

Аналитические
записки по проблемам
правоприменения

Январь 2011

Система родовых сертификатов: правоприменительные барьеры в реализации реформы

Система родовых сертификатов: правоприменительные барьеры в реализации реформы (Серия «Аналитические записки по проблемам правоприменения», Январь 2011) Авторский коллектив: Бороздина Е.А., Титаев К.Д. СПб: ИПП ЕУ СПб, 2011. – 12 стр.

Институт проблем правоприменения (The Institute for the Rule of Law) создан в 2009 году в составе Европейского Университета в Санкт-Петербурге. Миссия ИПП – содействие реформе правоприменения и утверждению принципа верховенства закона в России. Направления деятельности - проведение научных исследований, публикации и доведение до сведения широкой общественности их результатов, а также инициация общественных дебатов, выработка стратегических рекомендаций для всех заинтересованных сторон, включая тех, кто принимает решения, а также развитие обучающих программ

Контакты:

Санкт-Петербург, ул.Гагаринская 3,
Научно-исследовательский центр
«Институт проблем правоприменения»
Тел.: +7 (812) 273 24 17; +7 (981) 706 19 61
E-mail: ipp@eu.spb.ru
www.enforce.spb.ru

© ИПП ЕУ СПб 2010

Основные выводы (Executive summary)

Система родовых сертификатов проектировалась как один из важнейших инструментов российской демографической политики и являлась важным шагом в реформировании системы здравоохранения. Суть этой новации состоит в создании финансового инструмента, обеспечивающего перемещение финансирования (в сфере предродового обслуживания и родовспоможения) «вслед за пациентом». Одновременно, как предполагается, женщина получает возможность выбрать то медицинское учреждение и того врача, которые вызывают у нее наибольшее доверие или являются для нее наиболее удобными.

Спустя 3 года после старта этой программы Институт проблем правоприменения проанализировал реальную работу системы родовых сертификатов и выявил ключевые барьеры на пути ее функционирования.

В ходе реализации программы родовых сертификатов реформаторы столкнулись с тем, что большая часть управленческих технологий и финансовых механизмов, обеспечивающих работу системы здравоохранения, до сих пор являются по сути плановыми. Несмотря на введение системы ОМС, реальная работа медицинского учреждения организована по принципу сметного финансирования исходя из достигаемых плановых показателей (таких, как количество принятых больных, нагрузка на одного врача и т.п.). План устанавливается, исходя из численности прописанных на подведомственной территории и нормативов медицинского обслуживания, которые были выработаны, в основном, еще в советское время.

По этой причине, ключевые цели программы родовых сертификатов – индивидуализация медицинского обслуживания, создание системы сознательного выбора врача и учреждения пациентом – достигнуты не были. Значительная часть пациенток по-прежнему вынуждена обслуживаться по регистрации, не имеет возможности выбрать врача и т.д. Более того, введение системы родовых сертификатов привело к дополнительной бюрократизации системы женских консультаций (из-за необходимости вести одновременно отчетность в двух логиках).

С другой стороны, реально улучшилось техническое оснащение женских консультаций, повысилось качество лекарственного обеспечения пациенток. Однако именно этих результатов вполне можно было достичь и без введения системы родовых сертификатов, простым выделением средств на сметной основе.

Причина такой ситуации в том, что в рамках одной организации функционируют две системы финансирования и отчетности. Логическое завершение реформы: разделение сотрудников, работающих с гинекологическими больными и с беременными, полный отказ от сметного финансирования и стабильной численности медперсонала в каждой женской консультации могли бы способствовать радикальному улучшению ситуации.

Оглавление

Введение.....	5
Организация и финансирование амбулаторной акушерско-гинекологической помощи беременным	6
Практика оказания амбулаторной акушерско-гинекологической помощи беременным.....	7
Программа родовых сертификатов.....	8
Выводы и рекомендации.....	11

Введение

Право на получение бесплатной первичной медицинской помощи, а также возможность выбрать лечащего врача и лечебно-профилактическое учреждение составляют основу прав пациента в нашей стране. Соблюдение этих прав гарантируется Основами Законодательства РФ об охране здоровья граждан. Однако практика работы отечественных государственных и муниципальных медицинских организаций показывает, что механизм реализации данных норм далек от совершенства.

В условиях перехода российского здравоохранения от командно-административного управления и сметного финансирования к страховой медицине и рыночному регулированию пациенты, желающие реализовать свои права на получение врачебных услуг в желаемом ими виде, сталкиваются с рядом трудностей. Так, они зачастую не могут встать на учет в поликлинике по месту фактического проживания, а не по месту регистрации. Нередко проблемы возникают и в том случае, если полис обязательного медицинского страхования был выдан гражданину в другом регионе или городе страны. Особенно сильны ограничения на выбор конкретного врача в пределах одного и того же медицинского учреждения, поскольку механизмы такого выбора полностью отсутствуют.

Для того чтобы обеспечить соблюдение прав граждан на получение квалифицированной медицинской помощи в такой социально значимой сфере, как репродуктивное здравоохранение, в 2006 г. была введена программа родовых сертификатов. Данная программа была призвана, с одной стороны, материально заинтересовать медиков в оказании качественной профессиональной помощи беременным женщинам. С другой стороны, она должна была выступить дополнительной гарантией права будущих матерей на выбор лечащего врача и женской консультации/роддома. С третьей – обеспечить лечебным заведениям финансирование, пропорциональное количеству фактически произведенных работ, то есть распределить бюджетные средства между лечебными учреждениями в соответствии с количеством реально обслуженных пациентов а не в соответствии с численностью населения «подведомственной» территории.

Цель настоящей аналитической записки заключается в том, чтобы, проследить, как в действительности данная реформа повлияла на практику реализации права будущих матерей на доступ к квалифицированной первичной врачебной помощи и предложить первоочередные меры, которые позволили бы изменить ситуацию к лучшему.

1. В первой части мы рассматриваем общую схему организации и финансирования медицинской помощи беременным в российских муниципальных женских консультациях.
2. Во второй - описываем, как происходит практическая реализация данной схемы.
3. В третьей - демонстрируем, какие практические изменения были внесены в организацию медицинской помощи беременным с введением программы родовых сертификатов.
4. В четвертой - обозначаем основные проблемы в этой сфере и пути их преодоления.

Организация и финансирование амбулаторной акушерско-гинекологической помощи беременным

Основными медицинскими учреждениями, где беременные женщины, проживающие на территории РФ, могут получить амбулаторную акушерско-гинекологическую помощь, являются государственные женские консультации. Действующие стандарты оказания врачебной помощи подразумевают, что на сроке беременности до 12 недель будущая мать встает на учет в такой консультации и в дальнейшем регулярно наблюдается в данном заведении вплоть до родов.

Среди характерных черт организации отечественных женских консультаций стоит отметить несколько особенностей.

- Территориальный принцип организации работы таких учреждений. Его суть состоит в том, что женщины, проживающие (зарегистрированные) или работающие в определенном районе, «прикрепляются» к одному из участков соответствующей районной консультации. Это позволяет рассчитывать должностную нагрузку врачей, равномерно распределяя пациентов между специалистами.
- Принцип преемственности в оказании врачебной помощи. Он заключается в том, что (в идеале) на протяжении всей беременности пациентку ведет один и тот же участковый акушер-гинеколог.
- Плановый характер деятельности женской консультации и труда каждого врача. Доктора обязаны выполнять определенный план приема пациенток (25-30 человек за смену) и тратить на их консультирование заданное количество времени (12-15 минут на пациентку).
- И, наконец, следует подчеркнуть тот факт, что в отечественных женских консультациях медицинские услуги беременным и гинекологическим больным оказываются одним и тем же участковым врачом. Акушерская помощь не возлагается на отдельного специалиста, а входит в общий план врачебного приема.

Схема финансирования работы женских консультаций и, в частности, покрытия их расходов на оказание акушерско-гинекологической помощи беременным, достаточно сложна. В целом, отечественное здравоохранение на настоящий момент существует за счет двухканального финансирования – выплат из системы обязательного медицинского страхования и бюджетного финансирования по смете расходов. Страховые выплаты предназначены для оплаты труда специалистов, а также для покрытия расходов на проведение ряда анализов и обследований (УЗИ, общий анализ крови и т.п.). Бюджетное финансирование (из средств муниципального бюджета) в свою очередь призвано покрывать затраты лечебного учреждения на осуществление ремонта, коммунальные расходы, оснащение кабинетов и т.п. Надо заметить, что в действительности, эти источники средств не разделены столь четко – они, скорее, формируют единый бюджет консультации, который расходуется по мере необходимости на различные нужды.

В случае предоставления медицинских услуг беременным к указанным источникам финансирования добавляются также средства федерального бюджета, которые целевым образом направляются на проведение необходимых, в идеале, практически каждой будущей матери, дорогостоящих и высокотехнологичных видов обследований (ПЦР-диагностика, анализ на ХГЧ и т.п.)¹. Также в последние

¹ ПЦР – полимеразная цепная реакция, ХГЧ – хорионический гонадотропин человека

годы схему финансирования акушерско-гинекологической помощи беременным дополнили деньги, поступающие по программе родовых сертификатов. Эти средства расходуются на приобретение требующихся будущим матерям медикаментов, на оснащение консультации инвентарем и новым оборудованием, а также на дополнительные выплаты тем сотрудникам, которые непосредственно вовлечены в предоставление беременным врачебных услуг.

Таким образом, всего можно выделить четыре основных источника финансирования медицинской помощи будущим матерям из средств государственного бюджета (то есть, без учета услуг, оплачиваемых самими роженицами) :

- система ОМС,
- муниципальный бюджет,
- федеральный бюджет
- и выплаты по родовым сертификатам.

При этом бóльшую часть средств, необходимых для оказания врачебных услуг, дают первые два источника, для функционирования каждого из которых важно соблюдение принципов плановости и территориальной организации медицинской помощи. В существующем варианте отечественная система медицинской помощи беременным и роженицам с неизбежностью вынуждена работать по «советским», «плановым» моделям.

Практика оказания амбулаторной акушерско-гинекологической помощи беременным

В силу особенностей организации и финансирования отечественного здравоохранения ключевыми чертами, определяющими работу российских женских консультаций, выступают территориальный принцип организации работы и принцип плановости.

На практике действие первого из них проявляется в том, что персонал лечебного учреждения считает себя обязанным предоставлять услуги только тем женщинам, которые зарегистрированы или работают на подведомственной данному заведению территории. В случае если пациентка зарегистрирована в другом районе и/или имеет полис ОМС, выданный в другом городе, постановка ее на учет осуществляется по усмотрению заведующего женской консультацией. В общем виде эту процедуру можно представить следующим образом: женщина, желающая наблюдаться в медицинском учреждении, пишет заявление на имя его заведующего. Последний, принимая во внимание степень загруженности врачей работой, направляет посетительницу к тому специалисту, который менее всего занят на настоящий момент. В случае отсутствия такового женщине отказывают в ее просьбе.

Действие второго из названных принципов, принципа плановости, сказывается преимущественно на организации работы самих врачей. Финансирование женской консультации за счет муниципального бюджета предполагает выполнение данным учреждением определенного плана оказания медицинских услуг населению. В работе каждого конкретного участкового акушера-гинеколога это проявляется в том, что специалист должен принять за смену установленное количество пациентов (от 25 до 30 человек в зависимости от местных норм). Соответственно, нормируется и время, затрачиваемое врачом на прием каждой посетительницы. Нетрудно подсчитать, что оно составляет от 12 до 15 минут на человека.

На практике прием беременных посетительниц значительно отличается от приема гинекологических больных. Главное отличие заключается в его большей длительности. Современные стандарты оказания медицинской помощи предполагают, что каждый раз, консультируя будущую мать, акушер-гинеколог должен собрать устный анамнез, произвести ряд обязательных обследований, проверить результаты нескольких анализов и назначить новые, а также оформить необходимую документацию. В результате, по словам специалистов, с которыми мы проводили интервью, на прием одной беременной пациентки у них в действительности уходит от двадцати минут до получаса, что намного больше нормативных 12-15 минут на посетительницу. Кроме того, ведение беременности связывается акушерами-гинекологами с повышенной ответственностью за здоровье матери и ребенка (бóльшей ответственностью, чем оказание помощи гинекологическим больным). В результате врачи воспринимают эту деятельность как сопряженную не только с затратами времени, но и со значительными рисками.

Таким образом, до недавнего времени для специалистов было особенно «не выгодно» оказывать медицинскую помощь будущим матерям: с одной стороны, предоставление услуг беременным было сопряжено для них с повышенной ответственностью, а, с другой стороны – с повышенными трудовыми и временными затратами. «Перерасход» времени на обслуживание беременных также выступал основным фактором, мешающим выполнять общий план приема больных и вынуждающим врача задерживаться на работе. Очевидно, что в сложившейся ситуации участковые акушеры-гинекологи были не заинтересованы и в том, чтобы дополнительно увеличивать число наблюдающихся у них будущих матерей за счет постановки на учет женщин с других участков.

Введение программы родовых сертификатов было призвано исправить эту ситуацию, сделать врачей материально заинтересованными в том, чтобы предоставлять беременным качественные медицинские услуги. Проведение данной реформы также должно было сделать квалифицированную акушерско-гинекологическую помощь более доступной для различных категорий пациенток.

Программа родовых сертификатов

Программа родовых сертификатов начала действовать в России с 1 декабря 2006 года. Ее основной целью было создание материальной заинтересованности персонала медицинских учреждений в оказании высококачественной акушерско-гинекологической помощи беременным женщинам и роженицам. Кроме того, она должна была сформировать равный доступ к квалифицированной медицинской помощи для различных категорий беременных пациенток.

Для этого были установлены два ключевых принципа программы:

1. возможность женщин выбирать врача, у которого они будут наблюдаться в течение беременности, а также возможность выбирать роддом, где они хотят рожать;
2. введение дополнительных выплат медицинским учреждениям (женским консультациям и роддомам) за каждую беременную/родильницу, состоящую на учете в данном учреждении.¹

В совокупности эти меры были направлены на то, чтобы медицинские учреждения начали «бороться» за клиентов, повышая уровень своей работы и заботясь о каждой пациентке.

¹ Согласно Приказу Минздравсоцразвития №701 от 28.11.2005 «О родовом сертификате»

Таким образом, фактическими адресатами программы родовых сертификатов выступили не сами пациентки, а медицинские учреждения – женские консультации, родильные дома и (с 2007 года) детские поликлиники. В этом смысле, рассматриваемая реформа представляет собой попытку перейти от государственного патернализма в области оказания медицинской (акушерско-гинекологической) помощи к либерализации отношений в данной сфере.

Итак, согласно данной программе, беременным женщинам, являющимся гражданами РФ или же имеющим разрешение на временное проживание на территории нашей страны, при сроке беременности 30 недель (в случае многоплодной беременности - с 28 недель) и более, выдается родовой сертификат. Он оформляется в женской консультации по месту жительства. Беременная должна состоять на учёте и непрерывно наблюдаться в этой консультации не менее 12 недель – это является обязательным условием выдачи родового сертификата.

Данный сертификат гарантирует женщине получение бесплатной квалифицированной медицинской услуги в размере, установленном государственными стандартами. За услуги, которые не входят в этот стандарт (например, если женщина во время родов хочет находиться в одноместной палате) ей нужно платить дополнительно.

Сам родовой сертификат состоит из трех частей.

- Талон № 1, предназначен для оплаты услуг, оказанных беременным женщинам в женских консультациях. Женская консультация получает 3000 рублей. Из них 35-45% направляются на оплату труда медицинского персонала, 20-33% - на обеспечение беременных женщин медикаментами, остальные средства отводятся на оснащение данной женской консультации медицинским оборудованием.
- Талон № 2, предназначен для оплаты услуг, оказанных женщинам в родильных домах. По нему роддом получает 6000 рублей, из которых 40-55% расходуется на зарплату сотрудников, остальное идет на оснащение учреждения медицинским оборудованием, а также обеспечение женщин медикаментами и дополнительным питанием.¹
- Талону №3 (с 2007 года), предназначен для оплаты услуг детской поликлиники по диспансерному наблюдению ребенка в первый год жизни.

Таким образом, программа родовых сертификатов представляет собой пример организации медицинской помощи, при которой «деньги следуют за пациентом», а не выделяются в плановом порядке лечебно-профилактическому учреждению, как это было в советское время. Это подразумевает использование экономических методов управления здравоохранением и создает предпосылки для развития нового типа отношений в данной сфере – состязательных отношений между лечебными учреждениями и отдельными специалистами.

Нами была рассмотрена практика реализации постановлений о родовом сертификате на примере работы ряда женских консультаций нескольких

¹ Согласно Приказу Минздравсоцразвития РФ №15 от 13.01. 2007 «О порядке и условиях оплаты государственным и муниципальным учреждениям здравоохранения (а при их отсутствии - медицинским организациям, в которых в установленном законодательством Российской Федерации порядке размещен государственный и (или) муниципальный заказ) услуг по медицинской помощи, оказанной женщинам в период беременности, в период родов и в послеродовой период, а также по диспансерному наблюдению ребенка в течение первого года жизни, и выдачи женщинам родовых сертификатов»

региональных центров России¹. По результатам проведенного исследования можно заключить, что применение данных норм в деятельности лечебно-профилактического учреждения позволяет улучшить его материально-техническую базу (это особенно значимо при традиционно низком уровне финансирования сферы первичной медицинской помощи). Также благодаря действию постановлений о родовом сертификате снижаются затраты беременных пациенток на получение медицинской помощи (за счет бесплатного предоставления им ряда необходимых лекарств).

Важным является тот факт, что женская консультация, как организация, действительно становится финансово заинтересованной в привлечении к себе новых клиентов. Вследствие этого, в лечебно-профилактическом учреждении более охотно ставят на учет те категории беременных, которые до этого сталкивались с проблемами в доступе к квалифицированной медицинской помощи (например, женщины, незарегистрированные на подведомственной данной консультации территории). Таким образом, программа родовых сертификатов может до определенной степени гарантировать право ожидающей ребенка пациентки на выбор женской консультации, где она хочет наблюдаться.

Однако гораздо менее успешной данная программа оказывается в вопросе предоставления возможностей для выбора конкретного врача, чьими услугами предпочитает пользоваться женщина. В ситуации неполного и непоследовательного внедрения принципов экономического регулирования здравоохранения рабочая нагрузка каждого конкретного специалиста по-прежнему подлжит достаточно жесткому нормированию и планированию - для того, чтобы получать заработную плату, специалист должен выполнять определенный (не вполне реалистичный) план приема больных, как беременных, так и пациенток с гинекологическими проблемами. При этом, для докторов предоставление профессиональных услуг ожидающим ребенка женщинам связано со значительными затратами сил и времени (большими, чем при предоставлении услуг гинекологическим больным), а также с высокой мерой ответственности за благополучный исход каждого случая. Даже несмотря на наличие «сертификатной» доплаты за оказание помощи беременным, акушер-гинеколог не может значительно увеличивать число таких пациенток, состоящих у него под наблюдением, поскольку это будет мешать выполнению общего плана приема больных.

Поскольку ряд назначений стал финансироваться за счет «сертификатных денег», появилась необходимость выписывать новые виды направлений, а также «модернизировать» старые бюрократические формы, добавить в них новые пункты (например, номер паспорта будущей матери). Таким образом, программа, направленная на установление рыночного механизма в организации помощи беременным, привела к еще большей бюрократизации профессиональной деятельности акушеров-гинекологов. Обилие «бумажной» работы, связанной с ведением беременных, в свою очередь, сделало процесс оказания помощи будущим матерям еще более трудоемким и увеличило время, затрачиваемое специалистом на прием таких пациенток.

В результате в каждом конкретном случае врач «взвешивает» свою общую нагрузку (зачастую чрезмерную), собственные затраты (силы и время) на предоставление услуг будущей матери и потенциальную выгоду (доплату в

¹ В ходе проведения исследования также использовались материалы проекта гендерной программы ЕУСПБ «Гендерное устройство частной жизни в российских регионах», поддержанного Фондом Форда (рук. Здравомыслова Е, Темкина А).

размере 300-400 рублей за весь срок работы с конкретной пациенткой). Таким образом, право женщины на выбор предпочитаемого ей специалиста реализуется по усмотрению самого врача. Если акушер-гинеколог и так ведет достаточное число беременных (не слишком много, чтобы не срывать выполнение плана, но и не слишком мало, чтобы получать существенную «сертификатную» прибавку к зарплате), он/она может отказать в постановке на учет будущей матери, не проживающей на подведомственной данному учреждению территории.

Выводы и рекомендации

В общем и целом, в системе медицинского обеспечения беременных столкнулись две принципиально разные системы управления государственными услугами. С одной стороны, плановая система, унаследованная еще от советских времен, с другой, современная система персонализированного медицинского обеспечения. В сложившейся ситуации эти системы оказались смешанными в каждом конкретном медицинском учреждении, что существенно снизило эффективность каждой из них. С одной стороны, относительная бюрократическая «простота» плановой системы была нивелирована за счет необходимости контролировать распределение целевых средств. С другой, эффективность целевого финансирования резко снижается из-за потребности параллельно соблюдать требования «плановой» модели. При этом, как часто случается, относительно «старые» давно устоявшиеся правила оказались сильнее новых и, соответственно, при достаточно больших размерах дополнительного финансирования эффект от него оказался явно несоответствующим затратам.

Можно предложить следующие рекомендации, направленные на улучшение практики реализации программы родовых сертификатов и обеспечение права беременной пациентки на выбор врача, чьими услугами она хотела бы пользоваться:

- Более последовательное внедрение экономических механизмов управления здравоохранением, снижение доли бюджетного финансирования данной отрасли и повышение доли средств, поступающих в лечебно-профилактические учреждения от страховых компаний.¹
- Разделение акушерской и гинекологической помощи между разными специалистами в рамках женской консультации, выработка более реалистичных нормативов работы врача-акушера в соответствии с особенностями оказания медицинской помощи беременным.
- Создание системы динамической численности персонала в каждой консультации в зависимости от фактического спроса на медицинские услуги.

Переход на такую рыночную модель оказания медицинской помощи в сфере предродовой подготовки мог бы стать отличной «модельной» отраслью для последующего тиражирования современных механизмов управления медицинскими услугами.

¹ Надо заметить, что осуществление реформы подобного типа планируется в российском здравоохранении с 2011 года. Для реализации этой цели Государственной думой РФ был принят Федеральный Закон от 08.05.2010 N 83-ФЗ "О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации в связи с совершенствованием правового положения государственных (муниципальных) учреждений"

Сотрудники ИПП:

Научный руководитель: Вадим Волков – доктор социологических наук, PhD (Cambridge University), проректор по международным делам, профессор факультета политических наук и социологии Европейского университета в Санкт-Петербурге, автор книги «Силовое предпринимательство: экономико-социологический анализ» (2005)

Научные сотрудники:

Элла Панеях – Doctoral Candidate (University of Michigan), автор книги «Правила игры для российского предпринимателя» (2006)

Кирилл Титаев – социолог, специалист по проблемам неформальной экономики;

Денис Примаков – юрист, специалист по правовым системам Ближнего Востока и проблемам правосудия в РФ

Арина Дмитриева – социолог, экономист.

Михаил Поздняков - юрист

Администраторы: **Мария Батыгина, Камиля Тухтаметова**

Европейский Университет в Санкт-Петербурге (ЕУСПб) был учрежден в 1994 году и начал свою работу как обучающая аспирантура по социальным наукам в 1996 году. Благодаря высокому профессионализму и уникальному научному потенциалу Европейский университет приобрел репутацию одного из самых динамичных и современных образовательных учреждений страны.

В серии «Аналитические записки по проблемам правоприменения» уже выпущены (доступны на сайте www.enforce.spb.ru):

Январь 2010 Произвольная активность правоохранительных органов в сфере борьбы с экономической преступностью. Анализ статистики

Февраль 2010 Ущерб от «копеечных дел», инициируемых государством в арбитражном суде

Март 2010 Обвинительный уклон в уголовном процессе: фактор прокурора. Анализ статистики

Апрель 2010 Численность и финансирование правоохранительных органов. Сравнительно-статистический анализ пост-социалистических стран.

Май 2010 Законодательная активность, стабильность законодательства и качество правовой среды: сравнительный анализ постсоциалистических стран

Июнь 2010 Реформа МВД в России четыре проблемы и восемь мер по их решению

Сентябрь 2010 Реформирование управления вневедомственной охраны в контексте развития рынка охранных услуг