Таким образом, граждане, отказавшиеся от услуг бесплатной медицины, смогут частично покрыть затраты на платное лечение при помощи страховых начислений.

«Деловая Россия» и ассоциации частных клиник Москвы, Санкт-Петербурга и Нижнего Новгорода просят законодательно разрешить частным клиникам, которые вступили в программу обязательного медицинского страхования (ОМС), получать доплату с пациентов за лечение. Соответствующее обращение (документ есть в распоряжении «Известий») министру здравоохранения РФ Веронике Скворцовой направили представители бизнес-сообщества. Предполагается, что такая мера простимулирует частные клиники активнее входить в программу ОМС, а гражданам, которые принципиально отказались от услуг бесплатных поликлиник и больниц, позволит покрывать часть затрат на свое лечение в платных клиниках за счет страховых начислений.

«Для повышения удовлетворенности пациентов качеством медицинских услуг по ОМС необходимо развивать конкуренцию за пациента между медицинскими организациями… Та часть населения, которая недовольна качеством медицинских услуг по ОМС и имеет финансовые возможности, ушла из системы ОМС на рынок платных медицинских услуг к частным и ведомственным медорганизациям, где пациент оплачивает лечение из собственных средств (наличными) или полисом добровольного медицинского страхования (ДМС), поскольку тарифы в частной системе здравоохранения отличаются от тарифов ОМС. Разница в тарифах обусловлена разными источниками финансирования государственных и частных (ведомственных) медицинских организаций. Однако в текущей редакции закона об ОМС не предусматривается возможность добровольного участия пациента в оплате за лечение по программе ОМС», – говорится в обращении.

Как объяснил один из авторов письма – председатель отраслевого отделения по медицинским услугам федерального межотраслевого совета «Деловой России» Алексей Серебряный, частные клиники неактивно вступают в программу ОМС, поскольку утвержденные тарифы в большинстве случаев не покрывают себестоимость медицинской услуги, а по закону об обязательном медицинском страховании у пациента нет права доплачивать сверх тарифа.

– Например, прием врача в частной клинике стоит 1 тыс. рублей, а по тарифу ОМС – 300 рублей. По закону пациенту запрещено доплачивать разницу в 700 рублей, а у

медцентра нет права принимать эти деньги, если они не вошли в программу ОМС, – рассказал Серебряный. – Всего 2,5% от суммы госзаказа по ОМС выполняется в негосударственных клиниках.

Также, по словам Серебряного, отсутствие законодательной базы лишает граждан, предпочитающих платные услуги, возможности пользоваться отчислениями в фонд ОМС.

– Наше предложение заключается в том, чтобы пациент при желании мог доплатить, а частная клиника могла эти деньги принимать. Другими словами, чек за прием будет распределяться в два адреса: часть пойдет в оплату территориального фонда медицинского страхования (то есть сумма за прием специалиста по установленному тарифу ОМС), а оставшиеся деньги – либо лично пациенту, либо в страховую компанию, – пояснил он.

Как ранее писали «Известия», по данным исследования «Индекс здравоохранения-2014», проведенного «Опорой России» совместно с ВШЭ и ВЦИОМом в 46 регионах страны, в 2014 году в 1,5 раза увеличилось количество людей, готовых официально доплачивать за медицинскую помощь более высокого качества. Средняя сумма официальной доплаты за эти услуги составляет около 2 тыс. рублей в месяц. 70% россиян удовлетворены медпомощью, получаемой в частных клиниках, в то время как довольных услугами в государственных медицинских учреждениях около 50%.

Еще одно предложение, с которым выступило бизнес-сообщество, заключается в том, чтобы законодательно закрепить за пациентом право свободного выбора медучреждения для обслуживания без необходимости прикрепляться.

– Сейчас все граждане с полисом ОМС должны один раз в год прикрепляться к поликлинике и обслуживаться только в ней. При этом если пациент выбрал не муниципальную поликлинику, а другую, например ведомственную, то там могут отказать в обслуживании, сославшись на то, что поликлиника уже перегружена. Эта норма прописана в законе об обязательном медицинском страховании, – пояснил Серебряный. – Наше предложение заключается в том, чтобы каждый гражданин России с полисом ОМС мог прийти в любую поликлинику или больницу и получить там лечение, когда ему нужно. Свободный выбор будет стимулировать медучреждения предоставлять более качественные услуги и внимательнее относиться к пациентам, а потребителям даст

возможность выбирать тех врачей, методы работы которых им больше нравятся.

Как считает член общественного совета при Минздраве, директор Центра социальной экономики Давид Мелик-Гусейнов, есть вероятность, что частные клиники начнут увеличивать стоимость своих услуг, чтобы получить с клиентов большую доплату.

– Сейчас неправильно брать деньги с пациентов, поскольку тогда получится следующее: тариф ОМС останется прежним, а коммерческая накрутка будет расти быстрыми темпами. В итоге тариф будет оплачивать только 5–10% от общей стоимости, а остальное пациенту придется добавлять самому. Тогда вообще непонятно, зачем клиникам работать по программе ОМС, а людям пользоваться их услугами. С таким же успехом можно будет выбрать частную клинику с более низкими ценами, – считает он.

Также, по мнению эксперта, инициатива частных клиник может быть реализуема в рамках системы дополнительного страхования ОМС+, введение которой сейчас обсуждают в министерстве.

Напомним, что внедрение системы ОМС+ предусматривается в проекте «Стратегии развития здравоохранения РФ на 2015–2030 годы», представленном в конце декабря на заседании общественного совета Минздрава. Гражданам предлагается покупать дополнительный полис для получения медицинских и сервисных услуг, «не входящих в базовую программу ОМС или осуществляемых на условиях, не предусмотренных базовой программой ОМС». При этом стоимость полиса и список услуг в концепции не прописаны. Отмечается только, что для тех, кто купит ОМС+, будет уменьшен размер налогооблагаемой базы по месту работы гражданина.

– Если начнет работать новая система ОМС+ (когда желающие доплачивать за свою медицинскую помощь будут покупать дополнительный полис), то частные клиники как раз могут рассчитывать на эту надбавку. Они смогут как оказывать медицинскую услугу в рамках тарифа ОМС, так и получать дополнительные деньги от обслуживания пациентов, застрахованных по ОМС+, – говорит эксперт.

Мелик-Гусейнов отметил, что примерно 10–15% населения крупных городов готовы доплачивать за медицинское обслуживание.

– Нужно быть готовыми к тому, что вовлечение частных клиник в систему ОМС, а в будущем в ОМС+, приведет к перераспределению пациентов. Пока что мы не знаем, какой процент населения уйдет из государственных поликлиник, и не можем просчитать экономически, чтобы выработать решение по тем учреждениям, которые потеряют клиентов. Пока что напрашивается только одно решение – они будут закрыты, – сказал он.

В свою очередь, президент Лиги защитников пациентов Александр Саверский опасается, что поддержка частных клиник приведет к развалу государственной системы здравоохранения.

– Не удивлюсь, если Минздрав разрешит частникам брать доплату, поскольку в последнее время у нас наметился тренд на развитие частных клиник и уничтожение государственной медицины. Так, при министерстве работает множество комиссий по развитию ГЧП, но при этом нет ни одной рабочей группы по развитию госсектора, – говорит Саверский. – Частные клиники паразитируют на государственной системе здравоохранения, они оттягивают на себя бюджетные деньги, и чем лучше себя чувствуют коммерческие учреждения, тем хуже бесплатным поликлиникам.

Саверский также подчеркнул, что деятельность частных клиник намного сложнее контролировать в части потока денежных средств.

– Нет никакой гарантии, что клиники уже не берут эту доплату с пациентов, – говорит эксперт. – Если в клинике зарегистрирован полис ОМС, то за него можно выставлять счета ежемесячно, даже если пациент обращался всего один раз.

Источник: Известия , 30.01.15