

По разным оценкам, услугами частных клиник в том или ином виде пользуется около 50% населения. «В том или ином виде» означает либо визит по полису добровольного медицинского страхования (ДМС), либо за живые деньги, либо получение медуслуг в рамках обязательного медицинского страхования (ОМС). Последний вариант стал возможен благодаря новому Федеральному закону «Об обязательном медицинском страховании», который вступил в силу в 2011 году. Но здесь пока есть свои сложности, говорит Ольга Яковлева, заместитель начальника управления личного страхования ООО «Авант-страхование». «Частная клиника может оказывать услуги по системе ОМС, но вполне вероятно, что линейка предоставляемых этой клиникой услуг по данному виду страхования будет существенно ограничена», – замечает она. Так что на самом деле пока полноценных вариантов только два: либо ДМС, либо живые деньги.

Представители частных клиник в один голос говорят о том, что обращение в клиники в частном порядке с условием личной оплаты дает пациенту полную свободу реализации своих прав на здравоохранение.

«При частном обращении в клинику пациент имеет всю свободу выбора как самой клиники, врача, так и методов обследования и лечения, не ограничиваясь ни списком услуг, включенным в полис, ни согласованиями со стороны страховой компании, которые могут доходить до абсурда и даже мешать адекватному лечению», – считает Александр Абдин, член координационного совета Ассоциации частных клиник (АЧК) Петербурга. Примечательно, что доля пациентов, готовых платить живыми деньгами, увеличивается по мере роста цен на медуслуги в том или ином учреждении.

По информации АЧК, в клиниках низкой ценовой категории или так называемых аффилированных со страховыми компаниями клиниках доля пациентов, обращающихся по полисам ДМС, может достигать 60–70%. В среднем ценовом сегменте это около 20–30% от общего потока клиентов. В клиниках же верхней ценовой категории таких пациентов не более 15%.

Представители же страхового рынка в один голос говорят о таких недостатках прямого обращения в клиники, как возможность столкнуться с повышением цен на медицинские

услуги в течение года. «Клиент, оформив ДМС, например, на год, уже застрахован в течение этого периода от повышения цен, все это падает на плечи страховщика», – рассказывает Алексей Кузнецов, генеральный директор СК «Капитал Полис», председатель комитета по медицинскому страхованию Союза страховщиков Петербурга и Северо-Запада. Кроме того, есть опасность стать жертвой навязывания со стороны клиники дополнительных дорогостоящих, но не нужных пациенту процедур.

«Любая частная клиника прежде всего является коммерческим предприятием, поэтому вероятность того, что правило «необходимости и достаточности» назначения медицинских обследований и лечения будет соблюдаться, очень мала», – считает Оксана Попова, начальник дирекции «Медицина» СЗРЦ «РЕСО-Гарантия».

«Специалисты страховой компании всегда отслеживают назначения клиенту по ДМС и могут помешать навязыванию со стороны клиники сверхлечения или сверхобследований через процедуру согласования», – рассказывает Алексей Кузнецов. Конечно, в случае претензий к лечению со стороны пациента его защищает закон о правах потребителей, но при таких разбирательствах наличие квалифицированного посредника, которым является страховщик, разбирающегося в тонкостях и деталях лечебного процесса, всегда будет преимуществом, добавляет Анатолий Голов, сопредседатель Союза потребителей России.

Источник: dp.ru, 28.03.12

Автор: Лушина И.□