

В минувшую пятницу Институт по правам предпринимателей в Приморском крае впервые пригласил представителей медицинского бизнес-сообщества региона для совместного обсуждения наболевших проблем в частном секторе здравоохранения. Приглашенные эксперты и обсудили болевые точки регионального здравоохранения и административные барьеры, препятствующие малому бизнесу осуществлять свою деятельность в медицинской отрасли края. В ходе обсуждения наиболее дискуссионным и спорным оказался вопрос участия коммерческих клиник в системе ОМС и возможности соплатежей для пациентов. — Если качественная услуга в платной поликлинике, стоит, к примеру, три тысячи рублей, а Фонд в рамках системы госгарантий может оплачивать только полторы, то почему ее нельзя предоставлять на условиях соплатежа? – выразил недоумение президент ООО МО «Мобильные клиники» Сергей Грац. — Причем пациент, как правило, готов доплатить недостающую сумму. А нам говорят: или оказывайте за полторы по расценкам Фонда, или выходите из ОМС, и устанавливайте свои тарифы, иначе мы вас оштрафуем. Поэтому вполне закономерно, что сначала, воодушевившись возможностью работать в системе ОМС, частные клиники стали повсеместно из нее выходить.

Руководитель Территориального фонда ОМС Приморского края Елена Агафонова назвала заявление об ограниченном участии коммерческих юрлиц в системе обязательного медицинского страхования не совсем корректным. — В прошлом году в системе ОМС официально работало 27 частных медицинских организаций из 134, — уточнила Елена Геннадьевна. — А только в начале 2016 году мы уже приняли заявления от 41-го частного медучреждения (всего зарегистрированных медицинских юрлиц – 1205 — прим. ред.). Так что тенденция к увеличению налицо. При этом я полностью поддерживаю мнение, что платная медицинская деятельность в рамках госгарантий должна оказываться на цивилизованном уровне. Необходимо четкое разграничение между бесплатной и платной деятельностью, госучреждения не должны иметь возможности манипулировать платными услугами, например, приостановить бесплатную очередь, чтобы принять пациента на платной основе. К сожалению, это происходит. По словам главы приморского ТФОМС, государственные медучреждения, если они вошли в программу ОМС, должны оказывать услуги исключительно на бесплатной основе, пока вопрос софинансирования не будет предусмотрен законодательно. — Тем более что порядок ценообразования сегодня очень четко прописан, — напомнила эксперт. — Если раньше субъект определял тариф на своей территории самостоятельно, то с прошлого года вышел приказ ФОМС, определяющий единые принципы формирования тарифа на медицинскую услугу. И мы этот порядок нарушать не имеем права. Таким образом, сформированная цена базируется на средних тарифах, установленных Правительством с учетом коэффициента дифференциации в зависимости от районных коэффициентов и дальневосточных надбавок. Для нас этот коэффициент – 1, 392.

Так что в настоящее время все прописано – сколько стоит один случай госпитализации, вызов скорой помощи, и т.д., и эти размеры мы не можем превысить. Поэтому если частная клиника предоставляет действительно более качественную услугу и в более комфортных условиях, что приводит к ее удорожанию, возможность соплатежа здесь совершенно уместна и справедлива. Нужно работать совместно и обращаться к законодателю, чтобы узаконить правила и условия этого соплатежа.

Елена Агафонова добавила, что внесены серьезные изменения в порядок работы

территориальной комиссии, которая принимает заявления от ЛПУ на вхождение в систему ОМС и распределяет объемы медпомощи в рамках госгарантий. В частности, в дополнительные сведения, которые комиссия обязана учитывать, включены обеспеченность кадрами и оборудованием. Таким образом, комиссия должна оценить прогнозное качество услуги не только по наличию лицензии, но и по кадровой и технической оснащенности лечебного учреждения, вне зависимости от его принадлежности к государственному или частному сектору.

РИА АМИ