Страховые компании – операторы рынка добровольного медицинского страхования в опросе компании «Марш – Страховые брокеры» оказались едины во мнении, что сложнее всего в 2015 году им было работать с крупнейшими игроками рынка коммерческой медицины. Клиники не только повысили стоимость услуг вслед за изменением валютного курса и ростом цен на лекарства и медизделия, но и, по мнению страховщиков, стали «раскручивать» программы ДМС, назначая пациентам избыточные исследования и процедуры. В список клиник, отмеченных страховыми компаниями, попало ОАО «Медицина». Президент компании Григорий Ройтберг поделился с Vademecum своей точкой зрения на конфликт интересов частной клиники и страховой компании.Президент ОАО «Медицина» ответил на публикацию «Страховщики пожаловались на приписки в частных клиниках». – С какими конкретно претензиями со стороны страховых компаний вы не согласны и почему?
– Категорически не согласен с утверждением о «раскрутке» страховых пациентов на необязательные процедуры в клинике «Медицина». Не буду говорить за всех. Раскрутка, возможно, есть, но если медицинское учреждение работает по протоколам, такого быть не должно. Доктора клиники «Медицина» действуют по утвержденным протоколам лечения, они не мотивированы на то, чтобы сделать или назначить «лишнюю» медицинскую процедуру. В штате ОАО «Медицина» более 300 врачей. И напротив, необоснованные процедуры, выявленные при проверке, они оплачивают из собственного кармана. Поэтому такой маневр в нашем случае просто не имеет материального смысла. Доктор скорее перестрахуется, лишний раз посоветуется со страховой компанией, можно назначить то или иное исследование или нет. Но справедливости ради хочу отметить, что это не только российская проблема, – она существует во всем мире.
– Тогда как объяснить тот факт, что страховые компании замечают факты «приписок»?
– Нарушения такого рода, конечно, бывают, но, как показывает практика, «лишние» процедуры назначаются крайне редко – либо это ошибка, либо невнимательность врача. Так как мы сами заинтересованы в выявлении таких случаев, мы поддерживаем экспертизу со стороны страховых компаний. В ОАО «Медицина» для страховых компаний открыт доступ к электронным историям болезней их клиентов.
Задача страховщиков – как можно меньше потратить денег, и это понятно. Если страховые компании видят факты приписок, то медицинское учреждение должно оплатить штрафные санкции. Но медучреждения вообще-то стоят на страже здоровья и жизни человека, хоть это и пафосно звучит. Ведь бывают случаи, когда дополнительные исследования жизненно необходимы пациенту, но они не покрываются страховой программой. Хотя могли бы. Поэтому приходится взаимодействовать со страховыми компаниями, и нередко они взыскивают с нас средства, потраченные на такие процедуры. Но общая сумма взысканий ничтожна и, как правило, связана с техническими ошибками.
С большинством партнеров-страховщиков у нас сложились хорошие отношения, мы легко находим компромисс, но есть и такие, которые стремятся урезать расходы на лечение застрахованных пациентов и хотят под видом борьбы с «раскручиванием» превратить наш высококлассный медицинский центр в районную больницу. С такими компаниями нам не по пути, мы не пойдем у них на поводу и не будем ухудшать качество медицинской помощи.
– Как это происходит?

– В спорных случаях страховые компании ссылаются на федеральные стандарты медицинской помощи. Но на что ориентированы федеральные стандарты? На то, что в системе обязательного медицинского страхования не хватает средств, поэтому они рассчитаны на минимум процедур. Клиника нашего уровня просто не может себе позволить медпомощь в сокращенном варианте. Надо ли делать КТ всем больным, перенесшим пневмонию? Нет, но курящему пациенту 45 лет обязательно нужно делать, так как всегда есть риск наличия рака легкого. В противном случае этот рак будет обнаружен через четыре месяца, когда уже будет некого лечить. Или другой пример. Пациент 48 лет, творческий работник, спортом не занимается, гиперхолестеринемия (высокое содержание холестерина в крови. – Vademecum), все факторы риска ишемической болезни сердца, жалуется на боли в сердце. Доктор снимает ЭКГ, тревожных данных нет. Дальше, по нашем стандартам и в соответствии со здравым смыслом, мы должны сделать ЭКГ повторно через шесть часов, потому что сразу не всегда регистрируется инфаркт миокарда. И если есть такая картина через шесть часов, мы госпитализируем пациента в реанимацию. Так вот если картины инфаркта нет, то, по мнению страховщиков, повторное ЭКГ было лишним. Но мы ведь и делали его, чтобы исключить инфаркт. Страховщики в данном случае не являются экспертами. Эксперты – кардиологи, которые лечат больного. За смерть пациента отвечает не страховая компания, а врач и клиника. Да и потом, страховые компании просто не имеют ресурсов – человеческих и материальных – на проведение экспертизы качества медпомощи, как они могут нам диктовать, как лечить?
– А вы по каким стандартам работаете? Их же страховая компания тоже должна брать в расчет.
– Мы ориентируемся на московские городские стандарты оказания медицинской помощи. Кстати, они были отменены в госсекторе как раз из-за нехватки средств. Страховые компании в курсе, какими протоколами лечения мы пользуемся, это прописано в контракте. ДМС – это лечение исключительно страхового случая, но многие страховщики вводят пациента в заблуждение, говоря ему, что в клинике он сможет наблюдаться на постоянной основе. А мы, по страховой программе, не можем проводить диспансеризацию. Мы даже стали предлагать ДМС-пациентам проходить диспансеризацию за отдельную символическую плату, чтобы иметь представление о состоянии здоровья в целом.
Что такое страховой случай? Приведу пример из практики. Молодая женщина, 30 лет, каталась на лыжах в Испании и сломала ногу. Это страховой случай. Ее привозят к нам. При этом как такового падения не было, она просто оступилась. При неловких движениях у молодых людей кости ломаются только из-за сильного остеопороза. Я обратил внимание, что кость изменена чуть выше перелома. Есть подозрение, что перелом имеет патологический характер. Как отпустить больную? Но по ДМС наши полномочия заканчиваются на наложении гипса. С большим трудом договариваемся о возможности взять биопсию и обнаруживаем у пациентки рак молочной железы с метастазами в кости!
И все, что мы делали, чтобы установить диагноз, страховая компания нам предъявляет как нарушение стандарта. Но как отпустить больную без диагноза, когда есть симптомы? Потом, конечно, мы передадим ее онкологам, но ведь постановка диагноза должна входить в наши компетенции по программе страхования? Так и не договорились с этим страховщиком, пусть подает теперь на нас в суд. Я не могу превратить наш центр

в районную больницу. Мы лучше потеряем в количестве пациентов, чем в качестве лечения.
– Какая доля ДМС-пациентов в ОАО «Медицина» в настоящее время?
– Доля пациентов, прикрепленных от страховых компаний, сейчас составляет менее 50% от общего количества, и мы планируем довести этот показатель до 30%. Поясняю: 10–15% от общего объема услуг составляют услуги по онкологии, не относящиеся к страховой медицине, три четверти услуг стационара – также нестраховые случаи, высокотехнологичная помощь, которую мы оказываем, например шунтирование сердца, и многие другие – тоже. Поймите правильно: все больные нам одинаково важны, источник финансирования лечения меня не очень беспокоит. Но с пациентами, прикрепленными напрямую, мы работаем иначе – обязательно проводим диспансеризацию, ведем их на протяжении долгих лет. Нам ведь выгодно, чтобы пациенты не болели и дольше сохраняли с нами связь.
Количество услуг на одного пациента у нас в последние три года не менялось, и средний чек увеличился только за счет роста цен на уровне 7-8%. Поэтому о каком «раскручивании» может идти речь? Понятно, что многие лечебные учреждения вынуждены идти на уступки страховым компаниям, так как их финансовое давление порой очень сильное. Они могут диктовать условия, ставить рамки по расходам. Но риск пропустить серьезное заболевание, спровоцировать рецидивы выходит дороже. Это волнует и нашу клинику, и врачей, и страховые компании, не только образцовые. Некоторые страховые компании сейчас стремятся заключать договоры не на один год, а на три – пять лет, и мы это очень поддерживаем. Простой пример из стоматологической практики, почему это эффективно: если человек попадает к нам несанированный, то в первый год он потратит в полтора раза больше денег, чем планируется, зато на второй год он почти не будет посещать врача, а на третий вообще не придет ни разу.
vademec