

17 мая 2015, 23:56

Новая система финансирования больниц привела к махинациям

Новая система финансирования больниц по группам заболеваний спровоцировала искажение диагностики в сторону более выгодных тарифов. Врачи подтверждают, что манипуляции распространены, и уверяют, что иначе работать нельзя

Правила не для честной работы

Семь врачей, работающих в стационарах Москвы, Санкт-Петербурга и других регионов, подтвердили РБК, что манипуляции с диагнозами, диагностическими и лечебными процедурами в больничной документации распространены и по разным причинам необходимы, в основном — для зарабатывания больницей денег.

Один из самых ярких примеров — профессиональные заболевания, которые, по словам профильного врача, не финансируются по обязательному медицинскому страхованию во всех регионах России, кроме Татарстана и Кировской области, где специализированные центры договорились с региональными фондами ОМС. «В России порядка 90 специализированных профпатологических учреждений, практика подмены диагнозов существует поневоле во всех», — считает врач. Решением проблемы, по его словам, было бы отнесение этих заболеваний к списку социально-значимых, лечение которых финансируется из бюджета.

Проблема, по словам врача, обострилась в этом году, когда в ряде регионов прекратили финансировать лечение этих заболеваний из бюджета. Врачи заменяют диагнозы в документах на те же нозологические формы, поясняет он, например, в выписках для пациента с радикулопатией пишут, что заболевание профессиональное, а в историях болезни — нет. «Или к диагнозу «бронхит» добавляли «в стадии обострения», чтобы обосновать госпитализацию, хотя в центры профпатологий очередь на полгода, и цель пребывания там — мониторинг здоровья и оценка трудоспособности, замечает доктор.

Он также удивляется, что по правилам ФОМС нельзя лечить одновременно несколько заболеваний, а профессиональные болезни редко возникают в одиночку. Например, если человек работает в контакте с вибрацией, то у него на рабочем месте обязательно будет и шум, — поясняет врач. «Когда ты пишешь при госпитализации пациенту, например, с нейросенсорной тугоухостью, что «ухудшение в течение последней недели — присоединились головокружения», и ставишь диагноз «нейросенсорная тугоухость с вестибулярными нарушениями», то все понимают, что ты врешь», — говорит он.

Психиатрические клиники иногда предпочитают ставить пациентам диагноз «шизофрения», уменьшая количество диагнозов расстройства личности и других, говорит врач-психиатр, пожелавший остаться неназванным. Более тяжелым заболеванием легче объяснить госпитализацию и получить финансирование, считает он. Больница при этом почти не рискует: доказать, что у пациента не этот диагноз, а другой, почти невозможно.

Под смену диагноза на шизофрению подпадают аутисты, и не только из-за тарифов, добавляет он. «У аутистов часто наблюдаются нарушения контроля поведения:

спонтанность, негативизм, капризность, а лекарства от шизофрении позволяют врачам и воспитателям подавлять волю аутиста», — говорит врач.

Эта проблема специалистам известна, ее существование подтверждает президент АНО «Центр проблем аутизма» Екатерина Мень в интервью журналу Psychologies. «До сих пор в обычной системной практике принято лишать этого диагноза (аутизм) человека после 18 лет... и заменять его на какой-то другой из группы психиатрических заболеваний, чаще всего — на шизофрению», — отмечала она.

Больному не легче

Одна из типичных ситуаций — когда в приемное отделение городской больницы родственники привозят пациента старческого возраста, у которого много хронических болезней, рассказывает доктор из московской больницы. «Пациент стабилен, показаний к госпитализации нет, просто он нуждается в уходе, и родственники, желающие отдохнуть от обузы, «спихивают» старика на врачей», — говорит он.

Если родственники очень настойчивы, а врачи не хотят получать жалобы, такому пациенту могут «в прямом смысле выдумать ухудшение состояния, чтобы обосновать госпитализацию», поясняет врач: например, подозрение на инсульт, признаки кровотечения, приступ аритмии или гипертонический криз. «И вот лежит человек с несуществующим диагнозом, а на него еще списываются ненужные ему и порой недешевые лекарства и дорогостоящее обследование, поскольку лечение должно быть оформлено согласно диагнозу», — говорит он.

Еще два московских врача подтвердили РБК, что это типичная ситуация, все трое убеждены, что так время от времени делают во всех больницах. Иногда пациентов берут не по просьбе родственников, а потому, что в больнице нужно заполнить койки. «Можно пациента продержать положенное какое-то время, заполнить документы. Может, анализы кто-то нарисует: баночку от Иванова поделят на троих, чтобы в историю болезни вложить, чтобы это был законченный случай, — вот и деньги», — рассказывает московский врач. Эти деньги к зарплате докторов отношения не имеют, уточняет он: они приходят в больницу, на них администрация может купить что-то из оборудования.

Если больной умер, причину тоже не всегда указывают точно, но уже с целью улучшения статистики по отдельным заболеваниям, говорит московский врач: «Вот уже как восемь месяцев у нас в стационаре нельзя ставить диагноз «инфаркт миокарда» умершим в некардиологических отделениях. Теперь если у пациента хроническая анемия, онкология, диабет, а умирает он от инфаркта, то инфаркт считают осложнением, а в статистику идет, что пациент умер от онкологии или диабета».

Обычная история

История с выбором более выгодных диагнозов — самая обычная при применении укрупненных методов оплаты, в том числе по клинко-статистическим группам (КСГ), которые сейчас внедряются в России. «Идет усредненная оплата по целой группе заболеваний, поэтому во всем мире, когда применяются методы КСГ, врачи всегда ставят диагнозы, которые оплачиваются выше, — это совершенно не значит, что это реальный диагноз пациента», — отмечает директор Института экономики здравоохранения НИУ ВШЭ Лариса Попович.

Другое дело, говорит эксперт, что для нивелирования подобных рисков разработаны специальные методы нивелирования, которые было бы полезно перенять. Например, нужны серьезные проверки на набор диагностических и лечебных процедур, не соответствующих коду КСГ. Но проблема в том, что российское здравоохранение пока

недостаточно информатизировано, и это не позволяет проводить адекватный контроль, говорит Попович.

Трое врачей из московских и региональных больниц высказали сомнение в том, что проверки ФОМС или страховых компаний могут выявить реальные случаи нарушений. «Таких проверок никто не проводит: тогда нужно систему здравоохранения менять. Они сами себя не накажут: они и рука дающая, и рука наказывающая», — говорит один из докторов про региональные фонды ОМС.

Доктор-профпатолог сталкивался со случаем, когда назначали штраф, но за постановку правильного диагноза, а не подложного. «Наказали именно за правду. За отсутствие показаний к госпитализации. После чего все и начали врать», — отмечает он. Вопрос о том, как делать это «половчее», избегая штрафов ФОМС, обсуждается коллективно, на профессиональных конференциях, говорит врач.

Правильный метод финансирования

В пресс-службе Минздрава по существу не ответили на вопросы о том, насколько распространена практика постановки неверных диагнозов с целью повышения финансирования и какие системы контроля планируется внедрять для их выявления, сославшись на отсутствие профильного специалиста федерального ФОМС. Информацию о статистике по неправильно установленным диагнозам и нарушениям, допущенным больницами при лечении, может предоставить Росздравнадзор в понедельник, сообщил представитель пресс-службы Минздрава.

В ответе Минздрава на запрос РБК говорится, что в России продолжается переход на финансирование стационаров по клинко-статистическим группам: этот метод применяется во всех развитых странах мира. «За период с 2012 по 2015 год количество используемых в России КСГ увеличилось с 187 до 352», — отметил представитель пресс-службы.

Представитель Московского городского ФОМС обратил внимание на медико-экономическую экспертизу, которую могут проводить страховые организации. Эксперты сверяют объем услуг с записями в медицинской документации, проверяют сроки оказания помощи и отчетную документацию, говорится в ответе на запрос РБК.

Страховой агент такие нарушения не найдет, замечают врачи, с которыми поговорил РБК: он приходит только в административный корпус проверить историю болезни. «Это оторванные от реалий люди. Да они и не будут проверять: существуют определенные договоренности со страховой компанией», — говорит доктор из московской больницы.

Проблему с профпатологическими заболеваниями в МГ ФОМС отрицают. «В рамках ОМС оказывается и оплачивается необходимая медицинская помощь в соответствии с диагнозом застрахованного гражданина, а не по профилю медицинского работника», — заявил представитель фонда.

Честность не в интересах больного

Другой врач поясняет, что в разработанных стандартах иногда предусмотрены процедуры, ненужные больному, и тогда доктора убеждают больного от них отказаться либо выполняют их только на бумаге: это необходимо, чтобы получить полную оплату за законченный случай.

Поэтому, добавляет первый доктор, врачи больниц не доверяют выпискам из других стационаров: там может быть неправильная информация и по диагнозу, и по лечению. «В России не существует стандартов написания документации, которая должна

быть выдана пациенту. Один главный врач пришел — требует одно, другой — требует другое», — говорит он.

Трое врачей отметили, что подмена диагноза часто начинается со скорой, причем порой это вопрос жизни пациента. Скорые неохотно везут в больницы с гипертоническим кризом, но не с инсультом. Поэтому врачи скорой иногда договариваются с пациентом и пишут «инсульт», рассказывает московский врач. Глава думского комитета по здравоохранению Сергей Калашников ранее говорил РБК, что чиновники ставят перед скорой задачу уменьшить количество пациентов, доставляемых в стационар, чтобы сократить расходы. На это, по его словам, была направлена реформа с разделением скорой на экстренную и неотложную, но количество ошибок велико.

«Я часто советую своим пациентам-онкобольным скрывать свой диагноз при вызове скорой. К онкологическому больному очень часто не поедут даже при подозрении на инфаркт, на язву желудка», — говорит доктор-онколог из Санкт-Петербурга. Многие врачи отказываются от таких пациентов. «Как будто кроме рака они ничем болеть не могут, — удивляется он. — Узнав, что у пациента злокачественная опухоль, все списывают на нее. При вызове скорой там обязательно спросят, есть ли у пациента онкологический диагноз».

Нужен переходный период и деньги

В России только начали внедрение оплаты по клинко-статистическим группам, отмечает Лариса Попович. Их пока еще немного (352, по данным Минздрава). «Это очень грубое деление, сейчас, скажем, в Австралии их более 1,5 тыс., в США — под 2 тыс. Более тонкое деление в условиях широкой информатизации позволяет более тонко настраивать систему. Поэтому пока будут перекосы — это болезнь роста», — говорит она.

Пока для российских стационаров сохраняются разные системы оплаты: существует оплата по КСГ, по койко-дню и по конкретным услугам: есть очень сложные высокотехнологичные операции, которые не предусмотрены в КСГ. «Довольно эклектичная система оплаты. Но курс на КСГ для России перспективный», — считает Попович.

Переход на систему КСГ только начался, особой практики по манипулированию структурой случаев нет», — говорит профессор ВШЭ Игорь Шейман. Говорить о том, что опасность проявилась, пока трудно, считает он, но не сомневается, что она есть. Но укрупненные группы лучше защищают от манипулирования, утверждает он: «Когда группы крупные — в их пределах трудно манипулировать, можно только между группами».

Реальная опасность, на его взгляд, состоит в том, что при переходе на более точные тарифы больницы «облегченной структуры случаев» сталкиваются с низкими тарифами и, соответственно, риском финансового дефицита, а таких в России 80% учреждений. Выигрывают стационары, которые занимаются более сложными случаями, и на перспективу это хорошо. «Но процесс перехода к новой схеме требует времени и поддержки», — говорит он. КСГ широко начали внедрять только с прошлого года, напоминает эксперт.

Проблема в том, что денег на здравоохранение выделяется недостаточно, полагает председатель правления АСМОК Гузель Улумбекова. «То, что больницы пытаются классифицировать случаи заболеваний по более высокому тарифу, чтобы получить больше средств, — общемировая проблема. В России это тем более понятно, потому что государственные тарифы по КСГ в разы меньше тех, которые существуют в развитых

странах. И российские больницы любой ценой пытаются увеличить финансирование, чтобы покрыть себестоимость лечения и не брать средства с пациентов», — говорит она.

Эффективная система с набором лазеек

Клинико–статистическая группа – это группа заболеваний из Международного классификатора болезней, объединенных схожим уровнем затрат на медицинскую помощь. Детализируется каждая группа с помощью медико–экономических стандартов, в которых определяется перечень диагностических и лечебных процедур, медикаментозного лечения той или иной болезни. При соблюдении стандарта оплачивается так называемый законченный случай.

Внедрение КСГ привело к значительному снижению дифференциации тарифов в регионах – с более чем 50% в 2011 году до менее чем 20% в 2014 году, отмечает Минздрав. Количество КСГ, используемых в России, с 2012 по 2015 год выросло со 187 до 352. За это время были утверждены 900 клинических рекомендаций и протоколов.

В Москве КСГ как метод оплаты стали широко применять с 2015 года, когда состоялся второй этап перехода на одноканальную систему. В соответствии с территориальной программой госгарантий медицинской помощи в Москве на 2015-2017 годы, при оплате медицинской помощи в стационарных условиях применяется способ оплаты за законченный случай лечения заболевания, включенного в соответствующую группу заболеваний. Тарифы едины для всех больниц.

Несмотря на то, что метод КСГ показал свою экономическую эффективность, способствуя снижению необоснованных издержек, остается проблема недостаточного учета различий в тяжести заболеваний. «Эталонная» конкуренция в здравоохранении может в большей степени ухудшать положение пациентов, а не неэффективных поставщиков медицинских услуг.

Возможные негативные последствия применения такой системы исследователи делят на четыре основных типа:

- «снятие сливок» – предпочтение в приеме тех пациентов, ожидаемые затраты на лечение которых ниже цены по КСГ;
- «экономия» – снижение качества медицинских услуг для пациентов, ожидаемые затраты на лечение которых выше цены по КСГ
- «отбрасывание» – отказ в приеме пациентов, ожидаемые затраты на лечение которых выше цены по КСГ
- «использование лазеек» – манипулирование диагнозами пациентов в сторону большего обращения к КСГ, имеющим больший вес, а значит и стоимость. С экономической точки зрения методологически важным является вопрос о том, насколько широко или узко должны быть определены КСГ. Укрупненные КСГ дают мощный стимул к росту эффективности и минимизируют возможности манипулирования диагнозами. С другой стороны, существует опасность применения стационарами стратегии «снятия сливок» и «экономии». Если КСГ детализированы, то эти негативные стимулы исчезают, но возникает стимул для «перелечивания» пациентов, если это приводит к возможности использования более «дорогой» КСГ (стратегия «использования лазеек»).

Результаты глубинных интервью с российскими экспертами в 2010 году показали, что большинство придерживаются мнения о негативном влиянии КСГ на качество оказания медицинской помощи. Они считают, что новая система направлена не на

стимулирование повышения качества медпомощи, а на возможность стационаров заработать деньги, зачастую используя нелегитимные формы получения прибыли.

Источники: Минздрав, МГ ФОМС, Доклад доцента кафедры государственного и муниципального управления. Высшая школа менеджмента Санкт-Петербургского государственного университета Татьяны Скляр (2010 год)

Подробнее на РБК:

<http://www.rbc.ru/economics/17/05/2015/5555eabb9a794706628e8a21>