90-е гг. стала мировым лидером интеграционных процессов [17; 21].

В Европе регулирование интеграции чаще всего берет на себя государство. Например, в *Германии* интеграция иницируется федеральным правительством. Федеральный кодекс социального обеспечения (SGBV) – главный нормативный документ по социальной политике – в 2003 г. установил несколько типов программ, призванных «открыть границы между отдельными секторами здравоохранения», включая программы управления хроническими заболеваниями, программы интегрированной помощи для прочих заболеваний, развития специализированной амбулаторной помощи в больницах, медико-социальной помощи и межсекторального подхода в ведении сложных заболеваний. Этот документ содержит рамочные программы интеграции, устанавливает финансовые условия участия больничных касс (страховщиков) в реализации различных программ интеграции [16]. В *Великобритании* вопросы интеграции стали подниматься только 3–4 года назад и в настоящее время готовится соответствующая правительственная программа [14]. В *Нидерландах* инициативы интеграции и соответствующее регулирование принимаются на местном уровне – это преимущественно программы управления лечением отдельных хронических заболеваний [25]. В *Швеции* закон определяет порядок обеспечения преемственности лечения: муниципальные власти обязаны обеспечить долечивание сложных больных в специальных учреждениях для долечивания, находящихся в ведении социальной службы. Это требование предельно конкретно: долечивание должно быть организовано в пределах 5 дней после окончания госпитализации, в противном случае муниципалитет обязан из своего бюджета возместить стоимость лечения в больнице на стадии долечивания [23].

В России пик государственного регулирования интеграции приходится на 60–70-е гг. прошлого века, когда были приняты инструкции и рекомендации по обеспечению координирующей роли участкового врача и преемственности лечения. Многие из этих документов неизвестны нынешнему поколению врачей. В последние годы большие надежды возлагались на так называемые «Порядки оказания медицинской помощи» по отдельным диагнозам, которые разрабатываются и утверждаются федеральным Минздравом. Но фактически они сфокусированы на требованиях к техническому и кадровому обеспечению лечения определенных заболеваний, только в 3% из них содержатся рекомендации по разработке «маршрутов» движения пациентов в региональных системах оказания медицинской помощи и лишь в 37% – требования обеспечения информационного обмена между поставщиками услуг. Практически утрачено управление координационной функцией первичного звена здравоохранения. В принятом Минздравом России Положении об участковом враче² даже отсутствует упоминание о его координирующей функции. Формы командной работы, включая программы управления хроническими заболеваниями, никак не регулируются.

В принятой в декабре 2012 г. Государственной программе «Развитие здравоохранения в Российской Федерации» [1] есть параграф «Обеспече-

² Положение утвержденное приказом Минздравсоцразвития РФ от 07.12.2005 № 765 «Об организации деятельности врача-терапевта участкового».

ние системности организации охраны здоровья». Но его содержание никак не соответствует названию: для решения этой проблемы предлагается «решение вопросов, связанных с расчетом полной стоимости медицинской услуги, прогнозирования объема и стоимости медицинской помощи, оценки кадровых потребностей». При всей важности этих вопросов для системы здравоохранения, они находятся вне рамок обсуждаемой проблемы.

Для преодоления фрагментации российского здравоохранения, по нашему мнению, требуется нормативный документ Минздрава России «Об обеспечении системности организации охраны здоровья», предусматривающий:

- принятие долгосрочных федеральной и региональных целевых программ массовой переподготовки участковых врачей и ускорения развития института врача общей практики, включающих меры по усилению их организационно-координирующей функции;
- разработку и внедрение примерных программ управления наиболее значимыми хроническими заболеваниями, координируемых врачом первичного звена медицинской помощи;
- включение в порядки оказания медицинской помощи обязательных правил и алгоритмов взаимодействия врачей различных медицинских служб для обеспечения преемственности лечения и непрерывности наблюдения за пациентами с хроническими заболеваниями;
- включение в положения о медицинских организациях, оказывающих специализированную медицинскую помощь, обязанности информировать врача участковой службы о каждом случае госпитализации его пациента, проведенных вмешательствах и рекомендациях;
- включение в квалификационные характеристики врачей участковой службы обязанности в необходимых случаях осуществлять непосредственное наблюдение за ходом лечения своих пациентов в стационарах;
- разработку перечня мер по переходу на интегрированные методы оплаты медицинской помощи в системе обязательного медицинского страхования с акцентом на расширение сферы действия метода фондодержания.

Данный перечень мер не является исчерпывающим. Необходимо широкое экспертное обсуждение проблемы интеграции здравоохранения.

Выводы

Проблема фрагментации действий отдельных медицинских служб породила поиск организационно-экономических и управленческих механизмов усиления интеграционных процессов в здравоохранении. Этот поиск может быть основан на традиционной модели Семашко, дополненной характеристиками интеграции и инструментами их достижения. Представленная модель интеграции выделяет три наиболее важные ее характеристики – командную работу, координацию действий и преемственность оказания медицинской помощи на разных этапах. Выделен набор показателей, который может быть основой для измерения состояния фрагментации/интеграции в системе здравоохранения.

Собранные эмпирические данные свидетельствуют о том, что уровень интеграции российского здравоохранения остается низким. Показатели, характеризующие командную работу, координацию и преемственность, свидетельствуют о том, что традиционная модель Семашко, задуманная как интегрированная модель, уходит в прошлое. Частично это связано с ослаблением информационного обмена из-за усложнения технологических связей между отдельными поставщиками услуг и невозможностью их обеспечить имеющимися информационными технологиями. Но решающую роль играет низкая приоритетность вопросов интеграции в государственной политике здравоохранения.

Чтобы реанимировать и усилить интеграцию, необходимо повысить роль государственного регулирования этого процесса, обеспечить развитие информационных технологий, сфокусированное на усилении интеграции, повысить координирующую роль врача первичной медицинской помощи, расширить использование методов оплаты, ставящих доходы поставщиков в зависимость от их взаимодействия между собой.

ЛИТЕРАТУРА

1. Государственная программа «Развитие здравоохранения в Российской Федерации». Министерство здравоохранения Российской Федерации. 2012. <https://www.rosminzdrav.ru/ministry/programms>
2. Здравоохранение в России. Статистический справочник. М.: Росстат России. 2011.
3. Расширение потребительского выбора в здравоохранении: теория, практика, перспективы / Отв. ред. И.М. Шейман, С.В. Шишкин / Авторский коллектив: Бондаренко Н.В., Красильникова Д.Н., Чирикова А.Е., Шейман И.М., Шишкин С.В. М.: ИД ВШЭ, 2012. – 262 с.
4. Семашко Н.А. Очерки по теории организации советского здравоохранения: принципиальные основы советского здравоохранения. — М.: АМН РСФСР, 1947.
5. Стратегия-2020: Новая модель роста – новая социальная политика. Итоговый доклад о результатах экспертной работы по актуальным проблемам социально-экономической стратегии России на период до 2020 г. М.: НИУ ВШЭ, 2012.
6. Центр фундаментальных исследований. Отчет «Направления и механизмы формирования интегрированной, транспарентной и эффективной системы здравоохранения». М.: НИУ ВШЭ, 2012.
7. Центр фундаментальных исследований. Отчет «Результаты мониторинга экономических процессов в российском здравоохранении». НИУ ВШЭ, 2009.

8. Шевский В.И., Шейман И.М., Ахметзянов А.Р., Зарочинцева И.В. Интеграция усилий медицинских организаций при оказании пациентам медицинской помощи: мнение врачей // *Здравоохранение*. № 6 и 7, 2013.
9. Berwick D., Nolan T. and Whittington J. The Triple Aim: Care, Health and Cost // *Health Affairs*. Vol. 27, № 3, p. 759–769.
10. Blantes F., Rosenthal M., Painter M. Building a Bridge from Fragmentation to Accountability – The Prometheus Payment Model // *New England Journal of Medicine* September 10, 2009: 1033–1036.
11. Calnan M., Hutten J. and Tiljak H. The challenge of coordination: the role of primary care professionals in promoting untegration across the interface. In: *Primary care in the driver's seat?* Ed. by Saltman R., Rico A., Boerma W. WHO, European Observatory on health systems and health policy. Open University Press. 2006.
12. Cortese D. and Smoldt R. Taking Steps Toward Integration // *Health Affairs*. Vol. 26, № 1: w68–w71, 2007.
13. Halvorson J. *Health Care Will Not Reform Itself*. Productivity Press. 2009.
14. Ham C. *Payment systems and incentives to support integrated care*. The King's Fund. 2013.
15. Enthoven A. *Integrated Delivery Systems: The Cure for Fragmentation* // *The American Journal of Managed Care*. 2009, p. 284–290.
16. Klusen N. *Integrated Care and Cross-Sectoral Care: The German Experience*. Moscow, October 14th, 2011. Allianz Eurasia Healthcare Advisory Board Meeting.
17. McCarhy D. and Mueller K. *Organizing for Higher performance: Case Studies of Organized Delivery Systems*. July 2009.
18. Mechanic R. and Altman S. *Payment Reform Options: Episode Payment Is A Good Place to Start* // *Health Affairs*. Vol. 28, № 2, 2009, p. 262–271.
19. Nolte E. and McKee M. (eds). *Caring for people with chronic conditions. A health system perspective*. Open University Press. 2008.
20. OECD (Organization of Economic Cooretation and Development). *Health at a Glance*. OECD Indicators. Paris, 2009.
21. Rice James. *Integrated Care Delivery Models: Insights from USA and Europe*. Seminar at the National Research University High School of Economics, 27 June, 2011.
22. *Zdravookhranenie v Rossii*. Statistical Compendium. Rosstat, Moscow.
23. Saltman R. and Vrngebeck K. Looking forward: future policy issues. In: *Magnusson J., Vrankbek K. and Saltman R. (ed.). Nordic Health Care Systems. Recent reforms and current policy challenges*. Open University Press, 2009, p. 78–104.
24. Strandberg-Larsen M., Schiotz M., Frolich A. (2006). *Kaiser Permanente revisited. Can European health systems learn?* // *Eurohealth*. Vol. 14, № 4.
25. Struijs J., Baan C. *Integrating Care through Bundled Payments – Lessons from the Netherlands* // *New England Journal of Medicine*. Vol. 364, № 11. March 17, 2011.

PROBLEMS OF DEVELOPING INTEGRATED HEALTH CARE SYSTEM

Shevsky Vladimir I.

Former Deputy Minister of Health, Samarskaya region; Consultant of HSE.

E-mail: v_shevsky@mail.ru

Address: National Research University Higher School of Economics,
20 Myasnitskaya St., Moscow, 101000, Russia.

Sheiman Igor M.

PhD (econ), Professor of the Chair of health economics and management, HSE.

E-mail: isheiman@hse.ru; igor.sheim@g23.relcom.ru

Address: National Research University Higher School of Economics,
20 Myasnitskaya St., Moscow 101000, Russia.

Abstract

The paper addresses the world-wide tendency of health care fragmentation and explores the ways how to overcome it. The international developments are discussed but the focus is on the health sector in the Russian Federation. The major objective of the paper is to evaluate the level of fragmentation/integration in the delivery of care, as well as to suggest organizational and economic mechanisms of strengthening integration. The conceptual model of integration is suggested with the focus on three characteristics – teamwork, coordination and continuity of care. They are affected by the instruments of integration – joint clinical guidelines, information exchange, and integrated methods of payment. A set of indicators is developed to evaluate each integration characteristic (around 50 in sum). The empirical data is collected based on the survey of 1500 physicians in three regions of Russia. The survey indicates that outpatient physicians don't contact much with hospitals doctors before in the process and after hospital admission; joint work of curative and diagnostic services providers is at its initial stage; the readiness of patients for admission is very low as a result of poor teamwork. The continuity of care indicators shows low frequency of easy transfers of patients from an acute care stage to long term and rehabilitative stages. Policy implications are discussed with the focus on economic incentives. It is argued that more integrated units of health care payment should be used – those which cover both outpatient and inpatient care. In the context of the Russian Federation the most promising instrument is “policlinic as a fundholder” (fundholding) which creates strong incentives for outpatient care to plan inpatient care and work closer with hospitals and other providers. It also encourages the role of district physician as a gatekeeper and coordinator. We conclude with the point that strengthening integration should become an independent area of health policy.

Keywords: health care delivery fragmentation/integration, teamwork of medical services providers, coordination of care, continuity of care, integrated methods of payment, fundholding, chronic disease management programs.

REFERENCES

1. Ministerstvo zdravoohraneniya Rossiyskoy Federatzii. (2012). *Razvitie zdra-voohraneniya v Rossiyskoi Federatzii* [The development of health care in the Russian Federation]. Available: <https://www.rosminzdrav.ru/ministry/programms>
2. Russian Federal State Statistics Service. (2011). *Zdravoohranenie v Rossii. Statisticheskiy spravochnik* [Healthcare in Russia. Statistical reference book]. Moscow: Russian Federal State Statistics Service.
3. Bondarenko, N., Krasilnikova, D., Chirikova, A., Sheiman, I. & Shishkin, S. (2012). *Rasshirenie potrebitelskogo vybora v zdavoohranении: teoriya, praktika, perspektivy* [The extension of consumer choice in health care: Theory, Practice and Prospects]. (I. Sheiman, S. Shishkin eds.), Moscow: HSE.
4. Semashko, N. (1947). *Ocherki po teorii organizatzii sovetzskogo zdavoohraneniya: printzipialnye osnovy sovetzskogo zdavoohraneniya* [Essays on the theory of Soviet health care organizations: the fundamental principles of Soviet public health care]. Moscow: AMN RSFSR.
5. HSE. (2012). *Strategiya-2020: Novaya model rosta – novaya sotzialnaya politika. Itogovi doklad o rezultatah ekspertnoy raboty po aktualnym problemam sotzialno-ekonomicheskoy strategii Rossii na period do 2020 g.* [Strategy 2020: New Growth Model – a new social policy. The final report on the results of the expert work on the issues of socioeconomic strategy of Russia until 2020]. Moscow: HSE.
6. HSE. (2012). *Napravleniya i mehanizmy formirovaniya integrirovannoy, transparentnoy i effektivnoy sistemy zdavoohraneniya* [Trends and mechanisms of formation of an integrated, transparent and efficient health care system]. Moscow: HSE.
7. HSE. (2009). *Rezultaty monitoringa ekonomicheskikh protzessov v rossiyskom zdavoohranении* [The results of the monitoring of economic processes in the Russian healthcare system]. Moscow: HSE.
8. Shevskiy, V., Sheiman, I., Ahmetzjanov A. & Zarochinceva I. (2013). Integratziya usilij meditsinskih organizatziy pri okazanii patzientam meditsinskoy pomoshchi: mnenie vrachey [Integration efforts by medical organizations in the provision of care to patients: opinion of doctors]. *Zdravoohranenie*, n. 6, 7.
9. Berwick, D., Nolan, T. & Whittington, J. (2008). The Triple Aim: Care, Health and Cost. *Health Affairs*, vol. 27, n. 3, pp. 759–769.
10. Blantes, F., Rosenthal, M. & Painter M. (2009). Building a Bridge from Fragmentation to Accountability – The Prometheus Payment Model. *New England Journal of Medicine*, vol. 361, n. 10, pp. 1033–1036.
11. Calnan, M., Hutten, J. & Tiljak, H. (2006). The challenge of coordination: the role of primary care professionals in promoting integration across the interface. Primary care in the driver's seat? (R. Saltman, A. Rico, W. Boerma eds.) *WHO, European Observatory on health systems and health policy*. Open University Press.
12. Cortese, D. & Smoldt, R. (2007). Taking Steps toward Integration. *Health Affairs*, vol. 26, n. 1, pp. 68–71.

13. Halvorson, J. (2009). *Health care will not reform itself*. Productivity Press.
14. Ham, C. (2013). *Payment systems and incentives to support integrated care*. The King's Fund.
15. Enthoven, A. (2009). Integrated Delivery Systems: The Cure for Fragmentation . *American Journal of Managed Care*, vol. 12, n. 15, pp. 284–290.
16. Klusen, N. (2011). *Integrated Care and Cross-Sectorial Care: The German Experience*. Moscow, October 14th, 2011. Eurasia Alliance Healthcare Advisory Board Meeting.
17. McCarhy, D. & Mueller, K. (2009). *Organizing for Higher performance: Case Studies of Organized Delivery Systems*, July.
18. Mechanic, R. & Altman, S. (2009). Payment Reform Options: Episode Payment is a Good Place to Start. *Health Affairs*, vol. 28, n. 2, pp. 262–271.
19. Nolte, E. & McKee, M. (Eds.). (2008). *Caring for people with chronic conditions. A health system perspective*. Open University Press.
20. OECD. (2009). *Health at a Glance. OECD Indicators*. Paris: Organization of Economic Correlation and Development.
21. Rice, J. (2011). *Integrated Care Delivery Models: Insights from the USA and Europe*. Seminar at the National Research University High School of Economics. 27 June. HSE.
22. Rosstat *Zdravookhranenie v Rossii* [Healthcare in Russia]. Statistical Compendium, Moscow: Rosstat.
23. Saltman, R. & Vrangbeck, K. (2009). Looking forward: future policy issues. *Nordic Health Care Systems. Recent reforms and current policy challenges* (Magnussen J., Vrankbek K., Saltman R. eds.). Open University Press, pp. 78–104.
24. Strandberg-Larsen, M., Schiotz, M., & Frolich, A. (2006). Kaiser Permanente revisited. Can European health systems learn? *Eurohealth*, vol. 14, n. 4.
25. Struijs, J. & Baan, C. (2011). Integrating Care through Bundled Payments – Lessons from the Netherlands. *New England Journal of Medicine*, vol. 364, n. 11, March 17, pp. 990–991.