

## Проблемы перехода к модели диспетчера в здравоохранении

*Наталья Николаевна Сисигина (e-mail: sisigina@nifi.ru), младший научный сотрудник Центра налоговой политики Научно-исследовательского финансового института; научный сотрудник Института социального анализа и прогнозирования РАНХиГС (г. Москва)*

### **Аннотация**

*Регулирование доступа к специализированной медицинской помощи принято рассматривать как действенный инструмент сдерживания расходов на здравоохранение. Однако на практике реформы доступа в развитых системах общественного здравоохранения часто не достигают запланированных результатов. В статье представлен обзор структуры и итогов крупнейших национальных программ реформирования доступа к медицинской помощи европейских стран. На основе собранных данных выделены ключевые факторы, определяющие успешность применения модели диспетчера. Предложены перспективные направления совершенствования реформы модели доступа, осуществляемой в настоящий момент в России.*

### **Ключевые слова:**

*доступность медицинской помощи, модель диспетчера, регулируемый доступ к медицинской помощи, сдерживание роста расходов на здравоохранение*

### **JEL: I18**

**В**озможность ограничения доступа к специализированной медицинской помощи в целях сдерживания роста расходов на здравоохранение начала активно обсуждаться развитыми странами в середине XX в. В большинстве стран с государственным здравоохранением (Великобритания, Ирландия, Испания, Италия, Португалия, Дания, Норвегия, Финляндия) концепция регулируемого доступа была реализована уже на этапе начального формирования государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи в 1950–1970-е гг. Страны со страховым здравоохранением (за исключением Нидерландов) длительное время сохраняли полностью свободный доступ к гарантированной медицинской помощи, но к концу XX в. также были вынуждены обратиться к идее регулирования обращений. Опыт данных стран показывает, что переход к модели диспетчера в условиях развитых государственных гарантий сопряжен со специфическими политическими и организационными проблемами.

Страны, принявшие решение о смене модели доступа в условиях развитых государственных гарантий, столкнулись с активным неприятием реформы со стороны населения и врачебного сообщества. Население опасалось снижения доступности медицинской помощи и ограничения права на выбор желаемого поставщика, врачи первичного звена — роста непрофильной административной нагрузки, врачи-специалисты — сокращения объемов деятельности и падения доходов.

В этой ситуации отдельные государства отказались от смены модели, сохранив свободный доступ к специализированной медицинской помощи. Большинство других стран сделали выбор в пользу «мягких» реформ, предлагающих добровольный выбор между моделями для всех или отдельных участников системы здравоохранения. Возникшие при проведении реформ трудности и пути их решения представляют значительный интерес для разработки отечественной модели регулирования доступа.

## СОДЕРЖАНИЕ И ОЖИДАЕМЫЕ ЭФФЕКТЫ ПЕРЕХОДА К МОДЕЛИ ДИСПЕТЧЕРА

Модель диспетчера (англ. *gatekeeping model*, также встречается перевод «модель привратника») представляет собой механизм регулирования доступа к сложным или дорогостоящим видам медицинской помощи, ключевыми элементами которого являются [1]:

- определение разрешенной точки входа в систему здравоохранения, исполняющей роль диспетчера (обычно — постоянный семейный врач);
- предоставление определенных видов медицинской помощи (обычно — специализированной помощи) только по направлению диспетчера.

Предполагается, что в силу лучшей информированности о возможных причинах плохого самочувствия и методах лечения (по сравнению с пациентом) и состоянии здоровья пациента (по сравнению с врачом — узким специалистом, ведущим разовый прием) постоянный врач-диспетчер способен точнее диагностировать проблему, предложить наиболее эффективный маршрут лечения, а также организовать последующую координацию оказания помощи. В результате введение в систему врача-диспетчера должно способствовать, с одной стороны, повышению качества и комфортности лечения для пациента, с другой — сокращению неэффективных расходов, связанных с оказанием помощи, не соответствующей потребностям пациента или дублирующей ранее оказанные услуги (например, повторная диагностика при переводе лечения из амбулаторных в стационарные условия).

В то же время введение в отношения потребителя и системы здравоохранения дополнительного промежуточного звена создает риски некорректного представления интересов участников со стороны врача-диспетчера:

- для пациента: риски снижения доступности (увеличение сроков ожидания, отказ в направлении, некорректный выбор поставщика) или качества необходимой специализированной медицинской помощи (при передаче лечения на уровень первичного звена);
- для организаторов здравоохранения: риски роста объема потребления медицинской помощи (при уклонении диспетчера от регулирования доступа).

Обобщенный обзор ожидаемых положительных и негативных эффектов реализации модели диспетчера приведен в табл. 1, данные эмпирической оценки эффектов представлены в комментариях ниже.

Таблица 1

### Ожидаемые эффекты реализации модели диспетчера

	Положительные	Негативные
Качество и доступность медицинской помощи	1. Лучшее соответствие помощи объективным потребностям пациента (в т. ч. с учетом сопутствующих заболеваний, иных индивидуальных особенностей пациента) 2. Лучшая координация помощи в процессе лечения (в т. ч. сокращение сроков ожидания специализированной помощи)	1. Снижение доступности необходимой специализированной помощи (увеличение сроков ожидания, отказ в направлении, некорректное направление) 2. Худшее качество услуг первичного звена по сравнению с услугами врачей-специалистов
Потребление медицинской помощи	Сокращение необоснованного потребления помощи (не соответствующей потребностям пациента, дублирующей ранее оказанные услуги)	Появление дополнительных обращений к врачу-диспетчеру за получением направления, рост числа обращений за неотложной помощью (эффект не подтвержден)
Расходы на медицинскую помощь	Сокращение общих расходов (за счет сокращения необоснованного потребления, переноса части услуг на уровень первичного звена)	Отсутствие изменений или увеличение общих расходов (за счет появления дополнительных обращений за получением направления, избыточного объема направлений, роста числа обращений за неотложной помощью)
Удовлетворенность пациентов	Повышение удовлетворенности (за счет лучшей эффективности и комфортности лечения, единых стандартов предоставления доступа). Эффект не подтвержден	Снижение удовлетворенности (за счет ухудшения доступности или качества помощи, ограничения права выбора поставщика, распространения обходных путей)

Источники: составлено автором по материалам [1; 2].

Крупнейший на сегодня обзор эмпирических исследований не выявил существенных различий между моделью диспетчера и моделью свободного доступа по **качеству оказываемой медицинской помощи**. Незначительное преимущество модели диспетчера было обнаружено по результатам ведения пациентов с инфарктом миокарда и после аортокоронарного шунтирования, отставание — по срокам диагностики меланомы (при сопоставимой эффективности последующего лечения). Обе модели продемонстрировали сравнимый уровень следования клиническим рекомендациям [1].

Сравнительные исследования стран ЕС по основным показателям состояния здоровья хронических больных (годы потерянной потенциальной жизни и предотвратимые госпитализации в связи с основными хроническими заболеваниями, самооценка здоровья) показали наличие устойчивой связи между лучшей координацией медицинской помощи на уровне первичного звена и улучшением состояния здоровья больных хроническими заболеваниями [3; 4]. В то же время при аналогичном межстрановом анализе своевременности выявления и начала лечения рака (на основе показателя однолетней выживаемости больных онкологическими заболеваниями) подтвердилось преимущество модели свободного доступа [5].

Таким образом, в части ожидаемых изменений качества медицинской помощи эмпирические исследования в целом подтверждают теоретические предположения. Модель диспетчера:

- не оказывает значимого влияния на качество рутинной помощи;
- может улучшить качество ведения больных, нуждающихся в регулярной медицинской помощи или имеющих сопутствующие заболевания;
- может ухудшить качество ведения больных с относительно редкими, сложно диагностируемыми заболеваниями, а также нуждающихся в сложной и (или) экстренной медицинской помощи.

В целях смягчения последнего риска переход к модели врача-диспетчера часто сопровождается вспомогательными мерами, направленными на улучшение качества услуг первичного звена и определение правил диагностики и маршрутизации (направления пациента к врачам-специалистам) наиболее опасных заболеваний. Так, в Германии и Франции в период действия добровольной модели регулируемого доступа врачи, претендующие на роль диспетчера, были обязаны проходить регулярные курсы повышения квалификации [6; 7]. Необходимость дополнительного обучения диспетчеров — врачей общей практики выявлению редких заболеваний активно обсуждается в Нидерландах [8].

Большинство эмпирических исследований подтверждают сокращение **потребления специализированной медицинской помощи** (число амбулаторных посещений врачей-специалистов, число и продолжительность госпитализаций) в условиях модели диспетчера. Вопреки возможным опасениям ряд исследований, включавших контроль объема потребления неотложной и экстренной помощи, также показал сокращение числа соответствующих обращений. Совокупный объем потребления амбулаторной медицинской помощи может как увеличиваться, так и сохраняться на прежнем уровне [1].

Практически всеми исследованиями также отмечено сокращение совокупных **расходов на медицинскую помощь** в пересчете на одного пациента в условиях модели диспетчера [1]. Однако сравнительный анализ расходов на здравоохранение в европейских странах показал наличие положительной взаимосвязи между усилением координирующих функций первичного звена и уровнем расходов на здравоохранение на душу населения, что может объясняться реализацией дополнительных мер, направленных на укрепление первичного звена (например, дополнительное профессиональное образование, увеличение численности врачей [3]). При проведении реформ в странах, ранее использовавших модель свободного доступа, важным фактором роста расходов часто становится повышение тарифов на оплату медицинской помощи, призванное компенсировать возросшую нагрузку (для врачей-диспетчеров) или сокращение объема спроса (для врачей-специалистов).

В Германии повышение тарифов привело к росту совокупного объема расходов на душу населения [6], во Франции — к снижению ожидаемой экономии [9].

Все рассмотренные эмпирические исследования, выделявшие **удовлетворенность населения** в качестве отдельного параметра оценки, отмечают более низкую удовлетворенность оказанием медицинской помощи при использовании модели диспетчера [1].

### **СОХРАНЕНИЕ СВОБОДНОГО ДОСТУПА**

Некоторые страны (Австрия, Люксембург, Чехия) признали свободный доступ неотъемлемой составляющей права граждан на медицинскую помощь. Смена модели данными странами не планируется [10–12].

Сохранение свободного доступа сопровождается повышенным уровнем потребления специализированной медицинской помощи. По данным национального опроса в Австрии 2006–2007 гг., 67,4 % опрошенных хотя бы раз обращались к врачу-специалисту в предшествующие 12 месяцев. Данный показатель сопоставим с уровнем потребления специализированной медицинской помощи в Германии (74,7 %, 1998 г.) и Франции (56,9 %, 2004 г.) до проведения этими странами реформ доступа и значительно превышает значения стран, использующих модель диспетчера (17,0 % — Норвегия, 24,8 % — Ирландия, 2002 г.) [13; 14]. Опрос населения в Австрии, проведенный по методике, ранее использованной в США, показал в два раза более высокую частоту амбулаторных обращений к врачам-специалистам и в 4,4 раза более высокую частоту госпитализаций [15]. Заметно более высокий уровень потребления медицинской помощи не приводит к соответствующему улучшению показателей здоровья населения, которые остаются на среднем или ниже среднего по ЕС уровне [10; 14]. В то же время для данных стран характерен устойчиво высокий уровень удовлетворенности населения деятельностью системы здравоохранения: Австрия — 96 %, Люксембург — 90 %, Чехия — 78 % (лучший показатель среди стран Восточной Европы) [16].

### **РАЗРЕШЕНИЕ ПРЕДЛОЖЕНИЯ АЛЬТЕРНАТИВНЫХ МОДЕЛЕЙ**

Разрешая страховым организациям ОМС самостоятельно разрабатывать и предлагать страховые планы с использованием модели диспетчера, государство фактически воссоздает условия рынка частного страхования и его ключевые преимущества: разнообразие предлагаемых моделей и полную добровольность участия для населения и врачей, исключая риск общественного недовольства. В то же время при противоречивых требованиях законодательства или недостаточных экономических стимулах результаты реформы могут оказаться значительно ниже ожидаемого.

#### **Швейцария (1990 г. — н. в.)**

Наиболее успешно политика добровольного предложения альтернативных моделей была реализована в условиях квазирыночной модели ОМС в Швейцарии. Финансовая автономия и реальная рыночная конкуренция за прикрепленное население обеспечили заинтересованность страховых организаций в новом инструменте сокращения расходов, а их обширные самостоятельные полномочия (в частности, определение формы регулирования доступа и ставки страховых взносов) позволили разработать эффективные инструменты продвижения новой модели среди потребителей.

По данным опросов населения, основным фактором выбора альтернативных страховых планов стали более низкие ставки страховых взносов. Кроме того, важную роль в росте популярности планов регулируемого доступа как среди населения, так и среди врачебного сообщества также сыграло разнообразие предлагаемых моделей регулирования. В зависимости от типа страхового плана функции диспетчера может исполнять [17]:

— врач, входящий в группу, заключившую соглашение со страховой компанией (сетевая практика). Врачи группы самостоятельно согласовывают со страховой компанией общие требования к качеству услуг и правилам маршрутизации, а также норматив финансирования на пациента, но сохраняют юридическую независимость. Полученная экономия средств или убытки разделяются между всеми врачами группы;

— врач, входящий в перечень, рекомендованный страховой организацией. Рекомендованные врачи, как правило, не заключают дополнительных соглашений со страховой компанией и не несут финансовых рисков, связанных с избыточными расходами на медицинскую помощь;

— врач — сотрудник определенной медицинской организации, заключившей договор со страховой компанией. Врач является работником по найму и действует на основании трудового договора с организацией;

— кол-центр, осуществляющий направление к определенному врачу на основании перечня симптомов.

Очевидно, что представленные формы модели различаются по степени жесткости сдерживания обращений, что отражается на их популярности среди населения. По данным национальной статистики Швейцарии, на 2013 г. держателями страховых планов с регулируемым доступом к специализированной медицинской помощи в совокупности являлись 60,3 % населения, из которых лишь 7,6 % выбрали наиболее жесткую форму с прикреплением к конкретной медицинской организации, 34,7 % являются держателями планов, основанных на сетевых практиках или рекомендованном перечне врачей, 18 % — держателями иных типов страховых планов (преимущественно в форме кол-центра) [17].

По результатам сравнительного исследования наиболее жесткая форма регулирования на основе прикрепления к конкретной медицинской организации обеспечивает сокращение расходов на застрахованное лицо на 21,2 %, формы на основе сетевых практик — на 15,5 % [17]. В силу существенных различий между предлагаемыми страховыми планами даже в пределах одной формы регулирования оценки сокращения расходов варьируются в пределах 10–25 % (с учетом корректировки на характеристики прикрепленного населения) [18]. Отдельные критики объясняют высокую эффективность швейцарской модели фактическим использованием альтернативных страховых планов для отбора наиболее здорового населения [17].

### **Германия (1993–2003 гг.)**

Значительно менее результативной оказалась попытка разрешения альтернативных моделей в условиях регулируемого ОМС в Германии. Подавляющее большинство страховых фондов ОМС не воспользовались предоставленным разрешением в силу:

— противоречия предлагаемых мер действовавшему законодательству, сохранявшему декларацию всеобщего свободного доступа к медицинской помощи по ОМС;

— противодействия профессиональных ассоциаций врачей-специалистов;

— нежелания нести дополнительные расходы на администрирование новой модели.

В результате были реализованы лишь единичные проекты, совокупный охват которыми остался пренебрежительно мал [19].

### **ОБЯЗАТЕЛЬНОЕ ПРЕДЛОЖЕНИЕ АЛЬТЕРНАТИВНОЙ МОДЕЛИ**

Установление обязательства по предложению всеми страховыми организациями альтернативных страховых планов представляет следующую ступень усиления государственного регулирования. Государство сохраняет низкий риск столкновения с массовым общественным недовольством, но приобретает возможность управлять охватом и эффективностью модели диспетчера на основе регулирования законодательных требований к альтернативным

страховым планам. Распространенным элементом реформ данного типа становятся системы бонусов и санкций, призванных стимулировать выбор населением (реже — также врачами) модели диспетчера.

### **Германия (2004 г. — н. в.)**

После неудачной попытки внедрения модели диспетчера на полностью добровольной основе Германия приняла решение об усилении государственного регулирования альтернативных страховых планов. Согласно Закону о модернизации системы ОМС 2004 г. предложение страхового плана, основанного на модели диспетчера, стало обязательным для всех фондов ОМС (с 2009 г.). Выбор модели диспетчера остается добровольным как для населения, так и для врачей первичного звена, при этом для обеих категорий участников устанавливается набор бонусов, поощряющих выбор альтернативной модели. Для населения стимулами служили:

- 50-процентное снижение соплатежей за обращение к врачу-диспетчеру и врачам-специалистам по его направлению (до 2012 г.<sup>1</sup>);
- отмена соплатежей за отдельные лекарственные препараты по назначению постоянного врача;
- сокращение сроков ожидания приема врача-диспетчера (включая возможность обращения в вечернее время и выходные);
- помощь при организации приема врачей-специалистов;
- повышенные требования к качеству услуг врача-диспетчера (регулярное прохождение дополнительного обучения, расширенный набор услуг и увеличенное время приема, следование правилам назначения лекарственных препаратов) [19].

Свободный доступ официально сохраняется для ограниченного перечня врачей-специалистов (гинекологов, педиатров, стоматологов и специалистов по подбору средств коррекции зрения). Следует отметить, что реформа не предусматривала каких-либо механизмов контроля и санкций за прямое обращение к врачам-специалистам. На практике пациенты, формально выбравшие модель диспетчера, могут обращаться к альтернативным врачам первичного звена или врачам-специалистам без каких-либо последствий [6].

Для врачей первичного звена стимулом стало изменение структуры оплаты услуг. При работе в рамках стандартного страхового плана большая часть дохода врачей формируется в виде платы за оказанные услуги. Как следствие, размер дохода может варьироваться в широких пределах в зависимости от объема спроса и изменения тарифов. Для участников модели диспетчера был введен стабильный подушевой норматив оплаты на прикрепленного пациента (с учетом половозрастных характеристик и особенностей здоровья), установленный на достаточно высоком уровне. Дополнительная оплата за услугу сохранена для отдельных наиболее социально и экономически эффективных услуг (регулярные медосмотры лиц старше 35 лет, вакцинация лиц старше 65 лет от гриппа, амбулаторная хирургия, лечение психосоматических расстройств). Таким образом, работа в рамках альтернативного страхового плана при прочих равных условиях обеспечивает врачу одновременно более высокий и стабильный доход. Важно также, что врачи первичного звена могут одновременно работать в обеих моделях в зависимости от типа страхового плана обратившегося пациента [6].

Анализ результатов реформы показывает, что наиболее эффективным рычагом мотивации для населения стали финансовые бонусы. Так, в период действия обязательных

---

<sup>1</sup> Соплатежи за первое обращение к семейному врачу в квартале и обращения к врачам-специалистам без его направления были введены законом одновременно с моделью диспетчера в 2004 г. С 2012 г. данные категории соплатежей отменены для всех страховых планов [19].

соплатежей в 2007 г. держателями альтернативных страховых планов являлись 4,6 млн человек (18,7 % общей численности застрахованных лиц, обладавших соответствующим правом)<sup>2</sup> [19]. После отмены соплатежей в 2014 г. число пользователей модели диспетчера сократилось до 3,5 млн человек (5 % общей численности застрахованных лиц по ОМС) [6].

Результаты в области регулирования потребления и сокращения расходов на оплату медицинской помощи также оказались неоднозначными. Среди положительных следствий регулирования доступа отмечаются [6]:

- сокращение числа обращений к различным семейным врачам (на 16 %) и врачам-специалистам без направления (на 43 %);
- рост доли пациентов с хроническими заболеваниями, ведение которых производится в соответствии с официально утвержденными программами (на 2–12 %);
- увеличение охвата целевых групп медицинскими осмотрами (на 2 %) и вакцинацией (на 4,7–6,9 %);
- сокращение частоты госпитализаций, связанных с состояниями, предотвратимыми на уровне первичного звена (на 0,2–1 %).

В то же время совокупные расходы на амбулаторную медицинскую помощь в расчете на одно застрахованное лицо в условиях модели диспетчера повысились на 16 %. Число обращений к врачам-специалистам по направлению диспетчера возросло на 49 %. Кроме того, среди участников альтернативных страховых планов отмечено резкое увеличение доли больных с впервые установленными хроническими заболеваниями, допускающими неоднозначную диагностику. Так, среди пациентов, выбравших модель врача-диспетчера, доля страдающих хронической депрессией первоначально составляла 5,6 % с последующим ростом до 35,0 %, тогда как в контрольной группе (пациентов, сохранивших модель свободного доступа) увеличилась с 4,1 лишь до 6,5 %. Рост совокупных расходов и избыточная диагностика могут быть связаны с несбалансированностью новой модели оплаты труда врачей-диспетчеров. В свою очередь, сокращение охвата населения свидетельствует о недостаточности стимулов нефинансового характера для изменения привычной стратегии поведения [6].

### **Франция (1998–2005 гг.)**

Первая попытка реформы модели доступа во Франции, во многом близкая к рассмотренной выше политике Германии, также завершилась неудачей. Программа предусматривала свободный выбор модели диспетчера как для населения, так и для врачей первичного звена, сопряженный с предложением экономических стимулов к выбору модели диспетчера.

Ключевым стимулом для населения должен был стать переход от оплаты приема за счет личных средств с последующим возмещением расходов системой ОМС к прямому покрытию расходов из средств ОМС<sup>3</sup>. Для врача был установлен дополнительный подушевой норматив в размере €46 на прикрепленного пациента. По договору с системой ОМС врач-диспетчер принимал на себя следующие обязательства:

- участие в программах непрерывного профессионального образования;
- ведение карты пациента (по умолчанию не является обязательным во Франции);

---

<sup>2</sup> Положение об обязательном предложении альтернативного страхового плана, основанного на модели врача-диспетчера, вступило в силу с 2009 г. В рассматриваемом периоде возможностью выбора альтернативного страхового плана обладали только клиенты отдельных фондов ОМС, которые по собственной инициативе начали предлагать альтернативные страховые планы раньше [19].

<sup>3</sup> Во Франции пациент оплачивает полную стоимость оказанной амбулаторной медицинской помощи в момент обращения из личных средств с последующим возмещением большей части средств (70 %) страховой организацией [20].

- координация лечения прикрепленных пациентов;
- следование правилам назначения лекарственных препаратов [7].

По данным внутренней оценки, участниками модели диспетчера стали около 10 % врачей общей практики и лишь 1 % застрахованных лиц, среди которых 80 % составили престарелые и больные хроническими заболеваниями. Произошедший самоотбор пациентов может объясняться ранее существовавшей привычкой данных категорий обращаться к постоянному семейному врачу.

Основными причинами неудачи стали недостаток поддержки со стороны врачебных ассоциаций и незаинтересованность страховых фондов в осуществлении дополнительных выплат. Министерство здравоохранения начало программу, заручившись поддержкой руководства крупнейшего, но не единственного профсоюза врачей общей практики (35 % врачей). Большинство других профессиональных ассоциаций и значительная часть членов союза-инициатора восприняли реформу как часть более широкой политики по переходу от оплаты за услугу к оплате по подушевому нормативу, ассоциируемой со снижением дохода. Кроме того, профсоюзы врачей общей практики были заинтересованы в поддержке ассоциаций врачей-специалистов, являвшихся их традиционным политическим партнером.

Для фондов ОМС неприятной неожиданностью стала высокая стоимость предложенной программы. За первые годы реализации реформы отдельным врачам удалось повысить доход более чем на 60 %, что стало важным аргументом в пользу прекращения реформы [7].

### **Франция (2005 г. — н. в.)**

С 2005 г. во Франции запущена новая программа диспетчера, учитывающая недостатки предыдущей модели. Всем лицам в возрасте 16 лет и старше, застрахованным в системе ОМС, предлагается выбрать врача-диспетчера, в роли которого может выступать любой врач общей практики или врач-специалист. Выбранный врач становится участником программы автоматически. Выплата дополнительного подушевого норматива в размере €40 для врачей сохраняется только в отношении пациентов, страдающих определенными хроническими заболеваниями (диабет, тяжелая форма гипертензии и т. д.) [7; 9].

Для населения выбор модели диспетчера остается формально добровольным, но сохранение свободного доступа сопровождается серьезными финансовыми санкциями. Отказ от выбора постоянного врача или обращение к иному врачу без его направления влечет за собой сокращение уровня возмещения расходов на оплату медицинской помощи из средств ОМС (первоначально с 70 до 60 %, с 2009 г. по н. в. — до 30 %) и разрешение врачам взимать дополнительную плату в свою пользу (до 17,5 % от официального тарифа) [9; 20]. Законодательством предусмотрен фактический запрет на покрытие расходов в рамках данных санкций за счет добровольного страхования<sup>4</sup> [9; 20].

Полностью свободный доступ к специализированной медицинской помощи сохраняется для детей, ограниченный доступ — к психиатрам (для лиц до 25 лет), офтальмологам (только для подбора очков) и гинекологам (только для подбора контрацепции, ведения беременности и ранней диагностики рака) [9].

Важной особенностью французской модели является отсутствие документального подтверждения направления диспетчера. В результате решение о наличии направления фактически принимает врач-специалист, который может исказить данные как в сторону понижения (в целях установления повышенных тарифов), так и в сторону завышения числа пациентов с направлением (в целях привлечения большего числа пациентов). Стимулы

---

<sup>4</sup> Формально предложение страховых планов, покрывающих данные расходы, не запрещено, но облагается дополнительным налогом, что делает его экономически нецелесообразным [20].



для врача-диспетчера к сдерживанию числа направлений на более высокие уровни медицинской помощи системой не предусмотрены.

Результатом жестких финансовых санкций стало быстрое расширение охвата населения. По данным опроса 2007 г., постоянный врач выбран 81 % опрошенных, в 99 % случаях диспетчером стал врач общей практики. Среди лиц, осуществивших выбор, 81 % опрошенных указали в числе причин восприятие выбора как обязательного, 44 % — опасение штрафных санкций и лишь 16 % — возможность улучшения качества медицинской помощи [7]. К 2008 г. охват моделью диспетчера достиг 85,8 % [9].

Сокращение числа обращений к врачам-специалистам составило в среднем 4–5 %, для специальностей, ранее отличавшихся наиболее высоким уровнем обращений (дерматология, ревматология и оториноларингология) — 9–11 %. Расходы на специализированную медицинскую помощь в 2004–2006 гг. снизились на 2 %. Эффект дальнейшего сокращения числа посещений оказался поглощен повышением стоимости услуг врачей-специалистов [9].

В ходе первоначального этапа реформы доход врачей-специалистов сократился на 2,2–5,6 % в зависимости от специальности, но уже в 2006 г. было принято решение о повышении тарифов для областей специализированной медицинской помощи с наибольшим сокращением потребления (реабилитационная помощь, дерматология, эндокринология, ревматология, оториноларингология и терапия внутренних болезней). В результате потеря доходов врачей-специалистов была полностью скомпенсирована. Рост доходов врачей общей практики за счет дополнительного подушевого норматива составил в среднем 3,5 % [7; 9].

### **Бельгия (1999 г. — н. в.)**

В отличие от рассмотренных ранее стран в Бельгии целью реформы доступа было не сдерживание расходов, а улучшение координации лечения. Центральным элементом реформы стало введение единой электронной медицинской карты (с 1999 г. — для лиц в возрасте 60 лет и старше, с 2002 г. распространено на все население). В целях защиты персональных данных обязанности по администрированию карты (ввод данных, предоставление доступа для иных специалистов) осуществляет постоянный врач общей практики по выбору пациента. За ведение карты врач получает фиксированную ежегодную выплату в размере €27,50 на пациента.

Обращение к постоянному врачу общей практики стимулируется сокращением участия пациента в оплате<sup>5</sup>:

- при обращении к постоянному врачу: на 30 %, и отмена дополнительной платы за обращение в вечернее время;
- при обращении к врачам-специалистам по направлению постоянного врача: с 40 до 15 % [21].

В 2013 г. держателями единой медицинской карты являлись 53 % застрахованных лиц. Начиная с 2011 г. для лиц в возрасте 45–75 лет действует расширенная программа постоянного прикрепления, предусматривающая наряду с ведением единой карты оказание дополнительного набора профилактических услуг (ранняя диагностика некоторых видов рака, противостолбнячная вакцинация и т. д.). К 2013 г. охват расширенной программой достиг 15 % населения целевой группы. Первые исследования эффективности расширенной программы не выявили положительного влияния предложенных мер на состояние здоровья населения, но обнаружили признаки избыточной диагностики (в частности, расстройств гормональной системы, нехватки витамина D) [22].

<sup>5</sup> Модель оплаты в Бельгии аналогична французской: пациент оплачивает полную стоимость услуг врача при обращении с последующим получением возмещения за вычетом участия в оплате от фонда ОМС [21].

## ФАКТОРЫ УСПЕХА РЕФОРМ

Сводный обзор структуры и результатов реформ доступа к медицинской помощи в странах Европы приведен в табл. 2.

Таблица 2

### Структура реформ доступа к медицинской помощи в странах Европы

Страны	Обязательное участие			Стимулы для участников	Результаты	
	Страховые фонды	Врачи	Население		Охват	Расходы
Разрешение предложения альтернативных моделей						
Швейцария (1990 г. — н. в.)	-	-	-	По решению участников	60,3 % (2013)	Сокращение на 10–25 %
Германия (1993–2003 гг.)	-	-	-	По решению участников	< 1 %	-
Обязательное предложение альтернативной модели						
Франция (1998–2005 гг.)	+	-	-	Доп. выплаты врачам-диспетчерам	1 %	-
Франция (2005 г. — н. в.)	+	+	-	Повышение ставки участия в оплате помощи для пациентов при сохранении свободного доступа	85,8 % (2008 г.)	Сокращение на 2 % (объема потребления на 4–5 %)
Германия (2004 г. — н. в.)	+	-	-	Повышение качества и доступности помощи врачей-диспетчеров. Отмена участия в оплате для пациентов при выборе модели диспетчера (2004–2012 гг.). Повышение оплаты врачам-диспетчерам	5 % (2014 г.)	Рост на 16 %
Бельгия (1999 и 2002 гг. — н. в.)	+	+	-	Сокращение ставки участия в оплате для пациентов при выборе модели диспетчера. Доп. выплаты врачам-диспетчерам	53 % (2015 г.)	н/д

Источник: составлено автором.

Проведенный анализ зарубежного опыта позволяет выделить следующие ключевые факторы успеха реформ.

#### 1. Ясное определение и обоснование цели реформы.

Модель диспетчера может использоваться как для сдерживания расходов, так и для улучшения качества первичной медико-санитарной помощи. В последнем случае реформе доступа целесообразно дополнить мерами укрепления первичного звена (организация дополнительного обучения специалистов и оснащения кабинетов, пересмотр норм доступности помощи и т. д.). Для поощрения оказания наиболее эффективных услуг (например, профилактических мер, ведения хронических больных) для них могут устанавливаться повышенные тарифы. В результате совокупный объем расходов на душу населения может увеличиться, но при сохранении расходов в разумных пределах и достижении целей в области качества реформа может быть признана успешной (Германия).

При ориентации на сокращение расходов следует учитывать соотношение ожидаемых выгод и издержек, связанных с получением поддержки ключевых участников, и администрированием новой модели. Так, в частности, во Франции объем самостоятельных обращений к врачам-специалистам до начала реформы оценивался на уровне 5 %, что соответствует последующему сокращению объема потребления специализированной помощи на 4–5 %. Увеличение тарифов на оплату специализированной помощи по политическим соображениям снизило достигнутую экономию до 2 % расходов, что оказалось явно ниже ожидаемых результатов [7].

2. Разработка государственной модели диспетчера, обязательной для предложения фондами ОМС (в странах с регулируемым ОМС).

Практика Германии и Франции (первая волна реформ) показывает, что страховые фонды ОМС, не обладающие опытом самостоятельной разработки и продвижения страховых планов, склонны воспринимать предложение альтернативной модели как дополнительные издержки и уклоняться от участия в добровольных программах.

3. Сохранение добровольного выбора модели для населения.

Ни одна из рассмотренных западноевропейских стран не ввела общеобязательную модель диспетчера, что может объясняться высокими политическими рисками такого решения. Иллюстрацией степени неприятия населением идеи обязательного регулируемого доступа могут служить результаты национального референдума 2012 г. в Швейцарии, в ходе которого на голосование была предложена инициатива по введению обязательного предложения страховых планов с использованием модели диспетчера и установлению дополнительных страховых взносов для держателей планов свободного доступа. Несмотря на то что более 60 % граждан фактически являлись держателями альтернативных страховых планов, инициатива была отвергнута 76 % голосов [19].

В странах Восточной Европы, где модель диспетчера была введена в общеобязательном порядке, неприятие реформы приняло форму массовых нарушений новых правил доступа как со стороны пациентов, так и со стороны врачей первичного звена. Так, в Румынии распространение получила практика прямого обращения в больницу через вызов скорой помощи или посещение отделения неотложной помощи [23]. В Венгрии отмечено массовое уклонение врачей первичного звена от самостоятельного оказания медицинской помощи, результатом которого стал рост числа направлений к врачам-специалистам за 1990–2008 гг. более чем в четыре раза [24]. В Словакии попытка внедрения модели диспетчера была прекращена через два года, в течение которых реформа не показала сколько-нибудь значимого влияния на объемы потребления специализированной медицинской помощи [25; 26].

4. Приоритет финансовых стимулов.

Наиболее эффективным инструментом мотивации населения к выбору модели регулируемого доступа и соблюдению ее правил оказалось изменение стоимости медицинского обслуживания (ставки страховых взносов, уровня участия в оплате). Улучшение качества и доступности медицинской помощи остается второстепенным фактором, не способным сам по себе обеспечить значимое расширение охвата.

## **ЗАКЛЮЧЕНИЕ**

В России реформа доступа к специализированной медицинской помощи в рамках государственных гарантий де-факто была начата несколько лет назад, но до настоящего момента не получила достаточного юридического и организационного оформления.

Базовые принципы новой модели были озвучены в публичном выступлении главы Минздрава России<sup>6</sup>. Согласно данному выступлению перспективная модель предусматривает сохранение прямого доступа к врачам отдельных специальностей (стоматологи, офтальмологи, травматологи, гинекологи и урологи) для всего населения и профильным специалистам для хронических больных. Остальные обращения к врачам-специалистам должны осуществляться через врачей первичного звена. Целью реформы является улуч-

---

<sup>6</sup> Брифинг министра Вероники Скворцовой по завершении заседания президиума Совета при Президенте Российской Федерации по стратегическому развитию и приоритетным проектам (31 августа 2016 г., Москва). URL: <https://www.rosminzdrav.ru/news/2016/08/31/3130-brifing-ministra-veroniki-skvortsovoy-po-zavershenii-zasedaniya-prezidiuma-soveta-pri-prezidente-rossiyskoy-federatsii-po-strategicheskomu-razvitiyu-i-prioritetnym-proektam>.

шение качества медицинского обслуживания (ранняя постановка диагноза, исключение ошибочных обращений).

Правовые условия перехода к модели диспетчера сформированы ч. 3 ст. 21 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», согласно которой оказание первичной специализированной медицинской помощи осуществляется с учетом порядков оказания медицинской помощи<sup>7</sup>. Разработанные и утвержденные Минздравом России порядки оказания медицинской помощи по отдельным профилям (кардиологический, неврологический, гастроэнтерологический и т. д.) предусматривают направление врачом первичного звена в качестве единственного нормативного механизма доступа к специализированной помощи. Тем не менее ни закон, ни порядки не содержат прямого запрета на самостоятельное обращение к врачам-специалистам. В результате непосредственная реализация новой модели осуществляется в рамках низкоуровневых нормативных актов — правил записи на прием, устанавливаемых органами управления здравоохранением субъектов РФ и руководством учреждений здравоохранения.

Отсутствие ясного нормативного оформления модели диспетчера и существенные вариации правил записи к врачам-специалистам между регионами и отдельными учреждениями здравоохранения становятся источниками постоянных конфликтов как между населением и медицинскими организациями, так и внутри системы здравоохранения (см., например, материалы региональных СМИ<sup>8</sup>). Отказ от централизованного проведения реформы также препятствует организации мониторинга внедрения модели диспетчера и ее фактической результативности.

Таким образом, достижение заявленной цели повышения качества медицинского обслуживания в первую очередь требует завершения юридического оформления предлагаемой модели диспетчера, включая цели, перечень врачей-специалистов с сохранением свободного доступа, особые условия предоставления свободного доступа (например, нахождение на диспансерном учете, прохождение курса лечения), и организации регулярного мониторинга результатов реформы (доли пациентов, направленных к врачам-специалистам, сроков постановки диагноза по наиболее значимым заболеваниям и т. д.).

Опыт стран Восточной Европы (Венгрия, Словакия, Румыния) показывает, что исключительно нормативного пересмотра правил доступа может быть недостаточно для повышения эффективности оказания медицинской помощи. Реальное изменение стратегий врачей и пациентов в пользу приоритета диагностики и лечения на уровне первичного звена с высокой вероятностью потребует также реализации вспомогательных мер, направленных на стимулирование их желательного поведения. Исходя из заявленной цели улучшения качества медицинского обслуживания перспективными вспомогательными мерами могут стать усиление первичного звена (повышение качества услуг, сокращение сроков ожидания и увеличение продолжительности приема) и введение стимулирующих выплат врачам-диспетчерам за предварительную диагностику и самостоятельное оказание помощи.

---

<sup>7</sup> Федеральный закон № 323-ФЗ от 21.11.2011 «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

<sup>8</sup> Белоусова Р. Легко ли в Казани записаться на прием к врачу // Казанские ведомости. 2017. № 121. URL: <https://kazved.ru/article/81616.aspx>; Рассветов Р. Запись к другим врачам через терапевта в ЛЦГБ вызвала сомнения. URL: <https://www.lobnyamedia.ru/zapis-k-drugim-vracham-cherez-terapevta-v-ltsgb-postavili-pod-sommenie/>.

**Библиография / References**

1. Garrido M. V., Zentner A., Busse R. The effects of gatekeeping: A systematic review of the literature. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 2011, vol. 29, no. 1, pp. 28–38. DOI: 10.3109/02813432.2010.537015.
2. Reibling N., Wendt C. Gatekeeping and provider choice in healthcare systems. *Current Sociology*, 2012, vol. 60, no. 4, pp. 490–505. DOI: 10.1177/0011392112438333.
3. Kringos D. S., Boerma W., van der Zee J., Groenewegen P. Europe's strong primary care systems are linked to better population health but also to higher health spending. *Health Affairs*, 2013, vol. 32, no. 4, pp. 686–694. DOI: 10.1377/hlthaff.2012.1242.
4. Hansen J., Groenewegen P. P., Kringos D. S. Strength of primary care and health outcomes for chronically ill people: results from 27 EU Member States. *Health Affairs*, 2015, vol. 34, no. 9, pp. 1531–1537.
5. Vedsted P., Olesen F. Are the serious problems in cancer survival partly rooted in gatekeeper principles? An ecologic study. *British Journal of General Practice*, 2011, vol. 61, pp. 508–512. DOI: 10.3399/bjgp11X588484.
6. Hofmann S. M., Muehlenweg A. M. Gatekeeping in German primary health care – impacts on coordination of care, quality indicators and ambulatory costs. CINCH Working Paper Series, no. 2016/05. Available at: [https://cinch.uni-due.de/fileadmin/content/research/workingpaper/1605\\_CINCH-Series\\_Hofmann\\_Muehlenweg.pdf](https://cinch.uni-due.de/fileadmin/content/research/workingpaper/1605_CINCH-Series_Hofmann_Muehlenweg.pdf).
7. Naiditch M., Dourgnon P. The preferred doctor scheme: A political reading of a French experiment of gate-keeping. *Health Policy*, 2010, vol. 94, pp. 129–134. DOI: 10.1016/j.healthpol.2009.09.001.
8. de Vries E., Franssen L., van den Aker M., Meijboom B. R. Preventing gatekeeping delays in the diagnosis of rare diseases. *British Journal of General Practice*, 2018, vol. 68, pp. 145–146. DOI: <https://doi.org/10.3399/bjgp18X695225>.
9. Dumontet M., Buchmueller T., Dourgnon P. et al. Gatekeeping and the utilization of physician services in France: Evidence on the Médecin-traitant reform. *Health Policy*, 2017, vol. 121, no. 6, pp. 675–682.
10. Hofmarcher M., Quentin W. Austria: Health system review. *Health Systems in Transition*, 2013, vol. 15, no. 7.
11. Luxembourg: Country Health Profile 2017. State of Health in the EU. OECD/European Observatory on Health Systems and Policies, 2017. Available at: <http://dx.doi.org/10.1787/9789264283480-en>.
12. Alexa J., Rečka L., Votápková J. et al. Czech Republic: Health system review. *Health Systems in Transition*, 2015, vol. 17, no. 1.
13. Stirbu I., Kunst A. E., Mielck A. et al. Inequalities in utilisation of general practitioner and specialist services in 9 European countries. *BMC Health Services Research*, 2011, vol. 11. Available at: <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-6963-11-288>.
14. Hoffmann K., Stein V. K., Maier M. et al. Access points to the different levels of health care and demographic predictors in a country without a gatekeeping system. Results of a cross-sectional study from Austria. *European Journal of Public Health*, 2013, vol. 23, no. 6, pp. 933–939. Available at: <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckt008>.
15. Pichlhöfer O., Maier M. Unregulated access to health-care services is associated with overutilization – lessons from Austria. *European Journal of Public Health*, 2015, vol. 25, no. 3, pp. 401–403. Available at: <https://doi.org/10.1093/eurpub/cku189>.
16. Special Eurobarometer 411: Patient Safety and Quality of Care. European Union, 2014. Available at: [http://ec.europa.eu/commfrontoffice/publicopinion/archives/ebs/ebs\\_411\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/commfrontoffice/publicopinion/archives/ebs/ebs_411_en.pdf).
17. De Pietro C., Camenzind P., Sturmy I. et al. Switzerland: Health system review. *Health Systems in Transition*, 2015, vol. 17, no. 4.
18. Schwenkglenks M., Preiswerk G., Lehner R. et al. Economic efficiency of gatekeeping compared with fee for service plans: a Swiss example. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 2006, vol. 60, no. 1, pp. 24–30.
19. Busse R., Blumel M. Germany: Health system review. *Health Systems in Transition*, 2014, vol. 16, no. 2.
20. Chevreur K., Berg Bringham K., Durand-Zaleski I., Hernández-Quevedo C. France: Health system review. *Health Systems in Transition*, 2010, vol. 12, no. 6.
21. Gerkens S., Merkur S. Belgium: Health system review. *Health Systems in Transition*, 2010, vol. 12, no. 5.
22. Vrijens F., Renard F., Camberlin C. et al. Performance of the Belgian Health System – Report 2015 – Supplement. Health Services Research (HSR). Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE), 2016. Available at: [https://kce.fgov.be/sites/default/files/atoms/files/KCE\\_259S%20%282%29.pdf](https://kce.fgov.be/sites/default/files/atoms/files/KCE_259S%20%282%29.pdf).
23. Vlădescu C., Scîntee S. G., Olsavszky V. et al. Romania: Health system review. *Health Systems in Transition*, 2016, vol. 18, no. 4.
24. Gaál P., Szigeti S., Csere M. et al. Hungary: Health system review. *Health Systems in Transition*, 2011, vol. 13, no. 5.
25. Szalay T., Pažitný P., Szalayová A. et al. Slovakia: Health system review. *Health Systems in Transition*, 2011, vol. 13, no. 2, pp. 1–200.
26. Evaluation of the structure and provision of primary care in Slovakia. World Health Organization, 2012. Available at: [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0003/175242/Evaluation-of-the-structure-and-provision-of-primary-care-in-Slovakia.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/175242/Evaluation-of-the-structure-and-provision-of-primary-care-in-Slovakia.pdf).

N. N. Sisigina

## Problems of Transition to a Gatekeeper Model in Healthcare

**Author's affiliation:**

**Natalya N. Sisigina** (e-mail: [sisigina@nifi.ru](mailto:sisigina@nifi.ru)), ORCID 0000-0001-9130-2343, Financial Research Institute, Moscow 127006, Russian Federation; Russian Presidential Academy of National Economy and Public Administration, Moscow 119571, Russian Federation

**Abstract**

Regulation of access to specialist medical care is widely viewed as effective tool for health cost containment. However, the results of the access reforms in well-developed public health systems in practice are often below the expected level. The article provides an overview of structure and outcomes of major national access reform programmes in European countries. Based on the collected data key determinants of successful adoption of gatekeeping model were highlighted in the article. The author proposes the promising ways of the development of the current access model reform in Russia.

**Keywords:**

access to health care, gatekeeper model, health cost containment, managed care

**JEL:** I18