

«Свердловская ситуация будет повторяться»

1 октября 2015 года, 13:29



Урезание финансирования и внедрение новых «эффективных способов оплаты медпомощи» дадут свои плоды: задолго до конца года заканчиваются денежные лимиты стационаров. По мнению экспертов, окончательно обрушил систему финансирования здравоохранения в регионах переход на расчеты на основе клинко-статистических групп (КСГ). Ранее из средств ОМС оплачивались каждый койко-день и каждая манипуляция.

Клинко-статистические группы

Оплата по КСГ означает, что за лечение пациента с определенным диагнозом больница получает усредненную оплату. Такая система фиксированной оплаты «за законченный случай» госпитализации действует во многих странах мира. В одну КСГ внесены близкие по затратности лечения патологии. Продолжительность пребывания больного в отделении не регламентируется. В 2015 году в России в среднем на госпитализацию пациента в стационар выделяется около 20-22 тысяч рублей. **Если вылечить пациента получилось дешевле и быстрее, излишек средств остается в распоряжении больницы, если дороже – больница терпит убытки.**

По расчетам Минздрава, это приведет к «снижению длительности пребывания в стационаре, сокращению времени ожидания госпитализации» и в целом к «увеличению доступности медпомощи, оказываемой в стационарных условиях». На сегодняшний день в российский перечень КСГ вошли около 300 групп. **Внедрение новой системы оплаты проходит в последние два года в пилотном режиме. А с 2016 года она должна распространиться на всю страну.** Хотя номенклатура и правила кодирования болезней будут еще уточняться.

Первый звонок

Первый «звонок» прозвенел в Свердловской области – одном из нескольких пилотных регионов, внедривших федеральную модель КСГ в 2014 году. Как [сообщает издание «URA.Ru»](#), больницы столкнулись с серьезным дефицитом финансирования: уже по итогам восьми месяцев года счета превысили плановые годовые показатели на полмиллиарда рублей, все лимиты исчерпаны.

Страховщики во всем обвиняют медиков, которые занимались приписками и «утяжеляли» диагнозы, и чиновников, которые дали им такую возможность. В результате уральцы стали «болеть дороже» – средняя стоимость одной госпитализации за восемь месяцев подорожала более чем на тысячу рублей, достигнув к августу 24,8 тыс. «Мы обнаруживаем и некоторое „лукавство“ медицинских организаций, которые в текущих финансовых условиях предъявляют для оплаты документы на более дорогостоящую помощь, чем была оказана на самом деле. Особенно отчетливо это видно в хирургии и акушерстве: здесь, если верить реестрам, резко сократилось число нормальных родов и возросло количество их с осложнениями, где оплата случая выше в 4 раза», – цитирует «URA.Ru» пресс-секретаря регионального ТФОМС Елену Денисламову.

Экстренная ситуация в свердловском здравоохранении вынудила власти пойти на беспрецедентные меры – понизить базовую ставку финансирования медицинской помощи. В свердловском ТФОМС изданию сообщили, что базовая ставка снижена на 4 % (с 21,7 тыс. рублей до 20,2 тыс. рублей) уже с 1 октября текущего года, **но если не принять мер, то уже к концу года в областных больницах не будет средств на элементарные расходные материалы.**

«Это даже не истинные приписки»

По словам президента Национального агентства по безопасности пациентов и независимой медицинской экспертизе Алексея Старченко, приписки были всегда, но переход на КСГ позволил заниматься этим с еще большим размахом. «Это не те приписки, которые были раньше, когда приписывали больных, заводили «левые» карты, - объяснил эксперт. – Это даже не истинные приписки, а манипулирования со стоимостью и с койкой, для которых теперь появились экономические условия».

Позволяет получать незаработанные деньги недобросовестным руководителям и форма отчетной документации в системе ОМС, считает эксперт. **По его словам, сегодня в реестр оказанной медпомощи в отчетной базе вносится просто номер КСГ. И в случае чего, его подмену можно свалить на сбой компьютера.** «Если главврачей обяжут указывать не только номер дорогого КСГ, но и сам вид определившего его стоимость медицинского вмешательства, например, номенклатурное наименование операции, то недостоверная информация уже будет расцениваться, как фальсификация, служебный подлог», – говорит Старченко.

Вторая часть проблемы заключается в том, что у руководства больниц появился соблазн в рамках времени, отпущенного ранее на один страховой случай, пролечить двух больных. При этом пациенты выписываются недолеченными. Зато такой «оборот койки» позволяет получать полуторную, а то и двойную оплату. И заодно эти самые койки сокращать. Старченко привел пример, когда пожилую женщину после операции выписали

с катетерным сепсисом, лишь бы освободить койку и положить на нее следующую больную.

По его мнению, говорить об эффективности экономики здравоохранения можно будет лишь тогда, когда будет усилен контроль и увеличены штрафные санкции. «Сегодня штраф за преждевременную выписку составляет всего 30%, за непрофильную госпитализацию – 40%, – рассказал Старченко. – При этом под проверку попадает только 8-10% историй болезни. **В таких условиях для главврачей очень велик соблазн шуровать с этими КСГ.** И распланированные на год финансы заканчиваются в августе».

Тарифы с потолка

Сопредседатель регионального штаба ОНФ в Свердловской области, депутат Госдумы, детский онколог Лариса Фечина считает, что основная причина случившегося в регионе заключается не в недобросовестности медиков, и даже не в том, что региональное министерство «проело» деньги пациентов, а в действующей системе финансирования медорганизаций и расчетов с ними за пролеченных больных. По ее словам, КСГ и коэффициенты затратноемкости (индекс, на который умножается базовый тариф), которые используются сейчас ФФОМСом для финансирования медучреждений, носят очень приблизительный характер. **А нынешние тарифы, по которым оплачивается каждый отдельный случай лечения, взяты практически с потолка.**

«Предполагалось, что заболевания будут формироваться в различные КСГ на основании просчитанных медико-экономических стандартов для каждого заболевания – стоимости его диагностики, лечения и лекарственных препаратов. И при формировании КСГ за основу будет браться стоимость этих стандартов, – объяснила Фечина. – Но Минздрав не довел дело до конца, и работа по созданию медико-экономических стандартов была прервана в 2013 году. **Сейчас такие стандарты существуют только для трети всех заболеваний. Реальная стоимость остальных неизвестна**».

Кроме того, в тех случаях, когда эту стоимость пытались подсчитать, делали это, исходя из реально израсходованных медучреждением средств. Никак не учитывались то, что некоторые процедуры не проводились, так как были недоступны, а некоторые лекарства либо закупались за счет благотворительных фондов, либо не включались в план лечения из-за их отсутствия. Тем не менее, именно по факту расходования средств и стали присваивать коэффициенты затратноемкости той или иной КСГ.

Происходило это и не без участия медицинского лобби, когда представителям какого-то сильного направления в здравоохранении региона удавалось доказать, что их заболевания стоят дороже. Другие же даже и не пытались что-то доказать, и за их счет старались сбалансировать бюджет. «В итоге началась чехарда. При формировании бюджета фонда ОМС нет представления, достаточно в него закладывается средств или нет, – говорит Фечина. – И никто не понимает, откуда берутся тарифы, которые могли бы быть прозрачными, если бы определялись не на глазок, а базировались на качественно просчитанных стандартах лечения».

Больницы – банкроты

Из-за всего этого и начались приписки, считает эксперт. Независимо от того, сколько больница вкладывает денег в лечение пациента, коль заболевание попало в КСГ с низким

коэффициентом затратноемкости, адекватно оплачено оно не будет. Чтобы как-то выкрутиться из этой ситуации и вписаться в объемы израсходованных средств, некоторые медорганизации и пошли по пути наименьшего сопротивления, начав приписывать сложность заболевания. Иначе у них будет расти кредиторская задолженность, и они очень быстро обанкротятся.

«Я попала в подобную ситуацию со своим детским онкоцентром (до апреля 2015 года Фечина возглавляла свердловский областной Центр детской онкологии и гематологии), – рассказала она. – Нам в 2015 году пытались для ряда заболеваний снизить коэффициент затратноемкости КСГ в 3,5 раза по сравнению с прошлым годом. Но я представитель ОНФ, депутат, я стала возмущаться, обратилась к Наталье Стадченко (председателю ФФОМС), которая сказала, что это недопустимо. В итоге в региональном фонде ОМС к нам прислушались, перепроверили наши расходы и даже увеличили. **А если бы мы сами не подняли эту тему, получали бы мы сейчас гораздо меньше денег, чем тратим».**

Чтобы подобного не происходило, нужно вернуться к созданию медико-экономических стандартов для всех распространенных заболеваний, считает Фечина. И лишь по завершении этой работы, когда станет понятно, сколько реально стоит лечение того или иного стандартного случая, – группировать их в КСГ и присваивать коэффициенты затратноемкости.

«Такие истории будут сейчас везде»

По словам директора Института экономики здравоохранения НИУ ВШЭ Ларисы Попович, тот факт, что использование КСГ сопряжено с различными манипуляциями, давно и хорошо известен. **«Все медики во всем мире, переходя на КСГ, тут же начинают квалифицировать все случаи, как более тяжелые, –** рассказала Попович «МедНовостям». – Но при этом существуют специальные инструменты, которые нивелируют эти перекосы. На Западе это система технологического контроля, индикаторы результата, которые должны быть обязательно сопряжены с самим методом оплаты. Сама по себе система КСГ – это только инструмент, а как он работает, зависит от того, насколько грамотно он используется. В любом случае, когда устанавливаются методы оплаты, которые позволяют манипулировать учетностью, это проблемы управленцев, не предусмотревших соответствующую систему предотвращения такого рода манипуляций».

Преимущества и недостатки внедрения систем КСГ в разных странах в прошлом году оценили эксперты Всемирного банка. Среди преимуществ: сокращение времени пребывания в стационаре, специализация на лечении определенных категорий больных, сокращение листов ожидания. Среди недостатков: необоснованное раннее выписывание больных, «урезание» необходимых услуг, отказ от невыгодных больных, «снятие сливок» (отбор легких пациентов внутри КСГ), разделение эпизодов медпомощи на многократные случаи госпитализации, предоставление ненужных услуг ради отнесения больных к более высокооплачиваемым КСГ.

Свердловская ситуация будет повторяться, предупреждает Попович. «Финансирование здравоохранения не сбалансировано с его потребностями не только в Уральском регионе, – говорит эксперт. – И такие истории будут сейчас везде. Приближается конец года, и перекосы в квалификации КСГ сейчас начнут выходить на поверхность».