

МЕДСТРАХОВАНИЕ

Антон Бахлыков: Грех жаловаться на финансирование

Директор ТФОМС Пермского края — о том, как добиться действительно бесплатной медпомощи

Почему за собственное здоровье иногда приходится бороться? Почему в нашем социальном государстве приходится платить за диагностику, лечение, операции? На эти вопросы из разряда «имею ли я право» отвечает директор Территориального фонда обязательного медицинского страхования (ТФОМС) Пермского края Антон Бахлыков. Ведь именно перед этой структурой государство поставило задачу обеспечить обладателю полиса ОМС доступность бесплатной и качественной медицинской помощи.

— Антон Юрьевич, пермские врачи говорят, что нашему здравоохранению бюджета ТФОМС не хватает, что тарифы в системе ОМС низкие. Что скажете по этому поводу?

— Денег всегда не хватает. Их не бывает много даже в тех государствах, где бюджеты здравоохранения в разы превышают наш. Но будем исходить из того, что есть.

Стоимость программы ОМС в 2016 году, несмотря на сложные экономические условия, не сократилась, она составляет свыше 25 млрд руб. Кто сказал, что бюджет ОМС должен расти с каждым годом на 20%? Да, это не тот «золотой дождь», что пролился на наше здравоохранение в 2011–2012 годах и даже двумя годами ранее, когда средства ОМС на финансирование больниц увеличивались в разы. Но и 25 млрд руб. на медицину края ещё совсем недавно были несбыточной мечтой. Эти деньги гарантируют людям оплату всей необходимой им медицинской помощи.

Программа государственных гарантий бесплатной медицинской помощи населению Пермского края на 2016 год — это не декларация, а точные расчёты потребностей населения в конкретном лечении, операциях, диагностике, расчёты необходимых людям объёмов медицинской помощи, их стоимости.

— Как вы можете просчитать, например, сколько в мае или июне в каком-то из городов края будет родов, пневмоний, инсультов?

— Просчитать — не значит ограничить. Допускаю, что бывают вспышки заболевания, эпидемия, беби-бум в городе или районе, но общая заболеваемость практически не меняется. Ни одному пациенту, доставленному в стационар, доктор не скажет: «Мы вас не будем лечить, оперировать или принимать роды». Система ОМС возместит все затраты, связанные с лечением конкретных пациентов.

Но чтобы выполнить все заявленные социальные стандарты, мы обязаны просчитывать объёмы и деньги, учитывать финансовые нормативы, контролировать, анализировать эффективность вложенных средств, постоянно мониторить все процессы. Иначе — бесконтрольность и хаос. Сегодня никто не хочет обсуждать эффективность затрат

медучреждений, все кричат о недостающих доходах, о малом бюджете.

— Кстати, на краевой конференции стоматологов вы демонстрировали выполнение объёмов их работ на слайдах. Цифры и факты, что называется, били наотмашь: в смену, оказывается, «передовики производства» выполняли от 245 до 1000 условных единиц трудозатрат, что составляет от 40 до 175 рабочих часов в смену. Как удалось установить такие факты?

— Вся информация на упомянутой вами презентации — из реестров счетов на оплату, из представленных больницами официальных документов. В счетах указаны и пролеченные докторами пациенты. Все формальности для системы ОМС соблюдены. Но и наша структура выполняет свои функции. Реэкспертизу счетов провели выборочно: к примеру, из 37 пациентов одного стоматолога смогли дозвониться только до семерых. На приёме они не были! 15 пациентов, указанных в реестре другой клиники, никогда не обращались в то учреждение, даже названия его не слышали.

Анализ структуры затрат тоже не порадовал. Ряд клиник практически все средства ОМС направлял на зарплату, менее 5% оставалось на материалы. Вот я и спрашивал: чем же они лечили пациентов, чем пломбировали зубы, какие анестетики ставили?

Такой анализ мы проводим по всем профилям больниц. Если это реальный рост, вся оказанная медпомощь будет оплачена. А если это откровенная фальсификация, приписки? Проверяем — останавливаем.

— Может, оттого и приписки, что тарифы низкие?

— По многим профилям наши тарифы значительно выше федеральных, по которым все российские больницы работают. Поэтому разговоры про низкие тарифы ОМС — это аргументы для неинформированных пациентов, которыми объясняют, что по полису ОМС они могут поставить только отечественный хрусталик (интраокулярную линзу), отечественную пломбу или имплант для операции эндопротезирования, остеосинтеза. Но это не так.

Я не раз демонстрировал врачам таблицы с расчётами наших специали-



стов. Стоимости тарифа ОМС хватает на хорошие материалы.

— И всё-таки, почему человеку с полисом ОМС приходится платить или доплачивать за те или иные услуги?

— В последние годы деньги в медицину пришли, а привычки остались из тех времён, когда больницы вынуждены были компенсировать недостающее платными услугами. Да и население привыкло платить за бесплатную помощь, некоторые и по сей день считают это нормальным. Так, к нам до сих пор поступают просьбы разрешить доплату за хорошую пломбу.

Тариф включает в себя помимо оплаты труда врачей расходы медучреждений на приобретение лекарств и материалов, оплату стоимости лабораторных и инструментальных исследований, проводимых в других учреждениях. Так написано в законе. И так просчитана стоимость.

А вот реальные ситуации. Пациенту говорят: «У нас нет этого оборудования, вышел из строя аппарат, наш специалист в отпуске...» И спрашивают: «Сможете пройти это обследование в коммерческой клинике?» Чувствуете разницу?

Ни по закону, ни по совести это не допустимо. Поликлиника, став фондодержателем, берёт вместе с полным объёмом средств на лечение прикрепленного к ней населения и полную ответственность за организацию лечения этих людей. Там всё должно быть бесплатно для пациента. Мы оплачиваем оказанную помощь больному по полному тарифу, полным рублём, а поликлиника, отправляя пациента на платные приёмы, явно экономит...

— Но ведь финансирование скорой медицинской помощи вы действительно снизили. Например, в Соликамске — на 40%! Об этом на страницах нашей газеты говорила главврач Соликамской станции скорой помощи.

— Грех жаловаться скорой нашего региона на финансирование. Оно было намного выше общероссийского. В 2016 году её тарифы пришлось корректировать под федеральные нормативы. В России масса территорий и станций, которые порадовались новшеству, им стали доплачивать до этого норматива. Нам же потребовалось резать.

В этом году на скорые сверх норматива удалось выкроить дополнительно только 215 млн руб. Обидно всем.